



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

---

# INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

---

AGOSTO DE 2020

Tercer Ciclo de Informes Nacionales



## **INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR**

El Estado colombiano presenta al *Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador* (en adelante el Grupo de Trabajo) el Informe Global sobre los indicadores para la medición de progreso de los derechos contemplados en la Convención Americana para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de conformidad con lo establecido en el Protocolo Adicional denominado “Protocolo de San Salvador”.

El informe es contentivo de los indicadores de progreso señalados por las matrices de: i) seguridad social, ii) educación, iii) salud, iv) alimentación adecuada, v) trabajo y seguridad social, vi) medio ambiente sano, vii) beneficios de la cultura; según lo señalado en el método de trabajo y en el Protocolo, en el marco del tercer ciclo de informes nacionales.

El presente informe es producto del trabajo interinstitucional y sectorial adelantado durante el 2020, en el cual participaron entidades del orden nacional como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Cultura, la Comisión Intersectorial para la Alimentación Adecuada (CISAN)<sup>1</sup>, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y otras entidades del Estado que apoyaron el trabajo de las entidades principales.

El Gobierno colombiano, en el propósito de tener una comprensión amplia del sistema de información de los indicadores y para identificar pertinentemente las

---

<sup>1</sup> Conformada por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministro de Comercio, Industria y Turismo; el Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; el Departamento Nacional de Planeación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS) y el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (Incodec).

herramientas de monitoreo disponible, contó con la asistencia técnica del Grupo de Trabajo, el cual, a través de herramientas tecnológicas y por video conferencia, asistió al Gobierno mediante un taller guía sobre el informe, la elaboración de matrices e indicadores de progreso, además de una presentación sobre el panorama de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en la región.

Las jornadas de capacitación por videoconferencia tuvieron lugar el 29 y 30 de abril de 2020, y contaron con la participación de más de 50 funcionarios públicos de las entidades elaboradoras del informe. El Gobierno colombiano extiende agradecimiento al Grupo de Trabajo por su disposición, apoyo y seguimiento al desarrollo de este informe.

El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” desenvuelve el firme propósito del Gobierno nacional por trabajar en la superación y reducción sistemática de las brechas económicas y sociales que persisten en muchas regiones del país. Las acciones están dirigidas especialmente a generar más y mejores condiciones de equidad, con énfasis en los menos favorecidos, para solucionar de manera integral las causas estructurales de la pobreza.

Las actividades del Estado hoy día están centradas en mejorar las condiciones de vida a través de la inversión en educación, fortalecimiento del sistema de salud, a la cultura, el emprendimiento para la promoción del empleo y trabajo en condiciones dignas, además de generar herramientas sostenibles para el mantenimiento de los ecosistemas que conviven con los métodos de producción de alimentos. Lo anterior, en línea con los propósitos enunciados en la Convención Americana para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Colombia ha experimentado una transformación en materia de goce de derechos y en la superación de la pobreza. Con corte a 2018 la pobreza

multidimensional es de 19,6%, la pobreza monetaria del 27,0% y la pobreza extrema del 7,2% en el total nacional, indicadores que tienden a la reducción.

El Gobierno de Colombia reconoce en el esfuerzo y resultado de este informe los avances y retos que existen para la plena garantía de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en el país y también reconoce la importancia de seguir fortaleciendo la articulación y el flujo de información existente, a fin de tener un panorama completo de las acciones que se han venido implementando en beneficio de la garantía y goce de los derechos humanos en el país.

Colombia reitera su compromiso con el logro de la equidad, bajo la convicción de que cada esfuerzo mejora la calidad de vida de todos los habitantes en el país.

## **CONTENIDO DEL INFORME**

A continuación, se encuentran los documentos cuadro/matriz de indicadores de cada agrupamiento de derechos, con sus respectivos documentos de apoyo, de la siguiente manera:

### **1. Derecho a la seguridad social**

### **2. Derecho a la educación**

- 2.1. Anexo Cobertura Acciones Concretas y Encuesta Satisfacción
- 2.2. Tablas de datos
- 2.3. Iniciativas legislativas en materia de educación

### **3. Derecho a la salud**

- 3.1. Cuadro de acceso a los servicios de salud
- 3.2. Análisis de la situación en salud 2019
- 3.3. Guía de buenas prácticas en la seguridad del paciente
- 3.4. Lineamientos implementación de la política de seguridad del paciente
- 3.5. Orientaciones sobre participación social
- 3.6. Plan nacional del consumo de alcohol 2014-2021
- 3.7. Política sobre orientación sexual y derechos reproductivos
- 3.8. Política nacional sobre salud mental





#### **4. Derecho a la alimentación adecuada**

- 4.1. Tiempo promedio de duración de un proceso en la jurisdicción agraria
- 4.2. Información de presupuesto
- 4.3. Tablas de datos
- 4.4. Índice de ruralidad y asignación per cápita de transferencias territoriales 2020

#### **5. Derecho al trabajo y la libertad sindical**

- 5.1. Ratificación y entrada en vigor de tratados internacionales
- 5.2. Tablas e información complementaria derecho al trabajo
- 5.3. Información complementaria libertad sindical

#### **6. Derecho al medio ambiente sano**

- 6.1. Tablas complementarias y ampliación de información
- 6.2. Suscriptores regulados diciembre 2019 x departamento - gas combustible
- 6.3. Suscriptores energía eléctrica 2019
- 6.4. Presupuesto sector ambiente
- 6.5. Intervenciones de los organismos de control por causas medioambientales

#### **7. Derecho a los beneficios de la cultura**

- 7.1. Anexos información ampliada derecho a los beneficios de la cultura

## INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR AGOSTO DE 2020

### DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																																						
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>																																								
<p><b>Ratificación del Estado de los siguientes Tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (<i>consignar fecha</i>):</b></p> <p>i) PIDESC y Protocolo Facultativo: Ratificado mediante la Ley 74 de 1968.</p> <p>ii) CEDAW y Protocolo Facultativo: Ratificado mediante la Ley 51 de 1981.</p> <p>iii) CDN: Ratificado mediante la Ley 12 de 1991.</p> <p>iv) CIEDR: Ratificado mediante la Ley 22 de 1981.</p> <p>vi) Convención sobre el estatuto de Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967; adoptada en Ginebra en 1951, aprobada en Colombia por la ley 35 de 1961 se aprueba la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados y ratificada el 10 de octubre de 1961 y del Protocolo sobre el Estatuto de Refugiados, adoptado en Nueva York el 31 de enero de 1967, y al cual adhirió Colombia el 4 de marzo de 1980 y Estado signatario de la Declaración de Cartagena sobre Refugiados, suscrita el 22 de noviembre de 1984. El protocolo mediante Ley 65 de 1979.</p>	<p><b>- Porcentaje de la población asegurada por sistemas contributivos por sexo, etnia/raza y nivel educativo.</b></p> <p>En Colombia para el año 2019 la población asegurada por sistemas contributivos fue del 45,47 %.</p> <p>La población que realiza aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, sumó 22,9 millones de afiliados al cierre de 2019. Comparados con el total de la población nacional estimada por el DANE, son poco menos de la mitad de la población, repartidos casi igualmente entre mujeres y hombres.</p> <p>A continuación, se presentan las estadísticas de aseguramiento en salud por edad y sexo para la población afiliada al régimen contributivo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla 1. Afiliados al régimen contributivo por grupos etarios y comparación con población DANE 2019.</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">Quinquenios DANE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">CONTRIBUTIVO</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">FEMENINO</th> <th style="text-align: center;">MASCULINO</th> <th style="text-align: center;">Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">De 0 a 4 años</td> <td style="text-align: center;">616.672</td> <td style="text-align: center;">642.964</td> <td style="text-align: center;">1.259.636</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">De 05 a 09 años</td> <td style="text-align: center;">681.155</td> <td style="text-align: center;">711.867</td> <td style="text-align: center;">1.393.022</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">De 10 a 14 años</td> <td style="text-align: center;">744.776</td> <td style="text-align: center;">777.332</td> <td style="text-align: center;">1.522.108</td> </tr> </tbody> </table>	Quinquenios DANE	CONTRIBUTIVO			FEMENINO	MASCULINO	Total	De 0 a 4 años	616.672	642.964	1.259.636	De 05 a 09 años	681.155	711.867	1.393.022	De 10 a 14 años	744.776	777.332	1.522.108	<p><b>- Porcentaje de población asegurada a un régimen contributivo, por sexo, edad y quintiles de ingreso.</b></p> <p>En Colombia para el año 2019 la población asegurada por sistemas contributivos fue del 45,47 %.</p> <p>La población que realiza aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, sumó 22,9 millones de afiliados al cierre de 2019. Comparados con el total de la población nacional estimada por el DANE, son poco menos de la mitad de la población, repartidos casi igualmente entre mujeres y hombres.</p> <p>A continuación, se presentan las estadísticas de aseguramiento en salud por edad y sexo para la población afiliada al régimen contributivo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla 1. Afiliados al régimen contributivo por grupos etarios y comparación con población DANE 2019.</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">Quinquenios DANE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">CONTRIBUTIVO</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">FEMENINO</th> <th style="text-align: center;">MASCULINO</th> <th style="text-align: center;">TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">De 0 a 4 años</td> <td style="text-align: center;">616.672</td> <td style="text-align: center;">642.964</td> <td style="text-align: center;">1.259.636</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">De 05 a 09 años</td> <td style="text-align: center;">681.155</td> <td style="text-align: center;">711.867</td> <td style="text-align: center;">1.393.022</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">De 10 a 14 años</td> <td style="text-align: center;">744.776</td> <td style="text-align: center;">777.332</td> <td style="text-align: center;">1.522.108</td> </tr> </tbody> </table>	Quinquenios DANE	CONTRIBUTIVO			FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	De 0 a 4 años	616.672	642.964	1.259.636	De 05 a 09 años	681.155	711.867	1.393.022	De 10 a 14 años	744.776	777.332	1.522.108
Quinquenios DANE	CONTRIBUTIVO																																							
	FEMENINO	MASCULINO	Total																																					
De 0 a 4 años	616.672	642.964	1.259.636																																					
De 05 a 09 años	681.155	711.867	1.393.022																																					
De 10 a 14 años	744.776	777.332	1.522.108																																					
Quinquenios DANE	CONTRIBUTIVO																																							
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL																																					
De 0 a 4 años	616.672	642.964	1.259.636																																					
De 05 a 09 años	681.155	711.867	1.393.022																																					
De 10 a 14 años	744.776	777.332	1.522.108																																					



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



i) Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954, Ratificada mediante Ley 1588 de 2012.	De 0 a 4 años	616.672	642.964	1.259.636	De 15 a 19 años	783.888	790.848	1.574.736	
	ii) Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad, Ratificada mediante la Ley 762 de 2002.	De 05 a 09 años	681.155	711.867	1.393.022	De 20 a 24 años	995.849	1.017.508	2.013.357
		De 10 a 14 años	744.776	777.332	1.522.108	De 25 a 29 años	1.053.492	1.074.319	2.127.811
	iii) Convención internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias, Ratificada mediante la Ley 146 de 1994.	De 15 a 19 años	783.888	790.848	1.574.736	De 30 a 34 años	1.010.361	1.018.761	2.029.122
		De 20 a 24 años	995.849	1.017.508	2.013.357	De 35 a 39 años	973.541	963.999	1.937.540
		De 25 a 29 años	1.053.492	1.074.319	2.127.811	De 40 a 44 años	838.991	816.310	1.655.301
		De 30 a 34 años	1.010.361	1.018.761	2.029.122	De 45 a 49 años	739.095	709.305	1.448.400
		De 35 a 39 años	973.541	963.999	1.937.540	De 50 a 54 años	734.070	675.488	1.409.558
	iv) Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. En 2009 Colombia apoyó la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	De 40 a 44 años	838.991	816.310	1.655.301	De 55 a 59 años	688.541	601.472	1.290.013
		De 45 a 49 años	739.095	709.305	1.448.400	De 60 a 64 años	563.195	462.995	1.026.190
		De 50 a 54 años	734.070	675.488	1.409.558	De 65 a 69 años	433.965	356.382	790.347
		De 55 a 59 años	688.541	601.472	1.290.013	De 70 a 74 años	310.255	253.102	563.357
		De 60 a 64 años	563.195	462.995	1.026.190	De 75 a 79 años	215.424	163.966	379.390
De 65 a 69 años		433.965	356.382	790.347	De 80 años o más	302.383	187.408	489.791	
De 70 a 74 años		310.255	253.102	563.357	<b>Total general</b>	<b>11.685.653</b>	<b>11.224.026</b>	<b>22.909.679</b>	
- Incorporación en la Constitución Política (y/o constituciones estadales o provinciales) del derecho a la seguridad social.	De 75 a 79 años	215.424	163.966	379.390					
	De 80 años o más	302.383	187.408	489.791					
	<b>Total general</b>	<b>11.685.653</b>	<b>11.224.026</b>	<b>22.909.679</b>					
- Legislación específica que contempla el derecho a la seguridad social:									
c) Conjunto de leyes y normativas dispersas, Ley 100 de 1993, Ley 1295 de 1994, Ley 1438 de 2011, Ley 1562 de 2012, Ley Estatutaria 1751 de 2015,									

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y Proyecciones de Población DANE.



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y Proyecciones de Población DANE.

**- Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por sexo, etnia/raza y nivel educativo.**

En Colombia para el año 2019 la población asegurada por sistemas subsidiado fue del 45,27% equivalente a 22.808.930 personas al cierre de 2019. Comparados con el total de la población nacional estimada por el DANE, son poco menos de la mitad de la población, repartidos casi igualitariamente entre mujeres y hombres

**- Porcentaje de población afiliada a regímenes especiales por sexo, etnia/raza y nivel educativo.**

En Colombia para el año 2019 la población asegurada por sistemas subsidiado fue del 4,45% equivalente a 2.244.341 personas al cierre de 2019. Comparados con el total de la población nacional estimada por el DANE, son poco menos de la mitad de la población, repartidos casi igualitariamente entre mujeres y hombres

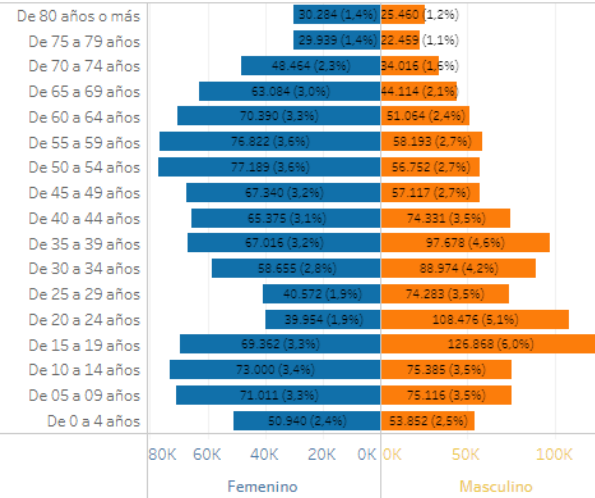


El futuro es de todos

Gobierno de Colombia



### Afiliado por Edad y Género



**- Porcentaje de adultos mayores de 65 años cubiertos por programas de atención a la vejez por sexo, etnia/raza y nivel educativo.**

En términos generales, de acuerdo con resultados de la Encuesta SABE Colombia, las personas adultas mayores reciben soporte social de los hijos, de otras personas con quienes viven, y de familias y amigos que no conviven con ellos. En relación con el soporte brindado por los hijos, se encontró que 85% refiere recibir compañía y afecto -soporte emocional-; la mitad recibe comida, ropa, transporte y dinero en efectivo -soporte material-; dos terceras partes recibe apoyo en las actividades diarias y un poco menos del 30% reportó no recibir ningún tipo de apoyo.

En relación con el apoyo brindado por otras personas del hogar, se observó que 94,4% de las personas adultas mayores recibe compañía y afecto; 63,4% recibe apoyo en las actividades diarias; 52,6% recibe comida, ropa y



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

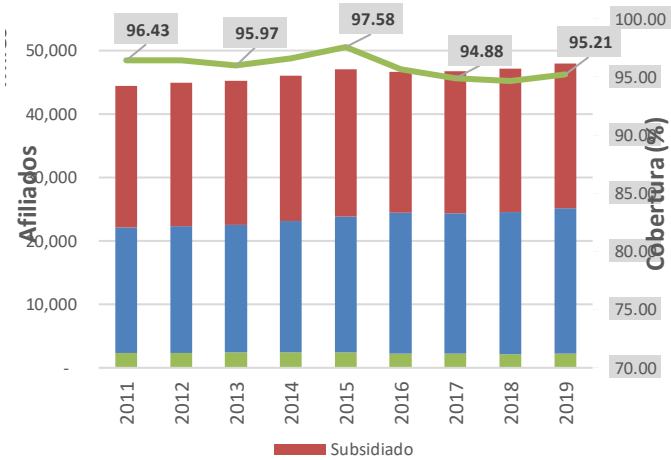


	<p>transporte; 37.5% recibe dinero en efectivo y 2.9% dijo no recibir ningún apoyo de estas personas.</p> <p>De manera complementaria, de acuerdo con información preliminar reportada por los departamentos y municipios del país, a marzo de 2019, Colombia cuenta con 1.428 centros de día que benefician un total de 545.004 personas mayores y con 1.216 centros de larga estancia que atienden a un total de 35.438 personas de 60 años o más.</p>	
<b>Señales de progreso</b>		
	<p>- <b>Porcentaje de afiliados que perciben como satisfactorio el nivel de cobertura en seguridad social</b></p> <p>Desde 2011 la cobertura del SGSSS en materia de aseguramiento ha permanecido en el umbral de la universalidad. Si bien hay poblaciones faltantes por ingresar al sistema, la gran mayoría de los colombianos se encuentran protegidos en uno de los regímenes de afiliación, como se muestra en la siguiente gráfica.</p> <p><b>Gráfica 1. Afiliación y cobertura Nacional anual 2011 a 2019</b></p>	



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



Fuente: Dirección de Aseguramiento - MSPS

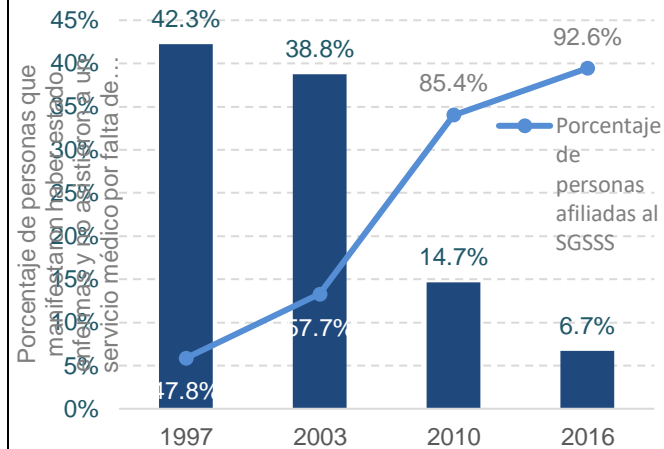
La gran extensión en la cobertura del sistema implica una serie de beneficios a la población como el acceso a tratamientos de salud que llegan a implicar alto costo. De esta forma, los afiliados en general gozan de una reducción en el gasto de bolsillo asociada a su acceso generalizado al SGSSS.

### Gráfica 2. No asistencia al servicio médico por falta de dinero



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia



Fuente: Boletín del aseguramiento en salud 2017. Dirección de Aseguramiento - MSPS

### CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS

#### - Porcentaje total de recursos del presupuesto nacional asignados a seguridad social

Para la vigencia 2019 el porcentaje del Presupuesto General de la Nación (PGN) asignado al sector salud se ubicó en 11,82%. Lo anterior producto de un PGN cercano a los \$250 billones, de los cuales \$29,6 billones fueron destinados al sector salud. Esta cifra corresponde únicamente la seguridad social en salud, puesto que en el sistema colombiano el Sistema de Seguridad Social Integral está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la Ley 100 de 1993.





**- Tiempo de licencia por maternidad y paternidad en semanas y por fuentes de financiamiento (sistema de seguridad social en su totalidad; el empleador en su totalidad; formas mixtas)**

La protección a la maternidad encuentra fundamento en el artículo 43 de la Constitución Política, que consagra que la mujer “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” Sus fundamentos legales se encuentran, en los artículos 236 a 244 del Código Sustantivo del Trabajo, algunos de estos modificados por el Decreto 13 de 1967 y las Leyes 50 de 1990, 755 de 2002, 1468 de 2011 y 1822 de 2017; y sus fundamentos jurisprudenciales, se encuentran en Sentencias como la C-470 de 1997 y en aquellas que desarrollan el concepto de estabilidad laboral reforzada, entre las que se encuentran las Sentencias SU-070 de 2013 y la SU-075 de 2018.

En materia de financiación, desde la Ley 100 de 1993, las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de esta protección son asumidas por las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Para vigencia 2020 y conforme lo dispone la Resolución 3513/19, las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo los recursos que gestiona la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la Entidad Promotora de Salud – EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Ahora bien, algunos aspectos específicos de este mecanismo se presentan a continuación:



	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Licencia de maternidad:</b> Consagrada en el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1 de la Ley 1822 de 2017, consiste en un descanso remunerado al cual tendrá derecho toda trabajadora en la época del parto, equivalente a 18 semanas (126 días) y serán remuneradas, según el precitado código, con el salario que la trabajadora devengaba al entrar a disfrutar de ese descanso. En caso de que el salario no sea fijo, la base será el promedio de lo devengado en el último año o en todo el tiempo de servicio si es menor de un año.</li> <li>- <b>Licencia de Paternidad:</b> La licencia remunerada de paternidad está a cargo de las EPS, entidad a la cual, debe presentarse el registro civil de nacimiento del recién nacido, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento. Esta licencia conforme lo reitera la Ley 1822 de 2017 para el padre del recién nacido y consiste en un descanso remunerado como derecho del cónyuge o el compañero de la madre que acaba de dar a luz. Dicha licencia será de 8 días hábiles, aunque solo cotice el padre (Sentencias C-179/09 y C-273/03).</li> <li>- <b>Base y frecuencia de actualización de las prestaciones en seguridad social</b>  El artículo 18 de la ley 100 de 1993, regula la base para cotizar a pensión, siendo esta misma la base para cotizar a salud y riesgos laborales. Tales aportes se deben realizar sobre el salario mensual. Por su parte el inciso segundo del mismo artículo señala:</li></ul>	
--	---	--



	<p><i>“El salario base de cotización para los trabajadores particulares, será el que resulte de aplicar lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo”.</i></p> <p>Es decir que, debemos recurrir al código sustantivo del trabajo para determinar los elementos que integran el salario:</p> <p><i>“Constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte, como primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, valor del trabajo suplementario o de las horas extras, valor del trabajo en días de descanso obligatorio, porcentajes sobre ventas y comisión”.</i></p> <p>Por su parte, los pagos que no hacen parte del ingreso base de cotización a seguridad social, aquellos señalados en el artículo 128 del código sustantivo del trabajo:</p> <p><i>“No constituyen salario las sumas que ocasionalmente y por mera liberalidad recibe el trabajador del empleador, como primas, bonificaciones o gratificaciones ocasionales, participación de utilidades, excedentes de las empresas de economía solidaria y lo que recibe en dinero o en especie no para su beneficio, ni para enriquecer su patrimonio, sino para desempeñar a cabalidad sus funciones, como gastos de representación, medios de transporte, elementos de trabajo y otros semejantes. Tampoco las prestaciones sociales de que tratan los títulos VIII y IX, ni los beneficios o auxilios habituales u ocasionales acordados convencional o contractualmente u otorgados en forma extralegal por el empleador, cuando las partes hayan dispuesto expresamente que no constituyen salario en dinero o en especie, tales como la alimentación,</i></p>	
--	--	--



habitación o vestuario, las primas extralegales, de vacaciones, de servicios o de navidad”.

Cabe anotar que, el artículo 128 del CST es de aplicación restrictiva y, por tanto, no se pueden pactar pagos no constitutivos de salario que no caben dentro de las excepciones contempladas en el artículo 128 del código laboral.

Así las cosas, el IBC, debe calcularse a partir de la siguiente formula:

$$IBC = \text{Total pagos salariales} + \text{Total pagos no salariales que exceden el 40\% total remunerado} + \text{Calculo de novedades del periodo}$$

Fuente: UGPP – ABC Pago correcto empleadores.

Por su parte, el cálculo de los pagos no salariales que exceden el 40% del total de la remuneración, se realizará de la siguiente manera:

$$\text{Total pagos no salariales que exceden el 40\% total remunerado} = \text{Total no salarial} - \left( \text{Total remuneración} \times 40\% \right)$$

Fuente: UGPP – ABC Pago correcto empleadores.

Ahora bien, los aportes al Sistema de Seguridad Social se realizarán de acuerdo con las siguientes proporciones en relación con el salario devengado:

**Tiempo Completo**

Sistema	Empleador/a	Trabajador/a	Total
Pensiones	12%	4%	16%
Salud	8,5%	4%	12,5%



Riesgos laborales Nivel I	-0,5%		0,5%
Cajas de Compensación	4%		4%
<b>Total</b>	25%	8%	33%

Aunado a lo anterior, la Ley 1955 de 2019, estableció en su artículo 244, como ingreso base de cotización para trabajadores independientes, el siguiente:

*“ARTÍCULO 244º. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA).*

*Los independientes por cuenta propia y los trabajadores independientes con contratos diferentes a prestación de servicios personales con ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente efectuarán su cotización mes vencido, sobre una base mínima de cotización del 40% del valor mensualizado de los ingresos, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado - IVA. En estos casos será procedente la imputación de costos y deducciones siempre que se cumplan los criterios determinados en el artículo 107 del Estatuto Tributario y sin exceder los valores incluidos en la declaración de renta de la respectiva vigencia”.*

Otro aspecto importante, frente a los aportes al sistema de protección social, corresponde a las medidas que



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	<p>buscan brindar esquemas de flexibilización, como los que se presentan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulo para la creación de empresas micro, pequeñas y medianas; que consiste en una progresividad de aportes parafiscales destinados al Sena, el ICBF y las Cajas de Compensación Familiar. Ley 590 de 2000, artículo 43.</li> <li>- Beneficios para empresas pequeñas, sobre los aportes parafiscales destinados al Sena, ICBF y cajas de compensación familiar, así como el aporte en salud a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Ley 1429 de 2010, artículo 5.</li> <li>- Beneficio asociado a una obligación tributaria, que permite que el aportante se beneficie de una exoneración de aportes en la porción que le corresponde de la tarifa de salud y de los aportes al SENA e ICBF, cuando tenga empleados que devenguen menos de 10 SMMLV. Ley 1607 de 2012, artículo 25. Modificada por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.</li> </ul>	
<b>Señales de progreso</b>		
<p><b>-Existencia de estudios y proyectos de reforma de los sistemas de seguridad social con enfoque de género, etnia y raza.</b></p> <p>Desde el 2010 se viene estructurando, en el marco sistema de seguridad social colombiano, el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), el cual incluye y articula la cosmovisión, usos y costumbres de cada</p>		

pueblo indígena a los componentes del Sistema General de Seguridad Social [en adelante SGSSS], para garantizar el derecho fundamental a la salud. Este es un proceso progresivo en el cual se ha logrado la configuración de rutas de trabajo para apropiación y adecuación socio-cultural en salud y el desarrollo de modelos de salud propia e intercultural con la participación de autoridades y líderes indígenas, autoridades locales y actores del sistema.

### CAPACIDADES ESTATALES

#### - Jerarquía y facultades de los organismos que gestionan la seguridad social

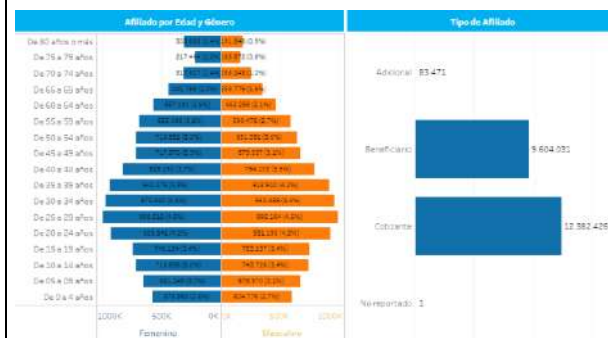
La ley 100 de 1993 definió el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) de la siguiente manera:

- El Sistema General de Pensiones tiene como objetivo asegurar a la población el cubrimiento de los riesgos o contingencias derivados de la vejez, la invalidez y la muerte, por medio del reconocimiento de pensiones y prestaciones determinadas por la Ley. Este sistema busca además la ampliación de la cobertura a segmentos de la población no cubiertos hasta ese momento por el antiguo Sistema. Con la Ley 100 se autoriza la creación de las Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones, encargadas de administrar los recursos destinados a pagar las pensiones de los afiliados que escojan pensionarse de acuerdo con las condiciones en que estos fondos operaran

#### - Total de cotizantes regímenes contributivos por edad, sexo, nacionalidad, condición jurídica, categoría ocupacional y rama de actividad

El total de cotizantes en el régimen contributivo es de 22.909.679

**Tabla 2. Contributivo por género y edad y por el tipo de afiliación 2019**



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y Proyecciones de Población DANE.

#### - Porcentaje de población sin cobertura en materia de seguridad social, por edad, sexo, por nacionalidad, condición jurídica (estatuto de refugiado o apátrida) condición de actividad, etnia y raza.

Para calcular el faltante de cobertura del SGSSS al cierre de 2019 existen los siguientes indicadores disponibles: el número de afiliados frente al total de la población, el faltante de cobertura en el régimen subsidiado y la Población Pobre No Afiliada – PPNA.

El indicador de cobertura total contrasta el número de afiliados al Sistema de Salud, con las proyecciones de población del DANE con base en el censo de 2005.

**Tabla 2. Cobertura anual y estimación de población sin afiliado 2019**

Año	Subsidio	Contributivo	R. Especiales y Excepción	Total afiliados
2019	22.808.930	22.909.679	2.244.344	47.962.953

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y Proyecciones de Población DANE.





de acuerdo con las disposiciones que dicha Ley exige. También reglamenta y autoriza el manejo del régimen pensional manejado por el Instituto de Seguros Sociales y por el cual se reconoce un porcentaje fijo de pensión de acuerdo con el cumplimiento de requisitos de edad y tiempo cotizado.

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993, implicó respecto al sistema anterior que sustituyó tres reformas fundamentales: la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud a los trabajadores colombianos, adicional al Instituto de Seguros Sociales I.S.S., la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía para asegurar un nuevo sector subsidiado en Colombia y la posibilidad para todos los trabajadores de elegir la entidad promotora de salud.
- El Sistema General de Riesgos Laborales regula la atención de los eventos derivados de los riesgos ocupacionales de manera independiente en lo financiero al sistema que cubre los eventos por enfermedad general. Todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) que es la responsable de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo. El valor total del aporte le corresponde al empleador y con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así

La población pendiente por afiliar en 2019 se encontraba principalmente en Bogotá (588.852 personas) y los departamentos de Cundinamarca (519.128), Valle (482.474), Antioquia (414.955) y Nariño (404.111). Estos territorios sumaron el 63,90% de la población pendiente de afiliación. Así mismo, las zonas apartadas también muestran faltantes de afiliación, es el caso de La Guajira (163.393 personas), Caquetá (108.542) y Putumayo (55.235).

La cobertura del Régimen Subsidiado permite determinar el faltante de población por afiliar (en términos porcentuales) de la población sin capacidad de pago de aportes al SGSSS.

**Tabla 3. Cobertura en el régimen subsidiado 2019**

Año	Cobertura R. Subsidiado (%)	Faltante de Afiliación Subsidiado (%)
2.019	98,89%	1,11%

Fuente: Dirección Aseguramiento – MSPS

Finalmente, el indicador de Población Pobre No Asegurada indica la cantidad de personas sin capacidad de pago que no se encuentran aseguradas en el SGSSS en un determinado momento del tiempo.

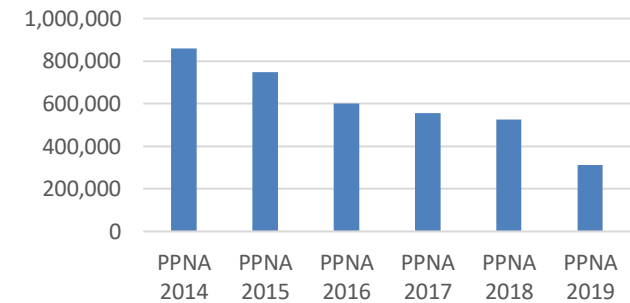
**Gráfica 2. Población Pobre No Afiliada Nacional 2014-2019**





como el pago de los días de incapacidad. La prestación de servicios de salud necesaria para la atención de los accidentes o enfermedades es realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado, entidad que recobrará los gastos ocasionados a la ARL.

- **Servicios sociales complementarios.** Este componente de la ley 100 trata acerca de auxilios a los Ancianos indigentes, tiene como objetivo apoyar a los ancianos que est n en estas condiciones, económicamente. Los ancianos en estas condiciones deben cumplir con ciertos requisitos: ser colombiano, tener más de 65 años, residir por más de 10 años en Colombia, carencia de recursos, residir en una institución especializada



Fuente: Dirección Aseguramiento – MSPS

Cabe mencionar que los indicadores de población faltante por afiliar no especifican lugar de procedencia o situación jurídica, si bien arrojan luces generales sobre la población que no ha ingresado al SGSSS.

-Porcentaje de la población desagregada por sexo, edad y origen étnico con cobertura en seguridad social

Las poblaciones indígenas y comunidades Rom son las únicas diferenciadas en el SGSSS al corte de 2019, según establece el Decreto 780 de 2016, las comunidades afrodescendientes, palenqueros y raizales no corresponde a poblaciones especiales en la citada norma, por tanto no son diferenciadas en los listados de afiliados de la BDUA.

En tanto son poblaciones especiales, las comunidades mencionadas est n afiliadas al régimen subsidiado, y quienes pertenecen a estos grupos poblacionales, pero aportan al SGSSS (régimen contributivo) no se citan a continuación, pues en este régimen no se diferencian sus integrantes por origen étnico.



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



**Tabla 5. Grupos étnicos en el régimen subsidiado a diciembre de 2019**

Tipo de Población	SUBSIDIADO
COMUNIDAD ROM	1.470
COMUNIDADES INDIGENAS	1.560.011
<b>Total general</b>	<b>1.561.481</b>

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

**Señales de progreso**

**- Cobertura y alcance de políticas públicas de inclusión de los no afiliados al sistema de seguridad social**

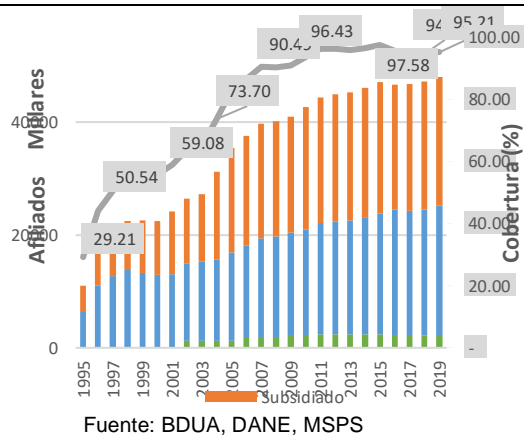
La cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS se mide como el cociente entre el total de afiliados calculado mensualmente y la población total del país, estimada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Desde 1995, la cobertura creció hasta cercanías de la universalidad del aseguramiento.

**Afiliación y cobertura históricas anuales 1995 - 2019**



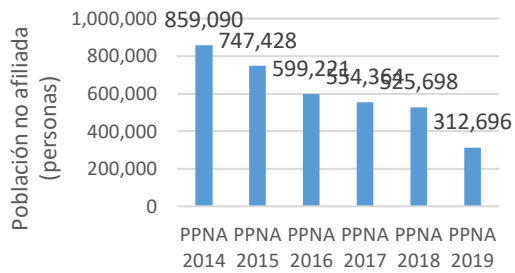
El futuro es de todos

Gobierno de Colombia



La meta de aseguramiento universal se pudo observar fácilmente a partir de la medición de cobertura del sistema de salud desde el punto de vista de la afiliación. Así mismo, hasta 2019 la Población Pobre No Afiliada - PPNA- permitió una mirada complementaria desde la focalización en las poblaciones sin capacidad de pago de aportes al SGSSS y no aseguradas. Así como la cobertura nacional se incrementó año a año hasta niveles actuales sobre el 95%, la PPNA se redujo constantemente como se muestra en la siguiente gráfica:

**Población Pobre No Asegurada – PPNA  
2014 - 2019**



Fuente: Dirección Aseguramiento - MSPS

Con la entrada en vigencia del Decreto 024 de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso un nuevo mecanismo para el ingreso al SGSSS, llamado la afiliación de oficio. Esta se define en el artículo 4 del documento y a continuación se presentan sus principales resultados mensuales, con un crecimiento importante en su uso:

**Afiliación de oficio mensual en 2020**

Mes de 2020	Afiliaciones de oficio
enero	62
febrero	2.743
marzo	16.232
abril	51.266
mayo	24.896
junio	29.426
julio (parcial)	4.063
<b>Total corrido 2020</b>	<b>128.688</b>

Fuente: Dirección Aseguramiento - MSPS



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



## IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

### - Requisitos de acceso al sistema de seguridad social

Los residentes en Colombia acceden al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Contributivo o a través del Régimen Subsidiado, dependiendo de su capacidad económica.

De otro lado, la Entidad Territorial debe garantizar la atención de la población pobre no asegurada –PPNA-, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones -SGP- para atención de servicios en lo cubierto por subsidio a la oferta; se deben pagar las cuotas de recuperación a que haya lugar.

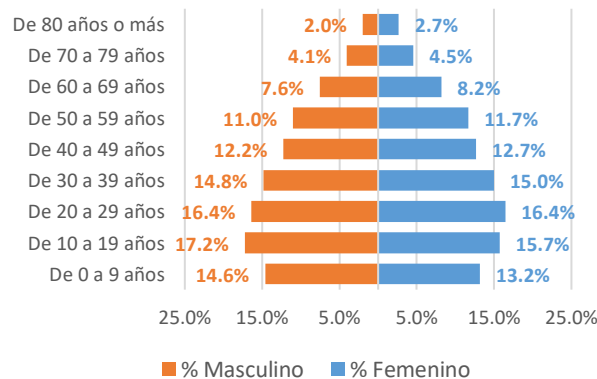
### - Requisitos para el acceso al sistema para indígenas, afrodescendientes, refugiados, solicitantes de asilo y apátridas

En 2001 se promulgó la Ley 691 de 2001 que creó un marco normativo general para la salud de los pueblos indígenas, de acuerdo con el Sistema de Seguridad Social en Salud. En la reglamentación de la participación de los grupos étnicos en el SGSSS, se estableció que la administración de los subsidios de los pueblos indígenas se podría hacer a través Administradoras Indígenas de Salud, previo

### - Base de cálculo de las prestaciones de seguridad social para varones y mujeres.

La composición por edad del SGSSS es similar entre mujeres y hombres. Los mayores grupos de afiliados están en adolescentes y edad laboral de 20 a 40 años. Sin embargo, la tercera edad suma alrededor del 13% de los afiliados en cada género. A continuación, se presenta la pirámide poblacional del SGSSS a nivel nacional.

#### Distribución por edades y género de la población del SGSSS



Fuente: BDU, Dirección Aseguramiento - MSPS

### -Porcentaje de trabajadores y trabajadoras rurales con cobertura de seguridad social

A diciembre de 2019, el total de los afiliados rurales reportados como parte del régimen contributivo del SGSSS en la Base de Datos Única de Afiliados – BDU fue de 785 mil personas. Esta cifra corresponde al 9,7% de todos los afiliados en territorios rurales del país. La distribución por género se presenta a continuación:

#### Afiliados al régimen contributivo por género y zona a diciembre de 2019

Zona	Género		% Femenino	% Masculino
	FEMENINO	MASCULINO		
RURAL	353.081	432.875	3,0%	3,9%
URBANO	11.332.572	10.791.151	97,0%	96,1%
<b>Total general</b>	<b>11.685.653</b>	<b>11.224.026</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: BDU

De esta forma, las trabajadoras rurales afiliadas al SGSSS son el 3% del total de afiliadas al régimen contributivo nacional. Para el caso de los hombres es de 3,9%. En cada caso, el resto de los afiliados están registrados en zonas urbanas.



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley y por las autoridades indígenas.

A través de la Circular 6 de 2005, Imparte instrucciones de obligatorio cumplimiento en relación con la reglamentación existente para la afiliación de la población indígena al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a la protección de manera efectiva del derecho a la salud de los pueblos indígenas, garantizando su integridad de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural.

Por el Decreto 1953 de 2014, Establece un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas, entre tanto se expide la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política. Se definen las funciones, mecanismos de financiación, control y vigilancia, así como el fortalecimiento de la jurisdicción especial indígena; con el fin de proteger, reconocer, respetar y garantizar el ejercicio y goce de sus derechos fundamentales al territorio, autonomía, gobierno propio, libre determinación, educación indígena propia, salud propia, y al agua potable y saneamiento básico, en el marco constitucional de respeto y protección a la diversidad étnica y cultural. Define su ámbito de aplicación, asociaciones para la administración conjunta de la asignación especial del Sistema General de Participaciones; delimitación, censo poblacional, principios generales,



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



competencias, sistema de salud, entre otras disposiciones.

La ley 1751 de 2015, Garantiza el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

En 2016 mediante el decreto único reglamentario Las Entidades Promotoras de Salud EPS Indígenas, tendrán como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S. En consecuencia, deberán afiliar y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud en los términos establecidos por las normas vigentes y administrar el riesgo en salud de los miembros de sus comunidades. Con el fin de proteger la unidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, las Entidades Promotoras de Salud EPS Indígenas, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



operar en todo el territorio nacional. Ergo, se fija los Requisitos para la Constitución y Funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud EPS Indígenas y el Objeto Social. (Artículo 2.5.2.4.1 al 2.5.2.4.2).

Finalmente, la Circular 011 de 2018 Se imparten directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI) a nivel territorial en concordancia con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme lo establecido en el Decreto 1953 de 2014, la Ley 715 de 2001 y 1751 de 2015.

**- Requisitos para el acceso al sistema para trabajadoras del servicio doméstico.**

En Colombia no existen requisitos específicos para el acceso al sistema de seguridad social en Salud para este sector.

**- Requisitos para el acceso al sistema para trabajadores/as rurales.**

En Colombia no existen requisitos específicos para el acceso al sistema de seguridad social en Salud para este sector.

**Señales de progreso**

**ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**





El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



**- Características y regularidad en la producción de información estadística en materia de seguridad social por sexo, etnia, raza, edad, nacionalidad, condición jurídica (estatuto de refugiado o apátrida) cobertura pública o privada, distribución territorial.**

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social se ha creado, el Sistema Integral de Información de la Protección Social que es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios. Suministra información para toda la ciudadanía.

Como sistema, el SISPRO incluye el conjunto de instituciones y normas que rigen el comportamiento del sector en términos de deberes y derechos de los agentes, organismos de dirección y administración del sistema, diseño de los procesos tecnológicos básicos, estandarización y normalización del registro, almacenamiento, flujo, transferencia y disposición de la información dentro del contexto del Sistema.

Su diseño se basa en una Bodega de Datos en la cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes. Los datos provienen de fuentes de información internas y externas al Ministerio. En el SISPRO se consolida y dispone la información a través

<p>de los siguientes componentes: <b>RUAF, RIPS, PILA, SIHO, SGD, SISMED</b>, entre otros.</p>		
<p><b>Señales de progreso</b></p>		
<p><b>- Características, frecuencia, cobertura de campañas oficiales de difusión sobre los derechos a la seguridad social.</b></p> <p>Se realizan estrategias conforme con los cambios que tiene el Sistema, es así como en 2019, por medio de boletines, ruedas de prensa y mensajes por redes sociales del Ministerio se realizó la divulgación de temas tales como: derecho a cambio de EPS, migración de EPS y afiliación y derechos en el sistema de los migrantes.</p> <p><b>- Características, frecuencia, cobertura de acciones sindicales de difusión de garantías de derechos de seguridad social a los trabajadores.</b></p> <p>No se ha realizado una estrategia de divulgación masiva acerca de las acciones sindicales de difusión de garantías de derechos de seguridad social a los trabajadores. Las organizaciones sindicales cuentan con un espacio en la intranet del Ministerio en la cual publican y actualizan información; cada vez que</p>	<p><b>- Características de -portales de Internet, cobertura televisiva, ventanillas específicas- de la información brindada sobre derechos a los receptores de programas de cobertura graciable o no contributiva.</b></p> <p>Como se indicó anteriormente, las estrategias de comunicación en pro de la salud y la protección social de los residentes en el país, no tiene que ver con el tipo de vinculación que tenga la persona con el sistema: puesto que Colombia, cuenta con la igualación de derechos en salud, sin importar si la persona está en el régimen contributivo o subsidiado. En los minisitios de la página del Ministerio se encuentra información específica para cada uno:</p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx</a></p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-en-salud.aspx">https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-en-salud.aspx</a></p>	



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



lo hacen se hace divulgación por medios internos para todos los servidores de la Entidad.  
(<https://intranet.minsalud.gov.co/orgsindicales/Paginas/default.aspx>).

## ACCESO A LA JUSTICIA

### Señales de progreso

#### **- Encuestas de satisfacción o percepción de los beneficiarios y usuarios respecto del sistema de seguridad social y de los programas de protección social**

El Ministerio de Salud y Protección Social, según lo establecido en el artículo 13 del Decreto 4107 de 2011, establece como funciones a la Oficina de Promoción Social, las de desarrollar y evaluar planes, programas y proyectos de promoción social y articularlos al desarrollo de las políticas y estrategias de promoción social del nivel nacional y territorial, gestionar la adopción y aplicación de los planes, programas y proyectos de promoción social a cargo del Ministerio y sus dependencias. En este sentido la Oficina realiza la construcción de lineamientos, orientar el desarrollo de condiciones de equidad en salud para individuos y colectivos cuyas condiciones sociales, económicas y culturales difieren a las de la mayoría de los ciudadanos colombianos. Por lo cual, se desarrolla procesos de asistencia técnica integral para que las Entidades Territoriales adopten y adapten en cada uno de sus programas y proyectos los lineamientos de enfoque diferencial emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de lograr avanzar en



su transversalización con grupos de especial protección constitucional. De cada una de las asistencias técnicas realizada se cuenta con:

- Encuesta de percepción de la asistencia técnica a través de modalidad de videoconferencia. Formato DESF07
- Encuesta de percepción de la asistencia técnica presencial. DESF06

**- Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la seguridad social.**

En Colombia no hay una segmentación de medios de acuerdo con los mensajes que divulgan, es por ello que cualquier medio de comunicación directo, nacional, regional, masivo o alternativo puede realizar esta tarea.

**- Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.**

A la fecha no se cuenta con información de cobertura de servicios de traducción en lenguas indígenas en el país, pero a través de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios Indígenas tienen un porcentaje de asignación mayor, a través de la Unidad de Pago por Capitación diferencial, para garantizar la atención diferencial a los pueblos indígenas, con estos recursos se garantiza que en caso de ser necesario, se apoye durante todo el proceso de atención la traducción en la lengua de origen, así como la elaboración de material de información y educación para la salud en cada una de las lenguas según los territorios, de igual manera en el marco de las acciones colectivas se garantiza la participación de traductores para el desarrollo de las actividades así como para el



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	<p>diseño y elaboración de material de información y educación para la salud, por lo que de manera general se puede afirmar que en el desarrollo de acciones diferenciales en salud, individuales y colectivas, se garantiza la traducción en la lengua de origen a la población indígena. De igual manera en el marco de las acciones intersectoriales, se cuenta con el apoyo del Ministerio de Cultura en los procesos de traducción y difusión de materiales educativos e información en salud para los pueblos indígenas.</p>	
--	--	--



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



## INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR AGOSTO DE 2020

### DERECHO A LA EDUCACIÓN

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																														
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>																																
<p><b>- Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la educación:</b></p> <p>i) PIDESC: Ratificado mediante Ley 74 de 1968. No se firmó el Protocolo Facultativo.</p> <p>ii) CEDAW: Ratificado mediante Ley 51 de 1981. Protocolo Facultativo ratificado a través de Ley 984 de 2005.</p> <p>iii) CDN: Ratificado mediante Ley 12 de 1991</p> <p>iv) CIEDR: Ratificado mediante Ley 22 de 1981.</p> <p>v) Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la esfera de la enseñanza: No ha sido ratificado por el estado Colombiano.</p> <p>vi) Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad: Ratificada mediante Ley 762 de 2002.</p> <p>vii) Metas educativas 2021: Plan Decenal de Educación 2006-2016 y 2016-2026 “El camino hacia la calidad y la equidad”</p> <p>viii) Declaración de la XX Cumbre Iberoamericana (2010): La Declaración del Mar de la Plata fue aprobada por los Jefes de Estado y Gobierno de los países participantes en la XX Cumbre Iberoamericana, incluido Colombia.</p>	<p><b>- Nivel de desempeño de los estudiantes según el sistema nacional de evaluación de la educación.</b></p> <p>En Colombia el indicador es el nivel de desempeño en las Pruebas SABER. Existen Pruebas SABER 3º, 5º, 9º y 11º, pero desde 2018, han estado en rediseño las pruebas 3º, 5º y 9º, por lo tanto, se reporta en Anexo este indicador para las pruebas SABER 3º, 5º y 9º de la vigencia 2017, para las áreas de lenguaje y matemáticas, por género.</p> <p>En cuanto a los resultados de la prueba SABER 11º, se envía la información consolidada de calendarios A y B para la vigencia 2019. Esta información no se puede enviar desagregada por género, dado que, para esta vigencia, el ICFES (Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación) no incluyó la variable de género para cada estudiante.</p> <p><b>- Tasa de asistencia escolar neta por sexo, grupos de edad, área geográfica, nivel de enseñanza (inicial, primaria, secundaria básica y secundaria orientada), desagregada</b></p>	<p><b>- Tasa neta de cobertura educativa por niveles de enseñanza (educación primera infancia hasta EDJA).</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">AÑO</th> <th style="text-align: center;">Cob neta Transición</th> <th style="text-align: center;">Cob neta Primaria</th> <th style="text-align: center;">Cob neta Secundaria</th> <th style="text-align: center;">Cob neta Media</th> <th style="text-align: center;">Cob neta Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2015</td> <td style="text-align: center;">55,52%</td> <td style="text-align: center;">83,93%</td> <td style="text-align: center;">71,13%</td> <td style="text-align: center;">41,40%</td> <td style="text-align: center;"><b>85,81%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2016</td> <td style="text-align: center;">53,61%</td> <td style="text-align: center;">83,58%</td> <td style="text-align: center;">71,02%</td> <td style="text-align: center;">42,80%</td> <td style="text-align: center;"><b>85,40%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2017</td> <td style="text-align: center;">55,26%</td> <td style="text-align: center;">82,69%</td> <td style="text-align: center;">71,66%</td> <td style="text-align: center;">42,79%</td> <td style="text-align: center;"><b>84,99%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2018</td> <td style="text-align: center;">64,06%</td> <td style="text-align: center;">90,63%</td> <td style="text-align: center;">77,62%</td> <td style="text-align: center;">44,48%</td> <td style="text-align: center;"><b>92,27%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>- Tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años, por sexo, etnia, raza, grupos de edad, área geográfica y quintiles de ingreso.</b></p> <p>Se reporta en Anexo la tasa de analfabetismo de 2015 a 2019 en las siguientes desagregaciones:            Por sexo para 15 años y más            Por sexo para 15 a 24 años            Por departamentos para 15 años y más</p>	AÑO	Cob neta Transición	Cob neta Primaria	Cob neta Secundaria	Cob neta Media	Cob neta Total	2015	55,52%	83,93%	71,13%	41,40%	<b>85,81%</b>	2016	53,61%	83,58%	71,02%	42,80%	<b>85,40%</b>	2017	55,26%	82,69%	71,66%	42,79%	<b>84,99%</b>	2018	64,06%	90,63%	77,62%	44,48%	<b>92,27%</b>
AÑO	Cob neta Transición	Cob neta Primaria	Cob neta Secundaria	Cob neta Media	Cob neta Total																											
2015	55,52%	83,93%	71,13%	41,40%	<b>85,81%</b>																											
2016	53,61%	83,58%	71,02%	42,80%	<b>85,40%</b>																											
2017	55,26%	82,69%	71,66%	42,79%	<b>84,99%</b>																											
2018	64,06%	90,63%	77,62%	44,48%	<b>92,27%</b>																											



- **Incorporación en la Constitución Política (y/o constituciones estadales o provinciales) del derecho a la educación.** Artículo 67 de la Constitución Política de 1991 “La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica y a los demás bienes y valores de la cultura.”

- **Legislación específica y/o planes de desarrollo educativo que contemplan el derecho a la educación.** Alcance y metas de cumplimiento. Ley 30 de 1992; Ley 115 de 1994; Ley 361 de 1997, Ley 715 de 2001, Ley 749 de 2002, Ley 934 de 2004, Ley 1084 de 2006, Ley 1098 de 2006, Ley 1188 de 2008, Ley 1295 de 2009, Ley 1297 de 2009, Ley 1324 de 2009, Ley 1404 de 2010, Ley 1064 de 2010, Ley 1503 de 2011, Ley 1547 de 2012, Ley 1620 de 2013, Plan Decenal de Educación 2006-2016 y 2016-2026.

- **Obligatoriedad escolar: rangos de edad y duración.** Constitución política de 1991, Artículo 67 “El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo un año de preescolar y nueve de educación básica”. Ley 1753 de 2015, artículo 55, establece que los grados 10º y 11º también son obligatorios en el sistema educativo colombiano.

- **Normas que regulan el derecho a la gratuidad educativa por nivel de escolaridad.** Artículo 67 de la Constitución Política, Ley 115 de 1994, Ley 715 de 2001, Acto Legislativo 04 de 2007, Ley 1178 de 2007, Decreto 4807 de 2011 y Ley 1753 de 2015.

**por sexo, quintiles de ingreso, etnia/raza, urbano rural.**

Se reporta en Anexo la Tasa de Matriculación, calculada a partir de la información del Censo 2018 por rangos de edad, por entidad territorial certificada, y por departamento.

- **Porcentaje de sobreedad por sexo, etnia/raza y área geográfica.**

Se reporta en Anexo la Tasa de Extraedad, calculada a partir de la información del Censo 2018 por grado, por entidad territorial certificada, y por departamento.

- **Cantidad de días de clase según la norma. 40 semanas de 5 días a la semana:** 200 días al año (sin tener en cuenta festivos nacionales).

- **Cobertura de programas y acciones concretas en todos los niveles educativos para el acceso y permanencia en el sistema educativo de sectores vulnerables por zona de residencia (urbano/rural).**

En Anexo se refieren los programas y acciones concretas principales referidas en el Informe de Gestión 2019

- **Cobertura de programas destinados a Educación de Primera Infancia y Educación de Jóvenes y Adultos (EDJA) por zona de residencia (urbano/rural).**

En cuanto a Educación para la primera infancia, a través de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, en 2018 el 92,3% de los niños y niñas de la primera infancia cuentan con 6 o más de las atenciones priorizadas, incluyendo, entre ellas, educación para la primera infancia.

Para 23 ciudades principales y sus áreas metropolitanas para 15 años y más  
Para 23 ciudades principales y sus áreas metropolitanas para 15 a 24 años.

- **Tasa de conclusión de la primaria y secundaria, por sexo, edad, etnia/raza, área geográfica y quintiles de ingreso.**

Se remite la tasa de aprobación para los grados 5º y 9º, que son los últimos grados de primaria y secundaria, respectivamente, por sexo, vigencia 2018.

	Primaria (5º)	Secundaria (9º)
Femenino	95,9%	92,9%
Masculino	94,2%	90,2%
Total	95,1%	91,6%

- **Porcentaje de Alumnos con sobreedad y tasa de abandono interanual en el nivel primario.**

En Anexo se reporta el porcentaje de estudiantes en extraedad y la tasa de deserción intra-anual (no se cuenta con los datos para reportar la tasa interanual) para educación primaria por Departamento.

- **Porcentaje de Alumnos con sobreedad y tasa de abandono interanual en el nivel secundario.**

En Anexo se reporta el porcentaje de estudiantes en extraedad y la tasa de deserción intra-anual (no se cuenta con los datos para reportar la tasa interanual) para educación secundaria por Departamento.





El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	<p>Así mismo, en los grados de pre-jardín, jardín y transición estuvieron matriculados en total en dicha vigencia 967.859 niños (incluyendo sector público, privado y contratada).</p> <p>En cuanto a la educación de Jóvenes y Adultos, estos ciclos tuvieron en 2018 una matrícula de 754.749 personas (incluyendo sector público, privado y contratada).</p>	
<p><b>Señales de progreso</b></p>		
<p><b>- Tipo y características de la cobertura: criterios de universalidad, o de focalización o por lógicas de subsidio a la demanda en educación.</b> La gratuidad educativa se entiende como la exención de pago de derechos académicos y servicios complementarios. En consecuencia, las instituciones educativas estatales no podrán realizar ningún cobro por derechos académicos o servicios complementarios. Artículo 140 de la Ley 1450 de 2011, y Artículo 2 del Decreto 4807 de 2011 "Por el cual se establecen las condiciones de aplicación de la gratuidad educativa para los estudiantes de educación preescolar, primaria, secundaria y media de las instituciones educativas estatales y se dictan otras disposiciones para su implementación", el cual está compilado en el Decreto 1075 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación.</p> <p><b>- Número, tipo, características de organizaciones de la sociedad civil registradas que participan en la promoción, implementación y la protección del derecho a la educación.</b> Dentro de las Organizaciones de la Sociedad Civil u Organizaciones No Gubernamentales que participan en la promoción, implementación y protección del derecho a la educación en Colombia, pueden</p>	<p><b>- Encuestas y/o estudios sobre el grado de satisfacción de los destinatarios del sistema educativo considerando si el mismo es accesible (cultural, geográfica o económicamente) y se adapta a los requerimientos de la población.</b> <b>- Encuestas y/o estudios sobre el grado de satisfacción y cobertura de los programas bilingües e interculturales de provisión de educación a pueblos indígenas y afrodescendientes.</b></p> <p>En cuanto a estas dos preguntas, el Ministerio de Educación Nacional realiza anualmente una Encuesta de Evaluación de Satisfacción con el fin de medir los niveles de satisfacción de los grupos de valor y partes interesadas de la entidad (instituciones de educación superior, secretarías de educación y usuarios de la unidad de atención al ciudadano) en relación con los trámites y servicios que presta. En Anexo se relacionan los resultados generales del nivel de satisfacción para las vigencias 2016 a 2018. No se relaciona la vigencia 2019 porque hubo un cambio significativo en el diseño de la encuesta, y no se han procesado los resultados todavía.</p>	





El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



mencionarse las siguientes que han tenido incidencia a nivel nacional:

-Fundación Saldarriaga Concha – fundación sin ánimo de lucro que trabaja por la inclusión de personas con discapacidad y personas mayores.

-Consejo Noruego de Refugiados NRC

-Corpoeducación – organización de participación mixta, privada y sin ánimo de lucro, que trabaja para mejorar la calidad educativa en Colombia.

-Fundación Carvajal – Fundación sin ánimo de lucro que promueve el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades más necesitadas en Cali y Buenaventura.

-Fundación Global Humanitaria - organización independiente, laica y plural que mediante apadrinamiento y cooperación internacional, trabaja por el fortalecimiento de procesos participativos de desarrollo, especialmente con la infancia, la juventud y la mujer para garantizar la igualdad de oportunidades de las poblaciones más vulnerables y excluidas en Colombia.

-Fundación Plan - organización de la sociedad civil colombiana, sin ánimo de lucro, miembro de Plan International. Trabaja en promoción de los derechos de la niñez.

-Fundación Empresarios por la Educación FExE - alianza empresarial que actúa como red de conocimiento independiente para generar comprensión e incidencia en el sector educativo a partir de la producción y gestión de conocimiento que aporta a la construcción de políticas públicas y la promoción de soluciones para los temas críticos en educación.

-Save the Children Colombia - organización no gubernamental centrada en la promoción y defensa de los derechos de la niñez.

-World Vision - organización global de desarrollo, ayuda humanitaria y Advocacy (Incidencia política y movilización) de principios cristianos, enfocada en el



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



bienestar y la protección integral con ternura de niños y niñas en situación de vulnerabilidad.  
-War Child – organización internacional sin ánimo de lucro dedicada a trabajar en mejorar la resiliencia y bienestar de niños y niñas viviendo en medio violencia y conflicto armado.  
-Mercy Corps - organización global (no gubernamental y sin ánimo de lucro) que pone en acción soluciones para ayudar a las personas a triunfar sobre la adversidad y construir comunidades más fuertes desde adentro.

**CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS**

**- Fuentes de financiamiento del sector educación.**  
**Proviene de los Recursos del Sistema General de Participaciones y de recursos del Presupuesto General de la Nación.**

**- Leyes y medidas específicas que dispongan formas de financiamiento de la gratuidad de la educación obligatoria.**

Decreto 4807 de 2011, por el cual se establecen las condiciones de aplicación de la gratuidad educativa para los estudiantes de educación preescolar, primaria, secundaria y media de las instituciones educativas estatales y se dictan otras disposiciones para su implementación. Este decreto está compilado en el Decreto 1075 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación.

La gratuidad educativa es para todos los estudiantes de las instituciones educativas estatales matriculados entre los grados de transición a undécimo, por lo tanto, las instituciones educativas no pueden realizar ningún cobro por derechos académicos o servicios complementarios.

**- Porcentaje del Gasto Público Social destinado a educación.**

El porcentaje del sector de educación en el total del Presupuesto General de la Nación es de 24,48%.

**- Gasto público en educación por niveles educativos (primera infancia, primaria, secundaria, técnica, superior).**

Se reporta en pesos colombianos para la vigencia 2018.

Primera Infancia (CINE 0): 2.519.105.220.918  
Primaria (CINE 1): 14.375.169.272.663  
Secundaria (CINE 2): 12.261.168.351.537  
Media (CINE 3): 4.464.263.722.039  
Superior (CINE 5, 6, 7 y 8): 10.246.257.988.707

Fuente: Sistema General de Participaciones del Presupuesto General de la Nación y Formulario Único Territorial FUT del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

**-Porcentaje de inversión en I+D en la región con respecto al PIB.**

En Colombia, se tienen los siguientes porcentajes de inversión en I+D y ACTI (Actividades de

**- Tamaño de la sección de alumnos por docente, según nivel de enseñanza.**

Primaria: 23  
Secundaria: 26  
Media: 25  
Superior: 28

**- Porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en educación por quintil de ingreso.**

La participación de los ingresos del hogar dentro del total del gasto educativo para todos los niveles es 33,6%, según la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE.



**- Monto y extensión de incentivos, deducción de impuestos (incentivos fiscales) y subsidios para el sector privado de la educación por nivel de instrucción.**

Según el Estatuto Tributario de Colombia (Decreto 624 de 1989), el sector educativo privado en Colombia tiene deducciones en el impuesto a la renta del 20%, pudiéndose acoger al Régimen Tributario Especial, siempre y cuando cumpla con lo establecido en los artículos 19 y 356 a 364, en donde se define qué asociaciones, fundaciones y corporaciones sin ánimo de lucro pueden ser calificadas como contribuyentes del Régimen Tributario Especial. Entre éstos están incluidos aquellos cuyo objeto social es de interés general, y en específico se definen aquellos dedicados a la educación, dedicados a educación inicial, educación preescolar, básica y media, educación superior y educación para el trabajo y el desarrollo humano.

Enlace:  
[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/estatuto\\_tributario\\_pr014.html#359](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/estatuto_tributario_pr014.html#359)

Ciencia, Tecnología e Innovación) para las vigencias 2016 a 2018:

	2016	2017	2018
I+D	0,27%	0,24%	0,24%
ACTI	0,69%	0,65%	0,61%

Fuente: Boletín Indicadores de Ciencia y Tecnología 2018  
[https://ocyt.org.co/Libro2018\\_Completo/INDICAD ORES\\_OCyT\\_2018%20Version%2023-07-19.pdf](https://ocyt.org.co/Libro2018_Completo/INDICAD ORES_OCyT_2018%20Version%2023-07-19.pdf)

- Gasto por alumno, por niveles de educación, como porcentaje del PIB per cápita.

Primaria: 23,32%

Secundaria: 29,83%

Media: 22,93%

Superior: 36,11%

Fuente: Sistema General de Participaciones del Presupuesto General de la Nación y Formulario Único Territorial FUT del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y SIMAT.

**- Gasto privado en educación, como porcentaje del PIB: 4,67%**

**-Distribución del Gasto por jurisdicciones (estadales, locales, provinciales).**

Para la educación preescolar, primaria secundaria y media (CINE 0, 1, 2 y 3) la distribución es:

Nivel Nacional: 90,14%

Nivel Departamental: 3,90%

Nivel Local: 5,96%

Para la educación superior (CINE 5, 6, 7 y 8) la distribución es:

Nivel Nacional: 96,88%

Nivel Departamental: 3,12%



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	<p>Nivel Local: 0% Fuente: Sistema General de Participaciones del Presupuesto General de la Nación y Formulario Único Territorial FUT del Ministerio de Hacienda y Crédito Público</p> <p><b>- Porcentaje de docentes sin título específico.</b></p> <p>El porcentaje de docentes que no cumplen con los requisitos de formación mínimos establecidos en la legislación colombiana son:</p> <p>Preescolar: 0,50% Primaria: 0,74% Secundaria: 1,63% Media: 1,21% Fuente: Anexo A3, corte diciembre 2018, Ministerio de Educación Nacional, y Encuesta de Educación Formal 2018, DANE</p>	
<b>Señales de progreso</b>		
	<p><b>- Avances específicos en el cumplimiento de la gratuidad, universalidad y obligatoriedad y de las metas educativas de los Estados.</b></p> <p>Para la vigencia de 2018, los recursos de gratuidad asignados por el Ministerio de Educación Nacional, correspondientes a \$540.002.945.449, garantizan la gratuidad de 97.4% de la matrícula. El restante 2.6% corresponde a matrícula de instituciones públicas de régimen especial, como instituciones educativas de la Policía Nacional, de la Universidad Nacional de Colombia, de la Contraloría, entre otros, que también son gratuitos, pero el recurso correspondiente lo asume cada una de esas entidades.</p>	
<b>CAPACIDADES ESTATALES</b>		



<p>- <b>Porcentaje de escuelas que participan en programas de evaluación de contenidos y calidad educativa.</b> Dado el sistema de descentralización educativa, el seguimiento a la calidad de los establecimientos educativos lo realizan las Secretarías de Educación de las Entidades Territoriales Certificadas. Sin embargo, existen mediciones nacionales que se realizan a todos los establecimientos educativos de educación preescolar, básica y media, como el ISCE (Índice Sintético de Calidad Educativa), que son referentes por excelencia para realizar dichas evaluaciones.</p> <p>- <b>Participación del sector oficial en la matrícula por nivel educativo (desde Primera Infancia a educación superior).</b> Con base en los datos de matrícula definitiva vigencia 2018, la participación del sector oficial es de 78,2%.</p> <p>- <b>Características, montos y gestión de asistencia técnica y financiera internacional en el área de educación.</b> En archivo anexo se remiten los montos de Cooperación técnica y financiera formalizada por el Ministerio de Educación Nacional entre 2017 y 2019. Es importante hacer claridad de que esta información obedece exclusivamente a los recursos técnicos y financieros recibidos por el Ministerio de Educación Nacional, no en relación con todo el sector de la educación.</p>	<p>- <b>Oferta de establecimientos educativos públicos según niveles:</b> Primera infancia (de 0 a 6 años); educación básica y media (6 a 17 años) universitarios, educación de jóvenes y adultos. Número de establecimiento y cantidad de vacantes. Se reporta en Anexo los establecimientos educativos, por niveles, registrados en el Directorio Único de Establecimientos Educativos del Ministerio de Educación, con corte a junio de 2020. Es importante aclarar que se reporta para primera infancia los establecimientos educativos que ofrecen los grados de preescolar (prejardín, jardín y transición), que cubre las edades teóricas de 3-5 años, y así mismo para educación básica y media, para los grados 1º a 11º. Sin embargo, es importante tener en cuenta que hay instituciones educativas que ofrecen tanto educación preescolar como básica y media, por lo cual se reportan algunos duplicados en estas dos categorías. Las instituciones de educación superior son las reportadas en el Sistema Nacional de Instituciones de Educación Superior – SNIES.</p> <p>- <b>Porcentaje de establecimientos educativos (en todos los niveles incluyendo el universitario) con bibliotecas según cantidad de libros.</b> Este indicador no se mide en el sector educativo Colombiano. Sin embargo, se informa que, para el cuatrienio, una de las acciones que hacen parte del programa Plan de Lectura y Escritura, que es un total de 2000 bibliotecas escolares</p>	<p>- <b>Nivel medio educativo de la población, por años de escolaridad y desagregado por sexo.</b> El número de años de escolaridad promedio reportado para 2018 es: 8.62 para mujeres 8.30 para hombres 8.47 para mujeres y hombres</p> <p>- <b>Porcentaje de niños de 0 a 6 años que participan en programas educativos.</b> En cuanto a Educación para la primera infancia, a través de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, en 2018 el 92,3% de los niños y niñas de la primera infancia (0 a 5 años) cuentan con 6 o más de las atenciones priorizadas, incluyendo, entre ellas, educación para la primera infancia.</p> <p>- <b>Porcentaje de investigadores de jornada completa, por sexo y zona geográfica.</b> Para el año 2017, había un total de 13.001 investigadores reconocidos por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), de los cuales 8.141 son hombres y 4.860 son mujeres. Fuente: Boletín Indicadores de Ciencia y Tecnología 2018 <a href="https://ocyt.org.co/Libro2018_Completo/INDICADORES_OCyT_2018%20Version%2023-07-19.pdf">https://ocyt.org.co/Libro2018_Completo/INDICADORES_OCyT_2018%20Version%2023-07-19.pdf</a></p> <p>- <b>Porcentaje de escuelas y de docentes que participa en programas de formación continua y de innovación educativa.</b> En archivo Anexo se relaciona el número de docentes y de establecimientos que han participado en programas de formación continua entre 2017 y 2019.</p> <p>- <b>Porcentaje de jóvenes y adultos que participa en programas de formación y capacitación continua presenciales y a distancia, por sexo y zona geográfica.</b> El Ministerio de Educación Nacional cuenta con tres sistemas de información respecto a la matrícula estudiantil:</p>
---	---	--



	<p>dotadas con colecciones bibliográficas para fortalecer procesos de lectura, escritura y oralidad en el transcurso del cuatrienio.</p> <p>- Tasa de crecimiento anual de las tasas específicas de escolarización por grupos de edad.</p> <p>Se reporta en archivo anexo la tasa de crecimiento entre las vigencias 2017 y 2018 de la tasa de matriculación por departamento y grupos de edad.</p>	<p>el SIMAT, Sistema Integrado de Matrícula para información de educación preescolar, básica y media, el SNIES, Sistema Nacional de Información de Educación Superior, y el SIET, Sistema de Información educación para el trabajo y el desarrollo humano.</p> <p>Entendiendo que la educación continua son los programas de extensión que ofrecen instituciones de educación superior, como programas de educación permanente, cursos, seminarios, y demás programas destinados a la difusión de los conocimientos, al intercambio de experiencias y actividades de servicio tendientes a procurar el bienestar general de la comunidad y la satisfacción de las necesidades de la sociedad (Ley 30 de 1992, artículo 120), la información de matrícula de estos programas no son registrados por ninguno de los tres sistemas. Por lo tanto, no contamos con dicha información.</p> <p><b>- Porcentaje de jóvenes procedentes de la educación técnico-profesional que acceden al empleo al finalizar sus estudios y en puestos afines con su capacitación, por sexo y zona geográfica.</b></p> <p>El Observatorio Laboral para la Educación-OLE del Ministerio de Educación Nacional, produce información y estadísticas de la oferta de graduados en educación superior y monitorea su mercado de trabajo a partir de fuentes externas, para contribuir a la construcción de política educativa, aportar a la autoevaluación de las Instituciones de Educación Superior-IES y la pertinencia de la oferta académica en Colombia.</p> <p>Para lo anterior, el OLE tiene a disposición de la comunidad el Sistema de Indicadores (<a href="http://bi.mineduacion.gov.co:8380/eportal/web/men-observatorio-laboral/perfil-nacional">http://bi.mineduacion.gov.co:8380/eportal/web/men-observatorio-laboral/perfil-nacional</a>), en la página web <a href="https://ole.mineduacion.gov.co">https://ole.mineduacion.gov.co</a>, el cual brinda información de carácter estadístico acerca de los graduados de educación superior, a partir del reporte que realizan las instituciones de educación superior al Sistema Nacional de</p>
--	---	---





El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



		<p>Información de Educación Superior – SNIES y de su cruce con fuentes externas que contienen registros del Sistema de Seguridad Social Integral. Como resultado, presenta estadísticas del número de títulos e indicadores laborales de los graduados de educación superior (tasa de cotizantes e IBC estimado), a partir del número de graduados que cotizan al Sistema General de Seguridad Social, como empleados dependientes.</p> <p>En archivo anexo se remite una tabla que contiene la tasa de vinculación de los graduados del año 2015 en el nivel de formación Técnico Profesional, con año de seguimiento o análisis de 2016, desagregada por sexo, áreas de conocimiento y departamento donde se graduaron. Con respecto a la información correspondiente a los años de seguimiento 2017 y 2018, se encuentran en proceso de estimación y se ha proyectado que los datos estarán disponibles en el segundo semestre del presente 2020.</p> <p>Se debe tener en cuenta que la tasa de cotizantes se obtiene de la relación porcentual entre el número de graduados que cotizan al Sistema General de Seguridad Social y el número total de graduados. Asimismo, los datos aquí expuestos describen únicamente la situación laboral de aquellos graduados vinculados al sector formal de la economía.</p> <p>Es importante señalar que no es posible determinar si el graduado se encuentra empleado en una actividad correspondiente a su perfil profesional, toda vez que podemos determinar el sector económico, mas no las áreas de desempeño laboral y funciones asociadas al cargo.</p>
<b>Señales de progreso</b>		
	<p><b>- Existencia de Planes con metas específicas de expansión del acceso a la educación secundaria cuando la misma no es obligatoria.</b></p> <p>La educación en Colombia es obligatoria desde grado 0 (Transición) hasta grado 11º, incluyendo</p>	



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	la educación secundaria (CINE 2) y la media (CINE 3).																	
<b>IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN</b>																		
<p><b>- Existencia de marcos legales y de políticas que garanticen la no discriminación en la educación y una educación no discriminatoria.</b></p> <p>Constitución Política de 1991: artículos 44 y 45 establecen el derecho de todos los niños y adolescentes a la educación, y el artículo 67 establece la educación como un derecho de la persona un servicio público con función social.</p> <p>Ley 1752 de 2015: tiene por objeto garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de discriminación por razones de etnia, religión, nacionalidad, ideología política o filosófica, sexo u orientación sexual, discapacidad y demás razones de discriminación.</p> <p>El Ministerio contribuye a través de procesos de inclusión y equidad en la educación, al reconocimiento de manera pertinente de la diversidad de características, intereses, posibilidades y expectativas de los niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas y mayores. Estos procesos se centran en el desarrollo integral y participación de toda la población, en un ambiente pedagógico y de aprendizaje sin discriminación o exclusión alguna, garantizando, en el marco de los derechos humanos, los apoyos y los ajustes razonables requeridos, reduciendo las brechas a través de prácticas, políticas y culturas que eliminen las barreras existentes en el contexto educativo (Decreto 1421 de 2017).</p>	<p><b>-Porcentaje de familias con dificultades socioeconómicas que reciben apoyo para garantizar la asistencia habitual de sus hijos a las escuelas.</b></p> <p>El Departamento de Prosperidad Social (DPS) remite la siguiente respuesta: “El 100% de las 2.648.361 familias en estado activo del programa Familias en Acción reciben apoyo para garantizar la asistencia habitual de sus hijos a las escuelas”.</p> <p><b>-Porcentaje de becas a alumnos/as de todos los niveles educativos.</b></p> <p>No se cuenta con esta información detallada.</p> <p><b>- Porcentaje de educadores que tienen el título específico de educación inicial.</b> Según el artículo 7 del Decreto 2277 de 2002, el requisito de formación mínimos para poder ingresar a concurso como docentes de educación preescolar en el sector oficial es Normalista Superior o título de licenciado o profesional. Del total de docentes que dictan en los niveles de preescolar (pre-jardín, jardín y transición), en el sector privado, 57,51% cumplen los niveles de formación mínimos establecidos para el sector oficial, y en el sector oficial, 99,00% cumplen con ese nivel de formación mínimo.</p> <p><b>- Porcentaje de matrícula de primaria de tiempo completo o doble turno por gestión (pública o privada).</b></p>	<p><b>- Relación entre el número de niñas y el de niños según nivel de enseñanza, por etnia/raza y área geográfica.</b></p> <p>Se relaciona en anexo una tabla de distribución por sexo según nivel de enseñanza, departamento y etnia.</p> <p>- Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los varones de 15 a 24 años de edad.</p> <table border="1" data-bbox="1346 743 2041 906"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total nacional</td> <td>98,7</td> <td>98,9</td> <td>98,8</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>98,3</td> <td>98,6</td> <td>98,5</td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>99,0</td> <td>99,1</td> <td>99,2</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes pertenecientes a etnias, población indígena, afrodescendiente, campesina escolarizados en la educación inicial, primaria y secundaria básica.</b></p> <p>No es posible reportar la tasa de matriculación para niños, niñas y adolescentes pertenecientes a etnias. La razón es que, aunque el censo poblacional y de vivienda de 2018 incorpora la variable de grupo étnico, la entidad facultada para verificar, validar y actualizar el censo para grupos étnicos es el Ministerio del Interior. Sin embargo, este censo no se ha llevado a cabo. Por lo tanto, no existe hoy en día la información poblacional con la cual generar la tasa de matriculación según grupos étnicos.</p> <p><b>-Porcentaje de alumnado de minorías étnicas, poblaciones originarias y afrodescendientes que realiza estudios de educación técnico- profesional (ETP) y universitarios.</b></p>		2017	2018	2019	Total nacional	98,7	98,9	98,8	Hombre	98,3	98,6	98,5	Mujer	99,0	99,1	99,2
	2017	2018	2019															
Total nacional	98,7	98,9	98,8															
Hombre	98,3	98,6	98,5															
Mujer	99,0	99,1	99,2															





El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



Plan Decenal de Educación 2016-2026: La inclusión y la equidad en la educación se convierten en la posibilidad de impulsar la transformación de la sociedad hacia la garantía del desarrollo humano, integral y sostenido que contribuya a la equidad para generar igualdad de oportunidades.

Plan de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados, que busca garantizar igualdad de oportunidades para todos los colombianos. Uno de los pactos estructurales es el de equidad, que se centra en garantizar la igualdad de oportunidades para la inclusión social, entre otros, a cuidado infantil, educación y formación de capital humano a todos y todas a lo largo de toda la vida.

El Ministerio de Educación Nacional ha apostado por la consolidación de un documento de Lineamientos de Política de Inclusión y Equidad en la Educación que permite dar orientaciones a las secretarías de educación, establecimientos educativos, familias y comunidad en general para la incorporación e implementación de acciones que tengan en cuenta los principios y enfoques propuestos para el desarrollo de planes de gobierno, proyectos educativos, programas y estrategias con un sentido amplio de lo que significa educación de calidad, a lo largo de la vida para todos.

**- Ley de reconocimiento de la educación bilingüe e intercultural.**

Teniendo en cuenta que la Constitución Política Colombiana de 1991(Art. 1 y 10) reconoce al país como pluriétnico y multicultural, oficializa las lenguas de los grupos étnicos en sus territorios y establece el derecho de los grupos étnicos con tradiciones

El 27,01% de la matrícula de preescolar, primaria, secundaria y media es jornada completa o jornada única.

Para el nivel de primaria, el 25,85% de la matrícula es de jornada completa o jornada única.

**- Tiempo semanal dedicado a la educación artística y a la educación física en las escuelas por nivel educativo.**

En Colombia no es posible establecer un tiempo semanal único para la educación artística y física, teniendo en cuenta que la Ley 115 de 1994 establece, en su artículo 77, la autonomía escolar en cuanto a su currículo y plan de estudios. El artículo 23 de dicha ley establece que mínimo el 80% del plan de estudios debe estar compuesto por asignaturas de las áreas obligatorias y fundamentales, dentro de las cuales se encuentran la educación artística y la educación física.

Sin embargo, el DANE, a través de la Encuesta de Educación Formal recoge la intensidad horaria promedio por área todos los años. Para el año 2019, el porcentaje de las horas promedio dedicadas a estas áreas, frente al total de las asignaturas es la siguiente:

Nivel educativo	Educación artística	Educación física
Primaria	5,96%	7,35%
Secundaria	20,77%	25,61%
Media	24,03%	29,64%
Preescolar	8,30%	10,23%
Todos los niveles	2,65%	3,26%

Aunque el Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES) recoge la información de pertenencia étnica de los estudiantes, esta información no es de recolección obligatoria para las instituciones de educación superior, por lo cual, teniendo en cuenta que este sistema está basado en registros administrativos de estas instituciones, hay un alto nivel de subreporte para esta variable, por lo cual actualmente no se reporta.

**-Porcentaje de alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados en escuelas regulares del sistema educativo**

Dado que en Colombia no existen instituciones educativas solamente para población con alguna discapacidad o con talentos excepcionales, se reporta en Anexo el porcentaje de niños, niñas y adolescentes con alguna discapacidad y el de aquellos con talentos excepcionales que están registrados en el Sistema Integral Matrícula Estudiantil de educación preescolar, primaria, secundaria y media y en la Estrategia de Aceleración del Aprendizaje, frente al total de la matrícula, por nivel educativo.

**-Porcentaje de alumnos que pertenecen a pueblos originarios que recibe educación bilingüe, por nivel educativo.**

Para la vigencia 2018, los porcentajes por nivel educativo de estudiantes pertenecientes a un grupo étnico que estudian en una institución con metodología etnoeducativa son:

- Prejardín y jardín: 0,97%
- Transición: 37,97%
- Primaria: 33,49%
- Secundaria: 19,63%
- Media: 15,04%
- Total: 26,89%

**-Máximo nivel educativo alcanzado de niños, niñas adolescentes pertenecientes a grupos originarios,**



<p>lingüísticas propias a una educación bilingüe; y que la Ley 115 de 1994 prevé la atención educativa para los grupos étnicos, con estrategias pedagógicas acordes con su cultura, lengua y tradiciones, el Decreto 804 de 1995 reglamenta la atención educativa para grupos étnicos, llamándola etnoeducación.</p> <p><b>- Inclusión de enfoque de género, de derechos humanos y de cultura de pueblos indígenas y afrodescendientes en los contenidos básicos comunes.</b></p> <p>El Ministerio de Educación, con base en la normatividad mencionada anteriormente, incluye estos enfoques mediante las siguientes estrategias transversales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar trayectorias educativas completas de todos los niños, niñas, adolescentes jóvenes y adultos, en el marco del desarrollo integral, desde el reconocimiento y valoración de la diversidad, actuando en el marco del enfoque de derechos y de género, favoreciendo la promoción de la participación plena y efectiva.</li> <li>• Valorar la diversidad y reconocer la diferencia como una oportunidad para el aprendizaje y promoción del desarrollo integral.</li> <li>• Promover la formulación y actualización de los proyectos pedagógicos y proyectos educativos comunitarios en el nivel nacional, territorial e institucional, para dar respuestas educativas pertinentes a la diversidad de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos.</li> <li>• Favorecer las condiciones para la organización de un sistema de apoyos de acuerdo con las características y particularidades de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos.</li> <li>• Desarrollar diferentes estrategias para lograr la participación, la presencia y el progreso de</li> </ul>	<p><b>- Cantidad de computadores en la escuela por alumno para tareas de aprendizaje.</b></p> <p>Para la vigencia 2018, el 17,2% de los estudiantes tiene acceso a algún elemento de cómputo (computadores de escritorio, computadores portátiles o tabletas) en los establecimientos educativos para uso pedagógico.</p> <p><b>-Existencia de programas, alcance y cobertura de sostenibilidad del aprendizaje de la cultura escrita.</b></p> <p>Aunque no es claro a qué se refieren con este indicador, nos referiremos a la estrategia de Plan Nacional de Lectura y Escritura. Este plan tiene cuatro componentes estratégicos: i) Vive tu Biblioteca Digital – fortalecimiento de bibliotecas escolares, a través de diagnóstico de condiciones y operación de bibliotecas escolares, y su relación con el sistema municipal de bibliotecas; ii) Desarrollo de comunidades y redes de aprendizaje – renovación de prácticas pedagógicas que motivan la lectura en familia, y revisión y formación de docentes para desarrollo de métodos innovadores para enseñar lectura y escritura; iii) dotación de material de lectura en papel y digital – entrega de colecciones para bibliotecas; iv) Diseño y escritura de dos documentos de política: Recursos y Materiales Educativos; y Lectura, Escritura y Bibliotecas.</p> <p>También se está formulando la política de Lectura, Escritura y Bibliotecas Escolares para orientar el desarrollo del proceso en las Entidades Territoriales Certificadas, instituciones educativas, y comunidad educativa en general.</p>	<p><b>afrodescendientes por sexo y por lugar de residencia (urbano/rural).</b></p> <p>La información solicitada se presenta en el anexo, para la vigencia 2018.</p>
---	--	---



todos los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos.

- Fortalecer las propuestas curriculares coherentes con el proyecto educativo, el contexto y las particularidades de todos los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos.
- El Fortalecimiento en la implementación de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos (CEA), mediante la capacitación a las Secretarías de Educación, a los directivos docentes y a los docentes en el reconocimiento de la normatividad y de los lineamientos generados para impartirla.
- Desarrollar ambientes de aprendizaje y proyectos pedagógicos acordes con las características de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, respondiendo a la diversidad, a través de recursos, didácticas, prácticas pedagógicas para el progreso y promoción de toda la población.
- Diseñar un sistema de evaluación, coherente con las metas y propósitos de aprendizaje que reconozcan la diversidad y las particularidades de todos los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos.
- La formulación, diseño e implementación de los Proyectos Educativos Comunitarios PEC de los diferentes pueblos se hacen posible mediante procesos de concertación entre la comunidad educativa y las autoridades tradicionales.

**- Inclusión de educación sexual obligatoria en los distintos niveles.**

La Ley 1620 de 2013 tiene como objeto contribuir a la formación de ciudadanos activos, la creación del sistema nacional de convivencia escolar y la formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar.



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



Los artículos 12 y 13 establecen la obligación de los establecimientos educativos de conformar su comité de convivencia escolar. Una de sus funciones es liderar el desarrollo de estrategias e instrumentos destinados a promover y evaluar la convivencia escolar, el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Así mismo, el artículo 17 establece como una de las responsabilidades de los establecimientos, en el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, emprender acciones que involucren a toda la comunidad educativa en procesos de reflexión sobre factores asociados a la violencia, el acoso escolar, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos y el impacto de los mismos, incorporando conocimiento pertinente acerca del cuidado del propio cuerpo y de las relaciones con los demás, inculcando tolerancia y respeto mutuo.

**- Normas para la inclusión de niños, niñas y adolescentes con capacidades especiales o con capacidades excepcionales.**

Mediante el Decreto 1421 de 2017 se reglamenta el marco de la educación inclusiva y la atención educativa a población con discapacidad. Este decreto se enmarca en el artículo 13 de la Constitución Política, que establece que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación”, el artículo 68 que establece que la educación de personas con limitaciones físicas o mentales o con capacidades excepcionales son obligaciones especiales del Estado, así como en los artículos 44, 45, y 67, mencionados anteriormente; en el artículo 46 de la Ley 115 de 1994, que establece que la educación de



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



las personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas, emocionales o con capacidades intelectuales excepcionales es parte integrante del servicio público educativo.

**Señales de progreso**

**- Frecuencia y resultados en la actualización de los contenidos básicos de la educación que incorpore el enfoque de género, étnico, de derechos humanos y ciudadanía en los currículos de las diferentes etapas educativas.**

Desde el 2019 el Ministerio inicia la implementación de la Línea de Entornos para la Vida, la Convivencia y la Ciudadanía. Esta propuesta implica poner a la niñez y juventud al centro, reconocer en ellos y ellas actores y sujetos activos de sus transformaciones y las del entorno y pensar que lograr dichas transformaciones implica trabajar sistémicamente con los adultos con los que interactúan.

Por ello, el desarrollo de esta línea estratégica implica estar con las comunidades educativas y orientar su acción al menos un año escolar para cada una desarrolle su autonomía institucional.

La línea estratégica de “Entornos escolares para la vida, la convivencia y la ciudadanía” se enfoca en el desarrollo socioemocional de la niñez y juventud de Colombia a través de diversas estrategias y en diversos entornos.

Componentes:

- Promover en el aula, en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en las interacciones cotidianas emociones para la vida, la convivencia y la ciudadanía para lo cual se hace énfasis en la necesidad de transformar las prácticas pedagógicas de los docentes, promover el cuidado y autocuidado, la educación para la sexualidad, el desarrollo sostenible, mejorar los



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



climas de aula y las competencias ciudadanas y socioemocionales para el ejercicio de los Derechos Humanos, a través de procesos de formación y acompañamiento a docentes y directivos docentes.

- Fortalecer el Sistema Nacional de Convivencia Escolar, con la consolidación de la participación de los estudiantes en los procesos de convivencia, la implementación del Sistema Único de Información de Convivencia Escolar – SIUCE, para el reporte y seguimiento a casos que afectan la convivencia pacífica, el desarrollo de estrategias para revisar que los manuales de convivencia sean garantes de derechos y la implementación de protocolos para la prevención de situaciones que vulneran la integridad de niñas, niños y adolescentes.

- Fortalecimiento de la alianza familia - escuela: las familias son el primer referente para la niñez. Las interacciones que suceden en su entorno familiar desde la primera infancia son determinantes para los demás ciclos de vida y por ello, lo que sucede con las familias incide en la forma como los niños, niñas y adolescentes se relacionan consigo mismos, con los demás y con el entorno, y a partir de allí construyen y consolidan sus proyectos de vida.

- Promoción de una educación para la Ética, Ciudadanía e Historia, como acciones específicas que contribuyen al reconocimiento y fortalecimiento de estrategias para la democracia y el desarrollo del pensamiento crítico e histórico en los estudiantes.

En el marco de la descentralización, todos estos componentes incluyen el fortalecimiento de capacidades de las secretarías de educación para adaptarlas a su contexto y para implementarlas en sus territorios.





El futuro es de todos

Gobierno de Colombia



**- Características, cobertura (territorial y temática), presupuesto y jurisdicción del sistema estadístico en materia educativa.**

El Ministerio de Educación Nacional tiene varios sistemas estadísticos en materia educativa con cobertura nacional que recogen información sobre matrícula estudiantil:

El SIMAT, Sistema Integrado de Matrícula para información de educación preescolar, básica y media, el SNIES, Sistema Nacional de Información de Educación Superior, y el SIET, Sistema de Información educación para el trabajo y el desarrollo humano. Adicionalmente, tiene el Sistema de Seguimiento Niño a Niño (SSNN) para recoger la información de las atenciones que recibe cada niño entre 0 y 5 años de la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia. Los primeros tres recogen información tanto del sector público como del privado, y el último por ahora solamente del público. Estos sistemas están basados en registros administrativos.

Adicionalmente, para la educación preescolar, básica y media también cuenta con los siguientes sistemas de información:

-SICIED (Sistema Interactivo de Consulta de Infraestructura Educativa)

-Buscando Colegio (Sistema de Consulta de las Instituciones Educativas del País)

Así mismo, para la educación superior cuenta con el sistema de información OLE (Observatorio Laboral para la Educación Superior), que ya fue descrito en una pregunta anterior, y SPADIES, que es una herramienta que permite identificar datos relacionados con causas, variables y riesgos determinantes de la deserción estudiantil en educación superior, a partir de datos suministrados por las instituciones de educación superior. Ambos también son de cobertura nacional.

**- Mecanismos establecidos para la difusión y acceso a las bases de datos y estadísticas educativas.**

El principal medio establecido para la difusión y acceso a bases de datos y estadísticas educativas actualmente es a través de la página Datos Abiertos del gobierno colombiano ([www.datosabiertos.gov.co](http://www.datosabiertos.gov.co)). La información se carga regularmente, y actualmente está actualizada, con datos preliminares, a 2019, y con datos definitivos, a 2018.

**-Mecanismos establecidos para la difusión de resultados de calidad educativa y cumplimiento de metas en educación.**

Por una parte, los resultados de las Pruebas de estado (Pruebas SABER) se publican a través de la página web del ICFES (Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación) ([www.icfesinteractivo.gov.co](http://www.icfesinteractivo.gov.co)). Así mismo, la información de los resultados anuales del ISCE (Índice Sintético de Calidad Educativa) de las instituciones educativas de preescolar, básica y media se pueden consultar en el siguiente enlace del Ministerio de Educación Nacional: [www.superate20.edu.co/isce](http://www.superate20.edu.co/isce).

Adicionalmente, en la página web del Ministerio de Educación ([www.mineducacion.gov.co](http://www.mineducacion.gov.co)) se puede encontrar información de todos los planes, programas y programas misionales, así como enlaces a otras páginas web relevantes.

-Número de proyectos presentados y aprobados en los que diferentes sectores sociales participan y que se aplican de forma integrada al diseño de la educación.

La Comisión Sexta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes remite, en archivo PDF anexo titulado "Proyectos de Ley TEMA



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	EDUCACION" los diferentes proyectos para el sector educativo.	
<b>Señales de Progreso</b>		
<p><b>- Características, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la educación.</b> El Ministerio de Educación Nacional construye la Estrategia de Rendición de Cuentas. Esta estrategia reúne las actividades que se van a desarrollar durante el año y que tienen como objetivo mantener informada a la ciudadanía de manera permanente sobre la gestión realizada, dialogar con las partes interesadas y adoptar mejoras requeridas en el sector.</p> <p><b>- Características, cobertura y periodicidad de campañas de difusión para la erradicación del analfabetismo.</b> El Ministerio de Educación Nacional tiene programas dirigidos a disminuir el analfabetismo, especialmente en las zonas rurales. En relación con estos programas, publica información en su página web (<a href="http://www.mineduacion.gov.co">www.mineduacion.gov.co</a>).</p>	<p><b>- Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de su derecho a la educación en todos los niveles del sistema (educación formal, no formal, primera infancia, EDJA).</b> A través de la página web del Ministerio de Educación (<a href="http://www.mineduacion.gov.co">www.mineduacion.gov.co</a>), se difunde información de los diferentes planes, programas y proyectos, tanto misionales como de gestión; se informa sobre proyectos normativos que son de interés y afectan al público; y se publica información de especial interés para población vulnerable. Es importante mencionar que se han realizado ajustes a la página web con criterios diferenciales de accesibilidad por parte de personas en condición de discapacidad.</p>	
<b>ACCESO A LA JUSTICIA</b>		
<p><b>- Existencia de instancias administrativas para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la educación.</b>  "no se tiene información sobre este indicador"</p> <p><b>- Existencia de instancias contenciosas administrativas.</b>  "no se tiene información sobre este indicador"</p> <p><b>- Existencia de acciones constitucionales (amparos, acciones de protección, tutela)</b></p>	<p><b>- Número de decisiones judiciales que ha hecho lugar a garantías en educación.</b>  No se cuenta con información sobre el número de decisiones judiciales asociados al derecho fundamental a la educación desde el Ministerio de Justicia y del Derecho.</p> <p><b>- Número de denuncias relativas al derecho a la educación recibidas, investigadas y resueltas por la instituciones nacionales de derechos humanos y/o educativas competentes en el país.</b></p>	





El futuro es de todos

Gobierno de Colombia



<p>“no se tiene información sobre este indicador”</p> <p>- <b>Existencia de servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la educación.</b></p> <p>“no se tiene información sobre este indicador”</p> <p>- <b>Existencia de oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con educación.</b></p> <p>“no se tiene información sobre este indicador”</p> <p>- <b>Aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de educación: i) independencia e imparcialidad del tribunal; ii) plazo razonable; iii) igualdad de armas; iv) cosa juzgada; v) vías recursivas de sentencias en instancias superiores.</b></p> <p>“no se tiene información sobre este indicador”</p>	<p>No se cuenta con datos o cifras sobre las denuncias que se hubiesen podido presentar por vulneraciones, dificultades y barreras al derecho a la educación.</p> <p>- <b>Políticas de capacitación de jueces y abogados en derecho a la educación. Cobertura temática y alcance.</b></p> <p>Desde el Ministerio de Justicia y del Derecho no se han adelantado gestiones que apunten a impulsar la formación de los Jueces de la República sobre los distintos aspectos que implica el derecho fundamental a la educación. Al respecto, es importante resaltar que de acuerdo con la Ley 270 de 1996, el plan de formación dirigido a los Jueces es un asunto que por respeto a la independencia y autonomía de la Rama Judicial, es administrado por el Consejo Superior de la Judicatura y ejecutado a través de la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla</p> <p>En lo que refiere a la formación de abogados en pregrado, el Ministerio de Justicia y del Derecho tiene dentro de sus funciones la de coordinar con el Ministerio de Educación "... los lineamientos para el desarrollo y evaluación de la relación docencia-servicio en los programas de formación en ciencias jurídicas". A partir de allí, se ha venido trabajando en la construcción de una regulación específica en la cual se proponen algunos parámetros que permitan evidenciar resultados de aprendizaje en materia sustantiva y procesal en distintas áreas del derecho, entre estas, aspectos propios del derecho constitucional lo cual implicaría aquellas prerrogativas de carácter fundamental como el derecho a la educación, desde una perspectiva general. Actualmente, la</p>	
---	--	--



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	<p>propuesta de regulación está siendo valorada por el Ministerio de Educación Nacional.</p>	
<b>Señales de Progreso</b>		
	<p>- <b>Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la educación.</b> A través de la página web del Ministerio de Educación Nacional contiene información relacionada con el derecho a la educación. Así mismo, las Secretarías de Educación también difunden este tipo de información, además de otros medios de comunicación como el Sistema Nacional de Medios Públicos.</p> <p>- <b>Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.</b> En cumplimiento al artículo 21 de la Ley 1381 de 2010 y su Decreto Reglamentario 1003 de 2012, el Ministerio de Educación ha trabajado en la estrategia de formación de traductores e intérpretes de lenguas nativas. No obstante, no se dispone de un registro que permita calcular la cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.</p>	



# INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR AGOSTO DE 2020

## DERECHO A LA SALUD

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>		
<p><b>Ratificación del Estado de los siguientes Tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (<i>consignar fecha</i>):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) PIDESC y Protocolo Facultativo: Ratificado mediante la Ley 74 de 1968.</li> <li>ii) CEDAW y Protocolo Facultativo: Ratificado mediante la Ley 51 de 1981.</li> <li>iii) CDN: Ratificado mediante la Ley 12 de 1991.</li> <li>iv) CIEDR: Ratificado mediante la Ley 22 de 1981.</li> <li>v) Convenios de OIT; <ul style="list-style-type: none"> <li>Convenio 16/21 aprobado mediante la Ley 129/31</li> <li>Convenio 24/27 aprobado mediante la Ley 129/31</li> <li>Convenio 25/27 aprobado mediante la Ley 129/31</li> <li>Convenio 167/68 aprobado mediante la Ley 52/93</li> <li>Convenio 161/85 aprobado mediante la - Ley 378 de 1997</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Cobertura y jurisdicción de programas que otorgan prioridad a sectores vulnerables para servicios de salud.</b></p> <p>En desarrollo de la Ley 1751 de 2015 y de la Ley 1753 de 2015, el MSPS formuló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el marco de la cual adoptó tanto las estrategias de atención primaria de salud y de gestión integral del riesgo en salud, así como el enfoque de cuidado de la salud y el enfoque diferencial de derechos en salud.</p> <p>Es importante precisar, respecto a la prestación de servicios de salud, que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, se dirige a la totalidad de la población que habita el territorio nacional, lo cual incluye a los grupos poblacionales en mayor vulnerabilidad. Este plan se define como el</p>	<p><b>- Esperanza de vida al nacer (urbano/rural y por etnia/raza)</b></p> <p>Para el quinquenio de 2015 – 2020 se estiman los siguientes datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Hombres 73.08 años</li> <li>*Mujeres 79.39 años</li> </ul> <p><b>- Tasa de mortalidad materna por grupo de edad, área geográfica, nivel educativo y quintiles de ingreso.</b></p> <p>En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2011 y 2017 se produjeron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa. Durante todo el periodo la reducción fue del 51,3%, lo que se traduce en 51 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos. Se proyecta que, si las condiciones</p>



<p>vi) Convención sobre el estatuto de Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967; adoptada en Ginebra en 1951, aprobada en Colombia por la ley 35 de 1961 se aprueba la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados y ratificada el 10 de octubre de 1961 y del Protocolo sobre el Estatuto de Refugiados, adoptado en Nueva York el 31 de enero de 1967, y al cual adhirió Colombia el 4 de marzo de 1980 y Estado signatario de la Declaración de Cartagena sobre Refugiados, suscrita el 22 de noviembre de 1984. El protocolo mediante Ley 65 de 1979.</p> <p>i) Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954, Ratificada mediante Ley 1588 de 2012.</p> <p>ii) Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad, Ratificada mediante la Ley 762 de 2002.</p> <p>iii) Convención internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias, Ratificada mediante la Ley 146 de 1994.</p> <p>iv) Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. En 2009 Colombia apoyó la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas</p> <p>v) Directrices y pautas de la Organización Panamericana de la Salud.</p>	<p>conjunto de servicios y tecnologías en salud contenidos en la Resolución 3512 de 2019, o norma que la modifique o sustituya, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección del derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>Conforme a lo anterior, las coberturas de los planes de beneficios se garantizan a la población en todo el territorio nacional, a través de los diferentes actores del SGSSS, y conforme lo dispone el artículo 11 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p> <p><b>- Disponibilidad de registros para conocer número de nacimientos, defunciones, matrimonios.</b></p> <p>El DANE dispone de la información de nacimientos desde 1998 y defunciones desde 1979. La registraduría Nacional del Estado Civil cuenta con la información relacionada con el número de matrimonios.</p> <p><b>-Porcentajes de adultos mayores de 65 años cubiertos por programas de protección social.</b></p>	<p>se mantienen constantes, para el año 2021 la razón de mortalidad materna puede descender hasta 24,7.</p> <p>Según las cifras reportadas en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en 2018, la razón de mortalidad materna a 42 días (por 100.000 nacidos vivos) fue de 45,29.</p> <p><b>- Tasa de mortalidad infantil por sexo, por área geográfica, nivel educativo de la madre, quintiles de ingreso, etnia/raza, neonatal y post-natal.</b></p> <p>En Colombia la mortalidad infantil ajustada (menores de un año), para el 2017 fue de 16,5 por 1.000 nacidos vivos, mientras que para 2016 fue de 16,812. En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2017 la tasa de mortalidad infantil disminuyó 19 %, esto es 4.412 niños y niñas menores de un año. De esta manera, la tasa de mortalidad para el 2017 es de 16,5 muertes por cada mil nacimientos. Sin embargo, en los últimos cinco años han muerto cada año en promedio 7.343 niñas y niños menores de un año. Entre las principales causas de mortalidad infantil se encuentran: i) los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal; ii) las malformaciones congénitas del sistema circulatorio; iii) las infecciones específicas del periodo perinatal; iv) los recién nacidos afectados por factores maternos y por complicaciones del</p>
---	---	---



<p>- Incorporación en la Constitución Política (y/o constituciones estadales o provinciales) del derecho a la salud.</p> <p>El derecho a la salud se constitucionalizó de forma expresa en los artículos 44 y 49 de la Constitución Política como un derecho inherente a la persona.</p> <p>- Legislación específica que contempla el derecho a la salud.</p> <p>En Colombia para la garantía de este derecho a partir de la reforma operada con la entrada en vigor de la <b>Ley 100 de 1993</b> (Artículo. 155 y 177) y el diseño institucional incorporado en ella.</p> <p><b>Ley 1122 de 2007</b>, por la que se hacen modificaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Ley 1438 de 2011</b>, Reforma del Sistema General de Seguridad Social.</p> <p><b>Ley 1562 de 2012</b>, modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan disposiciones en materia de salud ocupacional.</p> <p><b>Ley Estatutaria 1751 de 2015</b>, busca garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.</p>	<p>En Colombia, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE Colombia 2015, la mayoría de las personas adultas mayores se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud; 48,9% está afiliada al Régimen Contributivo; 46,8% al Régimen Subsidiado, 0,4% al Régimen de Excepción, 1,6% al Régimen Especial y sólo 2,2% no se encuentra afiliada al Sistema.</p> <p>Respecto a cobertura de pensiones, el Ministerio del Trabajo reporta que el número de pensionados con corte a abril 30 de 2019 alcanzó la cifra de 2.294.110, beneficiarios, de los cuales el 76,49% pertenece al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, el 16.42% corresponde a los regímenes de excepción y el 7,09% al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. En cuanto a los pensionados del Régimen de Prima Media con Prestación Definida que es la mayor participación en el Sistema General de Pensiones, con corte a abril 30 de 2019 alcanzó una cifra de 1.754.810, presenta un incremento de 1,73% equivalente a 30.352, nuevas personas con relación a julio 31 de 2018, que alcanzó la cifra de 1.724.458, pensionados.</p> <p>Además, según datos de la Encuesta SABE Colombia 2015, los ingresos recibidos por la población adulta mayor provienen: 30,4% de actividades laborales; 28,5% del sistema pensional y 29,7% de aportes de familiares que viven en Colombia. A su vez, una quinta parte reportó recibir subsidios estatales, 12% recibió</p>	<p>embarazo, del trabajo de parto y del parto, y v) influenza (gripe) y neumonía. De estas causas los principales diagnósticos en la serie 2005-2017 son en primer lugar el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, y le sigue la sepsis bacteriana no especificada. Haciendo el análisis por lugar de residencia, la mortalidad de menores de un año se concentra en el área rural dispersa, en donde la tasa de mortalidad no ajustada asciende a 14,12 defunciones por cada mil nacidos vivos, registro que disminuye en las cabeceras municipales a 10,1 muertes por cada mil nacidos vivos.</p> <p>A pesar de los avances en la reducción de la mortalidad infantil, las brechas territoriales marcan la necesidad de concentrar los esfuerzos en la implementación de acciones encaminadas al mejoramiento del indicador en Amazonas, Vaupés, Guainía, Chocó, Vichada, Guaviare y La Guajira. Los departamentos que presentan tasas de mortalidad infantil por debajo de la tasa nacional son Valle del Cauca, Bogotá, Quindío, Caldas, Santander, Risaralda Norte de Santander, Cundinamarca, Antioquia, Boyacá, San Andrés y Atlántico. En cuanto a la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años, para el año 2018 se reportaron 649 defunciones que equivalen a una tasa del 14,8 por 100.000, cifra que se mantiene con respecto al 2017 con una tasa de 14,1. La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en 2017 fue del 2,97 por 100.000 menores de 5 años, siendo más baja que en 2018, cuando fue de 4,06 por 100.000 niños y niñas.</p>
--	---	--



	<p>ingresos de rentas e inversiones y alrededor de 3.9% reportó recibir giros de familiares del exterior o de alguna otra institución o persona.</p> <p>Las principales fuentes de ingresos en los hombres son el trabajo o la pensión, mientras que en las mujeres son los aportes de familiares en el país. En particular, 42.6% de los hombres vive del trabajo y la tercera parte tiene la pensión como fuente de ingresos. En el caso de las mujeres, la quinta parte vive del trabajo y la cuarta parte, de una pensión. Adicionalmente, más de la tercera parte de las mujeres recibe aportes de familiares que residen en el país y solo una quinta parte de los hombres recibe este tipo de recursos.</p> <p><b>- Cobertura en salud de la población por sexo, edad raza/etnia, quintiles de ingreso. Desagregar por tipo de cobertura (régimen subsidiado, contributivo o mixto)</b></p> <p>Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDU del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Entre 2013 y 2018, la cobertura de afiliación se incrementó en 2,7 puntos porcentuales (p.p.): 2,6 p.p. para las mujeres y 2,9 p.p. para los hombres. Se observa una desigualdad por sexo, la brecha se está cerrando a través del tiempo.</p> <p>Para 2018 el 94,4% de la población del país se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Las</p>	<p><b>- Tasa de mortalidad por sexo debido a accidentes, homicidios o suicidios.</b></p> <p>Según las cifras reportadas por el Encuesta Vital del DANE, entre las causas externas de defunción en el año 2018, las agresiones (homicidios) ocuparon el primer lugar con un total de 12.723 casos (43,4%), seguidas de los accidentes de transporte terrestre con 7.155 casos (24,4%), y las lesiones autoinflingidas (suicidios) con 2.869 (9,8%).</p> <p><b>- Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles.</b></p> <p>La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso. Las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro del grupo, entre 2005 y 2017 produjeron el 51,8% (94.096) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 19,7 muertes por cada 100.000 habitantes. Por su parte, al VIH (SIDA) se le atribuyó el 17,20% (31.280) de las muertes por enfermedades transmisibles y constituye la segunda causa de muerte más frecuente con tasas oscilantes en un rango de 5,7 y 5,2. La frecuencia de mortalidad por subcausas en este grupo es similar entre sexos</p> <p><b>- Porcentaje de la población con acceso a agua potable urbano/rural.</b></p> <p>De acuerdo con el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y su censo nacional de población y vivienda realizada en el</p>
--	--	---





	<p>mujeres (95,8%) registran una cobertura tres p.p. por encima en comparación con los hombres (93,1%). Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada cuenta con coberturas superiores al 85%; en Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Vaúpes, La Guajira, Nariño y Archipiélago de San Andrés las coberturas están entre 66% y 84,5%. Cabe señalar que Guaviare (66,7%) registro la más baja cobertura de afiliación al SGSSS. El Archipiélago de San Andrés, Vaupés y Guaviare registran las coberturas más bajas estadísticamente significativas comparadas con el país con nivel de confiabilidad del 95%. Aunque a nivel nacional el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (45,5%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (44,9%), en Amazonas, Arauca, Bolívar, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Huila, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Vichada más del 60% de afiliados pertenece al régimen subsidiado. Antioquia, Bogotá D.C., Risaralda, Archipiélago de San Andrés, Santander y Valle del Cauca tienen un porcentaje de afiliación al régimen contributivo mayor del 50%, mientras en Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, Nariño, Putumayo, Vaupés y Vichada tienen menos del 15% de afiliados que pertenecen a este régimen, con una diferencia estadísticamente significativa al 95%.</p>	<p>año 2018. Existen 14.243.223 hogares a nivel nacional, de los cuales el 86,4% cuentan con servicio de acueducto (relacionado a disposición de agua potable)</p> <p><b>- Porcentaje de personas con acceso a servicios de saneamiento básico urbano/rural.</b></p> <p>De acuerdo con el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y su censo nacional de población y vivienda realizada en el año 2018 el 76,6% cuentan con servicio de alcantarillado (relacionado con servicio de tratamiento de aguas residuales).</p> <p><b>- Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia. PYP</b></p> <p>De acuerdo con la encuesta ENSIN 2015, el porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia es de 15,5%. La prevalencia por anemia en el país es de 27,7%, un 0,4% más frecuente en niñas (24,7%) que en niños (24,6%), en área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%. Las regiones donde mayor anemia se observan en la Región Orinoquía y Amazonía (33,1%), Bogotá D.C. (29,7%), Región Atlántica (25,7%) y Pacífica (26,6%) en contraste con las Región Central (18,6%) y Oriental (23,8%) que registraron valores por debajo del país. Por etnias los indígenas (34,0%) y Afrodescendientes (33,0%) son los que se ven más afectado por este problema de salud pública. La anemia es un 40,3% más frecuente el quintil de riqueza bajo (26,8%)</p>
--	---	---



	<p><b>- Cobertura en salud de la población por raza/etnia</b></p> <p>A diciembre de 2019 (Base de datos única de afiliados) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado de Sistema General de Seguridad Social 1.560.011 indígenas.</p>	<p>comparado con el quintil alto de riqueza (19,2), para una diferencia de ocho puntos porcentuales</p>
<p><b>Señales de progreso</b></p>		
<p><b>- Número y características de organizaciones de la sociedad civil reconocidas que participan en la promoción y la protección del derecho a la salud.</b></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en el documento “Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas” establece el proceso de gestión de la salud pública que pretende lograr que la ciudadanía, familias y comunidades se organicen e incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos de la Política de Atención Integral en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública y a la gobernanza en salud. Adjunto el documento.</p> <p><b>- Reconocimiento de sistemas de salud indígena.</b></p> <p>En el marco del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) se incluyen cuatro componentes que reconocen los sistemas y</p>	<p><b>- Estudios de satisfacción de los usuarios sobre la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud.</b></p> <p>Desde el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social viene realizando anualmente la “Encuesta de evaluación de los servicios de salud por parte de los usuarios”, dicha encuesta es aplicada a una muestra representativa de los usuarios a nivel nacional, permitiendo medir su nivel de satisfacción frente a los servicios de salud ofrecidos, el cual abarca temas con relación a la calidad, disponibilidad y accesibilidad a lo largo de la cadena de prestación en salud. Esta encuesta ha permitido: i) diagnosticar la calidad de la atención en salud en el país, ii) priorizar aquellos aspectos de la calidad que muestran mayores debilidades; iii) ser en una hoja de ruta para que las aseguradoras establezcan planes de mejoramiento en sus procesos; y iv) ser un instrumento por medio del cual la ciudadanía pueda expresar y ejercer sus derechos a la salud con calidad. Los resultados de esta encuesta pueden ser consultados a</p>	





modelos de salud propia indígena: 1) Cuidado de Salud propia e intercultural que incluye acciones en salud propia y complementaria con el propósito de promover, recuperar y mantener la armonía y el equilibrio, 2) Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento para promover y fortalecer la investigación, generación y uso del conocimiento propio e intercultural, 3) Sabiduría ancestral, reconoce los conocimientos propios y espirituales de los pueblos indígenas para garantizar su pervivencia física y cultural y 4) Político organizativo que reconoce las estructuras políticas y organizativas propias.

través del Observatorio Nacional de Calidad en el siguiente enlace:

<http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

### CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS

**-Características, fuentes y porcentajes de financiamiento del sector salud**

La garantía del derecho fundamental a la salud se consolida a través de la prestación de servicios y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud por medio de, principalmente, dos mecanismos de protección: a) mecanismo de protección colectiva (utiliza instrumentos como la Unidad de Pago por Capitación – UPC, los presupuestos máximos, entre otros); b) mecanismo de protección individual (a través del cual la Administradora de los recursos del Sistema - ADRES financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva).

**- Porcentaje del Gasto Público Social destinado a salud**

En Colombia se ha mantenido un gasto público del 72% sobre el gasto total en salud, durante los últimos 4 años.

Fuente: Gasto en Salud Metodología SHA 2011. Cálculo Dirección de Financiamiento Sectorial - cifras preliminares con corte a diciembre 2019.

**- Gasto Público per cápita en atención a la salud**

En el país, el gasto público per cápita durante los últimos 4 años es cercano a \$ 1.022.964 COP, equivalente a 334.05 USD.

**- Porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en salud según quintil de ingreso per cápita familiar.**

La Encuesta Nacional de Presupuesto de los Hogares permite calcular la proporción del gasto en bienes y servicios de salud por quintil de ingreso corriente per cápita del hogar.

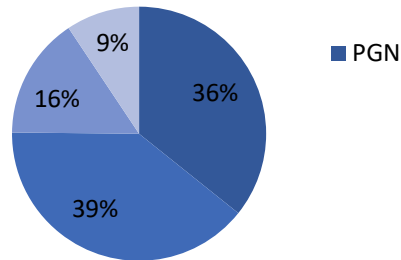
QUINTIL	PARTICIPACIÓN PROMEDIO
1	0,0521
2	0,0236
3	0,0289
4	0,0346
5	0,0427



<p>Con relación a las fuentes, el Sistema General de Seguridad Social en Salud se financia básicamente con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN), del Sistema General de Participaciones (SGP), de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos de subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar –CCF– provenientes del aporte parafiscal sobre la nómina.</p> <p>De acuerdo con las ejecuciones de ADRES, para la vigencia 2019 el costo por concepto de aseguramiento de la población colombiana fue financiado con los recursos del PGN (\$19,45), las cotizaciones del régimen contributivo y regímenes especiales y excepciones (\$21,4 billones), el SGP (\$8,4 billones para RS) y Otros recursos (\$5,1 billones).</p>	<p>Fuente: Gasto en Salud Metodología SHA 2011. Cálculo Dirección de Financiamiento Sectorial - cifras preliminares con corte a diciembre 2019.</p> <p><b>- Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente</b></p> <p>La Encuesta Nacional de Presupuesto de los Hogares permite calcular el ingreso corriente del hogar (variable ICUG) y el gasto en bienes y servicios en salud (Cuadernillo de gasto menos frecuentes capítulo F) más el pago de seguridad social en salud. El gasto en salud como proporción del ingreso corriente se calculó como:</p> $ProporcionGastoSalud = \frac{\sum_{i=1}^n GastoSalud_i + PagosSSS_i}{\sum_{i=1}^n IngresCorriente_i} = 0,04011$ <p>donde se tiene <math>n=14.350.388</math> hogares. El gasto en bienes y servicios de salud y los pagos en seguridad social en salud representan el 4,01% del gasto corriente de los hogares.</p> <p>Fuente: Encuesta Nacional de Presupuesto de los Hogares 2016-2017 DANE. Cálculo Dirección de Financiamiento Sectorial MSPS.</p> <p><b>- Distribución del Gasto en salud por jurisdicciones (estadales, provinciales, locales)</b></p> <p>Actualmente Colombia no cuenta con la desagregación a nivel territorial del gasto en salud, debido a que algunos componentes del gasto no se encuentran desagregados a este nivel. Sin embargo, conociendo la importancia y relevancia de esta información, el país está</p>	<p>Para el quintil 1 de la distribución de ingreso per cápita corriente del hogar, el gasto en bienes y servicios de salud y pago de seguridad social en salud representa el 5,2% del ingreso corriente.</p>
---	---	--



**Gráfica 1.** Distribución de las Fuentes de Salud



Fuente: Ejecuciones ADRES- cálculos Dirección de Financiamiento Sectorial

- **Características, tipos, monto y extensión de incentivos, deducción de impuestos (incentivos fiscales) y subsidios para el sector privado de la salud.**

- Exoneración del pago de cotizaciones al régimen contributivo de salud equivalente al (8,5%) del salario base de cotización, a contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios correspondiente a los empleados que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. No aplica para empleadores con menos de dos trabajadores, los

trabajando en su construcción que permitirá identificar la distribución territorial.

- **Porcentaje de recursos destinados a la capacitación de recursos humanos en salud.**

A la fecha no se dispone de esa información, sin embargo, para el 2019 y 2020 se cuenta con un apoyo para definir los lineamientos de política que orienten la formación continua y para gestionar capacitaciones requeridas en el sistema de salud, por parte de oferentes externos.



cuales estarán obligados a efectuar los aportes mencionados.

- Los contribuyentes obligados a llevar contabilidad, podrán deducir las erogaciones devengadas por concepto de prestaciones sociales en el año o periodo gravable que se devenguen, pagadas previamente a la presentación de la declaración inicial del impuesto sobre la renta.

-Las instituciones prestadoras de salud contribuyentes del impuesto sobre la renta podrán deducir la totalidad de la cartera, reconocida y certificada por el liquidador, correspondiente a los patrimonios de las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en medida de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En la medida en que recupere dicha cartera, las sumas recuperadas serán renta líquida gravable.

-Los pagos que por concepto de servicios de salud y por medicina prepagada efectúa el empleador para sus trabajadores, constituyen gasto de naturaleza laboral, susceptible de ser considerado como deducción.

**- Características, tipos, monto y extensión de incentivos estatales a la industria farmacéutica privada.**

En Colombia se estableció la Política Farmacéutica Nacional a través del documento Conpes Social



155 que plantea diez estrategias que buscan mejorar el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago.

Según datos de Procolombia (agencia gubernamental a cargo de promover las exportaciones colombianas, el turismo internacional y la inversión extranjera a Colombia) dentro de los incentivos al inversionista se encuentran:

1. Régimen de Zonas Francas para bienes (Impuesto de renta: 15%, incluso por ingresos por ventas al mercado local, No se causan ni pagan tributos aduaneros (IVA, ARANCEL), Exención de IVA para materias primas, insumos y bienes terminados que se vendan desde territorio aduanero nacional a usuarios industriales de ZF.

2. Incentivo de exención de impuesto de renta del 100% para empresas que desarrollan nuevo medicamento en Colombia avalado por Colciencias.

3. Incentivo de deducción del impuesto de la renta del 125% del valor de la inversión en desarrollo científico y tecnológico en el período gravable en Por nuestros incentivos al inversionista que se realizó.

4. Las materias primas para la fabricación y los productos farmacéuticos comprendidos en las partidas arancelarias 30.03 y 30.04 estarán excluidos del Impuesto a las Ventas (IVA).

5. Otros beneficios tributarios (•Deducción del 40% del valor de las inversiones realizadas sólo en



Activos Fijos Reales Productivos (AFRP) adquiridos. • Deducción del 100% de los impuestos de Industria, comercio, avisos y tableros, y Predial siempre y cuando se hayan pagado en el año respectivo gravable y tengan relación de casualidad con la actividad económica del contribuyente. • Deducción del 25% del gravamen a los movimientos financieros, independientemente de su relación con la actividad económica del contribuyente.

**Señales de progreso**

**-Relación entre crecimiento económicos vs cobertura en salud en los últimos 5 años.**

Año	Tasas anuales de crecimiento del PIB a precios constantes	% de aseguramiento
2015	3.0	96.5
2016	2.1	95.2
2017	1.4	95.8
2018	2.5	94.4
2019	3.3	95.2

**CAPACIDADES ESTATALES**



**- Incorporación en documentos oficiales (política pública) el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal.**

En el caso colombiano, la Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12 establece como definición: “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”

La Política de Atención Integral en Salud debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador

**- Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud por jurisdicción y región geográfica.**

Se genera la información con los Prestadores de servicios de salud por Departamentos y Distrito Capital además el Número de servicios habilitados por Grupo de Servicios de Salud y Departamentos y Distrito Capital habilitados por el REPS. Información desagregada archivo **Anexo**, acceso a servicios de salud actualizado.

**-Porcentaje de la población con acceso a medicamentos esenciales oncológicos, retrovirales y o genéricos por lugar de residencia (urbano/rural)**

De acuerdo con el estudio nacional de evaluación de servicios de las EPS, en la que se estima una población total de 24'890.285 de los usuarios que acudieron al punto de entrada y a quienes se les ordenaron medicamentos al 82,2% de los usuarios se les entregaron todos los medicamentos la primera vez que los solicitó, como es ideal. Al 5% le ofrecieron la posibilidad de entrega a domicilio.

Respecto a este punto, debe tenerse en cuenta lo establecido por la Resolución 1604 de 2013, mediante la cual se establece que, si el usuario lo autoriza, los medicamentos que no se encuentren disponibles en el momento de su solicitud deberán ser llevados en su lugar de

**- Cobertura, extensión, jurisdicción y financiamiento de los programas de atención primaria en salud**

En la actualidad desde el Ministerio de Salud y Protección Social no se cuenta con información

**-Cobertura de programas de asistencia a adultos mayores.**

En términos generales, de acuerdo con resultados de la Encuesta SABE Colombia, las personas adultas mayores reciben soporte social de los hijos, de otras personas con quienes viven, y de familias y amigos que no conviven con ellos. En relación con el soporte brindado por los hijos, se encontró que 85% refiere recibir compañía y afecto -soporte emocional-; la mitad recibe comida, ropa, transporte y dinero en efectivo -soporte material-; dos terceras partes recibe apoyo en las actividades diarias y un poco menos del 30% reportó no recibir ningún tipo de apoyo.

En relación con el apoyo brindado por otras personas del hogar, se observó que 94,4% de las personas adultas mayores recibe compañía y afecto; 63.4% recibe apoyo en las actividades diarias; 52.6% recibe comida, ropa y transporte; 37.5% recibe dinero en efectivo y 2.9% dijo no recibir ningún apoyo de estas personas.

De manera complementaria, de acuerdo con información preliminar reportada por los departamentos y municipios del país, a marzo de 2019, Colombia cuenta con 1.428 centros de día que benefician un total de 545.004 personas mayores y con 1.216 centros de larga estancia que





deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial, financiado con recursos diferentes a los destinados a proveer servicios. Sin embargo, se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas en el modelo de atención. La política además supone la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Son cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial.

**- Alcance, jurisdicción y financiamiento de una política nacional sobre medicamentos esenciales, oncológicos, retrovirales, y medicamentos genéricos.**

La Política Farmacéutica Nacional (Adoptada mediante el documento CONPES 155 de 2012) sugiere la implementación de estrategias en el período de 2012 – 2021 En desarrollo de esta política se estableció máximo de venta a 864 medicamentos, reduciendo el precio de estos medicamentos en promedio un 41% y generando ahorros de más de 350 mil millones de pesos para el sistema de salud. También se reglamentó el registro sanitario de los medicamentos biológicos, sin generar barreras innecesarias a la competencia.

- Densidad del personal profesional auxiliar por cantidad de camas de hospital

residencia o trabajo en un plazo no mayor de 48 horas.

**-Disparidades público-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud.**

*-Disparidad de la cobertura en salud de origen público y privado (DCPP)*

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al cual debe estar afiliado toda la población colombiana, es un sistema público que tiene dos regímenes de afiliación; el régimen contributivo con una afiliación de 45,5% y el régimen subsidiado con una participación de 45,3%. Existen sectores de la población que no se encuentran afiliados a los anteriores regímenes y hacen parte de los regímenes especiales y de excepción al cual pertenecen las fuerzas militares, la policía nacional, el magisterio, entre otros, con un 4,2%. En este sentido, la cobertura en salud de carácter público es del 94,7%.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados.

*-Disparidad del gasto en salud de origen público y privado (DGPP)*

El gasto público destinado a la salud es de 72,9%, en tanto que el gasto privado se ubica en 27,1% del gasto total en salud.

Fuente: cifras preliminares con corte a diciembre 2019, metodología SHA2011.

atienden a un total de 35.438 personas de 60 años o más.

**- Tasa de utilización de los servicios de salud**  
Los canales de acceso a los servicios de salud en Colombia son:



El punto de entrada para la utilización de un servicio de salud es si el usuario tuvo alguna enfermedad, accidente o problema odontológico, por el que haya necesitado acudir. El 63% de la población total que corresponde a 20'625.482 personas acudieron, convirtiéndose esta cifra en el denominador para todos los servicios de salud y sus características,





<p>- Características, extensión, montos y gestión de asistencia técnica y financiera internacional en el área de salud.</p>	<p><b>- Cantidad de Médicos/as por habitantes</b></p> <p>Para 2017, Colombia cuenta con 21 médicos por cada 10.000 habitantes</p> <p><b>- Cantidad de enfermeras/os por habitante.</b></p> <p>Para 2017, Colombia cuenta 13 enfermeras por cada 10.000 habitantes</p> <p><b>- Cantidad de partos atendidos por profesionales</b></p> <p>Durante el periodo 2005 a 2017 los partos en Colombia fueron atendidos por profesional calificado en más del 96,5% de los casos, con una tendencia creciente al pasar de 96,6% (2005) a 99,0% (2017) respectivamente</p>	<p>excepción de urgencias y entrega de medicamentos.</p> <p><b>- Cobertura de planes de seguro de salud, por sexo, edad y región geográfica en calidad de cotizantes o beneficiarios.</b></p> <p>El número de cotizantes y beneficiarios en el régimen contributivo a diciembre de 2019 fue de 22.832.305 personas, mayormente ubicadas en los mayores centros productivos del país (Bogotá, Medellín y Cali). Su distribución por sexo es casi igualitaria y se presenta a continuación:</p> <p><b>Distribución de Beneficiarios y Cotizantes por departamento. Diciembre de 2019</b></p>
---	--	--



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



Departamento	BENEFICIARIO	COTIZANTE	Total general
BOGOTA D.C.	2.606.253	3.702.440	6.308.693
ANTIOQUIA	1.677.162	2.269.078	3.946.240
VALLE	1.067.576	1.431.031	2.498.607
CUNDINAMARCA	668.373	783.451	1.451.824
ATLANTICO	536.992	608.550	1.145.542
SANTANDER	497.940	606.941	1.104.881
BOLIVAR	290.590	361.190	651.780
RISARALDA	234.859	311.798	546.657
TOLIMA	228.449	261.184	489.633
CALDAS	196.619	268.665	465.284
BOYACA	211.276	242.888	454.164
NORTE DE SANTANDER	194.155	237.203	431.358
META	191.017	238.202	429.219
MAGDALENA	188.003	185.454	373.457
HUILA	147.086	177.989	325.075
CESAR	151.980	165.851	317.831
CORDOBA	137.933	170.369	308.302



Departamento	BENEFICIARIO	COTIZANTE	Total general
CAUCA	114.500	164.393	278.893
QUINDIO	114.313	157.688	272.001
NARINO	92.264	175.877	268.141
CASANARE	66.530	93.295	159.825
SUCRE	65.920	88.767	154.687
LA GUAJIRA	64.673	78.757	143.430
CAQUETA	29.914	44.071	73.985
CHOCO	15.918	31.994	47.912
ARAUCA	17.231	29.599	46.830
PUTUMAYO	14.592	29.552	44.144
SAN ANDRES	17.392	26.661	44.053
GUAVIARE	7.746	9.429	17.175
AMAZONAS	6.585	9.662	16.247
VICHADA	2.569	5.573	8.142
GUAINIA	1.327	3.136	4.463
VAUPES	1.202	2.628	3.830
<b>Total general</b>	<b>9.858.939</b>	<b>12.973.366</b>	<b>22.832.305</b>

Fuente: BDUA

**Distribución de Beneficiarios y Cotizantes por edad y género. Diciembre de 2019**

Grupo etario	Género		Total general
	FEMENINO	MASCULINO	
De 0 a 9 años	1.293.684	1.350.578	2.644.262
De 10 a 19 años	1.522.264	1.560.983	3.083.247
De 20 a 29 años	2.037.427	2.070.354	4.107.781
De 30 a 39 años	1.980.967	1.975.908	3.956.875
De 40 a 49 años	1.576.392	1.523.736	3.100.128
De 50 a 59 años	1.420.410	1.275.887	2.696.297
De 60 a 69 años	995.866	818.698	1.814.564



		De 70 a 79 años	524.668	416.794	941.462
		De 80 años o más	300.631	187.058	487.689
		<b>Total general</b>	<b>11.652.309</b>	<b>11.179.996</b>	<b>22.832.305</b>

Fuente: BDUÁ

**Señales de progreso**

	<p><b>- Existencia de planes/políticas para fortalecer la adaptabilidad cultural de los servicios de salud bajo un enfoque de derechos y étnico.</b></p> <p>La política de atención integral en Colombia reconoce las poblaciones étnicas como titulares de derechos, con libre determinación y capacidad de interlocución válida y propone implementar acciones, planes y programas integrales, diferenciales y pertinentes para disminuir inequidades y garantizar el derecho a la salud a toda la población a través de acciones poblacionales, individuales y colectivas, en los ciclos de vida, entornos y espacios en los que estas se desarrollan; de igual manera en el Plan Decenal de Salud pública se incluyó de manera transversal, el enfoque diferencial étnico e intercultural y en conjunto con los líderes de las organizaciones indígenas se elaboró el capítulo étnico indígena de este plan decenal y las adecuaciones y adaptaciones del plan de intervenciones colectivas.</p>	
--	--	--



### IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

#### - Regulación del aborto.

Es un derecho fundamental de las niñas y mujeres, el cual fue reconocido como tal por la Corte Constitucional Colombiana mediante la Sentencia C-355 de 2006, en tres circunstancias: i. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico. ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico. iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. La sentencia C-355 de 2006 -al reconocer este derecho- crea la opción, pero no obliga a ninguna mujer a optar por la interrupción voluntaria del embarazo, con lo cual se ratifican los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva. Por ello, es preciso que las mujeres cuenten con asesoría en opciones, en la que se les informe que aun estando inmersas en alguna causal pueden optar por seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción.

#### - Ley o política nacional para los discapacitados físicos y mentales.

El 9 de diciembre de 2013, se aprobó el Conpes Social No. 166, Política Pública Nacional de

#### - Porcentaje de mujeres y varones en edad de procrear que usan anticonceptivos.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 encontró que los porcentajes reportados de uso actual de métodos anticonceptivos para las mujeres unidas de 15 a 49 años es para algún método 81% y algún método anticonceptivo moderno 75.9%. Entre las mujeres sexualmente activas el uso actual de algún método anticonceptivo es del 82.5% y de algún anticonceptivo moderno 77.7%.

Se debe destacar que entre las mujeres sexualmente activas sin unión marital conyugal entre los 13 a 44 años se ha alcanzado la prevalencia del 80 por ciento de uso actual de algún método anticonceptivo. Al observar estos resultados, específicamente para uso de algún método moderno, se destaca que las adolescentes entre 13 a 14 años tienen un 81.6% de uso y las mujeres entre 35 a 39 años 81.5% de uso.

Para los hombres en unión, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más reportados fueron los siguientes: inyección (14.8%) (mensual 10% y trimestral 4.8%), condón masculino (8.7%) y la píldora (7.3%). Para los hombres sexualmente activos sin unión marital, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más reportados fueron los siguientes: condón masculino (46%),

-Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en la talla o desnutrición crónica.

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional 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 1,6%

#### -Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global.

La desnutrición global, que marca el peso para la edad, afecta a 3,7% de los menores del país.

#### -Composición por sexo de los casos notificados de SIDA y diagnósticos VIH.

Con referencia a la información publicada del evento VIH/Sida por el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), se tiene el siguiente comportamiento con referencia al sexo de los casos notificados para los años 2017, 2018 y 2019.

**Tabla 1. Casos de VIH/Sida por sexo. Colombia 2017-2019**

Año	Masculino	Femenino



Discapacidad e Inclusión Social, el cual contiene los lineamientos de política y el financiamiento de las acciones a cargo de las diferentes entidades del orden nacional involucradas, y que se encuentra vigente desde el presente año, hasta el año 2022.

No obstante, se destacan las leyes: • 361 de 1997, considerada la ley marco de discapacidad, por medio de la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación; • 1145 de 2007, organiza el Sistema Nacional de Discapacidad SND. • 1618 de 2013, ley estatutaria por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

**- Ley o política nacional de salud considerando la diversidad étnica (indígenas, afrodescendientes).**

La Constitución Política de 1991 reconoce al país como multilingüe y pluricultural y establece que los grupos étnicos (pueblos Indígenas, comunidades negras o afrocolombianas, raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y pueblo ROM o Gitano), deben contar con la efectiva protección del Estado y con la garantía de los derechos al reconocimiento de su identidad cultural

inyección (14.9%) (mensual 13.5% y trimestral 1.4%) y píldora (11.4%). Al igual que los resultados encontrados para los hombres en unión, los resultados para este grupo también son consistentes con lo reportado por las mujeres sexualmente activas sin unión marital para los métodos modernos inyección y píldora.

El uso actual de condón masculino reportado es diferente comparado a lo reportado por las mujeres. El porcentaje total informado para uso actual de condón masculino es más de 5 veces mayor entre los hombres sexualmente activos sin unión marital comparados con los hombres en unión. Esta diferencia da cuenta de dinámicas culturales en el uso de métodos de anticoncepción de barrera en los hombres dentro y por fuera de una unión marital.

**- Estimaciones de abortos inducidos, por edad, lugar de residencia (urbano o rural) y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada.**

En Colombia, al igual que en otros países, los abortos inducidos, y en particular, los abortos inseguros son eventos de difícil medición (Singh, Remez y Tartaglione, 2010)<sup>1</sup>. No obstante, de acuerdo con la información recabada por este

<b>2017</b>	<b>10.633</b>	<b>2.677</b>
<b>2018</b>	<b>11.668</b>	<b>2.806</b>
<b>2019</b>	<b>12.870</b>	<b>3.038</b>

Fuente: INS- Sivigila

**-Porcentaje de discapacitados físicos o mentales que tienen acceso a servicios de instituciones públicas o sociales.**

Teniendo en cuenta que el grupo de Gestión en Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con la base de datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad para obtener datos estadísticos, no existe una variable de "acceso de servicios de instituciones públicas o sociales", es importante aclarar que se realiza una aproximación de la búsqueda mediante la variable "beneficiario de programas" mediante la cual se relacionan programas como Club juvenil, Hogar comunitario, hogar infantil, hogar sustituto, bienestar, y protección. Como resultado de esta búsqueda el dato que se obtiene es el siguiente:

<sup>1</sup> Los abortos inducidos son usualmente subreportados en los sistemas de información debido a la estigmatización, diseminación y victimización hacia las mujeres que lo han solicitado o que lo han realizado de forma clandestina, y hacia los profesionales de salud que los atienden, pese a que desde el año 2006 es legal interrumpir un embarazo en tres casos concretos (cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de una mujer, cuando el feto presenta una condición de incompatibilidad con la vida extrauterina o cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, de incesto o de transferencia de ovulo fecundado o inseminación artificial no consentidas).



y a la seguridad social; de igual manera mediante la Ley 21 de 1991, que incorpora lo definido en el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, se señala, en su artículo 24 y 25 que la seguridad social en el país deberá extender a todo los pueblos sin discriminación, a través de servicios adecuados que incluyan su propios métodos y prácticas curativas y que se planeen y administren en cooperación con los pueblos teniendo en cuenta sus condiciones particulares. En 2014 mediante el Decreto 1953, el Gobierno Nacional adoptó el Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural-SISPI y de igual manera se viene trabajando la adecuación y adaptabilidad de servicios a poblaciones comunidades negras o afrocolombianas, raizales, palenqueras y pueblo ROM o Gitano en el país y en 2015 mediante la Ley 1751 (Ley Estatutaria de Salud) se regula el derecho fundamental a la Salud con especial atención a las poblaciones más vulnerables, como los grupos étnicos, respetando y protegiendo sus cosmovisiones, usos y costumbres.

**- Ley de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.**

En 2014 se presentó la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, se concibió como idea, para

Ministerio, a través del Sistema de Información de Prestaciones de Salud, entre los años 2009 y mayo de 2020, se han llevado a cabo 407.526 atenciones de salud relacionadas con procedimientos para aborto<sup>2</sup>. En todo caso, y por las mismas características del sistema, no es posible identificar cuáles de estas atenciones corresponden a abortos inducidos, ya que de acuerdo a la multiplicidad de causas como de diagnósticos relacionados estos registros pueden obedecer también a otras atenciones, como el aborto espontáneo o el aborto incompleto.

Aunque no existe disponibilidad de estimaciones oficiales sobre aborto inducido en Colombia, a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015) se incluyeron modificaciones que permitieran indagar de forma separada los eventos de terminación del último, penúltimo y antepenúltimo embarazo, incluyendo preguntas y filtros de verificación. De acuerdo con los resultados de esta encuesta, cerca del 10 por ciento de las mujeres encuestadas refirió haber tenido una terminación del embarazo diferente del nacido vivo. El 1.1 por ciento de terminaciones correspondieron a interrupciones o abortos inducidos, y el 6.8 por ciento a pérdidas o abortos espontáneos. Si bien las estimaciones de interrupción o aborto inducido por subregiones, son poco precisas dado su mayor

En general el 23% de la población identificada en RLCPD son beneficiarios de algún programa.

**-Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre población adolescente sexualmente activa**

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015, las adolescentes entre 15 a 19 años alcanzaron una prevalencia de 76 por ciento de uso de algún método moderno entre las sexualmente activas sin unión. Entre las adolescentes sexualmente activas tanto unidas como no unidas, se observa que la prevalencia fue de 72 por ciento.

**-Prevalencia del uso de anticonceptivos entre población adulta sexualmente activa**

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos según la ENDS 2015 en las mujeres sexualmente activas en unión fue del 75.9% y las sexualmente activas sin unión 77.7%.

**-Tasa de fecundidad no deseada**

Los cambios en la fecundidad no deseada se miden en Colombia a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, especialmente a través de las preferencias de fecundidad. En la

<sup>2</sup> Los procedimientos relacionados con atenciones en salud del aborto identificados dentro de la búsqueda fueron: aspiración al vacío de útero para terminación del embarazo/Legrado uterino obstétrico postparto o postaborto por dilatación y curetaje/Legrado uterino obstétrico postparto o postaborto por Aspiración al vacío/ Dilatación y legrado para terminación del embarazo/ Evacuación uterina para terminación del embarazo por otros métodos/ Amnioreducción/ Punción fetal.





desarrollar una de las dimensiones prioritarias definida en el Plan Decenal de Salud Pública, por ello tiene como vocación concreta y la preocupación constante del Ministerio de Salud y Protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios.

**- Tipo, número, características, jurisdicción, presupuesto y accesibilidad a los servicios de salud mental por distribución territorial. Registro Especial de Prestadores de Salud**

La Salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616 /2013).

La Gestión Integrada para la Salud mental consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de

coeficiente de variación, debido a la baja prevalencia de este evento, se puede identificar una tendencia mayor de este evento en mujeres menores de 20 años, solteras (nunca unidas), de zonas urbanas, con nivel de educación superior en los quintiles alto y más alto de riqueza. (ENDS, 2015).

**- Estimaciones sobre casos de abortos ilegales, por edad, lugar de residencia (urbano o rural) y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada u otros datos disponibles.**

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10) no se hace referencia al carácter legal o clandestino del aborto como un criterio de clasificación del diagnóstico, por lo que los sistemas de información hoy dispuestos, no son capaces de diferenciar estas condiciones. Por otro lado, los abortos que se realizan de forma “clandestina” o por fuera del sistema de salud por sus mismas características no son recogidos por los sistemas de información con los que cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social. En este sentido, no existen estimaciones oficiales sobre casos de abortos ilegales.

**- Porcentaje de la población que utiliza sistemas indígenas o alternativos de atención de la salud**

siguiente tabla se relacionan las mediciones quinquenales.

Preferencia	ENDS					
	2015	2010	2005	2000	1995	1990
No desea más hijas(os)						
No quiere más	27.5	31.8	38.1	41.5	40.9	42.6
Esterilizada*	38.5	38.3	33.0	28.1	26.4	21.4
Desea más hijas(os)						
Desea	28.3	25.8	24.4	27.0	29.7	28.4
Indecisa	2.1	1.8	1.7	1.0	1.2	3.6
Se declaró infecunda	3.5	2.3	2.7	2.5	1.6	3.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mujeres	19,233	26,247	19,762	5,935	6,097	4,449

Fuente: ENDS 2015.

Se subraya que en el 2015 se observa el nivel más bajo de mujeres que reportan no querer más hijas o hijos (27.5%), el cual ha oscilado entre 42.6 por ciento en 1990 y 31.8 por ciento en 2010. Desde el 2010 hasta el 2015, la esterilización se mantiene entre el 38.3 y 38.5 por ciento.

Se observa que el reporte de las mujeres sobre el deseo de más hijas o hijos aumentó a 28.3 por ciento, igualando un nivel similar al observado en el año 1990 (28.4%). Este reporte en 1995 fue de 29.7 por ciento, y viene en aumento desde 2005 (24.4%) y continuando en 2010 (25.8%). De forma paralela, se observa que entre la ENDS 2010 y la ENDS 2015 el número de mujeres de 15 a 49 años que reportan estar indecisas frente a su deseo de más hijas o hijos oscila entre el uno y dos por ciento.

Ahora bien, también se puede conocer la fecundidad no deseada, a través del deseo de limitar el número de hijos o hijas, según la cantidad de hijos o hijas nacido vivo. La siguiente tabla



la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia.

La transferencia de dichas políticas y lineamientos se desarrolla a través de procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, gestión y coordinación intersectorial y mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias, acorde a lo estipulado en la Dimensión Convivencia Social y salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia.

El detalle de la Oferta y demanda de los servicios de salud mental ver anexo. Política Nacional de Salud mental

A la fecha no se cuenta con información del porcentaje de la población que utiliza sistemas indígenas o alternativos de atención de la salud, pero en el marco del respeto y reconocimiento de la autodeterminación de los pueblos indígenas y desde un enfoque intercultural se ha facilitado que éstos fortalezcan y desarrollen su sabiduría ancestral y prácticas propias. Como se mencionó previamente, en el marco del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural-SISPI, en el desarrollo de sus componentes, se reconocen los usos y costumbres, el cuidado de la salud propia intercultural y la sabiduría ancestral de los pueblos indígenas, así como la adaptación y adecuación sociocultural de las atenciones y acciones individuales y colectivas en el marco del sistema de salud colombiano.

**- Características, cobertura, presupuesto y jurisdicciones en programas de salud sexual y reproductiva.**

El Ministerio de Salud y Protección Social viene avanzando en los últimos años en procesos integrales de reconocimiento de los Derechos Humanos y de acuerdo con su misión de garantizar los Derechos a la salud, sexuales y reproductivos para todas las personas, ha formulado políticas y planes que son hitos modernizadores. Entre estos se destacan la [Política de Atención Integral en Salud \(PAIS\)](#), el [Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021](#)

muestra el porcentaje de mujeres en unión que no desea más hija(os) a que esta esterilizada, por número de hijas(os) sobrevivientes, según características:

Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años actualmente en unión que no desea más hijas(os) o que está esterilizada, por número de hijas(os) sobrevivientes, según características seleccionadas, Colombia 2015

Característica	Número de hijas(os) sobrevivientes <sup>a</sup>						Total
	0	1	2	3	4	5	
<b>Grupo de edad</b>							
13-14	*	*	*	*	*	*	*
15-19	7.8	21.6	57.7	*	*	*	23.5
20-24	8.8	22.9	64.5	84.0	(92.6)	*	37.5
25-29	10.5	24.9	68.8	85.4	84.9	77.8	49.9
30-34	19.9	37.0	75.5	92.3	90.7	94.5	67.9
35-39	24.9	57.7	85.1	91.3	93.0	91.9	80.6
40-44	30.1	68.6	88.8	95.2	92.2	97.3	86.9
45-49	23.0	67.1	86.8	90.0	91.2	81.4	83.2
<b>Zona</b>							
Urbana	15.5	37.0	79.6	92.5	94.4	92.0	65.9
Rural	8.3	30.4	73.9	85.6	85.4	89.1	66.4
<b>Región</b>							
Atlántica	6.3	19.1	70.2	90.2	90.2	89.6	61
Oriental	11.5	32.1	78.8	88.8	92.2	99.4	64
Bogotá	12.7	35.7	76.9	92.9	96.8	*	64
Central	23.6	49.2	83.2	90.5	90.2	87.9	87.6
Pacífica	13.8	39.7	82.3	92.5	88.8	92.3	87.6
Orinoquía y Amazonía	9.6	31.1	76.6	86.8	83.8	93.2	97.5

Fuente: ENDS 2015.

Se observa una brecha del doble para las mujeres sin hijas o hijos vivos entre zona urbana (15.5%) y rural (8.3%), la cual ha aumentado al compararla con la ENDS 2010. Esta brecha persiste, pero de menor tamaño, en la medida que aumenta el número de hijas o hijos. Por regiones, los niveles más altos de las mujeres sin hijas o hijos sobrevivientes se concentran en la región Central (23.6%) y Pacífica (13.8%), y menores al 10 por ciento en la región Orinoquía y Amazonía (9.6%) y Atlántica (6.3%). Entre las mujeres con una hija o hijo, los porcentajes oscilan entre 19.1 por ciento en la región Atlántica y el 49.2 por ciento en la región Central.



	<p><a href="#">(PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.</a></p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx">https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx</a></p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx">https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx</a></p> <p>Estas políticas y planes se inscriben en el marco del reconocimiento de las diversidades de territorios y poblaciones en donde las <i>PERSONAS</i> se convierten en el centro de la acción para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos, esta política y de manera integral los planes tiene en su base el enfoque diferencial de poblaciones y territorios, para adaptar la promoción y mantenimiento de la salud, la gestión del riesgo y el restablecimiento de Derechos a los niveles nacional, departamental y local.</p> <p>Archivo anexo se detalla el presupuesto destinados de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva en Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos 2019.</p> <p><b>- Porcentaje de niños y niñas cubiertos por programas nutricionales.</b></p> <p>De acuerdo con el ICBF en 2019, 1.962.861 niños y niñas menores de 5 años fueron atendidos en servicios de primera infancia en los cuales se brindan complementación alimentaria.</p>	<p><b>-Porcentaje de mujeres que realizan periódicamente exámenes ginecológicos (PAP, mamografías)</b></p> <p>De acuerdo con el Sistema Integral de Información de la Protección Social el número mujeres con citología es de 7.407.724 y con mamografía 1.953.009.</p> <p><b>- Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre</b></p> <p>El porcentaje de gestantes que tuvieron el primer control prenatal antes del 4 mes de embarazo en Colombia fue de 77% para el 2010 y del 77.9% para el 2015 de acuerdo con la Encuesta de Demografía y Salud.</p> <p><b>-Cobertura de vacunación obligatoria.</b></p> <p>De acuerdo con el Programa Ampliado de Inmunización PAI</p> <p>BCG recién nacidos – porcentaje de cobertura de 89,9%</p> <p>DPT 3 dosis (pentavalente) en menores de 1 año - – porcentaje de cobertura de 93,5%</p> <p>Polio 3 dosis en menores de 1 año - porcentaje de cobertura de 93,5%</p> <p>Triple viral en niños de 1 año - porcentaje de cobertura de 94,5%</p> <p>Triple viral en niños de 5 años 89,3%</p>
--	---	---



**-Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que reciben periódicamente atención/controles médicos**

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 70.684.079 niños y niñas menores de cinco años, 44.500.376 niños y niñas de 6 a 11 años y 49.923.873 adolescentes.

Para el detalle de cada edad, en el Análisis de Situación de Salud 2019 - Tabla 27. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2018

De acuerdo con las cifras del RIPS en 2019, 10.296.997 NNA de 0 a 17 años fueron atendidos con afiliación.

**- Porcentaje de niños y niñas que reciben asistencia en salud perinatal y hasta los cinco años.**

En el marco de la atención integral a la primera infancia se identifica que el 81 % de las niñas y niños en modalidades de educación inicial están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el 79 % cuentan con esquemas completos de vacunación, mientras el otro 30 % están en proceso de completarlo. De igual manera, el 46 % accedió a las consultas de valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud.



2. niños inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo

En aseguramiento de la población infantil en el país, del total de niñas y niños de 0 a 5 años estimados para el 2019 un 10,38 % (4.658.707), de acuerdo con las proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

2019: 2.795.182 NN menores de 10 años con control de crecimiento y desarrollo.

2018: 2.242.217

**-Porcentaje de mujeres embarazadas con test de HIV/SIDA.**

De acuerdo con la información publicada y reportada a la Cuenta de Alto Costo en VIH, se tiene en Colombia el siguiente comportamiento con referencia al tamizaje de las gestantes.

**Tabla 1. Tamizaje de mujeres gestantes para VIH, Colombia 2016 - 2018**

Año	Gestantes tamizadas	Gestantes reportadas	% tamizaje	Período observado
-----	---------------------	----------------------	------------	-------------------



	zadas	rtadas*		
2016	389.224	437.531	89,0	1 de agosto 2016 – 31 de enero 2017
2017	394.012	432.184	91,2	1 de agosto 2017 – 31 de enero 2018
2018	362.957	640.960	56,6	1 de febrero 2018 – 31 de enero 2019

Fuente: CAC en VIH.

**- Porcentaje de niños nacidos de madres HIV positivas que contrajeron el virus HIV/SIDA en los dos primeros años de vida (casos notificados de SIDA por transmisión vertical)**

Según la información registrada a través del sistema de información de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH instaurado por el Ministerio de Salud y Protección Social se tiene el siguiente comportamiento con relación a niños y niñas menores de 2 años que fueron expuestos al VIH por vía materno infantil.

**Tabla 3. Porcentaje de TMI del VIH en niños y niñas expuestos al VIH, menores de 2 años de edad, reportados a la estrategia nacional, Colombia 2016 – 2018**

Año	N° Niños expues	N° Niños con VIH <2 años	% TMI VIH
-----	-----------------	--------------------------	-----------



	tos al VIH		niños <2 años
2016	858	19	2,2%
2017	867	19	2,2%
2018	816	14	1,7%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Sistema de información de la estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

**- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben asistencia en salud prenatal.**

Para el año 2018 se evidencia una reducción en la proporción de control prenatal a 86.1%. Es de aclarar que en este indicador se cuentan todos los recién nacidos en el territorio nacional independiente de la nacionalidad de los padres. Esto es importante si se tienen cuenta que para el año 2018 se estima que nacieron más de 20.000 Rn de madres migrantes irregulares, que dentro del sistema de general de Seguridad social en salud, no tienen acceso a los servicios esenciales de SSR. Cuando la nacionalidad es Colombiana las coberturas se mantuvieron por encima del 88%.

**- Indicadores de lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes y hasta el sexto mes.**

Resultados de las Encuesta Nacional de Situación Nutricional de 2015, indica que el 72 por ciento de los menores de 2 años de edad





	<p>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 en al menos 70 por ciento.</p> <p>En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que 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.</p> <p>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.</p>	
<b>Señales de progreso</b>		
<p><b>- Características y frecuencia de encuestas de percepción de la población acerca de la relación entre fecundidad, mortalidad infantil y mortalidad materna.</b></p> <p>Respecto a la mortalidad materna, hubo 45,3 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2018, con una disminución de 6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos respecto al 2017, cuando hubo 51 por 100.000 nacidos vivos<sup>10</sup>. Al revisar la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el 2018, esta fue de 14,5 muertes por 1.000 nacidos vivos, observándose también un descenso de 1,1 puntos en este indicador respecto al 2017, cuando</p>	<p><b>- Características y frecuencia de estudios de percepción de la población en relación con enfermedades de transmisión sexual (HIV-SIDA, entre otras)</b></p> <p>En Colombia se han realizado los siguientes estudios en poblaciones clave, estos estudios los podrá encontrar en el siguiente link: <a href="https://drive.google.com/drive/folders/195ilwHL-zYhl2forhisanto628xcNXfB?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/195ilwHL-zYhl2forhisanto628xcNXfB?usp=sharing</a></p> <p>Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con</p>	



se reportó una tasa de 16,1 muertes por 1000 nacidos vivos.

Con relación a la tasa de mortalidad infantil ajustada (menores de un año), para el 2017 fue de 16,5 por 1.000 nacidos vivos, mientras que para 2016 fue de 16,812. En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2017 la tasa de mortalidad infantil disminuyó 19 %, esto es 4.412 niños y niñas menores de un año. De esta manera, la tasa de mortalidad para el 2017 es de 16,5 muertes por cada mil nacimientos. Sin embargo, en los últimos cinco años han muerto cada año en promedio 7.343 niñas y niños menores de un año.

hombres en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019.

Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019.

**ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**

**- Características, cobertura (territorial y temática), presupuesto y jurisdicción del sistema estadístico en materia de salud. Formas y frecuencia de actualización de la información, y difusión.**

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social se ha creado, el Sistema Integral de Información de la Protección Social que es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios. Suministra información para toda la ciudadanía.

**- Porcentaje de efectores de salud con protocolos de confidencialidad de la información sobre su salud**

**- Cobertura de acciones o campañas de difusión por parte del estado de información sobre políticas de salud sexual y reproductiva.**

El Ministerio de Salud y Protección Social, realiza estrategias de comunicación, masivas y directas en promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos dirigidos a la población en edad fértil, incluido el Derecho a la anticoncepción de emergencia en cumplimiento de las normas vigentes. Las principales campañas realizadas y que aún se encuentran disponibles en la página web del Ministerio de salud.

**- Porcentaje de niños nacidos con malformaciones fetales por consumo de alcohol y otro tipo de drogas.**

Para el 2017, el 24,83% falleció por alteraciones identificables en el embarazo. Seis mil sesenta y cinco (6.065) niños murieron por estas razones

**- Porcentaje de nacimientos no registrados en término.**

No se tiene información sobre el indicador.



Como sistema, el SISPRO incluye el conjunto de instituciones y normas que rigen el comportamiento del sector en términos de deberes y derechos de los agentes, organismos de dirección y administración del sistema, diseño de los procesos tecnológicos básicos, estandarización y normalización del registro, almacenamiento, flujo, transferencia y disposición de la información dentro del contexto del Sistema.

Su diseño se basa en una Bodega de Datos en la cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes. Los datos provienen de fuentes de información internas y externas al Ministerio. En el SISPRO se consolida y dispone la información a través de los siguientes componentes: **RUAF, RIPS, PILA, SIHO, SGD, SISMED**, entre otros.

**- Normas y regulaciones de protección del estado sobre la confidencialidad de la información personal de salud.**

Constitución Política de Colombia, artículos 15 y 20. Ley 734 de 2002, artículo 95, estipula la reserva legal en la acción disciplinaria, Código Disciplinario Único.

Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SSR/Paginas/home-salud-sexual.aspx>

**- Cobertura de acciones o campañas de asesoramiento a mujeres embarazadas sobre formas de transmisión madre-hijo de HIV/SIDA.**

En Colombia se adelantan las siguientes acciones:

- Se tiene implementada la Estrategia ETMI-Plus la cual está dirigida a la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas y en sus lineamientos y caja de herramientas se tiene Rotafolio dirigido a la comunidad para ilustrar las formas de transmisión y procesos de educación, oferta de tamizaje para estos eventos de interés en salud pública.
- El Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021 en donde tiene establecido el desarrollo de estrategias de información en salud, comunicación y movilización social enfocadas a la difusión de los derechos sexuales y derechos reproductivos, estas actividades deben ser trabajadas de la mano con la sociedad civil y las organizaciones de base comunitaria.



Decreto 1727 de 2009, por el cual se determina la forma en la cual los operadores de los bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países, deben presentar la información de los titulares de la información.

Decreto 235 de 2010, por el cual se regula el intercambio de información entre entidades para el cumplimiento de funciones públicas

Decreto 2280 de 2010, por el cual se modifica el artículo 3° del Decreto 235 de 2010.

Decreto 1377 de 2013, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.

Decreto 886 de 2014, por el cual se reglamenta el artículo 25 de la Ley 1581 de 2012, relativo al Registro Nacional de Bases de Datos.

Decreto 103 de 2015, títulos I, II, III, IV, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1081 de 2015, capítulo 4, por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Unico del Sector Presidencia de la República.

Sentencia C-748 de 2011, control constitucional al Proyecto de Ley Estatutaria No.184 de 2010 Senado; 046 de 2010 Cámara, "por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales".

**- Disposiciones y/o legislación que requieran el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento.**

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el

- La Resolución 3280 de 2019 contempla la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, este lineamiento contempla la oferta de tamizaje a las gestantes de acuerdo a los trimestres de gestación con su respectivo proceso educativo y en el caso de VIH el consentimiento informado para la realización del tamizaje y de igual manera los procesos educativos en los ámbitos escolar, comunitario y familiar.

- El Modelo de Gestión Programático del 2006 del Ministerio de la Protección Social, en donde se contempla actividades como: educación a la pareja sobre transmisión del VIH/Sida y transmisión vertical y forma de abordarlo.

**- Cobertura de acciones o campañas de información y programas de difusión sobre los efectos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.**

Con la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021 , el cual fue aprobado en el marco de la Comisión Nacional de Estupefacientes, se busca reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas, mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las



Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales. Anexo

personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública. La cobertura de este plan es a nivel nacional, se anexa el plan.

**- Distribución geográfica, jurisdiccional y étnica de servicios de traducción en los efectores de salud a otros idiomas hablados en el país.**

A la fecha no se cuenta con información de cobertura de servicios de traducción en lenguas indígenas en el país, pero a través de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios Indígenas tienen un porcentaje de asignación mayor, a través de la Unidad de Pago por Capitación diferencial, para garantizar la atención diferencial a los pueblos indígenas, con estos recursos se garantiza que en caso de ser necesario, se apoye durante todo el proceso de atención la traducción en la lengua de origen, así como la elaboración de material de información y educación para la salud en cada una de las lenguas según los territorios, de igual manera en el marco de las acciones colectivas se garantiza la participación de traductores para el desarrollo de las actividades así como para el diseño y elaboración de material de información y educación para la salud, por lo que de manera general se puede afirmar que en el desarrollo de acciones diferenciales en salud, individuales y colectivas, se garantiza la traducción en la lengua de origen a la población indígena. De igual



	<p>manera en el marco de las acciones intersectoriales, se cuenta con el apoyo del Ministerio de Cultura en los procesos de traducción y difusión de materiales educativos e información en salud para los pueblos indígenas.</p>	
<b>Señales de progreso</b>		
<p><b>- Características, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la salud</b></p> <p>Desde el Ministerio de manera continua se trabajan campañas de prevención y promoción encaminadas al goce efectivo del derecho a la salud. Estas van dirigidas a la totalidad de los habitantes del país, puesto que sin importar el régimen al que se encuentren afiliados tienen los mismos derechos. La difusión se hace por medio de mensajes de autocuidado, prevención de enfermedades y promoción de hábitos de estilos de vida saludables en lenguaje y diseño entendible para todos. Las estrategias propenden por la salud y protección de los colombianos.</p>	<p><b>- Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la atención a la salud.</b></p> <p>Cuando se realizan estrategias de comunicación debido al presupuesto, primero acudimos a los medios de divulgación institucionales, como lo son la página web y las redes sociales. Así mismo, contamos con espacios en televisión nacional y regional que han sido cedidos para las campañas y son regulados desde la Comisión de Regulación de las Comunicaciones – CRC- y se complementa con divulgación a través de mensajes radiales en emisoras con cobertura nacional, regional y local De acuerdo con lo anterior, todas las campañas buscan llegar a todo el país.</p> <p><b>- Existencia de mecanismos permanentes participación ciudadana para la elaboración de recomendaciones en el diseño e implementación de políticas de salud.</b></p>	



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social realiza de manera anual la rendición cuentas, en la cual los ciudadanos pueden participar de manera activa mediante mecanismos como las redes sociales y el correo electrónico. De igual forma están los canales de comunicación que se coordinan desde el Grupo de Atención al Ciudadano.</p>	
<b>ACCESO A LA JUSTICIA</b>		
<p><b>-Existencia de instancias administrativas para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud.</b></p> <p>En Colombia, todas las Entidades Públicas y órganos del estado o particulares que ejercen funciones públicas deben tener una ventanilla única de radicación de denuncias y/o un buzón electrónico o de transferencia de datos para la radicación de denuncias en virtud de la Ley 1712 de 2014, entre otras disposiciones; específicamente en virtud del derecho a la salud, la población cuenta con las siguientes instituciones:</p> <p><b>Procuraduría General de la Nación</b></p> <p>Según las normas constitucionales y legales, la Procuraduría General de la Nación en Colombia es un órgano de control autónomo que se encarga de investigar, sancionar, intervenir y prevenir las irregularidades cometidas por los gobernantes, los</p>	<p><b>-Número de decisiones judiciales que ha hecho lugar a garantías en salud en general y en casos específicos (salud sexual y reproductiva, personas con HIV-SIDA; entre otras).</b></p> <p>El derecho a la salud es un verdadero derecho. Se encuentra consagrado no solo en la Constitución de 1991, sino también en múltiples instrumentos jurídicos internacionales que hoy hacen parte de nuestra normativa por vía del llamado bloque de constitucionalidad. Igualmente, se encuentra desarrollado en innumerables disposiciones de origen legal y reglamentario. En especial por medio de las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Debido a la ubicación inicial del derecho a la salud en nuestra Constitución de 1991 mucho se ha dicho sobre su naturaleza jurídica. Inés Vargas Hernández, pp. 3 y ss., y la T-201, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio. Al respecto, véanse las Sentencias: T-224 de 2010, T-246 de 2010,</p>	





funcionarios públicos, los particulares que ejercen funciones públicas y las agencias del Estado Colombiano, en defensa de los derechos y las garantías fundamentales de la población.

**Defensoría del Pueblo**

Decreto 25 de 2014, en su artículo 5°, numeral 12, establece para el caso específico que es una instancia mediadora entre los usuarios y las empresas públicas o privadas que presten servicios públicos, cuando aquellas lo demanden, en defensa de los derechos que se presuman violados.

**Superintendencia Nacional de Salud:**

Artículo 39 Ley 1122 de 2007. Vigilar el cumplimiento de las normas en materia de salud; Supervisar la calidad de la atención de la salud y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios; Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud.

**Entidades Territoriales (Departamentos, Municipios o distritos)**

Ley 715 de 2001, artículos 44 y 44, respectivamente, asignándoles la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y del SGSSS en el territorio de su jurisdicción.

**Personerías Municipales.**

T-650 de 2010, T-654 de 2010, T-664 de 2010, T-668 de 2010, T-685 de 2010, T-730 de 2010, T-815 de 2010, T-835 de 2010, T-864 de 2010, T-874 de 2010, 009 de 2011 y T-022 de 2011, C-225 de 2011 y C-791 de 2011. A más que ha sido claro desde tiempo atrás que el derecho a la salud, para el caso de las personas especialmente protegidas por la Constitución del 91, es un derecho fundamental autónomo. Quizá ha sido la Corte Constitucional quien ha ido estabilizando vía jurisprudencial la infundamentalidad del derecho en cuestión. Recurso que ha sido controversial, no lineal, no pacífico y a veces ha sufrido serios retrocesos. No obstante, hoy parece haberse ido consolidándose la fundamentalidad del derecho a la salud por tal vía. Por lo menos, existe una cierta concertación jurisprudencial en cuanto a que el derecho a la salud es un derecho fundamental por conexidad con otros derechos fundamentales como la vida, la igualdad, el desarrollo de la libre personalidad, obviamente con la dignidad humana. Pero, precisamente por su relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual, pero también una dimensión colectiva es que el derecho a la salud, sin lugar a dudas, es un derecho fundamental; y como derecho seriamente fundamental debe ser objeto de todas y cada una de las garantías



Según el artículo 118 de la Constitución Política de Colombia las Personerías Municipales, junto con la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo conforman el Ministerio Público, el cual tiene por función la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas.

Ley 136 de 1994, artículo 178, funciones...

1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las ordenanzas, las decisiones judiciales y los actos administrativos, promoviendo las acciones a que hubiere lugar, en especial las previstas en el artículo 87 de la Constitución.
2. Defender los intereses de la sociedad.

Ley 850 de 2003, entre otras funciones, tiene la de vigilar la gestión pública y recaudar indicios y pruebas de corrupción o ineficacia en aquellas entidades que manejan recursos públicos.

**Veedurías Ciudadanas.**

De acuerdo con la Ley 850 del 2003, es un mecanismo democrático de representación de los ciudadanos o de las organizaciones comunitarias, que permite vigilar la gestión pública de autoridades y entidades estatales o privadas, o de organizaciones no gubernamentales, en los que

constitucionales y legales previstas para tal tipo de derechos y no solo para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela.

**- Número de denuncias relativas al derecho a la salud recibidas, investigadas y resueltas por las instituciones nacionales de derechos humanos competentes en el país**

En el Ministerio de Salud y Protección Social se recibieron para la vigencia 2019, 64 denuncias. Es preciso indicar que la información de las demás instituciones no se encuentra bajo custodia de esta Cartera.

**-Políticas de capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud. Cobertura temática y alcance**

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido trabajando junto con la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla” del Consejo Superior de la Judicatura y el apoyo del Banco Mundial, en capacitaciones específicas dirigidas a los jueces de la República, magistrados y fiscales, frente a la ley estatutaria 1755 de 2015 “POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

Para la vigencia 2019, se realizaron (3) capacitaciones así:

- Bogotá, lunes 6 de mayo de 2019
- Medellín, jueves 9 de mayo de 2019



total o parcialmente se empleen los recursos públicos.

En virtud de lo anterior, los usuarios tienen la posibilidad de formular quejas o denuncias vía administrativa contra los diferentes actores del sistema de salud, esto es, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), entre otras, ante los diferentes órganos que con fundamento en la ley ejercen funciones de inspección, vigilancia y control, encaminadas a la protección de sus derechos fundamentales, cuyas funciones son independientes y autónomas según las estructura del Estado.

**-Competencias de los Ministerios o de las Superintendencias para recibir quejas de los usuarios del sistema de salud.**

El Ministerio de Salud y Protección Social, acorde con el Decreto Ley 4107 de 2011, no es el competente para resolver esta clase de quejas, al recepcionar las mismas por los diferentes medios tiene a disposición de la ciudadanía en general, en forma inmediata las remite, por competencia, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Empresa Promotora de Salud y/o al ente territorial correspondiente, dependiendo el caso, para su conocimiento y atención. Solicitando a la entidad receptora informe de la respuesta dada al quejoso o denunciante.

De conformidad con la Ley 1122 de 2007, en su artículo 42, creó la figura del Defensor

Barranquilla, sábado 11 de mayo de 2019

Temática: Alcance del derecho a la salud en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en los componentes:

- Mecanismo de Protección Individual
- Mecanismo de Protección Colectiva
- Mecanismo de Exclusiones
- Determinantes sociales



del Usuario en Salud, en los siguientes términos:

**“ARTÍCULO 42. DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD.** Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud”.

**-Existencia de acciones constitucionales (amparos, acciones de protección, tutela)**

En 2019 se interpusieron contra el Ministerio de Salud y Protección Social 21.285 tutelas, en materia del derecho a la salud que se distribuyen así:

TUTELAS RELACIONADAS CON TEMAS DE SALUD	
AÑO 2019	
MES	TOTAL
ENERO	1367



FEBRERO	1735
MARZO	1743
ABRIL	1685
MAYO	2149
JUNIO	1885
JULIO	2081
AGOSTO	1668
SEPTIEMBRE	2001
OCTUBRE	1969
NOVIEMBRE	1599
DICIEMBRE	1403
<b>TOTAL</b>	<b>21285</b>

**-Existencia de servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la salud.**

La ciudadanía en general tiene la posibilidad de acudir en busca de apoyo jurídico para la protección de su derecho a la salud ante la Defensoría del Pueblo, las Personerías, las Alcaldías, Gobernaciones, Consultorios jurídicos de las diferentes universidades donde funcionan los programas de derecho o ciencias políticas, Centros de Conciliación, Casas de Justicia, Superintendencia Nacional de Salud, Procuraduría General de la Nación, entre otras, para que de acuerdo con la ley, sus funciones y responsabilidades, orienten en su actuar y apoyen



gratuita y jurídicamente a la población, para la protección al derecho fundamental a la salud.

**-Existencia de oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con salud.**

**-Aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de salud:**  
i) independencia e imparcialidad del tribunal; ii) plazo razonable; iii) igualdad de armas; iv) cosa juzgada; v) vías recursivas de sentencias en instancias superiores.

La Carta Política Colombiana establece en su Artículo 113: Son ramas del Poder Público, la legislativa, la ejecutiva y **la judicial**.

Además de los órganos que las integran existen otros, **autónomos e independientes**, para el cumplimiento de las demás funciones del Estado.

**“Los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas, pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines”**

Las diferentes normas que rigen el sector justicia en cada una de sus especialidades establecen el plazo o término en que deben ser atendidas o tomadas las decisiones en procesos judiciales que presentan los diferentes actores del sistema de seguridad social en salud; la ciudadanía cuenta con recursos



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



judiciales al alcance de todos los habitantes del País, tales como la Acción de Tutela, la Acción de cumplimiento, en la jurisdicción **constitucional**, que no requieren formalismos específicos y pueden ser presentadas ante cualquier juez de la república. Adicionalmente ante la jurisdicción **contenciosa** se prevé, en la Ley 1437 de 2011, diferentes medios de control judicial para la salvaguarda y protección de los derechos, lo cual ocurre de igual manera en la jurisdicción **ordinaria** en sus especialidades civil, laboral, familia, entre otras.

Las normas procesales que rigen cada una de las jurisdicciones tienen su propio procedimiento legalmente establecido, con etapas claramente definidas para culminar en una sentencia, misma que es susceptible de ser impugnada a través de los diferentes recursos legales, como son los recursos de reposición, apelación, casación, de revisión (este último mecanismo, en relación con las decisiones de tutela, las realiza de forma selectiva, la Corte Constitucional). Y una vez agotados todas estas instancias o las que elija utilizar el demandante, las decisiones adoptadas adquieren firmeza con fuerza de cosa juzgada, de obligatorio y estricto cumplimiento.

Es preciso resaltar que la Carta Política Colombiana establece diferentes principios que prevalecen en el ordenamiento procesal colombiano tales como: Universalidad, legalidad, juez natural, debido proceso, favorabilidad,





El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



postulación, economía procesal, libertad probatoria, doble instancia, entre otros.

**Señales de progreso**

**Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la salud.**

En Colombia no hay una segmentación de medios de acuerdo con los mensajes que divulgan, es por ello que cualquier medio de comunicación directo, nacional, regional, masivo o alternativo puede realizar esta tarea.

**Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.**

Sobre la cobertura de servicios de traducción a la fecha no se cuenta con información de cobertura de servicios de traducción en lenguas indígenas en el país.



# INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR AGOSTO DE 2020

## DERECHO A LA ALIMENTACIÓN ADECUADA

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																		
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>																				
<p>- Ratificación por parte del Estado de tratados internacionales de derechos humanos que reconocen, entre otros, el derecho a la alimentación adecuada. Anexo tabla 1.</p> <p>- Consagración del derecho a la alimentación adecuada y derechos relacionados en la Constitución y/o legislación nacional. En la Constitución Política de Colombia se encuentra los surgentes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un derecho fundamental de los niños la alimentación equilibrada (Artículo 44).</li> <li>• Durante el embarazo y después del parto la mujer goza de especial asistencia y protección del Estado, y recibe de éste un subsidio alimentario si se encuentra desempleada o desamparada (Artículo 43).</li> <li>• El Estado garantiza a las personas de la tercera edad un subsidio alimentario en caso de indigencia (Artículo 46).</li> </ul> <p>- Existencia de legislación sobre la aceptabilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de los alimentos suministrados en programas públicos de nutrición suplementaria. Los programas públicos de nutrición o alimentación suplementaria, están a cargo de varias entidades del gobierno Nacional como el</p>	<p>- Existen políticas públicas o programas en las siguientes áreas (Estas áreas miden la manera en que han sido incorporados las principales obligaciones del derecho en la política pública como una forma de evaluar la asimilación de la perspectiva del derecho a la alimentación adecuada en la acción estatal):</p> <p>a) Erradicación del hambre;</p> <p>El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 establece el Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados. Bajo este marco define la “Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos” planteando objetivos de país que contribuyen a erradicar el hambre. La “Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia” establecida mediante el Documento Conpes 3918 de 2018, donde se determinan las metas y las estrategias para el cumplimiento de la Agenda 2030 y sus ODS en Colombia, entre ellos las metas trazadoras frente al ODS 2. Hambre Cero.</p> <p>b) Erradicación de la desnutrición infantil;</p> <p>La Resolución No. 5406 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social establece el lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses. La implementación de este lineamiento requiere acciones de articulación y coordinación intersectorial que permitan organizar las intervenciones y garantizar la atención integral a esta población, por lo anterior en Colombia en el año 2019 se definió el Plan de Trabajo Contra la Desnutrición Ni1+, en el marco de la Gran Alianza por la</p>	<p>- Tasa de Mortalidad por malnutrición x cada 100,000 habitantes.): 9,06 (DANE 2018)</p> <p>- Porcentaje de personas (desagregadas por género, edad, etnia, situación geográfica, estatus socio – económico, situación particular (HIV/SIDA, privados de libertad), que padecen inseguridad alimentaria y nutricional.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y nutricional en hogares ENSIN 2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nacional</td> <td>57,4</td> </tr> <tr> <td>Área Urbana (cabecera)</td> <td>52,3</td> </tr> <tr> <td>Área Rural (resto)</td> <td>73,6</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Sexo del jefe de hogar</th> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>60,9</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>55,5</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Etnia jefe de hogar</th> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td>76,9</td> </tr> </tbody> </table>	Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y nutricional en hogares ENSIN 2015		Nacional	57,4	Área Urbana (cabecera)	52,3	Área Rural (resto)	73,6	Sexo del jefe de hogar		Mujer	60,9	Hombre	55,5	Etnia jefe de hogar		Indígena	76,9
Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y nutricional en hogares ENSIN 2015																				
Nacional	57,4																			
Área Urbana (cabecera)	52,3																			
Área Rural (resto)	73,6																			
Sexo del jefe de hogar																				
Mujer	60,9																			
Hombre	55,5																			
Etnia jefe de hogar																				
Indígena	76,9																			



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Departamento de la prosperidad Social de la Presidencia, La unidad de gestión del riesgo y el Ministerio de Educación Nacional, así como entidades del orden territorial, que adaptan la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN) y las estrategias de la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional del plan decenal de salud pública al enfoque y condiciones particulares de los programas que desarrollan, de manera que la aceptabilidad, accesibilidad y adaptabilidad de los alimentos suministrados, se adecuan de manera particular a las condiciones socio-económicas y culturales de las regiones y al enfoque de cada programa.

Como ejemplo tenemos el Plan de Alimentación Escolar (PAE), liderado por el Ministerio de Educación Nacional, para suministrar complementos alimentarios en los establecimientos de educación pública, cuya normatividad (principalmente decreto 1852 de 2015, resolución 018858 de 2018 y resolución 29452 de 2017) establece además de la operatividad del programa, los aspectos de adecuación nutricional, basados en las guías alimentarias y las recomendaciones de ingesta de nutrientes para la población objetivo, y las particularidades del suministro de estos alimentos de acuerdo con las condiciones de ubicación, transporte y producción de alimentos en las regiones, a fin de garantizar el suministro del complemento alimentario durante el período escolar.

En cuanto a la calidad e inocuidad de los alimentos suministrados en los programas públicos de nutrición, todos deben acogerse a la normatividad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en particular la resolución 2674 de 2013 que establece los requisitos para las buenas prácticas de manufactura (BPM) en el procesamiento, comercialización y preparación de

Nutrición como respuesta al aumento de las tasas de mortalidad infantil por y asociada a desnutrición – DNT en los niños y niñas menores de 5 años en el año 2018.

Este Plan está acorde con las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 que en el Pacto Estructural III, línea D establece “Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos”, y aporta de manera especial al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 2 – Hambre Cero.

En este Plan las instituciones han establecido acuerdos operativos para identificar oportunamente los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa, asegurar su atención en salud, realizar seguimiento a su recuperación nutricional, realizar acompañamiento a las familias durante el tratamiento terapéutico cuando cuentan con servicios institucionales y garantizar el acceso a la oferta disponible en el territorio, buscando evitar recaídas.

c) Erradicación de la desnutrición materna;

La salud nutricional de la mujer gestante se encuentra como una de las prioridades en la Resolución 3280 de 2018, en la cual se incluye la valoración integral con seguimiento periódico durante la gestación, así como la valoración nutricional y la educación requerida para mejorar y fortalecer prácticas de alimentación saludable.

Así mismo, se cuenta con la política pública "De Cero a siempre" que se enfoca en los primeros 1000 días de vida, que incluyen 270 días de la gestación y los dos primeros años de edad de los niños, con un enfoque de derechos, atención integral y gestión intersectorial. Aborda de forma intersectorial los determinantes sociales de la salud que influyen en la vida y el desarrollo de niños y niñas en el país.

La política nacional de Salud sexual y reproductiva aborda la salud materna como uno de sus ejes, lo que implica que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permita sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos.

Afrodescendiente	69,2
Sin pertenencia étnica	55,1
<b>Región</b>	
Atlántica	71,9
Oriental	58,4
Central	56,8
Pacífica	60,3
Orinoquía - Amazonía	61,6
Bogotá	40,1
<b>Índice de riqueza</b>	
Más bajo	78,6
Bajo	66,9
Medio	52,0
Alto	31,8

- **Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (Indicador ODM).**

Trienio reportado	Prevalencia
2015-2017	5,6



alimentos, y los reglamentos técnicos de productos, disponibles en el normograma de alimentos de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social (<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Pagininas/normograma-sanitario-alimentos-y-bebidas.aspx>). Actualmente se cuenta con programas de fortificación de alimentos para harina de trigo, con hierro y vitaminas el complejo B mediante el decreto 1944 DE 1996 y la adición de yodo y flúor a la sal de consumo humano mediante el decreto 547 de 1996

d) Acceso a consumo mínimo de agua;

Política para el suministro de agua potable y saneamiento básico en la zona rural – Documento Conpes 3810 de 2014. El Programa Nacional de Agua Potable tiene el enfoque de derecho y reúne las acciones intersectoriales para garantizar este derecho desde los componentes de disponibilidad del agua en su estado natural, acceso de infraestructura de acueducto y alcantarillado, calidad del Agua potable y aceptabilidad. Para la vigilancia de la calidad del agua se establecen la Resolución 2115 de 2007 y la Resolución 622 de 2020.

e) Eliminar los ácidos grasos trans en los alimentos y reemplazarlos por ácidos grasos insaturados;

Sí, En el año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 2508 de 2012, “por la cual se establece el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o grasas saturadas”. En el artículo 5 de esta regulación se exige lo siguiente:

5.1.1. El contenido de ácidos grasos trans en las grasas, aceites vegetales y margarinas para untar y esparcirles que se venden directamente al consumidor, no superará 2 gramos de ácidos grasos trans por 100 gramos de materia grasa. 5.1.2. El contenido de ácidos grasos trans en las grasas y aceites utilizadas como materia prima en la industria de alimentos, o como insumo en panaderías, restaurantes o servicios de comidas (catering), pueden contener hasta 5 gramos de ácidos grasos trans por 100 gramos de materia grasa.

5.1.3. El contenido de ácidos grasos trans presentes naturalmente en grasas animales provenientes de carnes de rumiantes y sus derivados y/o productos lácteos no está sujeto de las exigencias mencionadas en los numerales 5.1.1 y 5.1.2. 5.1.4. La cantidad de grasa trans debe expresarse con el número de gramos más cercano a la unidad en una porción del alimento para contenidos mayores a 5 g y expresarse de 0,5 en 0,5 g para contenidos menores a 5 g. Si el contenido total de grasa trans por porción de alimento es menos de 0,5 g, la declaración se expresa como cero “(0)”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2508-de-2012.PDF>

Para el año 2016, se formuló el Plan para la eliminación de las grasas trans y reducción de consumo de grasas saturadas, se implementa a

2016-2018	4,8
-----------	-----

FAO <http://www.fao.org/faostat/es/#country/44>

- Porcentaje de hogares sin acceso a servicios básicos de saneamiento (ODM).

Total de hogares con acceso a servicios públicos (%)

Servicio	Urbano	Rural
Energía eléctrica	99,8%	90,4%
Gas natural conectado a red	80,3%	8,8%
Acueducto	97,2%	51,1%
Alcantarillado	92,4%	12,6%
Recolección de basuras	98,2%	23,9%

Fuente: DANE- Encuesta de Calidad de Vida 2018.

- Porcentaje de hogares por debajo de la línea de indigencia o pobreza extrema total, urbana y rural.

Porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza y pobreza extrema Nacional

Indicador	Valor	Año
Porcentaje de la población bajo la línea de pobreza	27	2018
Porcentaje de la población bajo la línea de indigencia	7,2	2018

Porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza y pobreza extrema Urbano y rural

Indicador	Cabeceras	CP y RD
Porcentaje de la población bajo la línea de pobreza	24,4	3,1
Porcentaje de la población bajo la línea de indigencia	4,9	15,4

CP y RD: Centros poblados y Rural disperso



	<p>través de 4 líneas de acción: medidas regulatorias, alimentos preparados, información, educación y comunicación y la línea de investigación. Se ha avanzado en la formulación del Análisis de Impacto Normativo para modificar la Resolución 2508 de 2012, con el objeto de disminuir los límites y cumplir con las nuevas directrices de la estrategia REPLACE de la OMS y el Plan para la eliminación de ácidos grasos trans de producción industrial en las Américas de la OPS y en la construcción del documento del buen uso, manejo y disposición de aceites y grasas.</p> <p>f) Disminuir el contenido de sodio/sal en los alimentos;</p> <p>La Estrategia Nacional de Reducción del Consumo de Sal/Sodio (2012-2021): cuyo objetivo es contribuir a la disminución de la morbi mortalidad atribuible a hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular en la población colombiana, mediante la reducción gradual del consumo de sal proveniente de las diferentes fuentes alimentarias, hasta lograr la recomendación de la OMS prevista para el año 2021 (5 g sal ó 2 g sodio/ persona/día). Cuenta con 5 líneas de acción: industria, proveeduría, sector gastronómico, información, educación y comunicación y vigilancia e investigación. Actualmente, se ha avanzado en la formulación del reglamento que define los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados, el plan piloto del sector gastronómico que busca disminuir la sal en preparaciones priorizadas y acciones de IEC como documentos técnicos y documentos al consumidor sobre el sodio, efectos en salud y mitos frente a su consumo. <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/S/PP/SNA/Estrategia-reduccion-sal-2012-2021.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/S/PP/SNA/Estrategia-reduccion-sal-2012-2021.pdf</a></p> <p>g) Reducir el contenido de azúcares libres en los alimentos y en las bebidas sin alcohol.</p> <p>No existe una política o estrategia específica en reducción de azúcares, se han impulsado iniciativas como la propuesta del impuesto a las bebidas azucaradas en el año 2016, pero no fue aprobada en el Congreso de la República. No obstante, como parte de las estrategias de Información, Educación y Comunicación, se han construido documentos técnicos sobre el consumo de azúcares adicionados y su efecto en la salud. <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/D/E/AS/papeles-salud-n5.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/D/E/AS/papeles-salud-n5.pdf</a></p>	<p>Fuente: DANE</p> <p>- Tasa de desnutrición infantil (niños y niñas menores de 5 años con algún grado de desnutrición).</p> <table border="1" data-bbox="1518 411 2011 545"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prevalencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Retraso en talla</td> <td>10,8</td> </tr> <tr> <td>Desnutrición global</td> <td>3,1</td> </tr> <tr> <td>Desnutrición aguda</td> <td>1,6</td> </tr> </tbody> </table> <p>ENSIN 2015</p> <p>- Tasa de desnutrición general (o de deficiencia de micronutrientes).</p> <table border="1" data-bbox="1447 667 2011 1098"> <thead> <tr> <th colspan="6">DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES ENSIN 2015</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1 a 4 años</th> <th>5 a 12 años</th> <th>13 a 17 años</th> <th>Mujeres 13 a 49 años</th> <th>Gestantes</th> </tr> <tr> <th>Deficiencia</th> <th>%</th> <th>%</th> <th>%</th> <th>%</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hierro</td> <td>14,8</td> <td>8,8</td> <td>15,3</td> <td>23,8</td> <td>44,5</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td>27,3</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Zinc</td> <td>36</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Yodo</td> <td>8,1</td> <td>4,4</td> <td>NA</td> <td>4,9</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Vitamina D</td> <td>31,4</td> <td>21,8</td> <td>45,2</td> <td>24,1</td> <td>32,8</td> </tr> <tr> <td>Vitamina B12</td> <td>NA</td> <td>1,5</td> <td>3,5</td> <td>3,5</td> <td>11,6</td> </tr> </tbody> </table> <p>- Mujeres gestantes con bajo peso, anemia nutricional u obesidad para su edad gestacional.</p>		Prevalencia	Retraso en talla	10,8	Desnutrición global	3,1	Desnutrición aguda	1,6	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES ENSIN 2015							1 a 4 años	5 a 12 años	13 a 17 años	Mujeres 13 a 49 años	Gestantes	Deficiencia	%	%	%	%	%	Hierro	14,8	8,8	15,3	23,8	44,5	Vitamina A	27,3	NA	NA	NA	NA	Zinc	36	NA	NA	NA	NA	Yodo	8,1	4,4	NA	4,9	NA	Vitamina D	31,4	21,8	45,2	24,1	32,8	Vitamina B12	NA	1,5	3,5	3,5	11,6
	Prevalencia																																																															
Retraso en talla	10,8																																																															
Desnutrición global	3,1																																																															
Desnutrición aguda	1,6																																																															
DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES ENSIN 2015																																																																
	1 a 4 años	5 a 12 años	13 a 17 años	Mujeres 13 a 49 años	Gestantes																																																											
Deficiencia	%	%	%	%	%																																																											
Hierro	14,8	8,8	15,3	23,8	44,5																																																											
Vitamina A	27,3	NA	NA	NA	NA																																																											
Zinc	36	NA	NA	NA	NA																																																											
Yodo	8,1	4,4	NA	4,9	NA																																																											
Vitamina D	31,4	21,8	45,2	24,1	32,8																																																											
Vitamina B12	NA	1,5	3,5	3,5	11,6																																																											



	<p>h) Promoción de la disponibilidad de alimentación saludables en todas las instituciones públicas incluyendo escuelas y otros lugares de trabajo;</p> <p>-Construcción intersectorial del lineamiento para la adquisición y preparación de alimentos Saludables y su implementación en los procesos contractuales de los programas de asistencia alimentaria a cargo del estado. El objetivo es que los beneficiarios de los programas de apoyo alimentario, puedan acceder a una alimentación saludable que promueva la salud y prevenga la aparición de enfermedades no transmisibles. Actualmente se ha trabajado en la implementación de este lineamiento a través de la herramienta en 17 entidades territoriales.</p> <p>- Tiendas escolares saludables: en el marco de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN, se trabajó, en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, un documento que orientara las acciones para promover la alimentación saludable en las tiendas escolares, a fin de que pueda servir como insumo técnico para la reglamentación y restricción de alimentos procesados y ultra procesados con excesivo contenido de sodio, azúcares, grasas saturadas y trans. Adicionalmente, esta cartera acompañó al mencionado Ministerio en la primera versión del acto administrativo.  <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/documento-tecnico-regalmentacion-tiendas-escolares.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/documento-tecnico-regalmentacion-tiendas-escolares.pdf</a>  En lo referente al ámbito laboral, se incluyó la alimentación saludable como un eje en el lineamiento de entorno laboral saludable, formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2018.  <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/entorno-laboral-saludable-2018.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/entorno-laboral-saludable-2018.pdf</a></p> <p>Desde el MEN, es necesario indicar que el Programa de Alimentación Escolar, es asumido por el Ministerio de Educación Nacional a partir de 2013, de manera inicial con una descentralización parcial y con descentralización total a partir de la Vigencia 2016, etapa materializada a través de la expedición del Decreto 1852 de 2015, por el cual se adicionó el Decreto 1075 de 2015 Único Reglamentario del Sector Educación; y a partir de la Ley 1955 de 2019 en la cual se</p>	<table border="1" data-bbox="1547 272 1980 555"> <tr> <td></td> <td>Proporción</td> </tr> <tr> <td>Bajo peso/edad gestacional</td> <td>14,2</td> </tr> <tr> <td>Exceso de peso/edad gestacional</td> <td>40,0</td> </tr> <tr> <td>Anemia por deficiencia de Hierro</td> <td>59,2</td> </tr> </table> <p>Niños(as) de 6 a 59 meses con anemia nutricional.</p> <p>1 a 4 años Anemia por deficiencia de Hierro – 26,1% ENSIN 2015</p> <p><b>- Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y niñas y adultos.</b></p> <table border="1" data-bbox="1451 762 1973 1086"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sobrepeso</th> <th>Obesidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niños y niñas 1 a 4 años</td> <td>5,2</td> <td>1,1</td> </tr> <tr> <td>Niños y niñas 5 a 12 años</td> <td>16,8</td> <td>7,6</td> </tr> <tr> <td>Adolescentes 13 a 17 años</td> <td>13,9</td> <td>4,0</td> </tr> <tr> <td>Adultos 18 a 64 años</td> <td>37,8</td> <td>18,7</td> </tr> </tbody> </table> <p>- Prevalencia de diabetes en niños, niñas y adultos.</p> <p>De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre el 1º de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018 se reporta una prevalencia en servicios de salud de 2,61 en personas de 18 a 69 años, con un porcentaje de captación del 74,24%.  <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf</a></p> <p>No se tiene información más específica.</p>		Proporción	Bajo peso/edad gestacional	14,2	Exceso de peso/edad gestacional	40,0	Anemia por deficiencia de Hierro	59,2		Sobrepeso	Obesidad	Niños y niñas 1 a 4 años	5,2	1,1	Niños y niñas 5 a 12 años	16,8	7,6	Adolescentes 13 a 17 años	13,9	4,0	Adultos 18 a 64 años	37,8	18,7
	Proporción																								
Bajo peso/edad gestacional	14,2																								
Exceso de peso/edad gestacional	40,0																								
Anemia por deficiencia de Hierro	59,2																								
	Sobrepeso	Obesidad																							
Niños y niñas 1 a 4 años	5,2	1,1																							
Niños y niñas 5 a 12 años	16,8	7,6																							
Adolescentes 13 a 17 años	13,9	4,0																							
Adultos 18 a 64 años	37,8	18,7																							





	<p>expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” en su artículo 189 crea la Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar-Alimentos para aprender, adscrita al Ministerio de Educación Nacional, se han brindado las directrices pertinentes para la implementación del Programa de Alimentación Escolar, la cual, se ha venido adelantado como una de las principales estrategias que inciden positivamente en la acogida, el bienestar y la permanencia escolar particularmente en niños en situación de pobreza y ubicados en zonas rurales; y apuesta a su fortalecimiento a través del suministro de un complemento alimentario que contribuya al desarrollo integral de las niñas, los niños, adolescentes y jóvenes registrados en la matrícula oficial, fomentando hábitos alimentarios saludables y garantizando en la operación una atención con calidad, oportunidad e integralidad a partir de las necesidades en el territorio.</p> <p>Ahora bien, teniendo en cuenta el objetivo del PAE: “Suministrar un complemento alimentario que contribuya al acceso con permanencia en la jornada académica, de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, registrados en la matrícula oficial, fomentando hábitos alimentarios saludables”, desde el año 2013 la expedición de los Lineamientos técnicos del Programa, las minutas son establecidas por el Ministerio de Educación Nacional de acuerdo a las recomendaciones de energía y nutrientes para la Población Colombiana, así como las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos vigentes; adicionalmente, las entidades territoriales a través de los profesionales en Nutrición y Dietética, adaptan y diseñan los ciclos de menús a partir de las consideraciones anteriores, de acuerdo a aspectos como disponibilidad de alimentos a nivel territorial, así como promoción de adecuados hábitos alimentarios, en la actualidad se encuentra reglamentada a través de la Resolución 29452 de 2017 “Por la Cual se establecen los Lineamientos Técnicos Administrativos, los Estándares y las Condiciones Mínimas del Programa de Alimentación Escolar y se derogan las disposiciones anteriores” y de la Resolución 18858 de 2018 el 11 de diciembre de 2018 “Por la cual se establecen los Lineamientos Técnicos Administrativos, Estándares y Condiciones Mínimas del Programa de Alimentación Escolar - PAE para Pueblos Indígenas”,</p> <p>Con base en el perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud – OPS; acorde a este documento, el Ministerio de Educación Nacional diseño la herramienta de lineamientos para la</p>	<p>- Prevalencia de hipertensión arterial en niños, niñas y adultos.</p> <p>En Colombia para 2017 la prevalencia de tensión arterial en adultos fue de 16,9% en hombres y de 21,5% en mujeres, por debajo de la reportada por América Latina 23,7 en mujeres y 18,0 en hombres. De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre 1 julio de 2016 y 30 de junio del 2017 había un total 3.776.893 personas afiliadas captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia calculada en servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado de 7,7 personas por cada 100 afiliado. No se tiene información más específica</p>
--	---	---





	<p>promoción de alimentación saludable, la cual permite, entre otros aspectos, la adaptación de manera paulatina de los procesos del Programa de Alimentación Escolar, entre los que se incluye planificación, compra, recepción y almacenamiento, alistamiento y procesamiento, adobo, preparación, cocción, servido, distribución y consumo, con base en el manejo de los nutrientes de interés en salud pública, siendo piloteada en 17 entidades territoriales.</p> <p>Finalmente es importante destacar, que desde el Ministerio de Educación Nacional y desde la Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar – Alimentos para Aprender, se continúa adelantando el desarrollo de acciones de asistencia técnica a las Entidades Territoriales Certificadas en Educación y diferentes actores como los integrantes del Comité de Alimentación Escolar, rectores, docentes y padres de familia en la socialización del Programa de Alimentación Escolar, que incluye entre otros aspectos el componente de alimentación saludable.</p> <p>Es así, que dentro del plan de trabajo definido por parte de la Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar – Alimentos para Aprender, para lograr la implementación de tiendas escolares saludables se adelantarán acciones participativas para el diseño normativo pertinente, así como se liderará la gestión y empoderamiento de la estrategia, a través del desarrollo de procesos de capacitación de tenderos y padres de familia, el trabajo en la prevención y atención de los riesgos ambientales a los que se encuentran expuestas la comunidad educativa en las instituciones de educación preescolar, la promoción de una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada e inocua, y del posicionamiento de la participación ciudadana, mediante veedurías conformadas por estudiantes, docentes y familias, que permitan la realización de monitoreo al cumplimiento de la tienda escolar saludable.</p> <p>Adicionalmente desde la Unidad, se está desarrollando una estrategia que permita el fortalecimiento de cultura alimentaria y promoción de adecuados hábitos alimentarios en la comunidad educativa de las áreas rurales, que parta de acciones participativas que involucren a los diferentes actores que intervienen en el PAE.</p>	
--	---	--

**CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS**



<p><b>- Existencia en la Constitución de alguna disposición que establezca la prioridad que el Estado tiene en impulsar el desarrollo del sector rural y agropecuario.</b>  <i>La constitución establece la prioridad de impulsar el desarrollo del sector agropecuario a través de los siguientes artículos:</i></p> <p><u>Artículo 64.</u></p> <p><i>Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos.</i></p> <p><u>Artículo 65.</u></p> <p><i>La producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado. Para tal efecto, se otorgará prioridad al desarrollo integral de las actividades agrícolas, pecuarias, pesqueras, forestales y agroindustriales, así como también a la construcción de obras de infraestructura física y adecuación de tierras.</i></p> <p><i>De igual manera, el Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuario, con el propósito de incrementar la productividad.</i></p> <p><u>Artículo 66.</u></p> <p><i>Las disposiciones que se dicten en materia crediticia podrán reglamentar las condiciones especiales del crédito agropecuario, teniendo en cuenta los ciclos de las cosechas y de los precios,</i></p>	<p><b>- Índice de ruralidad en entidades territoriales (% de la población total en zonas rurales vs transferencias per cápita del gobierno para cada entidad territorial en el último año disponible).</b>          Se puede encontrar en el anexo Ruralidad_Transferencias SGP 2020.</p>	<p><b>- Participación del PIB agropecuario en el PIB nacional.</b>          Según el DANE, el sector de <i>Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca</i> crece 6,8% (contribuye 0,5 puntos porcentuales a la variación anual) en el año 2019.</p>
--	---	--



como también los riesgos inherentes a la actividad y las calamidades ambientales

- **Porcentaje del presupuesto nacional asignado al Ministerio de Agricultura, Desarrollo Rural o quien haga sus veces, y a programas o a políticas alimentarias.**

No existe un presupuesto específico para la Seguridad Alimentaria en el presupuesto del MADR, sino que, a través de los recursos asignados a los programas, se desprenden proyectos que contribuyen para que los productores, empresarios, tengan las condiciones necesarias para la producción agropecuaria, pesquera, acuícola y forestal y además para el desarrollo rural.

Producto de lo anterior, al consultar en el Sistema de Seguimiento a Proyectos de Inversión (SPI) se observa que hay un trazador de política denominado "Seguridad Alimentaria", en el cual se contabilizan recursos de inversión que las entidades relacionan con el tema de SAN. Sin embargo, esto no comprende únicamente al MADR, sino que incluye también al DPS, MSPS, UPRA, ICBF, Presidencia, ICA, INS e ICBF, con lo cual la asignación está dirigida a varias entidades del Gobierno nacional (9 en total).

Como resultado se podría indicar que para 2020, con cifras a corte 30 junio, del valor vigente del PGN en su componente de inversión (\$48 billones) el 2,8% de este presupuesto está asociado a programas o políticas relacionadas con la seguridad alimentaria. (Ver anexo Cuantificación pto PSAN en PGN\_2020)

**CAPACIDADES ESTATALES**

- **Existencia de un Ministerio de Agricultura, Desarrollo rural y/o Seguridad Alimentaria ¿En qué porcentaje de las**

- **Porcentaje de avance en las metas de los programas relacionados con el derecho a la alimentación en la Ley de Planeación o Plan de Desarrollo vigente (Porcentaje de avance**

- **Muerte por intoxicación alimentaria por cada 100,000 muertes.**  
Dato 2019 preliminar: 0,002



<p><b>regiones/departamentos/estados oficinas?</b> tiene</p> <p>Colombia cuenta con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural –MADR-.</p> <p>Objetivos misionales del MADR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Promover el desarrollo rural con enfoque territorial y el fortalecimiento de la productividad y competitividad de los productos agropecuarios, a través de acciones integrales que mejoren las condiciones de vida de los pobladores rurales, permitan el aprovechamiento sustentable de los recursos naturales, generen empleo y logren el crecimiento sostenido y equilibrado de las regiones”.</li> <li>- “Propiciar la articulación de las acciones institucionales en el medio rural de manera focalizada y sistemática, bajo principios de competitividad, equidad, sostenibilidad, multisectorialidad y descentralización, para el desarrollo socioeconómico del País”. (Decreto 1985 /2013).</li> </ul> <p>Los anteriores objetivos se desarrollan a través de la institucionalidad que comprende el Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, entre ellos la Agencia de Desarrollo Rural (ADR).</p> <p>La Agencia de Desarrollo Rural – ADR cuenta con 13 Unidades Técnicas Territoriales – UTT y la sede central, con cobertura en todo el territorio Nacional de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sede Central: CAN - Bogotá</li> <li>• UTT #1: Cubre los Departamentos de Magdalena, Cesar, La Guajira con sede en Santa Marta</li> <li>• UTT #2: Cubre los Departamentos de Bolívar, Atlántico, San Andrés y Providencia con sede en Cartagena</li> </ul>	<p><b>vs porcentaje del tiempo transcurrido de duración del programa).</b></p> <p>MADR</p> <p>El Plan Nacional de Desarrollo, en el pacto por la equidad, establece un eje denominado “<i>Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos</i>” en el cual participan diversos actores del Gobierno Nacional. Dentro de los objetivos planteados en este eje, el Sector Agropecuario tiene como compromiso la provisión estable y suficiente de alimentos para cubrir las necesidades nutricionales de la población colombiana en un marco del ordenamiento social, rural y productivo-agropecuario considerando todas las medidas fitosanitarias y de inocuidad.</p> <p>El sector cuenta con varios indicadores que están asociados con la política de seguridad alimentaria, ya sea de manera directa o indirecta. Por ende, se procede a relacionar los indicadores que están más estrechamente relacionados con la política de seguridad alimentaria en el marco de las competencias del sector:</p> <table border="1" data-bbox="757 810 1384 1412"> <thead> <tr> <th>Nombre Indicador</th> <th>Meta Cuatrienio</th> <th>Avance Cuatrienio</th> <th>% Avance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Planes de ordenamiento productivo formulados</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Oferta tecnológica por cadena productiva y zona agroecológica formulada</td> <td>76</td> <td>49</td> <td>32,5%</td> </tr> <tr> <td>Áreas de transformación productiva planificadas</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Zonas libres y de baja prevalencia de plagas y enfermedades</td> <td>13</td> <td>0</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Subsistemas de trazabilidad pecuaria</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre Indicador	Meta Cuatrienio	Avance Cuatrienio	% Avance	Planes de ordenamiento productivo formulados	4	1	25%	Oferta tecnológica por cadena productiva y zona agroecológica formulada	76	49	32,5%	Áreas de transformación productiva planificadas	4	0	0%	Zonas libres y de baja prevalencia de plagas y enfermedades	13	0	0%	Subsistemas de trazabilidad pecuaria	4	0	0%	<p>Fuente: Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO 28 de julio de 2020, los diagnósticos utilizados para el cálculo CIE 10: A05, T61, T62,T64x.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Incidencia de casos de intoxicación por ingesta de alimentos.</b> 2018: 13769 casos según reporte del SIVIGILA.</li> <li>- <b>Porcentaje de la población cubierta por un programa público de nutrición suplementaria.</b> Población atendida en servicios de primera infancia en los cuales se brinden complementación alimentaria. Información se desagregada por: Niños y Niñas Mujeres gestantes Mujeres lactantes Y de estos pertenecientes a población indígena, afrocolombiana, y Rom.</li> <li>ANEXO 1 Población atendida en servicios de nutrición en los cuales se brinden complementación alimentaria. Información se desagregada por: Niños y Niñas Mujeres gestantes Mujeres lactantes Y de estos pertenecientes a población indígena, afrocolombiana, y Rom.</li> <li>ANEXO 2 Prevalencias de retraso en talla en los niños y niñas beneficiarios de programas de primera infancia y nutrición ANEXO 3.</li> <li>Prevalencia de hogares en seguridad/inseguridad alimentaria 2015. ANEXO 4. Anexo-Indicadores-CISAN</li> <li>- Porcentaje de personas con discapacidad por causas vinculadas con la mala nutrición x región, origen étnico, género y edad. <b>No existe información</b></li> </ul>
Nombre Indicador	Meta Cuatrienio	Avance Cuatrienio	% Avance																							
Planes de ordenamiento productivo formulados	4	1	25%																							
Oferta tecnológica por cadena productiva y zona agroecológica formulada	76	49	32,5%																							
Áreas de transformación productiva planificadas	4	0	0%																							
Zonas libres y de baja prevalencia de plagas y enfermedades	13	0	0%																							
Subsistemas de trazabilidad pecuaria	4	0	0%																							



- UTT #3: Cubre los Departamentos de Córdoba, Sucre con sede en Montería
- UTT #4: Cubre los Departamentos de Norte de Santander, Santander con sede en Cúcuta
- UTT #5: Cubre los Departamentos de Antioquia, Chocó con sede en Medellín
- UTT #6: Cubre los Departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda con sede en Manizales
- UTT #7: Cubre los Departamentos de Boyacá, Arauca, Casanare con sede en Tunja
- UTT #8: Cubre los Departamentos de Tolima con sede en Ibagué
- UTT #9: Cubre los Departamentos de Cauca, Valle del Cauca con sede en Popayán
- UTT #10: Cubre los Departamentos de Nariño, Putumayo con sede en Pasto
- UTT #11: Cubre los Departamentos de Huila, Caquetá con sede en Neiva
- UTT #12: Cubre los Departamentos de Meta, Vichada con sede en Villavicencio
- UTT #13: Cubre los Departamentos de Cundinamarca, Guaviare, Vaupés, Amazonas, Guainía con sede en Bogotá

**- Existencia de una autoridad que regule, inspeccione, controle y vigile las actividades de producción, distribución y venta de alimentos.**

Los organismos que tienen asignadas competencias de vigilancia, inspección y/o control del Sector Salud, son los siguientes:

- El Ministerio de Salud y Protección Social
- La Superintendencia Nacional de Salud
- El Instituto Nacional de Salud (INS)
- Las Entidades Territoriales de Salud

El organismo que tiene asignada competencias de vigilancia, inspección y/o control del Sector Agropecuario es el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA).

y agrícola implementados			
Productores con acuerdos comerciales suscritos - Agricultura por Contrato	300.000	50.133	16,71%

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF dentro de su misionalidad se encuentra promover el desarrollo y la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo las capacidades de las familias como entornos protectores y principales agentes de transformación social. Estos entornos protectores buscan aportar a la garantía de los derechos de los niños y niñas, y como se instaura en la Constitución Política Colombiana, en su artículo 44 establece que la alimentación equilibrada es un derecho fundamental de los niños y niñas.

En este sentido, el ICBF en su planeación estratégica, establece unas metas específicas dirigidas a niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes y lactantes en diferentes programas y servicios, las cuales en su implementación se logra el cumplimiento del 100% de estas metas.

**- Porcentaje resultante de la población beneficiada por programas públicos de nutrición suplementaria/Población total con inseguridad alimentaria crónica.**

Población atendida en servicios de primera infancia en los cuales se brinden complementación alimentaria. Información se desagregada por:

- Niños y Niñas
  - Mujeres gestantes
  - Mujeres lactantes
- Y de estos pertenecientes a población indígena, afrocolombiana, y Rom.

**ANEXO 1**

Población atendida en servicios de nutrición en los cuales se brinden complementación alimentaria. Información se desagregada por:

- Niños y Niñas
- Mujeres gestantes



<p><b>- Existencia de un censo agropecuario o una encuesta que permita monitorear el comportamiento del sector agropecuario. ¿Cuál es su periodicidad?</b>          En Colombia se han desarrollado tres censos nacionales agropecuarios en toda su historia sin tener una periodicidad definida. El último Censo Nacional Agropecuario de 2014 tuvo una cobertura operativa del 98.9% mediante la cual fue posible consolidar la información estadística, georreferenciada o de ubicación satelital y actualizada del sector agropecuario del país.</p> <p>Adicionalmente el país cuenta con la Encuesta Nacional Agropecuaria (ENA), la cual tiene por objeto estimar el uso del suelo, el área, la producción y el rendimiento de los principales cultivos transitorios, permanentes, árboles frutales dispersos, el área en pastos y forestal, la producción de leche y el inventario pecuario en 32 departamentos del territorio colombiano. Esta encuesta es realizada anualmente por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE desde el año 2011.</p> <p><b>- Existe un programa de salud pública en relación con la calidad de la alimentación y promoción de una alimentación saludable en vinculación con las enfermedades crónicas no transmisibles.</b>          No existe un programa específico, pero si se realizan acciones en el marco de la dimensión de Vida saludable y condiciones no transmisibles del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), entre ellas:</p> <p><b>-Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable:</b> implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad</p>	<p>Mujeres lactantes          Y de estos pertenecientes a población indígena, afrocolombiana, y Rom.          ANEXO 2          Prevalencias de retraso en talla en los niños y niñas beneficiarios de programas de primera infancia y nutrición          ANEXO 3.          Prevalencia de hogares en seguridad/inseguridad alimentaria 2015.          ANEXO 4.          Anexo-Indicadores-CISAN</p> <p><b>- Existencia de estándares para el uso de pesticidas y agroquímicos por parte de autoridades públicas y empresas privadas. Monitoreo y control. Mecanismos de denuncia.</b>          Colombia desde el 26 de mayo de 1969, suscribió el acuerdo subregional de integración andino, por medio del cual se creó la Comunidad Andina de Naciones – CAN.</p> <p>El artículo 4º del Tratado del Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina establece que los países miembros están obligados a adoptar las medidas que sean necesarias para asegurar el cumplimiento de las normas que conforman el ordenamiento jurídico de la Comunidad Andina.</p> <p>Mediante Decisión 436 de 1998 modificada integralmente por la decisión 804 de 2015 de la Comisión de la Comunidad Andina, se dictaron normas para el registro y control de plaguicidas químicos de uso agrícola.</p> <p>En este orden de ideas, el Gobierno Nacional mediante el Decreto 502 de 2003, compilado por el Decreto Único del Sector Agropecuario 1071 de 2015, reglamentó el registro y control de plaguicidas químicos de uso agrícola, acudiendo a la norma andina como fuente normativa en materia de plaguicidas, para la reglamentación acogida en Colombia; En desarrollo de lo anterior, el Instituto Colombiano Agropecuario – ICA, a través de la Resolución 3759 de 2003 dicto las disposiciones sobre el Registro y Control de los Plaguicidas Químicos de uso Agrícola, norma que recoge las disposiciones de la CAN vigentes para la época de su expedición.</p>	
---	--	--





física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol; y que se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas.

**-Desarrollo de regulación y control adecuado de la composición de alimentos procesados y bebidas, tendientes a disminuir los contenidos de sal-sodio, reducir las grasas totales, grasas trans, grasas saturadas, reducir azúcares añadidos, refinados y libres, entre otros nutrientes de interés en salud pública.**

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documentos/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionesno-transmisibles.pdf>

**- Existe alguna entidad encargada, una política pública o un programa gubernamental en los siguientes campos (en qué nivel de gobierno – nacional, departamental/estatal, municipal):**

*La Agencia de Desarrollo Rural – ADR es la entidad responsable de gestionar, promover y financiar el desarrollo agropecuario y rural para la transformación del campo y adelantar programas con impacto regional.*

*La ADR ofrece los servicios que la comunidad agrícola necesita para hacer producir la tierra y mejorar las condiciones de vida de los pobladores rurales.*

a) Programas de fomento a la producción campesina;  
Acompañamiento para el fortalecimiento de las asociaciones de productores.

b) Programas de abastecimiento de emergencia en zonas de desastres naturales;

El Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de Colombia, “una Estrategia de

Con estos antecedentes normativos, es preciso vislumbrar que Colombia asumió que la regulación en materia de plaguicidas químicos de uso agrícola, se regirá conforme a la Norma Andina y a todos los postulados que la complementen, los cuales han sido acogidos por la reglamentación nacional.

Desde entonces, el registro de los plaguicidas químicos de uso agrícola, tienen su asidero técnico y jurídico en la reglamentación vigente de la Comunidad Andina de Naciones, lo que significa que todos los procesos y trámites se ciñen a lo que estipule la norma de manera taxativa, y este es el soporte mediante el cual el ICA adelanta las gestiones administrativas a su cargo.

En relación con la consulta sobre el “monitoreo y control de esos productos”, es oportuno precisar que por mandato legal, el ICA es la entidad que se encarga de realizar el control técnico de los insumos agrícolas, por lo cual en el ejercicio de sus funciones “despliega todas las acciones que considere necesarias en uso de sus atribuciones legales como autoridad sanitaria, para el debido ejercicio de la inspección, vigilancia y control”.

Con respecto a los “mecanismos de denuncia”, el ICA en su trabajo interinstitucional de articulación, ha dispuesto diferentes mecanismos para atender las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias, las cuales pueden ser instauradas a través de los siguientes mecanismos:

1. Correo electrónico de atención al Ciudadano:  
atencionalciudadano@ica.gov.co o contactenos@ica.gov.co  
Enlace <http://intranet.ica.gov.co/qyrweb/>
2. Buzones de sugerencias localizados en las oficinas del ICA, puertos, aeropuertos y pasos fronterizos a nivel nacional:
  - Oficinas Regionales – Sedes Administrativas
  - Centro Integrado ICA, INVIMA, POLFA/DIAN (CIIP)





Desarrollo” es el instrumento del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres creado por la Ley 1523, que define los objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante las cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo de desastres en el marco de la planificación del desarrollo nacional.

c) Programas de asesoría técnica y transferencia tecnológica a productores agropecuarios; Transferencia de conocimientos, experiencias y buenas prácticas agropecuarias. Entrega de infraestructura, tecnología y herramientas para aumentar la productividad

d) Investigación agropecuaria;  
Entre las funciones que se destacan del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) están: Financiar y contratar la ejecución de los programas de investigación de transferencia y tecnología que sean aprobados por el Consejo Directivo del ICA para cumplir el Plan Nacional de Investigación y Transferencia de Tecnología Agropecuaria adoptado por el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología Agropecuarias, o asociarse para el mismo fin; Propiciar los convenios de cooperación técnica nacional e internacional en las áreas de investigación y transferencia de tecnología y de protección a la producción agropecuaria.

El ICA cuenta con un Plan Estratégico Institucional llamado “Plan Diamante” que se enfoca principalmente en darle seguimiento a los compromisos y toma de decisiones en la Entidad alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” y las políticas sectoriales del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Sin embargo, poco tiene que ver con la Investigación agropecuaria.



e) Acceso de la población a fuentes hídricas;  
Construcción de infraestructura moderna para  
entregar soluciones alternativas de agua

f) Sustitución de cultivos;

Decreto nacional número 896 de 2017 por el cual  
se crea el Programa Nacional Integral de  
Sustitución de Cultivos de uso ilícito (PNIS) a partir  
de la firma del Acuerdo Final cuyo punto 4 implica  
la solución al problema de las drogas ilícitas.

En el punto 4.1. del Acuerdo Final, el Gobierno se  
compromete a crear y a poner en marcha un  
nuevo Programa Nacional Integral de Sustitución  
de Cultivos de Uso Ilícito - (PNIS), con el fin de  
generar condiciones materiales e inmateriales de  
bienestar y buen vivir para las poblaciones  
afectadas por cultivos de uso ilícito, en particular,  
para las comunidades campesinas en situación de  
pobreza que en la actualidad derivan su  
subsistencia de esos cultivos.

Y, asimismo, en el punto 4.1 del Acuerdo Final se  
establece que el nuevo Programa Nacional  
Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito  
(PNIS), estará a cargo de la Presidencia de la  
República, la cual desarrollará las funciones  
relacionadas con el Programa en coordinación  
con las autoridades territoriales y con la  
participación de las comunidades.

g) Control de precios de los alimentos; Soluciones  
de comercialización para reducir los  
intermediarios.

h) Mitigación del cambio climático sobre  
agricultura;

El Plan Nacional de Adaptación al Cambio  
Climático -PNACC- apoya la preparación del país  
para enfrentar eventos climáticos extremos, y la  
transformación gradual del clima. Orienta la  
formulación de programas y proyectos prioritarios,  
así como el fortalecimiento de acciones ya  
emprendidas pero que requieren considerar las



variables climáticas en su planeamiento y ejecución, con el propósito de reducir las consecuencias negativas en el largo plazo para las poblaciones, el sector productivo y los ecosistemas, así como identificar y beneficiarse de cambios en el territorio.

El DNP es coordinador del PNACC con el apoyo del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Estos han convocado una instancia de integración y flujo de información, el Comité Coordinador del PNACC, en cual participan el Instituto de Hidrología Meteorología y Estudios Ambientales -IDEAM- y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -UNGRD-.

Los miembros del PNACC, son las comunidades, los agentes privados, el gobierno en todos sus niveles, y demás actores con intereses en Colombia, en la medida que todos hacen parte de la adaptación al cambio climático.

i) Garantía directa del derecho a la alimentación adecuada.

De acuerdo con lo definido en el CONPES 113 de 2008 en el país se encuentra vigente la Política Nacional del Seguridad Alimentaria y Nutricional; como compromiso del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2020 se han establecido acuerdos para desarrollar el marco de política pública para la garantía del derecho a la alimentación adecuada que incluye la creación de la Política y el Plan Nacional hacia la garantía progresiva del derecho a la alimentación, las cuales se encuentran en proceso de construcción.

--	--	--

--	--	--

**IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN**

- Incorpora la Constitución o la legislación el enfoque diferencial (por sexo, pertenencia étnica y grupo etario) en relación con la garantía del derecho a la alimentación adecuada.

- En el Artículo 44 (Niños), Artículo 43 (Mujeres), Artículo 46 (Tercera edad) de la

- Porcentaje de la población total beneficiaria de los programas públicos nutricionales que pertenece a grupos tradicionalmente excluidos/Participación porcentual de esos grupos en la población total.

Población atendida en servicios de primera infancia en los cuales se brinden complementación alimentaria. Información se desagregada por:

- Tasa de desnutrición para distintos sectores poblacionales (niños, niñas, jóvenes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, grupos étnicos) /Tasa de desnutrición global.

	Prevalencia desnutrición global
--	---------------------------------



<p>Constitución se contempla el enfoque diferencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CONPES 113 2008 que crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CISAN.</li> <li>- Ley 1355 de 2009 que establece disposiciones en relación con la referida Comisión Intersectorial, en cuanto a la definición, funciones e integración.</li> <li>- Decreto 1115 de 2014, por el cual se integran disposiciones en cuanto a la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional- CISAN.</li> </ul> <p><b>- Existencia programas para asegurar el derecho a la alimentación adecuada en los Ministerios con perspectiva poblacional (mujeres, jóvenes, niños, grupos étnicos, adultos mayores) o en los Ministerios con competencias en el tema (agricultura, desarrollo rural).</b></p> <p>Desde el ICBF se desarrollan los siguientes programas que aportan al derecho a la alimentación, en los cuales se resalta que la atención responde al enfoque diferencial en especial a comunidades étnicas (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, palenqueros, raizales y Rom) y con condición de discapacidad:</p> <p>Primera infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Desarrollo Infantil: Son espacios amplios, construidos o adecuados para atender por diferentes aulas o niveles a las niñas y los niños según sus edades. Están diseñados para atender aproximadamente desde 100 hasta 600 usuarios. Es un servicio donde los padres de familia y cuidadores pueden llevar a niñas y niños durante 220 días al año, de lunes a viernes con un horario de 8 horas. La atención se presta de manera gratuita y se brinda refrigerio en la mañana, almuerzo y refrigerio en la tarde para cumplir con el 70 % de los requerimientos</li> </ul>	<p>Niños y Niñas Mujeres gestantes Mujeres lactantes Y de estos pertenecientes a población indígena, afrocolombiana, y Rom.</p> <p>ANEXO 1 Población atendida en servicios de nutrición en los cuales se brinden complementación alimentaria. Información se desagregada por: Niños y Niñas Mujeres gestantes Mujeres lactantes Y de estos pertenecientes a población indígena, afrocolombiana, y Rom.</p> <p>ANEXO 2 Prevalencias de retraso en talla en los niños y niñas beneficiarios de programas de primera infancia y nutrición</p> <p>ANEXO 3. Prevalencia de hogares en seguridad/inseguridad alimentaria 2015.</p> <p>ANEXO 4. Anexo-Indicadores-CISAN</p> <p><b>- Políticas de estímulo a la lactancia materna. Tipo de medidas de alimentación dedicada a mujeres embarazadas y niños en la primera infancia.</b></p> <p>Colombia cuenta con un Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020, en el cual se contemplan acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna para su desarrollo a nivel nacional, intersectorial e interinstitucional. De igual manera, en este marco político, se contemplan las siguientes estrategias, las cuales están basadas en la evidencia como efectivas para el mejoramiento de la práctica de la lactancia:</p> <p>Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI, modificación integral de los Hospitales Amigos de los Niños, la cual es implementada en la mayoría de los departamentos del país en instituciones de salud que atienden población materno infantil.</p> <p>Normatividad que regula la comercialización y publicidad de alimentos de fórmula para lactantes y alimentos complementarios, oficializado mediante el Decreto 1397 de 1992, el cual está vigente y con proyecto de actualización.</p> <p>Promoción del curso de consejería en alimentación del lactante y el niño pequeño, basado en los lineamientos de la organización mundial</p>	<table border="1" data-bbox="1458 272 2000 373"> <tr> <td>0 a 4 años</td> <td>3,1</td> </tr> <tr> <td>Niñas</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Niños</td> <td>1,6</td> </tr> </table> <p><b>- Porcentaje del ingreso corriente que las familias destinan para la compra de alimentos por quintiles/deciles de ingresos.</b></p> <p>No se cuenta con esa información.</p> <p><b>- Porcentaje del ingreso salarial que las familias destinan a la compra de alimentos por quintiles/deciles.</b></p> <p>No se cuenta con esa información.</p>	0 a 4 años	3,1	Niñas	1,5	Niños	1,6
0 a 4 años	3,1							
Niñas	1,5							
Niños	1,6							



<p>nutricionales, es decir, reciben los alimentos necesarios en la proporción ideal para su adecuado desempeño.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hogares Infantiles (HI): Este servicio se presta en instalaciones del ICBF, de las alcaldías, gobernaciones u operadores, denominados Entidades Administradoras del Servicio (EAS). Cuenta con una capacidad de atención que pueden ser menos o pueden ser más. Esto depende de la estructura física, las condiciones del territorio y los acuerdos financieros con los operadores. Allí niñas y niños reciben atenciones durante 210 días al año, de lunes a viernes con un horario de 8 horas diarias. Las familias hacen un aporte económico al hogar, el cual se determina según los ingresos de los padres o acudientes. Los usuarios reciben refrigerio en la mañana, almuerzo y refrigerio en la tarde para cumplir con el 70 % de los requerimientos nutricionales con el objetivo de recibir los alimentos necesarios en la proporción ideal para su adecuado desempeño.</li><li>• Hogares Empresariales: Son espacios diseñados para la atención de niñas y niños desde 6 meses, hasta los 5 años, que son hijas e hijos de los empleados con bajos ingresos, a los cuales se les brinda atención durante 200 días al año, de lunes a viernes con un horario de 8 horas. Las empresas apoyan económicamente su funcionamiento y brindan los espacios al interior de sus instalaciones. EL ICBF aporta el costo establecido para los Hogares Comunitarios de Bienestar en este servicio y la empresa cofinancia: instalaciones, dotación, equipo interdisciplinario y servicios generales, entre otros. Los niños y niñas reciben refrigerio en la mañana, almuerzo y refrigerio en la tarde para cumplir con el 70 % de los requerimientos nutricionales, es decir, reciben los alimentos necesarios en la proporción ideal para su adecuado desempeño.</li><li>• Hogares Múltiples: Está conformado mínimo por 6 Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, los cuales brindan el servicio durante 200</li></ul>	<p>de la salud y enfocado en su implementación a nivel de la educación superior.</p> <p>Promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria mediante la socialización de las Guías alimentarias basadas en alimentos para menores de 2 años del 2018.</p> <p>Intervenciones para la promoción y apoyo a la lactancia materna en la Ruta Integral de Promoción de la Salud, normatizada mediante la resolución 3280 de 2018. Las acciones están enfocadas en familias gestantes y lactantes.</p> <p>Así como cuenta con 13 Bancos de Leche Humana, que hacen parte de la Red global de BLH liderada por el Instituto Fernández Figueira-Fiocruz, de Brasil, cuyo principal objetivo es la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.</p> <p>Desde el entorno laboral, se cuenta con la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante, enmarcada en la Ley 1823 de 2017 y la Resolución 2423 de 2018. La estrategia tiene como objetivo garantizar a la mujer trabajadora un lugar digno para extraer, conservar y posteriormente transportar a su hogar, la leche materna extraída en su lugar de trabajo.</p>	
--	--	--



días al año, de lunes a viernes con un horario de 8 horas. La cantidad total de niños y niñas que se reciben en este servicio dependerá del tamaño de la instalación que se construya para este fin y la cantidad de profesionales que se contraten. Para que los Hogares Múltiples funcionen, se requiere del apoyo de las autoridades locales como alcaldía, gobernación u otra entidad privada o pública, con el fin de contratar los profesionales idóneos. Las familias hacen un aporte económico al hogar, el cual se determina según los ingresos de los padres o acudiente. Los niños y niñas reciben refrigerio en la mañana, almuerzo y refrigerio en la tarde y cumplen con el 70 % de los requerimientos nutricionales. Con esto, reciben los alimentos necesarios en la proporción ideal para su adecuado desempeño.

- **Jardines Sociales:** Este servicio agrupa hasta 32 Hogares Comunitarios Familiares (HCB) y funcionan en un sitio especialmente construido para este fin. Tienen el apoyo de las alcaldías o gobernaciones. Son administrados y cofinanciados por las cajas de compensación familiar. Brindan el servicio durante 200 días al año, de lunes a viernes con un horario de 8 horas. Los padres no pagan cuota por el sostenimiento de sus hijos. Los niños y niñas reciben refrigerio en la mañana, almuerzo y refrigerio en la tarde para cumplir con el 70 % de los requerimientos nutricionales, es decir, reciben los alimentos necesarios en la proporción ideal para su adecuado desempeño.

- **Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión:** Este servicio se desarrolla en los establecimientos de reclusión de mujeres administrados por el INPEC. Son espacios con una infraestructura especial que presta su servicio los 365 días del año y cubre el 100 % del requerimiento nutricional de niños y niñas menores de tres años y de mujeres gestantes, es decir, reciben toda la alimentación. Esta modalidad permite a las madres que se



encuentran en los centros de reclusión fortalecer el vínculo afectivo con sus hijos hasta que cumplen los 3 años y se encuentran en espacios contiguos, diseñados para el cuidado y disfrute de experiencias pedagógicas enriquecidas en el marco de la atención integral.

- Modalidad Propia e Intercultural para la Atención a la Primera Infancia: Esta modalidad funciona principalmente en los territorios étnicos, zonas rurales y rurales dispersas del país. Busca garantizar el servicio de educación inicial a niñas y niños en primera infancia y mujeres gestantes en el marco de la atención integral con estrategias y acciones pertinentes, oportunas y de calidad desde lo propio y lo intercultural para responder a las características propias de sus territorios y comunidades. Su identidad particular está dada por el lugar estructural que tiene la participación de las autoridades tradicionales y de la comunidad en general, y por ser la forma de atención a la primera infancia que en sus componentes da cuenta de las particularidades, formas de cuidado, desarrollo integral, de los grupos étnicos y rurales. Se define con base en: El fortalecimiento y la pervivencia cultural, una particular comprensión del territorio y una estructura social y política propia en la que se desarrolla la cotidianeidad. La modalidad propia e intercultural ocurre en espacios y tiempos concertados con las comunidades y es liderado por un equipo intercultural. Independientemente de su forma de atención se garantiza hasta el 70 % del componente nutricional diario, principalmente bajo ración servida para niños y niñas, y en paquete alimentario para mujeres gestantes.

- Desarrollo Infantil en medio familiar: atiende en las zonas rurales y rurales dispersas a mujeres gestantes, niñas, niños de 4 años, 11 meses y 29 días, sin perjuicio de lo anterior se atenderán niñas y niños hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad, siempre y cuando no





haya oferta de educación preescolar, específicamente de grado de transición en su entorno cercano. En zonas urbanas vulnerables el servicio atiende exclusivamente a niñas y niños menores de 2 años y mujeres gestantes. El servicio se brinda gratuitamente durante 11 meses, tiempo en el cual se realiza un encuentro educativo en el hogar al mes por usuario del servicio, 4 encuentros educativos grupales al mes (uno por semana) por unidades de atención, se realizan en lugares disponibles y concertados con la comunidad o el ente territorial y un encuentro educativo en el hogar una vez por usuario. Cuenta con un equipo de profesionales compuestos por: psicosociales, profesionales en nutrición o salud, docentes, auxiliares pedagógicos, coordinador y auxiliar administrativo. Se entrega el 70 % del complemento nutricional en ración para preparar una vez al mes y refrigerio en los encuentros grupales (se le entrega al usuario y al acompañante) con los requerimientos necesarios, según los diferentes tipos de beneficiarios: mujer gestante, lactante o al niño menor de 2 años.

- Hogares Comunitarios de Bienestar (FAMI): Esta modalidad está dirigida a niños y niñas desde su gestación hasta los 2 años y mujeres gestantes. Busca potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños en primera infancia a través de interacciones significativas propias de sus identidades culturales de su reconocimiento del patrimonio y las características de sus entornos. El grupo familiar participa y acompaña el proceso de desarrollo armónico de sus miembros a través de la cualificación de las relaciones intrafamiliares y el fortalecimiento de vínculos afectivos desde la gestación. La atención se realiza 11 meses al año, con una intensidad de 96 horas al mes, de las cuales 40 horas son para encuentros educativos grupales, 18 horas para encuentros educativos en el hogar, 12 horas en cualificación del padre o madre comunitaria y 26 horas de planeación pedagógica. Se entrega el 70



% del complemento nutricional una vez al mes, refrigerio en los encuentros grupales (se le entrega acompañante) con los requerimientos necesarios, según los diferentes tipos de beneficiarios: mujer gestante, lactante y al niño menor de 2 años.

- Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar: El servicio HCB Familiar opera bajo una estructura básica compuesta por 10, 12, 13 o 14 niños y niñas según la demanda o necesidad de cada territorio y por una madre o padre comunitario. El servicio se presta en la vivienda de la madre o padre comunitario durante 200 días al año, 8 horas diarias, de lunes a viernes. Funcionan en las viviendas de las madres y padres y pueden estar conformados de 10 a 14 niñas y niños, según la demanda y características en cada territorio. Los niños y niñas reciben refrigerio en la mañana, almuerzo y refrigerio en la tarde, cumpliendo con el 70 % de los requerimientos nutricionales, es decir que reciben los alimentos necesarios en la proporción ideal para su adecuado desempeño.

- Hogares Comunitarios de Bienestar Agrupados: Este servicio opera bajo la agrupación de 2 a 7 hogares comunitarios familiares en una misma planta física, la cual debe contar con la infraestructura necesaria para su funcionamiento, previa verificación por parte del respectivo centro zonal, teniendo en cuenta las condiciones de calidad. Opera 200 días al año, 8 horas diarias. Para su funcionamiento se requiere del apoyo de las alcaldías locales y otras entidades tanto públicas como privadas, los centros zonales y la participación de la comunidad para ubicar y adecuar un espacio para que funcione la UDS. Los encargados de la atención en este tipo de servicio son madres o padres comunitarios más el coordinador pedagógico y auxiliar de servicios generales dependiendo del número de usuarios de la UDS. Brindan el servicio durante 200 días al año, de lunes a viernes con un horario de 8 horas.



Los padres no pagan cuota por el sostenimiento de sus hijos. Los niños y niñas reciben refrigerio en la mañana, almuerzo y refrigerio en la tarde para cumplir con el 70 % de los requerimientos nutricionales, es decir, reciben los alimentos necesarios en la proporción ideal para su correcto desempeño.

- Hogares Comunitarios de Bienestar cualificados o integrales: son el resultado del trabajo en equipo de las madres o padres comunitarios y un equipo interdisciplinario que apoya su labor, desde la perspectiva de reconocer y compartir sus saberes propios, los de las familias y las comunidades. La prestación de este servicio se realiza en coherencia con lo establecido en cada uno de los seis componentes y sus respectivas condiciones de calidad.

- Centros de Recuperación Nutricional: es una modalidad de atención intramural que busca la recuperación del estado nutricional de niñas y niños menores de 5 años, sin patología agregada, que cumplan con los criterios establecidos. Esta modalidad cuenta con la participación de un equipo interdisciplinario y personal de apoyo, quienes desarrollan acciones de atención en salud, nutrición, alimentación, suministro de complementos nutricionales y además enfoca esta promoción y prevención en salud y nutrición en un trabajo conjunto con la familia

- Modalidad 1.000 Días para Cambiar el Mundo: tiempo el objetivo de promover el desarrollo de las niñas y los niños en sus mil primeros días de vida, a través de la implementación de acciones que prevengan la desnutrición crónica mediante la promoción de condiciones adecuadas de nutrición y salud, al tiempo que se fortalecen las capacidades familiares que contribuyan a la generación y promoción de entornos protectores. Producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional: En el marco de la garantía del derecho a la alimentación y como parte de la complementación



alimentaria que se brinda en las diferentes modalidades de atención, el ICBF produce y distribuye Alimentos de Alto Valor Nutricional (AAVN) como: Bienestarina Más® (3 sabores: natural, fresa y vainilla), Bienestarina Líquida y Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia. Todos estos alimentos están fortificados con vitaminas y minerales para contribuir a la prevención de deficiencias por micronutrientes.

Niñez y Adolescencia:

- Generaciones 2.0: tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes entre los 6 y 17 años fortaleciendo en ellos y sus familias conocimientos, habilidades y capacidades para el ejercicio de sus derechos, la prevención de riesgos y vulneraciones y la potenciación en los niños, niñas y adolescentes de sus vocaciones, intereses y talentos para la construcción de sus proyectos de vida. La oferta se estructura a partir del reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos con capacidad de agencia para la transformación de sus entornos y realidades, y protagonistas de su propio desarrollo; así mismo, reconoce la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en su protección integral y a los entornos donde transcurre su vida como factores clave para su protección y potenciación de su desarrollo.

Familias y comunidades

- Territorios étnicos con Bienestar: Es una labor para la concertación, elaboración e implementación de proyectos con las familias y comunidades pertenecientes a grupos étnicos, para la promoción, protección y salvaguarda de la diversidad étnica y cultural de Colombia, incorporando y reconociendo la existencia de las diferentes etnias y culturas, así como la multiplicidad de formas de vida y de sistemas de comprensión del mundo.



El Departamento para la Prosperidad Social, como parte de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CISAN, está participando en la formulación del Plan Nacional para la Garantía del Derecho Humano a la Alimentación donde se busca definir acciones y estrategias que permitan la disponibilidad, accesibilidad y la sostenibilidad de la alimentación para toda la población colombiana, con una perspectiva poblacional y territorial. Este plan, contempla el desarrollo de un componente étnico y un plan rural, donde la participación de la sociedad civil, representada por las organizaciones sociales, productores, comercializadores y demás actores, sean parte activa tanto en la formulación como en la implementación y monitoreo y evaluación de dicho plan. Este trabajo se realiza de forma articulada con las entidades que hacen parte de la CISAN contando a la fecha con el avance en la construcción de los documentos para que posteriormente, se realice la correspondiente reglamentación.

A nivel territorial, Prosperidad Social, acompaña a los departamentos en la construcción de planes de seguridad alimentaria y nutricional con un enfoque de derecho humano a la alimentación y en este trabajo, fortalece a los Comités de SAN, integrado por entidades territoriales y con participación de la sociedad civil, para que a su vez el departamento acompañe a los municipios en el tema. Así mismo, se desarrolla el fortalecimiento de la sociedad civil a través de la generación de capacidades para la gestión territorial en SAN, la formulación de proyectos con enfoque de derecho humano que contribuyan a una alimentación más segura y adecuada. Como parte de este acompañamiento, se desarrollaron una serie de herramientas pedagógicas (documentos, infografías, videos) que faciliten el proceso de divulgación y formación a formadores



<p>en el componente de derecho humano a la alimentación.</p> <p>Así mismo, El DPS como cabeza del sector de Inclusión Social y Reconciliación, desarrolla una oferta programática que busca contribuir a la superación de la pobreza y la equidad social. Desde la perspectiva multidimensional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y de derecho humano a la alimentación, estos programas contribuyen a dimensión de accesibilidad aportando a la producción de alimentos para el autoconsumo y la generación de excedentes o ingresos a las familias participantes; así mismo, desde el desarrollo de capacidades a los hogares, se incorporan temas de educación alimentaria y nutricional, brindando herramientas para que las familias mejoren los hábitos alimentarios y de higiene, aprovechen los alimentos de forma efectiva en la alimentación de las familias y reduzcan el riesgo de enfermar por prácticas inadecuadas en la preparación, higiene y manipulación de alimentos. Estos programas son:</p> <p>Familias en Acción: Ofrece a las familias pobres y pobres extremas con niños, niñas y adolescentes menores de 18 años un incentivo económico en salud y educación, condicionado para tener una alimentación saludable, controles de crecimiento y desarrollo a tiempo y permanencia escolar. Dicho incentivo, complementa el ingreso de las familias para la formación de capital humano, la generación de movilidad social, el acceso a programas de educación media y superior, la contribución a la superación de la pobreza y pobreza extrema y a la prevención del embarazo en la adolescencia.</p> <p>Programa Familias en su tierra: contribuye a la estabilización socioeconómica de los hogares víctimas de desplazamiento forzado (retornados o reubicados), a través de una intervención integral que incluye el fortalecimiento del capital humano y social, la seguridad alimentaria, la habitabilidad y</p>		
---	--	--



la generación o fortalecimiento de proyectos productivos.

Mediante el programa se establecen medidas rápidas de asistencia y acompañamiento a las familias afectadas dirigidas a la generación y/o potenciación de capacidades para el auto sostenimiento. Busca igualmente contribuir al goce efectivo de derechos de la población víctima retornada o reubicada en alimentación, generación de ingresos, y vivienda (DPS, ABC Familias en su tierra).

Programa IRACA: se realiza una acción integral con enfoque diferencial a la población afrocolombiana e indígena con proyectos de seguridad alimentaria (acceso a alimentos para autoconsumo) y fomento de prácticas productivas (promoción de iniciativas productivas), que permite empoderar a las comunidades en su propio desarrollo

Programa ReSA (Red de Seguridad Alimentaria): Tiene la finalidad de mejorar el acceso y el consumo de los alimentos de la población de Inclusión Social, Reconciliación mediante la producción de alimentos para el autoconsumo, la promoción de hábitos alimentarios saludables y el uso de alimentos y productos locales para contribuir con la disminución del hambre y el mejoramiento de la seguridad alimentaria en el país. El programa de ReSA tiene las modalidades rural y étnico que favorece a las comunidades indígenas, con acciones de concertación permanente para la implementación en las comunidades, y ha iniciado con el proyecto piscícola, para la producción y generación de excedentes.

El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural cuenta con la Dirección de Mujer Rural y dentro algunas de las funciones de esta dependencia, se encuentran:





1. Coordinar, diseñar y evaluar las políticas, planes, y proyectos integrales de desarrollo rural con enfoque territorial, encaminadas a la provisión bienes públicos rurales, que incidan en el bienestar social y económico de las mujeres rurales.

2. Propiciar la articulación con las entidades del orden nacional y territorial para la implementación de planes y proyectos integrales de desarrollo rural y agropecuario para la mujer rural.

3. Proponer normas, instrumentos y procedimientos diferenciales para las mujeres rurales que permitan el acceso y la provisión de bienes públicos rurales.

Las siguientes son las acciones con perspectiva de género que, a través de lineamientos y orientaciones generados por la DMR se han adelantado con las entidades adscritas y vinculadas, dirigida a la población rural adolescente y joven:

A través del Fondo de Tierras, y en el literal k) del art. 17 del Decreto Ley 902 de 2017 contempla como uno de los criterios que otorgan puntuación en el Registro de Único de Sujetos de Ordenamiento a los jóvenes con formación en ciencias o técnicas agropecuarias o ambientales.

Los proyectos productivos asociativos que vinculen a jóvenes rurales sin tierra dentro de las ZIDRES deben incluir un mecanismo que permita la asignación de un porcentaje de tierra (art. 17 de la Ley 1776 de 2016) para su desarrollo, “de acuerdo con el proyecto productivo y la capacidad financiera de quien lo adelante”.

Resultados:

En las solicitudes de formalización y acceso a tierras llevadas a cabo a través del RESO a septiembre de 2019, es posible identificar 5.670 jóvenes rurales, entre ellos 3.233 mujeres, el 57%



de las solicitudes. Sólo en el actual Gobierno, se han registrado a través del RESO 4.778 jóvenes rurales cuya solicitud se encuentra en proceso, del número anterior 2.724 son mujeres.

**Proyecto “Apoyo a Alianzas Productivas”**

El Proyecto Apoyo a Alianzas Productivas, PAAP es un proyecto liderado por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural (MADR) que vincula a pequeños productores agropecuarios asociados con los mercados, a través de un esquema de agronegocios con un aliado comercial formal. El PAAP está dirigido a pequeños productores agropecuarios asociados, la focalización de este proyecto está dirigida a Jóvenes rurales, cuyas organizaciones postulantes tengan una base social integrada por al menos el 51% de jóvenes. Se otorgaron puntajes de acuerdo con el porcentaje de participación de los jóvenes (entre el 51% y el 63% se otorgará una unidad y entre el 64% y el 75% en adelante dos unidades). Adicionalmente, se darán puntajes por pertenencia a población víctima y por pertenencia étnica.

En cuanto a la mujer Rural, cuyas organizaciones postulantes tenga una base social que este conformada por al menos el 51% de mujeres. Se otorgaron puntajes de acuerdo con el porcentaje de participación de las mujeres (entre el 51% y el 82% se otorgó una unidad y del 83% en adelante dos unidades). Adicionalmente, se darán puntajes por pertenencia a población víctima y por pertenencia étnica.

**Proyecto “El Campo Emprende”: Proyecto “Construyendo Capacidades Empresariales Rurales: Confianza y Oportunidad”**

La Dirección de Capacidades Productivas y Generación de Ingresos (DCPGI) del MADR lidera este Proyecto, que busca contribuir a mejorar las condiciones de vida, ingresos y empleo de familias rurales que se encuentran situación de pobreza



extrema a través de emprendimientos bajo esquemas asociativos.

Resultados (2016 – 2019)

De 15.662 beneficiarios, 6,150 (39,2%) son jóvenes rurales.

De 1.331 emprendimientos apoyados, 229 (17,2%) son de asociaciones conformadas en su totalidad por jóvenes rurales entre los 18 y 28 años.

Inversión directa en la población joven de \$9.160 millones.

Proyecto Apoyo para generar oportunidades a Jóvenes Rurales para su integración generacional en el campo

El objeto del proyecto es “Generar oportunidades a jóvenes rurales para permanecer en el campo”, a través de las siguientes actividades: 1) El mejoramiento de ambientes de formación de instituciones educativas rurales y, 2) La financiación de proyectos de desarrollo rural.

Resultados:

Durante el año 2019, se realizó un alistamiento de las actividades del proyecto consistentes en la caracterización del territorio, de las instituciones educativas rurales y de los jóvenes rurales, así como la oferta educativa del nivel básico y la articulación de la educación media con el SENA.

Para la vigencia 2020 se adelantan los trámites para suscribir un convenio con AGROSAVIA y el Municipio de La Macarena, con la finalidad de realizar la actividad de mejoramiento de ambientes de formación de las 3 instituciones educativas rurales en el Municipio de La Macarena (Santa Teresa, Nuevo Horizonte y Héctor Iván Hernández), beneficiando a 900 estudiantes. Por otra parte, se financiarán 10 emprendimientos asociativos para beneficiar a 100 jóvenes rurales de la región de la Orinoquía.



Convenios Interadministrativos “Programa Jóvenes Rurales- Acceso a la Educación Superior”

El MADR desde el año 2012 al 2108 ha suscrito 6 convenios interadministrativos con el ICETEX, SENA Y MEN cuyo objetivo ha sido el permitir el acceso de los jóvenes rurales a la educación superior, técnica y tecnológica en programas relacionados o afines a las ciencias agropecuarias.

Resultados:

La Dirección de Gestión de Bienes Públicos Rurales, ha venido coordinando acciones y realizando seguimiento en torno a los convenios de educación rural suscritos. Durante este tiempo, se han beneficiado un total de 2.909 jóvenes bachilleres rurales provenientes de 30 departamentos.

- Qué mecanismos constitucionales y legales existen para respetar el uso de la tierra y el territorio por parte de las comunidades étnicas conforme a sus propias prácticas.

En virtud de lo establecido en la Constitución Política en sus artículos 7, 63, 246, 329 y 330, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación, se reconoce en favor de las comunidades indígenas una serie de prerrogativas que garantizan la prevalencia de su integridad cultural, social y económica, su capacidad de autodeterminación administrativa y judicial, así mismo a través de la Ley 21 de 1991, la cual ratifica el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”, el cual incluye, entre otros, lineamientos normativos referentes a la participación, la consulta previa, tierras, contratación y condiciones de empleo, formación profesional e industrias rurales,



<p>seguridad social y salud, educación y medios de comunicación.</p> <p>Por tal razón los mecanismos constitucionales y legales para el uso, goce, y acceso a la tierra, siendo este el factor productivo para las Comunidades y continuidad de los pueblos étnicos de Colombia, se encuentra en el marco de los procesos misionales propios de formalización en el Decreto 1071 de 2015, en donde se establece para las comunidades Indígenas, los procesos para la constitución, saneamiento y ampliación de resguardos y para las Comunidades NARP la Ley 70 de 1993 y el Decreto 1066 de 2015, con la Titulación Colectiva de los Consejos Comunitarios.</p> <p>Adicionalmente, el Decreto 1071 de 2015, es la plataforma jurídica del procedimiento de legalización de tierras a comunidades indígenas, el cual otorga a la agencia nacional de Tierras los pasos para legalizar un territorio como resguardo indígena, es un procedimiento de carácter especial administrativo, por la calidad jurídica de los sujetos a los que va dirigido y por la naturaleza del mismo.</p> <p>En el Decreto 2333 de 2014, "Por el cual se establecen los mecanismos para la efectiva protección y seguridad jurídica de las tierras y territorios ocupados o poseídos ancestralmente y/o tradicionalmente por los pueblos indígenas, acorde con lo dispuesto en los artículos 13 y 14 del Convenio 169 de la OIT, y se adicionan los artículos 13,16 Y 19 del Decreto 2664 de 1994".</p> <p>Este Decreto, dispone la inscripción de la medida de protección sobre las tierras con las que se pretende legalizar territorio indígena en las cuales no exista una seguridad jurídica o en la presencia de conflictos territoriales o cualquier otra situación que no permita la legalización definitiva del territorio como resguardo, de conformidad al Decreto 1071 de 2015.</p> <p>La ley 70 de 1993, tiene por objeto reconocer a las comunidades negras que han venido ocupando</p>		
---	--	--



tierras baldías en las zonas rurales ribereñas de los ríos de la Cuenca del Pacífico, de acuerdo con sus prácticas tradicionales de producción, el derecho a la propiedad colectiva, de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes. Así mismo tiene como propósito establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural y de los derechos de las comunidades negras de Colombia como grupo étnico, y el fomento de su desarrollo económico y social, con el fin de garantizar que estas comunidades obtengan condiciones reales de igualdad de oportunidades frente al resto de la sociedad colombiana.

- Existen líneas de incentivos fiscales, transferencia de activos o programas de crédito especiales para productores campesinos, mujeres campesinas, grupos étnicos y otras poblaciones que afronten condiciones de exclusión.

Línea de Crédito para Jóvenes Rurales

*A través de la cual se pueden financiar hasta el 100% de las actividades agropecuarias de jóvenes rurales. A esta línea de crédito pueden aplicar jóvenes cuyos activos no superen \$164,6 millones de pesos, a una tasa de redescuento de DTF - 2,5 E. A. y una tasa de interés ordinaria de hasta DTF + 7% E. A.*

Líneas Especiales de Crédito

*Las mujeres rurales pueden acceder a cualquiera de las LEC, las cuales otorgan tasas de interés subsidiadas a sus beneficiarios. Las LEC vigentes para 2020 están determinadas por la Resolución 18 de 2019 de la Comisión Nacional de Crédito Agropecuario y la Circular Reglamentaria P-4 2020 de FINAGRO:*

- *A Toda Máquina e Infraestructura Sostenible*



<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <i>Bioseguridad y Control de Enfermedades</i></li><li>▪ <i>Sostenibilidad Pecuaria, Piscícola, Pesquera y Acuícola</i></li><li>▪ <i>Sectores Estratégicos</i></li><li>▪ <i>Inclusión Financiera Rural</i></li><li>▪ <i>Reactivación Económica</i></li><li>▪ <i>Compra de Tierra de Uso Agropecuario</i></li><li>▪ <i>Agricultura por Contrato</i></li><li>▪ <i>Operaciones Forward con Anticipo</i></li></ul> <p><i>Colombia Agro Produce</i></p> <p>- Existencia de políticas destinadas a población rural adolescente y joven con perspectiva de género.</p> <p><i>El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, en el Pacto por la Equidad, plantea la estrategia “Juventud naranja: todos los talentos cuentan para construir país” que en su objetivo 6 establece que se debe “Fortalecer la institucionalidad construida para favorecer la inclusión social, económica y política de los jóvenes” para ello se planteó la siguiente acción que involucra al MADR:</i></p> <p><i>“Las entidades públicas del orden nacional y territorial fortalecerán la oferta juvenil, de manera que deberán garantizar la inclusión de jóvenes en los programas que, por su objeto, permitan su participación o crear programas específicos en la materia. Así mismo, deberán divulgar la información correspondiente a través de Colombia Joven, y establecer indicadores frente al particular, reportar la información al DNP y Colombia Joven. Las entidades del orden nacional, responsables de la implementación de esta estrategia, serán, entre otras: MinInterior, MinJusticia, MinAgricultura, MinEducación, MinSalud, MinTrabajo, MinTIC, MinCultura, MinCTI, Cancillería, MinAmbiente, DNP, Prosperidad Social, Colciencias, DANE, Sena, ICBF y Coldeportes”</i></p>		
--	--	--





<b>Señales de progreso</b>		
	<p>- Estudios e indagaciones sobre las estrategias de consumo alimentario de los sectores más vulnerables, atendiendo la diversidad cultural.</p> <p>Encuesta Nacional de Situación Nutricional - ENSIN: herramienta fundamental de la política pública y un insumo básico para proponer acciones en seguridad alimentaria y nutricional. Esta encuesta cuenta con 3 versiones en las que se ha evaluado el consumo de alimentos de la población colombiana a través de los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ingesta Dietética:</b> Se analiza mediante el método de recordatorio de 24 horas, el cual consiste en la aplicación individual de una entrevista detallada sobre todos los alimentos y bebidas consumidos durante las 24 horas del día anterior a la entrevista. En el 2015, se aplicó la metodología de múltiples pasos iterativos (MMPI), la cual contempla cinco pasos, cada uno con preguntas únicas y específicas para cada alimento, basadas en respuestas previstas y tablas de referencia de las diferentes porciones y cantidades de los alimentos disponibles.</li><li>• <b>Prácticas de alimentación de interés en Nutrición y Salud Pública:</b> Describen las prácticas de alimentación en la población colombiana entre 5 a 64 años de edad, tomando como referencia un mes usual. Esta estimación se realiza mediante la aplicación de un cuestionario basado en la metodología de frecuencia de consumo de alimentos, que permite obtener proporciones poblacionales en cada una de las categorías de tiempo definidas y analizadas en función de variables demográficas, socioeconómicas y geográficas.</li></ul> <p>Estudio de la Situación Nutricional de Población Indígena - ENSANI: se evaluó la ingesta de Calorías y nutrientes por medio del método de Recordatorio de 24 horas (R24h) a todos los miembros de las familias seleccionadas. Con esta técnica se recolecta información de</p>	



	<p>la ingesta de los alimentos consumidos el día anterior a la evaluación, en una época específica del año.</p> <p>Tabla de Composición de Alimentos Colombianos (TCAC): se constituye en una herramienta valiosa para la seguridad alimentaria y nutricional de los colombianos, puesto que la información aquí recopilada es imprescindible para determinar aspectos clave para el país, tales como el consumo de calorías y nutrientes de la población. Además, se configura como fuente fundamental de información para la planeación de alimentación (tanto a nivel individual como colectivo), el desarrollo de investigaciones de salud pública desde lo clínico y la academia y adelantar procesos contractuales. La TCAC cuenta con la versión 2015 y 2018, en esta última, se incluye 773 datos de alimentos con inclusión de información de alimentos autóctonos y de las preparaciones típicas más importantes en el país. Así mismo, presenta información relevante sobre contenido de ácidos grasos y aminoácidos.</p> <p>Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana: son una estimación de la cantidad de las calorías y de los nutrientes que se deben ingerir para alcanzar un estado óptimo de salud y bienestar a partir de las características de los individuos como el sexo, la edad, la actividad física y/o un estado fisiológico específico como el crecimiento, la gestación o la lactancia. Dentro de los usos de las RIEN se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Guiar el proceso de fortificación de alimentos y la formulación de suplementos dietarios estableciendo los valores para cubrir el requerimiento poblacional y para evitar la aparición de efectos adversos por déficit o exceso.</li><li>• Proveer información básica para establecer las normas y los valores diarios para el etiquetado o rotulado nutricional de productos alimenticios.</li><li>• Ser referencia para la formulación, seguimiento y evaluación de la política alimentaria y nutricional, con énfasis en la adecuación del suministro de alimentos y productos alimentarios y nutricionales para cubrir las necesidades de la población del país.</li><li>• Servir como marco de referencia para la actualización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la población colombiana.</li><li>• Planear y desarrollar investigaciones en alimentación y nutrición.</li></ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser referencia básica para la planificación y evaluación dietética para individuos y grupos.</li> </ul> <p>Guías Alimentarias para la población colombiana GABAS: son un conjunto de orientaciones a la población sobre el consumo de alimentos, con el fin de promover un completo bienestar nutricional y prevenir enfermedades. Están dirigidas a las personas sanas. Son dinámicas, flexibles y temporales, es decir, deben ser actualizadas periódicamente para adaptarlas a los cambios de nuestra situación alimentaria y nutricional. Colombia cuenta con tres tipos de GABAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GABAS para menor de dos años</li> <li>• GABAS para mayor de dos años</li> <li>• GABAS para gestantes y madres en lactancia.</li> </ul> <p>Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional: tiene el objetivo de brindar orientaciones técnicas en educación alimentaria y nutricional para que los diferentes sectores y actores de la seguridad alimentaria y nutricional - SAN promuevan, en la población, la adopción voluntaria de hábitos y comportamientos alimentarios que les permitan disfrutar de buena salud y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. El lineamiento está dirigido a actores de los diferentes sectores que realizan acciones educativas y de formación en las áreas de alimentación y nutrición. A la vez, presenta un marco de referencia normativo, estratégico y conceptual, así como principios, líneas de acción y algunas orientaciones de expertos para una educación alimentaria y nutricional eficaz que logre la conexión necesaria entre los conocimientos y las prácticas.</p>	
--	---	--

**ACCESO A LA JUSTICIA**

<p><b>- Existencia de recursos constitucionales adecuados y efectivos para impedir vulneraciones graves al derecho a la alimentación adecuada.</b></p> <p>El derecho a la alimentación adecuada es aplicable únicamente a poblaciones específicas (niños, mujeres, tercera edad), que, al estar dentro de la categoría de los derechos sociales, económicos y culturales, son considerados prestacionales, por lo que, para su protección mediante tutela, se requiere conexidad con un derecho fundamental.</p>	<p><b>- Número de entradas y salidas de causas en la jurisdicción agraria (nivel de resolución).</b></p> <p>De conformidad con lo estipulado en la Ley 1448 de 2011 y sus decretos reglamentarios, la –UAEGRTD- en la vigencia 2019, presentó ante jueces y magistrados especializados en restitución de tierras un total de 2.991 solicitudes.</p> <p>Es de resaltar que, en desarrollo del proceso de gestión de restitución – Ley 1448 de 2011, en la Etapa Judicial, se realizó un trabajo articulado y permanente con el Consejo Superior de la Judicatura y así se logró presentar, desde las direcciones territoriales de Bogotá, Caquetá, Tolima, Meta y Cauca, las solicitudes de restitución de las</p>	<p><b>- Número de conflictos relacionados con el derecho a la alimentación adecuada por año.</b></p> <p>La Rama Judicial no dispone de información desagregada por el derecho a la alimentación adecuada; sin embargo, con el fin de proporcionar datos aproximados a su requerimiento, la tabla 2, presenta el movimiento de procesos de alimentos e inasistencia alimentaria, de conformidad con el reporte realizado por los funcionarios en el Sistema de Información Estadística de la Rama Judicial – SIERJU –, para los años 2015 a 2019.</p> <p><b>- Porcentaje de demandas relacionadas con el derecho a la alimentación adecuada presentadas por vía</b></p>
--	---	--



<p>- <b>Existencia de recursos constitucionales adecuados y efectivos para la protección de la propiedad rural, tanto de la propiedad individual como colectiva.</b> <u>Antecedentes importantes de la jurisdicción agraria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ El primer acercamiento del legislador con la Jurisdicción Agraria fue la Ley 200 de 1936 que creó los “<i>jueces de tierras</i>” en su artículo 25.</li> <li>□ Posteriormente se expidió el Decreto Ley 2303 de 1989 que creó la jurisdicción agraria para decidir conflictos relacionados con: 1) propiedad, posesión y tenencia de predios agrarios, 2) actividades agrarias de producción, de transformación y enajenación -no mercantil- de productos agrarios y 3) la aplicación de las disposiciones que regulen la conservación, mejoramiento y adecuada utilización de los recursos naturales renovables de índole agraria y 4) la preservación del ambiente rural.</li> <li>□ Este Decreto debió empezar a operar el 1 de junio de 1990, pero no inició a operar sino después de esa fecha sólo en tres (3) distritos judiciales.</li> <li>□ Posteriormente la Ley Estatutaria de Administración de Justicia (Ley 270/96) suspendió los juzgados y tribunales que habían comenzado a funcionar con el propósito de que el Consejo Superior de la Judicatura intentara iniciar nuevamente la jurisdicción agraria dentro de los dos (2) años siguientes, lo que no ocurrió.</li> <li>□ En el año 2009 se expidió la Ley Estatutaria 1285, que excluyó la jurisdicción agraria de la definición de jurisdicción ordinaria, llevando a pensar que había desaparecido.</li> <li>□ En el año 2010, la Ley 1395 de 2010 derogó toda la normativa procesal agraria del Decreto</li> </ul>	<p>víctimas de manera electrónica. Al finalizar el año 2019, se habían presentado mediante demanda electrónica 820 procesos ante la justicia con los que se busca resolver 1.536 solicitudes en todo el país.</p> <p>En el 2019, se notificó a la UAEGRTD un total de 562 sentencias de restitución proferidas que abarcaron a su vez 820 solicitudes de restitución inscritas en el Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente. Dando cumplimiento a estas sentencias, se restituyeron o compensaron un total de 12.834,39 hectáreas. Dichas sentencias identificaron en su contenido a 2.828 personas, de las cuales 1.492 son mujeres; en total las familias beneficiadas en sentencia a lo largo de la vigencia 2019 fueron 645.</p> <p>En lo que respecta al cumplimiento de las órdenes judiciales, en el 2019 la UAEGRTD logró atender un total de 3.178 órdenes relacionadas con proyectos productivos, alivio de pasivos por servicios públicos, deudas financieras, compensación a víctimas, a terceros de buena fe exenta de culpa, atención a los segundos ocupantes, administración de proyectos productivos agroindustriales y el pago de costas judiciales y las acciones de priorización al subsidio de vivienda.</p> <p>Fuente: <a href="https://www.restituciondetierras.gov.co/documents/10184/1382154/Informe+Rendición+de+Cuentas+2020+%28Vigencia+2019%29+Final-.pdf/7b47cc73-7216-4412-a2c6-3341084a2988">https://www.restituciondetierras.gov.co/documents/10184/1382154/Informe+Rendición+de+Cuentas+2020+%28Vigencia+2019%29+Final-.pdf/7b47cc73-7216-4412-a2c6-3341084a2988</a></p> <p>- Tiempo promedio de duración de un proceso en la jurisdicción agraria.</p> <p>En cuanto a temas de jurisdicción agraria en estricto sentido, nos estaríamos refiriendo al trámite que realizan los jueces de la república que tienen competencias agrarias. Sin embargo, dichos jueces, a la fecha, no existen, por lo que no sería posible dar respuesta a lo requerido.</p> <p>Sin embargo, en el entendido que NO se haga alusión a los trámites de dichos jueces, sino aquello que se consulta es el tiempo promedio</p>	<p><b>administrativa o ante cortes / Porcentaje de causas resueltas.</b> En la tabla 2, se presenta la relación porcentual entre egresos e ingresos – Índice de Evacuación Parcial IEP de procesos de alimentos atendidos por los despachos judiciales de la Rama Judicial de Colombia, para cada año, comprendido entre los años 2015 y 2019. Cabe anotar que la información entregada no contiene información de denuncias realizadas por vía administrativa.</p> <p>- <b>Porcentaje de casos de víctimas que fueron adecuadamente reparadas / total de casos denunciados.</b> El Sistema de Información Estadística de la Rama Judicial SIERJU no cuenta con información de las víctimas y la correspondiente reparación.</p>
---	--	--



<p>2303 de 1989]; pero fue el Código General del Proceso – Ley 1564 de 2012 la que derogó definitivamente el Decreto 2303 de 1989.</p> <p>□ En el Acuerdo para la Reforma Rural Integral se previó entre los compromisos la creación de la jurisdicción agraria y de hecho la modificación introducida por el Decreto 902 de 2017 a la Ley 160 de 1994 hace imperativo que se creen estos jueces para decidir el Procedimiento Único que unificó los procesos agrarios que anteriormente eran de competencia del INCODER.</p> <p>□ El 20 de julio de 2018, se radicó el Proyecto de Ley 01 de 2018 que buscaba crear una especialidad agraria, pero fue archivado por no haber sido discutido en primer debate.</p> <p><b>- Garantizar políticas que incluyan el principio de igualdad y no discriminación en el acceso a la alimentación saludable.</b></p> <p>El Conpes 113 de 2008, establece la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que tiene como objetivo garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad, dentro de sus principios establece el enfoque de derecho humano a la alimentación, la equidad social, la perspectiva de género y el respeto a la identidad y diversidad cultural.</p> <p>Instrumentos de Política desarrollados por la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional: con el fin de dar respuesta a los compromisos nacionales y e internacionales como lo son los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, además para instaurar el derecho humano a la alimentación, la CISAN avanza en la construcción de los siguientes instrumentos:</p>	<p>de duración de los trámites administrativos adelantados conforme al Procedimiento Único por parte de la Agencia Nacional de Tierras; en lo que atiende a la gestión de la formalización de predios privados por vía administrativa y sin oposición, se podría señalar como un tiempo promedio de duración 5 meses.</p> <p>De esos 5 meses, la etapa preliminar del procedimiento podría durar hasta 3 meses y la etapa administrativa, posterior a la apertura del procedimiento, 2 meses más.</p> <p>Sin embargo, se aclara que estos tiempos se presentan en un escenario ideal y se pueden ver modificados por múltiples variables (como recursos, demoras en respuestas a solicitudes de información a otras entidades, tiempos de registro, imposibilidad de desarrollo de actividades de campo etc.) que no se presentan de la misma manera en todos los casos.</p> <p>En el anexo ANT-TERMINOS DEL PROCEDIMIENTO se presenta el análisis de los procedimientos del Decreto 1071 de 2015 y 902 de 2017 y al final de cada uno se expone los términos de cada proceso según datos recogidos, los cuales hacen alusión a los procesos de formalización que se adelantan desde la Dirección de Gestión Jurídica de Tierras.</p> <p>- Existencia de una jurisprudencia en los siguientes campos: a) Salario mínimo vital y seguridad alimentaria; Sentencia C-644 de 2012</p> <p>“(..)</p> <p>4.2.2. Artículo 65 de la Constitución y los derechos a la alimentación adecuada y a la seguridad alimentaria.</p> <p>Frente a lo anterior, es preciso señalar que como resultado de la internacionalización de las relaciones económicas y la aplicación del derecho internacional de los derechos humanos [se ha reconocido la importancia de relacionar el acceso a la propiedad de los trabajadores agrarios al reconocimiento del derecho a la alimentación. En esta dirección parece encontrarse el artículo 11 del Pacto de Derechos Sociales, Económicos y Culturales que al establecer el derecho de toda persona a estar protegida contra el hambre prescribe que los Estados adoptarán medidas que se orienten al mejoramiento de los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante el</p>	
---	--	--



<p>1. Proyecto de Ley: “Por el cual se crea el Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación y se dictan otras disposiciones”: Tiene como objetivo establecer mecanismos de articulación, coordinación y gestión para garantizar de manera progresiva el derecho a la alimentación adecuada, sostenible y culturalmente apropiada, a través de diferentes instrumentos de política. La conformación de este sistema se plantea como un conjunto de instancias territoriales en las que tiene lugar el interrelacionamiento de actores públicos, privados y de la sociedad civil que, por medio de una estructura de políticas, estrategias, metodologías y proyectos, gestionarán y coordinarán los recursos humanos, técnicos, tecnológicos, financieros, jurídicos y físicos para la garantía progresiva del Derecho a la Alimentación.</p>	<p>perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales. Es así como en el Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación de las Naciones Unidas de 11 de agosto de 2010, se señaló que “El acceso a la tierra y la seguridad de la tenencia son esenciales para asegurar el disfrute no solo del derecho a la alimentación, sino también de otros derechos humanos, incluido el derecho al trabajo (de los campesinos que no poseen tierras) y el derecho a la vivienda”. Este factor hizo que el ex Relator Especial sobre el derecho a una vivienda adecuada llegara a la conclusión de que el Consejo de Derechos Humanos debía “garantizar el reconocimiento de la tierra como un derecho humano en el derecho internacional relativo a los derechos humanos” (...). (Subrayas no hacen parte del texto original).</p>	
<p>2. Política Pública Nacional para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación: La construcción de este documento de política conto con la participación de la sociedad civil desde los territorios y con los profesionales de la CISAN técnica. Se tiene el propósito de establecerla como política de Estado, ampliar su enfoque y fortalecer su implementación, de acuerdo con los nuevos desarrollos, la realidad nacional e internacional y en cumplimiento de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia Pacto por la Equidad” y el Punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto, que establece la garantía progresiva del derecho a la alimentación de los colombianos, con enfoque integral de derechos humanos. Esta Política tiene como objetivo garantizar de manera progresiva el derecho humano a la alimentación adecuada, sostenible y culturalmente apropiada para toda la población colombiana, en especial la más pobre y vulnerable.</p>	<p>Así, el artículo 65 constitucional contempla una figura tan rica y poliédrica como la del artículo 64, al disponer que la 1) “producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado” 2) que se debe otorgar “prioridad al desarrollo integral de las actividades agrícolas, pecuarias, pesqueras, forestales y agroindustriales”, 3) de igual manera que “a la construcción de obras de infraestructura física y adecuación de tierras” y que 4) todo ello debe dirigirse a “incrementar la productividad” además de promover “la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuario (...)”.</p> <p>Se trata sin duda de una disposición destinada a la salvaguarda de la producción que asegure la seguridad alimentaria interna. Al mismo tiempo, reconoce como prioridad el desarrollo integral del sector, es decir que, por mandato constitucional, la cuestión agraria debe ingresar a la agenda pública de las autoridades del Estado, según sus competencias y facultades. Este apoyo estatal debe tener una visión de conjunto, como quiera que ese tipo de desarrollo se alcanza con la mejora del proceso productivo y la eficiente explotación de la tierra, sin descuidar la reducción de las extremas desigualdades y consiguiente mejora de las condiciones de vida de la población campesina.</p> <p>La anterior descripción del precepto constitucional, cobra aún mayor sentido cuando se analiza la protección de la producción alimentaria como fundamento de dos derechos: el derecho social individual a la alimentación adecuada y a no tener hambre, y el derecho colectivo de la seguridad alimentaria, los cuales se pueden reconocer en la</p>	





<p>3. Plan Nacional Rural del Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación: El Plan se construye sobre una mirada amplia y compleja de la ruralidad donde se reconoce que no es posible garantizar el Derecho a la Alimentación sin desarrollo rural. Este plan fue construido con base a las iniciativas de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET del Pilar 7 del PMI, los cuales se desarrollaron bajo un principio de participación de la sociedad civil. Su objetivo es coordinar y articular las acciones de los instrumentos de planeación nacional y territorial (PMI , los PATR , los planes nacionales y territoriales de Desarrollo, los contrato paz y los planes nacionales para la RRI) que permitan para la Garantía Progresiva del Derecho Humano a la Alimentación de la población rural.</p> <p>4. Política Publica de Perdida y Desperdicios de Alimentos: En cumplimiento de los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo y de la Ley 1990 de 2019, a través de la submesa técnica de pérdidas y desperdicios, liderada por el Departamento Nacional de Planeación - PND, se encuentra formulando el documento que contiene la política nacional para la prevención de pérdidas y desperdicios de alimentos. El proceso ha superada diferentes etapas que ha permitido la construcción colectiva de un diagnóstico detallado sobre la situación, causas y consecuencias de la pérdida y desperdicio de alimentos en el país.</p> <p>Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos del ICBF: el ICBF aplica el Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos del ICBF, que tiene como objetivo reconocer las particularidades, necesidades y expectativas de los niños, niñas, adolescentes y las familias, para garantizar su</p>	<p>Constitución en diversos preceptos que ingresan con toda nitidez desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. En este orden de ideas, en la sentencia T-348 de 2012 se reconoce el derecho a la seguridad alimentaria tanto a partir del artículo 64 superior al proteger a los campesinos su derecho de acceder a la propiedad de la tierra que trabajan, como a partir de los artículo 65 y 66 al incluir como opción posible en la regulación crediticia el reglamentar “condiciones especiales del crédito agropecuario, teniendo en cuenta los ciclos de cosechas y de los precios, como también los riesgos inherentes a la actividad y las calamidades ambientales”. Por último, se reconoce también a partir del artículo 78 superior, al reconocer como posiciones jurídicas fundamentales de los derechos del consumidor, el control de calidad de los bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, y la responsabilidad en todo caso en que se produzcan y comercialicen bienes y servicios que, “atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios”.</p> <p>Vale recordar que el derecho a la seguridad alimentaria ha sido acogido, concebido y establecido como obligación para los Estados en declaraciones de Naciones Unidas, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25), la Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición de 1974, la Declaración Mundial sobre la Nutrición de 1992, Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial de 1966[61] e igualmente en la Resolución 2004/19 de la Asamblea General. Así mismo, la organización especializada en alimentación y agricultura derivada de Naciones Unidas, la Organización para la Alimentación y la Agricultura -conocida por su sigla en inglés FAO-, al punto que en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (FAO, noviembre de 1996), se declaró que la seguridad alimentaria “a nivel individual, familiar, nacional, regional y mundial, se alcanza cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana”.</p> <p>(...)”</p> <p>1.2. Sentencia T-325 de 2017 .</p> <p>“(...)”</p>	
---	--	--





<p>protección integral desde una perspectiva diferencial de derechos, mediante una respuesta que promueva la igualdad, la no discriminación y las características contextuales de los territorios. Este Modelo se basa en los enfoques de derechos, ciclo vital, poblacional y territorial, puesto que facilitan el reconocimiento de realidades y particularidades de los niños, niñas, adolescentes y las familias en un tiempo y espacio concreto, y permiten el abordaje diferencial de la población en riesgo de discriminación desde el reconocimiento de sus características particulares, en razón de su género, orientación sexual, grupo étnico y / o discapacidad, lo que determina que deben recibir atención especial.</p>	<p>5. El derecho a la seguridad alimentaria. Reiteración de jurisprudencia.</p> <p>5.1. La Constitución de 1991 consagra el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños (artículo 44) y de la mujer en estado de embarazo (artículo 43). En cuanto a la protección especial a la producción alimentaria y mecanismos para lograrlo, la Constitución establece en los artículos 64, 65, 66, 78, y 81 los deberes del Estado en esta materia.</p> <p>5.2. La seguridad alimentaria es un derecho fundamental reconocido por varios instrumentos internacionales de derechos humanos.[73] Entre los principales se encuentra el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que consagra en su artículo 11.1 el deber de los Estados de reconocer a toda persona una calidad de vida adecuada incluyendo una sana alimentación y el derecho fundamental de toda persona a ser protegida contra el hambre.[74] Para dar alcance a lo referido, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, organizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura- FAO de 1996, propuso por primera vez el concepto de “soberanía alimentaria”, que hace referencia al derecho de cada pueblo a definir sus propias políticas y estrategias sustentables de producción, distribución y consumo de los alimentos que garanticen una alimentación sana, con base en la pequeña y mediana producción, respetando sus propias culturas y la diversidad de los medios campesinos, pesqueros, étnicos e indígenas de producción agropecuaria, comercialización y gestión de recursos.</p> <p>5.2.1. El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por su parte, ha afirmado que el derecho a la alimentación implica la capacidad de tener acceso a alimentos sanos que aseguren una nutrición digna, e incluye en ello el derecho de los grupos vulnerables y discriminados a tener acceso a la tierra, a la producción en pequeña escala, a participar de los mercados locales y rurales, a las áreas tradicionales de pesca, entre otros. La garantía de esos derechos se realiza, además en el marco de la libre elección de prácticas de subsistencia de las comunidades.</p> <p>5.2.2. Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como órgano competente para la interpretación del mencionado instrumento, en su Observación General No. 12, estableció que el derecho a la alimentación adecuada se ejerce</p>	
---	--	--



	<p>“cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla”. La Observación General, adicionalmente reconoce que, para erradicar el problema del hambre y la malnutrición, no basta con incrementar la producción de alimentos, sino que también es necesario garantizar que la población más vulnerable tenga disponibilidad y acceso a ellos. Por eso, el Comité precisó que el derecho a la alimentación tiene cuatro aristas: i) la disponibilidad, b) la accesibilidad, c) la estabilidad y d) la utilización de los alimentos.</p> <p>5.2.3. Respecto a las dos primeras aristas, la Observación General No. 12, señala que por disponibilidad “se entienden las posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva u otras fuentes naturales de alimentos, o mediante sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario según la demanda”; y la accesibilidad hace referencia a que los individuos tengan acceso a alimentos adecuados, tanto en términos económicos como físicos. Tanto la disponibilidad de alimentos como el acceso sostenible a ellos, están determinados, entre otros factores, por las condiciones de sostenibilidad ambiental, las cuales se aseguran si existe una gestión pública y comunitaria prudente de los recursos que aseguren la disponibilidad de alimentos a las generaciones presentes y futuras. (...)”</p> <p><b>MINIMO VITAL-Concepto</b> El derecho al mínimo vital ha sido considerado por la jurisprudencia constitucional como una de las garantías más importantes en el Estado Social de Derecho. No solo porque se fundamenta en otros derechos como la vida (Art. 11 C.P.), la salud (Art. 49 C.P.), el trabajo (Art. 25 C.P.) y la seguridad social (Art. 48 C.P.), sino porque en sí mismo es ese mínimo sin el cual las personas no podrían vivir dignamente. Es un concepto que no solo busca garantizarle al individuo percibir ciertos recursos, sino permitirle desarrollar un proyecto de vida igual que al común de la sociedad. De allí que también sea una medida de justicia social, propia de nuestro Estado Constitucional. En ese sentido, derecho al mínimo vital ha sido definido por la Corte como “la porción de los ingresos del trabajador o pensionado que están destinados a la financiación de sus necesidades básicas, como son la alimentación, la vivienda, el</p>	
--	---	--



	<p>vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la recreación, la atención en salud, prerrogativas cuya titularidad es indispensable para hacer efectivo el derecho a la dignidad humana, valor fundante del ordenamiento jurídico constitucional". Es decir, la garantía mínima de vida. (...)</p> <p>Aunque el mínimo vital se componga inevitablemente de aspectos económicos, no puede ser entendido bajo una noción netamente monetaria. No se protege solo con un ingreso económico mensual. Este, debe tener la virtualidad de producir efectos reales en las condiciones de la persona, de tal manera que no solo le garantice vivir dignamente sino también desarrollarse como individuo en una sociedad. Esta tesis ha sido resaltada por esta Corte en diferentes oportunidades, cuando ha sostenido que el derecho al mínimo vital no es una garantía cuantitativa sino cualitativa. Eso significa que, aunque los ingresos de una persona funcionan como un criterio para analizar la vulneración del derecho, su protección va mucho más allá. La Corte ha establecido que, a pesar de su estrecha relación, salario mínimo no es igual a mínimo vital. En efecto, existen situaciones en las que proteger el salario mínimo de una persona no necesariamente garantiza las condiciones básicas sin las cuales un individuo no podría vivir dignamente.</p> <p><b>SALARIO MINIMO LEGAL-Protección constitucional especial</b></p> <p>La relación entre salario mínimo y derecho al mínimo vital es innegable. El derecho al salario mínimo ha sido considerado un ingreso tan importante que tanto el Constituyente de 1991 como el legislador, le han dotado de una protección especial. Así, si bien no es sinónimo de mínimo vital, su afectación puede ponerlo seriamente en riesgo". (...)</p> <p>En primer lugar (i), los descuentos directos deben respetar los máximos legales autorizados por la ley. En segundo lugar (ii), existe un mayor riesgo de afectar el derecho al mínimo vital cuando (ii.1) entre el salario y la persona exista una relación de dependencia, es decir, que sea la única fuente de ingresos; (ii.2) que de sus ingresos dependa su familia; y finalmente (ii.3), cuando se trate de personas de la tercera edad, por su condición de sujetos de especial protección, existen mayores probabilidades de lesión. Adicionalmente (iii), de ninguna manera es posible descontar más allá del salario mínimo legal vigente, salvo que se trate de embargos por deudas con cooperativas y por alimentos. En esos casos, su máximo será del cincuenta por ciento (50%). Por su parte, (iv) el responsable de regular los descuentos es el empleador o pagador.</p>	
--	--	--



	<p>(v) en los descuentos directos por libranza se puede descontar hasta el cincuenta por ciento (50%) del salario (según el caso), siempre y cuando, si se afecta el salario mínimo, no se ponga en riesgo o lesionen los derechos al mínimo vital y a la vida digna de la persona de acuerdo con las reglas fijadas por esta Corporación. (...)"</p> <p>2.2. Sentencia T-629/16 “(...) “MINIMO VITAL DE SUBSISTENCIA-Concepto no es meramente cuantitativo sino también cualitativo. El derecho al mínimo vital tiene, inevitablemente, un componente económico o monetario, su naturaleza no se agota allí pues, su amparo, involucra la real protección del individuo en la sociedad y no solamente el propósito de vivir dignamente. De aquí que esta Corporación haya desarrollado la tesis de que este derecho tiene una connotación cualitativa y no cuantitativa. Quiere ello decir que, aunque el monto de los ingresos adquiridos por una persona, pueden determinar el grado de afectación al mínimo vital, una posible vulneración no termina en la cuantía. Así, este Tribunal ha sostenido que, aun cuando esta garantía constitucional está intrínsecamente ligada con el monto de salario mínimo que devenga una persona, no se puede asentar que ello permita que esta, pueda vivir dignamente. (...) 5. Los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna respecto de la protección al salario mínimo. Reiteración de jurisprudencia Esta Corporación ha considerado que el derecho fundamental al mínimo vital es una de las garantías de mayor relevancia en el marco del Estado Social de Derecho, que encuentra fundamento en otros derechos fundamentales como la vida, la salud, el trabajo y la seguridad social y, además, porque en sí mismo es la garantía de la vida digna. Aunado a ello, este derecho busca que el individuo alcance los recursos que le permitan desarrollar un proyecto de vida. En ese sentido, esta Corte, a través de la SU-995 de 1999 indicó que el derecho al mínimo vital es “la porción de los ingresos del trabajador o pensionado que están destinados a la financiación de sus necesidades básicas, como son la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la recreación, la atención en salud, prerrogativas cuya titularidad es indispensable para hacer efectivo el derecho a la dignidad humana, valor fundante del ordenamiento jurídico constitucional” Asimismo, se ha indicado que, aunque este derecho fundamental tiene, inevitablemente, un componente económico o monetario, su</p>	
--	--	--



	<p>naturaleza no se agota allí pues, su amparo, involucra la real protección del individuo en la sociedad y no solamente el propósito de vivir dignamente. De aquí que esta Corporación haya desarrollado la tesis de que este derecho tiene una connotación cualitativa y no cuantitativa. Quiere ello decir que, aunque el monto de los ingresos adquiridos por una persona, pueden determinar el grado de afectación al mínimo vital, una posible vulneración no termina en la cuantía. Así, este Tribunal ha sostenido que, aun cuando esta garantía constitucional está intrínsecamente ligada con el monto de salario mínimo que devenga una persona, no se puede asentir que ello permita que esta, pueda vivir dignamente.</p> <p>Sobre este tópico la doctrina constitucional ha distinguido las normas internacionales que rigen la materia:</p> <p>“Así, el artículo 23 de la Declaración Universal de Derechos Humanos contempla en su numeral 3º que ‘toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social’. Esta norma, permite evidenciar que se trata de un derecho que protege la subsistencia de las personas, tanto del individuo como de su núcleo familiar y que, en principio, se satisface mediante la remuneración de la actividad laboral desempeñada. Otro elemento que se desprende del mencionado artículo es que no se trata de cualquier tipo de subsistencia, sino que la misma debe revestirse de tales calidades que implique el desarrollo de la dignidad humana.</p> <p>Empero, el concepto de mínimo vital es mucho más amplio que la noción de salario, cobijando incluso ámbitos como los de la seguridad social. Esto último ha sido reconocido por la legislación internacional. En efecto, la misma declaración estipula en el artículo 25 el derecho de toda persona a una subsistencia digna en los siguientes términos: ‘Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial [-que no exclusivamente-], la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)’. Lo anterior, también se denotó en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que estableció en el artículo séptimo, así como en el undécimo, el derecho de toda persona a contar con unas ‘condiciones de existencia dignas (...)’, al igual que el derecho a ‘(...) un nivel de vida adecuado (...)’ y a una mejora continua de las condiciones de existencia (...)’. En el mismo sentido también debe tenerse en cuenta el artículo 7º del Protocolo Adicional</p>	
--	---	--



	<p>a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), que establece el derecho a '(...) una remuneración que asegure como mínimo a todos los trabajadores condiciones de subsistencia digna y decorosa para ellos y sus familias (...)'.  (...)"</p> <p>2.3. Sentencia STC1311-2020</p> <p>"(...)</p> <p>No obstante, el legislador ha sido especialmente cuidadoso con la garantía del mínimo vital del asalariado. Por tal razón, no se autoriza el embargo de los emolumentos que éste devengue sin restricciones de ningún tipo, sino que la facultad de persecución del acreedor está limitada a valores y rubros predefinidos y se estableció la inembargabilidad de algunos ingresos.</p> <p>En tal sentido, el artículo 594 del Código General del Proceso consagra que no se podrán embargar "los salarios y las prestaciones sociales en la proporción prevista en las leyes respectivas. La inembargabilidad no se extiende a los salarios y prestaciones legalmente enajenados".</p> <p>A su turno, el artículo 154 del Código Sustantivo del Trabajo fijó como regla general que "no es embargable el salario mínimo legal o convencional", pero si procede la cautela parcial del excedente de ese monto, tal como lo precisa la disposición siguiente conforme a la cual el valor que supere el salario mínimo mensual "sólo es embargable en una quinta parte".</p> <p>El precepto 156 de la misma reglamentación señaló como excepción a las pautas precedentes la posibilidad de embargar cualquier clase de salario -aún el mínimo legal- "hasta en un cincuenta por ciento (50%) en favor de cooperativas legalmente autorizadas, o para cubrir pensiones alimenticias que se deban de conformidad con los artículos 411 y concordantes del Código Civil".</p> <p>Y el canon 344 consagró la inembargabilidad de las prestaciones sociales "cualquiera que sea su cuantía", salvo que se trate de "créditos a favor de cooperativas legalmente autorizadas y los provenientes de las pensiones alimenticias a que se refieren los artículos 411 y Concordantes del Código Civil, pero el monto del</p>	
--	--	--



	<p>embargo o retención no puede exceder del cincuenta por ciento (50%) del valor de la prestación respectiva”. (...)</p> <p>b) Accesibilidad económica a una alimentación adecuada: Sentencia T-029/14 “(…) <b>DERECHO FUNDAMENTAL A LA ALIMENTACION-Contenido y alcance</b> La alimentación adecuada es el derecho que tiene toda persona a tener acceso físico y económico a los elementos nutritivos específicos que requiere para su adecuado desarrollo físico y mental, es una garantía que se encuentra estrechamente vinculada con el derecho de toda persona a tener un nivel de vida adecuado y a estar protegida contra el hambre. La alimentación adecuada debe ser accesible a todos, aún más, si se trata de grupos vulnerables por su situación de pobreza o extrema pobreza, como los niños y niñas, a quienes el Estado debe prestarles atención prioritaria en los programas que promuevan su acceso a la alimentación. (...)</p> <p><b>5.5 EL CONTENIDO Y ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA ALIMENTACIÓN.</b> <b>5.5.1 Marco normativo internacional del derecho a la alimentación</b></p> <p>El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos consagra el derecho a tener un nivel de vida adecuado, cuya realización implica asegurar el derecho a la alimentación. Este instrumento dispone: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia... la alimentación... y los servicios sociales necesarios”</p> <p>Por su parte, el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) estableció la garantía a tener un nivel de vida adecuado, incluida la alimentación, y el derecho fundamental de todas las personas a estar protegidas contra el hambre.</p> <p>El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -intérprete autorizado del PIDESC- en su Observación general 12, fijó algunos lineamientos acerca de la naturaleza y alcance del derecho a la alimentación (DA). Para iniciar, aclaró que aunque en la mayoría de los países se reconocía la importancia de garantizar una alimentación balanceada, muchas personas en el mundo padecían hambre crónica no por falta de alimentos sino por la imposibilidad de acceder a estos, entre otras razones, por la situación de pobreza.</p>	
--	--	--





	<p>Más adelante, al definir el derecho a la alimentación expuso que éste "...se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla..." Además, explicó que el contenido de esta garantía no debe asimilarse únicamente al conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos específicos que necesita el ser humano, sino que también involucra el acceso físico a los alimentos a través de los medios económicos para obtenerlos. (...)</p> <p>Con respecto a la accesibilidad económica sostuvo que "...los costos financieros personales o familiares asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado deben estar a un nivel tal que no se vean amenazados o en peligro la provisión y la satisfacción de otras necesidades básicas... Los grupos socialmente vulnerables como las personas sin tierra y otros segmentos particularmente empobrecidos de la población pueden requerir la atención de programas especiales..." (...)</p> <p>Acerca del tipo de obligaciones para hacer efectivo el derecho humano a la alimentación como son las de respetar, proteger y realizar —esta última incluye la faceta de facilitar y hacer efectivo—, es importante hacer referencia al deber de realizar que consiste en que "...cuando un individuo o un grupo sea incapaz, por razones que escapen a su control, de disfrutar el derecho a una alimentación adecuada por los medios a su alcance, los Estados tienen la obligación de... (hacer efectivo) ese derecho directamente..."</p> <p>En este mismo sentido, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos ha aclarado que el derecho a la alimentación no equivale al derecho a ser alimentado de forma gratuita por el Estado, sino que significa la garantía de alimentarse con dignidad, lo cual puede lograrse mediante la producción de alimentos o la posibilidad de adquirirlos.</p> <p>En síntesis, la alimentación adecuada es el derecho que tiene toda persona a tener acceso físico y económico a los elementos nutritivos específicos que requiere para su adecuado desarrollo físico y mental, es una garantía que se encuentra estrechamente vinculada con el derecho de toda persona a tener un nivel de vida adecuado y a estar protegida contra el hambre. De otro lado, para la realización de este derecho no es suficiente con que exista disponibilidad de calorías, proteínas y otros nutrientes en el mercado —cuando no son producidos directamente por quien los va a consumir— sino que involucra la posibilidad que tiene el individuo o la familia de contar con los recursos económicos para adquirirlos. Dicho de otro modo,</p>	
--	--	--



	<p>es el derecho a alimentarse con dignidad, lo cual presupone el acceso no sólo físico sino también económico a los elementos nutritivos.</p> <p>Sin embargo, cuando una persona o grupo no puede proveerse por sus propios medios la alimentación que requiere, por causas ajenas a su voluntad, como sería el caso de encontrarse en una situación vulnerable por ausencia de medios económicos, el Estado tiene la obligación de realizar (lo cual se torna en un deber de cumplimiento inmediato) este derecho directamente, mediante diversos programas que atiendan las necesidades nutricionales al mayor número de beneficiarios mientras se adoptan las medidas estructurales (por ejemplo, acceso al mercado laboral) que rompan los niveles de dependencia que pueden generarse con estas poblaciones.</p> <p>En consecuencia, la alimentación adecuada debe ser accesible a todos, aún más, si se trata de grupos vulnerables por su situación de pobreza o extrema pobreza, como los niños y niñas, a quienes el Estado debe prestarles atención prioritaria en los programas que promuevan su acceso a la alimentación.</p> <p>(...)"</p> <p>c) Acceso a tierras; Sentencia C-623 de 2015</p> <p>"(...)</p> <p>7. El alcance del artículo 64 de la constitución.</p> <p>7.1. El artículo 64 Superior establece que "[e]s deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos" (énfasis añadido).</p> <p>De ello se deriva, por una parte, el derecho de la población agraria a tener una calidad de vida adecuada, así como su derecho al territorio —que implica acceso a la tierra—; y por otra, la correlativa obligación del Estado de garantizar esos derechos.</p> <p>7.2. Este artículo fue producto del reconocimiento de los constituyentes de 1991 de la mayor vulnerabilidad -por razones económicas, sociales y culturales, entre otras- que enfrenta la población rural, y la importancia de promover el desarrollo del campo.</p>	
--	---	--



	<p>Al respecto, en la ponencia presentada para primer debate en plenaria, se afirmó lo siguiente:</p> <p>“...La tierra como bien productivo se sustrae en alto grado del racional aprovechamiento social, originado por una inadecuada apropiación territorial, que se expresa en la concentración latifundista, dispersión minifundista y colonización periférica depredadora. Esta concurrencia de factores negativos hace que las necesidades de la población se hallen insatisfechas ante la ausencia de un desarrollo integral equitativo, sostenido y armónico, que permita el pleno empleo de los recursos productivos desde el punto de vista estratégico, económico y social...</p> <p>Se busca, por lo tanto, una democratización de la propiedad, entendida como el derecho al acceso productivo, incorporando diversas formas de tenencia y organización privada, familiar y asociativa de la economía solidaria, articulando este proceso como parte integral de la asistencia técnica, la educación y formación de los trabajadores del campo...”.</p> <p>7.3. Sobre el contenido del artículo 64 Superior, esta Corporación ha emitido varios pronunciamientos. En la Sentencia C-595 de 1995, acerca de la adjudicación de bienes baldíos como una de las formas de garantizar el acceso a la tierra de la población agraria, se expuso que esa figura “... tiene como objetivo primordial, permitir el acceso a la propiedad de la tierra a quienes carecen de ella, pues es requisito indispensable, según la ley acusada, que el presunto adjudicatario no posea otros bienes rurales, ni tenga ingresos superiores a mil salarios mínimos mensuales (arts. 71 y 72 ley 160/94), como también contribuir al mejoramiento de sus recursos económicos y, obviamente, elevar su calidad de vida...”.</p> <p>La Sentencia C-536 de 1997 hizo referencia a las razones que justificaban limitar la adquisición de tierras más allá de la Unidad Agrícola Familiar en razón a la función social de la propiedad como manifestación del artículo 64 Superior, pues, por un lado, el Estado puede garantizar el derecho al territorio mediante el acceso a la tierra a más campesinos, y de otro, impedir la concentración de la propiedad o su fraccionamiento antieconómico; en concreto, sostuvo: “...Por lo tanto, este límite a la adjudicación guarda congruencia con el precepto acusado, que prohíbe a toda persona adquirir la propiedad de terrenos inicialmente adjudicados como baldíos si la respectiva extensión excede de una UAF, precepto que consulta la función social de la propiedad que comporta el ejercicio de ésta conforme al interés público social y constituye una manifestación concreta del deber del Estado de promover el acceso progresivo a</p>	
--	---	--



	<p>la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios...con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos` (C.P., art. 64).</p> <p>Es evidente que, si se limita la posibilidad de adquirir la propiedad de los baldíos, o la que se deriva de un título de adjudicación de baldíos a una UAF, como lo prevé el acápite normativo acusado, más posibilidades tendrá el Estado de beneficiar con dicha propiedad a un mayor número de campesinos, aparte de que se logrará el efecto benéfico de impedir la concentración de la propiedad o su fraccionamiento antieconómico...”.</p> <p>(...)”</p> <p>2. Sentencia 077 de 2017</p> <p>“(...) DERECHO DE ACCESO A LA TIERRA DE LOS CAMPESINOS Y TRABAJADORES RURALES-Régimen de baldíos/DEBER DEL ESTADO DE PROMOVER EL ACCESO PROGRESIVO A LA PROPIEDAD DE LA TIERRA DE TRABAJADORES AGRARIOS-Contenido/DEBER DEL ESTADO DE PROMOVER EL ACCESO PROGRESIVO A LA PROPIEDAD DE LA TIERRA DE TRABAJADORES AGRARIOS-Jurisprudencia constitucional DERECHO AL ACCESO A LA TIERRA-Dimensiones</p> <p>Este Tribunal señaló que nuestro ordenamiento jurídico protege tres dimensiones del derecho al acceso a la tierra. (i) La garantía de la seguridad jurídica de las diferentes formas de tenencia de la tierra, lo que incluye el respeto por la propiedad, la posesión, la ocupación, la mera tenencia, entre otras. (ii) Acceso a los bienes y servicios que permitan realizar los proyectos de vida de la población rural, como educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial. (iii) Acceso a propiedad de la tierra a través de distintos mecanismos, como la titulación individual, colectiva o mediante formas asociativas; concesión de créditos a largo plazo; creación de subsidios para la compra de tierra; y desarrollo de proyectos agrícolas”.</p> <p>(...) Nuestro ordenamiento jurídico no reconoce a los campesinos y trabajadores agrarios, per se, como sujetos de especial protección constitucional; no obstante, a nivel jurisprudencial se han establecido algunos criterios bajo los cuales adquieren esta condición. El primero de ellos se encuentra relacionado con el nivel de marginalización y vulnerabilidad socioeconómica que los ha afectado</p>	
--	---	--



	<p>tradicionalmente. La Constitución Política de 1991, al igual que la jurisprudencia de esta Corporación, reconoce la situación de marginalización y vulnerabilidad que afecta a la población campesina y a los trabajadores rurales en el país. El artículo 64 de la Carta establece así que el Estado tiene el deber de adoptar una serie de medidas en materia de acceso a tierras y a otros servicios públicos (i.e. salud, vivienda, seguridad social, créditos) con el fin de mejorar el ingreso y la calidad de vida de los campesinos. Lo anterior, bajo el entendido de que la explotación irracional e inequitativa de la tierra, basada en la concentración latifundista, la dispersión minifundista y la colonización periférica depredadora, impide que la población campesina satisfaga de manera adecuada sus necesidades. La jurisprudencia constitucional, por su parte, ha reiterado que los campesinos y trabajadores agrarios son una población vulnerable que se ha encontrado históricamente invisibilizada y, con ello, tradicionalmente condenada a la miseria y la marginación” por razones económicas, sociales, políticas y culturales. Esta Corte, por lo tanto, ha considerado que “dentro de la categoría de campesinos se encuentran algunos sujetos que gozan de especial protección constitucional como los hombres y mujeres campesinos en situación de marginalidad y pobreza.</p> <p>El segundo criterio se fundamenta en que algunos segmentos de la población campesina ya han sido considerados por la jurisprudencia, por sí mismos, como población vulnerable que merece una especial protección constitucional. Así ocurre, por ejemplo, con la población desplazada por la violencia, las madres cabeza de familia, los menores, el adulto mayor, y aquellas comunidades campesinas que dependen de los recursos naturales para su subsistencia y para su identidad cultural, teniendo en cuenta que se trata, en su mayoría, de personas con bajos ingresos.</p> <p>(...)</p> <p>75. En este contexto, el legislador al dictar medidas que tengan un impacto sobre el acceso a tierras de los trabajadores agrarios debe tener en cuenta que (i) los campesinos son sujetos de especial protección, que han permanecido invisibilizados históricamente y que viven en condiciones de vulnerabilidad, (ii) el campo es un bien jurídico especialmente protegido por la Constitución, (iii) el derecho a la tierra y al territorio son derechos fundamentales. Los tres ejes anteriores, están sustentados en la finalidad constitucional de garantizar a los trabajadores agropecuarios (iv) la realización de su derecho a la igualdad material. Actualmente, en el sistema jurídico colombiano, la Ley 160 de 1994 es la que regula lo relacionado con</p>	
--	--	--



	<p>el acceso progresivo a la tierra, está “inspirada en el precepto constitucional según el cual es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios y a otros servicios públicos rurales, con el fin de mejorar el ingreso y la calidad de vida de la población campesina”. Debido a lo anterior, la Ley 160 de 1994 es un parámetro para analizar si las medidas legislativas adoptadas con posterioridad a dicha normativa son regresivas o no”. (Subraya fuera de texto)</p> <p>(...)”</p> <p>d) Derecho al agua. Sentencia T-223 de 2018</p> <p>“(...)”</p> <p><b>DERECHO FUNDAMENTAL AL AGUA POTABLE-Naturaleza y alcance</b></p> <p>Al ser el agua una necesidad básica y un elemento indispensable para la existencia del ser humano, la jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido que este derecho fundamental, tiene un carácter: (i) universal, por cuanto todos y cada uno de los hombres y mujeres, sin discriminación alguna, requieren de este recurso para su subsistencia; (ii) inalterable, ya que en ningún momento puede reducirse o modificarse más allá de los topes biológicos; y (iii) objetiva, puesto que no tiene que ver con la percepción subjetiva del mundo o de subsistencia, sino que se instituye como una condición ineludible de subsistencia para cada una de las personas que integran el conglomerado social.</p> <p><b>DERECHO FUNDAMENTAL AL AGUA-Obligaciones del Estado para garantizar disponibilidad, accesibilidad, calidad del servicio de agua y no discriminación en la distribución</b></p> <p>Al Estado le corresponde el deber de garantizar la provisión del servicio de agua, en principio, a través del municipio, quien debe asegurarse de la prestación efectiva del servicio de acueducto, y cuando no hubiere la infraestructura necesaria para ello, ofrecer soluciones alternativas de mediano y largo plazo que garanticen el acceso al recurso hídrico para consumo humano.</p> <p><b>SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS Y ACCESO AL SERVICIO DE ACUEDUCTO-Naturaleza e importancia de los acueductos comunitarios</b></p> <p>Los acueductos comunitarios son organizaciones para proveer a la comunidad local de la necesidad básica del agua, en muchos casos, ante la ausencia de dispositivos estatales adecuados para asegurar la prestación del servicio o ante la indiferencia de actores privados para desplegar su actividad económica en la zona. Estas formas</p>	
--	---	--



	<p>organizativas reflejan, en muchos casos, la construcción de institucionalidad local, a través de la participación directa de los habitantes de una región ante un estado de necesidad.</p> <p>DERECHO AL AGUA POTABLE-Orden a alcaldía municipal suministrar en forma continua agua potable a la accionante y su núcleo familiar por el medio que considere más idóneo (...)"</p> <p>2. Sentencia T-012 de 2019</p> <p>"(...)</p> <p>DERECHO AL AGUA POTABLE Y DERECHO AL SANEAMIENTO BASICO-Jurisprudencia constitucional</p> <p>DERECHO AL AGUA POTABLE Y DERECHO AL SANEAMIENTO BASICO-Facetar</p> <p>El agua potable y el saneamiento básico tienen en el ordenamiento jurídico colombiano dos facetas que generalmente confluyen: (i) como derechos fundamentales y (ii) como servicios públicos domiciliarios. Sobre la primera faceta, quedo explicado que el agua y el saneamiento son derechos fundamentales profundamente relacionados con la dignidad humana y su efectiva realización está supeditada al cumplimiento de unas condiciones mínimas de acceso. Sobre la segunda faceta, es claro que la mejor alternativa para garantizar los derechos al agua potable y al saneamiento básico es la prestación de servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado.</p> <p>PRESTACION DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS-Contribuye directamente a los fines sociales del Estado</p> <p>SERVICIOS PUBLICOS-Pueden ser prestados por el Estado, de manera directa o indirecta, por intermedio de comunidades organizadas o por particulares</p> <p>DERECHO AL AGUA POTABLE Y DERECHO AL SANEAMIENTO BASICO-Garantía</p> <p>La plena garantía de agua potable y de saneamiento básico se constituye como una medida indispensable para la efectiva realización del Estado Social de Derecho. De esta manera, la fórmula estatal centrada en la dignidad humana podrá trascender el plano teórico e incidir en la vida de las personas, contribuyendo a la transformación positiva de contextos de pobreza y desigualdad sistemáticos</p> <p>DERECHO AL AGUA POTABLE Y DERECHO AL SANEAMIENTO BASICO-Constituyen derechos fundamentales autónomos de las personas sin los cuales la vida, la salud, y la dignidad se verían comprometidas.</p>	
--	--	--





	<p>(...)</p> <p>3.1.11. De lo hasta aquí expuesto, puede afirmarse entonces que la naturaleza jurídica del derecho al agua como fundamental "deviene de su consagración en un instrumento internacional de derechos humanos, el cual ha sido ratificado por el Estado Colombiano, y cuyo ejercicio no puede limitarse ni siquiera en los estados de excepción. Por tanto, integra el denominado bloque de constitucionalidad".</p> <p>(...)"</p>	
--	--	--

**Señales de Progreso**

	<p><b>- Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.</b></p> <p>Las traducciones en lenguas indígenas son relevantes porque hacen parte de las estrategias para el diálogo cultural con los pueblos indígenas, son herramienta de reconocimiento y visibilización que promueven el derecho a la igualdad de oportunidades y aseguran el uso del principio de no discriminación. Son herramientas de gestión del conocimiento para las comunidades o pueblos partícipes, porque garantizan que los pueblos indígenas puedan tener acceso a la información en sus propias lenguas: información comprensible, acorde a sus competencias lingüísticas y comunicativas. Por ello las traducciones buscan, por un lado, el acceso a la información clave para la garantía de los derechos fundamentales de las comunidades y, del otro lado, realizar un proceso participativo que fortalezca a la propia comunidad.</p> <p>El Ministerio de Cultura facilita dichas traducciones en reconocimiento a los pueblos indígenas como sujetos de derecho, es una apuesta para la realización de los derechos culturales de los 850.000 hablantes de lenguas nativas y criollas.</p> <p>En este sentido, el Ministerio ha facilitado traducciones a lenguas indígenas de una serie de Leyes de la República, sentencias y autos judiciales referentes a la protección y el ejercicio efectivo de los derechos de los pueblos indígenas. Con el apoyo de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz de la Presidencia de la República, se facilitó la traducción escrita del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto Armado a 42 lenguas indígenas y en audio a 16 lenguas indígenas. También se facilitó la traducción de material pedagógico sobre el proceso de paz en 16 lenguas indígenas, para ayudar a entender el contenido de los Acuerdos.</p> <p>Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria de salud pública ocasionada por el COVID-19, como estrategia de prevención frente a la pandemia entre los grupos étnicos, se realizó la traducción de</p>	
--	--	--



	mensajes alusivos al cuidado individual y colectivo, en 19 lenguas nativas de 17 departamentos y 10 ciudades. Estas traducciones se difundieron en 353 emisoras indígenas y comunitarias, 80 emisoras de la Red de Radio Universitaria de Colombia, 10 emisoras indígenas de la Red de Emisoras Indígenas del Putumayo y las Emisoras Rurales del Ejército Nacional	
--	---	--

### ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN

<p><b>- Existencia de una encuesta nacional que mida las condiciones nutricionales de la población atendiendo la diversidad cultural.</b> En concordancia con los lineamientos de política pública establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”, el documento CONPES 113 de 2008 - , el Modelo de Enfoque Diferencial del ICBF y los imperativos del documento Marco General de Orientaciones de Política Pública y Lineamientos Técnicos de Atención Diferenciada en materia de Familia Infancia y Adolescencia de Grupos Étnicos, el ICBF desarrolló el Estudio Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia- ENSANI. El ENSANI ha sido diseñado e implementado con enfoque diferencial para cada uno de los pueblos indígenas, teniendo en cuenta que las particularidades territoriales, culturales, socioeconómicas e históricas de cada pueblo configuran realidades nutricionales y alimentarias diversas. Con este enfoque colectivo, territorial y diferencial se han incorporado elementos metodológicos y analíticos que amplían la visión sobre la situación alimentaria y nutricional de los pueblos estudiados.  El “Estudio Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia tiene el propósito de caracterizar y analizar, desde una perspectiva territorial, intercultural y relacional, la situación alimentaria y de salud nutricional de los pueblos indígenas residentes en</p>	<p><b>- Jornadas pedagógicas realizadas por entidades estatales para el fortalecimiento de las capacidades de interpretación estadística para el público en materia alimentaria.</b> Con los resultados de la ENSIN 2015, el ICBF realizó la presentación de los resultados de la encuesta a las 33 regionales del ICBF con el fin que estos resultados fueran utilizados y analizados en los planes de desarrollo a nivel departamental. En este espacio participaron aproximadamente 40 personas.  Así mismo, se realizaron talleres de socialización y apropiación, de la información contenida en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional - ENSIN, teniendo en cuenta los determinantes estructurales. El objetivo fue desarrollar 5 talleres, en las ciudades de Bogotá, Leticia, Santa Marta, Tunja y Yopal en la que participaron aproximadamente 100 personas. Los talleres consistieron en socializar los resultados de la ENSIN, desarrollar una actividad que permitió la participación de todos los asistentes en la que se analizaron los indicadores que se consideraron más críticos en cada región y se plantearon cuáles podrían ser los determinantes por los que se daba estas situaciones, ante los cuales se propusieron acciones para poderlos resolver. Este taller permitió fortalecer capacidades en la interpretación y análisis de datos obtenidos con la ENSIN, con el fin que fueran abordados en la construcción de los planes de desarrollo departamental.  <b>- Existencia de programas de divulgación y promoción del derecho a la alimentación. Atendiendo la diversidad cultural.</b> El ICBF en el marco de su competencia misional realiza actividades de sensibilización y socialización de temáticas relacionadas al derecho a la alimentación, con el fin de promover y divulgar el nuevo enfoque de la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Este proceso se realiza por medio de:</p>	<p><b>- Programas de educación, información y comunicación para promover una alimentación saludable.</b> Sí, la promoción de alimentación saludable a través de estrategias de Información, Educación y Comunicación, se realiza en el marco de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, las cuales son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación de la enfermedad. En este contexto, el Ministerio expidió la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019, la cual establece acciones de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo a sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación de la Política de Atención Integral en Salud, entre ellas la promoción de la alimentación saludable. Adicionalmente, se formuló la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, la cual tiene un apartado de alimentación</p>
---	---	--



<p>el país, a partir de las prácticas, concepciones y configuraciones territoriales, políticas, económicas y socioculturales que los determinan, con el fin de realizar un aporte a la orientación de las políticas públicas y a las decisiones del gobierno propio de los pueblos.</p> <p>El Estudio indaga por las diferentes dimensiones del problema alimentario y nutricional de los distintos pueblos e incorpora elementos de orden coyuntural y estructural, que permiten enriquecer el debate sobre los aportes de la seguridad alimentaria a los problemas graves de la desnutrición y las condiciones que afectan o facilitan la autonomía alimentaria.</p> <p>La ENSANI se ha realizado en los siguientes pueblos indígenas: Pueblo Amorúa, Pueblo Maibén Masiware, Pueblo Sáliba, Pueblo Sikuaní, Pueblo Tsiripu, Pueblo Waüpijiwi, Pueblo Wamonae, Pueblo Wayuú, Pueblo Yamalero, Pueblo Yaruro.</p> <p>El ICBF en el marco del cumplimiento de las sentencias de la Corte Constitucional, continua el desarrollo de la ENSANI en otros pueblos indígenas y con la concertación de sus comunidades, en el 2019 avanzó con el pueblo Ette Ennaka, Quillasinga y Yanacona, sin embargo, hasta que no se realice la socialización de sus resultados no se podrá presentar esta información</p> <p><b>- La encuesta nacional sobre las condiciones nutricionales permite las siguientes desagregaciones con significancia estadística:</b>  a. Rural/Urbana, b. Por sexo, c. Por divisiones político-administrativas, d. Por grupos etarios, e. Por grupos étnicos, f. Para población con discapacidad, y g. Por deciles de ingreso.</p>	<p>Asistencia técnica a regionales ICBF: Se brinda asistencia técnica a profesionales referentes (aproximadamente 130 personas) de las 33 regionales de ICBF, con el fin de fortalecer de capacidades sobre “Derecho Humano a la Alimentación: conceptualización, marco normativo y aplicación territorial”. En este proceso también se tienen en cuenta la participación de los comités departamentales de Seguridad Alimentaria y Nutricional.</p> <p>Alianzas estratégicas: se suscriben convenios con entidades académicas u organismos internacionales. Durante durante el 2019 en estos convenios cumplieron tres objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de capacidades en derecho humano a la alimentación: permitió identificar el interés por los territorios frente el enfoque de derechos y puntualmente, frente al derecho a la alimentación y sus escalas de realización. Adicionalmente fue el insumo para incorporar la visión de los territorios desde tres niveles de desarrollo regional diferentes, que se leen desde la SAN base del CONPES 113 de 2018, hasta la Ciudadanía Alimentaria que incorpora el DHA y la complementariedad SAN con Soberanía Alimentaria. Este fortalecimiento se realizó a comités departamentales liderados por entidades departamentales y al equipo de ICBF de territorio.</li> <li>• “Estrategia de fortalecimiento de capacidades técnicas en Derecho Humano a la Alimentación (DHA)” dirigida a la institucionalidad local que conforma los Comités Territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la sociedad civil organizada y los profesionales del ICBF de las respectivas regionales. Esta estrategia permite a los actores institucionales y sociales de los territorios y el nivel nacional, la incorporación y apropiación del Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) con énfasis en el Derecho a la Alimentación Adecuada en sus procesos de planeación y formulación de intervenciones en seguridad alimentaria y nutricional, paso indispensable para la óptima armonización hacia el Sistema nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional establecido en el PND 2018-2022.</li> <li>• Estrategia de adaptación territorial de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAs) para la población colombiana: se realizó en dos grupos étnicos, Rom de Bogotá y Pijaos del Tolima, con el fin de tener en cuenta un enfoque diferencial ya que la particularidad de los territorios, sus diferencias en consumo y hábitos ameritan un tratamiento singular a la hora de ejecutar acciones de Educación Alimentaria y Nutricional (EAN).</li> </ul>	<p>saludable con la promoción de alimentos naturales y frescos y la disminución de consumo de nutrientes de interés en salud pública (sodio, grasas, azúcares). <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigita/1/RIDE/VS/PP/SNA/manual-facilitador-estrategia-informacion-seguridad-alimentaria.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigita/1/RIDE/VS/PP/SNA/manual-facilitador-estrategia-informacion-seguridad-alimentaria.pdf</a></p> <p>Como herramienta nacional para la alimentación saludable se formularon las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana, la cual busca contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de 9 mensajes comprensibles, y orienta a familias, educadores, asociaciones de consumidores, medios de comunicación e industria de alimentos, entre otros actores sociales, sobre cómo debe ser su alimentación. Igualmente, proporciona el número y tamaño de porciones por cada grupo de edad y género recomendadas en el marco de una alimentación saludable, a través del consumo variado y balanceado de 6 grupos de alimentos: Cereales, raíces, tubérculos y plátanos, frutas y verduras, carnes, leguminosas y semillas, leche y derivados lácteos, grasas y azúcares. Esta herramienta se viene implementado de manera territorial a través de estrategias de información, educación y comunicación. <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigita/1/RIDE/VS/PP/SNA/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigita/1/RIDE/VS/PP/SNA/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf</a></p> <p>Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional del ICBF: tiene como principal objetivo fortalecer en los agentes educativos comunitarios e institucionales del ICBF las capacidades técnicas y el uso de las herramientas educativas necesarias que les permita orientar y promover en las familias colombianas la adopción de estilos de vida y prácticas de alimentación saludable, culturalmente apropiadas, que contribuyan a la prevención de la malnutrición y la aparición de enfermedades asociadas a la alimentación. En el marco de esta estrategia para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables han</p>
--	--	--



<p>La ENSIN 2015 es la operación estadística de referencia nacional en torno a la situación nutricional de la población colombiana; hace parte de las encuestas poblacionales de interés estratégico para la política pública y es un insumo fundamental para medir la evolución en términos de los indicadores de seguridad alimentaria y nutricional. El objetivo de la encuesta es analizar la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana enmarcada en el modelo de determinantes sociales definidos para la ENSIN 2015, como insumo para la formulación, seguimiento y reorientación de políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional para Colombia.</p> <p>La ENSIN es una investigación que permite recolectar información sobre algunos de los determinantes estructurales, intermedios y singulares que en su interacción definen la situación nutricional de la población. Los determinantes mencionados, para efectos del diseño técnico y operativo se plantearon en 6 componentes temáticos y 4 subcomponentes que los integran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente temático de Población, territorio, condiciones socioeconómicas, salud y oferta social</li> <li>• Componente temático de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria:</li> <li>• Componente temático de situación nutricional por Antropometría</li> <li>• Componente temático de Seguridad alimentaria, hábitos alimentarios e Ingesta Dietética</li> <li>• Componente temático de actividad física y patrones sedentarios - Fuerza prensil</li> <li>• Componente temático de vitaminas y minerales de interés en salud pública</li> </ul> <p>Así mismo, estos componentes se analizaron por momentos del curso de vida, y permitió realizar el análisis de equidad con indicadores por sexo,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuesta de Curso “Derecho a la Alimentación para un país mejor”: este curso es un aporte al proceso de formación y cualificación técnica de los servidores públicos, y colaboradores del ICBF y líderes/as sociales que participan en los escenarios nacionales y territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, tiene como objetivo generar fortalezas técnicas para la gestión y análisis de las acciones de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional en los servidores públicos y colaboradores del ICBF como camino para la consolidación de la paz territorial.</li> </ul> <p><b>- Número de campañas realizadas por el Estado para propiciar hábitos alimenticios sanos en los últimos cinco años.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (2012): “Generación más”, dirigida especialmente a público adolescente. Esta campaña de información fue realizada con ocasión de la celebración del día mundial sin tabaco del año 2012 y consta de un comercial de televisión que ha sido transmitido en horario triple A y por una serie de elementos publicitarios tales como manillas afiches y stickers.</li> <li>2. (2013): Plan A: Promoción de Actividad física, alimentación saludable, agua saludable, amamantar. 5 mensajes en televisión nacional y regional. 10 cuñas radiales en emisoras de cobertura nacional. Spots comerciales, cartillas</li> <li>3. (2012): Diseño y producción de una estrategia nacional de información, educación y comunicación pública para la promoción de estilos de vida saludable, prevención y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles – ECNT.</li> <li>4. (2013): Emisión de tres mensajes para radio y tres mensajes para televisión, en el que se promocionan estilos de vida saludable. 100 mensajes en televisión en canales nacionales distribuidos en las diferentes franjas de programación. 700 mensajes en las diferentes franjas de programación. Mínimo se debe contar con 8 canales regionales. 35.000 mensajes, mínimo durante 45 días en emisoras con cobertura nacional y emisoras regionales, comunitarias y de interés público.</li> <li>5. (2017): Infografías sobre promoción de consumo de frutas y verduras. Se realizaron piezas comunicacionales en trabajo articulado con Minagri-cultura sobre la promoción de consumo de frutas y verduras, las cuales se transmitieron por redes sociales. El ICBF, viene adelantando campañas que promueven hábitos alimentarios saludables tanto en los programas misionales y para la población general entre estas se encuentra:</li> </ol>	<p>participado 16.772 agentes de la meta de cuatrienio que serán 60.400. Así mismo, esta estrategia se implementa en los servicios de las misionales de Primera Infancia, Nutrición, entre otros. Así mismo, cúpleme con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y aporte para el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el objetivo 2: “Poner fin al hambre”.</p> <p>Curso Guías Alimentarias para la Población Colombiana - GABAS: tiene como objetivo formar multiplicadores de las GABAS para la población colombiana mayores de 2 años, a partir de la presentación de los elementos fundamentales que permitan comprender la base conceptual y metodológica de su construcción y los retos de su implementación en los diferentes escenarios en el marco de la Educación Alimentaria y Nutricional.</p> <p>Curso Virtual Lactancia Materna: el curso dirigido a profesionales de Nutrición y dietética del ICBF de las diferentes regionales del país y a operadores de los servicios. Tiene el objetivo de generar componentes de Consejería en la lactancia materna en los profesionales para fortalecer los procesos de promoción, apoyo y protección de la lactancia materna en niños menores de dos años.</p> <p>Curso Conceptos básicos de las Recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana: Tiene el propósito de presentar el proceso de actualización de las RIEN para Colombia y realizar la capacitación en los conceptos básicos introducidos en su determinación, sus limitaciones y retos para aplicarlas en diferentes escenarios de la actividad del Nutricionista Dietista, iniciando su formación como multiplicador de estos conocimientos.</p>
--	---	---



índice de riqueza, y territorio (desde las regiones y concentración poblacional y etnia).

**- Encuesta de consumos de alimentos de la población.**

Por medio de la ENSIN 2015, incluyo el subcomponente de ingesta dietética y Prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública: registro de alimentos al detalle en cantidades y volúmenes, tipos de preparación, lugar de consumo y horarios de alimentación, de las 24 horas anteriores al día de la visita. Adicionalmente, aplicación de un instrumento de frecuencia de consumo de alimentos correlacionados con la situación nutricional. El análisis que se genera de esta información tuvo en cuenta el curso de vida desde la primera infancia hasta los adultos de 18 a 64 años y las variables de equidad como sexo, concentración de población, regiones, ente otros.

**- Existencia de un censo agropecuario que monitoree la dinámica de la producción de distintos sectores.**

El DANE realizó durante los años 2013 y 2014 el tercer Censo Nacional Agropecuario (CNA), por medio de esta operación estadística se obtuvo información estadística estratégica, georreferenciada y actualizada del sector agropecuario, forestal, acuícola, pesquero y sobre aspectos ambientales; así como sobre los productores agropecuarios y la población residente en el área rural para la toma de decisiones y la estructuración del Sistema Estadístico Agropecuario -SEA. Este censo se realizó en la totalidad del área rural del país, abarcando los 1.101 municipios, 20 Áreas No Municipalizadas (o corregimientos departamentales) y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Los resultados definitivos del CNA 2014, se encuentran disponibles en el siguiente enlace:

Mis manos te enseñan: estrategia institucional que tiene el objetivo de acompañar a las familias colombianas para generar acciones y experiencias enriquecedoras que permitan compartir tiempo en familia, estrechar vínculos afectivos y hacer del hogar un entorno protector. Este es un espacio tanto virtual, por programa radial y televisión de aprendizaje donde los cuidadores encontrarán prácticas de crianza positiva para interactuar con sus niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con su edad, así como consejos, orientaciones y recomendaciones de cuidados, prevención de riesgos, resolución de conflictos y sana convivencia en el hogar. Todo esto y mucho más aparece en la sección 'Cuidadores'. Así mismo, brinda una serie de actividades lúdicas y pedagógicas dirigidas a niños, niñas y adolescentes segmentados por rangos de edad para disfrutar, aprender y divertirse en familia. Esta estrategia establece acciones en los diferentes cursos de la niñez y adolescencia: En la sección 'Primeros Pasos - 0 a 5 años', encontrarán orientaciones para potenciar el desarrollo de los niños y niñas en la primera infancia, incluso desde la gestación, a través de videos, audiocuentos, libros y juegos que permiten estimular la creatividad, la imaginación, la motricidad y los vínculos sociales y afectivos. En las secciones 'Enséñame - 6 a 12 años' y 'Sacúdete - 12 a 17 años' aparecen contenidos dirigidos a usuarios en estos rangos de edad, entre ellos manualidades, juegos, lecturas, actividades lúdicas, orientaciones y consejos para prevenir riesgos en la infancia y la adolescencia. Finalmente, y teniendo en cuenta que la nutrición es un factor esencial para el bienestar de las familias, la educación alimentaria y nutricional, fortaleciendo es un tema de interés para el desarrollo de los niños y niñas de las familias y de la población colombiana.

Componentes de Alimentación y Nutrición en servicios de ICBF: a través de programas de atención PI se desarrolla el componente de nutrición, el cual incluye un módulo de Educación alimentaria y Nutricional. En la modalidad 1000 días para cambiar el mundo, cuenta con el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables que contempla atenciones que contribuyen a la promoción del derecho a la alimentación y la nutrición, en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional a través del desarrollo de acciones tendientes al mejoramiento y mantenimiento del adecuado estado nutricional de la niña, niño o mujer gestante. Las acciones a desarrollar tienen como base los procesos de educación alimentaria y nutricional abordados a partir de las herramientas disponibles para





<p><a href="https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/agropecuario/censo-nacional-agropecuario2014#7">https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/agropecuario/censo-nacional-agropecuario2014#7</a> Donde se encuentra la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Libro de resultados del 3°CNA 2014 (Tomo 1: Memorias; Tomo 2: Resultados; Tomo 3: Mapas).</li><li><input type="checkbox"/> Visor geográfico de resultados</li><li><input type="checkbox"/> Presentaciones por temáticas</li><li><input type="checkbox"/> Boletines Técnicos</li><li><input type="checkbox"/> Cuadros Anexos por departamento y municipio</li></ul> <p><b>- Existencia de un portal virtual público de la entidad que administra las estadísticas a nivel nacional donde se presentan de forma periódica los principales resultados de las encuestas en el tema alimentario y nutricional.</b></p> <p>Se cuenta con los siguientes portales: <a href="http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/agropecuario">http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/agropecuario</a></p> <p>Además, el ICBF cuenta con una página en la que se relacionan las ENSIN. <a href="https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional">https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional</a></p> <p>Así mismo, la ENSIN 2015 cuenta con la siguiente página: <a href="http://www.ensin.gov.co/">http://www.ensin.gov.co/</a></p> <p><b>- Existencia de un mecanismo de información para que el sector productivo agropecuario conozca las variaciones climáticas y en las condiciones del entorno.</b></p> <p>El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en asocio con el Centro Internacional para la Agricultura Tropical – CIAT, la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación - FAO, la institucionalidad del sector, los Gremios de la producción agropecuaria, y el</p>	<p>desarrollar este tipo de actividades, principalmente, las GABAS y el Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional. Semana de estilos de vida saludable. Septiembre Semana de lactancia materna. Agosto</p>	
---	--	--



Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia (IDEAM), desde el año 2015, iniciaron un proceso de coordinación interinstitucional orientado a la Conformación de Mesas Agroclimáticas a nivel Nacional y Regionales, que se reúnen mensualmente para revisar las predicciones y pronósticos agroclimáticos de las siguientes semanas y meses, que sirven para orientar las decisiones de los productores agropecuarios respecto a sus cultivos y actividades pecuarias.

Las Mesas Agroclimáticas se convirtieron en una herramienta efectiva para reducir el riesgo climático del sector agrícola y aumentar la resiliencia de los agricultores frente a la variabilidad climática. Este enfoque ha informado con éxito la política en Colombia para reducir el riesgo agroclimático al ser incluido en su Contribución Nacional Determinada, que busca lograr el establecimiento de al menos 15 Mesas para promover la adaptación al cambio y a la variabilidad climática del sector agrícola colombiano y promover la seguridad alimentaria entre las comunidades agrícolas locales.

Como resultado de estas mesas se emiten Boletines Agroclimáticos Nacionales y Regionales, que contienen además de las predicciones y pronósticos, recomendaciones realizadas por los representantes de cada gremio para el manejo de los mismos por parte de los agricultores. Con el uso de estos boletines se orienta la producción teniendo en cuenta las recomendaciones que en estos se encuentran cada mes. A la fecha, están funcionando 9 mesas agroclimáticas y varios gremios se han fortalecido en este sentido y generan recomendaciones para sus productores, entre ellos la Federación Nacional de Cultivadores de Cereales – FENALCE, la Federación Nacional de Arroceros – FEDEARROZ, la Federación Nacional de





Cafeteros – FEDERACAFE, la Federación Nacional de Ganaderos – FEDEGAN, entre otros gremios de la producción agropecuaria; así mismo los boletines emitidos hasta el momento han sido consultados por cerca de 500 mil productores del campo para que tomen decisiones acertadas en materia de agricultura climáticamente inteligente.

Por otro lado, a través del link <https://www.agronet.gov.co/Paginas/inicio.aspx> en la sección AGROCLIMA se puede acceder a diferentes herramientas para conocer los pronósticos climáticos y recomendaciones para adaptar los cultivos a diferentes condiciones climáticas.

**- Existencia de mecanismos públicos de divulgación de precios para el fomento de la competencia en los siguientes medios: i) Prensa; ii) Televisión; iii) Radio; iv) Internet.**

la Ley 1480 de 2011 establece la información pública de precios como una obligación a cargo de productores y proveedores de suministrar a los consumidores información veraz y suficiente el precio de los bienes y servicios que ofrecen en el mercado, situación que se agota en poner a disposición de los consumidores dicha información.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE es el encargado de informar los precios mayoristas de los productos agroalimentarios que se comercializan en el país, así como la información de insumos y factores asociados a la producción agrícola y el nivel de abastecimiento de alimentos en las ciudades a través del Sistema de información de precios SIPSA, el cual puede ser consultado vía internet.



**- Existencia de canales de información públicos o privados para la protección al consumidor.**

No se cuenta con esa información.

**- Existencia de regulaciones para la publicidad que fomenta consumo de alimentos nutricionalmente inadecuados como aquellos ricos en azúcares y grasas.**

No existe una regulación específica para regular la publicidad que fomenta el consumo de alimentos nutricionalmente inadecuados como aquellos ricos en azúcares y grasas. No obstante, se han establecido medidas en algunos alimentos específicos:

1. Formulas infantiles. Decreto 1397 de 1992: ARTÍCULO 7o. La realización de actividades de publicidad y promoción de alimentos de fórmula para lactantes a nivel de madres, familiares, o del público en general, no está permitida. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6547.pdf>

2. Frutas procesadas. Resolución 3929 de 2013. Artículo 11. 1. En el caso de néctares, refrescos y bebidas con jugo (zumo) o pulpa de fruta o concentrados de fruta, clarificados o no o la mezcla de estos, se debe declarar el contenido de fruta en el producto terminado en la cara principal.

2. Los refrescos de fruta y las bebidas con jugo (zumo) o pulpa de fruta o concentrados de fruta, clarificados o no o la mezcla de estos no deben ser comercializados y publicitados bajo la denominación de jugo (zumo). <https://www.invima.gov.co/documents/20143/441425/Resolucion-3929-2013.pdf/28252dd6-41eb-a575-8ec4-c876e6326a5e>

3. Bebidas energizantes. Resolución 4150 de 2009. Artículo 13. Toda publicidad de bebidas energizantes requerirá autorización previa expedida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists>



/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4150-de-2009.pdf		
<b>Señales de Progreso</b>		
	<p>- <b>Características de portales de Internet, cobertura televisiva, ventanillas específicas- de la información brindada sobre el derecho a la alimentación adecuada.</b> No se cuenta con información específica para el derecho a la alimentación adecuada.</p>	

**Tabla 1. Ratificación por parte del Estado de tratados internacionales de derechos humanos que reconocen, entre otros, el derecho a la alimentación adecuada:**

Tratado	Fecha	Ley Aprobatoria	Ratificación	Protocolo Facultativo	Ley aprobatoria	Ratificación
Pacto Internacional e Derechos Económicos Sociales Culturales (PIDESC)	16/12/1966 ONU	74 De 1968 26/12/1968	03/01/1976	Este acuerdo tiene un protocolo firmado en Nueva York el 10 de diciembre de 2008, del cual Colombia no es parte.		
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	18/12/1979 ONU	51 De 1981 02/06/1981	18/02/1982	Protocolo Facultativo de la convención de las Naciones Unidas para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer  06/10/1999	Ley 948 De 2005 12/08/2005	23/04/2007
Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño (CDN)	20/11/1989 ONU	12 De 1991 22/01/1991	27/02/1991	Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos del niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados	Ley 833 De 2003 10/07/2003	24/06/2005



				25/05/2000		
Convención de las naciones unidas sobre el estatuto de los refugiados	28/07/1951 ONU	Ley 35 De 1961 12/07/1961	10/01/1962	Protocolo de las Naciones Unidas sobre el estatuto de los refugiados	Ley 65 De 1979 21/12/1969	(Adhesión) 04/03/1980
Convención de las Naciones Unidas sobre el estatuto de los apátridas	28/09/1954 ONU	1588 DE 2012 19/11/2012	05/01/2020			
Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad	07/06/1999 OEA Ciudad de Guatemala	762 DE 2002 31/07/2002	11/03/2004			
Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares	18/12/1990 ONU	146 DE 1994	ADHESION 01/07/2003			
Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas	13 de septiembre de 2007  Colombia se abstuvo.					
Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional	Noviembre 2004 FAO	Desde 2017, la oficina de FAO Colombia ha apoyado al Gobierno Nacional a través del convenio suscrito con Prosperidad Social, que ejerce la Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN). <a href="http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/FAO-countries/Colombia/docs/Octubre_2018/Derecho_a_la_alimentaci%C3%B3n._Una_construcci%C3%B3n_social_incluyente_y_participativa.pdf">http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/FAO-countries/Colombia/docs/Octubre_2018/Derecho_a_la_alimentaci%C3%B3n._Una_construcci%C3%B3n_social_incluyente_y_participativa.pdf</a>				



Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948	30 Abril de 1948.				
Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica",	22 de Noviembre 1969 OEA Costa Rica	LEY 16 de 1972 Diciembre 30 de 1972	18/07/1978			
Carta Social de las Américas	Cuadragésimo segundo período ordinario de sesiones.  documento AG/doc.5242/12	Resolución 2299 de 2012. Cochabamba, Bolivia				

**Tabla 2. Movimiento de Procesos - Ingresos efectivos, egresos efectivos, egresos por autos de decisión de fondo, egresos por sentencias e índice de evacuación  
Procesos de declarativos de alimentos e inasistencia alimentaria  
Juzgados de familia, penales y promiscuos  
Años 2015 a 2019**

Año	Especialidad	Tipo de proceso	Ingresos Efectivos	Egresos Efectivos	IEP
2015	Familia	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	2	1	50%
2015	Familia	Declarativos - Alimentos	20.609	15.380	75%
2015	Penal	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	30.389	25.730	85%
2015	Promiscuo	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	13.084	11.980	92%
<b>Subtotal 2015</b>			<b>64.084</b>	<b>53.091</b>	<b>83%</b>
2016	Familia	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	0	1	
2016	Familia	Declarativos - Alimentos	15.980	12.423	78%
2016	Penal	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	32.958	27.054	82%



2016	Promiscuo	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	10.089	10.017	99%
<b>Subtotal 2016</b>			<b>59.027</b>	<b>49.495</b>	<b>84%</b>
2017	Familia	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	1	1	100%
2017	Familia	Declarativos - Alimentos	16.883	12.223	72%
2017	Penal	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	25.980	22.704	87%
2017	Promiscuo	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	8.775	8.835	101%
<b>Subtotal 2017</b>			<b>51.639</b>	<b>43.763</b>	<b>85%</b>
2018	Familia	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	1	0	0%
2018	Familia	Declarativos - Alimentos	16.167	11.943	74%
2018	Penal	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	13.452	14.323	106%
2018	Promiscuo	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	5.416	6.259	116%
<b>Subtotal 2018</b>			<b>35.036</b>	<b>32.525</b>	<b>93%</b>
2019	Familia	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	1	1	100%
2019	Familia	Declarativos - Alimentos	17.097	11.187	65%
2019	Penal	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	12.514	13.013	104%
2019	Promiscuo	Contra la familia - Inasistencia alimentaria	6.151	6.430	105%
<b>Subtotal 2019</b>			<b>35.763</b>	<b>30.631</b>	<b>86%</b>



# INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR AGOSTO DE 2020

## DERECHO AL TRABAJO Y DERECHOS SINDICALES

### DERECHO AL TRABAJO

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>		
<p><b>-Consagración del derecho al trabajo en la Constitución. ¿Cuáles de las siguientes garantías contiene el derecho constitucional del trabajo en el país?:</b></p> <p>El derecho al trabajo digno se encuentra contemplado en el artículo 25 de la Constitución Política.</p> <p>Se alude al trabajo, siempre, como consecuencia del reconocimiento de la dignidad humana; el artículo 23 de la Asamblea General de la ONU de 1948, prescribió en artículo 23: “Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de un trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo” Artículo 53 CN. El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a</p>	<p><b>- Existencia de políticas públicas o programas en las siguientes áreas:</b></p> <p>a) Programas o políticas de eliminación del trabajo forzoso, Programas o políticas de Eliminación del trabajo infantil,</p> <p>En Colombia está vigente la política pública de erradicación de trabajo infantil y contra explotación sexual de niños, niñas, adolescentes.</p> <p>b) Programas anti-discriminación por motivos étnicos, de género o por discapacidad en materia laboral;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Política para la eliminación de discriminación o segregación laboral debido al sexo</b></li> </ul> <p>En materia de género, el Ministerio del Trabajo promueve el cumplimiento de la ley 1257 de 2008 y particularmente el decreto reglamentario del sector Trabajo el 4463 de 2011. En ese marco normativo el Ministerio del Trabajo tiene entre sus</p>	<p><b>-Tasa de trabajo Infantil (% de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años ocupados sobre la población infantil en ese rango de edad).</b></p> <p>La Tasa de Trabajo Infantil Anual para 2019 corresponde al 5,4%. Para 2018 fue de 5,9%.</p> <p><b>-Tasa de desempleo desagregado por sexo, edad, nivel educativo</b></p> <p>Para el trimestre abril - junio 2020 la tasa de desempleo para las mujeres fue 24,6% y para los hombres 17,4%.</p> <p>Para el mismo periodo (trimestre abril - junio 2020), por rango de edad, la tasa de desempleo fue la siguiente:</p> <p>10 a 17 años: 14,6%.  18 a 28 años: 30%  29 a 40 años: 19,5%  41 a 60 años: 16,1%  61 y más: 11,5%</p>





<p>la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad. El estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales. Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna. La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.</p> <p><b>-Ratificación y entrada en vigor de los convenios fundamentales de la OIT, entre otros.</b></p> <p>Rta en anexo no.1</p> <p><b>-Tipo de indemnizaciones por despido contempladas (discriminatorio, por razones económicas,) y mecanismos de acceso y cobertura.</b></p> <p><b>Regulado por la Ley 765 de 2002. Detalle en anexo no.2</b></p>	<p>obligaciones la promoción de los derechos humanos de las mujeres en el mundo del trabajo.</p> <p>Actualmente la Política Pública para la eliminación de discriminación o segregación laboral en razón al sexo de las personas se aplica en tres ejes:</p> <p>1. Territorialización (Decreto 2733- Direcciones Territoriales).</p> <p>El objetivo de éste eje del proyecto es materializar a nivel departamental y municipal, el “Programa Nacional de Equidad Laboral con Enfoque de Género”; y en nuestro compromiso con la implementación del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz estable y duradera, que indudablemente contribuye a disminuir las violencias de género y las desigualdades entre hombres y mujeres en el mundo del trabajo, por lo anterior se estableció la implementación del proyecto en el territorio nacional.</p> <p>Para esto, se socializan las diversas acciones y actividades que se emprenden desde el grupo, y se establecen mesas de trabajo con los gobiernos locales y regionales, que permitan el cierre efectivo de brechas entre los sexos.</p> <p>2. Transversalización (IVC Erradicación violencias – trabajo sexual).</p> <p>El eje de transversalización se centra en la realización de charlas de sensibilización sobre temas de género y capacitaciones en equidad laboral y prevención de violencias en el ámbito laboral a servidoras y servidores públicos de las entidades competentes a nivel territorial, así como a Direcciones Territoriales del Ministerio del trabajo, IVC y comunidad.</p> <p>3. Sellos de Gestión en Igualdad de Género</p> <p>Es una nueva estrategia de acercamiento del Ministerio del Trabajo, con el fin de generar transformaciones culturales, que</p>	<p>Por nivel educativo, para 2019 la tasa de desempleo fue la siguiente:  Hasta Básica Primaria: 6,3%  Básica Secundaria: 10,7%  Media: 12,3%  Superior o Universitaria: 12%</p> <p><b>-Porcentaje de trabajadores asalariados frente al total de ocupados, desagregado por sexo.</b></p> <p>Respuesta se encuentra en anexo.</p> <p><b>-Tasa de informalidad (% de los ocupados que no cuentan con un trabajo registrado y no se le aplican descuentos a salud y/o pensiones) desagregado por sexo y edad.</b></p> <p>Para 2019 la Tasa de Informalidad* fue del 60,6%.  Por sexo, Hombres: 60,6% y Mujeres: 60,5%  Por edad:  10 a 17 años: 71,9%  18 a 28 años: 61,6%  29 a 40 años: 53,1%  41 a 60 años: 61,1%  61 y más: 77,7%</p> <p>*Se define como la relación porcentual entre la población ocupada que NO contribuye a pensión y la población total ocupada.</p> <p><b>-Proporción de trabajadores con empleo precario (% de los ocupados que ganan ingresos inferiores al salario mínimo) desagregado por sexo y edad.</b></p> <p>Por Sexo  Hombre: 55,73%  Mujer: 44,27%</p>
--	---	--



	<p>permita a hombres y mujeres participar de forma igualitaria en el mercado laboral. Los Sellos Equipares, se convierten entonces en una herramienta para impulsar el desarrollo económico y social del país.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Discriminación racial</b></li> </ul> <p>Colombia aprobó la Ley 1482 de 2011, que tiene por objeto garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que sean vulnerados a través de actos de racismo o discriminación.</p> <p>A su turno, el Ministerio del Interior cuenta con el Observatorio contra la Discriminación y el Racismo, como instancia para la promoción de los derechos de las personas de grupos étnicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Personas con Discapacidad</b></li> </ul> <p>El Ministerio del trabajo lleva a cabo actividades de divulgación para promover la concienciación y sensibilización a la comunidad laboral y brindar asesoría a empresarios sobre los mecanismos de inclusión laboral de las Personas con Discapacidad y de los servicios de intermediación laboral</p> <p>La ley Estatutaria No. 1618 de febrero 2013 garantiza y asegura el ejercicio efectivo de los derechos de las personas en situación de discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acciones afirmativas y ajustes razonables, eliminando toda forma de discriminación a las personas por razón de su discapacidad, lo cual requiere reglamentación, programas y acciones tendientes a garantizar los derechos, beneficios y obligaciones laborales de las personas con discapacidad.</p> <p>c) Programas de regularización de trabajadores migrantes;</p>	<p>Por Edad</p> <p>10 a 17 años: 2,4%</p> <p>18 a 28 años: 24,13%</p> <p>29 a 40 años: 24,9%</p> <p>41 a 60 años: 35,58%</p> <p>61 y más: 12,99%</p> <p><b>-Proporción de mujeres con empleo remunerado en el sector no agrícola.</b></p> <p>La Proporción de mujeres con empleo remunerado en excluyendo sector agropecuario, caza, pesca y silvicultura es del 45,2%.</p> <p><b>-Proporción de incidencia de accidentes ocupacionales desagregado por sexo y nivel educativo.</b></p> <p>No se cuenta con información</p> <p><b>-Porcentaje de mujeres en el funcionariado público, según niveles de jerarquía.</b></p> <p>Según el reporte de la vigencia 2019, el porcentaje de vinculación de mujeres en cargos de niveles decisorios del poder público, fue de un 44,7%, lo que significó 0,2 puntos porcentuales por encima de la meta de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para el mismo año que se ubicaba en 44,5%.</p> <p>El reporte del año pasado dio cuenta de que 2.040 entidades reportaron 9.060 cargos provistos en el máximo nivel decisorio (MND) para ellas, así como 10.626 cargos suministrados en los otros niveles decisorios (OND).</p>
--	---	--



	<p>En Colombia se encuentra vigente el Registro Único de Trabajadores Extranjeros, en el cual se encuentran actualmente registrados 35313 trabajadores extranjeros.</p> <p><b>Por su parte, en Colombia se estableció el Permiso Especial de Permanencia para el Fomento de la Formalización como</b> mecanismo excepcional y transitorio que se otorgará únicamente a nacionales venezolanos en condición migratoria irregular que no tengan ningún tipo de antecedentes judiciales y que cuenten con una oferta de trabajo formal.</p> <p>El titular de este <b>Permiso Especial de Trabajo</b> podrá permanecer en el país de manera regular, recibiendo un pago formal y haciendo los respectivos aportes establecidos en la ley como lo hacen los demás trabajadores del país. Permitirá, además, reducir la presión en los sistemas de salud, educación y asistencia social, los cuales han estado impactados por el alto flujo migratorio.</p> <p>d) Programas encaminados a prevenir y atender accidentes ocupacionales, incluidos lesiones, enfermedades y muerte;</p> <p>La Ley 776 de 2002 establece el sistema de seguridad social y la prevención de riesgos profesionales y accidentes ocupacionales. En este se encuentra establecido el Fondo de Riesgos Laborales.</p> <p>El objeto del Fondo de Riesgos Laborales es:</p> <p>a) Adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en todo el territorio nacional, en especial el artículo 88 del Decreto 1295 de 1994;</p>	<p><b>-Tasa de participación de personas con discapacidad desagregada por sexo que se encuentra económicamente activa</b></p> <p>Actualmente el 25% de las personas registradas como personas con discapacidad son económicamente activas.</p>
--	---	--



b) Adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en la población vulnerable del territorio nacional;

c) También podrán financiarse estudios de investigación que soporten las decisiones que en materia financiera, actuarial o técnica se requieran para el desarrollo del Sistema General de Riesgos Laborales, así como para crear e implementar un sistema único de información del Sistema y un Sistema de Garantía de Calidad de la Gestión del Sistema de Riesgos Laborales.

d) Financiar la realización de actividades de promoción y prevención dentro de los programas de Atención Primaria en Salud.

e) Programas encaminados a prevenir y sancionar el trabajo forzoso, incluidas las formas más graves de trabajo infantil, doméstico, migrantes y trata de personas.

Desde el 2019 se encuentra en implementación el kit de herramientas para prevenir, identificar y combatir la trata de personas con fines de trabajo forzoso. Los materiales entregados a los inspectores de trabajo vienen acompañadas de un módulo de capacitación y permitirán una articulación fluida con la Fiscalía General de la Nación, remarcando que la identificación plena de los casos es competencia del aparato judicial colombiano.

**- Existencia de mecanismos tripartitos para fijar acuerdos de normas laborales, planes de empleo, formación profesional, resolución de conflictos.**

La Ley 278 de 1996, dispone en el Literal d) del artículo segundo, que es una de las funciones de la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales: "Fijar de manera concertada el salario mínimo de



	<p>carácter general, teniendo en cuenta que se debe garantizar una calidad de vida digna para el trabajador y su familia”. El artículo 8 de la mencionada ley señala el procedimiento que se debe surtir.</p> <p><b>Impulso de medidas de acción positiva en materia de género, etnia, raza, personas con discapacidad y adolescentes trabajadores.</b></p> <p>a. Fomentar estrategias de acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo, la diversificación ocupacional y profesional, y el cierre de brechas en calidad educativa combatiendo los estereotipos de género.</p> <p>Según lo establece, el informe “Colombia: la hora de la paridad”, “(...) El liderazgo y la plena participación de las mujeres en las decisiones políticas son un claro acelerador para el logro de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en todos los ámbitos; son fundamentales para la gobernanza democrática, el desarrollo sostenible y beneficia a toda la sociedad” (PNUD - ONU Mujeres Colombia, 2019, pág. 9).</p> <p>Incrementar la participación de las mujeres en espacios de toma de decisión, escenarios políticos y cargos directivos de primer nivel dentro de la administración pública, es uno de los objetivos trazados por el Gobierno nacional; reflejo de ello es que por primera vez Colombia cuenta con un gabinete ministerial paritario, con mujeres en carteras que, a diferencia de la tendencia de la región, son clave en el ámbito económico y productivo.</p> <p>Como reflejo de lo anterior, el PND enfatizó en la ampliación de la participación de las mujeres en los cargos del nivel directivo, con una meta que se anticipa a la establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el año 2030. Es decir, alcanzando el 50% de mujeres en cargos directivos del Estado al 2022.</p>	
--	---	--



	<p>En esta línea, de acuerdo con lo establecido por la Ley 581 de 2000, se ha marcado una tendencia que permite apreciar la evolución y crecimiento de la participación de la mujer en los cargos del nivel directivo. La última medición (2019) representa el porcentaje de participación más alto con un (44,7%), superando lo señalado en la Ley de Cuotas (30%); la meta ODS para el 2019 (44,5%) y acercándose a la meta señalada en el Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022 (50%).</p> <p>Como medida adicional y con el objetivo de avanzar en este propósito, se expidió el Decreto 455 de 2020, a través del cual se busca garantizar la paridad de género en los cargos directivos de la Rama Ejecutiva en Colombia.</p> <p>b. Inclusión productiva para las Personas con Discapacidad, sus familias y personas cuidadoras</p> <p>El crecimiento y el desarrollo sostenible de los países, también pasa por la inclusión de las personas con discapacidad en el mercado laboral. Además de garantizar sus derechos sociales, la participación laboral mejora el poder adquisitivo de esta población que, según datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD del Ministerio de Salud y Protección Social, a 30 de septiembre de 2019 contaba con (1'521.114) personas registradas.</p> <p>Las estrategias del Gobierno Nacional para seguir abriendo espacios en la vida económica y laboral de esta población están descritas en el "Pacto por la Inclusión de todas las Personas con Discapacidad" del PND. Así y en línea con lo establecido en el Decreto 2011 de 2017 (que constituye el porcentaje de vinculación de personas con discapacidad en el sector público) se estableció que al 2022, se tendrán vinculados (12.000) servidores públicos con discapacidad en las Plantas de empleos del Estado. Durante la vigencia 2019, se contaba con (4.144) personas vinculadas en (631) entidades públicas y al 30 de junio de 2020, con (4.367) personas con discapacidad vinculadas en (701) entidades públicas.</p>	
--	---	--



	<p>c. Construyendo un país de oportunidades para los jóvenes</p> <p>La estrategia de ingreso de jóvenes al servicio público, tiene como propósito reducir la tasa de desempleo juvenil, mitigando con ello las barreras de acceso al mercado laboral a través de su vinculación en entidades públicas cuando se adelanten modificaciones en sus plantas de personal, e incentivar en ellos la vocación por el servicio público.</p> <p>Para lograr lo anterior, el artículo 196 la Ley 1955 de 2019[1] estableció que cuando se adelanten modificaciones en las plantas de personal de las entidades públicas, el diez por ciento (10%) de los nuevos empleos no requieran experiencia profesional, con el fin de que sean provistos con jóvenes egresados de programas técnicos, tecnológicos y de pregrado. Así, y con base en la regulación expedida en la materia,[2] con corte al primer trimestre del 2020 se han vinculado y contratado (8.610) jóvenes, (6.801) en entidades del orden nacional y (1.809) en entidades del orden territorial.</p>	
<b>Señales de Progreso</b>		
<b>CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS</b>		





**-% del presupuesto nacional asignado al Ministerio del Trabajo y/o Empleo.**

El presupuesto para el Ministerio de Trabajo para la vigencia fiscal de 2020 por \$28.1 billones de pesos.

**-% del presupuesto nacional asignado a políticas laborales para sectores en situación de vulnerabilidad (niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, indígenas, migrantes).**

Dos mil millones de pesos vigencia 2020 para políticas laborales para sectores en situación de vulnerabilidad (niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, indígenas,).

500 millones de pesos para diálogo social.

**-Existencia de subsidios o incentivos para la generación de empleo.**

En Colombia existe subsidio al desempleo y en el año 2019 se han otorgado 195.361 subsidios, con una inversión de \$537.010.228909

**- % de ejecución de los recursos en los programas laborales (% de recursos ejercidos vs % del tiempo transcurrido de duración del programa)**

La ejecución total de programas del Ministerio de Trabajo es del 97%, en el año 2019.

**- % de inversión en programas y políticas de seguridad laboral (medio ambiente de trabajo, salud laboral, etc).**

Para riesgos laborales el presupuesto fue 36 mil 946 millones de pesos.

**- % de la masa salarial dentro del PIB. Participación de los ingresos del trabajo en la distribución funcional del ingreso (cuentas nacionales)**

La participación de la remuneración a asalariados dentro del PIB de 20181 a precios corrientes fue de 34% según las cuentas económicas integradas publicadas por el DANE, en el Tabla se observa la distribución entre los cinco diferentes sectores institucionales por el lado del ingreso.

Tabla 1: Distribución de la remuneración por el lado del ingreso

Operaciones y saldos contables	S15. ISFLSH*	S14. Hogares	S13. Gobierno	S12. Sociedades financieras	S11. Sociedades no financieras	S1. Economía total	PIB Corriente 2018
Remuneración de los asalariados	860	56.519	72.720	18.169	187.208	335.476	985.931
Sueldos y salarios	844	52.038	58.058	15.618	158.052	284.610	
Contribuciones sociales de los empleadores	16	4.481	14.662	2.551	29.156	50.866	
<b>Part % PIB</b>	<b>0,09</b>	<b>5,73</b>	<b>7,38</b>	<b>1,84</b>	<b>18,99</b>	<b>34,03</b>	

\*Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.

Fuente: Dirección General de Política Macroeconómica - MHCP

**Señales de Progreso**

**CAPACIDADES ESTATALES**



<p><b>- Existencia de un Ministerio de Trabajo y/o Empleo. ¿En qué porcentaje de las regiones/departamentos/estados/locales tienen oficinas?</b></p> <p>El Ministerio del Trabajo tiene oficina en los 32 Departamentos y tiene 3 oficinas especiales y 120 inspecciones municipales.</p>	<p><b>- % de avance en las metas de los programas relacionados con el derecho al trabajo en la Ley de Planeación o Plan de Desarrollo vigente (% de avance vs % del tiempo transcurrido de duración del programa).</b></p> <p>97 % de avance en las metas de los programas relacionados con el derecho al trabajo en la Ley de Planeación o Plan de Desarrollo vigente</p> <p><b>- % de desempleados cubiertos con el seguro al desempleo por sexo y edad.</b></p> <p>Actualmente hay 195.361 beneficiarios del seguro de desempleo</p> <p><b>- Número de inspectores laborales por cada 100.000 trabajadores.</b></p> <p>Actualmente hay 904 inspectores de trabajo. No se cuenta con el indicador preciso.</p> <p><b>- Número de funcionarios del Ministerio de Trabajo/Población ocupada por sexo y edad</b></p> <p>No se cuenta con el indicador</p>	<p><b>-Empleos creados en los programas del gobierno por año y por sexo.</b></p> <p>Según el Departamento Administrativo de la Función Pública, en los primeros tres meses de 2020, el sector público ha vinculado y contratado a 8.610 jóvenes como parte del Programa “Estado Joven – Sacúdete”</p> <p>En el primer semestre del año 2020, 12.873 jóvenes han sido vinculados y contratado al sector público.</p> <p><b>- Tiempo promedio de duración en el desempleo (en días y desagregado por edades).</b></p> <p>No se cuenta con el indicador</p> <p><b>-Tasas de desempleo de larga duración (un año o más).</b></p> <p>Tasa de Desempleo Anual - Total Nacional</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>10,5</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>9,7</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>9,4</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>9,2</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>-Número de contratos colectivos suscritos anualmente.</b></p> <p>634 convenciones colectivas año 2019</p> <p><b>-Trabajadores adolescentes registrados x región, edad, género, origen étnico y discapacidad.</b></p>	Año	Valor	2019	10,5	2018	9,7	2017	9,4	2016	9,2
Año	Valor											
2019	10,5											
2018	9,7											
2017	9,4											
2016	9,2											



		<p>Para el 2019, en el total nacional la población de 5 a 17 años que trabajó fue 586 mil personas, 59 mil personas menos que en el mismo periodo del año anterior. En las cabeceras se reportaron 278 mil personas y en los centros poblados y rural disperso la población reportada fue 308 mil personas.</p> <p>Para el total nacional, el 68,2 % de las personas entre 5 y 17 años que trabajaron correspondió a hombres y el 31,8% a mujeres.</p> <p>No se cuenta con desagregación de grupos poblacionales.</p>
--	--	---

**Señales de Progreso**

--	--	--

**IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN**

<p><b>-Existencia de sanciones penales o civiles contra acciones de discriminación laboral en el ordenamiento jurídico.</b></p> <p>El código penal colombiano en el artículo 200 tiene tipificado el delito de violación de los derechos de reunión y asociación.</p> <p><b>- Existencia de mecanismos administrativos o judiciales para enfrentar acoso laboral.</b></p> <p>En Colombia se encuentra vigente la ley 1010 de 2006 "Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo".</p>	<p><b>- % de casos de discriminación laboral resueltos frente al total de las denuncias interpuestas por sexo y origen étnico.</b></p> <p>No se cuenta con el indicador</p> <p><b>- % de las entidades públicas que no cumplen con las cuotas de incorporación laboral (por sexo, por grupo etario, etc.) establecidas en la legislación.</b></p> <p>No se cuenta con el indicador</p> <p><b>- Cobertura de los sistemas de protección social para personas con inserción precaria como porcentaje de la población no afiliada al aseguramiento tradicional (Ej: afiliados a sistemas de pensiones no contributivas) por sexo, edad, origen étnico.</b></p>	<p>- Proporción de tasas de participación, desempleo, informalidad, ilegalidad salarial, exceso de horas de trabajo y subempleo para distintos sectores poblacionales (mujeres, jóvenes, personas con discapacidad, grupos étnicos, trabajadores rurales, etc.) en relación con estos mismos indicadores para el caso de la población en general y desagregados por sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desempleo</b></li> </ul> <p>Las mujeres representan el 24,6% del total nacional de personas desempleadas, en comparación del 17,4% en hombres. A su turno, las mujeres jóvenes desocupadas de 14 a 28 años de edad, corresponden al 41,2% de las desocupadas; mientras que, los hombres jóvenes representan el 37,4% de los desocupados.</p> <p>Durante el trimestre abril - junio 2020, la tasa global de participación (TGP) de la población joven en el total</p>
---	---	--



**- Existencia de un recurso judicial adecuado y efectivo para impedir acciones de discriminación laboral.**

En Colombia existe la función de asistencia preventiva por parte de los inspectores de trabajo mediante diversas vías para mejorar la convivencia laboral, asunto sin duda estrechamente vinculado con la detección, atención y superación del acoso laboral.

A su turno, la resolución de conflictos jurídicos que surgen en materia laboral compete a la jurisdicción ordinaria laboral o a la de lo contencioso administrativo, según el caso.

Por su parte, es preciso tener en cuenta que el artículo 86 de la Constitución Política establece la acción de tutela como mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales.

**- Existencia de cuotas (de género, multiculturales) en cargos públicos o privados u otras acciones afirmativas contempladas en la legislación.**

Según lo establece, el informe *“Colombia: la hora de la paridad”*, *“(…) El liderazgo y la plena participación de las mujeres en las decisiones políticas son un claro acelerador para el logro de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en todos los ámbitos; son fundamentales para la gobernanza democrática, el desarrollo sostenible*

Año	Etnia	Porcentaje de no afiliados a pensiones	Porcentaje de afiliados a salud régimen subsidiado
2017	Indígena	38,0	74,0
	Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	29,0	59,4
	Gitano (a) (Rom), Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero (a) de San Basilio <sup>2</sup>	36,0	45,6
	Ninguno de los anteriores	27,9	44,7
2018	Indígena	38,2	74,8
	Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	28,5	59,6
	Gitano (a) (Rom), Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero (a) de San Basilio <sup>2</sup>	36,7	54,5
	Ninguno de los anteriores	27,8	44,7
2019	Indígena	35,8	75,5
	Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	28,1	60,7
	Gitano (a) (Rom), Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero (a) de San Basilio <sup>2</sup>	31,8	59,3
	Ninguno de los anteriores	27,2	44,0

Adicionalmente, frente a los aportes al sistema de protección social, es relevante señalar las medidas que buscan brindar esquemas de flexibilización, como los que se presentan a continuación:

-Estímulo para la creación de empresas micro, pequeñas y medianas; que consiste en una progresividad de aportes parafiscales destinados al Sena, el ICBF y las Cajas de Compensación Familiar. Ley 590 de 2009, artículo 43. “Estímulos a la creación de empresas. Reglamentado por el Decreto Nacional 525 de 2009”.

Beneficios para empresas pequeñas, sobre los aportes parafiscales destinados al Sena, ICBF y cajas de

nacional fue 47,9%, lo cual significó una disminución de 8,0 puntos porcentuales (p.p), respecto al mismo periodo del año anterior (55,8%). La tasa de desempleo de la población joven se ubicó en 29,5%

**• Empleo informal y subempleo**

La proporción de ocupados informales en las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 46,7% para el trimestre móvil diciembre 2019 - febrero 2020.

La proporción de hombres ocupados que eran informales fue de 45,2%, mientras que esta proporción para las mujeres fue de 48,6%.

No se cuenta con cifras desagregadas por grupos étnicos.

**- Crecimiento promedio de los ingresos laborales per cápita del 20% más pobre de la población vs crecimiento promedio del ingreso laboral per cápita en los últimos cinco años (convergencia en los ingresos).**

No se cuenta con el indicador

**- Licencia de maternidad y paternidad**

La protección a la maternidad, encuentra fundamento en el artículo 43 de la Constitución Política, que consagra, (...) “ 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.” Mediante la Ley 1822 del 4 de enero de 2017, “Por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del Código Sustantivo del



<p>y beneficia a toda la sociedad” (PNUD - ONU Mujeres Colombia, 2019, pág. 9).</p> <p>Incrementar la participación de las mujeres en espacios de toma de decisión, escenarios políticos y cargos directivos de primer nivel dentro de la administración pública, es uno de los objetivos trazados por el Gobierno nacional; reflejo de ello es que por primera vez Colombia cuenta con un gabinete ministerial paritario, con mujeres en carteras que, a diferencia de la tendencia de la región, son clave en el ámbito económico y productivo.</p> <p>Como reflejo de lo anterior, el PND enfatizó en la ampliación de la participación de las mujeres en los cargos del nivel directivo, con una meta que se anticipa a la establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el año 2030. Es decir, alcanzando el 50% de mujeres en cargos directivos del Estado al 2022.</p> <p>En esta línea, de acuerdo con lo establecido por la Ley 581 de 2000, se ha marcado una tendencia que permite apreciar la evolución y crecimiento de la participación de la mujer en los cargos del nivel directivo. La última medición (2019) representa el porcentaje de participación más alto con un (44,7%), superando lo señalado en la Ley de Cuotas (30%); la meta ODS para el 2019 (44,5%) y acercándose a la meta señalada en el Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022 (50%).</p> <p>Como medida adicional y con el objetivo de avanzar en este propósito, se expidió el Decreto 455 de 2020, a través del cual se busca garantizar la paridad de género en los cargos directivos de la Rama Ejecutiva en Colombia.</p>	<p>compensación familiar, así como el aporte en salud a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Ley 1429 del 29 de diciembre de 2010, reglamentada mediante el Decreto 545 del 25 de febrero de 2011, tiene como objeto la formalización y generación de empleo en el país.</p> <p>-Beneficio asociado a una obligación tributaria, que permite que el aportante se beneficie de una exoneración de aportes en la porción que le corresponde de la tarifa de salud y de los aportes al SENA e ICBF, cuando tenga empleados que devenguen menos de 10 SMMLV. Ley 1607 de 2012, artículo 25. Modificada por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.</p>	<p>Trabajo y se dictan otras disposiciones”, se prescribió, que toda trabajadora en estado de embarazo, tiene derecho a una licencia de dieciocho (18) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia; el artículo 2, numeral 4 de la referida ley, contempla que en caso de partos múltiples la licencia se incrementará en 2 semanas. La Ley María o Ley 755 de 2002, modificó un parágrafo del artículo 236 del Código sustantivo del Trabajo, trayendo, que hoy en día los padres de familia tengan el derecho a disfrutar de una licencia remunerada de 8 días hábiles, con el fin de que puedan participar también de la llegada de su hijo junto a su pareja.</p> <p>- Licencia de maternidad:</p> <p>Consagrada en el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1 de la Ley 1822 de 2017, consiste en un descanso remunerado al cual tendrá derecho toda trabajadora en la época del parto, equivalente a 18 semanas (126 días) y serán remuneradas, según el precitado código, con el salario que la trabajadora devengaba al entrar a disfrutar de ese descanso. En caso de que el salario no sea fijo, la base será el promedio de lo devengado en el último año o en todo el tiempo de servicio si es menor de un año.</p> <p>- Licencia de Paternidad:</p> <p>La licencia remunerada de paternidad está a cargo de las EPS, entidad a la cual, debe presentarse el registro civil de nacimiento del recién nacido, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento. Esta licencia conforme lo reitera la Ley 1822 de 2017, parágrafo 2, El esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad. Dicha licencia será de 8</p>
--	--	---



<p>- <b>Existencia de programas anti-discriminación laboral en los Ministerios con perspectiva poblacional (mujeres, jóvenes, personas adultas mayores) o en los Ministerios con competencias en el tema.</b></p> <p><b>Construyendo un país de oportunidades para los jóvenes</b></p> <p>La estrategia de ingreso de jóvenes al servicio público, tiene como propósito reducir la tasa de desempleo juvenil, mitigando con ello las barreras de acceso al mercado laboral a través de su vinculación en entidades públicas cuando se adelanten modificaciones en sus plantas de personal, e incentivar en ellos la vocación por el servicio público.</p> <p>Para lograr lo anterior, el artículo 196 la Ley 1955 de 2019[1] estableció que cuando se adelanten modificaciones en las plantas de personal de las entidades públicas, el diez por ciento (10%) de los nuevos empleos no requieran experiencia profesional, con el fin de que sean provistos con jóvenes egresados de programas técnicos, tecnológicos y de pregrado. Así, y con base en la regulación expedida en la materia,[2] con corte al primer trimestre del 2020 se han vinculado y contratado (8.610) jóvenes, (6.801) en entidades del orden nacional y (1.809) en entidades del orden territorial</p> <p>- <b>Existencia de programas orientados a la conciliación de la vida laboral y familiar, y al</b></p>		<p>días hábiles, aunque solo cotice el padre (Sentencias C-179/09 y C-273/03, C-383/12, C-140/18).</p> <p>Base de cálculo de las prestaciones de seguridad social para varones y mujeres.</p> <p>El artículo 18 de la ley 100 de 1993, regula la base para cotizar a pensión, siendo esta misma la base para cotizar a salud y riesgos laborales. Tales aportes se deben realizar sobre el salario mensual. Por su parte el inciso segundo del mismo artículo señala:</p> <p>“El salario base de cotización para los trabajadores particulares, será el que resulte de aplicar lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo”.</p> <p>Es decir que, debemos recurrir al código sustantivo del trabajo para determinar los elementos que integran el salario:</p> <p>“Constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte, como primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, valor del trabajo suplementario o de las horas extras, valor del trabajo en días de descanso obligatorio, porcentajes sobre ventas y comisión”.</p> <p>Por su parte, los pagos que no hacen parte del ingreso base de cotización a seguridad social, aquellos señalados en el artículo 128 del código sustantivo del trabajo:</p> <p>“No constituyen salario las sumas que ocasionalmente y por mera liberalidad recibe el trabajador del empleador, como primas, bonificaciones o gratificaciones ocasionales, participación de utilidades, excedentes de las empresas de economía solidaria y lo</p>
---	--	--





**reconocimiento del trabajo de cuidado no remunerado.**

El sello “Empresas Familiarmente Responsables” (EFR), certificación que otorga la Fundación Masfamilia, a partir de un protocolo que verifica acciones concretas en la conciliación laboral de las personas y su integración con su propia vida personal y familiar.

De acuerdo con estadísticas de Masfamilia, en 2019, Colombia es el segundo país en el mundo, después de España, con más “Empresas Familiarmente Responsables” certificadas. Son en total 67, organizaciones que dentro de esta metodología promueven procesos de conciliación, siendo Colombia el país con más empresas certificadas en Latinoamérica.

En beneficio de los trabajadores, se promueven acciones que favorecen positivamente la estabilidad laboral, como la flexibilidad de horarios, la implementación del trabajo desde casa, la armonización de la jornada laboral con necesidades de la familia, el apoyo al desarrollo de procesos de la familia, el crecimiento personal y profesional, o la vinculación al trabajo de sectores menos favorecidos y población vulnerable.

En beneficio de las empresas, se mejoran los indicadores de productividad, motivación, compromiso, por lo que se puede lograr mayor competitividad, mayor interés de futuros inversionistas, al tiempo que mejora su reconocimiento, como una organización que favorece el desarrollo de su personal y el de sus

que recibe en dinero o en especie no para su beneficio, ni para enriquecer su patrimonio, sino para desempeñar a cabalidad sus funciones, como gastos de representación, medios de transporte, elementos de trabajo y otros semejantes. Tampoco las prestaciones sociales de que tratan los títulos VIII y IX, ni los beneficios o auxilios habituales u ocasionales acordados convencional o contractualmente u otorgados en forma extralegal por el empleador, cuando las partes hayan dispuesto expresamente que no constituyen salario en dinero o en especie, tales como la alimentación, habitación o vestuario, las primas extralegales, de vacaciones, de servicios o de navidad”.

**- Medición de discriminación salarial entre varones y mujeres por el mismo trabajo.**

Según datos del Ministerio de Trabajo, del Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario, la Escuela Sindical y el Dane, la brecha salarial en Colombia es del 21%





familias, puesto que realmente está comprometida con su talento humano.

**- Existencia de programas que fomenten la inserción laboral en condiciones dignas de población vulnerable o tradicionalmente discriminada (mujeres, jóvenes, adultos mayores, afrodescendientes, indígenas, LGBTI, habitantes rurales, migrantes, personas con discapacidad, y otros.)**

**Inclusión productiva para las Personas con Discapacidad, sus familias y personas cuidadoras**

El crecimiento y el desarrollo sostenible de los países, también pasa por la inclusión de las personas con discapacidad en el mercado laboral. Además de garantizar sus derechos sociales, la participación laboral mejora el poder adquisitivo de esta población que, según datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD del Ministerio de Salud y Protección Social, a 30 de septiembre de 2019 contaba con (1'521.114) personas registradas.

Las estrategias del Gobierno Nacional para seguir abriendo espacios en la vida económica y laboral de esta población están descritas en el "Pacto por la Inclusión de todas las Personas con Discapacidad" del PND. Así y en línea con lo establecido en el Decreto 2011 de 2017 (que constituye el porcentaje de vinculación de personas con discapacidad en el sector público) se estableció que al 2022, se tendrán vinculados (12.000) servidores públicos con discapacidad en las Plantas de empleos del Estado. Durante la vigencia 2019, se contaba con (4.144) personas vinculadas en (631) entidades públicas y al 30 de



<p>junio de 2020, con (4.367) personas con discapacidad vinculadas en (701) entidades públicas.</p>		
<b>Señales de progreso</b>		
<b>ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN</b>		
<p><b>- Existe una encuesta de hogares a nivel nacional para monitorear el funcionamiento del mercado laboral. ¿Cuál es su periodicidad?</b></p> <p>Por parte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística se administra La Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH proporciona información básica sobre el tamaño y estructura de la fuerza de trabajo (empleo, desempleo e inactividad) de la población del país, así como las características sociodemográficas de la población colombiana.</p> <p>Basándose en los resultados obtenidos se elabora el boletín técnico de los principales indicadores del mercado laboral, con una periodicidad mensual. Adicionalmente se elaboran boletines de mercado laboral con temáticas especiales, los cuales se publican a manera de resumen ejecutivo en los trimestres móviles y a manera de boletín técnico en los trimestres fijos.</p> <p>Publicación mensual con el siguiente contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores del mercado laboral mensual para el Total nacional y total 13 ciudades y áreas metropolitanas.</li> </ul>	<p><b>- Periodicidad con la cual se publican los principales indicadores del mercado laboral: mensual, bimensual, trimestral, semestral, anual, en versiones accesibles a las personas con discapacidad y en las lenguas más utilizadas en el país.</b></p> <p>La Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH incluye la información de las condiciones de empleo de las personas. Los resultados mensuales son presentados durante una rueda de prensa; además los usuarios pueden consultar, a través de la página web del DANE, los anexos estadísticos, los boletines técnicos y las presentaciones que contienen los indicadores de mercado laboral de los diferentes dominios geográficos que cubre la investigación. Dirección Página web: <a href="http://www.dane.gov.co">www.dane.gov.co</a></p> <p><b>- Solicitudes de información atendidas por la entidad estadística como % del total de solicitudes presentadas en el último año.</b></p> <p>No se cuenta con la información</p> <p><b>- Existencia de protocolos en las entidades públicas para la protección de la confidencialidad de los datos suministrados por los encuestados.</b></p>	<p><b>-Número de usuarios del portal virtual público con información estadística y desagregación de los mismos por regiones, género, edad, discapacidad, migrantes, y otros.</b></p> <p>En la página oficial del Ministerio del Trabajo se habilito un enlace y un banner denominado “Aquí en que va su petición” a través del cual la ciudadanía puede con el número del radicado de su solicitud consultar el estado de la misma. El enlace es el siguiente <a href="https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest/inicio">https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest/inicio</a></p> <p>Peticiones atendidas en el 2020: 8903 peticiones, lo cual redujo el tiempo de espera para una respuesta que tomaba casi tres horas en casi instantánea. Durante los primeros 6 meses del año, el sistema permitió suministrar asistencia a 41.153 ciudadanos.</p> <p>Adicionalmente, se remite en el documento adjunto el número de usuarios del Portal Único del Estado Colombiano con información estadística desagregada por regiones, género y edad. Al respecto cabe señalar las variables sexo y edad son proporcionadas por los usuarios y dado que no en todos los casos las personas suministran esta información, los valores absolutos para estas variables, aunque son cercanos no son iguales al total de visitas netas. Conforme a lo</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores de mercado laboral trimestral de los jefes de hogar para el total nacional, cabeceras, centros poblados y rural disperso y total 13 ciudades y áreas metropolitanas.</li> <li>Indicadores del mercado laboral trimestre acumulado para el total nacional, total 13 ciudades y áreas metropolitanas, cabeceras, centros poblados y rural disperso y 24 ciudades y áreas metropolitanas.</li> <li>Comportamiento del mercado laboral para el trimestre acumulado para el total nacional, total 13 ciudades y áreas metropolitanas, cabeceras y centros poblados y rural disperso.</li> </ul> <p><b>- La encuesta nacional sobre el mercado laboral permite las siguientes desagregaciones con significancia estadística: a. Rural/Urbana, b. Por sexo, c. Por divisiones político-administrativas, d. Por grupos etarios, e. por grupos étnicos, f. Para población con discapacidad, g. Por deciles de ingreso, h. Por actividad económica y i. Por posición ocupacional.</b></p> <p>La GEIH incluye la siguiente información de las condiciones de empleo de las personas: si trabajan, en qué trabajan, cuánto ganan, si tienen seguridad social en salud o si están buscando empleo), además de las características generales de la población como sexo, edad, estado civil y nivel educativo, se pregunta sobre sus fuentes de ingresos. proporciona al país información a nivel nacional, cabecera-resto, regional, departamental, y para cada una de las capitales de los departamentos.</p>	<p>Toda la gestión y recibo de datos personales se regula por la ley 1581 de 2012. Adicionalmente, se contempla conforme a la Ley 1712 de 2014- por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>establecido en la Directiva Presidencial 02 de 2019, el Portal Único del Estado Colombiano, <a href="http://www.gov.co">www.gov.co</a>, es el único punto de acceso digital del ciudadano con los trámites, servicios, información pública, ejercicios de participación, colaboración y control social, entre otros, que ofrecen las entidades públicas de la rama ejecutiva del orden nacional, a través de medios digitales, transformando digitalmente la interacción del ciudadano con el Estado.</p> <p>En este sentido, dicho portal es la herramienta a través de la cual los ciudadanos pueden ejercer su derecho a acceder a la información pública, así como a bienes y servicios que son suministrados por las entidades públicas por medios digitales y a participar en la toma de decisiones del Gobierno. De esta forma, favorece el acceso a derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de los ciudadanos.</p>
---	---	---



Actualmente la información se recolecta en 13 ciudades y sus áreas metropolitanas, 11 ciudades intermedias, 8 capitales de nuevos departamentos; cabeceras y centros poblados y rural disperso en más de 443 municipios del país.

Las temáticas por las cuales se indagan a través de la GEIH permiten caracterizar a la población según el sexo, la edad, el parentesco, el nivel educativo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud entre otros.

**- Existencia de adecuación de las encuestas a la diversidad cultural y de lenguas y a las personas con discapacidad.**

Sí existen adaptaciones de la GEIH por diversidad étnica, sin embargo, no por discapacidad. El DANE cuenta con un instrumento distinto a la GEIH para dicho tema: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD

**- Existe un portal virtual público de la entidad que administra las estadísticas a nivel nacional donde se presentan de forma periódica los principales indicadores del mercado laboral.**

Los resultados mensuales son presentados durante una rueda de prensa; además los usuarios pueden consultar, a través de la página web del DANE, los anexos estadísticos, los boletines técnicos y las presentaciones que contienen los indicadores de mercado laboral de los diferentes dominios geográficos que cubre la investigación. Dirección Página web: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)



Adicionalmente, el Ministerio del Trabajo creó y administra la Fuente de Información Laboral de Colombia – FILCO, una herramienta que reúne en un espacio web estadísticas e información del mercado laboral, útiles para la toma de decisiones y conocimiento de trabajadores, academia, empresarios y público en general.

Las estadísticas e indicadores de la Fuente de Información Laboral de Colombia – FILCO, se construyen a partir de información suministrada por entidades como el DANE, registros administrativos provenientes de la Planilla Integrada de Aportes PILA, Superintendencia de Subsidio Familiar, el propio Ministerio del trabajo entre otros. Dirección Página Web: <http://filco.mintrabajo.gov.co/>

**- Existen mecanismos judiciales para ordenar a una entidad pública a remitir la información cuando se ha negado a hacerlo.**

La Ley 1755 de 2015 “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo; el derecho de petición es un derecho que la Constitución Nacional, en su artículo 23, ha concedido a los ciudadanos para que estos puedan presentar peticiones a las autoridades, para que se les suministre información sobre situaciones de interés general y/o particular;

De manera, que toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política , sin que sea



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



necesario invocarlo. Mediante este mecanismo, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.

El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores en relación con las entidades dedicadas a su protección o formación.

Ahora bien, el instrumento judicial idóneo para exigir el cumplimiento de un derecho de petición es la acción de tutela instituida en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia.

**Señales de Progreso**

**ACCESO A LA JUSTICIA**

- **Jueces pertenecientes a la jurisdicción laboral por cada 10.000 habitantes (desagregado por unidades político administrativas) y por sexo y edad.**

No se cuenta con el indicador

- **Existencia de instancias administrativas para presentar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho al trabajo y a las libertades sindicales.**

El trabajador que cree que la entidad administrativa para la que ha trabajado le ha

- **Número de entradas y salidas de causas en la jurisdicción laboral (nivel de resolución).**

Entre 2014-2018 de acuerdo con Mintrabajo, ha habido 282.744 conflictos laborales individuales y 5.916 colectivos

- **Niveles de vulneración a derechos en materia laboral no atendidos por instancias judiciales o administrativas (% de las víctimas que no acuden a ningún recurso judicial o administrativo).**

No se cuenta con el indicador

- **% de casos de explotación laboral de niños/as que fueron llevados a la justicia y cuántos de estos casos recibieron condena.**



desconocido derechos laborales, debe reclamar ante la misma entidad con el fin de que esta tenga la oportunidad de evaluarlos y si encuentra justa la reclamación, reconocerlos y evitar la acción judicial.

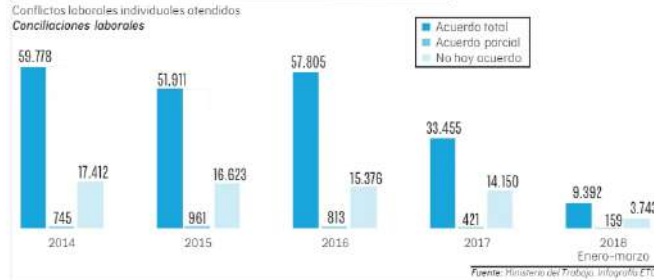
La reclamación administrativa laboral no debe cumplir requisitos especial, ni ritualidad alguna, como se señala en el Art. 6o Código Procesal Del Trabajo y De La Seguridad Social

- Existencia de mecanismos que garanticen el acceso a la justicia laboral para población de escasos recursos económicos., población con discapacidad, de origen étnico, traductores culturales.

La ley 712 de 2001, vigente desde el 9 de junio de 2002 reformó parcialmente el Código Sustantivo del Trabajo que rige en Colombia desde hace 54 años. El artículo 39 del Código, que no fue objeto de modificación, dispone el principio de gratuidad en el procedimiento laboral. Principio que cumple los postulados de equidad y justicia social que pregonan la Constitución, y es una forma de proteger la parte más débil de la relación laboral. Es así como por vía legislativa aparece reconocido el principio de gratuidad de la justicia, con algunas limitaciones en los Códigos de Procedimiento Laboral y Civil ya que se entiende que la situación económica de las partes no puede colocar a una de ellas en situaciones de privilegio frente a la otra ni propiciar, por consiguiente, la discriminación.

- Existencia de mecanismos administrativos y judiciales para atender vulneraciones al derecho individual y colectivo al trabajo.

¿QUÉ TANTO SE RESUELVEN LOS CONFLICTOS LABORALES EN COLOMBIA?



- Tiempo promedio de duración de un proceso en la jurisdicción laboral.

Tabla 138. Cálculo de los tiempos normativos del proceso laboral

ADMISIÓN – TRABA LITIS	AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN	DECISIÓN	DECISIÓN 2 INSTANCIA
30 días hábiles*	Inicia a los 3 meses del auto admisorio (sin límite temporal)	Inicia a los 3 meses de la finalización de la audiencia de conciliación (sin límite temporal)	38 días hábiles/ 63 días corrientes

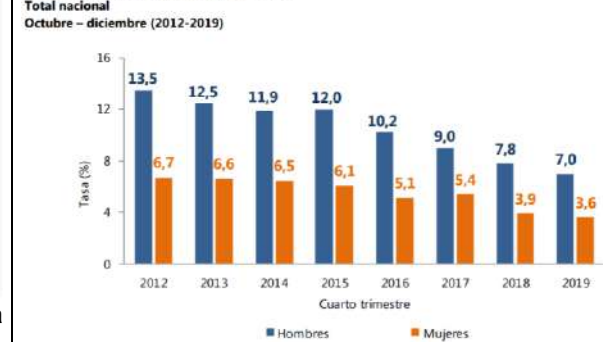
\*Incluye término de 5 días para subsanar la demanda, 10 para proferir el auto admisorio, 10 de traslado y 5 para reprogramar la audiencia. Fuente: Código Procesal del Trabajo y la Seguridad Social. Cálculos: CEJ

- Casos resueltos como porcentaje del total de quejas recibidas en instancias administrativas de atención a vulneración de derechos laborales, por derecho vulnerado.

Entre 2014-2018 según las estadísticas del Ministerio del trabajo, del universo total de conflictos individuales, 212.341 (75 %) han llegado a feliz término, en el 23,8 por ciento de los casos no se ha logrado acuerdo y en el 1,2 por ciento el acuerdo es parcial.

- Existe una jurisprudencia en los siguientes campos: i) Protección de la estabilidad laboral contra despidos injustificados, ii) Reconocimiento del tipo de contrato que realmente se tiene más allá de las formalidades, iii) Medidas anti- discriminación en el acceso al trabajo por sexo, identidad sexual, grupo etario, pertenencia étnica o

Gráfico 3. Tasa de trabajo infantil según sexo



- % de casos de explotación de niños/as para comercio sexual y para pornografía que fueron llevados a la justicia y cuántos de estos casos recibieron condena.

Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes – ESCNNA





Mecanismos constitucionales de protección	Mecanismos legales de protección de derechos laborales
A. Derecho de petición (Art. 23 CN2; Art. 5-25 CCA)	A. La conciliación como alternativa de protección de derechos de trabajadores(as) desde la resolución de conflictos (ley 23/91, ley 446/98, decreto 2511/98, decreto 1818/98, ley 640/01 y artículos 19-22 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social —CPTy SS)
B. Acción de tutela (Art. 86 CN, 3 decretos 591/91, 306/92 y 1382/00)	B. Demandas laborales
A. Derecho de petición A1:A8 (Art. 23 CN2; Art. 5-25 CCA)	C. El arbitramento: una opción diferente a la de los jueces para la solución de conflictos laborales. (Art. 458 CST; Art. 130 CPT y SS)
D. Acciones populares y de grupo (Art. 88 CN6 ; ley 472/98)	
E. Acción de inconstitucionalidad (Art. 241 num. 49 CN)	
F. Acción pública de nulidad (Art. 237, num. 211)	
G. La excepción de inconstitucionalidad	

por tener VIH, iv) Protección laboral en caso de embarazo, v) Protección laboral para personas con discapacidad, vi) Protección al trabajador contra decisiones arbitrarias del empleador (ej: ius variandi), vii) Condiciones mínimas de bienestar en el trabajo, viii) Ingreso mínimo vital para desempleados o trabajadores en situación de vulnerabilidad.

**i) Protección de la estabilidad laboral contra despidos injustificados:**

- Art. 64 Código Sustantivo del Trabajo: Terminación unilateral del contrato de trabajo sin justa causa.
- Art. 67 de la Ley 50 de 1990: Despidos colectivos con autorización previa del Ministerio del Trabajo.
- Fuero sindical. Sentencia C-470/97
- Fuero para personas pre-pensionadas. Sentencia T-357/16

**ii) Reconocimiento del tipo de contrato que realmente se tiene más allá de las formalidades**

De acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo en su Artículo 23. Elementos esenciales, para que haya contrato de trabajo se requiere que concurren estos tres elementos esenciales:

- La actividad personal del trabajador, es decir, realizada por sí mismo;
- La continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador, que faculta a éste para exigirle el cumplimiento de órdenes, en cualquier momento, en cuanto al modo, tiempo o cantidad de trabajo, e imponerle reglamentos, la cual debe mantenerse por todo el tiempo de duración del contrato. Todo ello sin que afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador en concordancia con los tratados o convenios internacionales que sobre derechos humanos relativos a la materia obliguen al país; y
- Un salario como retribución del servicio.

Una vez reunidos los tres elementos de que trata este artículo, se entiende que existe contrato de trabajo y no deja de serlo

Tabla 1 Delitos de ESCNNA 2005-2017

AGREGACIÓN	DELITO, ARTICULO	ACTIVACIÓN	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ESNNA	Inducción a la prestación art. 213 CP	Investigaciones	45	116	206	308	348	289	341	334	362	399	375	360	344
		Imputaciones	2	12	4	17	15	23	16	22	25	34	32	24	20
		Condenas	2	3	4	2	5	2	4	7	3	4	7	13	4
	Prevenimiento con menor de edad art. 213A CP	Investigaciones				3	4	22	26	68	97	94	89	106	116
		Imputaciones					1	5	10	13	9	22	14	20	12
		Condenas						1	1	1	2	5	9	16	10
	Contribución a la prestación art. 214 CP	Investigaciones	10	12	18	29	34	31	43	23	23	31	32	30	35
		Imputaciones	1	1	2	1	2		3	3	3	3	2	4	3
		Condenas				1	2		1	1	1	1	1	1	1
	Estímulo a la prestación de menores art. 217 CP	Investigaciones	7	27	39	45	54	52	44	30	29	21	20	18	20
		Imputaciones	3	10	12	5	11	11	8	7	4	2	7	3	1
		Condenas		5	1	3	3	2		5	1	2	3	3	2
	Demanda de explotación sexual y comercialización con menor de 18 años art. 217A CP	Investigaciones					2	38	101	112	157	167	172	161	236
		Imputaciones						6	17	14	11	26	22	29	49
		Condenas													
	Pornografía con menores de edad art. 218 CP	Investigaciones	22	55	102	125	107	146	279	202	274	401	772	886	1.114
		Imputaciones	1	4	5	4	14	16	10	9	10	21	46	67	110
		Condenas	1	4	1	4	5	8	3	7	3	3	8	22	27
Utilización o facilitación de medios de comunicación para obtener actividades sexuales con menores de 18 años art. 219A CP	Investigaciones				2		17	16	27	45	128	257	250	343	
	Imputaciones				1	1	1	1		2	4	12	11	20	
	Condenas														

- % de denuncias recibidas por discriminación laboral de personas con discapacidad, y de mujeres por abuso sexual que recibieron una respuesta judicial o administrativa positiva.

No hay información específica, sin embargo, el Ministerio del Trabajo realizó una encuesta sobre acoso



	<p>por razón del nombre que se le dé ni de otras condiciones o modalidades que se le agreguen.</p> <p><b>iii) Medidas anti- discriminación en el acceso al trabajo por sexo, identidad sexual, grupo etario, pertenencia étnica o por tener VIH,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LEY 931 DE 2004 por la cual se dictan normas sobre el derecho al trabajo en condiciones de igualdad en razón de la edad.</li> <li>• Ley 789 de 2002 Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.</li> <li>• LEY 1482 DE 2011 Antidiscriminación</li> </ul> <p><b>iv) Protección laboral en caso de embarazo,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuero de la pareja de mujer embarazada en periodo de lactancia. Sentencia T-316/13</li> <li>• Fuero de maternidad laboral. Sentencia C-005/17</li> </ul> <p><b>v) Protección laboral para personas con discapacidad,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuero del trabajador discapacitado. Sentencia T-041/14</li> </ul> <p><b>vi) Protección al trabajador contra decisiones arbitrarias del empleador (ej:), lus Variandi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corte suprema de justicia en sentencia 44268 del 19 de octubre de 2016: Modificación unilateral del contrato</li> <li>• Corte suprema de justicia, sentencia 10969 del 26 de julio de 1.999: Traslados</li> <li>• Sala laboral de la Corte suprema de justicia, sentencia 42706 del 12 de febrero de 2014 de la: Traslados</li> <li>• Sentencia 44268 del 19 de octubre de 2016: Cambio de horario</li> <li>• Corte constitucional T-326 de 1994 de la: horas extra</li> <li>• Cortes suprema de justicia en sentencia 24240 del 29 de junio de 2005: Salarios</li> </ul> <p><b>vii) Condiciones mínimas de bienestar en el trabajo,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 614 de 1984: Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de la salud ocupacional en el País.</li> </ul>	<p>sexual en el ambiente laboral para conocer la percepción que tienen los colombianos sobre el acoso laboral. La encuesta concluyó que aunque el Código Penal establece que el delito sólo se configura si lo comete un jefe a un subalterno, la mayoría de los casos se dan entre personas del mismo nivel jerárquico, seguido de personas externas a la empresa u organización.</p> <p>Las conductas de acoso sexual en el trabajo más comunes en Colombia son solicitudes o presión para tener sexo (82%), intento y ocurrencia de acto sexual (79%), correos electrónicos y mensajes de texto vía celular (72%) y contacto físico consentido que se pasa del límite (72%). Sin embargo, la mayoría de los encuestados no perciben estas conductas como acoso sexual y no se reconocen como víctimas de acoso sexual, hasta que se les pregunta si han experimentado ciertas conductas de acoso.</p> <p>La mayoría de las víctimas son mujeres, el 41% de estas prefieren manejar la situación por ellas mismas, al temer que por denunciar pueden perder su trabajo. En la encuesta, las personas que se reconocieron como víctimas reportaron no haber acudido a las autoridades competentes para atender esta problemática. De esas personas, el 10 % mencionaron haber denunciado ante el empleador o jefe o ante el gerente o superior jerárquico. La mayoría pide ayuda y consejo de los amigos y familiares.</p> <p>Las personas que fueron testigos de conductas de acoso sexual en el trabajo, la encuesta reveló que la mayoría no tomaron acción alguna frente a la situación, el 24% aseguró haber ofrecido un consejo o asesoría a la víctima, tan sólo el 2% haber notificado la conducta al Comité de Convivencia Laboral de la empresa u organización y el 1% ante alguna autoridad.</p>
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 100 de 1993: Crea el sistema de seguridad social integral, para la protección y servicios sociales a los habitantes del territorio nacional.</li> <li>• Decreto 1567 de 1998: Crea el sistema de Estímulos, los programas de Bienestar y los programas de Incentivos.</li> <li>• Decreto 1572 de 1998: Reglamenta el Decreto 1567 de 1998</li> <li>• Decreto 2504 de 1998: Dicta otras disposiciones y aclaraciones sobre Planes de Incentivos.</li> <li>• Ley 1010 de 2006: Adoptar medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.</li> </ul> <p><b>viii) Ingreso mínimo vital para desempleados o trabajadores en situación de vulnerabilidad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas como Familias en Acción, Jóvenes en Acción, Colombia Mayor, devolución del IVA e Ingreso Solidario, cubren a 7 millones de Colombianos.</li> </ul>	<p>En cuanto a los actores o instancias ante quienes las personas encuestadas acudirían para obtener información sobre acoso sexual en el trabajo, la principal instancia es la familia (33%), seguida de autoridades como la Fiscalía, Policía, Ministerio del Trabajo (24%) y en tercera instancia, a los amigos (22%). Frente a los medios a través de los cuales les gustaría obtener mayor información sobre acoso sexual en el trabajo, fue la televisión y/o radio con un 49% y el internet con un 45%</p>
<b>Señales de Progreso</b>		



## DERECHOS SINDICALES

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>		
<p>-Ratificación y entrada en vigor de los siguientes convenios de la OIT, entre otros</p> <p>PARTE DE LA TABLA ANEXO 1.</p> <p>- Consagración de las libertades sindicales en la Constitución. ¿Cuáles de las siguientes garantías contiene el derecho constitucional colectivo del trabajo en el país? ¿Para qué tipo de organizaciones sindicales –de primer, segundo y tercer nivel- están garantizados estos derechos? a) Derecho de asociación b) Derecho de reunión c) Derecho a la huelga d) Derecho a la negociación colectiva.</p> <p>El derecho de asociación sindical en Colombia es un derecho fundamental, el cual constituye una modalidad del derecho de libre asociación, como quiera que aquel consiste en la libre voluntad o disposición de los trabajadores para constituir formalmente organizaciones permanentes que los identifique y los una en defensa de los intereses comunes de profesión u oficio, sin autorización previa de carácter administrativo o la injerencia o intervención del Estado o de los empleadores, conforme lo consagran los artículos 39 y 55 de la Constitución Política, Sentencia C-1491/00</p> <p>-Existe alguna reglamentación constitucional o legal del derecho a la huelga y a la negociación colectiva en el caso de servicios</p>	<p>-Existen Políticas públicas o programas efectuados en los últimos cinco años en los siguientes campos (indicar cuáles): a) Promoción de la sindicalización. b) Promoción de la agremiación empresarial. c) Fortalecimiento de los sindicatos d) Eliminación de prácticas anti- sindicales e) Educación en libertades sindicales y ciudadanía laboral f) Resolución de conflictos laborales g) Monitoreo a la negociación colectiva.</p> <p>a) El Ministerio del Trabajo cuenta con la Subdirección de Promoción de la Organización social, la cual depende del Despacho del Viceministro de Relaciones Laborales e Inspección.</p> <p>b) la Constitución Política de Colombia consagra, de forma expresa, el derecho a la libre asociación (artículo 38); La Corte Constitucional, en la sentencia C-865/04, señaló la finalidad de la libre asociación.</p> <p>-Porcentaje de los casos de conflictos labores estudiados en las instancias administrativas existentes que han sido resueltos.</p> <p>El Sistema SISINFO del Ministerio del Trabajo, a 30 de junio de 2020 cuenta con 72.048 querellas registradas, donde el 50%, que equivalen a 36.030 querellas se encuentran activas y el 50%, que son 36.018 querellas, han sido finalizadas.</p> <p>-Porcentaje de solicitudes de inscripción de sindicatos rechazadas en los últimos cinco años (Especificar razones para rechazo).</p>	<p>-Tasa de sindicalización (trabajadores afiliados a sindicatos/total de ocupados) por sexo y nivel educativo.</p> <p>Respuesta en el anexo</p> <p>-Cobertura de negociación colectiva (trabajadores cubiertos por algún mecanismo de negociación colectiva/total de ocupados) por sexo y edad.</p> <p>De acuerdo con el Censo Sindical 2017, de los empleados públicos en Colombia el 33% es población sindicalizada. el 59% de las personas afiliadas a los sindicatos son hombres, mientras el 41% restantes son mujeres.</p> <p>-Porcentaje del total de empresas que pertenecen a una organización gremial de empleadores.</p> <p>La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) es la agremiación de empresas más grande del país, cuenta con 1141 empresas Asociadas.</p> <p>-Número de días no laborados por efecto de huelgas (desagregado por sector económico) para los últimos dos años disponibles.</p> <p>No se cuenta con información.</p> <p>-Número de denuncias en los últimos cinco años por hechos sucedidos en el país ante el Comité de Libertad Sindical</p>



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



<p><b>públicos esenciales (Sí. Especifique cuál/La reglamentación está pendiente/Están prohibidos para esta clase de servicios).</b></p> <p>Aquellos de los servidores públicos que tienen con el Estado una relación de mayor vínculo a las responsabilidades que le son propias, es decir los empleados públicos, no pueden interrumpir su actividad sino en los términos que la ley contemple y, por tanto, no les es dable ejercer el derecho de huelga -que implica dicha interrupción- si la ley se lo ha prohibido. La Carta garantizó el derecho de huelga a los trabajadores oficiales con la única excepción de los que tengan a su cargo la prestación de los servicios públicos esenciales definidos por el legislador.</p> <p>Dice el artículo 56 de la Constitución: "Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos esenciales definidos por el legislador".</p> <p>Se considera como Servicio Público Esencial a la Banca Central (Ley 31/92), la Seguridad social relacionada con salud y pago de pensiones (Ley 100/93), los Servicios públicos domiciliarios (Ley 142/94), la Administración de justicia (Ley 270/96), el Servicio que presta el Instituto Nacional Penitenciario, 'Inpec' (Dec. 407/94), la Prevención y control de incendio (Ley 322/96), las Actividades de la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, 'Dian' (Ley 633/00), la Explotación del Petróleo y Educación (desarrollo Jurisprudencial) y también a la Reglamentación del transporte público aéreo, marítimo, fluvial, férreo, masivo y terrestre y su operación en el territorio nacional, de conformidad con la Ley 105 de 1993, y con las normas que la modifiquen o sustituyan. (Ley 336 de 1996).</p>	<p>El Ministerio del Trabajo realiza inscripción automática de acuerdo con el convenio 87, en este sentido no se rechaza las solicitudes de inscripción a sindicatos.</p>	<p>Se tiene registro de 26 quejas ante la OIT en contra del Gobierno de Colombia.</p>
--	---	---



**- Existencia de requisitos para asociarse a organizaciones sindicales, ejercer la negociación colectiva o la huelga contemplados en la ley (Por tipo de contrato/Sector económico/otros criterios)**

La carta fundamental y los convenios de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, Convenio 87 ratificado por la Ley 26 de 1976 relativo a la libertad sindical y la protección al derecho de sindicación- garantizan que todo trabajador o empleador puede agruparse en sindicatos o asociaciones, principio que fue desarrollado por el artículo 353 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 38 de la ley 50 de 1990 y modificado por el artículo 1º de la Ley 584 de 2000 al reiterar “el derecho de asociarse libremente en defensa de sus intereses” y en cuyo inciso 3º preceptúa: “Los trabajadores y empleadores, sin autorización previa, tienen el derecho de constituir las organizaciones que estimen conveniente, así como el de afiliarse a éstas, con la sola condición de observar los estatutos de las mismas.

Para conformar una organización sindical, se requiere un número no inferior a 25 afiliados quienes suscriben un "acta de fundación" y, de igual modo, discuten y aprueban los estatutos de la asociación y se designan el personal directivo. Conforme al principio de autonomía sindical a la organización le compete redactar el reglamento estatutario cuyo contenido mínimo deberá contener lo dispuesto en el Código en su artículo 362.

Como paso concomitante y una vez realizada la asamblea de constitución, el sindicato de





trabajadores comunicará por escrito al respectivo empleador y al inspector del trabajo, y en su defecto, al alcalde del lugar, la constitución del sindicato.

Es de mencionar que la personería jurídica de los sindicatos se obtiene en forma automática, desde el mismo momento de su fundación -artículo 364 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 44 de la ley 50 de 1990. Sin embargo, para que éstos actúen válidamente como sujetos de derechos, se requiere su inscripción en el registro sindical ante el Ministerio del Trabajo.

Para llevar a cabo una huelga, debe existir previamente un acuerdo expreso de los trabajadores, o a través de sus representantes legales; hacer un comunicado formal de la convocatoria de huelga al empresario; designar un comité de huelga; y fijar los servicios de seguridad y mantenimiento para las personas cuando sea necesario.

También hacer publicidad, cuando se trate de huelgas en servicios públicos; establecer que con la huelga no se afecten los servicios esenciales de la comunidad; y, en todo el proceso, tener en cuenta aspectos como arreglos directos, conciliación y convocar un tribunal de arbitramento entre las dos partes.

**- Existe la garantía constitucional de que la ilegalidad de las huelgas solo puede ser declarada por un juez mediante un debido proceso con plenas garantías.**





La Constitución Política de Colombia, en el artículo 39 consagra el derecho de los trabajadores a constituir sindicatos y asociaciones, sin intervención del Estado. La estructura interna y el funcionamiento de los sindicatos y organizaciones sociales y gremiales se sujeta al orden legal y a los principios democráticos. La cancelación o la suspensión de la personería jurídica sólo proceden por vía judicial.

Ahora bien, el artículo 56 de la misma carta magna, garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos esenciales definidos por el legislador. Las buenas relaciones laborales estarán fomentadas por una comisión permanente integrada por el Gobierno, representantes de los empleadores y de los trabajadores, para contribuir a la solución de los conflictos colectivos de trabajo y concertar las políticas salariales y laborales.

Respecto al derecho de huelga, la Corte Constitucional en Sentencia C-858 de 2008, puntualizó:

“La consagración constitucional de la huelga, a la luz de la jurisprudencia constitucional, tiene como connotaciones básicas, las siguientes: i) es un derecho de los trabajadores; ii) es un medio para la solución pacífica de conflictos colectivos laborales; iii) su regulación corresponde al legislador, en función de las finalidades y límites impuestos constitucionalmente”.

En este orden de ideas, la declaratoria de ilegalidad del cese de actividades o paro se encuentra regulada con amplias garantías en la Ley 1210 de 2008 (julio 14), “Por la cual se modifican parcialmente los artículos 448 numeral 4 y 451 del Código Sustantivo del Trabajo y 2° del



<p>Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social y se crea el artículo 129A del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>La norma en mención, establece quienes son los competentes para adelantar la demanda ante la Jurisdicción laboral; la solicitud de declaratoria de ilegalidad del cese de actividades o paro; procedimiento de carácter ordinario especial y preferente en los términos señalados en la Ley 1210 de 2008.</p> <p>Así las cosas, la solicitud de declaratoria de ilegalidad del cese de actividades se presenta ante las Salas Laborales de los Tribunales Superiores en la Jurisdicción territorial donde se haya producido la suspensión o paro colectivo y deberán adoptar la decisión a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, contados a partir de la recepción de la demanda.</p> <p>Por otro lado, en la actualidad el Sistema de Información Estadístico de la Rama Judicial – SIERJU, no desagrega los procesos de declaratoria de ilegalidad de las huelgas ya que, se encuentran agrupados en un ítem de otros, por lo que no se puede suministrar una estadística detallada .</p>		
<p><b>Señales de Progreso</b></p>		
<p><b>- Existencia de solicitud de cooperación a instancias de la OIT u otros organismos vinculados con libertades sindicales.</b></p> <p>Existen 35 espacios de diálogo social tripartitos, existe el programa de protección a los líderes sindicales. Reparación colectiva al movimiento sindical.</p>	<p><b>- Existencia de campañas realizadas por parte del Estado para la promoción de las libertades sindicales en los últimos años.</b></p> <p>El Ministerio de Trabajo juntamente con la OIT y las centrales sindicales han desarrollado campañas para proteger los derechos de asociación sindical.</p>	



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



<p>La Comisión Especial de Tratamiento de conflictos ante la OIT, como mecanismo tripartito alternativo de solución de conflictos que tiene una eficiencia del 66%.</p>	<p>El Ministerio anualmente asigna presupuesto para la capacitación de líderes sindicales. en el año 2020 la asignación fue de \$504.934.000.</p> <p>Juntamente con la Fiscalía General de la Nación se realiza capacitación a los fiscales para avanzar en los procesos que se encuentre sobre violación a los derechos de asociación.</p>	
<p><b>CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS</b></p>		
<p><b>- % de los recursos totales del sector justicia asignados para la operación de la jurisdicción laboral.</b></p> <p>No se cuenta con el indicador</p>	<p><b>- % de ejecución de los recursos en los programas en materia de protección y promoción de las libertades sindicales (% de ejecución/% del tiempo de duración transcurrido de los programas).</b></p> <p>No se cuenta con información</p>	<p><b>-% de los sindicatos con un número de afiliados inferior a 500 (Para medir la estructura sindical del país, si es predominantemente con sindicatos pequeños o grandes).</b></p> <p>No se cuenta con el indicador</p>
<p><b>Señales de Progreso</b></p>		
<p><b>CAPACIDADES ESTATALES</b></p>		
<p><b>- Existe alguna instancia de diálogo Social-tripartita o de otra índole-que tenga incidencia sobre la formulación de la política económica y laboral. Jurisdicción.</b></p> <p>Como instancias de diálogo social se cuenta con: la Comisión Interinstitucional de Derechos Humanos; Comisión Especial de Tratamiento de Conflictos ante la OIT, CETCOIT, Subcomisión de Asuntos Internacionales.</p>	<p><b>-% de avance en las metas de los programas relacionados con las libertades sindicales en la Ley de Planeación o Plan de Desarrollo vigente (% de avance vs %del tiempo transcurrido de duración del programa).</b></p> <p>El Ministerio de Trabajo señala un avance de gestión del 97%</p> <p><b>- Casos resueltos como % del total de casos abordados por tribunales de arbitramento u otros mecanismos para solucionar disputas sobre negociación colectiva.</b></p>	<p><b>-Número de inspectores laborales por cada 100.000 trabajadores.</b></p> <p>En la actualidad, cuenta Colombia con más de 900 Inspectores de Trabajo, funcionando en todo el territorio Nacional, correspondiente a 2 inspectores cada 100000 habitantes.</p> <p>La meta actual es llegar a tener 1593 inspectores, lo correspondiente a 1 inspector cada 15000 habitantes.</p> <p><b>- Proporción entre la tasa de sindicalización más alta y la más baja entre entidades territoriales.</b></p> <p>Respuesta en el anexo.</p>



**- Existencia de tipos penales o faltas disciplinarias en la normatividad vigente asociadas a vulneraciones contra las libertades sindicales.**

El código penal colombiano, en el artículo 200 tipifica el delito de violación de los derechos de reunión y asociación.

Relacionamos los más importantes espacios de participación de las organizaciones sindicales: - Consejo Nacional de Planeación. Ley 152 de 1994. Formulación de políticas públicas, a través de la participación en el Plan Nacional de Desarrollo y consejos territoriales de planeación. - Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y laborales. Ley 278 de 1996, que crea y reglamenta su composición. Se crean varias subcomisiones temáticas: Subcomisión para del sector público, Comisión Especial de tratamiento de conflictos ante la OIT- CETCOIT; subcomisión de Asuntos Internacionales del sector Trabajo; Subcomisión de Migración Laboral; subcomisión de Seguridad Social; subcomisión de Productividad Laboral; subcomisión de Formalización Laboral y subcomisión de Tribunales de Arbitramento.

Consejo Nacional de riesgos, donde están los fondos de riesgos laborales; Consejo Nacional de seguridad social en salud; consejos Directivos a nivel nacional y territorial en el SENA, Cajas de Compensación familiar. En esta última se definen planes de vivienda, educación y recreación de la familia. - La negociación colectiva en el sector público y privado, por todos conocida. - Comisiones paritarias en las empresas, comités de convivencia, comisiones de personal, comisión de reclamos, entre otros. - Ante OIT: Representación de gobierno, empleadores y

AÑO	No. SOLICITUDES	EN TRÁMITE	LAUDOS	RETIRO PLIEGO/ FIRMA CONVENCIÓN
2011	14	1	8	5
2012	126	9	54	63
2013	163	10	65	88
2014	156	14	65	77
2015	163	29	53	81
2016	175	43	65	67
2017	168	81	39	48
2018	190	130	17	43
2019	171	157	1	13
2020	26	26	0	0

**-Existencia de una agenda de trabajo o pacto laboral en el marco de las instancias de diálogo social (% de cumplimiento estimado).**

CETCOIT				TOTAL
% ACUERDO PÚBLICO	39%	% SIN ACUERDO PÚBLICO	17%	56%

**-Número de contratos colectivos suscritos anualmente.**

En el año 2019 se firmaron 639 convenciones colectivas

**-Registro de nuevos sindicatos anualmente.**

En el año 2019 se registraron 299 nuevas organizaciones sindicales.

Total nuevos sindicatos en los últimos 5 años:1496.

**-Número de procesos de negociación colectiva apoyados por el Estado en los últimos cinco años.**

En Colombia ha sido un logro la negociación colectiva con el sector Estatal, en los últimos 5 años se han celebrado 3 negociaciones colectivas con todas las centrales del país que han beneficiado 1.200.000 funcionarios públicos



<p>trabajadores. Consejeros técnicos, consejo de administración, comité de libertad sindical. - OEA: Consejo Consultivo Laboral - Conferencia Iberoamérica de ministros con participación de trabajadores y empleadores. - Convenio Simón Rodríguez. - Observadores ante los T.L.C.</p> <p><b>-Existe un sistema de información que registra las vulneraciones a los derechos laborales y contribuye al fortalecimiento de las tareas de inspección, seguimiento y control.</b></p> <p>No se cuenta con información</p>	<p><b>% ACUERDO PRIVADO</b></p>	<p><b>31%</b></p>	<p><b>% SIN ACUERDO PRIVADO</b></p>	<p><b>14%</b></p>	<p><b>44%</b></p>	
<b>Señales de Progreso</b>						
<b>IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN</b>						
<p><b>- Existencia de mecanismos judiciales para proteger a los trabajadores sindicalizados de acciones arbitrarias por parte del empleador (fuero sindical, sanciones penales por actitudes anti-sindicales).</b></p> <p>El Ministerio para proteger los derechos de asociación y negociación colectiva y fortalecer los elementos e instrumentos para la solución de los conflictos expidió el Decreto 089 de 2014 se avanzó en establecer una negociación concentrada y unificada de los diferentes pliegos de peticiones que sean presentados por los sindicatos, y una unificación de vigencias de la convención colectiva o laudo arbitral producto de los diferentes pliegos.</p> <p>Tribunales de arbitramento: Se expidió el Decreto 17 de 2016 que se ocupa de nueve (9) temas</p>	<p><b>-Existencia de mecanismos legales, programas o campañas para garantizar derecho de asociación, huelga y negociación colectiva de trabajadores tercerizados (no vinculados directamente a las empresas).</b></p> <p>La Legislación laboral cuenta con mecanismos tanto de tipo administrativo como judicial para que las organizaciones sindicales puedan ejercer sus derechos que crean que se sientan vulnerados. Sin embargo, El Ministerio de Trabajo por medio del concepto No. 120000-86585 del 19 de mayo de 2015, sostuvo que quienes gozan del derecho de asociación sindical son: (i) todos los trabajadores, entendiéndose por tal, las personas naturales que se encuentren vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidor público, a través de una relación legal y reglamentada; (ii) y, los empleadores colombianos, personas naturales o jurídicas, con excepción de la fuerza pública.</p>			<p><b>- Proporción de tasas sindicalización de distintos grupos poblacionales (mujeres, jóvenes, personas con discapacidad, grupos étnicos, trabajadores rurales, trabajadores tercerizados, etc.) en relación con la tasa de sindicalización general.</b></p>		



sensibles en el procedimiento para la convocatoria de los tribunales de arbitramento, todos ellos orientados a agilizar y hacerlos efectivos. La norma precisa los documentos que deben acompañar la solicitud de convocatoria de tribunal de Acciones para la protección de los derechos laborales individuales y colectivos en Colombia Página 21 arbitramento, realizada por una organización sindical o por el empleador; establece términos para las actuaciones administrativas de convocatoria del Tribunal de Arbitramento; ordena la acumulación en un solo Tribunal de Arbitramento de los conflictos suscitados en una misma empresa o rama de actividad con múltiples organizaciones sindicales.

-Protección penal del derecho de asociación sindical Uno de los compromisos adquiridos por el Gobierno para proteger el derecho de asociación y la negociación colectiva era reformar el Código Penal para establecer sanciones a los empleadores que atenten contra el derecho de asociación sindical, reunión y el derecho de negociación colectiva. Este Acciones para la protección de los derechos laborales individuales y colectivos en Colombia Página 22 compromiso fue cumplido mediante la expedición de la Ley 1453 de 2011 (de Seguridad Ciudadana), como se mencionó en el numeral anterior. Para mejorar el conocimiento de los fiscales sobre las leyes laborales, que les permita mayor eficacia y avance en las investigaciones, la OIT conjuntamente con la Fiscalía se han impartido capacitación en normas laborales, que incluyen temas específicos en derecho de asociación y negociación colectiva. Con el objeto de avanzar en las investigaciones sobre el artículo 200, existe una estrategia de capacitación de fiscales y priorización de casos

**-Existencia de jurisprudencia sobre prácticas anti-sindicales.**

- Sentencia C-377 de 1998 Corte Constitucional Revisión constitucional del Convenio 151 sobre la protección del derecho de sindicación y los procedimientos para determinar las condiciones de empleo en la administración pública”, adoptado en la 64ª reunión de la conferencia general de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 1978, y de la Ley aprobatoria N° 411 del 5º de noviembre de 1997, por medio de la cual se aprueba dicho convenio.
- Sentencia T-248/14 DERECHO DE ASOCIACION SINDICAL-Derecho subjetivo, de carácter voluntario, relacional e instrumenta
- Sentencia T-248/14 (Bogotá D.C., abril 11) PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD E INMEDIATEZ EN LA ACCION DE TUTELA-Requisitos de procedibilidad.

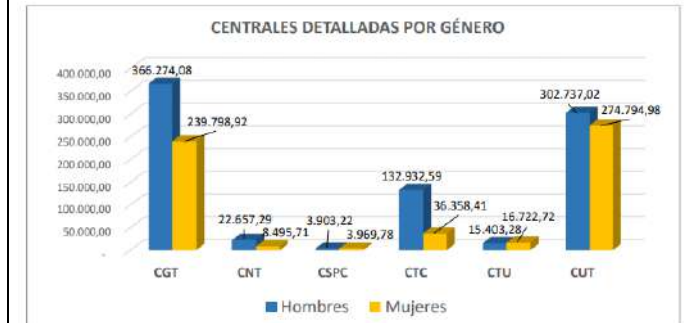
**-Existencia de programas que fomenten la organización y los espacios de negociación colectiva de población vulnerable o tradicionalmente discriminada (mujeres, jóvenes, adultos mayores, afrodescendientes, indígenas, LGBTI, población con discapacidad, habitantes rurales, migrantes, etc.)**

No se cuenta con información desagregada

**Relación de la población sindicalizada, PEA y personas ocupadas 2017**

Descripción	Datos	% Nacional	% población sindicalizada censo- 2017	
Trabajadores afiliados a sindicatos	1.424.048	N/A	N7A	
Proyección población 2017	49,291,925	100%	N/A	
Población Económicamente Activa -PEA	24.696.587	50,10%	5,8%	
Personas Ocupadas	22.382.580	45,40%	6,4%	
Trabajadores Formalizados	Cotizan Pensión	8.242.565	18,9%	17,27%
	Contrato escrito	7.520.547	17,3%	18,93%
	Total, Formalizados	15.763.112	31,97%	9,03%

Ministerio del Trabajo, según datos DANE 2017 contrastado y relacionado con datos censo sindical 2017



CENTRAL	CGT	CNT	CSPC	CTC	CTU	CUT
Hombres	366.274,08	22.657,29	3.903,22	132.932,59	15.403,28	302.737,02
Mujeres	239.798,92	8.495,71	3.969,78	36.358,41	16.722,72	274.794,98
	606.073,00	31.153,00	7.873,00	169.291,00	32.126,00	577.532,00

**- Cobertura de la negociación colectiva desagregada por grupos poblacionales.**

No se cuenta con información

**- % de mujeres y jóvenes en la dirigencia sindical.**





<p><b>- Existencia de restricciones legales para la afiliación y la conformación de sindicatos de acuerdo con distintos criterios (tipo de contrato, sector económico).</b></p> <p>El artículo 39 de la Constitución únicamente excluyó a los miembros de la fuerza pública, con el objeto de preservar su absoluta imparcialidad, pues la función que cumplen tiene por fin primordial la defensa de la soberanía, la independencia, la integridad del territorio y del orden constitucional. Pero la Carta de 1991 no estableció distinciones entre los demás trabajadores y, por el contrario, reconoció esta garantía a todo ellos, independientemente de su vinculación a empresas privadas o a entidades públicas,</p>		No se cuenta con el indicador
<b>Señales de progreso</b>		
<b>ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN</b>		
<p><b>-Existencia de un censo sindical en el país. Periodicidad y desagregaciones.</b></p> <p>El último censo sindical se llevó a cabo en el 2017, realizado por el Ministerio del trabajo, con la participación de las centrales sindicales: CGT, CUT, CTC, CNT, CSPC Y CTU</p> <p>Con la metodología utilizada, estamos asumiendo el amparo del derecho de asociación en el mundo del trabajo, en su acepción más amplia, pues nos permite presentar los registros aportados por las centrales como una fuente importante de información, en el sentido, que reconocemos que la interpretación del derechos de asociación y libertad sindical, permiten que coexistan en el mundo del trabajo multiplicidad de organización</p>	<p><b>-Periodicidad con la cual se publican boletines o información sobre el goce de las libertades sindicales por parte de la población, de manera culturalmente adecuada atendiendo a la diversidad de lenguas y a la población con discapacidad.</b></p> <p>El Ministerio del Trabajo publica boletín trimestral sobre actuaciones administrativas.</p>	





que no podríamos aceptar en una acepción más restrictiva del derecho laboral. Es por esto, que las cifras entregadas permiten distintas lecturas y serán las propias organizaciones sindicales las que, con los datos suministrados, establezcan autónomamente sus propios niveles de representatividad.

**-¿Qué preguntas existen en la principal fuente de información (encuesta de hogares u otra) sobre la situación del mercado laboral en relación con las libertades sindicales?**

El SISINFO es un sistema de información y gestión de las actuaciones administrativas que realiza el Ministerio del Trabajo, averiguaciones preliminares y procedimientos administrativos sancionatorios.

En las jornadas lideradas por IVC en alianza con la Organización Internacional del Trabajo, OIT, con recursos de Usdol, los Directores Territoriales, Coordinadores de los grupos de PIVC e Inspectores de Trabajo, pudieron conocer la última versión de esta herramienta que va a permitir que todas las querellas que se presenten en el país puedan estar compiladas en este sistema de información.

“Esto será beneficioso no solamente para el Ministerio, sino también para organizaciones sindicales, empresarios, instituciones públicas y privadas porque generará información confiable y va a servir para la toma de decisiones”,

En el 2019 se realizaron 10.423 visitas, número que creció en un 44% frente a las 7.194 visitas del



2018, lo que implica una mayor vigilancia del cumplimiento de las normas laborales.

Se gestionaron 81 acuerdos de formalización laboral en el 2019, lo que significa un incremento del 41% frente a los 48 acuerdos gestionados en el 2018.

6.522 expedientes fueron descongestionados en el 2019 gracias a un plan especial ejecutado por los inspectores del trabajo, lo que significó un crecimiento del 41% frente a los 4.616 descongestionados en el 2018.

270 municipios de difícil acceso o de baja cobertura, fueron visitados por inspectores del trabajo gracias a 549 comisiones que se financiaron con 229 millones adicionales que se gestionaron para el 2019. El Ministerio no había llegado antes a muchos de esos municipios.

**-Existencia de herramientas de información públicas para acceder fácilmente a las principales fuentes normativas y jurisprudenciales del derecho laboral colectivo.**

En Colombia existe el Sistema Único de Información Normativa del Estado colombiano (SUIN Juriscol), el cual permite ubicar de forma rápida y gratuita, normas de carácter general, actos legislativos, leyes, decretos, directivas presidenciales, resoluciones, circulares, entre otros, a partir de 1864, con sus respectivas afectaciones normativas y jurisprudenciales. Igualmente se pueden realizar consultas de jurisprudencia de control de constitucionalidad y de legalidad proferidas por la anterior Sala



Constitucional de la Corte Suprema de Justicia desde 1910 hasta 1991 y por el Consejo de Estado y por la Corte Constitucional.		
<b>Señales de Progreso</b>		
<b>ACCESO A LA JUSTICIA</b>		
<p><b>-Existencia de instancias administrativas para presentar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas a las libertades sindicales.</b></p> <p>La libertad sindical, el derecho de asociación y negociación en materia normativa se refleja en la expedición del Decreto 160 de 2014, que reguló la negociación colectiva en el sector público, así como en normas que abordaron temas como la convocatoria y conformación de los Tribunales de Arbitramento Laboral (Decreto 017 de 2016), cuotas sindicales (Decreto 2264 de 2013), unidad de pliegos y negociación (Decreto 089 de 2014), lo que fortalece el derecho a la negociación colectiva.</p> <p>Se expidieron normas que conformaron y fortalecieron la inspección del trabajo, bajo criterios de eficiencia y eficacia procesal y administrativa, en especial la Ley 1610 de 2013, que reglamentó aspectos generales de la inspección y otras encaminadas a contrarrestar la tercerización laboral ilegal: Decreto 2025 de 2011, relativo a las Cooperativas de Trabajo Asociado, Decreto 036 de 2016, que regula los Contratos Sindicales y Decreto 583 de 2016, relativo a la</p>	<p><b>- Número de entradas y salidas de causas en la jurisdicción laboral por asuntos relacionados con las libertades sindicales (nivel de resolución).</b></p> <p>No se cuenta con el indicador</p> <p><b>- Tiempo promedio de duración de un proceso en la jurisdicción laboral.</b></p> <p>No se cuenta con información específica para responder al indicador.</p> <p>No obstante, se considera relevante señalar que la Ley 1149 de 2007, reformó nuevamente el proceso para retomar la oralidad y reducir las audiencias a dos: una de conciliación y otra de “trámite y juzgamiento”, según esta última reforma se pretendía reducir los tiempos procesales de la siguiente forma: el proceso está planteado para agotarse en dos audiencias; la primera -audiencia de conciliación- debe celebrarse dentro de los tres (3) meses siguientes a la admisión de la La información que se presenta en este acápite para las diferentes fases tiene nivel de precisión estadístico alto por lo que se trata de conclusiones con capacidad de expansión hasta 2143 procesos. 135 demanda y la segunda -trámite y juzgamiento- dentro de los tres (3) meses siguientes a la finalización de la audiencia de conciliación.</p>	



<p>Inspección, Vigilancia y Control sobre la Tercerización Laboral ilegal.</p> <p>La libertad sindical, el derecho de asociación y negociación colectiva encontraron en el Plan de Acción Laboral (PAL) un importante soporte para su fortalecimiento, que en materia normativa se refleja en la Acciones para la protección de los derechos laborales individuales y colectivos en Colombia Página 10 expedición del Decreto 160 de 2014, que reguló la negociación colectiva en el sector público, así como en normas que abordaron temas como la convocatoria y conformación de los Tribunales de Arbitramento Laboral (Decreto 017 de 2016), cuotas sindicales (Decreto 2264 de 2013), unidad de pliegos y negociación (Decreto 089 de 2014), lo que fortalece el derecho a la negociación colectiva.</p> <p><b>-Existencia de tribunales de arbitramento u otros mecanismos con representación tripartita para dirimir disputas sobre negociación colectiva.</b></p> <p>Para definir la existencia de tribunales de arbitramento u otros mecanismos con representación tripartita para dirimir disputas sobre negociación colectiva se encuentra la Comisión Especial de Tratamiento de Conflictos ante la OIT - CETCOIT la cual es mecanismo de diálogo social que tiene como propósito gestionar la solución de conflictos laborales con vocación de ser abordados en el marco de los órganos de control de la Organización Internacional del Trabajo, es un espacio con resultados significativos, que ha contribuido al fortalecimiento de la libertad sindical, el derecho de asociación y negociación colectiva.</p>	<p>En la audiencia de conciliación se debe intentar el arreglo directo, y si este fracasa, se procede a trabar la litis. Además se deben decidir las excepciones previas, sanear el proceso, decretar las pruebas, resolver los incidentes (que sólo pueden proponerse en esta etapa procesal a menos que surjan después de la audiencia de conciliación) y se señala la hora y fecha de la audiencia de trámite y juzgamiento.</p> <p>Para finalizar se celebra la audiencia de trámite y juzgamiento, única oportunidad para practicar las pruebas (en aplicación del principio de concentración), presentar alegatos y el juez debe proferir la decisión que se notifica en estrados.</p> <p>En principio, esta audiencia no puede ser suspendida, es decir, se debe desarrollar sin solución de continuidad. Desde la Ley 1149 quedó eliminada la apelación escrita en los procesos laborales y la audiencia de trámite y juzgamiento es la única oportunidad procesal para interponer este recurso de manera oral.</p> <p><b>- Cobertura de la oferta de formación a funcionarios judiciales en derecho laboral colectivo.</b></p> <p>El Consejo Superior de la Judicatura a través de la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”, informa a la comunidad judicial del país que mediante los Acuerdos No. PCSJA19-11265 y PCSJA18-11271 del 7 y 14 de mayo de 2019 respectivamente, proferidos por esta Corporación, fueron aprobados el Plan de Formación de la Rama Judicial 2019 y su correspondiente Plan de Inversiones. Cuenta con un subprograma de formación en derecho laboral que consta de una formación continua con énfasis en oralidad del Derecho Laboral, concede a los servidores judiciales de esta especialidad, un fortalecimiento en sus habilidades como operadores de justicia en materia del derecho al trabajo, seguridad social y a su vez los conflictos que resultan en el derecho procesal laboral. En ese sentido, el subprograma de formación judicial en el área laboral, responde a las necesidades actuales que renacen en el diario vivir del</p>	
---	---	--



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



<p>Se expidió el Decreto 17 de 2016 que se ocupa de nueve (9) temas sensibles en el procedimiento para la convocatoria de los tribunales de arbitramento, todos ellos orientados a agilizar y hacerlos efectivos. La norma precisa los documentos que deben acompañar la solicitud de convocatoria de tribunal de Acciones para la protección de los derechos laborales individuales y colectivos en Colombia Página 21 arbitramento, realizada por una organización sindical o por el empleador; establece términos para las actuaciones administrativas de convocatoria del Tribunal de Arbitramento; ordena la acumulación en un solo Tribunal de Arbitramento de los conflictos suscitados en una misma empresa o rama de actividad con múltiples organizaciones sindicales.</p>	<p>operador judicial, como son los derechos pensionales, de salud, sindicales, estabilidad laboral, riesgos laborales, protecciones salariales que demanda la sociedad colombiana; así como los desafíos en la oralidad que debe enfrentar la comunidad judicial. Ofrece capacitaciones, diplomados, conversatorios, seminarios o cursos los cuales se dictan en 6 ciudades en la modalidad presencial y virtual con un aforo de hasta 60 funcionarios por ciudad.</p>	
<b>Señales de Progreso</b>		

## INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR AGOSTO DE 2020

### DERECHO AL AMBIENTE SANO

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>		
<p>- Ratificación y entrada en vigor de acuerdos multilaterales sobre medio ambiente como los siguientes (no es exhaustivo): Ver Tabla 1 Anexo 6</p> <p>- Consagración en la Constitución del derecho al medio ambiente sano y al acceso a servicios públicos básicos.</p> <p>La Constitución Política introdujo una serie de disposiciones específicas respecto a la conservación y disfrute de un ambiente sano, de la promoción y preservación de una calidad de vida y de la protección de los bienes y riqueza ecológicas y naturales necesarios para un desarrollo sostenible y una promoción del bienestar general, es así como el artículo 79 consagra el derecho a gozar de un ambiente sano, pero existen otras disposiciones ambientales en la Constitución política, tales como los arts. 8, 58, 63, 80, 81, 86, 88, 95-8, 330-5, 333, 334, 339. En materia de acceso a servicios públicos básicos se destacan los artículos 49, 365 a 370 de la Constitución política.</p> <p>- Existencia de una institucionalidad medio ambiental en todos los niveles de gobierno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel Nacional</li> </ul>	<p>- Existen políticas públicas o programas en las siguientes áreas: a) Promoción del derecho a un consumo mínimo vital de agua potable;</p> <p>La estructuración de las políticas de agua potable por parte del MVCT tiene tres pilares que son: <b>garantizar el acceso, continuidad y calidad de agua</b> a toda la población, bajo este contexto en los últimos 4 años el MVCT ha diseñado políticas y programas enfocados en el cierre de brechas para garantizar ese acceso a agua a la población más vulnerable, como son el Programa Agua al Barrio, el Programa Agua al Campo y el Programa Guajira Azul.</p> <p>Ahora bien, antes de hablar sobre el mínimo vital es necesario hacer referencia a que el acceso al agua y al saneamiento ha sido reconocido por las Naciones Unidas como un derecho humano mediante diferentes instrumentos jurídicos internacionales, y aunque la Constitución Política Colombiana no contiene de manera directa el reconocimiento del agua potable como Derecho Fundamental, se puede colegir, que el derecho al agua ha tenido un alcance jurisprudencial, desarrollado por la Corte Constitucional a través de sus sentencias.</p> <p>Así las cosas, la posición de la Corte Constitucional ha venido evolucionando a lo largo de los últimos años frente al alcance del Derecho Humano al agua, para 1994 se protegía el derecho humano al agua potable por conexidad con el derecho a un ambiente sano, pero desde el año 2007 se reconoció bajo las premisas de disponibilidad, calidad y accesibilidad, dándole un alcance independiente de los demás derechos</p>	<p>- Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales. (ODM)</p> <p>91,2% (Gran Encuesta Integrada de Hogares 2019).</p> <p>- Proporción de la población con acceso a métodos de saneamiento adecuados, en zonas urbanas y rurales. (ODM).</p> <p>87,9% (Gran Encuesta Integrada de Hogares 2019).</p> <p>- Proporción de la superficie cubierta por bosques. (ODM)</p> <p>La actualización de año 2019, se espera para septiembre de 2020. Se publica en el link <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/bosques-y-recurso-forestal">http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/bosques-y-recurso-forestal</a></p> <p>- % de áreas afectadas por la degradación ambiental.</p> <p><b>Bosques y recurso forestal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variación de la superficie de cobertura vegetal afectada por incendios</li> <li>2. Tasa anual de deforestación <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/bosques-y-recurso-forestal">http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/bosques-y-recurso-forestal</a></li> <li>Suelos y Tierras</li> <li>3. Proporción del área de suelos degradados por erosión</li> </ol>



<p>Ministerio del Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible.</p> <p>El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible es el rector de la gestión del ambiente y de los recursos naturales renovables, encargado de orientar y regular el ordenamiento ambiental del territorio y de definir las políticas y regulaciones a las que se sujetarán la recuperación, conservación, protección, ordenamiento, manejo, uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales renovables y del ambiente de la nación, a fin de asegurar el desarrollo sostenible, sin perjuicio de las funciones asignadas a otros sectores.</p> <p><b>Autoridad Nacional de Licencias Ambientales:</b></p> <p>Es una Unidad Administrativa Especial de orden nacional encargada de que los proyectos, obras o actividades sujetos de licenciamiento, permiso o trámite ambiental cumplan con la normativa, de tal manera que contribuyan al desarrollo sostenible.</p> <p>Con respecto al recurso hídrico, esta autoridad se ocupa de otorgar los permisos de concesión de aguas superficiales y subterráneas, de prospección y exploración de aguas subterráneas y de la autorización de construcción en zonas que ocupen el cauce de una corriente o depósito de agua, así como hacerles seguimiento a todas las licencias otorgadas.</p> <p><b>Parques Nacionales Naturales De Colombia:</b></p> <p>Es una Unidad Administrativa Especial de orden nacional encargada de la administración y manejo del Sistema de Parques Nacionales Naturales y la coordinación del Sistema Nacional de Áreas</p>	<p>fundamentales de los ciudadanos en los siguientes términos: “El derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico(...)”; aunado a lo anterior, para el año 2010 la misma corporación dispuso: “el agua es un derecho humano básico indispensable para llevar una vida digna”. No obstante, lo anterior, y como igualmente lo ha precisado Naciones Unidas en la Observación General 15, el reconocimiento al derecho humano al agua no se traduce en la gratuidad de la prestación del servicio. Esta (la gratuidad) no es una condición del cumplimiento del derecho, sino una opción para la ampliación de su cumplimiento y garantía.</p> <p>En nuestro régimen legal el concepto de mínimo vital en agua potable no ha sido formalmente definido. No obstante, en el régimen jurisprudencial es en principio un derecho de carácter fundamental y con contenido individual y no colectivo, por eso, quien lo alega a su favor debe reunir unas condiciones especiales que ha precisado la doctrina constitucional y que esencialmente están referidas a condiciones particulares, que le impide satisfacer una necesidad esencial a través del suministro del servicio público de acueducto.</p> <p>El concepto de mínimo vital en servicios públicos domiciliarios, en particular en agua potable, es un concepto en construcción, cuya consolidación aún no culmina, pues aunque toma identidad desde la entrada en vigencia de la Constitución de 1991, y es reconocido por la Corte Constitucional desde la sentencia T-578 de 1992<sup>1</sup>, es apenas a partir de la sentencia C-150 de 2003<sup>2</sup> que inicia su actual etapa de consolidación, que tiene un hito sustancial en la expedición de la sentencia T-546 de 2009<sup>3</sup>, y que se integra por diferentes sentencias en especial un grupo de providencias que han sido expedidas desde el año 2002 hasta la fecha, algunas que pueden considerarse emblemáticas, o fundadoras de líneas jurisprudenciales, que en algunos casos avanzan y en otros son razonablemente moduladas, pero sin que ello represente regresión o separación sensible de la orientación que lleva ya más de 15 años de construcción.</p>	<p>4. Proporción del área de suelos degradados por salinización  <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/suelo-y-tierra">http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/suelo-y-tierra</a></p> <p><b>Agua</b></p> <p>5. Índice de calidad del agua  6. Índice de uso del agua  7. Índice de alteración potencial de la calidad del agua – IACAL y otros,  <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/agua">http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/agua</a></p> <p><b>Aire</b></p> <p>8. Proporción de datos del Índice de la calidad del aire  9. Porcentaje de excedencias de PM 10 en el aire  10. Porcentaje de excedencias de PM 2.5 en el aire, y otros  <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/aire">http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/aire</a></p> <p><b>- % de áreas afectadas por la desertificación y por erosión del suelo.</b></p> <p>El IDEAM produce dos indicadores "Proporción del área de suelos degradados por erosión y desalinización" y "Proporción del área de suelos degradados por desalinización" estos indicadores tienen publicación de información 2015 y 2017 respectivamente, en la actualidad no se tendría información para el año 2019, se tienen pendientes los procesos de actualización, determinando una periodicidad mínima aproximada de cada dos años. Esta información se puede consultar en el <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/suelo-y-tierra">link</a>  <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/suelo-y-tierra">http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/suelo-y-tierra</a>.</p> <p><b>- Relación entre las zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total. (ODM)</b></p>
--	---	--

1 Ver sentencia T-578 de 1992 de la Corte Constitucional - Sala Cuarta de Revisión. Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero. Expediente No. T-1848.

2 Ver sentencia C-150 de 2003 de la Corte Constitucional - Sala Plena. Magistrado Ponente: Jaime Araujo Rentería. Expediente No. T-1426818.

3 Ver sentencia T-546 de 2009 de la Corte Constitucional – Sala Segunda de Revisión. Magistrada Ponente: María Victoria Calle Correa. Referencia: expediente T-2259519.





<p>Protegidas. Con respecto al recurso hídrico, esta autoridad se ocupa de otorgar concesiones de los recursos hídricos presentes en los Parques Nacionales Naturales y las Áreas protegidas, así como de su administración, control y conservación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel Regional</b></li> </ul> <p><b>Corporaciones Autónomas Regionales y para el Desarrollo Sostenible</b></p> <p>Son entes corporativos de carácter público, dotados de autonomía administrativa y financiera, patrimonio propio y personería jurídica. Están constituidos por entidades territoriales que por sus características geográficas son un mismo ecosistema. Están encargadas por la ley de administrar, dentro de su área de jurisdicción, el medio ambiente y los recursos naturales renovables y propender por su desarrollo sostenible, de conformidad con las disposiciones legales y las políticas del Ministerio del Medio Ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel Urbano</b></li> </ul> <p><b>Autoridades Ambientales Urbanas</b></p> <p>Estas instituciones están encargadas de promover y ejecutar programas y políticas nacionales, regionales y sectoriales en relación con el medio ambiente y los recursos naturales renovables (las mismas funciones de las Corporaciones Autónomas Regionales) en los municipios, distritos o áreas metropolitanas cuya población urbana fuere igual o superior a un millón de habitantes (Bogotá, Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Cali y Valle de Aburrá).</p>	<p>Conforme lo expuesto, a continuación, se cita algunas de las sentencias de la Corte Constitucional que reflejan la consolidación de tal línea jurisprudencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentencia T-546 de 2009:<sup>4</sup></li> </ul> <p>En esta sentencia la Corte Constitucional analizó si se violaba el derecho constitucional al suministro de agua potable, a la vida y la salud de una familia que le suspendieron el servicio de acueducto a la vivienda donde habitan, que pertenece al estrato uno, por estar en mora en el pago del mismo. La Corte Constitucional sostuvo:</p> <p>“A juicio de la Sala, no en todo caso de incumplimiento es válido suspender los servicios públicos domiciliarios, en el sentido de cortar totalmente el suministro de los mismos. Si el incumplimiento es involuntario u obedece a una fuerza insuperable; si, además, el domicilio a que se destinan está habitado por personas que merecen una especial protección constitucional; si el servicio es de aquellos indispensables para garantizar otros derechos fundamentales como la vida, la igualdad, la dignidad o la salud; y si, por último, se dan las condiciones establecidas en la ley para la suspensión, lo que debe suspenderse es la forma de prestar el servicio público. Es decir, debe cambiar la forma en que se suministra el servicio y ofrecerle al destinatario final unas cantidades mínimas básicas e indispensables, en este caso, de agua potable.” (Se subraya).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentencia T-915 de 2009:<sup>5</sup></li> </ul> <p>La Corte Constitucional sostuvo:</p> <p>“Claro está que no puede fomentarse la subcultura del no pago y que a las empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios también les asiste el derecho a que les sea retribuido justamente el valor del bien dispensado, estando facultadas para suspender los servicios al usuario frente al incumplimiento de éste en sus obligaciones contractuales, facultad que, como se indica en la misma providencia que acaba de ser citada, no puede asumirse como absoluta, debiendo mediar un análisis de legitimidad en la suspensión, atendidas las causas del incumplimiento en el pago y los</p>	<p>El total de áreas protegidas del SINAP con corte a diciembre de 2019 es 31.287.122 hectáreas, siendo 18.469.941 las hectáreas de superficie terrestre, y 12.817.181 las hectáreas de superficie marina de la Nación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA). (ODM).</b></li> </ul> <p>El indicador es 0,06465 que sale del consumo de energía en 2018 fue de 46.411 kton equivalentes de petróleo y de acuerdo con el banco mundial el PIB ppa fue 717,9 mil millones de USD de acuerdo con la encuesta de calidad de vida del DANE el 11,47% de los hogares cocinan con combustibles sólidos (1.744.000 hogares) y de acuerdo con el número de personas por hogar del último censo, 5'.06.400 personas, el 11,2% usan combustibles sólidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO).</b></li> </ul> <p><b>Consumo de sustancias agotadoras de la Capa de Ozono:</b> Colombia ha desarrollado acciones específicas para controlar el consumo de las sustancias agotadoras de la capa de ozono SAO (toneladas métricas y toneladas PAO). Algunos de ellos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorgamiento de licencias ambientales solo a aquellos importadores que cumplan con los requisitos legales vigentes (ANLA).</li> <li>• Procedimiento de VoBo con la ANLA para la asignación de cupos de importación.</li> <li>• Verificación por parte de la DIAN de los requisitos legales en los sitios de aduanas para la importación de estas sustancias.</li> </ul>
--	--	---

4 Ver sentencia T-546 de 2009 de la Corte Constitucional - Sala Segunda de Revisión. Magistrada Ponente: Maria Victoria Calle Correa. Expediente No. T-2259519

5 Ver sentencia T-915 de 2009 de la Corte Constitucional - Sala Séptima de Revisión. Magistrado Ponente: Nilson Pinilla Pinilla. Expediente No. T-2344512



	<p>perjuicios de superior magnitud constitucional que se arriesgue ocasionar.</p> <p>De lo anterior se concluye que las empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios deben procurar que los esenciales, como el agua potable, lleguen a los usuarios en las cantidades necesarias, más aún a los lugares donde se encuentren menores de edad, tales como guarderías, jardines infantiles, centro educativos, fundaciones, albergues y demás establecimientos donde suelen acudir o permanecer niños, bajo el marco de un análisis de legitimidad en la suspensión, que pondere la afectación sufrida en caso de suspensión.” (Se subraya).</p> <p>Como se puede evidenciar de los diferentes pronunciamientos de la Corte Constitucional, las condiciones particulares de vulnerabilidad no están ligadas a los estratos sociales de los usuarios de los servicios públicos, sino que obedecen a condiciones sociales, de género, edad, entre otras, que pueden presentarse aún en estratos altos. Es por este motivo que desde el sector no hemos adoptado reglamentación que desarrolle el concepto de mínimo vital, por lo tanto, tampoco existe un procedimiento que establezca criterios para su implementación, y, en este orden de ideas, no existe normatividad que impida o condicione tal fin.</p> <p>Frente a este punto, es importante resaltar que el mínimo vital, se diferencia del subsidio establecido en la Ley 142 de 1994, por cuanto, para el primero, como ya se explicó, es un concepto en construcción que no goza de una definición concreta, como tampoco de un procedimiento que lo desarrolle; en tanto para el segundo, a partir de lo dispuesto en nuestra Constitución Política en su artículo 368: “La Nación, los departamentos, los distritos, los municipios y las entidades descentralizadas podrán conceder subsidios, en sus respectivos presupuestos, para que las personas de menores ingresos puedan pagar las tarifas de los servicios públicos domiciliarios que cubran sus necesidades básicas.”</p>	<p>El informe de consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa se consolida anualmente por la Unidad Técnica Ozono del Ministerio de Medio Ambiente y se presenta a la Secretaría del Ozono en cumplimiento de las obligaciones del artículo 7 del Protocolo de Montreal. Anualmente se contrata un proceso de verificación independiente de datos consumo de SAO.</p> <p>Indicador: % de reducción del consumo de Sustancias Agotadoras del Capa de Ozono</p> <p><b>- Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos. (ODM).</b></p> <p>En Colombia se estima un total 6.200.071 personas usan combustibles sólidos para cocinar, desagregados en 5.903.331 personas que usan Leña o madera, 169.655 que usan Carbón de leña, 120.666 que usan Carbón mineral y 6.418 que usan Material de desecho, con información de encuestas realizadas durante 2018<sup>6</sup>.</p> <p><b>- Proporción de la población con acceso a cada uno de los SSPBB.</b></p> <p>Teniendo en cuenta que la población con acceso al servicio de gas combustible y energía eléctrica en la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios es contabilizada por “suscriptor”, estos son los resultados de suscriptores de los servicios de energía y gas combustible para diciembre de 2019: Gas Combustible: 9.753.869 suscriptores (Anexo #1) Energía Eléctrica: 15.129.953 suscriptores (Anexo #2)</p> <p><b>- Emisiones de GEI.</b></p> <p>De acuerdo con el más reciente Inventario Nacional de Gases Efecto Invernadero de Colombia, presentado por IDEAM en el año 2018 y correspondiente al año 2014, las emisiones totales estimadas de GEI directos fueron de 236 millones de toneladas de CO<sub>2</sub>eq (MtonCO<sub>2</sub>eq)</p>
--	--	--

6 La Encuesta de Calidad de Vida puede ser consultada en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv>



	<p>Por su parte el artículo 14 de la Ley 142 de 1994 define los subsidios como:          “Art. 14.29. Subsidio: Diferencia entre lo que se paga por un bien o servicio, el costo de este, cuando tal costo es mayor al pago que se recibe.”</p> <p>De esta manera, se puede concluir que el concepto de mínimo vital está encaminado a la imposibilidad de suspensión total del suministro del servicio de acueducto por parte de las personas prestadoras, a aquellas personas que presentan una doble condición: “sujetos de especial protección constitucional” y “estado de debilidad manifiesta”. Lo anterior no es equiparable a los subsidios de que trata la Ley de Servicios Públicos Domiciliarios, por cuanto éstos tienen una población objetivo-clara, asociada a los estratos socioeconómicos más bajos y el propósito de facilitar el pago de las tarifas de servicios públicos domiciliarios para cubrir sus necesidades básicas.</p> <p>Así las cosas, y como se indicó anteriormente, la adopción de programas de mínimo vital por parte de las entidades territoriales obedece a una decisión propia, resultado del análisis efectuado de las condiciones particulares y la capacidad presupuestal, todo esto en armonía con la definición que vía jurisprudencial se ha construido respecto a lo que es el mínimo vital y la definición que ya existe frente a subsidios en el régimen de servicios públicos domiciliarios.</p> <p><b>b) Saneamiento de recursos hídricos;</b></p> <p>Desde el Minambiente se avanza en la adopción de los planes de Ordenamiento del recurso hídrico, a la fecha de corte se contaba con 81 adoptados, los cuales tienen como objetivo alcanzar y mantener las condiciones de calidad y cantidad requeridas para garantizar su funcionalidad ecosistémica y sus usos actuales de las diferentes fuentes hídricas donde se implementen.</p> <p><b>c) Sustitución energética;</b></p> <p>Desde el Ministerio de Minas y Energía las líneas de política establecidas están planteadas en la Res. MME 41286 de</p>	<p>de los cuales: el 70,5% corresponde a CO<sub>2</sub>, el 19,0% a CH<sub>4</sub>, el 9,6% a N<sub>2</sub>O, el 0,8% a HFCs y el 0,1% a SF<sub>7</sub>,</p> <p>Para mayor información, remitirse a los siguientes vínculos:  <a href="http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvirtual/023634/INGEI.pdf">http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvirtual/023634/INGEI.pdf</a>  <a href="http://www.cambioclimatico.gov.co/resultados">http://www.cambioclimatico.gov.co/resultados</a></p> <p><b>INFORMACIÓN AMPLIADA:</b></p> <p>El Segundo Reporte Bienal de Actualización de Colombia ante la CMNUCC (BUR por sus siglas en inglés) fue entregado en diciembre de 2018, con el Inventario Nacional de Gases Efecto invernadero (INGEI) para el año 2014, incluyendo el recálculo del INGEI desde el año 1990. El Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) es la institución encargada de la elaboración de los BUR, bajo el liderazgo de la subdirección de Estudios Ambientales, y actualmente se encuentra en las fases iniciales del ciclo de preparación del BUR 3, el cual será entregado en el año 2021.</p> <p>Para el año 2014 las emisiones totales estimadas de GEI directos fueron de 236 millones de toneladas de CO<sub>2</sub>eq (MtonCO<sub>2</sub>eq) de los cuales: el 70,5% corresponde a CO<sub>2</sub>, el 19,0% a CH<sub>4</sub>, el 9,6% a N<sub>2</sub>O, el 0,8% a HFCs y el 0,1% a SF<sub>6</sub>. Por su parte, las absorciones de CO<sub>2</sub> estimadas fueron de -22,6 MtonCO<sub>2</sub>eq. Las emisiones netas (balance neto) para el 2014 fueron de 214 MtonCO<sub>2</sub>eq. Aproximadamente, la mitad de las emisiones GEI (55% del total) corresponden a las estimadas bajo la categoría AFOLU y, junto con las del módulo energía, agregan el 90% de las emisiones del país. En términos de actividades más específicas, se destacan las emisiones generadas por cambios entre el bosque natural y otras tierras forestales con 21,7 MtonCO<sub>2</sub>eq y las emisiones que ocurren en el bosque natural estable (principalmente</p>
--	---	---



diciembre 2016 a través del PROURE. El PROURE establece las acciones estratégicas y sectoriales en materia de eficiencia energética. La misma resolución plantea los siguientes objetivos:

- Definir las metas indicativas de eficiencia energética más “costo-efectivas”, para cada uno de los usuarios finales de energía, por energético y por equipo de uso final.
- Construir las condiciones económicas, técnicas, regulatorias y de información, para impulsar un mercado de bienes y servicios energéticos eficientes en Colombia.
- Fortalecer las instituciones e impulsar la iniciativa empresarial de carácter privado, mixto o de capital social para el desarrollo de subprogramas y proyectos que hacen parte del PROURE.
- Facilitar la aplicación de las normas relacionadas con incentivos, incluyendo los tributarios, que permitan impulsar el desarrollo de subprogramas y proyectos que hacen parte del PROURE.
- Consolidar una cultura para el manejo sostenible y eficiente de los recursos naturales a lo largo de la cadena energética.
- Armonizar las metas del presente Plan de Acción indicativo con los compromisos adquiridos por el país en la COP21 del Convenio de Cambio Climático; a través de los Planes de Acción Sectorial, PAS, o de otros instrumentos diseñados para tal fin.

Específicamente desde FENOGÉ, existen dos tipos de programas/proyectos que se han desarrollado o se encuentran en ejecución, enfocados a la sustitución energética:

Proyectos de Fuentes No Convencionales de Energía en los siguientes departamentos:

- Amazonas: instalación de sistemas solares fotovoltaicos con baterías que permitirán ampliar las horas de suministro de energía en 9 centros de salud del departamento y a su vez, una disminución de la generación de energía mediante Diesel.
- Guajira: instalación de sistemas solares fotovoltaicos interconectados a la red, los cuales permitirán disminuir el consumo de energía proveniente del Sistema Interconectado Nacional – SIN en 10 Instituciones educativas públicas del departamento.
- San Andrés: Instalación de soluciones de generación solar fotovoltaica e identificación e implementación de medidas de eficiencia energética, en entidades públicas del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

por uso de leña como combustible) con 15,5 MtonCO<sub>2</sub>eq.

También con una participación destacable en cuanto a su porcentaje del total en el año 2014, se encuentran las emisiones por quema de combustibles fósiles de los grupos 1A3-Transporte (26,4 MtonCO<sub>2</sub>eq por transporte terrestre, 1,9 MtonCO<sub>2</sub>eq por aviación civil y 0,9 MtonCO<sub>2</sub>eq por otros modos de transporte) y 1A1-Industrias de la energía (11,9 MtonCO<sub>2</sub>eq por generación de electricidad, 8,7 MtonCO<sub>2</sub>eq por fabricación de combustibles sólidos y otras industrias energéticas y 2,5 MtonCO<sub>2</sub>eq por refinación de petróleo).

En la siguiente gráfica se presentan los resultados del INGEI del año 2014, distribuidos por sectores económicos.

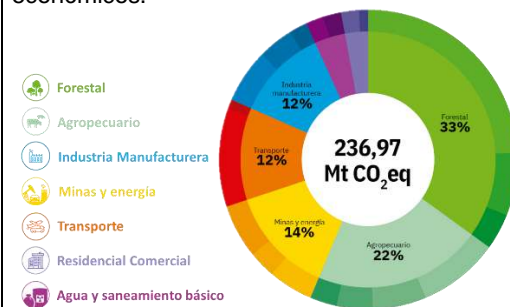


Ilustración 1. Resultados INGEI del año 2014 distribuidos por sectores económicos

**- Niveles de mortalidad infantil a causa de enfermedad respiratoria aguda.**

En Colombia las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se ubica entre las tres primeras causas en menores de cinco años. Históricamente el comportamiento de la IRA en Colombia presenta dos incrementos de consultas y hospitalizaciones por esta enfermedad; el primer incremento se observa entre marzo a junio, mayo y junio los que concentran el mayor número de casos. El segundo incremento se presenta entre septiembre a diciembre, con un número de casos





	<p>Programas de Gestión Eficiente de la Energía en los siguientes departamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Programa Be Energy; "Piloto" en San Andrés, Providencia y Santa Catalina: busca promover la participación de la población a través de criterios transparentes que faciliten sus oportunidades de acceso a los beneficios del Programa mediante sus diferentes proyectos logrando el ahorro y consumo de energía, así como la reducción de la contaminación ambiental, garantizando las buenas prácticas en disposición final de los equipos sustituidos.</li> <li>•Chocó: programa de sustitución 82.500 bombillas por tecnología LED en usuarios de estratos 1 y 2 del departamento.</li> <li>•PEECES: piloto del programa de reconversión de equipos de refrigeración domésticos (neveras) ineficientes por tecnologías más eficientes, el cual permitirá disminuir el consumo de energía eléctrica en la región Caribe. Actualmente se está desarrollando el programa en 3 departamentos: Atlántico, Córdoba y Bolívar.</li> </ul> <p><b>d) Manejo de sustancias dañinas y residuos peligrosos;</b> Existe una Política Ambiental para la Gestión Integral de Residuos o desechos peligrosos que incluye las acciones y estrategias para el cumplimiento de Convenios y Protocolos Internacionales, como, Convenio de Basilea, Convenio de Viena y Protocolo de Montreal y Convenio de Estocolmo.</p> <p><b>e) Educación ambiental;</b> El Estado colombiano cuenta con la Política Nacional de Educación Ambiental (PNEA) que fue construida entre los ministerios de Ambiente y Educación desde el año 2002. Tiene como objetivo proporcionar un marco conceptual y metodológico básico que propone una visión sistémica del ambiente, la formación integral del ser humano y orienta las acciones en educación ambiental en el país. Este objetivo ha posibilitado promover espacios de reflexión académicos y comunitarios sobre el derecho al ambiente sano. Además, los instrumentos de la Política Nacional de Educación Ambiental están regulados por la ley 1549 de 2012 para el fortalecimiento de la Institucionalización de la Política Nacional de Educación Ambiental y reglamentados por el decreto 1743 de 1994, por el cual se instituye el Proyecto de Educación Ambiental para todos los niveles de educación formal y se fijan</p>	<p>menor comparado con lo registrado durante el primer semestre del año En el servicio de consultas externas y urgencias a semana 40 de 2019, se identificó un incremento en el grupo de 5 a 19 años que supera el límite histórico. En el servicio de hospitalización en UCI todos los grupos de edad presentan incrementos; sin embargo, solo las personas de 2 a 4 años y 60 y más años, superan el límite histórico.</p> <p>En Colombia a la fecha se cuenta con 660 muertes, de las cuales el 70 % (462) corresponde a menores de cinco años; en comparación con el mismo periodo del 2018, se presenta una disminución del 21,1 %.</p> <p><b>- % de concentración de contaminantes en el aire al que se ve expuesta la población. OECD</b></p> <p>Promedio ponderado por la población de la concentración media anual de partículas suspendidas de menos de 2.5 micras de diámetro (PM2.5), de las localidades urbanas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ODS3.9.1p/11.6.1p Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en material particulado inferior a 2.5 micras (PM2.5). Actualización 2018 hasta el momento. Próxima actualización 2019 en diciembre de 2020.</li> <li>2. ODS3.9.2p/1.6.2p Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en material particulado inferior a 10 micras (PM10). Actualización 2018 hasta el momento. Próxima actualización 2019 en diciembre de 2020.</li> <li>3. Porcentaje de excedencias de PM10, PM2.5, O3, NO2 y SO2 en el aire. Actualización 2018 hasta el momento. Próxima actualización 2019 en diciembre de 2020.</li> <li>4. Concentración promedio de PM10, PM2.5, PST, CO, NO2 y SO2 en el aire. Actualización 2018 hasta el momento. Próxima actualización 2019 en octubre de 2020. La cual puede consultarse en <a href="http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/aire">http://www.ideam.gov.co/web/ecosistemas/aire</a></li> </ol>
--	--	--



critérios para la promoción de la educación ambiental no formal e informal.

En Colombia, según el artículo 23 de la Ley 115 de 1994, las ciencias naturales y la educación ambiental es una de las áreas obligatorias y fundamentales de la educación básica. El conjunto de estas áreas debe constituir mínimo el 80% del plan de estudios.

En este sentido, la Política Nacional de Educación Ambiental institucionalizada por la Ley 1549 de 2012 establece dentro de sus estrategias la inclusión de la dimensión ambiental en la educación formal a través de los Proyectos Educativos Ambientales (PRAE), los cuales se conciben como proyectos pedagógicos que promueven el análisis y la comprensión de los problemas y las potencialidades ambientales locales, regionales y nacionales; y genera espacios de participación para implementar soluciones acordes con las dinámicas naturales y socioculturales.

- Existencia de una política ambiental aprobada.

En Colombia no existe una política ambiental en general, sino que de acuerdo con las necesidades y problemáticas del país se han elaborado políticas para temas específicos. En este sentido Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible ha aprobado las siguientes políticas a saber:

- 1) PGSS - Política para la Gestión Sostenible del Suelo
- 2) PNGIBSE - Política Nacional para la gestión integral de la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos.
- 3) PNHIC - Política Nacional para Humedales Interiores de Colombia
- 4) PNEA - Política Nacional de Educación Ambiental – SINA
- 5) PNAOCI - Política nacional ambiental para el desarrollo sostenible de los espacios oceánicos y las zonas costeras e insulares de Colombia
- 6) PGAU -Política Gestión Ambiental Urbana
- 7)PPCCA -Política de Prevención y Control de la Contaminación del Aire
- 8) RESPEL -Política Ambiental para la Gestión Integral de Residuos o Desechos Peligrosos

**- Número de vehículos automotores en uso por cada 1000 habitantes (UN Statistic División).**

El número de vehículos automotores en uso por cada 1.000 habitantes es de 314.

**- % de internaciones hospitalarias por infecciones respiratorias agudas de niños(as) menores de 5 años.**

En el servicio de consultas externas y urgencias a semana 40 de 2019, se identificó un incremento en el grupo de 5 a 19 años que supera el límite histórico. En el servicio de hospitalización en UCI todos los grupos de edad presentan incrementos; sin embargo, solo las personas de 2 a 4 años y 60 y más años, superan el límite histórico

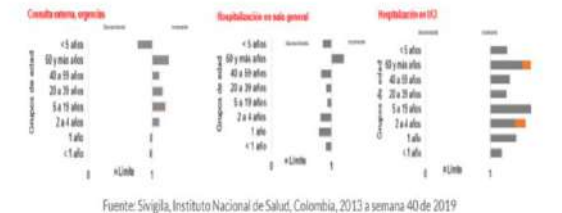


Tabla 2. Comportamiento de la infección respiratoria agua por grupos de edad, Colombia, 2013 a semana epidemiológica 40 de 2019

**- % población afectada por enfermedades relacionadas con la falta de acceso a agua potable.**

Por exposición a aire y agua de mala calidad ocurren cada año en Colombia 17.549 muertes, es decir el 8% del total de la mortalidad anual en Colombia, del total de muertes ocasionadas por 7 enfermedades de alta ocurrencia en el país como lo son: la enfermedad isquémica del corazón, el accidente cerebro-vascular, la enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), las infecciones respiratorias agudas, el cáncer de pulmón,



	<p>9) PNGIRH - Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico  10) PNPCS - Política Nacional Producción y Consumo Sostenible  11) PNIGR - Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos  12) PNCC - Política Nacional de Cambio Climático  13) PNGIRAE - Política Nacional Gestión Integral de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos  Las cuales se encuentran en la página web del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.</p> <p>- Existe un sistema oficial de indicadores de goce efectivo de los derechos al medio ambiente sano y al acceso a los servicios públicos básicos que sirva para el diseño, seguimiento, evaluación y toma decisiones de política pública. El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible por medio de la Resolución 667 de 2016 estableció los indicadores mínimos de que trata el artículo 2.2.8.6.5.3. del decreto 1076 de 2015. Esto con el fin de que las Corporaciones Autónomas Regionales evalúen su gestión, el impacto generado, y se construya a nivel nacional un agregado para evaluar la política ambiental.</p> <p>Adicionalmente se cuenta con el Plan Estadístico Nacional 2017-2022, el cual es la hoja de ruta que tendrá el país para la producción estadística durante los próximos cinco años. Este documento guiará a las entidades del Sistema Estadístico Nacional en el fortalecimiento de sus actividades estadísticas, indicando estrategias y acciones que permitan, entre otros propósitos, la innovación en la producción y difusión de estadísticas oficiales, el fortalecimiento y mayor aprovechamiento de los registros administrativos como fuentes alternativas para la generación de estadísticas oficiales, así como elevar la calidad estadística.</p>	<p>la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la enfermedad renal crónica, 17.549 muertes están asociadas a la mala calidad del agua y del aire y a la contaminación por combustibles sólidos y metales. Cifra que anualmente es de 200 mil personas.</p>
<b>CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS</b>		
<p>- % del presupuesto nacional asignado al Ministerio del Medio Ambiente y a organismos técnicos encargados del control de las actividades de impacto ambiental.</p>	<p>- % de ejecución de los recursos en los programas en materia de conservación de fuentes hídricas, conservación de recursos energéticos, Protección de la calidad del aire, Conservación de la capa de ozono, Reducción en la producción de residuos contaminantes y</p>	<p>- % de ingresos derivados de la explotación de recursos naturales dentro del PIB (cuentas nacionales) y que son distribuidos en diferentes niveles de gobierno.</p>





En lo de competencia de la Dirección General de Presupuesto Público Nacional de este Ministerio, el porcentaje del presupuesto asignado al Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible en la vigencia 2019 correspondió al 0,3% del total del Presupuesto General de la Nación-PGN sin deuda. Como soporte de esta información se anexa archivo en Excel con el detalle de la ejecución del presupuesto de este sector (Anexo # 3).

**- % de los recursos de cooperación internacional destinados al impulso de temas ambientales.**

De la Cooperación Internacional No Rembolsable recibida en 2019, el 13,67% estuvo destinada proyectos de conservación y sostenibilidad ambiental, acorde con las líneas prioritarias de la Estrategia Nacional de Cooperación Internacional ENCI 2019-2022.

**- Efectividad del Gasto Público medio ambiental.**

No se reporta Información

**- Existencia y alcance de subsidios o incentivos tributarios para las empresas que asuman actitudes responsables con el medio ambiente, p. Ej. incentivos para empresas que implementen los mecanismos de eficiencia energética y en el uso de los recursos, o para las que implementen medidas para reducir los riesgos que plantean los productos químicos para la salud y el medio ambiente.**

La Ley 1715 de 2014 tiene por objeto promover el desarrollo y la utilización de las Fuentes No Convencionales de Energía, principalmente aquellas de carácter renovable, en el sistema energético nacional, mediante su integración al

**manejo de los mismos, Atención al cambio climático, Conservación de los recursos forestales, Promoción del desarrollo sostenible y Conservación de la biodiversidad.**

(% de recursos vs % del tiempo transcurrido de duración del programa).

Ver Tabla 2 Anexo 6

**- Tasa de cobertura de los SSPPBB por divisiones político-administrativas vs transferencias per cápita por divisiones político-administrativas para el último año disponible.**

No se reporta Información

**- Avance en el cumplimiento de las metas de los subsidios o incentivos para la responsabilidad ambiental.**

No se reporta Información

No se reporta Información

**- Recursos invertidos en generación de energías limpias / total de recursos invertidos en generación de energías.**

En el año 2019 ocurrieron 2 sucesos importantes para la generación de energía eléctrica; la subasta del Cargo por Confiabilidad – CxC y la Subasta de Contratos de Largo Plazo – SCLPE. En la primera subasta realizada el 28-02-2019, se adjudicaron Obligaciones de Energía Firme – OEF a 6 nuevas centrales eólicas y 2 nuevas centrales solares. Por otro lado, en la SCLPE se adjudicaron contratos a un total de 8 proyectos nuevos, todos a partir de FNCER<sup>8</sup>. De acuerdo con metodologías desarrolladas por la Comisión Nacional de Energía de Chile, país pionero en la implementación masiva de generación a partir de Fuentes No Convencionales de Energía Renovable – FNCER (<https://www.cne.cl/wp-content/uploads/2020/03/ICTG-Marzo-2020.pdf>), la inversión estimada para todos estos proyectos se muestra a continuación:

Proyecto	Tipo de proyecto	Potencia [MW]	Región de impacto	Participación	Inversión estimada [USD]
Chemsky	Eólico	99	Guajira	CXC	147.708.000
El Paso	Solar	86,2	Cesar	CXC	85.596.600
La Loma	Solar	173,2	Cesar	CXC	171.987.600
Tumawind	Eólico	208	Guajira	CXC	310.336.000
Windpeshi	Eólico	200	Guajira	CXC	298.400.000
Parque Alpha	Eólico	212	Guajira	CXC	316.304.000

<sup>8</sup> <https://www.cne.cl/wp-content/uploads/2020/03/ICTG-Marzo-2020.pdf>



mercado eléctrico, su participación en las Zonas No Interconectadas y en otros usos energéticos como medio necesario para el desarrollo económico sostenible, la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero y la seguridad del abastecimiento energético.

Los interesados en realizar inversiones en proyectos de Fuentes No Convencionales de Energía y Gestión Eficiente de la Energía, podrán acceder a los incentivos tributarios enunciados por la Ley, una vez se cumplan los requisitos y procedimientos establecidos por las entidades pertinentes.

**- Existencia de algún mecanismo de estimación del riesgo ecológico en cada sector de actividad económica, para asignar el presupuesto para los programas sectoriales de protección al medio ambiente.**

No se reporta Información

**- Existen Fondos financieros públicos/privados como mecanismos de apoyo para la sostenibilidad de las áreas protegidas (UNEP)**

No se reporta Información

				SCL	
San Felipe	Solar	90	Tolima	SCL	89.370.000
CSF Contina Cartago	Solar	99	Valle del Cauca	SCL	98.307.000
El Campaño	Solar	121	Córdoba	SCL	120.153.000
Parque Beta	Eólico	280	Guajira	CXC - SCL	417.760.000
Casa Eléctrica	Eólico	180	Guajira	CXC - SCL	268.560.000
Camelia y Acacia	Eólico	330	Guajira	SCL	492.360.000
Apotol orru	Eólico	75	Guajira	SCL	111.900.000
TOTAL					2.928.742.200

Los otros proyectos que ingresarán al Sistema Interconectado Nacional – SIN, que no son a partir de FNCER se muestran a continuación:

Proyecto	Tipo de proyecto	Potencia [MW]	Participación	Inversión estimada [USD]
Ampliación Termovall e	Térmico	40	CXC	45.760.000
Tesorito	Térmico	200	CXC	228.800.000
PW-CON3	Térmico	150	CXC	171.600.000



Termosol o 1	Térmico	148	CXC	169.312.000
Termosol o 2	Térmico	80	CXC	91.520.000
Termoyop al G3	Térmico	50	CXC	57.200.000
Termoyop al G4	Térmico	50	CXC	57.200.000
Termoyop al G5	Térmico	50	CXC	57.200.000
TERMOE BR	Térmico	19,4	CXC	22.193.600
TERMOP ROYECTOS	Térmico	19,4	CXC	22.193.600
TERMOCARIBE 1	Térmico	150	CXC	171.600.000
TERMOCARIBE 3	Térmico	42	CXC	48.048.000
Cierre ciclo candelaria	Térmico	241	CXC	275.704.000
Escuela de Minas	Hidráulico	42	CXC	164.766.000
Miel II	Hidráulico	241	CXC	945.443.000
TOTAL				2.528.540.200

De esta manera la relación de inversión entre proyectos de FNCER y el total de proyectos de CxC y SCLP es:  

$$\frac{2.928.742.200}{2.928.742.200 + 2.528.540.200} \times 100 = 53$$

**- Valor del consumo en energías limpias / valor total del consumo en energías.**

De acuerdo con la información suministrada por XM , y entendiendo a las centrales hidráulicas como energías limpias al no producir emisiones considerables durante el proceso, la generación durante el último año (mayo 2019 -mayo 2020) tuvo el siguiente comportamiento:

Tipo	Energía [GWh]
------	---------------



Autogeneradores	327
Hidráulica	51.957
Menores	5.894
Cogeneradores	760
Térmica Carbón	8.731
Térmica Gas	8.268
Térmica Diesel - FO6	53
TOTAL	75.990

De esta manera, la relación entre la generación con energías limpias y el total de la energía del último año, está dada por:

$$\frac{51957}{75990} \times 100 = 68,37\%$$

Las FNCER pueden encontrarse dentro de los autogeneradores, cogeneradores, y dentro de las menores puede haber tanto hidráulicas como térmicas, sin embargo, este tipo de centrales aún no es tan representativa comparadas con las centrales hidráulicas. Sin embargo, como se mostró en el punto anterior, como beneficio de las subastas realizadas, se espera que al 2022 la capacidad instalada sea de aproximadamente 2.500 MW y que su aporte energético sea considerable.

Dese el FENOGGE, los recursos que se han invertido para proyectos de generación de energías han sido todos enfocados a generación mediante energías limpias. En este sentido, la relación de este numeral sería del 100% y se han comprometido \$4.068.899.620 en generación de energías limpias.

### CAPACIDADES ESTATALES

- Existe una encuesta a nivel nacional para monitorear cuál es el impacto de los principales proyectos productivos sobre la vida o salud de las personas. ¿Cuál es su periodicidad?

- Existen políticas públicas o programas en las siguientes áreas:  
a. Conservación, calidad y suficiencia de fuentes hídricas. Y de recursos energéticos.

En relación con el componente agua, se cuenta con la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico (2010),

- % de la población que cuenta con el servicio de acueducto en su hogar y lugar de trabajo.

87,4% en hogares (Gran Encuesta Integrada de Hogares 2018). No hay información sobre lugares de trabajo.



<p>El Ministerio de Salud tiene establecido el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, con una agenda programática en la cual se priorizan los estudios requeridos por el país, y su periodicidad, de manera que permitan realizar seguimiento y evaluación a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021.</p>	<p>la cual cuenta con su plan hídrico Nacional, el mismo, está conformado por diferentes programas tendientes a desarrollar líneas estratégicas orientadas a la oferta, calidad, demanda, riesgo, fortalecimiento institucional y gobernabilidad del recurso hídrico; es importante mencionar que esta política tiene un horizonte al año 2022.</p>	<p><b>- % de la población que cuenta con el servicio de energía eléctrica/red de gas en su hogar y trabajo.</b></p>
<p>El Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para la Salud cuenta con una muestra maestra en salud que permite una representatividad de la población no sólo nacional sino también departamental, regional, subregional o municipal.</p>	<p><b>b. Protección de la calidad del aire.</b></p>	<p>Energía eléctrica: 97,7% en hogares. Gas natural conectado a red: 64,4% en hogares. (Encuesta de Calidad de Vida 2018). No hay información sobre lugares de trabajo.</p>
<p><b>- Existen entidades encargadas del análisis técnico de las condiciones medio ambientales.</b></p>	<p>El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible define la Política Nacional Ambiental y promueve la recuperación, conservación, protección, ordenamiento, manejo, uso y aprovechamiento de los recursos naturales renovables con el fin de asegurar el desarrollo sostenible y garantizar el derecho de todos los ciudadanos a gozar y heredar un ambiente sano. En Colombia se adoptó en 2018 el CONPES 3943 “Política para el mejoramiento de la calidad del aire”, la cual tiene como objetivo reducir la concentración de contaminantes en el aire que afectan la salud y el ambiente enfocadas en reducir las emisiones contaminantes al aire provenientes de fuentes móviles y fuentes fijas, así como mejorar las estrategias de prevención, reducción y control de la contaminación del aire. Adicionalmente en agosto de 2019, se lanzó la “Estrategia Nacional de Calidad del Aire”, la cual establece acciones a ser realizadas en el corto plazo para el fortalecimiento del conocimiento técnico científico; la generación de lineamientos para proteger la salud de los ciudadanos y prevenir los estados excepcionales de contaminación atmosférica; creación de condiciones habilitantes para facilitar la financiación; y la definición de lineamientos del modelo de gobernanza de la calidad del aire para el país.</p>	<p><b>- % de la población que cuenta con el servicio de aseo (recolección de residuos sólidos) en su hogar y trabajo.</b></p>
<p>Conforme a lo dispuesto por la Ley 99 de 1993, la Ley 768 de 2002 y la Ley 1617 de 2013 en la actualidad el país cuenta con 40 autoridades ambientales de carácter regional (24 Corporaciones Autónomas Regionales, 7 Corporaciones de Desarrollo Sostenible y 7 Autoridades Ambientales Urbanas) que ejercen las competencias en jurisdicciones delimitadas por las citadas normas para la ejecución de políticas ambientales y la administración y gestión de los recursos naturales renovables y del medio ambiente. De las cuales 19 Autoridades Ambientales han actualizado sus determinantes ambientales para el ordenamiento territorial bajo las orientaciones de Minambiente - DOAT.</p>	<p><b>c. Condiciones atmosféricas y conservación de la capa de ozono.</b></p>	<p>81,7% en hogares. (Encuesta de Calidad de Vida 2018). No hay información sobre lugares de trabajo.</p>
<p><b>- Existe alguna entidad encargada, una política pública o un programa gubernamental en los siguientes campos:</b></p>	<p>Para las condiciones atmosféricas: De acuerdo con los lineamientos establecidos en el documento CONPES 3344 de 2005 el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible expidió la Política de Prevención y Control de la Contaminación del Aire con el fin de impulsar la gestión de la calidad del aire en el corto, mediano y largo plazo, a través de actividades agrupadas alrededor de metas que puedan ser medibles y que vayan dirigidas a alcanzar los niveles de</p>	<p><b>- Generación de residuos sólidos y peligrosos per cápita.</b></p>
<p><b>a) Evaluación de las condiciones de los recursos hídricos del Estado</b></p>		<p>Toneladas dispuestas de residuos sólidos: 11.305.133. Per cápita: 0,23 (Informe de disposición final de residuos sólidos – 2018). Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (ver anexo #5). Censo Nacional de Población y Vivienda. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. 2018).</p>
		<p><b>- Minimización de desechos (tasa de reciclaje).</b></p>
		<p>En 2019 se tuvo una tasa de reciclaje de 8,9%. Las acciones para incrementar esta tasa se realizan en el marco de la implementación de la Estrategia de Economía Circular.</p>
		<p><b>- % de la población con acceso a servicio mejorado.</b> 91,2% (Gran Encuesta Integrada de Hogares 2019). Minvivienda</p>
		<p><b>- % de la población que cuenta con sistemas adecuados de eliminación de excretas (como inodoros o letrinas).</b></p>
		<p>87,9% (Gran Encuesta Integrada de Hogares 2019).</p>



<p>El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible expidió La Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico la cual tiene un horizonte de 12 años (2010- 2022). Esta política fue proyectada como el instrumento direccionador de la gestión integral del recurso hídrico (superficial y subterráneo), y establece los objetivos y estrategias del país para el uso y aprovechamiento eficiente del agua; el manejo del recurso por parte de autoridades y usuarios; los objetivos para la prevención de la contaminación hídrica, considerando la armonización de los aspectos sociales, económicos y ambientales; y el desarrollo de los respectivos instrumentos económicos y normativos.</p> <p>La forma para implementar las líneas estratégicas establecidas en la referida política, es el plan hídrico nacional el cual contiene los programas enfocados a dar cumplimiento a los objetivos de Oferta, Demanda, Calidad, Riesgo, Fortalecimiento Institucional y Gobernabilidad. Actualmente se encuentran formulados; el programa nacional de aguas subterráneas (PNASUB), y el programa Nacional de Monitoreo del Recurso Hídrico; otros programas como Control y reducción de la contaminación, Gestión de la Demanda, investigación y gobernanza del agua se encuentran en formulación, teniendo en cuenta las dinámicas actuales en los territorios y las visiones a nivel internacional en tono a la gestión integral del agua.</p> <p><b>b) Evaluación de la calidad del aire</b></p> <p>El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible a través de sus Direcciones misionales, entre ellas la Dirección de Asuntos Ambientales Sectorial y Urbana, promueve la implementación de las políticas como líneas de acción y de orientación que se instrumentalizan mediante regulaciones que deben ser adoptadas de manera obligatoria por aquellos actores ambientales del orden regional y local indicados en la normativa. En</p>	<p>calidad del aire adecuados para proteger la salud y el bienestar humano, en el marco del desarrollo sostenible. Esta política se propone para todo el territorio nacional y se orienta a definir actividades que permitan gestionar el recurso aire de los centros urbanos, acorde con sus características específicas y sus problemáticas ambientales actuales y proyectadas, así como de las zonas rurales que aún no cuentan con una problemática significativa. De igual manera, aborda como estratégicos los escenarios de articulación y coordinación existentes entre las autoridades ambientales y las de salud, transporte y energía, bajo un enfoque de coordinación y cooperación para la gestión en temas como vigilancia epidemiológica, renovación del parque automotor, calidad de combustibles, producción más limpia y consumo sostenible, buenas prácticas, mejores tecnologías disponibles, responsabilidad social empresarial, ordenamiento territorial y gestión de proyectos compartidos.</p> <p>Para la conservación de la capa de ozono: Colombia ratificó el Protocolo de Montreal, relativo a las sustancias agotadoras de la Capa de Ozono, mediante la Ley 29 de 1992, con lo cual se ha comprometido a la eliminación del consumo de las Sustancias Agotadoras de Ozono (SAO) listadas en los Anexos A, B, C y E de dicho Protocolo. En el país, se han desarrollado diferentes planes con el fin de eliminar el consumo de las sustancias controladas por el Protocolo de Montreal. A la fecha, se destacan los siguientes planes implementados y en implementación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan nacional de eliminación de CFC y halones: Por medio del cual se eliminó el 100% de la línea base del consumo de CFC, halones y tetracloruro de carbono en el año 2010 (PNE).</li> <li>• Etapa I del Plan Nacional para la Eliminación del Consumo de HCFC en Colombia - HPMP (Proyecto COL 79078) (Periodo 2011-2016): Por medio del cual se alcanzó la meta de congelamiento al nivel de la línea base (promedio 2009-2010) en el año 2013, y se alcanzó la reducción del consumo en un 10% para el año 2015, dando cumplimiento al cronograma de eliminación de los HCFC establecido por el Protocolo de Montreal para los países en vías de desarrollo.</li> </ul>	<p><b>- % de la población que vive en zonas de desastres naturales.</b></p> <p>La experiencia de los daños y pérdidas por desastres evidencia que su ocurrencia es el resultado de escenarios de riesgo construidos en el pasado, siendo los fenómenos hidrometeorológicos los más recurrentes, pues corresponden al 85% de los eventos registrados entre 1998-2018 (UNGRD, 2018). Fenómenos como La Niña 2010-2011 y El Niño 2014-2016 ocasionaron pérdidas económicas del orden del 2% (BID - CEPAL, 2012) y del 0,6% del PIB (DNP, 2018a) respectivamente, lo que representa un desafío para la orientación de políticas más integrales.</p> <p>En Colombia existen alrededor de 6,7 millones de personas socialmente vulnerables y expuestas a amenazas por inundaciones, movimientos en masa y flujos torrenciales, correspondiente al 14% de la población (DNP - DADS, 2018); y, además, existen cerca de 16 millones de personas en zonas de amenaza sísmica alta, concentradas principalmente en las capitales del país, correspondiente al 32,3% del total de la población (UNGR, 2018).</p>
---	---	---





<p>Colombia se adoptó la Resolución 2254 de 2017, la cual establece la norma de calidad del aire o nivel de inmisión y adopta disposiciones para la gestión del recurso aire en el territorio nacional para garantizar un ambiente sano y minimizar el riesgo sobre la salud humana. Adicionalmente se cuenta con la Resolución 909 de 2008 "Por la cual se establecen las normas y estándares de emisión admisibles de contaminantes a la atmósfera por fuentes fijas y se dictan otras disposiciones", y la Resolución 910 de 2008, "Por la cual se reglamentan los niveles permisibles de emisión de contaminantes que deberán cumplir las fuentes móviles terrestres".</p> <p><b>c) Contribución del Estado al daño a la capa de ozono</b></p> <p>No se reporta información</p> <p><b>d) Posibilidades de remplazo de recursos energéticos por las opciones más amigables con el medio ambiente,</b></p> <p>El Ministerio de Minas y Energía, a través de la Ley 1715 de 2014 promueve el desarrollo y la utilización de las Fuentes No Convencionales de Energía, principalmente aquellas de carácter renovable, en el sistema energético nacional, mediante su integración al mercado eléctrico, su participación en las Zonas No Interconectadas y en otros usos energéticos como medio necesario para el desarrollo económico sostenible, la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero y la seguridad del abastecimiento energético.</p> <p><b>e) elaboración de mapas de riesgo ambiental, tanto por zonas como por actividades económicas</b></p> <p>La Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres (UNGR), a través del Plan Nacional de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa II del Plan Nacional para la Eliminación del Consumo de HCFC en Colombia – HPMP (Periodo 2016-2021): Plan que se encuentra en ejecución y está orientado a la disminución del 65% del consumo de los HCFC para el año 2021.</li> </ul> <p><b>d. Reducción en la producción de residuos contaminantes y manejo de los mismos.</b></p> <p>Dentro de las acciones que se han adelantado se encuentra la eliminación de PCB, en los últimos cinco años se han eliminado alrededor de 1.500 toneladas de equipos con PCB. Se cuenta con tres plantas que eliminan PCB. En relación con las dioxinas y furanos, se desarrolla un programa para que se implementen las mejores técnicas disponibles y las mejores prácticas ambientales en sectores como el de tratamiento de residuos generados en los servicios de atención en salud, en la producción secundaria de metales como acero, aluminio y cobre, en los cultivos del arroz y de la caña de azúcar para prevenir la generación de dioxinas y furanos. Se desarrolla un programa para el manejo de residuos que contengan COP de Uso Industrial como los retardantes de llama bromados, los PFOS y las Parafinas Cloradas de Cadena Corta, así como la sustitución de estas sustancias en los procesos industriales donde se usan.</p> <p><b>e. Atención al cambio climático.</b></p> <p>El país cuenta con una la Ley 1931 de 2018, "por la cual se establecen directrices para la gestión del cambio climático". Esta Ley define los lineamientos de "acciones de adaptación al cambio climático, así como en mitigación de gases efecto invernadero, con el objetivo de reducir la vulnerabilidad de la población y de los ecosistemas del país, frente a los efectos del mismo y promover la transición hacia una economía competitiva, sustentable y un desarrollo bajo en carbono". Dentro de esta ley se definen las contribuciones nacionales ante la Convención Marco de las Naciones Unidas de Cambio Climático (CMNUCC), la cual corresponde al compromiso que Colombia asume para reducir las emisiones de Gases Efecto Invernadero (GEI), lograr la adaptación de su territorio y desarrollar medidas de implementación, y que son definidas por los ministerios relacionados y con competencias sobre la</p>	
--	--	--





<p>Gestión del Riesgo constituye una hoja de ruta para el país que convoca a los diferentes actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres SNGRD, a implementar acciones conjuntas para llevar a cabo el proceso social de la gestión del riesgo, contribuyendo a la seguridad, la calidad de vida y al desarrollo sostenible.</p> <p>El programa incluye el desarrollo, asesoría y seguimiento de los mapas de riesgo ambiental.</p> <p><b>f) Evaluación de existencia de amenazas a la supervivencia de especies</b></p> <p>Mediante Resolución 1218 de 2003 se creó el Comité Coordinador de Categorización de las Especies Silvestres Amenazadas (el cual es dirigido por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible) que define los listados que actualizan la Resolución 1912 de 2017 sobre Especies Amenazadas y que toma insumos de las evaluaciones de riesgo de extinción de especies en su mayoría incluidos en la serie de libros rojos. Adicional a esto es importante mencionar que se adoptan los criterios de la UICN y que hay participación de varios investigadores en los grupos de especialistas.</p> <p><b>g) Medición de los niveles de producción de residuos tóxicos y contaminantes</b></p> <p>Informes nacionales manejo de residuos peligrosos en el país, en los cuales se da cuenta de la cantidad y manejo dado a los residuos peligrosos del País. La cifra oficial para el año 2019 se presenta en diciembre de 2020.</p> <p><b>h) conservación de áreas naturales protegidas. En qué nivel de gobierno (nacional, regional, municipal) tienen</b></p>	<p>materia en el marco de la Comisión Intersectorial de Cambio Climático (CICC) y son presentados ante la (CMNUCC).</p> <p>Con el Decreto 298 del 24 de 2016, se consolidó el Sistema Nacional de Cambio Climático, el cual tiene por objetivo coordinar, articular, formular, hacer seguimiento y evaluar las políticas, normas, estrategias, planes, programas, proyectos, acciones y medidas en materia de adaptación al cambio climático y de mitigación de gases efecto invernadero. El Decreto establece que las 2 instancias encargadas de coordinar el SISCLIMA son la Comisión Intersectorial de Cambio Climático y los 9 nodos regionales de cambio climático, que debido a su carácter intersectorial y transversal implica la necesaria participación y corresponsabilidad de las entidades públicas del orden nacional, departamental, municipal o distrital, así como de las entidades privadas y entidades sin ánimo de lucro.</p> <p>Desde el 2017, la CICC se ha encargado de impulsar la formulación de los planes integrales de gestión del cambio climático sectoriales, así como la modificación del Decreto 298 de 2016, para ampliar la participación de más entidades en la misma Comisión y crear el Consejo Nacional de Cambio Climático como una instancia nacional en la que participen actores sociales, políticos, académicos y organizaciones internacionales que apoyan la gestión del cambio climático en Colombia. Sobre el desarrollo y los logros de este par de propósitos, en otros apartados de este mismo informe se ofrece información.</p> <p>Finalmente, durante el año 2018, el Minambiente, a partir de la implementación de la Política Nacional de Cambio Climático (PNCC), la cual se lanzó en el 2016, obtuvo una ruta metodológica y arreglo institucional para mejorar la coordinación, articulación e interacción entre los Nodos, los Planes Integrales de Gestión del Cambio Climático Sectoriales (PIGCCS), los Planes Integrales de Gestión del Cambio Climático Territoriales (PIGCCT) y otros actores relevantes</p> <p><b>f. Gestión y protección de la calidad del suelo.</b></p>	
---	---	--



<p><b>presencia las entidades que abordan estos temas.</b></p> <p>Protectoras Nacionales. Le corresponde a las CAR (Nivel regional) la reserva, delimitación, alinderación, declaración de los Parques Naturales Regionales, Distritos Regionales de Manejo Integrado, Áreas de Recreación, Distritos de Conservación de Suelos y Reservas Forestales Protectoras Regionales. En los procesos de declaratoria de nuevas áreas protegidas o de ampliación de las ya existentes, son actores estratégicos en el proceso las diferentes entidades del gobierno no solo del SINA, sino las sectoriales.</p> <p>En Administración de áreas protegidas públicas: le corresponde a PNNC la administración de las áreas del SPNN declaradas por el Minambiente (nivel nacional). El Minambiente puede delegar la administración de los Distritos nacionales de manejo integrado en las CAR o PNNC. Así mismo delega en las CAR la administración de las Reservas Forestales Protectoras Nacionales. A su vez, le corresponde a las CAR (Nivel regional) la administración de los Parques Naturales Regionales, Distritos Regionales de Manejo Integrado, Áreas de Recreación, Distritos de Conservación de Suelos y Reservas Forestales Protectoras Regionales.</p> <p>Para las Reservas Naturales de la Sociedad Civil que corresponden a áreas protegidas de gobernanza privada, corresponde a predios destinados de manera libre, voluntaria y autónoma bajo principios de sustentabilidad en el uso de los recursos naturales, y se registran ante PNNC como área protegida integrante del SINAP y una vez se surte el registro como área protegida le corresponde a PNNC incluirlas en el Registro Único Nacional de Áreas Protegidas - RUNAP.</p>	<p>El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible expidió La Política Nacional para la Gestión Integral Ambiental del Suelo (GIAS) con el fin de aportar a la conservación y uso sostenible de este componente determinante de los ciclos del agua, del aire y de los nutrientes e indispensable para la preservación de la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos.</p> <p>Colombia cuenta con la Política para la Gestión Sostenible del Suelo en Colombia, que surge a partir de la necesidad de visibilizar la importancia del suelo como componente ambiental esencial y para implementar medidas para su conservación, es decir para mantener la capacidad de sustentar la producción de alimentos y también para proveer servicios ecosistémicos asociados al suelo fundamentales para la vida.</p> <p>La Política establece la visión, los objetivos, estrategias, metas, indicadores y líneas de acción para la conservación, uso, gestión y manejo sostenible del suelo en Colombia y su objetivo general es promover la gestión sostenible del suelo en Colombia, en un contexto integral en el que confluyan la conservación de la biodiversidad, el agua y el aire, el ordenamiento del territorio y la gestión de riesgo, contribuyendo al desarrollo sostenible y al bienestar de los colombianos.</p> <p>En su plan estratégico se definen acciones a seguir, por parte del Estado, en cabeza de las diferentes entidades de los órdenes nacional, regional y local; los diversos sectores productivos empresariales y sociales del país, involucrados en la gestión del suelo, para afrontar la problemática que representa la degradación de los suelos y a partir de los objetivos propuestos, se desprenden las siguientes líneas estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fortalecimiento institucional y armonización de normas y políticas.</li> <li>•Educación, capacitación y sensibilización</li> <li>•Fortalecimiento de instrumentos de planificación ambiental y sectorial.</li> <li>•Monitoreo y seguimiento a la calidad de los suelos.</li> <li>•Investigación, innovación y transferencia de tecnología</li> <li>•Preservación, restauración, y uso sostenible del suelo</li> </ul>	
---	--	--



**- Existe un sistema de información que registra las vulneraciones al medio ambiente, quiénes causan dichas vulneraciones y qué respuesta dan las autoridades estatales a dichas vulneraciones.**

El país cuenta con el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA), para publicar los nombres de las personas naturales o jurídicas sancionadas por las autoridades ambientales por la comisión de infracciones ambientales consistentes en el incumplimiento de normas ambientales o de actos administrativos, o la generación de un daño al medio ambiente ([http://vital.anla.gov.co/SILPA\\_UT\\_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext](http://vital.anla.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext)).

El RUIA se constituye en un portal de información para el control de la normatividad ambiental, creado mediante la expedición del nuevo régimen sancionatorio ambiental contenido en la Ley 1333 del 21 de julio de 2009, y reglamentado a través de la Resolución 415 del 01 de marzo de 2010. Con este registro se espera aportar para un cambio en el comportamiento de las prácticas ambientales y de los hábitos de consumo que hoy en día ponen en peligro el medio ambiente sano.

Ley 1333 de 2009 Nivel Nacional, establece el procedimiento sancionatorio ambiental, señalando las infracciones, sanciones y medidas preventivas, así como procedimiento para la imposición de las mismas. Crea el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) a cargo del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS). Indica que la información será pública y de fácil acceso para las autoridades ambientales y la comunidad en general y será prueba suficiente para demostrar la reincidencia en sanciones ambientales y que la información del RUIA deberá ser actualizada por las autoridades obligadas a reportarla.

**g. Conservación de los recursos forestales.**

El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible expidió la Política Nacional de Gestión Integral de la Biodiversidad y sus Servicios Ecosistémicos, como política de Estado está orientada a “Promover la Gestión Integral de la Biodiversidad y sus Servicios Ecosistémicos (GIBSE), de manera que se mantenga y mejore la resiliencia de los sistemas socio-ecológicos, a escalas nacional, regional, local y transfronteriza, considerando escenarios de cambio y a través de la acción conjunta, coordinada y concertada del Estado, el sector productivo y la sociedad civil...”. Este propósito se cumplirá con el desarrollo de los 6 ejes temáticos que identificó la PNGIBSE: I. Biodiversidad, conservación y cuidado de la naturaleza; II. Biodiversidad, gobernanza y creación de valor público; III. Biodiversidad, desarrollo económico y calidad de vida; IV. Biodiversidad, gestión del conocimiento tecnología e información; V. Biodiversidad, gestión del riesgo y suministro de servicios Ecosistémicos; VI. Biodiversidad, corresponsabilidad y compromisos globales.

**h. Conservación de la biodiversidad.**

En el año de 1996 el Gobierno de Colombia formula y expide la Política Nacional de Biodiversidad, recogiendo los planteamientos del el Convenio de Diversidad Biológica (aprobado para Colombia mediante la Ley 165 de 1994). En el año 2013 el Gobierno Nacional complementa y actualiza esta política mediante la expedición de la Política Nacional para la Gestión Integral de la Biodiversidad y sus Servicios Ecosistémicos (PNGIBSE). <http://humboldt.org.co/images/documentos/pdf/documentos/pngibse-espaol-web.pdf>

Siendo el Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander Von Humboldt, como entidad de soporte científico del Sistema Nacional Ambiental de Colombia, la entidad encargada de la investigación sobre biodiversidad continental y sus servicios ecosistémicos.

**- Existencia de instrumentos de políticas públicas en materia ambiental, tales como planeación ambiental,**



<p>En su compromiso de reglamentación del mencionado para su funcionamiento y manejo del RUIA el MADS expidió la Resolución 415 de 2010 la cual señala los principios, ámbito de aplicación, obligación de diligenciar el RUIA, derecho de las personas reportadas en dicho registro, obligaciones de las autoridades ambientales que reporten en el registro, permanencia del reporte, retiro del registro, reporte de información y publicación en el RUIA. El registro y actualización de la información sobre los infractores ambientales se lleva a cabo a través de la ventanilla integral de trámites ambientales en línea  <a href="http://vital.anla.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext">http://vital.anla.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext</a></p>	<p><b>ordenamiento ecológico del territorio, instrumentos financieros, regulación ambiental de asentamientos humanos, evaluación de impacto ambiental, autorregulación y auditorias.</b></p> <p>El Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de Colombia, “una Estrategia de Desarrollo” es el instrumento de la Ley 1523, que define los objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante las cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo de desastres en el marco de la planificación del desarrollo nacional.</p> <p>Producto del proceso adelantado por la UNGRD, el Plan Nacional de Gestión del Riesgo constituye una hoja de ruta para el país que convoca a los diferentes actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres SNGRD, a implementar acciones conjuntas para llevar a cabo el proceso social de la gestión del riesgo, contribuyendo a la seguridad, la calidad de vida y al desarrollo sostenible. Durante el proceso se consolidaron las iniciativas y propuestas de los diferentes actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres SNGRD, en especial, los tres Comités Nacionales de Gestión del Riesgo y sus respectivas Comisiones Técnicas Asesoras, Coordinadores Territoriales, representantes sectoriales y de entidades adscritas del nivel nacional, Autoridades Ambientales, sectores académicos y actores sociales, quienes contribuyeron con sus aportes a través de los diferentes mecanismos de consulta puesto al servicio del SNGRD durante los meses en que se llevó a cabo la formulación del plan.</p> <p>Se anexa plan para su consideración y estudio.</p> <p><b>- Existencia de plan o programa de educación medioambiental para la ciudadanía y los funcionarios públicos (% de cumplimiento estimado).</b></p> <p>Sí, el país cuenta con una Política de Educación Ambiental que implementan en conjunto autoridades ambientales urbanas, Corporaciones autónomas regionales y Desarrollo Sostenible. La política no tiene plan de acción.</p>	
--	--	--



Aunque no es responsabilidad del Ministerio de Educación Nacional establecer un plan o programa de educación medioambiental para la ciudadanía en general y los funcionarios públicos de todas las entidades públicas, este ministerio cuenta con su propio Sistema de Gestión Ambiental:

1. El Ministerio de Educación Nacional establece los programas de gestión ambiental con el fin de alcanzar los objetivos y metas planteados para la mejora continua del SIG, teniendo en cuenta las obligaciones de cumplimiento ambiental y los resultados de la identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales y la identificación de riesgos y oportunidades.

2. Para el establecimiento de los objetivos y metas de los programas y del control operacional ambiental se tienen en cuenta los recursos financieros, operacionales y tecnológicos con los que cuenta la entidad.

3. Los programas de gestión ambiental detallan la asignación de responsabilidades para alcanzar los objetivos y metas en todas las funciones y niveles pertinentes al interior del Ministerio de Educación Nacional.

4. Los programas de gestión ambiental describen el objetivo, la meta, las actividades, los responsables y los plazos para lograr su ejecución.

5. El control operacional ambiental cubre actividades realizadas por el Ministerio, ya sea directamente o a través de sus contratistas.

6. Los recursos humanos, técnicos y financieros para la ejecución de los programas ambientales se determinan y asignan en el marco de este procedimiento:

- Ahorro y uso eficiente de agua
- Ahorro y uso eficiente de energía
- Ahorro y uso eficiente de papel
- Gestión Integral de Residuos (Ordinarios, reciclables, peligrosos y/o especiales)
- Actividades Transversales: Actividades que no hacen parte de un programa ambiental específico pero que contribuyen a la prevención de la contaminación y protección del medio ambiente.

Para cada uno de los programas se establece un cronograma de actividades de capacitación y sensibilización de las partes interesadas, las cuales son difundidas por los medios de comunicación oficiales del Ministerio.



**- % de intervenciones de los organismos de control de las actividades potencialmente dañinas para el medio ambiente que han sido oportunas en el último año.**

La contraloría no posee información de las variables que permitan realizar el cálculo del indicador. No obstante, se informa que para el 2019 la Contraloría delegada para el medio ambiente adelantó 41 auditorías en las diferentes modalidades: 27 financieras, 12 de cumplimiento y 2 de desempeño. 40 de estos casos ya fueron cerrados y uno se encuentra en ejecución.

Se adjunta el documento con el detalle de los casos señalados (Anexo #4).

**- % del territorio nacional sobre el que existen mapas actualizados al último año de riesgo de daño ambiental.**

No hay información que reportar

**- Existencia de un plan, planes o programa de acción para mitigar el riesgo en las zonas y en las actividades identificadas como potencialmente amenazadas y lesivas (respectivamente) del medio ambiente.**

La Política de Residuos Peligrosos contiene los Planes de Acción que incluye estrategias de prevención y minimización de residuos producidos. (Plan de Acción 2006 - 2010; Plan de Acción 2011 -2018 extendido hasta el 2020) y se trabaja actualmente en la actualización de Plan de Acción 2020 - 2030.

**- Existencia de estrategias de conservación de las especies amenazadas.**

Con el propósito de establecer rutas de trabajo para promover acciones que contribuyan a la conservación de las especies de fauna, flora y ecosistemas en un área y tiempo definidos, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible formuló una serie de políticas y lineamientos orientados a la conservación de los recursos naturales del país, los cuales corresponde ejecutar a las Corporaciones Autónomas Regionales y Corporaciones de Desarrollo Sostenible.



	<p>Los planes de acción para la conservación de especies y ecosistemas son herramientas indispensables en la preservación de la biodiversidad. En su formulación se definen prioridades que servirán para la toma de decisiones sobre las especies más amenazadas que requieren atención preferencial.</p> <p>La información detallada de los programas se encuentra disponible en el siguiente link: <a href="https://www.minambiente.gov.co/index.php/sala-de-prensa/130-notas-de-interes/4059-planes-de-accion-para-la-conservacion-de-especies-y-ecosistemas-herramientas-indispensables-en-la-conservacion-de-la-biodiversidad">https://www.minambiente.gov.co/index.php/sala-de-prensa/130-notas-de-interes/4059-planes-de-accion-para-la-conservacion-de-especies-y-ecosistemas-herramientas-indispensables-en-la-conservacion-de-la-biodiversidad</a></p> <p><b>- Existencia de un plan de reducción de la cantidad de residuos contaminantes producidos.</b></p> <p>La Política de Residuos Peligrosos contiene los Planes de Acción que incluye estrategias de prevención y minimización de residuos producidos. (Plan de Acción 2006 - 2010; Plan de Acción 2011 -2018 extendido hasta el 2020) y se trabaja actualmente en la actualización de Plan de Acción 2020 - 2030.</p>	
--	--	--

**IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN**

<p><b>- Incorporan la constitución o legislación nacionales enfoques diferenciales por sexo, pertenencia étnica, grupo etario u otros en relación con la garantía del derecho al medio ambiente sano.</b></p> <p>En la Constitución colombiana, se reconoce la diversidad étnica y cultural de la nación (artículo 7) con el respaldo de preceptos adicionales que le dan amplitud y desarrollo a esta garantía, como lo señala la misma Corte Constitucional. Así mismo tenemos los artículos 9 que consagra la autodeterminación de los pueblos, el artículo 10 que señala que las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios y que la enseñanza que se imparta en las comunidades con tradiciones lingüísticas</p>	<p><b>- % de proyectos productivos adelantados en zonas de asentamiento indígena en los que ha realizado la consulta previa.</b></p> <p>Un total de 1.380 proyectos, obras, o actividades consultados con comunidades indígenas, y de estos, el 55% corresponde a proyectos productivos o proyectos que pertenecen a los sectores de inversión, tales como: energético, hidrocarburos, infraestructura, minería y telecomunicaciones, el 49% proyectos del sector ambiental y de medidas administrativas.</p> <p>El 55% de los proyectos, representa para la Dirección de la Autoridad Nacional de Consulta Previa 6.645 procesos consultivos, de este total el 24% de los procesos consultivos se realiza en el marco de 257 proyectos del sector de hidrocarburos, el 12% corresponde a procesos consultivos del sector energético, seguido con el 8% el sector de</p>	<p><b>- Proporción de hogares con acceso a cada uno de los SSPPBB de distintos grupos poblacionales (indígenas, población rural y personas en los distintos deciles de ingresos, etc.) frente al total de hogares con acceso a esos mismos servicios.</b></p> <p>Total, de hogares con acceso a servicios públicos (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Servicio</th> <th>Urbano</th> <th>Rural</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Energía eléctrica</td> <td>99,8%</td> <td>92,5%</td> </tr> <tr> <td>Gas natural</td> <td>80,6%</td> <td>12,3%</td> </tr> <tr> <td>Acueducto</td> <td>97,2%</td> <td>54,0%</td> </tr> <tr> <td>Alcantarillado</td> <td>92,8%</td> <td>14,8%</td> </tr> <tr> <td>Recolección de basuras</td> <td>98,5%</td> <td>27,7%</td> </tr> </tbody> </table>	Servicio	Urbano	Rural	Energía eléctrica	99,8%	92,5%	Gas natural	80,6%	12,3%	Acueducto	97,2%	54,0%	Alcantarillado	92,8%	14,8%	Recolección de basuras	98,5%	27,7%
Servicio	Urbano	Rural																		
Energía eléctrica	99,8%	92,5%																		
Gas natural	80,6%	12,3%																		
Acueducto	97,2%	54,0%																		
Alcantarillado	92,8%	14,8%																		
Recolección de basuras	98,5%	27,7%																		



<p>propias será bilingüe. El art. 63 establece que las tierras comunales de grupos étnicos, las tierras de resguardo, el patrimonio arqueológico de la Nación y los demás bienes que determine la ley, son inalienables, imprescriptibles e inembargables, el artículo 68 dispone que los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural. El artículo 72 indica que el patrimonio cultural de la Nación está bajo la protección del Estado, que el patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman la identidad nacional, pertenecen a la Nación y son inalienables, inembargables e imprescriptibles y que la ley establecerá los mecanismos para readquirirlos cuando se encuentren en manos de particulares y reglamentará los derechos especiales que pudieran tener los grupos étnicos asentados en territorios de riqueza arqueológica. Igualmente, se manifiesta que con fundamento en el artículo 13 de la Constitución Política, la Corte Constitucional ha establecido un enfoque o tratamiento diferencial para lograr que la igualdad sea real y efectiva. Además, se cuenta con la Ley 21 de 1991 y Ley 70 de 1993.</p> <p><b>- ¿Existen mecanismos de reconocimiento de los saberes tradicionales sobre el medio ambiente de los pueblos indígenas, en relación con la protección del mismo?</b></p> <p>Sí, existe el comité interétnico, el cual es una instancia de participación para la protección de los conocimientos tradicionales. En junio de 2019, Minambiente convocó a líder(a)s y sabedor(a)s de las diferentes regiones del país a un taller de "Protección de los sistemas de conocimiento tradicional asociados a la biodiversidad" donde participaron expertos e instituciones, en el cual se socializaron las decisiones voluntarias del Convenio de Diversidad Biológica, se presentaron experiencias regionales de las propias</p>	<p>infraestructura, así mismo, el 6% agrupa los procesos de consulta previa del sector de minería y el 2% representa el sector de telecomunicaciones. El 47% de los procesos consultivos se realizan para el sector ambiental y medidas administrativas.</p> <p><b>- % de las zonas intervenidas por el Estado para mitigar el riesgo ambiental en las que dicha acción ha beneficiado a poblaciones tradicionalmente vulnerables (en especial, indígenas, campesinos, personas de escasos recursos, etc.) frente al total de zonas intervenidas para adoptar acciones de mitigación del riesgo.</b></p> <p>Colombia ha presentado el análisis de riesgos a los efectos del cambio climático. La información se puede encontrar en los siguientes vínculos: <a href="http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvvirtual/022963/022963.htm">http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvvirtual/022963/022963.htm</a> <a href="http://www.cambioclimatico.gov.co/resultados">http://www.cambioclimatico.gov.co/resultados</a></p>	<p>Encuesta de Calidad de Vida 2019.</p> <p>No hay información sobre acceso a servicios públicos de otros grupos poblacionales (indígenas, deciles de ingresos, etc.).</p> <p><b>- Proporción de la población perteneciente a grupos tradicionalmente vulnerables con acceso a servicios de saneamiento mejorados vs. proporción del total de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados.</b></p> <p>No hay información que reportar</p> <p><b>- Proporción de la población rural con acceso a servicios de saneamiento mejorado:</b></p> <p>74,7%. Proporción del total de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados: 87,9%. 91,2% (Gran Encuesta Integrada de Hogares 2019).</p> <p><b>- % de hogares de distintos grupos poblacionales (indígenas, población rural y personas en los distintos deciles de ingresos, etc.) que viven en zonas de alto riesgo ambiental frente al % del total de hogares que viven en esas mismas zonas.</b></p> <p>No hay información que reportar</p>
--	---	---

comunidades y se trabajó durante un día en grupos de trabajo, con preguntas orientadoras.

**- ¿Existe un mecanismo jurídico en la legislación nacional que haga operativo el Convenio 169 de la OIT sobre consulta previa?**

El Convenio 169 de la OIT fue incorporado en la legislación nacional mediante la Ley 21 de 1991. Tanto el Convenio 169 de la OIT como la jurisprudencia conciben la consulta previa como un escenario de participación efectiva para la prevención, mitigación, restaurar, controlar y/o compensar las posibles afectaciones directas que se generen con ocasión de un proyecto, obra o actividad y medida administrativa.

La Directiva Presidencial 10 de 2013 es una guía de carácter no vinculante para el desarrollo del proceso consultivo en el cual se plasma la descripción de las etapas del proceso. Mediante la sentencia de unificación su 123 de 2018 se dieron lineamientos por parte de la corte constitucional para los procesos consultivos en Colombia.

Mediante el Decreto 2353 de 2019<sup>9</sup> se creó la Dirección de la Autoridad Nacional de Consulta Previa con la misión de desarrollar los lineamientos para la determinación de la procedencia de la consulta previa para la expedición de medidas legislativas o administrativas o la ejecución de proyectos, obras o actividades, que puedan afectar directamente a comunidades étnicas y dirigir y coordinar los procesos de consulta previa.

<sup>9</sup> Es importante aclarar que en el marco de las competencias otorgadas a la Dirección de la Autoridad Nacional de Consulta Previa mediante el Decreto 2353 de 2019, esta Autoridad imparte los lineamientos para la determinación de la procedencia de la consulta previa para la expedición de medidas legislativas o administrativas o la ejecución de proyectos, obras o actividades, que puedan afectar directamente a comunidades étnicas. Así mismo esta Entidad se encarga de realizar los procesos de consulta previa para los proyectos obra o actividades y medidas legislativas y administrativas de carácter no nacional. Por su lado le corresponde a la Dirección de Asuntos Indígenas Rrom y Minorías y a la Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras realizar los procesos de consulta previa, para la adopción de iniciativas legislativas y administrativas del nivel nacional en los términos señalados por los artículos 2 y 3 de Decreto 2353 de 2019, respectivamente.

<p>A la fecha se está estructurando el proyecto de ley el cual tiene como objeto reglamentar el proceso de consulta previa, la cual será consultada con las comunidades étnicas previo a su promulgación.</p> <p><b>- Existencia de políticas destinadas a población rural adolescente y joven con perspectiva de género.</b></p> <p>No hay información que reportar</p>																				
<b>ACCESO A LA JUSTICIA</b>																				
<p><b>- Existencia de tribunales administrativos especializados en materia medio ambiental.</b></p> <p>Consejo Superior de la Judicatura<sup>10</sup></p> <p>En Colombia no existen tribunales administrativos especializados en materia medio ambiental. La Jurisdicción Contencioso-Administrativa, recibe demandas para prevenir y/o compensar el riesgo medioambiental, por medio de acciones de grupo, acciones populares o acciones de cumplimiento. Cuenta con la siguiente oferta de despachos judiciales para el periodo 2010 a 2019.</p> <table border="1" data-bbox="163 1076 686 1253"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Consejo de Estado</th> <th>Tribunal Administrativo</th> <th>Juzgados Administrativos</th> <th>Total Jurisdicción Contenciosa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2010</td> <td>31</td> <td>144</td> <td>257</td> <td>432</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Consejo de Estado	Tribunal Administrativo	Juzgados Administrativos	Total Jurisdicción Contenciosa	2010	31	144	257	432	<p><b>- Casos resueltos como porcentaje de quejas recibidas en instancias administrativas o judiciales de atención a vulneración a los derechos al medio ambiente sano y/o al acceso a los SSPBB.</b></p> <p>En el año 2015<sup>12</sup>, los jueces de la república en el ámbito penal resolvieron el 78% de la demanda de justicia por delitos contra los recursos naturales y el medio ambiente, medido por el índice de Evacuación Parcial. Este índice presenta una tendencia creciente pues en 2016 fue del 80%, en 2017 del 83%, en 2018 del 82% y en 2019 de 92% como se observa en la siguiente tabla:</p> <p>Tabla 1. Movimiento de procesos penales por delitos contra los recursos naturales y el medio ambiente - Periodo 2015 - 2019</p> <table border="1" data-bbox="705 1156 1354 1242"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Ingresos efectivos</th> <th>Egresos efectivos</th> <th>Índice de evacuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>2.434</td> <td>1.896</td> <td>78%</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Ingresos efectivos	Egresos efectivos	Índice de evacuación	2015	2.434	1.896	78%	<p><b>- Número de acciones de amparo interpuestas solicitando la defensa de un medio ambiente sano<sup>21</sup>.</b></p> <p>En la actualidad, en el Sistema de Información Estadística de la Rama Judicial – SIERJU, no se identifican las acciones de tutela presentadas por transgresión del derecho a un ambiente sano, pues estas se encuentran agrupadas en un ítem de otros, por lo que no se puede suministrar la información detallada.</p> <p><b>- Número de denuncias penales por delitos contra el medio ambiente, la seguridad ambiental y en relación a ataques o amenazas a los defensores y defensoras de los de los derechos ambientales.<sup>22</sup></b></p> <p>Se presenta la Información del número de ingresos de procesos por delitos contra los recursos naturales y el medio ambiente, recibida de los despachos judiciales de la Jurisdicción Ordinaria, en las etapas de control de</p>
Año	Consejo de Estado	Tribunal Administrativo	Juzgados Administrativos	Total Jurisdicción Contenciosa																
2010	31	144	257	432																
Año	Ingresos efectivos	Egresos efectivos	Índice de evacuación																	
2015	2.434	1.896	78%																	

<sup>10</sup> Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico - Consejo Superior de la Judicatura

<sup>12</sup> Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico - Consejo Superior de la Judicatura

<sup>21</sup> Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico – Consejo Superior de la Judicatura.

<sup>22</sup> Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico – Consejo Superior de la Judicatura.

2011	31	144	257	432
2012	31	144	257	432
2013	31	144	257	432
2014	31	144	257	432
2015	31	144	257	432
2016	31	176	342	549
2017	31	176	342	549
2018	31	176	342	549
2019	31	176	342	549

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura – UDAE

**- Jueces pertenecientes a la jurisdicción medioambiental por cada 10.000 habitantes (desagregado por unidades político administrativas).<sup>11</sup>**

Como ya se señaló, Colombia no cuenta con una jurisdicción medio ambiental. Las demandas por temas medioambientales son atendidas por la Jurisdicción Contencioso Administrativa a nivel de juzgados administrativos, Tribunales Administrativos y Consejo de Estado. De igual modo, en la Jurisdicción Ordinaria por los Juzgados penales y promiscuos, Salas Penales y de decisión de los Tribunales Superiores y la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia, los cuales cuentan con la siguiente oferta judicial disponible. Ver anexo 6 -Tabla 3. Evolución oferta de justicia

2016	3.282	2.630	80%
2017	3.911	3.525	83%
2018	4.065	3.349	82%
2019	4.017	3.676	92%

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura – SIERJU. Información año 2015: corte 3-08-2016; información año 2016: corte 2-02-2017; información año 2017: corte 30-01-2017; información año 2018 corte 4-02-2019; información año 2019: corte 30-01-202013

**- Número de entradas y salidas de causas en la jurisdicción medioambiental (nivel de resolución).**

No hay información que reportar

**- Número de entradas y salidas de causas relativas al reclamo de acceso a los SSPPBB (nivel de resolución)<sup>14</sup>.**

De acuerdo con información recopilada por la Corte Constitucional, en 2019 se presentaron 1095 tutelas (reclamaciones judiciales sobre derechos fundamentales) relacionadas con el acceso al agua potable. A continuación, se desagregan estas por la decisión tomada por el juez en primera instancia.

Decisión	Acciones de tutela	Porcentaje
Niega	583	53,2%
Concede	433	39,5%
Rechaza	44	4,0%
Concede parcialmente	29	2,6%
Improcedente	6	0,5%

garantías y conocimiento. Ver anexo 6 Tabla 5. Movimiento de procesos en los despachos judiciales de Colombia por delitos contra los recursos naturales y el medio ambiente, con desagregación de la gestión en las etapas de control de garantías y conocimiento. Periodo 2010 y 2019.

En el año 2019 se presentaron 1.007 procesos por delitos contra los recursos naturales y contra el medio ambiente que ingresaron a la FGN a través de denuncias, discriminados por delito de la siguiente manera:

Procesos por delitos contra los recursos naturales y contra el medio ambiente que ingresaron a la FGN a través de denuncias en 2019, discriminado por delito

<sup>11</sup> Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico – Consejo Superior de la Judicatura

<sup>13</sup> La demanda de justicia o ingresos corresponden a la información del total de entradas de procesos o asuntos en un despacho judicial. Es importante mencionar que desde el año 2012, la información corresponde a la demanda efectiva o nueva de justicia esto es, que no se tienen en cuenta los ingresos por reintrosos, los ingresos por otros reintrosos, los ingresos por descongestión, los ingresos por pérdida de competencia, los ingresos por cambio de radicación, los reintrosos por nulidad, los reintrosos por exclusión y los ingresos por renovación de actuaciones. Es decir, no se tienen en cuenta los procesos que han pasado de un despacho judicial a otro sin sentencia o decisión en la instancia.

En cuanto a los egresos, éstos corresponden a las salidas del despacho judicial, el término efectivo corresponde a un auto o decisión que pone fin a la instancia, esto es, que no se tienen en cuenta las siguientes salidas como efectivas: egreso para descongestión, egresos remitidos a otros despachos, egresos por autos desiertos o desistidos, egresos por art. 9 ley 1395, egresos pérdida de competencia, egresos por rechazados o retirados y los egresos cambio de radicación. También aplica el término efectivo a partir del año 2012.

<sup>14</sup> Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico – Consejo Superior de la Judicatura.



disponible de 2010 a 2019. Accesibilidad en materia medio ambiental y Jueces por cada 100.000 habitantes.

**- Número de fiscales especializados en delitos ambientales por número de habitantes.**

En 2019, el número de fiscales que tuvieron en su carga al menos un proceso por delitos contra los recursos naturales y contra el medio ambiente fue 536. No obstante, es importante señalar que estos no son fiscales con una carga exclusiva en materia de delitos ambientales, sino que se trata de servidores que también adelantan procesos por otro tipo de delitos.

**- Existencia de recursos constitucionales adecuados y efectivos para impedir vulneraciones graves al medio ambiente (como por ej. el principio de precaución) y exigir el acceso a los SSPPBB.**

Principio de Precaución y Prevención y atendiendo los Principios Generales Ambientales establecidas en el art 1 de la Ley 99 de 1993, podemos extraer los siguientes:

- La formulación de las políticas ambientales en las que se debe tener en cuenta el resultado del proceso de investigación científica.
- La incorporación de los costos ambientales y el uso de instrumentos económicos para la prevención, corrección y restauración del deterioro ambiental y para la conservación de los recursos naturales renovables.
- La prevención de desastres como materia de interés colectivo y que las medidas tomadas para evitar o mitigar

Fuente: Corte Constitucional

Por su parte, las acciones tomadas en segunda instancia se presentan a continuación.

Acciones de tutela por decisión de juez en segunda instancia – 2019

(Acceso a agua potable)

Decisión	Acciones de tutela	Porcentaje
Confirma	308	66,8%
Revoca	81	17,5%
Confirma y adiciona	43	9,3%
Revoca parcialmente	29	6,2%

Fuente: Corte Constitucional

**-Número de causas relacionadas a ataques o amenazas a defensores y defensoras del medio ambiente.**

La Consejería Presidencial para Derechos Humanos en su Informe Trimestral de Homicidios contra Líderes Sociales y Defensores de Derechos Humanos de abril 2020: "El Estado colombiano registra ciento ocho (108) homicidios contra líderes sociales y defensores de derechos humanos en el año 2019, de los cuales 2 casos están relacionados con líderes ambientales.

La Consejería señala como escenarios de riesgo “la convergencia de fenómenos criminales asociados a las redes de valor del narcotráfico, la explotación ilícita de minerales y de recursos naturales, el despojo de tierras, entre otros, propician condiciones que ponen en riesgo a los líderes sociales y defensores/as de derechos humanos en Colombia.

**- Tiempo promedio de duración de los distintos tipos de procesos en la jurisdicción en cargada de los temas medioambientales.**

Delito	Número De Procesos
Caza Ilegal Art. 336	4
Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.	105
Contaminación Ambiental por Residuos Sólidos Peligrosos Art.332a C.P. Ley 1453 De 2011 Culposa Art. 339	4
Contaminación Ambiental por Explotación de Yacimiento Minero o Hidrocarburo Art. 333 C.P.	11
Contaminación Ambiental por Residuos Sólidos Peligrosos Art.332a C.P. Ley 1453 De 2011	6
Daño en los Recursos Naturales Art. 331 C.P.	369
Daño en los Recursos Naturales Art. 331 C.P. Modalidad Culposa Art. 339	13
Explotación Ilícita de Yacimiento Minero y Otros Materiales Art. 338 C.P.	234
Ilícito Aprovechamiento de los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.	179
Invasión de Áreas de Especial Importancia Ecológica Art. 337 C.P.	48
Delitos contra los Recursos Naturales y el Medio Ambiente (Titulo sin especificar delito)	34
<b>Total</b>	<b>1.007</b>

Fuente: Consulta en SPOA

**- Número de denuncias ambientales interpuestas ante instancias administrativas.** <sup>23</sup>

En la actualidad, en el Sistema de Información Estadístico de la Rama Judicial – SIERJU no se desagregan las demandas por temas medioambientales presentadas ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, ya que se encuentran agrupadas en la información de acciones populares, de grupo o de cumplimiento, por lo que no se puede suministrar la información detallada.

**- Número de lugares protegidos por intervención judicial.**

No hay información que reportar

**- Número de sentencias ejecutadas en materia ambiental.**

En 2019 se emitieron 250 sentencias por procesos por delitos contra los recursos naturales y contra el medio ambiente. De estas, 212 fueron condenatorias y 38





<p>los efectos de su ocurrencia sean de obligatorio cumplimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación entre Estado, la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para la protección y recuperación ambiental del país.</li> <li>• Los estudios de impacto ambiental como instrumento básico para la toma de decisiones respecto a la construcción de obras y actividades que afecten significativamente el medio ambiente natural o artificial.</li> </ul> <p><b>- Existen mecanismos que garanticen la protección de los recursos naturales, incluso en áreas habitadas por poblaciones de escasos recursos.</b></p> <p>La Acción de tutela y Acción Popular como mecanismos judiciales, y los mecanismos administrativos que deben ejecutar las Corporaciones Autónomas Regionales, competencias de las corporaciones art 31 numerales 3, 4, 5, 7, 8, 19, 11, 12, 14, 17, 19, 20, 21, 23, 28, Ley 99 de 1993.</p> <p><b>- Existen recursos judiciales expeditos, adecuados y efectivos, tales como la imposición de medidas cautelares, que sirvan para suspender el avance de proyectos que amenacen gravemente al medio ambiente.</b></p>	<p>No hay información que reportar</p> <p><b>- Cobertura de la oferta de formación a funcionarios judiciales sobre la relevancia de la protección al medio ambiente y de los defensores y defensoras del medio ambiente.</b> <sup>15</sup></p> <p>En el año 2019, la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla” adelantó cinco (5) actividades académicas en las que se abordaron temáticas relacionadas con la protección al medio ambiente. Ver anexo 6, Tabla 4. Actividades académicas en las que se abordaron temáticas relacionadas con la protección al medio ambiente</p> <p><b>- ¿Existe jurisprudencia que garantice el derecho al medio ambiente sano para poblaciones tradicionalmente excluidas?</b></p> <p>Sí. Sobre el particular, se pueden referenciar, entre otras, las siguientes:</p> <p>Sentencia T-660 de 2015<sup>16</sup></p> <p>“El carácter fundamental de la consulta previa es consecuencia de su vinculación con la defensa de la integridad cultural de dichas comunidades, así como de las condiciones que permiten su supervivencia como pueblos diferenciados. La consulta previa constituye una garantía específica de las exigencias de equidad distributiva y participación, -propias de la justicia ambiental, en relación con los grupos étnicos- siendo un concepto que toma como punto de partida el parágrafo del artículo 330 de la Constitución Política, donde se establece la</p>	<p>absolutorias. En la Tabla 9 se presenta esta información desagregada por delito y tipo de sentencia.</p> <p><i>Sentencias por delitos contra los recursos naturales y contra el medio ambiente, discriminado por tipo de sentencia y delito</i></p> <table border="1" data-bbox="1392 511 1923 928"> <thead> <tr> <th>Tipo de sentencia y delito</th> <th>Número de sentencias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Sentencia absolutoria por aceptación total de cargos (ejecutoriada)</b></td> <td><b>4</b></td> </tr> <tr> <td>Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><b>Sentencia absolutoria por acusación directa (apelada)</b></td> <td><b>2</b></td> </tr> <tr> <td>Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><b>Sentencia absolutoria por acusación directa (ejecutoriada)</b></td> <td><b>30</b></td> </tr> <tr> <td>Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Contaminación Ambiental Por Explotación De Yacimiento Minero O Hidrocarburo Art. 333 C.P.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de sentencia y delito	Número de sentencias	<b>Sentencia absolutoria por aceptación total de cargos (ejecutoriada)</b>	<b>4</b>	Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.	1	Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.	3	<b>Sentencia absolutoria por acusación directa (apelada)</b>	<b>2</b>	Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.	1	Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.	1	<b>Sentencia absolutoria por acusación directa (ejecutoriada)</b>	<b>30</b>	Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.	5	Contaminación Ambiental Por Explotación De Yacimiento Minero O Hidrocarburo Art. 333 C.P.	1	Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.	7	Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.	4	Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales	12
Tipo de sentencia y delito	Número de sentencias																											
<b>Sentencia absolutoria por aceptación total de cargos (ejecutoriada)</b>	<b>4</b>																											
Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.	1																											
Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.	3																											
<b>Sentencia absolutoria por acusación directa (apelada)</b>	<b>2</b>																											
Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.	1																											
Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.	1																											
<b>Sentencia absolutoria por acusación directa (ejecutoriada)</b>	<b>30</b>																											
Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.	5																											
Contaminación Ambiental Por Explotación De Yacimiento Minero O Hidrocarburo Art. 333 C.P.	1																											
Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.	7																											
Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.	4																											
Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales	12																											

15 Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla” – Consejo Superior de la Judicatura.

16 Referencia: Expediente T-4.520.563. Acción de tutela interpuesta por los Consejos Comunitarios de las Comunidades Negras y Afrocolombianas de Guacamayal, SUTO GENDE ASE NGANDE[ de Guacamayal, de Prado Sevilla, 16 de Julio de Sevilla, Tucurínca jurisdicción del Municipio de Zona Bananera-Magdalena, Santa Rosa de Lima en Fundación Algarrobo, contra los Ministerios del Interior, Medio Ambiente, Vivienda, Ciudad y Territorio y Transporte; de las Agencias Nacionales de Licencias Ambientales e Infraestructura, y de los Ferrocarriles del Norte de Colombia S.A. – Fenoco S.A.- y sus socios explotadores del carbón, Drummond, Prodeco (GlencoreXstrata) y Vale. Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

17 Referencia: Expediente T-4.520.563. Acción de tutela interpuesta por los Consejos Comunitarios de las Comunidades Negras y Afrocolombianas de Guacamayal, SUTO GENDE ASE NGANDE[ de Guacamayal, de Prado Sevilla, 16 de Julio de Sevilla, Tucurínca jurisdicción del Municipio de Zona Bananera-Magdalena, Santa Rosa de Lima en Fundación Algarrobo, contra los Ministerios del Interior, Medio Ambiente, Vivienda, Ciudad y Territorio y Transporte; de las Agencias Nacionales de Licencias Ambientales e Infraestructura, y de los Ferrocarriles del Norte de Colombia S.A. – Fenoco S.A.- y sus socios explotadores del carbón, Drummond, Prodeco (GlencoreXstrata) y Vale. Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.



Las medidas cautelares son el recurso judicial más expedito teniendo en cuenta que este es solicitado por el demandante en las diferentes acciones judiciales, la acción de tutela y medida provisional de protección que puede solicitar el accionante cuando presenta esta y el requisito de procedibilidad previo a interponer la Acción Popular consagrado en el art 144 inciso final de la Ley 1437 de 2011.

obligación estatal de garantizar la participación de las comunidades indígenas previa la explotación de recursos naturales en sus territorios”.

(...)  
La consulta debe garantizarse siempre que exista una afectación directa sobre los intereses de la comunidad de que se trate, es decir, cuando la misma vaya a sufrir una intromisión intolerable en sus dinámicas sociales, económicas y culturales. Tal afectación no se determina únicamente porque la comunidad y el proyecto compartan la misma área geográfica, sino también debe evaluarse con relación a sus impactos y secuelas generados por la misma operación y funcionamiento. Así pues, la jurisprudencia de la Corte ha fijado criterios para identificar la existencia de una afectación directa: a) cuando la medida administrativa o legislativa altera el estatus de las comunidades porque impone restricciones o concede beneficios, b) cuando las medidas son susceptibles de afectar específicamente a las comunidades indígenas como tales y no aquellas decisiones que son generales y abstractas, c) cuando se trata de aplicar las disposiciones o materias del Convenio 169, por ejemplo la regulación de explotación de yacimientos de petróleo ubicados dentro de los territorios indígenas, d) cuando se va a regular materias vinculadas con la definición de identidad étnica de los pueblos indígenas, y e) cuando las medidas a implementar se tratan sobre la explotación y aprovechamiento de recursos naturales en territorios indígenas. Como ejemplos y desarrollo de estos criterios pueden mencionarse las medidas que regulen la participación política de los pueblos indígenas y las medidas que regulan el sistema de educación en las comunidades respetando sus costumbres, tradiciones y lenguajes. (...)

**b) Sentencia T-704 de 2016** <sup>18</sup>

“CONSULTA PREVIA Y CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO DE LAS COMUNIDADES ETNICAS-Requisitos o reglas jurisprudenciales.

<i>Renovables Art. 328 C.P.</i>	
<i>Invasión De Áreas De Especial Importancia Ecológica Art. 337 C.P.</i>	1
<b>Sentencia condenatoria por aceptación total de cargos (apelada)</b>	<b>2</b>
<i>Contaminación Ambiental ART. 332 C.P.</i>	2
<b>Sentencia condenatoria por aceptación total de cargos (ejecutoriada)</b>	<b>44</b>
<i>Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.</i>	7
<i>Contaminación Ambiental Por Explotación De Yacimiento Minero O Hidrocarburo Art. 333 C.P.</i>	3
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.</i>	6
<i>De Los Delitos Contra Los Recursos Naturales Y El Medio Ambiente</i>	1
<i>Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.</i>	9
<i>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.</i>	15
<i>Invasión De Áreas De Especial Importancia Ecológica Art. 337 C.P.</i>	1
<i>Pesca Ilegal Art. 335</i>	2
<b>Sentencia condenatoria por acuerdo o negociación (apelada)</b>	<b>4</b>
<i>Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.</i>	1
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.</i>	1
<i>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.</i>	2
<b>Sentencia condenatoria por acuerdo o negociación (ejecutoriada)</b>	<b>136</b>
<i>Caza Ilegal Art. 336</i>	1
<i>Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.</i>	13
<i>Contaminación Ambiental Por Explotación De Yacimiento</i>	6
<i>Minero O Hidrocarburo Art. 333 C.P.</i>	
<i>Contaminación Ambiental Por Residuos Sólidos Peligrosos Art.332a C.P. Ley 1453 De 2011</i>	2
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.</i>	10
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P. Modalidad Culposa Art. 339</i>	2
<i>De Los Delitos Contra Los Recursos Naturales Y El Medio Ambiente</i>	1
<i>Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.</i>	16
<i>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.</i>	79

<sup>18</sup> Referencia: Expediente T-5.451.805. Acción de tutela instaurada por la Comunidad Indígena Media Luna Dos en contra de la Nación, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales (ANLA), el Ministerio del Interior y la empresa El Cerrejón. Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas Silva.





El derecho fundamental a la consulta previa no se satisface a través de cualquier mecanismo. Las reuniones que se realizan en cumplimiento de esta garantía de las comunidades deben conducir a acuerdos sensatos en los que las posiciones de las comunidades se vean efectivamente reflejadas. De lo contrario, dichas reuniones se convertirían en una burla a los pueblos si sus posturas no son respetadas. Por esa razón es que el propósito de la consulta debe conducir a buscar el consentimiento libre, previo e informado y en algunos eventos, dicho consentimiento será obligatorio.

DERECHO A LA CONSULTA PREVIA-Jurisprudencia sobre casos de consulta previa por afectación al ambiente sano, explotación de recursos naturales y/o proyectos mineros(...)"

**Sentencia SU-217 de 2017<sup>19</sup>**

“DERECHO A LA CONSULTA PREVIA DE COMUNIDAD INDIGENA-Caso en que se autorizó ampliación de relleno sanitario ubicado cerca a comunidad indígena, sin haberse consultado previamente

El derecho al ambiente sano, que cobra especial relevancia en el asunto objeto de estudio, no es la excepción. Fue incorporado en la Constitución Política dentro del capítulo de los derechos colectivos, aunque posee también una faceta individual, en la medida en que es imprescindible para el desarrollo de un proyecto de vida digno para cada persona. Como derecho colectivo, su naturaleza es difusa, lo que significa, básicamente, que cada persona lo disfruta, sin exclusión de las demás. Como derecho individual se materializa en la defensa del entorno inmediato de cada persona y es una condición de vigencia de otros derechos fundamentales, especialmente, la salud y la vida. (...)"

**Sentencia T-021 de 2019<sup>20</sup>**

<i>Invasión De Áreas De Especial Importancia Ecológica Art. 337 C.P.</i>	3
<i>Pesca Ilegal Art. 335</i>	3
<b>Sentencia condenatoria por acusación directa (apelada)</b>	<b>5</b>
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.</i>	2
<i>Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.</i>	1
<i>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.</i>	2
<b>Sentencia condenatoria por acusación directa (ejecutoriada)</b>	<b>21</b>
<i>Contaminación Ambiental Art. 332 C.P.</i>	2
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.</i>	4
<i>De Los Delitos Contra Los Recursos Naturales Y El Medio Ambiente</i>	1
<i>Explotación Ilícita De Yacimiento Minero Y Otros Materiales Art. 338 C.P.</i>	2
<i>Ilícito Aprovechamiento De Los Recursos Naturales Renovables Art. 328 C.P.</i>	12
<b>TERMINACION POR SENTENCIA ABSOLUTORIA ETAPA</b>	<b>2</b>

<b>DE JUICIO - Primera Instancia</b>	
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 246 C.P.</i>	1
<i>Daño En Los Recursos Naturales Art. 331 C.P.</i>	1
<b>Total</b>	<b>250</b>

Fuente: Consulta en SPOA

- **Número de defensores ambientales bajo protección estatal.**

No hay información que reportar

- **Número de recursos presentados y resueltos.**

No hay información que reportar

19 Referencia: Expediente T-5605835. Acción de tutela presentada por el Club Montería Jaraguay Golf, el Cabildo Indígena Jaraguay y otros, contra la Nación, Ministerio del Interior, la ANLA, la Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge y Servigenerales S.A. E.S.P. Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa.

20 Referencia: Expediente T-6.809.212. Acción de tutela formulada por José David Miranda López, miembro y representante del Consejo Comunitario de Negritudes de la Vereda de Playa Blanca contra el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y Parques Nacionales Naturales de Colombia. Magistrado Ponente: Alberto Rojas Ríos.

	<p>“ACCION DE TUTELA PARA LA PROTECCION DEL DERECHO A LA CONSULTA PREVIA-Caso donde comunidad negra de Playa Blanca consideran vulnerados sus derechos por acto administrativo que prohíbe el ingreso marítimo al sector de la Isla Barú, donde desarrollan actividades para su sustento sin haber concertado esta medida con el pueblo afrodescendiente (...)”</p>	
<p><b>ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN</b></p>		
<p><b>- Se encuentra garantizado en la Constitución y en la legislación el derecho al acceso a la información pública medioambiental sin expresión de causa.</b></p> <p>En principio, el derecho de acceso a la información está protegido y reconocido en la Constitución Política de 1991 en su artículo 74 y el artículo 20 que protege el derecho de toda persona de expresarse libremente y con ello de informarse y recibir información veraz e imparcial. La Ley 1712 de 2014 regula el Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional. En materia ambiental el tema de información y participación está previsto en el título X de la Ley 99 de 1993, en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 79 de la Constitución Política.</p> <p><b>- ¿Existe un portal virtual público de la entidad que administra las estadísticas a nivel nacional donde se presentan de forma periódica los indicadores claves sobre protección del medio ambiente?</b></p> <p>El portal del Departamento Administrativo Nacional de Estadística es la autoridad en materia estadística del país, donde versan las estadísticas de todo tipo a nivel nacional. El portal se encuentra disponible en el link:  <a href="https://www.dane.gov.co/">https://www.dane.gov.co/</a></p>	<p><b>- Periodicidad con la cual se publican los principales indicadores de protección del medio ambiente: mensual, bimensual, trimestral, semestral, anual.</b></p> <p>Se ha establecido una batería de indicadores mínimos de gestión, impacto y estado de los recursos naturales que permitan medir el avance en el cumplimiento de la política nacional ambiental y la gestión institucional de las autoridades ambientales. Tales indicadores están regulados actualmente por la Resolución 667 de 2016 expedida por el MADS, todos se incorporan en los procesos de planificación de las corporaciones Autónomas Regionales y de Desarrollo Sostenible, con el fin de contribuir de manera más efectiva al avance de la sostenibilidad ambiental de sus territorios.</p> <p>Los indicadores mínimos están conformados por un conjunto de variables que permiten registrar hechos y describir comportamientos para realizar el seguimiento al estado de los recursos naturales y el medio ambiente, y el impacto de la intervención institucional.</p> <p>Con relación a la periodicidad de reporte de cada indicador ante el Minambiente se consideró que sea anual.</p> <p>A continuación, se listan los principales indicadores de protección del medio ambiente que hacen parte de los indicadores mínimos establecidos en la Resolución 667 de 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementación de acciones en manejo integrado de zonas costeras</li> </ul>	<p><b>- Calificación por parte de los usuarios sobre la oportunidad y calidad de la información recibida de entidades públicas.</b></p> <p>No hay información que reportar</p>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Porcentaje de actualización y reporte de la información en el SIAC</li><li>- Porcentaje de áreas protegidas con planes de manejo en ejecución</li><li>- Porcentaje de avance en la formulación del plan de ordenación forestal</li><li>- Porcentaje de avance en la formulación y/o ajuste de los Planes de Ordenación y Manejo de Cuencas (POMCAS), Planes de Manejo de Acuíferos (PMA) y Planes de Manejo de Microcuencas (PMM)</li><li>- Porcentaje de cuerpos de agua con planes de ordenamiento del recurso hídrico (PORH) adoptados.</li><li>- Porcentaje de ejecución de acciones en Gestión Ambiental Urbana</li><li>- Porcentaje de entes territoriales asesorados en la incorporación, planificación y ejecución de acciones relacionadas con cambio climático en el marco de los instrumentos de planificación territorial</li><li>- Porcentaje de entes territoriales asesorados en la incorporación, planificación y ejecución de acciones relacionadas con cambio climático en el marco de los instrumentos de planificación territorial</li><li>- Porcentaje de especies amenazadas con medidas de conservación y manejo en ejecución</li><li>- Porcentaje de especies invasoras con medidas de prevención, control y manejo en ejecución.</li><li>- Porcentaje de la superficie de áreas protegidas regionales declaradas, homologadas o recategorizadas, inscritas en el RUNAP.</li><li>- Porcentaje de municipios asesorados o asistidos en la inclusión del componente ambiental en los procesos de planificación y ordenamiento territorial, con énfasis en la incorporación de las determinantes ambientales para la revisión y ajuste de los POT.</li><li>- Porcentaje de páramos delimitados por el MADS, con zonificación y régimen de usos adoptados por la CAR</li><li>- Porcentaje de planes de gestión integral de residuos sólidos (PGIRS) con seguimiento a metas de aprovechamiento</li></ul>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Porcentaje de planes de saneamiento y manejo de vertimientos (PSMV) con seguimiento</li><li>- Porcentaje de procesos sancionatorios resueltos</li><li>- porcentaje de programas de uso eficiente y ahorro del agua (PUEAA) con seguimiento</li><li>- Porcentaje de redes y estaciones de monitoreo en operación (Asociados a la calidad del aire)</li><li>- Porcentaje de redes y estaciones de monitoreo en operación (asociados al recurso hídrico)</li><li>- Porcentaje de sectores con acompañamiento para la reconversión hacia sistemas sostenibles de producción</li><li>- Porcentaje de suelos degradados en recuperación o rehabilitación</li></ul> <p><b>- Existen programas de divulgación y promoción oficial de respeto a los derechos medioambientales y de acceso a servicios públicos básicos.</b></p> <p>El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible como entidad rectora del Sistema Nacional Ambiental -SINA- de conformidad con la Ley 99 de 1993, en el año 2019 adoptó e implementa políticas, planes, programas y proyectos que garantizan el respeto, protección y promoción de los derechos medioambientales</p>	
--	---	--



# INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR AGOSTO DE 2020

## DERECHO A LOS BENEFICIOS DE LA CULTURA

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<b>RECEPCIÓN DEL DERECHO</b>		
<p><b>1. Ratificación por parte del Estado de los siguientes instrumentos internacionales, entre otros, que reconocen os derechos culturales:</b></p> <p>Se encuentra como tabla anexa.</p> <p><b>2. Apoyo público del país a la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas.</b></p> <p>El 20 abril de 2009 el Estado colombiano hizo expresa su decisión de apoyo unilateral a la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, a su “espíritu y a los principios que inspiraron su redacción y manifestar su adhesión a los conceptos de igualdad, respeto a la diversidad y no discriminación que fundamental en el texto de esta.</p> <p>No obstante, conserva las 3 salvedades respecto de los artículos 19, 30 y 32, expresadas en la abstención de voto de la 61° sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas, es decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 19: sobre la obtención del consentimiento, previo, libre e informado como requisito de los procesos de consulta previa. De conformidad con lo establecido en el Convenio 169 de la OIT y a la jurisprudencia de la Corte Constitucional, el consentimiento de las comunidades es un propósito de la consulta, mas</li> </ul>	<p><b>1. Campañas realizadas por parte del Estado y la sociedad civil para divulgar o promover los derechos culturales en los últimos cinco años.</b> (Anexo el detalle de cada una.)</p> <p>Desde el Ministerio de Cultura, anualmente se impulsan una serie de campañas ya institucionalizadas frente a los temas estratégicos y misionales de la entidad, así como otras más específicas para divulgar y promover los derechos culturales.</p> <p>En este sentido a continuación se señalan las campañas permanentes, que se difunden anualmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria Programa Nacional de Estímulos</li> <li>• Retina Latina</li> <li>• Colombia Celebra el Teatro</li> <li>• Celebra la danza</li> <li>• Celebra la música</li> <li>• Maguare y Maguared</li> </ul> <p>De igual forma y en los últimos cinco años se han desarrollado campañas específicas, como las señaladas a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2015 un total de 9 eventos</li> <li>• 2016 un total de 9 eventos</li> <li>• 2017 un total de 7 eventos</li> <li>• 2018 un total de 3 eventos</li> <li>• 2019 un total de 12 eventos</li> <li>• 2020 un total de 7 eventos</li> </ul> <p><b>2. Existencia de un Plan Nacional de Cultura.</b></p>	<p><b>1. Tasa de alfabetismo.</b></p> <p>De acuerdo a las cifras de alfabetismo para hombres y mujeres de 5 años y más, según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, que realiza el DANE, el promedio nacional de analfabetismo registró un 5% y el promedio de alfabetismo un 94%. En comparación con el censo de 2005, en 2018 se incrementó la tasa de alfabetización 3.4%.</p> <p><b>2. Tasa de alfabetismo en lenguas originarias y de comunidades migrantes más articuladas.</b></p> <p>No se dispone de datos de caracterización (Número de población caracterizada como indígena o comunidades migrantes) e información de tasas de alfabetismo específicamente.</p> <p><b>3. Museos por cada 100.000 habitantes.</b></p> <p>Según los datos del Sistema de Información de Museos colombianos, se existen 740 museos en Colombia.</p> <p>Tasa de museos 2019= <math>(740/48.258.494) \times 100.000= 1,53</math> museos por cada 100.000 habitantes.</p> <p>Por tal razón para el año 2019 se reportan 1,53 museos por cada 100.000 habitantes.</p> <p><b>4. Bibliotecas por cada 100.000 habitantes.</b></p>





no un requisito que pueda traducirse en la capacidad de las comunidades de vetar los proyectos, obras o actividades. Ante el desacuerdo se deben presentar fórmulas de concertación o acuerdo con las comunidades, sin que esto implique que el proyecto no pueda llevarse a cabo.

• Artículo 30: respecto de las consultas con pueblos indígenas para actividades militares en sus territorios. El Estado colombiano no restringirá la presencia de la Fuerza pública en todo el territorio nacional, considerando que, conforme al mandato contenido en la Constitución Política de Colombia, 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 de su vida, honra y bienes, tanto individuales como colectivos.

• Artículo 32: sobre la autonomía de los pueblos indígenas sobre sus territorios y los recursos naturales. Es preciso reiterar que la propiedad sobre el subsuelo y los recursos naturales renovables recae en el Estado, dirigido a conservar y a garantizar su utilidad pública en beneficio de toda la Nación.

**3. Consagración en la Constitución, nacional o estatales, del derecho a la cultura y otros derechos relacionados.**

En la Constitución Política de Colombia se estipulan varios preceptos normativos dirigidos a garantizar por parte del Estado, el ejercicio de los derechos e intereses colectivos, partiendo del reconocimiento de la igualdad y el respeto por la dignidad de las personas, así como de la diversidad de las manifestaciones culturales, a saber: Artículo 2, Artículo 7, Artículo 8, Artículo 67, Artículo 68, Artículo 70, Artículo 71 y Artículo 72.

El Ministerio de Cultura, como cabeza de sector, es quien formula el componente cultural del Plan Nacional de Desarrollo -PND- que se constituye en la hoja de ruta para el sector durante los 4 años de gobierno nacional; en el marco del actual PND 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", el sector cultural aparece en el marco del Pacto X "Pacto por la protección, promoción de nuestra cultura y desarrollo de la economía naranja"

Este pacto está compuesto por dos líneas y nueve objetivos así:

Línea A: Todos somos cultura: la esencia de un país que se transforma desde los territorios.

- Objetivo 1: Generar condiciones para la creación para la creación, circulación y acceso a la cultura en los territorios.
- Objetivo 2: Proteger y salvaguardar la memoria y el patrimonio cultural de la nación.

Línea B: Colombia naranja, desarrollo del emprendimiento de base artística creativa y tecnológica para la creación de las nuevas industrias.

- Objetivo 3: Promover la generación de información efectiva para el desarrollo de la economía naranja.
- Objetivo 4: fortalecer el entorno institucional para el desarrollo y consolidación de la economía naranja y la articulación público-privadas
- Objetivo 5: potencializar el aprovechamiento de la oferta estatal para el desarrollo de las industrias creativas.
- Objetivo 6: impulsar las agendas creativas para municipios, ciudades y regiones y el desarrollo de áreas de economía naranja (ADN)
- Objetivo 7: fomentar la integración de la economía naranja con los mercados internacionales y otros sectores productivos
- Objetivo 8: generar condiciones habilitantes para la inclusión del capital humano en la economía naranja
- Objetivo 9: promover la propiedad intelectual como soporte a la inspiración creativa.

En Colombia para el año 2019 había 3,16 Bibliotecas por cada 100.000 habitantes

**5. Teatros por cada 100.000 habitantes.**

En Colombia para el año 2019 habían 0.48 salas por cada 100.000 habitantes

**6. Computadores x cada 1000 habitantes.**

Terminales por cada 1000 habitantes

Terminal	2015	2016	2017*	2018*	2019*
Escritorio + Portátil	239	258	289	315	349
Escritorio + Portátil + Tablet	303	346	378	426	478

Fuente: Portal Oficial de Estadísticas del Sector TIC – Colombia TIC¹.  
\* Cálculos MinTIC

**7. Porcentaje de las personas que tienen acceso a internet.**

Porcentaje de personas de 5 y más años de edad que usaron Internet (Total Nacional)

Terminal	2015	2016	2017*	2018	2019
Porcentaje de personas de 5 y más años de edad que usaron internet (Total Nacional)	55,9	58,1	61,7	64,1	ND**

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (DANE)².  
¹ Cálculos MinTIC  
\*\* Dato disponible a partir de agosto 2020

**8. Porcentaje de personas que asistieron a presentaciones o espectáculos culturales en el último año.**

De acuerdo a la última Encuesta de Consumo Cultural (2017) , la presentación o espectáculo al que más asistieron las personas de 12 años en adelante fueron los conciertos, recitales, presentaciones de música en espacios abiertos o cerrados en vivo (31,6%), seguida por la asistencia a ferias o exposiciones artesanales (26,8%), teatro, ópera o danza (18,2%) y exposiciones, ferias o muestras de fotografía, pintura, grabado, dibujo, escultura o artes gráficas (11,6%).

**9. Porcentaje de personas que asistieron a espacios culturales o deportivos (parques, museos, etc.) en el último año.**





**4. % de las lenguas del país a las que se han traducido las fuentes normativas del derecho a la cultura.**

- Traducción de la proclamación del decenio de los afrodescendientes al 100% de las lenguas criollas existentes en la Nación, estas son: palenquera y raizal.
- Traducción del acuerdo final para la terminación del conflicto armado al 100% de lenguas nativas existentes en Colombia: 65 indígenas, 2 criollas y a la lengua romuní.
- Traducción de la traducción de la sentencia de restitución de tierras al 1,53% de las lenguas indígenas correspondiente a la lengua yukpa: resguardo menkue – misaya – la pista.
- Traducción de la Ley 1502 de 2011 al 10,29% de las lenguas nativas, correspondiente a: Jiw, Lengua Ri Palengue, Sikuaní, Wamonae, Sáliba, Wayuunaiki, Pisamira.
- Traducción de las medidas y orientaciones frente a la propagación de la pandemia, ha trabajado, con la ayuda de traductores indígenas, rom y comunidades afrodescendientes palenqueras en la traducción de las medidas a las siguientes once (11) lenguas nativas: cubeo, nasayuwe, inga, witoto, wayunaiki, iku, tikuna, sikuaní, romaní, bora y el ri palenque.

**5. Existencia de legislación que protege intereses morales y materiales de los autores de producciones científicas, literarias y artísticas.**

En el ordenamiento jurídico colombiano existe una gran variedad de disposiciones legales que están encaminadas a proteger los derechos morales y patrimoniales, que son a su vez, la especie del

En cuanto a planes de cultura de largo plazo, actualmente, el Ministerio se encuentra formulando el nuevo Plan Decenal de Cultura.

**3. Fondos concursables para la sociedad civil que apunten a la protección específica de derechos culturales, particularmente de mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas LGTBI, personas con discapacidad, migrantes, pueblos indígenas, personas que viven en la pobreza y todas las minorías.**

El Ministerio de Cultura tiene dentro de su oferta institucional el Programa Nacional de Estímulos y el Programa Nacional de Concertación.

El Programa Nacional de Estímulos tiene como propósito movilizar a los artistas, creadores, investigadores y gestores culturales colombianos, bien sea en el ámbito nacional o internacional, para que en las más diversas disciplinas, reciban a través de becas, pasantías, premios nacionales, reconocimientos o residencias artísticas un estímulo a su quehacer.

Este Programa está dirigido principalmente a personas naturales y el mecanismo dispuesto para acceder a dichos estímulos es a través de convocatorias públicas anuales. Cuenta con las siguientes líneas dirigidas a estos grupos poblacionales:

- Reconocimientos a la dedicación del enriquecimiento de la cultura ancestral de las comunidades Negras, Raizales, Palenqueras y Afrocolombianas “Decenio Afrodescendiente”
- Reconocimientos a la dedicación del enriquecimiento de la cultura ancestral de los Pueblos Indígenas de Colombia por el Pensamiento Mayor
- Reconocimientos a las narrativas culturales de los grupos de interés, para la construcción de paz y reconciliación
- Reconocimientos a los procesos culturales constructores de paz
- Reconocimientos para el fortalecimiento de la inclusión social desde la cultura para la población con discapacidad
- Becas a proyectos de inclusión de la primera infancia en las entidades museales.

De acuerdo a la última Encuesta de Consumo Cultural (2017) , la actividad cultural a la que más asistieron las personas de 12 años y más, fue la visita a parques, reservas naturales o zoológicos (32,2%), seguida por la asistencia a fiestas municipales o departamentales (28,8%), parques temáticos o de diversiones (24,3%) y carnavales, fiestas o eventos nacionales (17,6%)

**10. Estimación del tiempo promedio diario que los habitantes del país destinan al disfrute de la cultura o al consumo de bienes y servicios culturales.**

**Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT)  
Actividades culturales por sexo: Total Nacional  
Población de 10 años y más, tiempo diario promedio  
2016 - 2017**

Tiempo diario promedio en actividades de vida cultural hh:mm	
<b>Total</b>	02:19
<b>Hombre</b>	02:17
<b>Mujer</b>	02:22

FUENTE: DANE Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT).

**11. Número de organizaciones de la sociedad civil por cada 100.000 habitantes.**

No se tiene información.

**12. Número de facultades de artes/Total de universidades.**

Colombia. Número de facultades de artes / Total de universidades 2010-2018

Componente	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Universidades públicas que reportan matrícula en el área de bellas artes	15	15	17	17	17	17	18	18	18
Universidades públicas	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Indicador	48,4%	48,4%	54,8%	54,8%	54,8%	54,8%	58,1%	58,1%	58,1%

Fuente: MEN - SNIES.

**13. Número de películas producidas anualmente en el país.**



género derechos de autor, de los cuales son titulares, entre otros, los creadores de producciones científicas, literarias o artísticas.

Al respecto:

Leyes.

- Ley 23 de 1982, "Ley de derechos de autor"

- Ley 23 de 1992, "Por medio de la cual se aprueba el convenio para la protección de productores de fonogramas contra la reproducción no autorizada de sus fonogramas."

- Ley 44 de 1993, "Por la cual se modifica y adiciona la Ley 23 de 1982 y se modifica la Ley 29 de 1944".

- Ley 232 de 1995, "Por medio de la cual se dictan normas para el funcionamiento de los establecimientos comerciales."

- Ley 599 de 2000, "Por la cual se expide el código penal (artículos 257, 270, 271 y 272)".

- Ley 603 de 2000, "Por la cual se modifica el artículo 47 de la ley 222 de 1995".

- Ley 1403 de 2010, "Por la cual se adiciona la ley 23 de 1982, sobre derechos de autor, se establece una remuneración por comunicación pública a los artistas intérpretes o ejecutantes de obras y grabaciones audiovisuales o ley Fanny Mikey".

- Ley 1493 de 2011, "Por la cual se toman medidas para formalizar el sector del espectáculo público de las artes escénicas, se otorgan competencias de inspección, vigilancia y control sobre las sociedades de gestión colectiva y se dictan otras disposiciones."

- Pasantías en el desarrollo de procesos de promoción de lectura para primera infancia, en bibliotecas públicas y salas de lectura De Cero a Siempre

El Programa Nacional de Concertación Cultural, busca impulsar, facilitar, apoyar y hacer visibles procesos y actividades culturales de interés común a través de la entrega de recursos económicos.

Las organizaciones culturales del país de diverso nivel de desarrollo, cobertura y ubicación geográfica, presentan proyectos culturales respondiendo a una convocatoria anual y pública, que precisa requisitos de participación, criterios de selección, de evaluación, asignación de recursos y de seguimiento al uso de los recursos públicos a través del apoyo financiero a los proyectos presentados por personas jurídicas del sector público como gobernaciones, alcaldías y entidades públicas de carácter cultural, cabildos, resguardos y asociaciones indígenas, consejos comunitarios de comunidades negras y personas jurídicas sin ánimo de lucro del sector privado cuyo objeto social incluya actividades culturales.

El programa cuenta con las siguientes líneas específicas dirigidas a esta población:

- Línea 7: Fortalecimiento cultural a contextos poblacionales específicos: pueblos indígenas; comunidades negras o afro colombianas; comunidades raizales; comunidades palenqueras; pueblos Rrom (gitano). Para el año 2019, se desarrollaron 175 proyectos.

- Línea 8: Igualdad de oportunidades culturales para las personas con discapacidad: comprende proyectos encaminados a fomentar el reconocimiento, la inclusión social y la participación de las personas con discapacidad a través de proyectos artísticos y culturales. Para el año 2019, se desarrollaron 46 proyectos.

**4. Adecuaciones progresivas de acceso, a los espacios culturales para las personas con discapacidad.**

El proyecto espacios de vida del Ministerio de Cultura, desde la etapa de diseños, incluyó como eje principal dentro de los proyectos a rehabilitar, el cumplimiento de la normativa vigente para la accesibilidad de personas con movilidad reducida.

Año	Estrenos Colombianos
2010	10
2011	18
2012	23
2013	17
2014	28
2015	36
2016	41
2017	44
2018	36
2019	48

**14. Número de comunidades indígenas, afrodescendientes que mantienen sus tradiciones.**

Los Planes Especiales de Salvaguardia son una estrategia del Estado Colombiano para mantener las tradiciones de los grupos étnicos, de los 23 planes de salvaguardia existentes en Colombia, 9 pertenecen a la protección expresiones culturales de los grupos étnico, convirtiéndose en una estrategia con acciones sistematizada para establecer este indicador.

Respecto al patrimonio lingüístico la Ley de lengua contempla la estrategia para la protección lingüística entre las cuales se tiene el Plan Decenal de Lenguas y los autodiagnósticos que nos permite revisar la pervivencia cultural de las tradiciones lingüística en Colombia utilizando las herramientas metodológicas de grado de vitalidad de la lengua de la UNESCO.

Otra estrategia es el Mapa sonoro de lenguas de Colombia, sitio web en el que se puede navegar, conocer y aprender 37 de las 65 lenguas indígenas, dos lenguas de base lingüística criolla de comunidades negras, palenquera y raizal y el romaní del pueblo Rrom o gitano. Lo anterior en el marco del desarrollo de la Ley 1381 de 2010, ley para el reconocimiento, fomento, protección uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia.



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 1519 de 2012, "Por medio de la cual se aprueba el convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974."</li> <li>- Ley 1680 de 2013, "Por la cual se garantiza a las personas ciegas y con baja visión el acceso a la información, a las comunicaciones, al conocimiento y a las tecnologías de la información y las comunicaciones" (artículo 12)</li> <li>- Ley 1801 de 2016, "Por la cual se expide el Código Nacional de Policía y Convivencia" (numeral 1° del artículo 63; numeral 5° del artículo 87 y numeral 2° del artículo 92).</li> <li>- Ley 1835 de 2017, "Por la cual se modifica el artículo 98 de la ley 23 de 1982 sobre derechos de autor, se establece una remuneración por comunicación pública a los autores de obras cinematográficas o ley pepe Sánchez."</li> <li>- Ley 1834 de 2017, "Por medio de la cual se fomenta la Economía Creativa Ley Naranja."</li> <li>- Ley 1915 de 2018 "Por la cual se modifica la ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de autor y derechos conexos."</li> <li>- Ley 1955 de 2019, "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022. Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad."</li> <li>- Convenios Internacionales aprobados por leyes de la República de Colombia.</li> <li>- Convenio de Berna "Para la protección de las obras literarias y artísticas" (aprobado por la Ley 33 de 1987).</li> <li>- Convenio de Roma "Convención internacional sobre la protección de los artistas</li> </ul>	<p>Es así como bajo la normativa NSR – 10 títulos K, se incluyeron entre otros las siguientes directrices:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantizar la accesibilidad, circulación y movilidad a todos los espacios que el edificio estipule.</li> <li>- Si el edificio tenía más de un piso, garantizar que la circulación a nivel vertical se cumplía.</li> <li>- Cumplir con eliminar barreras arquitectónicas que impidieran el normal uso del edificio para personas con movilidad reducida.</li> </ul> <p>Adicionalmente, a las directrices incluidas en la NSR – 10, se incluyeron los lineamientos establecidos en la normativa nacional.</p> <p>En los diferentes inmuebles intervenidos se encontraron casas de cultura, bibliotecas, teatros, los cuales fueron ajustados bajo la normativa relacionada anterior teniendo así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusión de rampas, salva escaleras, elevadores, orugas en los edificios de más de dos niveles, todo en cumplimiento de las dimensiones y requisitos técnicos para personas con movilidad reducida.</li> <li>- Ajuste de circulaciones entre espacios con el fin de lograr accesibilidad a todos los espacios.</li> <li>- En teatro y auditorios con silletería fija se incluyeron acorde a los aforos, los correspondientes espacios para la ubicación de sillas de ruedas.</li> <li>- Cuando fue requerido, se gestionó ante las alcaldías municipales, la necesidad de incluir dentro de sus planes de obras, las adecuaciones urbanísticas a los andenes inmediatos al inmueble intervenido, para la construcción de rampas y elementos necesarios para la accesibilidad de personas con movilidad reducida.</li> <li>- Adecuación de las baterías sanitarias con los elementos y las dimensiones definidas por normativa para las personas con movilidad reducida.</li> </ul> <p>Asimismo, el proyecto espacios de vida, implementa una estrategia de seguimiento a la sostenibilidad a las obras entregadas, que comprende los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostenibilidad de los inmuebles por parte de las alcaldías municipales responsables desde el momento mismo de la entrega de acuerdo con las actas de compromiso que se firman.</li> <li>- Un componente al que se le hace seguimiento, esto es el mantenimiento de la infraestructura y su debido uso, esto incluye el manejo adecuado de la accesibilidad para personas con movilidad reducida de acuerdo con las dotaciones entregadas y su estado de conservación.</li> </ul>	<p><b>15. Porcentaje de publicaciones artísticas y académicas.</b></p> <p>Teniendo en cuenta la información entregada por la Cámara Colombiana del Libro, el total de registros ISBN asignados en el año 2019 fue de 19.922, del cual 17.202 corresponden a publicaciones de los sectores público y privado. De estos sectores se identificaron 8.948 registros de publicaciones académicas y 181 publicaciones artísticas. Es decir, el 45% de los registros corresponden a publicaciones académicas y el 1% a publicaciones artísticas del total de registros.</p> <p><b>16. Porcentaje de espacios públicos con agendas culturales.</b></p> <p>No se cuentan información precisa que permita responder a este indicador.</p>
--	---	---



intérpretes o ejecutantes, los productores de fonogramas y los organismos de radiodifusión (aprobado por la Ley 48 de 1971).

- Tratado sobre Registro Internacional de Obras Audiovisuales adoptado en Ginebra el 18 de abril de 1989 (aprobado por la Ley 26 de 1992).

- Tratado de la Organización Mundial de Propiedad Intelectual sobre interpretación o ejecución y fonogramas (aprobado por la Ley 545 de 1999).

- Tratado de la Organización Mundial de Propiedad Intelectual sobre derechos de autor (aprobado por la Ley 565 de 1999).

Aunado a lo anterior, es preciso señalar que Colombia es parte de la Comunidad Andina de Naciones que adoptó mediante la Decisión 351 de 1993, el régimen común sobre derechos de autor y derechos conexos, el cual debe ser observado por los países miembros.

**6. Existencia de legislación que garantice protección y autonomía para las minorías étnicas, regionales (inmigrantes) y culturales.**

Es imperativo señalar que, desde la Carta Política se estipulan una serie de disposiciones en procura de la protección y el respeto por la diversidad étnica y cultural, a saber: Artículo 1, Artículo 7, Artículo 8, Artículo 13, Artículo 68, Artículo 72, Artículo 330.

Ahora, en cuanto a las normas de rango legal se tienen:

Leyes

- Ley 70 de 1993, "Por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política".



- Ley 22 de 1981, “Por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Resolución 2106 del 21 de diciembre de 1965, y abierta a la firma el 7 de marzo de 1966”.
  
- Ley 21 de 1991, “Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76ª. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989.”
  
- Ley 160 de 1994, “Por la cual se crea el Sistema Nacional de Reforma Agraria y Desarrollo Rural Campesino, se establece un subsidio para la adquisición de tierras, se reforma el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria y se dictan otras disposiciones”
  
- Ley 99 de 1993, “Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental, SINA, y se dictan otras disposiciones.”
  
- Ley 397 de 1997, “Por la cual se desarrollan los artículos 70, 71 y 72 de la Constitución Política; se dictan normas sobre el patrimonio cultural, fomento y estímulos a la cultura; se crea el Ministerio de Cultura y se trasladan algunas dependencias.”
  
- Ley 1454 de 2011, “Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones.”

**Señales de Progreso.**

**CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS**





**1. Existencia en la Constitución de alguna disposición que establezca la prioridad que el Estado debe concederle al gasto público en los derechos culturales y a la ciencia.**

Frente a este tema, la Constitución Política de Colombia dispone del Artículo 344.

Dentro de los servicios sociales previstos en la Norma Superior y que deben ser priorizados en el gasto público con la finalidad de garantizar a la población en general el acceso a los derechos sociales fundamentales consagrados en la Constitución Política, se encuentran, la cultura y la educación.

**2. % del presupuesto nacional asignado al Ministerio de Cultura o quien haga sus veces, por jurisdicción.**

El presupuesto asignado al Ministerio de cultura en la vigencia 2019, ascendió a \$325 mil millones, lo que representa el 0.13% del presupuesto General de la Nación.

**3. % del presupuesto asignado a los programas públicos relacionados con los derechos culturales en el último año.**

No se cuenta con información de los programas públicos relacionados con los derechos culturales.

**4. % de recursos asignados al Plan Nacional de Cultura.**

No se cuenta con la información,

**5. % del presupuesto nacional asignado a los programas de ciencia, tecnología e innovación en el último año.**

Para el año 2019 Minciencias, que en lo pertinente a inversión para ciencia, tecnología e innovación correspondió a COP \$ 333.500 millones, lo que corresponde al 0,12% del presupuesto nacional.

**1. % de ejecución de los recursos asignados al sector cultura en el Plan Nacional de Desarrollo vigente (% de recursos vs % tiempo transcurrido de duración del Plan).**

El porcentaje de asignación y ejecución de recursos para dar cumplimiento al PND 2018-2022, en la vigencia 2019 asciende al 86,5%, del total de recursos de la misma vigencia.

Cifras en Miles de Millones	Asignado	Ejecutado	% Ejecutado
TOTAL PRESUPUESTO 2019. PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PND - MINISTERIO DE CULTURA	\$ 281	\$ 270	96%
TOTAL PRESUPUESTO 2019 - MINISTERIO DE CULTURA	\$ 325	\$ 312	96%
% PARTICIPACION	86,50%	86,50%	

**2. % de ejecución de los recursos asignados a los programas de ciencia, tecnología e innovación en el Plan Nacional de Desarrollo vigente (% de recursos vs % tiempo transcurrido de duración del Plan).**

El % de ejecución de las inversiones nacionales en actividades de ciencia, tecnología e innovación para 2019 es del 0,74% con relación al PIB. La meta para 2019 fue del 0,90%. Con relación a la meta del cuatrienio (1,5% del PIB a 2022) el cumplimiento de la meta va en 49,3%.

Tabla de metas de inversión nacional en actividades de ciencia, tecnología e innovación ACTI periodo 2019 a 2022.

	2019	2020	2021	2022
Metas Plan Nacional de Desarrollo	0,90%	1,10%	1,30%	1,50%
Inversión Nacional ACTI*	0,74%			
Cumplimiento Indicador en la vigencia	82,2%			
Avance con respecto a la meta de Cuatrienio	49,3%			

\*Fuente: Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología -OCyT

**3. % de ejecución de los recursos asignados a los programas de I+D en el Plan Nacional de Desarrollo vigente (% de recursos vs % tiempo transcurrido de duración del Plan).**

El % de ejecución de las inversiones nacionales en investigación y desarrollo (I+D) para 2019 es del 0,28% con relación al PIB. La meta para 2019 fue del 0,32%. Con relación a la meta del cuatrienio (0,57% del PIB a 2022) el cumplimiento de la meta va en 49,1%.

**1. Valor total de los bienes y servicios culturales como % del PIB.**

El Ministerio de Cultura, realizó la actualización de su Cuenta Satélite y Economía Naranja incluyendo en la nueva medición otros sectores culturales y creativos de acuerdo a la Ley 1834 de 2017. Para el año 2019 la participación del valor agregado en la economía Nacional fue de 3,01%.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Valor Agregado Cultural y Creativo	US\$ 11.133.650.744	US\$ 8.683.894.627	US\$ 8.214.480.698	US\$ 9.252.484.142	US\$ 9.183.354.662	US\$ 8.812.895.767
Valor Agregado Nacional	US\$ 347.318.692.416	US\$ 266.292.069.301	US\$ 258.185.566.605	US\$ 294.550.900.314	US\$ 302.658.950.153	US\$ 293.172.248.375
Porcentaje	3,21%	3,26%	3,18%	3,14%	3,03%	3,01%

Cifras en dólares

**2. Participación de la ciencia y la tecnología en el PIB.**

De acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, en la más reciente medición, la inversión nacional en actividades de ciencia, tecnología e innovación con relación al PIB, la inversión fue de 0,74%.

**3. Gasto público per cápita en cultura, ciencia, tecnología e I+D en el último año.**

Actualmente no se cuenta con información para responder a este indicador.

**4. % del gasto de los hogares que se destina al consumo de bienes y servicios culturales.**

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de presupuesto de los hogares, el 3,1% del gasto de los hogares a nivel nacional para el periodo 2016–2017, se destina a recreación y cultura siguiendo la composición del gasto de los hogares según clasificación COICOP.





**6. Existencia de incentivos fiscales y/o créditos para el desarrollo de los derechos culturales (Anexo los detalles de los programas).**

El Ministerio de Cultura en sus líneas de instituciones e infraestructura ha generado estrategias y acciones para fortalecer la financiación de las empresas, emprendedores y proyectos de la economía naranja en Colombia a través de los siguientes instrumentos:

- Decreto 1669 de 2019
- Fondo Nacional de Garantías FNG
- Bancoldex
- Línea tasa compensada de FINDETER
- Áreas de Desarrollo Naranja –ADN
- Deducción tributaria del 165%
- Fondo para el Desarrollo Cinematográfico -FDC-
- Estímulos tributarios para inversiones y donaciones
- Programa Ibermedia
- Fondo Fílmico Colombia (FFC)
- Certificado de Inversión Audiovisual en Colombia (CINA)

Tabla de metas de inversión nacional en investigación y desarrollo (I+D) periodo 2019 a 2022\*.

	2019	2020	2021	2022
Metas Plan Nacional de Desarrollo	0,32%	0,40%	0,49%	0,57%
Inversión Nacional I+D*	0,26%			
Cumplimiento Indicador en la vigencia	88,8%			
Avance con respecto a la meta de Cuatrienio	49,1%			

\*Fuente: Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología -OCyT

**4. Porcentaje de los recursos totales de cooperación internacional para el desarrollo destinado al sector cultura en los últimos cinco años.**

Entre el año 2015 al 2019, el Ministerio de Cultura de Colombia, gestiona recursos de cooperación internacional por valor de 27.363.160 USD .

De acuerdo a la información entregada por la Agencia Presidencial de Cooperación de APC, el monto total de recursos de cooperación para el desarrollo en los últimos cinco años fue de 2.856.578.462 USD.

$$\text{PROISCt} = \frac{27.363.160 \text{ USD}}{2.856.578.462 \text{ USD}} \times 100 = 0.958\%$$

Es decir que el porcentaje de recursos de cooperación internacional para el desarrollo destinado al sector cultural en los últimos cinco años fue de 0.958%

**5. % de las transferencias del Estado que se destinan a grupos étnicos o culturales minoritarios para la realización de sus derechos culturales.**

El Ministerio de Cultura cuenta con líneas específicas para grupos étnicos en el Programa Nacional de Concertación, el Programa Nacional de Estímulos, Impuesto Nacional al Consumo, relacionado con salvaguardia del patrimonio inmaterial destinados a las grupos étnicos y acuerdos al plan nacional de desarrollo que al sumarlo corresponde al 3% de los recursos del Ministerio de Cultura.

6. Incentivo al sector privado para invertir en la promoción de derechos culturales en el marco de nociones como responsabilidad social empresarial, mecenazgo, etc.

Con el propósito de incentivar la inversión privada en la promoción de los derechos culturales, el Plan Nacional de Desarrollo estableció una serie de estímulos a través de



	<p>incentivos tributarios para el crecimiento de la cultura en Colombia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto 697 del 2020</li> <li>- Decreto 424 del 2020</li> <li>- Ley 1943 de 2018</li> <li>- Ley 1493 de 2011</li> </ul>	
--	---	--

**Señales de Progreso.** No hay propuestas de la OEA.

### CAPACIDADES ESTATALES

**1. Existencia de un Ministerio de Cultura o Sistema Nacional de Cultura o similar. Establecer en qué porcentaje de los estados tiene oficinas/ dependencias.**

La Ley General de Cultura de la República de Colombia (Artículo 57) reconoce en 1997 el Sistema Nacional de Cultura, un modelo organizativo del sector para dar cumplimiento a los derechos culturales de los colombianos. Este sistema -reglamentado en el Decreto 1589 de 1998- es entendido como el conjunto de instancias, procesos (de desarrollo y fortalecimiento institucional, financiación y planificación) y espacios de participación (consejos de cultura), que se articulan entre sí, para posibilitar el desarrollo cultural y el acceso de la comunidad a los bienes y servicios culturales según los principios de descentralización, participación y autonomía que promulga la Constitución Política Nacional de 1991.

**2. Existencia de un inventario de la riqueza cultural intangible, religiones practicadas, lenguas existentes, escuelas de teatro, corrientes cinematográficas, tradiciones de artes plásticas, danzas, ritmos, grupos étnicos y culturales (ej.: tribus urbanas). ¿Cómo se actualiza este inventario?**

De acuerdo con el artículo 2.5.1.7. del Decreto 1080 de 2015, en la Lista Representativa de

**1. % de avance en las metas de los programas relacionados con los derechos culturales en la Ley de Planeación o Plan de Desarrollo vigente (% de avance vs % del tiempo transcurrido de duración del programa).**

A continuación, se relacionan los avances de los indicadores establecidos dentro del PND 2018-2022, relacionados con los derechos culturales, con corte a 31 de diciembre de 2019:

Indicadores de Resultado			
Indicador	Meta 2019	Resultado 2019	% de avance
Bienes y manifestaciones inscritos en las Listas Representativas de Patrimonio Cultural Inmaterial y de Bienes de Interés Cultural (Unesco y Nacional)	1151	1153	140%
Promedio de libros leídos al año por la población Colombiana entre 5 a 11 años	-	-	NA
Promedio de libros leídos por persona lectora de 12 años y más.	-	-	NA

Programa: Promoción y acceso efectivo a procesos culturales y artísticos

**1. Patentes concedidas al país por cada 100.000 habitantes.**

Concesiones de Patentes de invención por cada cien mil habitantes Colombia

Año	Vía Nacional	Vía PCT	Total	Población Colombia	Patentes por cada cien mil Hab.
2019	303	10	313	48.395.678	0.6

Fuente Patentes Concedidas: <https://www.sic.gov.co/estadisticas/indicadores-industria>  
Fuente datos de población DANE: <https://www.dane.gov.co/indicadores-demograficos-y-sociales/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>  
Construcción: CAFP Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.

**2. Películas producidas anualmente en el país.**

Año	Estrenos Colombianos
2010	10
2011	18
2012	23
2013	17
2014	28
2015	36
2016	41
2017	44
2018	36
2019	48

**3. Equipamientos culturales x cada 100.000 habitantes.**

No se cuenta con esta información



Patrimonio Cultural Inmaterial se incorporan las manifestaciones del Patrimonio Cultural Inmaterial relevantes en el ámbito nacional. La Lista Representativa se conforma y administra conjuntamente por el Ministerio de Cultura y el Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH).

**3. Existencia de un sistema público de divulgación de la oferta cultural. Este sistema contempla estrategias de divulgación en: prensa, radio, internet, televisión, entidades públicas, otros medios?**

Todo lo relacionado a la divulgación de las acciones culturales que se presentan en el país y de las cuales el Ministerio de Cultura tiene participación, están relacionados en la página web www.mincultura.gov.co. Allí se encuentran las novedades en los programas adelantados por el Gobierno en materia de Cultura, cartillas digitales realizadas por el área de Patrimonio, para el manejo y protección del Patrimonio Cultural. También la web está enlazada con las instituciones adscritas al Ministerio y presenta la legislación vigente como: Ley 397 de 1997, Ley General de Cultura, Ley 1185 de 2008 por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997. Decreto 3322. Decreto 763 de 2009. Decreto 2941 de 2009 y la Resolución 983 de 2010.

**4. Existencia de una actividad legislativa significativa en relación con el tema cultural (% de los proyectos legislativos presentados que tienen que ver con el tema).**

Para la Legislatura 2019 a 2020 el Congreso de la República de Colombia ha dado trámite a 695 proyectos de ley y acto legislativo en el Congreso de la República de los cuales, el Ministerio de Cultura hizo seguimiento a 95 que tenían relación directa con el sector, lo cual representa el 13,66 % del total de iniciativas presentadas.

Indicadores de Producto			
Indicador	Meta 2019	Resultado 2019	% de avance
Proyectos artísticos y culturales financiados a través del Programa Nacional de Concertación Cultural	4.350	4.350	100%
Estímulos otorgados a proyectos artísticos y culturales	1.945	1.801	87%
Personas beneficiadas por programas de formación artística y cultural	4.251	4.664	119%
Cupos ofrecidos a estudiantes en programas de educación continua del Instituto Caro y Cuervo	500	1.114	222%
Nuevos contenidos audiovisuales de comunicación cultural creados	250	256	102%
Libros digitales disponibles al público por la Biblioteca Nacional de Colombia	2.800	2.800	100%
Bibliotecas públicas de la Red Nacional de Bibliotecas Públicas que implementan el Programa de Bibliotecas Itinerantes	150	150	100%
Infraestructuras culturales construidas, adecuadas y dotadas	81	81	100%
Exposiciones de colecciones itinerantes realizadas	8	8	100%

Programa: Gestión, protección y salvaguardia del patrimonio cultural colombiano.

4. % de la población total de minorías étnicas que no cuenta con documento de identidad.

Frente al total de población de minorías étnicas que no cuentan con documento de identidad no existe información, al momento de solicitar el documento de identidad (Registro Civil, Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía), no se solicita información respecto de si la persona se auto reconoce como perteneciente a una etnia específica, los datos biográficos y biométricos que recoge la Registraduría Nacional del Estado Civil para la expedición de documentos, son los mismos para todos los colombianos.

**5. Crecimiento porcentual de las personas que han acudido a espacios culturales en los últimos cinco años.**

No existe una estadística unificada de todos los asistentes a espacios culturales en el periodo de tiempo solicitado.



Indicadores de Producto			
Indicador	Meta 2019	Resultado 2019	% de avance
Regiones con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) que implementan el programa Expedición Sensorial	2	2	100%
Escuelas Taller de Colombia creadas	11	11	100%
Talleres Escuela creadas	21	21	100%
Bienes de interés cultural del ámbito nacional intervenidos	67	67	100%
Bienes de interés cultural del ámbito nacional que cuentan con Planes Especiales de Manejo y Protección (PEMP)	55	55	100%

Línea B. Colombia naranja: desarrollo del emprendimiento de base artística, creativa y tecnológica para la creación de nuevas industrias.



Indicadores de Resultado			
Indicador	Meta 2019	Resultado 2019	% de avance
Crecimiento real de los últimos cuatros años del valor agregado de los sectores de la economía naranja (T)	2,5	NA	NA

Indicadores de Producto			
Indicador	Meta 2019	Resultado 2019	% de avance
Áreas de Desarrollo Naranja (ADN) implementadas*	-	4	NA
Agendas creativas regionales implementadas	3	7	233%

Pacto III Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados.



Indicadores de Producto			
Indicador	Meta 2019	Resultado 2019	% de avance
Niños y jóvenes beneficiados por programas y procesos artísticos y culturales	176.272	187.566	180%

Pacto XI Pacto por la Construcción de Paz: Cultura de la legalidad, convivencia, estabilización y víctimas.

Indicadores de Producto			
Indicador	Meta 2019	Resultado 2019	% de avance
Regiones con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) que implementan el programa Expedición Sensorial	2	2	100%

Pacto XII. Pacto por la equidad de oportunidades para grupos étnicos: indígenas, negros, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom.





Indicadores de Producto			
Indicador	Meta 2019	Meta 2019	% de avance
Plan de salvaguardia formulado*	-	-	NA
Encuentros realizados	11	11	100%
Proyecto tipo de infraestructura cultural formulado y viabilizado técnicamente*	-	-	NA

**2. % de ejecución del gasto de las entidades con competencias en el tema cultural en el último año.**

El Ministerio de Cultura cuenta con tres entidades adscritas: Archivo General de la Nación, el Instituto Caro y Cuervo, Instituto Colombiano de Antropología e Historia; para la vigencia 2019, se asignó al sector un presupuesto definitivo de \$383 mil millones, de los cuales se comprometió el 99% del presupuesto asignado y se obligó el 95%, los cuales se detallan a continuación:



Entidad	Apr. Vigente	Compromiso	Obligación	Compromisos / apropiación vigente	Obligaciones / apropiación vigente
Archivo General de la Nación	23	23	21	99%	92%
Instituto Caro y Cuervo	13	13	13	99%	96%
Instituto Colombiano de Antropología E Historia	23	21	18	94%	79%
Ministerio de Cultura	325	324	312	100%	96%
<u>TOTAL GENERAL</u>	383	381	364	99%	95%

\*Cifras en Miles de Millones

**3. Cantidad de festivales nacionales y regionales con financiación pública existen en los siguientes ámbitos culturales: a. Música, b. Cine, c. Danzas, d. Artes Plásticas, e. Teatro, f. Televisión y g. Gastronomía. % de las entidades territoriales que tienen sus propios festivales en estos ámbitos.**

Producto de la convocatoria pública 2019, el Programa Nacional de Concertación Cultural, apoyó un total de 512 proyectos culturales y artísticos, relacionados con Festivales, carnavales y fiestas tradicionales, por un valor de \$15.882 millones de pesos.

La distribución de estos proyectos en los ámbitos culturales de: a. Música; b. Cine; c. Danzas; d. Artes plásticas; e. Teatro; f. Televisión; y g. Gastronomía, fue la siguiente:



Área	Proyectos Apoyados	Valor Apoyado
Artes Plásticas	19	357.000.000
Artes Visuales (Televisión)	1	31.000.000
Artes Audiovisuales - Medios Audiovisuales (Cine)	18	931.500.000
Danza	143	4.859.000.000
Música	219	6.908.000.000
Patrimonio Cultural <u>Inmaterial</u> - Cultura culinaria (Gastronomía)	20	397.000.000
Teatro	87	2.400.500.000
<b>Total</b>	<b>512</b>	<b>15.882.000.000</b>

**4. Existencia de estrategias para garantizar que exista una comunicación fluida entre el Estado y las distintas minorías étnicas (Ej: la información para acceder a los servicios del Estado está traducida a las lenguas que se hablan en el país, o los servicios están en esas lenguas).**

El Estado Colombiano a través del Plan Decenal de Lenguas contempla acciones para la protección del patrimonio lingüísticos de Colombia, como estrategia de implementación del plan en articulación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Trabajo se inició la implementación de la ruta metodológica del diseño de cualificaciones de intérpretes y traductores de lenguas nativas, la cual será vinculada en el Marco Nacional de Cualificaciones con el objetivo de fortalecer procesos de educación/formación y permitir el reconocimiento de aprendizajes previos.

El Plan Decenal en su construcción e implementación se realiza con la participación de los grupos étnicos.

Lo anterior, se convierte en una estrategia integral para garantizar una comunicación fluida entre el Estado y los distintos grupos étnicos.

**5. % de los funcionarios del sector público que trabaja en el sector cultura.**

En el Ministerio de Cultura trabajaban durante el 2019, 292 funcionarios, entendiendo estos como los vinculados de manera directa al Ministerio. No se incluyen las personas contratadas a través de otras figuras jurídicas, como la prestación de servicios.



	<p>Igualmente, es importante señalar que esta cifra no incluye a los funcionarios del sector público del nivel nacional y/o territorial</p> <p><b>6. % de funcionarios públicos capacitados en derechos culturales.</b></p> <p>En el marco de la Estrategia de Fomento a la Gestión Cultural Regional, el Ministerio de Cultura capacita a funcionarios públicos, creadores y gestores culturales, y ciudadanía en general en temas como legislación, fuentes de financiación y planificación para el sector y para los proyectos culturales. Estas capacitaciones se hacen en el marco de las Asesorías Departamentales y Municipales en el territorio. Estas son las cifras de beneficiarios de estas actividades durante el año 2019.</p> <table border="1" data-bbox="701 743 1348 896"> <tr> <td>Personas capacitadas en las Asesorías Departamentales</td> <td>718</td> </tr> <tr> <td>Personas capacitadas en las Asesorías Municipales</td> <td>14.675</td> </tr> <tr> <td><u>Total general</u></td> <td>15.393</td> </tr> </table>	Personas capacitadas en las Asesorías Departamentales	718	Personas capacitadas en las Asesorías Municipales	14.675	<u>Total general</u>	15.393	
Personas capacitadas en las Asesorías Departamentales	718							
Personas capacitadas en las Asesorías Municipales	14.675							
<u>Total general</u>	15.393							

**Señales de Progreso**

**Existencia de una encuesta a nivel nacional que permita medir la diversidad cultural y la participación de la población en la cultura (Ej: encuesta de consumo cultural). ¿Cuál es su periodicidad y alcance?**

El país cuenta con la producción de diferentes fuentes de información entre las que están la Cuenta satélite de Cultura (DANE-MINCULTURA), Encuesta de Consumo de cultural (DANE), con periodicidad bienal, la última se publicó en diciembre del año 2018 periodo (2016-2018) y el Anuario estadístico de CINE (MINCULTURA), Informe PULLEP (MINCULTURA) y Cuenta Satélite de Cultura y Economía Creativa de Bogotá (CSCECB), la última medición se realizó en el 2017.

**IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN**



<p><b>1. Incorpora la Constitución o la legislación el enfoque diferencial (por sexo, pertenencia étnica, grupo etario, personas con discapacidad) en relación con la garantía del derecho a la cultura.</b></p> <p>Entre la legislación nacional mencionada relacionada con la protección, promoción, acceso y difusión de la cultura, la siguiente incorpora algún enfoque diferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 1381 de 2010 "Garantiza el reconocimiento, la protección y el desarrollo de los derechos lingüísticos, individuales y colectivos de los grupos étnicos con tradición lingüística propia, así como la promoción del uso y desarrollo de sus lenguas que se llamarán de aquí en adelante lenguas nativas"</li> <li>- Decreto 2406 de 2007. Comisión Nacional de Trabajo y Concertación de la Educación para los Pueblos Indígenas.</li> <li>- Política de comunicación indígena, con un enfoque diferencial acorde con el pensamiento y las necesidades de esta población (2017) y la Política de comunicación para la inclusión (2008).</li> <li>- Decreto 1122 de 1998. Cátedra de Estudios Afrocolombianos: Artículo 3.</li> <li>- Decreto 2249 de 1996. Comisión Pedagógica de Comunidades Negras: Artículo 4.</li> <li>- Ley 70 de 1993. Comunidades Negras: Artículo 34, Artículo 35.</li> <li>- Ley 115 de 1994 – Ley General de Educación. Capítulo 3. Educación para grupos étnicos, Artículo 55.</li> <li>- Ley de lenguas 1381 de 2010.</li> </ul> <p><b>2. Existen programas para asegurar el derecho a la cultura en los Ministerios con perspectiva poblacional (mujeres, jóvenes, niños, grupos étnicos, adultos mayores, etc.) o en los Ministerios con competencias en el tema.</b></p> <p>El Programa Nacional de Concertación cuenta con un enfoque general de género en cada una de sus</p>	<p><b>1. % de la población destinataria de los programas públicos de acceso a bienes y servicios culturales/Participación porcentual de personas por pertenencia étnica, edad, sexo, en la población total.</b></p> <p>No se cuenta con la información desagregada para responder este indicador.</p> <p><b>2. Existen criterios para una asignación equitativa de bienes y servicios culturales entre regiones, grupos étnicos y grupos culturales en los planes de dotación de equipamientos.</b></p> <p>El Ministerio de Cultura asesora y revisa la totalidad de los proyectos presentados por las entidades territoriales (municipios, departamentos, territorios de grupos étnicos) que así lo soliciten. La revisión de los proyectos se realiza conforme al procedimiento de viabilización técnica que dispone el Ministerio de Cultura, el cual consta de 4 fases para el caso de proyectos de infraestructura, y de 1 fase para el caso de proyectos de dotación. En estas fases se revisan aspectos de pertinencia, aspectos jurídicos, aspectos normativos y aspectos técnicos de los proyectos, de manera que se garantice la correcta planeación de los mismos. En ese sentido, los criterios con los que un proyecto adquiere su condición de "viabilidad" son de carácter técnico.</p> <p>Los proyectos que llegan a obtener la viabilidad son presentados a las directivas, Ministra de Cultura, Viceministro de Fomento Regional y Patrimonio, y Secretaria General, para definir cuáles se van a realizar con asignación de recursos por parte del Ministerio. Para ello, se indica previamente cuáles proyectos pertenecen a Municipios PDET (Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial, los cuales han sido afectados por razones de pobreza, conflicto armado, cultivos ilícitos, entre otros), cuáles pertenecen a grupos étnicos (indígenas, Rrom, NARP) y cuáles tienen cofinanciación por parte de entidades territoriales (Municipio -Departamento).</p> <p><b>3. Procesos de consulta con organizaciones de mujeres, grupos étnicos, grupos religiosos y grupos culturales minoritarios para concertar la política cultural en los últimos cinco años.</b></p> <p>El proceso de consulta de la política cultural con grupos étnicos en los últimos cinco años se ha realizado en dos escenarios,</p>	<p><b>1. % del ingreso corriente que las familias destinan para el consumo de bienes y servicios culturales por deciles de ingresos, regiones y pertenencia étnica.</b></p> <p>No se cuenta con información para responder a este indicador.</p> <p><b>2. Crecimiento porcentual del ingreso (corriente y disponible –después del gasto en necesidades básicas) en el primer quintil de la población/Crecimiento porcentual del ingreso per cápita.</b></p> <p>No se cuenta con información para responder a este indicador.</p> <p><b>3. Índice de concentración geográfica (% de la población que tiene cada región vs % de los bienes culturales del país que acapara) de distintos bienes culturales o recreativos: bibliotecas, librerías, teatros, cines, parques, etc.</b></p> <p>No se cuenta con información para responder a este indicador.</p> <p><b>4. Tasa de crecimiento o decrecimiento de la población hablante de lenguas indígenas.</b></p> <p>En el marco del Plan Decenal de Lenguas que está en proceso de concertación con los grupos étnicos se cuenta con instrumentos para continuar con los autodiagnósticos que son importantes para poder contar con este indicador. Una vez se realicen los nuevos autodiagnósticos se podrá medir dicho indicador. Se espera contar con este instrumento en unos 3 o 4 años.</p> <p><b>5. Representación en los poderes legislativos de los gobiernos nacional y descentralizado de minorías culturales (mujeres, pueblos indígenas, LGBTI, afrodescendientes).</b></p> <p>No se cuenta con información para responder este indicador.</p>
--	--	---



líneas y la línea 7 para grupos poblacionales, con sub líneas para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblos indígenas, así mismo la línea 8 está dirigido a personas con discapacidad. Por ende, el Ministerio de Cultura cuenta con programas dirigidos a grupos poblacionales de forma específica.

3. Existe información sobre el goce del derecho a la cultura desagregada por sexo, zona (rural/urbana), región, grupo étnico, grupo etario y condición socioeconómica.

No existe información relativa al goce del derecho a la cultura desagregado de la forma solicitada.

4. Contempla el Plan de Desarrollo o su equivalente, estrategias diferenciales para asegurar el derecho a la cultura de poblaciones tradicionalmente discriminadas.

Sí, en el marco de la formulación del Plan Nacional de Desarrollo se realizó un proceso de concertación a través de la consulta previa con los grupos étnicos existentes, lo que ha permitido el desarrollo de estrategias diferenciadas para estos grupos frente al derecho a la cultura.

Los programas desarrollados se centran en los siguientes temas:

- Escuelas taller
●Comunicación propia
●Patrimonio fílmico
●Patrimonio material e inmaterial
●Inclusión del enfoque diferencial en los Programa de Estímulos y Concertación del Ministerio de Cultura.
●El Programa Mujeres Narran su Territorio
●Desarrollo artístico
●Intercambio de saberes
●Lenguas Nativas
●Fortalecimiento a prácticas y expresiones culturales

en el marco del proceso de consulta previa de los Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 con pueblos indígenas y gitanos; y actualmente se están surtiendo en el proceso de consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, con pueblos indígenas, gitanos y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

De otro lado, se ha realizado el proceso de construcción colectiva del Plan Decenal de Lenguas con el Consejo Nacional Asesor de Lenguas.

El Ministerio de Cultura tiene por principio la participación y concertación para implementar acciones que permitan el ejercicio de los derechos culturales todos la Nación, a través del diálogo cultural.

4. Aplicación de políticas públicas de carácter intercultural en particular en los sistemas de educación básica.

Table with 3 columns: Norma, Población, Resumen del contenido. Row 1: Ley 70 de 1993, Afrocolombiana, Negra, Raizal y Palenquera, 'Por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política'...

6. Producciones o actividades culturales, artísticas o académicas representativas de los sectores históricamente excluidos.

El Ministerio de Cultura desarrolló en el último año los siguientes proyectos, en cada una de las áreas artísticas:

- Música:

Durante el 2019 se adelantaron 3 proyectos desde el Plan Nacional de Música para la Convivencia y uno indirecto desde las acciones establecidas desde la política de Escuelas Municipales de Música.

Table with 6 columns: Nombre Programa, Departamento, Municipio, Nombre Beneficiario, Cantidad, Inversión (\$). Rows include 'Acompañar y asesorar a la Escuela de Música de Tumaco', 'Escuela de Música de Lucho Bermúdez', 'Programa de Creación Musical y Atención Psicosocial...', 'Escuelas Municipales de Música'.

- Danza:

Table with 5 columns: Programa, Detalle, Indicador, Número de beneficiarios, Inversión. Rows include 'Escuelas dotadas por el Plan Nacional de Danza', 'Escuelas Comunitarias de Danza'.





<p>5. Reconocimiento Constitucional o en legislación nacional de formas tradicionales de tenencia de la tierra de pueblos indígenas.</p> <p>Constitución Política de Colombia          -Artículo 246 Derecho a reconocer la jurisdicción propia.          -Artículo 330 Jurisdicción y funciones.          -Artículo 329 Ordenamiento territorial.          -Artículo 357 Participación en los ingresos corrientes de la Nación.          -Artículo Transitorio 76 Reglamentación de las Entidades Territoriales Indígenas</p>			<p>conjunto de la nación colombiana a través de la CEA.</p> <p>En su artículo 39 estableció la obligatoriedad de incluir en los diferentes niveles educativos la Cátedra de Estudios Afrocolombianos CEA como parte del área de ciencias sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teatro y Circo: Durante la vigencia del año 2019 el Área de Teatro y Circo no implemento programas o actividades con enfoque poblacional diferencial.</li> <li>- Programa Expedición Sensorial El programa está dirigido a comunidades que han sufrido con mayor fuerza el impacto del conflicto armado en Colombia y regiones con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET. El objetivo principal es aportar a la construcción de tejido social y desarrollo sostenible de los territorios rurales priorizados por el postconflicto, a partir de la revitalización y fortalecimiento de las prácticas, saberes y manifestaciones artísticas y culturales de las comunidades.</li> </ul> <p>Regionalización, inversión y beneficiarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Región de Montes de María (15 municipios) Regionalización: El Guamo, Zambrano, San Onofre, Tolúviejo, San Antonio de Palmito, San Juan Nepomuceno, Chalán, Coloso, Morroa, Ovejas, María la Baja, Los Palmitos, San Jacinto, Carmen de Bolívar y Córdoba. Cabeceras y 36 corregimientos. Inversión: \$450.000.000 millones de pesos Beneficiarios:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.867 niños y jóvenes de 36 corregimientos en procesos de formación artística en música y danza.</li> <li>• 614 personas en 7 laboratorios de Creación - Gestión en los municipios de Morroa, Ovejas, San Jacinto, María la Baja, Los Palmitos, El Carmen de Bolívar y Córdoba.</li> </ul>
	<p>Ley 115 de 1994. Ley General de Educación</p>	<p>Grupos étnicos en general.</p>	<p>“Por la cual se expide la Ley General de Educación”</p> <p>Título III: Modalidades de Atención educativa a poblaciones; Capítulo 3: Educación para grupos étnicos.</p> <p>Entiende por educación para grupos étnicos la que se ofrece a grupos o comunidades que integran la nacionalidad y que poseen una cultura, una lengua, unas tradiciones y unos fueros propios y autóctonos (...). Estableció que la atención a estos grupos debe estar ligada al ambiente, al proceso de producción social y cultural, con el debido respeto a sus creencias y tradiciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Región de Catatumbo (15 municipios) Regionalización: Tibú, El Tarra, La Esperanza, Cáchira, Sardinata, Convención, Teorama, Abrego, La Playa De Belén, El Carmen, Ocaña, San Calixto, Hacarí, Villa Caro y Rio de Oro. Cabeceras y 33 corregimientos.</li> </ul> <p>Inversión: \$ \$546.801.325 millones de pesos Beneficiarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niños y jóvenes de 33 corregimientos en procesos de formación artística en música, danza, teatro y artes visuales.</li> </ul>
	<p>Decreto 804 de 1995</p>	<p>Grupos étnicos en general.</p>	<p>“Por medio del cual se reglamenta la atención educativa para grupos étnicos.”</p> <p>Siguió desarrollando las bases para una educación pertinente para los grupos étnicos definió sus principios, trató de</p>	



			articular el sistema educativo con los procesos etnoeducativos, se garantiza la participación de autoridades tradicionales en el proceso educativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 447 personas en 8 laboratorios de Creación - Gestión en los municipios de Hacará, La Playa, Villa Caro, La Esperanza, Río de Oro, El Carmen, El Tarra y Convención.</li> <li>• 30 formadores de Expedición en el diplomado "Cuerpo y Movimiento".</li> <li>- Región Pacífico (Sur-Nariñense y Medio (15 municipios))</li> </ul> <p>Regionalización: Subregión Pacífico Sur y Frontera Nariñense: Barbacoas, El charco, La tola, Magúí, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Ricaurte, Roberto Payán, Santa Bárbara, Tumaco Subregión Pacífico Medio: Guapi, Lopez de Micay, Timbiquí, Buenaventura. Inversión: \$520.000.000 millones de pesos Beneficiarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 647 personas en 15 laboratorios de Investigación - Creación en igual número de municipios.</li> <li>• 45 participantes en 3 Encuentros Subregionales</li> <li>• 52 participantes en 3 Encuentros de formación de formadores</li> <li>• 50 participantes en 5 Tutorías para fortalecimiento de procesos artísticos y culturales comunitarios</li> <li>• 13 procesos artísticos y culturales comunitarios apoyados para su fortalecimiento.</li> </ul> <p>-Literatura:</p>
Decreto 1122 de 1998	Afrocolombiana, Negra, Raizal y Palenquera		"Por el cual se expiden normas para el desarrollo de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos, en todos los establecimientos de educación formal del país y se dictan otras disposiciones."	
Decreto 2957 de 2010	Rrom		<p>"Por el cual se expide un marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano."</p> <p>Artículo 6°. Reconocimiento como grupo étnico. El Estado colombiano reconoce a los Rom o Gitanos como un grupo étnico con una identidad cultural propia, que mantiene una conciencia étnica particular, que posee su propia forma de organización social, posee su propia lengua y que ha definido históricamente sus propias instituciones políticas y sociales.</p> <p>Artículo 14. Inclusión educativa. El Ministerio de Educación Nacional en coordinación con las secretarías de educación de las entidades territoriales certificadas orientará en el marco de su política de inclusión y equidad, la atención pertinente a la población estudiantil Rom.</p>	
Ley 1381 de 2010: Ley de Lenguas	Grupos étnicos en general.		"Por la cual se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes."	



	Decreto 2500 de 2010. compilado en El Decreto Único del Sector Educativo - DURSE-, en el Capítulo 4 de del Título 1, de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015	Indígenas	“Por el cual se reglamenta de manera transitoria la contratación de la administración de la atención educativa por parte de las entidades territoriales certificadas, con los cabildos, autoridades tradicionales indígenas, asociación de autoridades tradicionales indígenas y organizaciones indígenas en el marco del proceso de construcción e implementación del sistema educativo indígena propio SEIP.”
	Decreto 1953 de 2014	Indígenas	“Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política” y que establece en sus capítulos I, II, III y IV del título III los lineamientos para la administración del Sistema Educativo Indígena Propio -SEIP.-”
	Resolución 18858 de 2018	Indígenas	“Por la cual se expiden los lineamientos técnicos administrativos, los estándares y las condiciones mínimas del Programa de Alimentación Escolar PAE para Pueblos Indígenas” que garantiza la participación de las organizaciones indígenas como operadores del programa y en los procesos de concertación de las minutas diferenciales, entre otros aspectos.”
	Circular 09 de 2019	Indígenas	“Por medio de la cual se expiden orientaciones sobre aplicación del Capítulo 4, Título 1, Parte 3, Libro 2, del Decreto 1075 de 2015 Único Reglamentario del sector Educación, para la contratación de la administración de la atención educativa con los cabildos, autoridades tradicionales indígenas, asociación de

INFORME LÍNEA DIFERENCIAL POBLACIONAL RED RELATA 2019						
Nombre del programa	Proyecto o actividad	Objetivo y Descripción	Recursos invertidos	Nº personas beneficiadas	Regionalización Departamentos	Regionalización Municipios
Red de Talleres de Escritura Creativa -RELATA-	Programa "Liberad Eyo Paalera"	Objetivo: Ofrecer a la población censataria de Colombia la oportunidad de encontrar en la literatura una herramienta para reconstruirse de manera creativa. Descripción: 19 talleres de escritura creativa y narrativas gráficas en 18 establecimientos pertenecientes del INPEC.	\$270.000.000	522	Ancistras, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cesar, Huila, Cauces, Santander, Cundinamarca, Boyacá, Caquetá, Meta, N. De Santander, Tolima, Valle del Cauca, Cundinamarca, Risaralda, Nariño, Bolívar, Quindío	Leticia, Mesetas, Emigón, Apartado, Arauca, Barranquilla, Cartagena, Valledupar, Neiva, Manizales, Bucaramanga, Bogotá, Combita, Florencia, Villavieja, Dique, Inga, Buenaventura, Tuluá, Santa Rosa de Cabal, Tumaco, Cartagena, Calarcá, Soledad, Pamplona, Popayán.
	Programa "Mujeres Alto Namas su Territorio"	Objetivo: Promover la recuperación del tejido social y comunitario en los territorios, la transmisión de saberes, la salvaguarda del patrimonio cultural y el empoderamiento como ciudadanas de mujeres año del Decenio de Buenaventura, a través de un proceso de formación piloto en Escritura Creativa, Narrativas Mediáticas, Edición Comunitaria y Cultura Emprendedora en el segundo semestre del año 2019. Descripción: Ruta de formación en cinco módulos que incluyen: Narrativas Mediáticas, Escritura Creativa, Edición Comunitaria, Cultura Emprendedora, Pedagogía en narraciones afro-comunitarias.	\$50.000.000	50	Valle del Cauca	Buenaventura

- Teatro Colón:



			<p>autoridades tradicionales indígenas y organizaciones indígenas, por parte de la entidades territoriales certificadas para garantizar el derecho a la educación propia, en el marco del proceso de construcción e implementación del sistema educativo indígena propio."</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre del programa, proyecto o actividad</th> <th>Enfoque poblacional diferencial</th> <th>Recurso invertido</th> <th>Cantidad</th> <th>No de personas beneficiadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pequeño Colón: "La princesa ligera"</td> <td>Público infantil</td> <td>\$ 59.669.967</td> <td>8</td> <td>2469</td> </tr> <tr> <td>Pequeño Colón: "Pombo, el musical"</td> <td>Público infantil</td> <td>\$ 543.727.801</td> <td>24</td> <td>13929</td> </tr> <tr> <td>Pequeño Colón: "El dueño de todas las cosas"</td> <td>Público infantil</td> <td>\$ 57.061.764</td> <td>15</td> <td>6849</td> </tr> <tr> <td>Pequeño Colón: Funciones de títeres, teatro Casa Pombo</td> <td>Público infantil</td> <td>\$ 13.550.000</td> <td>6</td> <td>480</td> </tr> <tr> <td>Revolución pacífica - Danza</td> <td>Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas</td> <td>\$ 39.974.303</td> <td>3</td> <td>1131</td> </tr> <tr> <td>Toque Colón Espíritu Baierta</td> <td>Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas</td> <td>\$ 11.500.000</td> <td>1</td> <td>498</td> </tr> <tr> <td>Carreñón de Timbiquí</td> <td>Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas</td> <td>\$ 7.000.000</td> <td>1</td> <td>417</td> </tr> <tr> <td>Lujó Dujó - Ballet Casco Alves (Brasil)</td> <td>Cooperación internacional</td> <td>\$ 25.325.846</td> <td>2</td> <td>471</td> </tr> <tr> <td>Siti Reich-Focus CH (Brasil)</td> <td>Cooperación internacional</td> <td>\$ 25.325.846</td> <td>2</td> <td>640</td> </tr> <tr> <td>Función "Una pesa bajo el sol" en Quibdó</td> <td>Circulación</td> <td>\$ 9.858.956</td> <td>2</td> <td>2000</td> </tr> <tr> <td>Colón Escolar</td> <td>Público infantil - adolescente/escolar</td> <td>\$ 21.061.569</td> <td>4</td> <td>1412</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Recomidos guineos</td> <td>Público infantil/escolar</td> <td>\$ 1.767.384</td> <td>18</td> <td>409</td> </tr> <tr> <td>Público estudiantil/juvenil</td> <td>\$ 1.669.196</td> <td>17</td> <td>343</td> </tr> <tr> <td>Público tercera edad</td> <td>\$ 196.376</td> <td>2</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Iniciativas juveniles del Chocó</td> <td>\$ 98.188</td> <td>1</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>Talleres</td> <td>Público infantil/escolar</td> <td>\$ 1.200.000</td> <td>5</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Invitaciones/cortesías a espectáculos</td> <td>Fundaciones con programas infantiles</td> <td>\$ 1.080.000</td> <td>3</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td>Público estudiantil/juvenil</td> <td>\$ 22.950.000</td> <td>9</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Comunidad Timbiquí (ciudad de Bogotá)</td> <td>\$ 2.720.000</td> <td>1</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Fundaciones contra el cáncer de Seno</td> <td>\$ 6.300.000</td> <td>1</td> <td>180</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del programa, proyecto o actividad	Enfoque poblacional diferencial	Recurso invertido	Cantidad	No de personas beneficiadas	Pequeño Colón: "La princesa ligera"	Público infantil	\$ 59.669.967	8	2469	Pequeño Colón: "Pombo, el musical"	Público infantil	\$ 543.727.801	24	13929	Pequeño Colón: "El dueño de todas las cosas"	Público infantil	\$ 57.061.764	15	6849	Pequeño Colón: Funciones de títeres, teatro Casa Pombo	Público infantil	\$ 13.550.000	6	480	Revolución pacífica - Danza	Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas	\$ 39.974.303	3	1131	Toque Colón Espíritu Baierta	Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas	\$ 11.500.000	1	498	Carreñón de Timbiquí	Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas	\$ 7.000.000	1	417	Lujó Dujó - Ballet Casco Alves (Brasil)	Cooperación internacional	\$ 25.325.846	2	471	Siti Reich-Focus CH (Brasil)	Cooperación internacional	\$ 25.325.846	2	640	Función "Una pesa bajo el sol" en Quibdó	Circulación	\$ 9.858.956	2	2000	Colón Escolar	Público infantil - adolescente/escolar	\$ 21.061.569	4	1412	Recomidos guineos	Público infantil/escolar	\$ 1.767.384	18	409	Público estudiantil/juvenil	\$ 1.669.196	17	343	Público tercera edad	\$ 196.376	2	22	Iniciativas juveniles del Chocó	\$ 98.188	1	38	Talleres	Público infantil/escolar	\$ 1.200.000	5	80	Invitaciones/cortesías a espectáculos	Fundaciones con programas infantiles	\$ 1.080.000	3	120	Público estudiantil/juvenil	\$ 22.950.000	9	660	Comunidad Timbiquí (ciudad de Bogotá)	\$ 2.720.000	1	68			Fundaciones contra el cáncer de Seno	\$ 6.300.000	1	180
Nombre del programa, proyecto o actividad	Enfoque poblacional diferencial	Recurso invertido	Cantidad	No de personas beneficiadas																																																																																																					
Pequeño Colón: "La princesa ligera"	Público infantil	\$ 59.669.967	8	2469																																																																																																					
Pequeño Colón: "Pombo, el musical"	Público infantil	\$ 543.727.801	24	13929																																																																																																					
Pequeño Colón: "El dueño de todas las cosas"	Público infantil	\$ 57.061.764	15	6849																																																																																																					
Pequeño Colón: Funciones de títeres, teatro Casa Pombo	Público infantil	\$ 13.550.000	6	480																																																																																																					
Revolución pacífica - Danza	Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas	\$ 39.974.303	3	1131																																																																																																					
Toque Colón Espíritu Baierta	Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas	\$ 11.500.000	1	498																																																																																																					
Carreñón de Timbiquí	Espectáculo para reivindicar las prácticas culturales afrocolombianas	\$ 7.000.000	1	417																																																																																																					
Lujó Dujó - Ballet Casco Alves (Brasil)	Cooperación internacional	\$ 25.325.846	2	471																																																																																																					
Siti Reich-Focus CH (Brasil)	Cooperación internacional	\$ 25.325.846	2	640																																																																																																					
Función "Una pesa bajo el sol" en Quibdó	Circulación	\$ 9.858.956	2	2000																																																																																																					
Colón Escolar	Público infantil - adolescente/escolar	\$ 21.061.569	4	1412																																																																																																					
Recomidos guineos	Público infantil/escolar	\$ 1.767.384	18	409																																																																																																					
	Público estudiantil/juvenil	\$ 1.669.196	17	343																																																																																																					
	Público tercera edad	\$ 196.376	2	22																																																																																																					
	Iniciativas juveniles del Chocó	\$ 98.188	1	38																																																																																																					
Talleres	Público infantil/escolar	\$ 1.200.000	5	80																																																																																																					
Invitaciones/cortesías a espectáculos	Fundaciones con programas infantiles	\$ 1.080.000	3	120																																																																																																					
	Público estudiantil/juvenil	\$ 22.950.000	9	660																																																																																																					
	Comunidad Timbiquí (ciudad de Bogotá)	\$ 2.720.000	1	68																																																																																																					
		Fundaciones contra el cáncer de Seno	\$ 6.300.000	1	180																																																																																																				
<p>Decreto 317 del 27 de febrero de 2020 del Departamento de la Función Pública</p>	<p>Indígenas</p>	<p>"Por el cual se establece la remuneración de los servidores públicos etnoeducadores docentes y directivos docentes que atiendan población indígena en territorios indígenas, en los niveles de preescolar, básica y media, y se dictan otras disposiciones de carácter salarial" que mejora las condiciones laborales de los docentes y directivos etnoeducadores, entre otras."</p>																																																																																																							
<p>Circular 022 del 18 de marzo de 2020.</p>	<p>Indígenas</p>	<p>Orientaciones para la elaboración del estudio de planta y la administración de docentes y directivos docentes de los establecimientos educativos ubicados en territorio indígena o que atienden población mayoritariamente indígena</p>																																																																																																							

**5. % de los programas del estado destinados a los grupos culturales o sectores históricamente excluidos.**

El Programa de Nacional de Concertación no cuenta con la información relativa al porcentaje de los programas estatales destinados a grupos culturales históricamente excluidos.

**Señales de progreso.** No hay propuestas de la OEA.

**ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**

**1. Existencia de un sistema de preservación y divulgación del inventario de la riqueza cultural del país.**

**1. % de los funcionarios del sector público que trabajan en la preservación y difusión de la riqueza cultural del país.**

No se cuenta con información para responder este indicador.

**1. Número de instancias de participación, formulación y monitoreo de políticas públicas a nivel nacional, departamental y municipal.**



<p>Los inventarios hacen parte de los instrumentos que buscan un mejor conocimiento, protección, salvaguardia, difusión y gestión integral del Patrimonio Cultural, en sus componentes mueble, inmueble e inmaterial. Estos pretenden dar cuenta de lo que hay, en un lugar y un momento determinados, con la intención de identificar y construir conjuntamente con los grupos, las comunidades y los individuos medidas que permitan hacer viable aquello que estos consideran constitutivo de su identidad. Los inventarios del patrimonio cultural se registran en la plataforma virtual “Sistema de Información para la Autorización de Intervenciones” (SIPA).</p> <p>Otra medida de registro y protección del patrimonio cultural inmaterial es, según el Artículo 2.5.2.2.º del Decreto 1080 de 2015, la inclusión de manifestaciones en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial (LRPCI). Dicha lista es el conjunto de representaciones relevantes de patrimonio inmaterial incorporado a un catálogo especial mediante acto administrativo de la autoridad competente (Ministerio de Cultura, gobernaciones, alcaldías, autoridades indígenas o de consejos comunitarios afrocolombianos). La inclusión en la LRPCI tiene como condición la elaboración de un plan especial de salvaguardia, que es un acuerdo social y administrativo, concebido como un instrumento de gestión del Patrimonio Cultural, mediante el cual se establecen acciones y lineamientos encaminados a garantizar la identificación, revitalización, documentación, divulgación y protección del Patrimonio Cultural Inmaterial.</p> <p><b>2. Existencia de un portal virtual público de la entidad que administra las estadísticas a nivel nacional donde se presentan de forma periódica los principales resultados de las encuestas de derechos culturales.</b></p> <p>Los sistemas de información asociados a la cultura en Colombia son diversos, y en ellos se pueden encontrar indicadores monetarios, no</p>	<p><b>2. Periodicidad con la que se publican boletines con la oferta cultural en los medios disponibles.</b></p> <p>En la página web del Ministerio de Cultura se publica diariamente información relativa al sector cultural. Allí se incluyen noticias, oferta de programas y diversas iniciativas culturales tanto en la esfera nacional como regional e internacional.URL: <a href="http://www.mincultura.gov.co">http://www.mincultura.gov.co</a></p> <p><b>3. Jornadas pedagógicas realizadas por entidades estatales para el fortalecimiento de las capacidades de interpretación estadística para el público en materia cultural.</b></p> <p>No se cuenta con información para responder este indicador.</p>	<p>El Ministerio de Cultura de Colombia presta asesoría y acompañamiento técnico a las instancias públicas responsables del sector cultura en las entidades territoriales del nivel departamental y municipal en temas de desarrollo institucional, fuentes de financiación, procesos de planificación y participación ciudadana para el sector cultura; así mismo, recopila y procesa información del sector en estos temas de gestión cultural territorial a través del Sistema de Información de Fomento Regional -SIFO-. Estas acciones, en el marco de una política que ha llamado Estrategia de Fomento a la Gestión Cultural Regional.</p> <p>Esta estrategia atendió en 2019 a los 32 departamentos (100%) del país y 1.000 municipios de los 1.102 del total (91%). Por las competencias asignadas tanto a departamentos como a municipios en cuanto a los derechos o políticas culturales para los ciudadanos, todas estas entidades territoriales deben tener instancia ejecutora de los planes, programas o proyectos del sector cultura. Podemos decir entonces que en cada una de las instancias atendidas en 2019 por esta Dirección existen instancias públicas de formulación y monitoreo de políticas públicas en cultura.</p> <p>Sin embargo, es importante aclarar que existen diferentes tipos de instancias de cultura las cuales nombramos a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de cultura.</li> <li>• Secretaría mixta.</li> <li>• Ente descentralizado de cultura.</li> <li>• Ente descentralizado mixto.</li> <li>• Otra Secretaría.</li> <li>• Despacho del Alcalde.</li> </ul> <p>De acuerdo con esto se reporta el número de instancias de cultura según la clasificación anteriormente descrita:</p> <p>Departamentos:</p>
--	--	---



monetarios, de consumo, de producción, entre otros. En este contexto, los siguientes son los sistemas de información existentes en Colombia:

- Encuesta de Consumo Cultural (DANE):

Link:

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cultura/consumo-cultural/encuesta-de-consumo-cultural>

- Cuenta Satélite de Cultura y Economía Naranja (Ministerio de Cultura y DANE):

Link:

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/cuenta-satelite-de-cultura-en-colombia>

- Sistema de Información y Registro Cinematográfico (Ministerio de Cultura):

Link:

<https://www.mincultura.gov.co/areas/cinematografia/Paginas/Anuarios.aspx>

- SIMUS (Ministerio de Cultura):

Link: <https://simus.mincultura.gov.co>

- Portal Único de la Ley de Espectáculos Públicos de las Artes Escénicas. (Ministerio de Cultura):

Link:

<https://pulep.mincultura.gov.co/Paginas/avancesylogros.aspx>

**3. Existen mecanismos públicos de divulgación de la oferta cultural a través de: i) Prensa, ii) Televisión; iii) Radio; iv) Internet con formatos accesibles para las personas con discapacidad y para la población de diversas culturas.**

El Ministerio de Cultura, ha establecido alianzas con radio de interés público y comunitario, a través de las redes de estos medios para socializar su oferta cultural. Igualmente, a través

Despacho Alcalde/Gobernador	1
Ente descentralizado de cultura	2
Ente descentralizado mixto	6
Otra	1
Secretaría de Cultura	10
Secretaria Mixta	12
<b>Total general</b>	<b>32</b>

Municipios:

Despacho Alcalde/Gobernador	113
Ente descentralizado de cultura	27
Ente descentralizado mixto	36
Otra Secretaría	550
Secretaría de cultura	17
Secretaría mixta	257
<b>Total</b>	<b>1000</b>

**2. Número de visitas de los portales virtuales.**

De acuerdo con la información reportada por los principales portales virtuales del Ministerio de Cultura, tanto a nivel central, como de sus entidades adscritas y vinculadas, se reportan los siguientes datos:

- Ministerio de Cultura de Colombia  
[www.mincultura.gov.co](http://www.mincultura.gov.co)  
4.016.131 visitas

- Retina Latina  
<https://www.retinalatina.org/>  
2.211.031 visitas





del sistema de televisión pública, particularmente del canal educativo y cultural Señal Colombia y de los ocho canales regionales, se ha logrado la producción, coproducción y circulación de mensajes y contenidos mediáticos de carácter cultural, algunos de ellos asociados a la oferta cultural.

El Ministerio de Cultura cuenta con el Banco de contenidos, gestor de contenidos en internet <http://bancodecontenidos.mincultura.gov.co>, que reúne la producción audiovisual, sonora y multimedia apoyada y/o producida por el Ministerio de Cultura desde 1989 hasta el presente, y que es de consulta libre por parte de la ciudadanía.

En temas de accesibilidad, a través de la Autoridad Nacional de Televisión, se expidió la Resolución 350-2016 por medio de la cual se reglamenta la implementación de sistemas de acceso para personas con discapacidad auditiva en los contenidos transmitidos mediante el servicio público de televisión. De acuerdo con el último Censo realizado en Colombia por el DANE, el 6,3% del total de la población presenta algún tipo de discapacidad que dificulta la ejecución de las actividades cotidianas. Dentro de ese porcentaje el 1,1% representa a la población con discapacidad auditiva.

**4. Existencia de un sistema de información o mecanismos de rendición de cuentas que permitan hacer veeduría ciudadana a la asignación y la ejecución presupuestal de los programas en materia cultural. Asegurar que es accesible la información para las personas con discapacidad (visual, auditiva, intelectual).**

Los mecanismos de rendición de cuentas utilizados por el Ministerio de Cultura son la Audiencia Pública, medios virtuales (Redes sociales, pagina web) y espacios como ferias, foros presenciales, talleres construyendo país,

- Biblioteca Nacional de Colombia  
<https://bibliotecanacional.gov.co/>  
4.234.403 visitas
- Teatro Colón  
<https://teatrocolon.gov.co/>  
1.784.262 visitas
- Museo Nacional  
<http://www.museonacional.gov.co/>  
308.710 visitas
- Programa Fortalecimiento de Museos  
<http://www.museoscolombianos.gov.co>  
48.634 visitas
- Archivo General de la Nación  
<https://www.archivogeneral.gov.co/>  
1.406.000 visitas
- Instituto Caro y Cuervo  
<https://www.caroycuervo.gov.co/>  
453.639 visitas
- Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH  
<https://www.icanh.gov.co/>  
115.516 visitas
- Banco de Contenidos MinCultura  
<https://bancodecontenidos.mincultura.gov.co>  
57.064 visitas a páginas.

**3. Uso de indicadores culturales por parte de la sociedad civil en sus informes alternativos a los organismos internacionales de monitoreo de los DDHH.**

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2017)

Organización	Título
--------------	--------



<p>Consejería de Regiones y Agendas y Encuentros desarrollado por la Dirección de Patrimonio; todo esto en el marco del cumplimiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Manual Único de Rendición de Cuentas</li> <li>● Ley 1757 2015 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática"</li> <li>● lineamientos establecidos por el DAFP en materia de rendición de cuentas</li> <li>● MIPG.</li> </ul> <p>De acuerdo con la Ley 1712 del 2014 los documentos de carácter financiero se encuentran contenidos dentro del botón de transparencia y acceso a la información ubicado en la página web institucional <a href="http://www.mincultura.gov.co/ministerio/transparencia-y-acceso-a-informacion-publica/Paginas/default.aspx">http://www.mincultura.gov.co/ministerio/transparencia-y-acceso-a-informacion-publica/Paginas/default.aspx</a>, los cuales son publicados y actualizados para cada vigencia.</p> <p>Dentro del plan anticorrupción y de atención al ciudadano dentro Subcomponente 3 Talento humano, el grupo de atención al ciudadano ha desarrollado las siguientes iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hacer seguimiento a la accesibilidad física para personas en condición de discapacidad (rampas, pasamanos, barandas baños accesibles, mobiliario y señalización en las sedes).</li> <li>● Verificación de la accesibilidad en las sedes. Secretaria General /Grupo de Servicio al Ciudadano/ Grupo Gestión Administrativa.</li> <li>● Otra iniciativa realizada por el grupo de servicio al ciudadano fue realizar la implementación de sistemas de comunicación para personas en condición de discapacidad, de acuerdo a lo planificado (Centro de relevos).</li> </ul>		<p>Fundación Saldarriaga Concha</p> <p>Red Internacional de Derechos Humanos</p> <p>Constituyente de Exiliados/as perseguidos/das por el Estado Colombiano</p> <p>Situación de los Derechos Humanos de las Personas LGBTI en Colombia Informe presentado ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 62° Sesión 18 de Septiembre al 6 de Octubre de 2017</p> <p>Corporación Grupo Semillas</p>	<p>Informe Alternativo de la Fundación Saldarriaga Concha al Comité DESC</p> <p>Informe paralelo sobre los mecanismos de participación ciudadana en Colombia (Consultas Populares y Consulta Previa, Libre e Informada) y la situación de derechos humanos para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. Examen de Colombia</p> <p>Informe para el Comité de Derechos Sociales y Culturales de la ONU sobre los exiliados políticos colombianos y sus derechos frente a la implementación del Acuerdo de Paz entre el Estado colombiano y las FARC-EP Ginebra Suiza septiembre 18 y 19 de 2017</p> <p>Corporación Caribe Afirmativo Heartland Alliance for Human Needs &amp; Human Rights Akahatá – equipo de trabajo en sexualidades y géneros</p> <p>Informe paralelo al 6. informe estatal de la República de Colombia sobre la realización del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y</p>
---	--	---	---



			<p>Culturales de los pueblos indígenas.</p> <p>Derechos humanos sociales en Colombia</p> <p>LA SITUACIÓN DE LOS TRANSGÉNICOS Y LOS DERECHOS HUMANOS EN PUEBLOS INDÍGENAS DE COLOMBIA</p>
		Human Right Watch	Submission to the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights in Advance of its Review on Colombia August 2017
		Red Internacional de Derechos Humanos	Informe paralelo sobre la situación de los migrantes, refugiados y víctimas en el exterior colombianos para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Septiembre 2017
		Congreso de los pueblos	Informe del Congreso de los Pueblos ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.
		The Vivos VZW	INFORME DEFENSA DE LOS DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS: AL GOCE DE UN AMBIENTE SANO, EL DERECHO FUNDAMENTAL Y COLECTIVO AL AGUA, Y LA SITUACIÓN DE DERECHOS HUMANOS PARA EL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, EXAMEN DE COLOMBIA . SEPTIEMBRE 2017 GINEBRA – SUIZA
		Coalición colombiana por la	INFORME ALTERNO SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS



		implementación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN COLOMBIA
		PLATAFORMA COLOMBIANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO (PCDHDD)	IV INFORME ALTERNO DE LA SOCIEDAD CIVIL AL COMITÉ DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES -CDESC
		Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana (UMIYAC)	Reconstrucción espiritual, cultural y territorial en la Amazonía Colombiana: Palabras de mujeres sabedoras y autoridades espirituales de pueblos originarios de la asociación Unión de Médicos Indígenas Y ageceros de la Amazonía Colombiana (UMIYAC)
		Profamilia	NGO Submission to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights Working Group for Colombia
		Elementa ATS Indepaz Observatorio de cultivos y cultivadores declarados ilícitos Humanas Colombia Coca Nasa	INFORME DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN MATERIA DE POLÍTICA DE DROGAS
		coalición de Movimientos Sociales de Derechos Humanos.	Informe de coalición de Movimientos Sociales de Derechos Humanos. Sexto Informe de la República de Colombia ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU.



		<p>COORDINACIÓN REGIONAL DEL PACÍFICO COLOMBIANO (CRPC)</p>	<p>INFORME Seguimiento en el Pacífico a las recomendaciones que el Comité PIDESC de las Naciones Unidas hizo al Estado colombiano (2010-2016)</p> <p>La protección de los derechos de las comunidades frente a la implementación de proyectos de infraestructura, desarrollo y minería; el establecimiento de políticas y estrategias para combatir el hambre y malnutrición y la implementación de proyectos sobre aplicación de políticas de desarrollo agrario.</p>
		<p>Fundación Grupo de Acción y Apoyo a Personas Trans</p>	<p>“Vida digna y garantía plena de derechos para las personas Trans”</p>
		<p><b>4. Número de solicitudes de datos culturales por parte de la población.</b></p> <p>No se cuenta con información para responder este indicador.</p>	

**Señales de Progreso.**

**ACCESO A LA JUSTICIA**

<p><b>1. Existencia de recursos jurídicos adecuados para impedir la vulneración a intereses morales y materiales de los autores de las producciones científicas, literarias y artísticas.</b></p> <p>En Colombia se contemplan diversos mecanismos de observancia y defensa de los derechos morales y patrimoniales de autor y conexos. Existen mecanismos de observancia en cabeza de diferentes autoridades administrativas que velan, por ejemplo, porque los eventos y espectáculos públicos, y los establecimientos de comercio</p>	<p><b>1. Casos resueltos/Total de casos abordados en los mecanismos judiciales y administrativos para proteger el derecho a la cultura o para resolver conflictos interculturales.</b></p> <p>Los despachos judiciales de la Jurisdicción Disciplinaria reciben y gestionan demandas por conflictos de competencia interculturales, entre el sistema jurídico nacional y la jurisdicción especial indígena en materia penal. Se presenta la información disponible de ingresos de procesos, egreso y egresos por sentencias para el periodo 2012 a 2019, en los siguientes términos:</p>	<p><b>1. Reducción porcentual de los episodios de violencia entre grupos religiosos, culturales o étnicos en los últimos cinco años.</b></p> <p>Aún cuando a la fecha no se presenta este fenómeno de violencia, el Ministerio del Interior, como autoridad competente en la materia, avanza en el diseño e implementación de una Estrategia para la adopción de medidas efectivas en la prevención de ataques al derecho de la libertad religiosa y de cultos, de conformidad con el Decreto 437 de 2018.</p>
--	--	--



abiertos al público donde se utilicen públicamente obras o prestaciones cuenten con las licencias respectivas, según lo dispone el Código Nacional de Policía.

Así mismo, es posible acudir a la conciliación y al arbitraje como mecanismos alternativos de solución de conflictos. La Dirección Nacional de Derecho de Autor dispone del centro de conciliación y arbitraje "Fernando Hinestrosa", el cual es especializado en la materia (409 solicitudes en 2019). También se puede acudir ante los jueces civiles, bien sea para solicitar pruebas o medidas cautelares extraprocesales, interponer una demanda, junto con la cual se pueden solicitar medidas cautelares, todo esto de acuerdo con lo establecido en la Leyes 1564 de 2012, 23 de 1982, y la Decisión Andina 351.

Al respecto es importante mencionar que la Dirección Nacional de Derecho de Autor provee justicia especializada en el ejercicio de funciones jurisdiccionales en materia de derecho de autor y derechos conexos, a través de la Subdirección de Asuntos Jurisdiccionales (141 actuaciones en 2019). Es importante aclarar que la competencia de la DNDA es a prevención, siendo posible que el demandante acuda, a su elección, ante esta entidad o ante la justicia ordinaria, en este último evento, por conducto de los jueces civiles del circuito. Por otra parte, los artículos 270 a 272 del Código Penal Colombiano establecen varios tipos penales relacionados con la infracción de los derechos morales y patrimoniales de autor y conexos; de las medidas tecnológicas de protección; y de la información sobre la gestión de derechos.

**2. Existencia de mecanismos constitucionales y legales para proteger la diversidad étnica y cultural (y lingüística)**

Aspectos normativos sobre el multilingüismo en Colombia

Desarrollo normativo nacional

Movimiento de procesos – ingresos efectivos, egresos efectivos y egresos por sentencias en despachos disciplinarios para conflictos de competencia en el área penal entre la jurisdicción ordinaria y la jurisdicción especial indígena

Periodo 2012 a 2019

Año	Ingresos Efectivos	Egresos Efectivos	Egresos por Sentencias
2012	13	7	7
2013	15	15	15
2014	74	4	40
2015	82	72	45
2016	61	56	22
2017	37	30	11
2018	95	70	38
2019	125	112	40

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura- Sistema de Información Estadística de la Rama Judicial - SIERJU. Información año 2012, Información año 2013, Información año 2014, Información año 2015, Información año 2016, Información año 2017, Información año 2018, Información año 2019. 6

**2. Existencia de una jurisprudencia en los siguientes campos:**

- i) Anti-discriminación por motivos culturales en el acceso a derechos sociales y a los programas del Estado o por motivos culturales en el trabajo;
- ii) Protección de intereses morales y materiales de autores de producciones culturales y científicas;
- iii) Mínimo vital de grupos minoritarios en riesgo;
- iv) Límites de la autonomía cultural,
- v) Acceso a bienes culturales,
- vi) Protección de bienes culturales,
- vii) Garantía y protección de la libertad de cultos, a la libertad de expresión, a la protección del libre desarrollo de la personalidad, y a la libertad de cátedra;
- viii) Objeción de conciencia.

i). Anti-discriminación por motivos culturales en el acceso a derechos sociales y a los programas del Estado o por motivos culturales en el trabajo

- Sentencia C-671 del 10 de septiembre de 2014

Se destaca que ya existe una Estrategia Nacional contra la Radicalización Violenta, lanzada en diciembre de 2018, por el Ministerio del Interior en coordinación con la Dirección Nacional de Inteligencia. Esta inició con una Mesa Técnica conformada por el Ministerio del Interior, la Dirección Nacional de Inteligencia, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ministerio de Justicia, Ministerio de Relaciones Exteriores y la Comunidad de Inteligencia.

Dicha Estrategia inicia con una etapa de prevención encaminada a evitar la proliferación de la radicalización violenta. Posteriormente, en la segunda etapa se busca "Contrarrestar los Focos de Radicalización Violenta". Finalmente, la tercera etapa va dirigida a "Neutralizar la amenaza de la Radicalización Violenta".

Con el propósito de penalizar este tipo de acciones, Colombia promulgó la Ley 1752 de 2015, que modificó la Ley 1482 de 2011

**2. Número de casos que utilizaron la consulta previa del Convenio 169 de la OIT.**

A partir de 1991, año en que se adoptó en Colombia el Convenio 169 de 1989 de la OIT, el Ministerio del Interior, a través de la Dirección de la Autoridad Nacional de Consulta Previa (antes Dirección de Consulta Previa), ha realizado 14.242 procesos consultivos, en el marco de 1.838 proyectos consultados. De acuerdo con el sistema de información de consulta previa – SICOP- para el año 2019 se reportó un total de 10.189 procesos de consulta en estado activo en el marco de 1.438 proyectos, que incluyen la inversión nacional y extranjera de los sectores ambiental, infraestructura, minero, energético, telecomunicaciones, hidrocarburos y medidas administrativas.

**3. Casos resueltos/Total de casos abordados en los mecanismos judiciales y administrativos para proteger los derechos culturales o para resolver conflictos interculturales.**





- Constitución Política de Colombia 1991: Artículo 7, Artículo 8, Artículo 10.

- Ley General de Cultura (Ley 397 de 1997, artículo 1º, numerales 6 y 7): Artículo 1, Artículo 6, Artículo 7.

- Ley 1185 de 2008 que modifica la Ley 397 de 1997 – Ley General de Cultura: Artículo 1 (modifica Artículo 4).

- Ley de lenguas 1381 de 2010.

- Ley 115 de 1994 – Ley General de Educación. Capítulo 3. Educación para grupos étnicos, Artículo 55.

- Ley 70 de 1993. Comunidades Negras: Artículo 34, Artículo 35.

- Decreto 2249 de 1996. Comisión Pedagógica de Comunidades Negras: Artículo 4.

- Decreto 2406 de 2007. Comisión Nacional de Trabajo y Concertación de la Educación para los Pueblos Indígenas.

- Decreto 804 de 1995 Artículos 14 y 15: Artículo 14, Artículo 15.

- Decreto 1122 de 1998. Cátedra de Estudios Afrocolombianos: Artículo 3.

**3. El sistema judicial contempla la justicia tradicional de los pueblos indígenas.**

En el marco de la Constitución Nacional, en su Artículo 246 Derecho a reconocer la jurisdicción propia, las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República. La ley establecerá las formas de coordinación de esta jurisdicción especial con el sistema judicial nacional

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-671-14.htm>

MP Luis Guillermo Guerrero Pérez  
Expediente D-10118  
Demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 3 y 4 de la Ley 1482 de 2011, “por medio de la cual se modifica el Código Penal y se establecen otras disposiciones”  
Actor: Carlos Parra Dussan

- Sentencia T-432/94 del 25 de junio de 1992  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-432-92.htm>

MP Simón Rodríguez Rodríguez  
Proceso de Tutela No. 860.  
Acción de tutela contra actuación del Gerente General de la Empresa Municipal de Servicios Públicos de Ocaña.  
Actoras: Luz Marina Becerra, Heneth Duran.

- Sentencia C-609/92 del 14 de diciembre de 1992  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-605-92.htm>  
MP Eduardo Cifuentes Muñoz  
Expediente T-4759  
Actores: LUCIO QUINTERO RINCON, JOSE TORREGROSA MERCADO
- Sentencia C-291/07 del 25 de abril de 2007  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2007/C-291-07.htm>  
Referencia: expediente D-6476: Demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 135, 156 y 157 (parciales) de la Ley 599 de 2000, y 174, 175, 178 y 179 de la Ley 522 de 1999.  
M.P Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA
- Sentencia C-812/07 del 3 de octubre de 2007  
M.P: Dr. MARCO GERARDO MONROY CABRA  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-812-07.htm>  
Referencia: expediente LAT-306  
Revisión oficiosa de la Ley 1130 de 2007, por medio de la cual se aprueba el “segundo protocolo de la convención de La Haya

Movimiento de procesos – ingresos efectivos, egresos efectivos y egresos por sentencias en despachos disciplinarios para conflictos de competencia en el área penal entre la jurisdicción ordinaria y la jurisdicción especial indígena

Periodo 2012 a 2019

Año	Ingresos Efectivos	Egresos Efectivos	Egresos por Sentencias
2012	13	7	7
2013	15	15	15
2014	74	4	40
2015	82	72	45
2016	61	56	22
2017	37	30	11



	<p>de 1954 para la protección de los bienes culturales en caso de conflicto armado, hecho en La Haya el 26 de marzo de 1999". Magistrado Ponente: Dr. MARCO GERARDO MONROY CABRA.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sentencia C-082/14 del 12 de febrero de dos mil catorce 2014 <a href="http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-082-14.htm">http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-082-14.htm</a> MP. LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ Referencia: expediente D-9668: Asunto: Demanda de inconstitucionalidad en contra de los artículos 115, 116 y 117 de la Ley 1617 de 2013, "Por la cual se expide el Régimen para los Distritos Especiales"</li><li>• Sentencia C-467/97 del 25 de septiembre de 1997. <a href="http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-467-97.htm">http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-467-97.htm</a> MP: Dr. ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO Referencia: Expediente L.A.T.-096: Revisión constitucional de "Convención para la protección de los bienes culturales en caso de conflicto armado", el "Reglamento para la aplicación de la Convención" y el "Protocolo para la protección de los bienes culturales en caso de conflicto armado", firmados en La Haya el 14 de mayo de mil novecientos cincuenta y cuatro 1954 y de la Ley aprobatoria No 340 del 26 de diciembre de 1996, por medio de la cual se aprueba dicho Protocolo.</li></ul> <p>iv) Límites de la autonomía cultural</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sentencia T-254 del 30 de mayo de 1994 <a href="http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-254-94.htm">http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-254-94.htm</a> MP. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz Ref: Expediente T-30116 Temas: -Autonomía indígena y régimen unitario, Jurisdicción indígena, vigencia de los derechos fundamentales, principio de diversidad étnica y cultural, Penas de destierro y confiscación. Actor: ANANIAS NARVAEZ</li></ul> <p>v) Acceso a bienes culturales y vi) Protección de bienes culturales:</p>	
--	--	--



- Corte Constitucional - Sentencia C-264/14 (29 de abril de 2014)  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-264-14.htm>

#### PATRIMONIO CULTURAL SUMERGIDO

Referencia: expediente D- 9878

Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 3 (parcial) de la Ley 1675 de 2013 "Por medio de la cual se reglamentan los artículos 63, 70 y 72 de la Constitución Política en lo relativo al patrimonio cultural sumergido."

Demandante: Juan Manuel Santos Arango y otros

Magistrado Ponente: ALBERTO ROJAS RÍOS

- Sentencia C-742/06 (30 de agosto 2006.)  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-742-06.htm>  
Referencia: expediente D-6212  
Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 4º (parcial) de la Ley 397 de 1997.  
Demandante: Edgar Eduardo Manrique Muñoz  
Magistrado Ponente: Dr. MARCO GERARDO MONROY CABRA

- Sentencia C-767/12 (3 de octubre de 2012)  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-767-12.htm>  
Referencia: expediente LAT-384  
Revisión de la Ley 1516 del 6 de febrero de 2012, "Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales", firmada en París el 20 de octubre de 2005."  
Magistrada Ponente: MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

- Sentencia C- 611-12 (1º de agosto de 2012)  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-611-12.htm>  
Referencia: expediente No. LAT-379  
Revisión de constitucionalidad del "Acta Constitutiva de la Asociación de Estados Iberoamericanos para el desarrollo de las Bibliotecas Nacionales de los Países de Iberoamérica - ABINIA-" hecho en Lima, Perú, el doce (12) de octubre de 1999 y de la Ley 1511 del seis (6) de febrero de 2012.  
Magistrada Ponente: ADRIANA MARÍA GUILLÉN ARANGO



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentencia C-615/13 <a href="http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/C-615-13.htm">http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/C-615-13.htm</a> Referencia: expediente D-9546 (4 de septiembre de 2013) Acción Pública de inconstitucionalidad contra la Ley 1493 de 2011, artículos 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 37. Actor: Juan Carlos Becerra Hermida Magistrado Ponente: Dr. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA</li><li>• Sentencia C-111/17 del 22 de febrero de 2017 <a href="http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-111-17.htm">http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-111-17.htm</a> Magistrado Ponente: LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ Referencia: Expediente D-11485: Asunto Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 2 de la Ley 993 de 2005, “por medio de la cual se declara patrimonio cultural de la Nación las fiestas patronales de San Francisco de Asís en el municipio de Quibdó, en el departamento del Chocó y se dictan otras disposiciones”</li></ul> <p>3. Aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de violación a los derechos culturales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>i) Independencia e imparcialidad del tribunal;</li><li>ii) Plazo razonable;</li><li>iii) Igualdad de armas;</li><li>iv) Cosa juzgada;</li><li>v) Vías recursivas de sentencias en instancias superiores.</li></ul> <p>Sea lo primero advertir, que la Constitución Política de Colombia prevé en su capítulo segundo, los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales están sujetos a un régimen de protección y aplicación dispuesto en el artículo 88 de la norma en cita , que habilita la acción popular como un medio procesal encaminado a la protección de estos, también conocidos como derechos humanos de segunda generación .</p> <p>En desarrollo del anterior precepto constitucional, el legislador profirió la Ley 472 de 1998 , que regula las acciones populares y de grupo.</p> <p>Hecha la anterior precisión, se responde:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Independencia e imparcialidad del tribunal.</li></ul>	
--	---	--



	<p>Respecto a la jurisdicción y competencia para conocer de estas acciones de rango constitucional, los artículos 15 y 16 señalan:</p> <p>- "Artículo 15. Jurisdicción. La jurisdicción de lo Contencioso Administrativo conocerá de los procesos que se susciten con ocasión del ejercicio de las Acciones Populares originadas en actos, acciones u omisiones de las entidades públicas y de las personas privadas que desempeñen funciones administrativas, de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones vigentes sobre la materia.</p> <p>En los demás casos, conocerá la jurisdicción ordinaria civil.</p> <p>- Artículo 16. Competencia. De las Acciones Populares conocerán en primera instancia los jueces administrativos y los jueces civiles de circuito. En segunda instancia la competencia corresponderá a la sección primera del Tribunal Contencioso Administrativo o a la Sala Civil del Tribunal de Distrito Judicial al que pertenezca el Juez de primera instancia.</p> <p>Será competente el juez del lugar de ocurrencia de los hechos o el del domicilio del demandado a elección del actor popular. Cuando por los hechos sean varios los jueces competentes, conocerá a prevención el juez ante el cual se hubiere presentado la demanda.</p> <p>Parágrafo. Hasta tanto entren en funcionamiento, los juzgados administrativos, de las acciones populares interpuestas ante la Jurisdicción Contencioso Administrativa conocerán en primera instancia los Tribunales Contencioso- Administrativos y en segunda instancia el consejo de Estado."</p> <p>Conclusión obligada de lo anterior, es que las acciones populares encaminadas a la protección de los derechos e intereses colectivos, tales como la cultura, deben ser conocidas exclusivamente por jueces de la República de Colombia, quienes, a su vez por mandato Constitucional, deben tomar sus decisiones con estricta sujeción a la Ley , evitando así que sus providencias, sean parcializadas.</p> <p>Ahora, en cuanto a la independencia de la administración de justicia, el artículo 228 de la Constitución Política dispone:</p>	
--	--	--



	<p>- "Artículo 228. La Administración de Justicia es función pública. Sus decisiones son independientes. Las actuaciones serán públicas y permanentes con las excepciones que establezca la ley y en ellas prevalecerá el derecho sustancial. Los términos procesales se observarán con diligencia y su incumplimiento será sancionado. Su funcionamiento será desconcentrado y autónomo." (Negrillas fuera del texto original).</p> <p>b) Plazo razonable.</p> <p>En cuanto al plazo para resolver las acciones populares, resulta oportuno mencionar que no se prevé un término perentorio para su culminación, no obstante, en los artículos 17 al 34 de la Ley 472 de 1998 se señalan unos tiempos razonables del proceso.</p> <p>Adicionalmente, el artículo 6 de la referida norma precisa:</p> <p>- "Artículo 6°. Trámite preferencial. Las acciones populares preventivas se tramitarán con preferencia a las demás que conozca el juez competente, excepto el recurso de Habeas Corpus, la Acción de Tutela y la Acción de cumplimiento." (Negrillas fuera del texto original).</p> <p>c) Igualdad de armas.</p> <p>Al respecto, el artículo 5 de la Ley 472 de 1998 señala:</p> <p>- "Artículo 5°. Trámite. El trámite de las acciones reguladas en esta ley se desarrollará con fundamento en los principios constitucionales y especialmente en los de prevalencia del derecho sustancial, publicidad, economía, celeridad y eficacia. Se aplicarán también los principios generales del Código de Procedimiento Civil, cuando éstos no se contrapongan a la naturaleza de dichas acciones.</p> <p>El Juez velará por el respeto al debido proceso, las garantías procesales y el equilibrio entre las partes.</p>	
--	--	--





Promovida la acción, es obligación del juez impulsarla oficiosamente y producir decisión de mérito so pena de incurrir en falta disciplinaria, sancionable con destitución. Para este fin el funcionario de conocimiento deberá adoptar las medidas conducentes para adecuar la petición a la acción que corresponda.” (Negrillas fuera del texto original).

d) Cosa juzgada.

El artículo 35 de la Ley 472 de 1998 indica:

- “Artículo 35. Efectos de la sentencia. La sentencia tendrá efectos de cosa juzgada respecto de las partes y del público en general.”

e) Vías recursivas de sentencias en instancias superiores.

En cuanto a los recursos procedentes en el marco de las acciones populares, los artículos 36 y 37 de la Ley 472 de 1998 prevén:

- “Artículo 36. Recurso de reposición. Contra los autos dictados durante el trámite de la Acción Popular procede el recurso de reposición, el cual será interpuesto en los términos del Código de Procedimiento Civil.

- “Artículo 37. Recurso de apelación. El recurso de apelación procederá contra la sentencia que se dicte en primera instancia, en la forma y oportunidad señalada en el Código de Procedimiento Civil, y deberá ser resuelto dentro de los veinte (20) días siguientes contados a partir de la radicación del expediente en la Secretaría del Tribunal competente.

La práctica de pruebas durante la segunda instancia se sujetará, también, a la forma prevista en el Código de Procedimiento Civil; en el auto que admite el recurso se fijará un plazo para la práctica de las pruebas que, en ningún caso, excederá de diez (10) días contados a partir de la notificación de dicho auto; el plazo para resolver el recurso se entenderá ampliado en el término señalado para la práctica de pruebas.”

**Señales de Progreso.**



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia



## ANEXOS INFORME GLOBAL DE COLOMBIA SOBRE LOS INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

**DISPONIBLES EN EL VÍNCULO:** [https://minrelex-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/apatinor\\_cancilleria\\_gov\\_co/EI9XU8nlgyIPopUECsgcYUEBauGN8Rz3AZlwOXy74Wlxyg?e=7RmCWz](https://minrelex-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/apatinor_cancilleria_gov_co/EI9XU8nlgyIPopUECsgcYUEBauGN8Rz3AZlwOXy74Wlxyg?e=7RmCWz)

Se recomienda al Grupo de Trabajo **descargar** los documentos compartidos en el *link* para garantizar su consulta, debido a que el vínculo tiene una fecha de caducidad.



## **COBERTURA DE PROGRAMAS Y ACCIONES CONCRETAS EN TODOS LOS NIVELES EDUCATIVOS PARA EL ACCESO Y PERMANENCIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO DE SECTORES VULNERABLES POR ZONA DE RESIDENCIA**

### **Estrategia de Acogida, Bienestar y Permanencia:**

Esta Estrategia se formuló con el objetivo de abordar, mediante una ruta integral de atenciones, las condiciones que inciden en la permanencia escolar, considerando los contextos territoriales, la vinculación de las comunidades y familias a la escuela. La calidad educativa integrada a estrategias de permanencia en alimentación, infraestructura y transporte escolar, así como atenciones complementarias en bienestar y promoción de la permanencia definen una oportunidad de transformación.

La Estrategia de Acogida, Bienestar y Permanencia se estructura a partir del seguimiento a las trayectorias educativas, la activación de alertas territoriales, los procesos de búsqueda activa, de matrícula, la gestión territorial de la permanencia escolar, el fortalecimiento de la calidad educativa y el desarrollo de atenciones complementarias integrales.

### **Búsqueda activa:**

En 2019 se han realizado 17 jornadas de búsqueda, se adelantó la campaña 'Mi matrícula mi derecho' en las 96 Entidades Territoriales Certificadas y se acompañó a 6 de ellas con mayores índices de deserción: La Guajira, Buenaventura, Quibdó, Uribia, Malambo y Magdalena, en las cuales se hizo énfasis en la eliminación de barreras de acceso a la educación. Con ello, a noviembre de 2019, cifras preliminares, la matrícula fue de un total de 10.173.890 estudiantes, aumentó 69.193 estudiantes con respecto a lo reportado en la vigencia 2018. Así mismo la matrícula de estudiantes venezolanos alcanzó un total de 207.259 estudiantes, pasando de 34.030 estudiantes registrados en SIMAT a noviembre de 2018.

### **Transporte escolar:**

La estrategia de transporte escolar es implementada por las Entidades Territoriales Certificadas en educación, con el fin de contribuir a la garantía del acceso y permanencia de los niños, las niñas, adolescentes y jóvenes al sistema educativo eliminando las barreras de distancia entre la escuela y la casa. Un ejemplo de transporte escolar implementado en la vigencia 2019, fue el corredor humanitario para estudiantes venezolanos. El Ministerio de Educación gestionó más de \$4.600 millones para la prestación del transporte escolar en el corredor humanitario, lo que permitió garantizar el acceso y permanencia a más de 3.090 niños, niñas y jóvenes

estudiantes que habitan en los municipios fronterizos de Venezuela y asisten a las instituciones educativas de Cúcuta y de otros municipios de Norte de Santander, en especial en Villa del Rosario.

Por otro lado, en articulación con el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se definió “La estrategia de alertas para la permanencia escolar y la protección integral de niñas, niños y adolescentes participantes del programa familias en acción”, cuyo objetivo es identificar a partir de la información suministrada por el Sistema de Información de Familias en Acción - SIFA- sobre los incumplimientos de compromisos en educación de las familias que participan en el Programa de Familias en Acción, posibles inobservancias, amenazas o vulneraciones de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; y gestionar las acciones para la garantía de sus derechos, a través de la articulación de acciones entre las entidades del nivel nacional y territorial.

#### **Alimentación Escolar:**

El Programa de Alimentación Escolar estimó como meta en cobertura para 2019 un total de 5.600.000 beneficiarios, de los cuales 1.800.000 pertenecen a las zonas rurales del país. Se superó la meta con 5.605.793 beneficiarios, de estos 1.872.907 estudiantes son atendidos en zona rural. Esto refleja el incremento en la cobertura superando los 5'300.000 niños atendidos en 2018.

#### **Infraestructura educativa:**

- Aulas terminadas y entregadas en educación preescolar, básica y media; para este indicador se cuenta con una meta cuatrienio de 5.606 aulas, de las cuales se han entregado 2155 aulas (1678 nuevas y 477 mejoradas), con un avance del 93% sobre la meta establecida al 2019 correspondiente a 2.317 aulas.
- Aulas funcionales construidas en colegios oficiales; para este indicador se cuenta con una meta cuatrienio de 7.065 aulas, de la cuales se han entregado 808 aulas (117 nuevas y 691 mejoradas), con un avance del 88% sobre la meta establecida al 2019 correspondiente a 920 aulas.
- El Ministerio de Educación Nacional abrió convocatoria para mejoramiento de infraestructura educativa rural en cinco líneas de trabajo: rural, étnico, afro e indígena, cocinas y comedores y residencias escolares, aumentando el valor de inversión por proyecto para soluciones integrales de mediano plazo por valor total de \$170 mil millones. Al cierre de la convocatoria se presentaron un total de 4.501 proyectos, de los



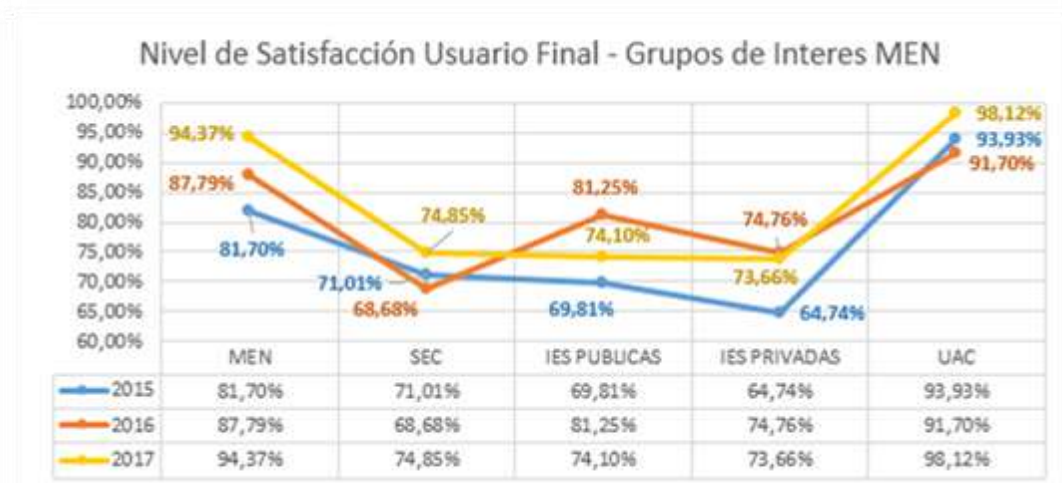
cuales 557 fueron priorizadas y ya cuentan con recursos (315 mejoramiento rural, 121 comedores – cocina, 21 residencias escolares).

- o Mecanismo “Obras por Impuestos”: A través de este mecanismo, liderado por la Alta Consejería para el Postconflicto y la Agencia para la Renovación del Territorio (ART), los empresarios pagan parte de sus obligaciones tributarias mediante la inversión de recursos en proyectos que benefician a 6,5 millones de colombianos en más de 170 municipios priorizados en todo el país. Gracias a la cooperación y el diálogo que el Gobierno Nacional ha impulsado con empresarios dispuestos hacer equipo por la educación, el sector educativo ha materializado con este mecanismo inversiones por más de \$63.346 millones en más de 40 municipios, lo que ha permitido brindar dotaciones escolares, así como nuevos y mejores espacios para el aprendizaje en instituciones educativas ubicadas en zonas afectadas por la pobreza y el conflicto.

### ENCUESTAS Y/O ESTUDIOS SOBRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN

El Ministerio de Educación Nacional realiza anualmente una Encuesta de Evaluación de Satisfacción con el fin de medir los niveles de satisfacción de los grupos de valor y partes interesadas de la entidad (instituciones de educación superior, secretarías de educación y usuarios de la unidad de atención al ciudadano) en relación con los trámites y servicios que presta.

A continuación, se relaciona el nivel de las vigencias 2015, con un nivel de satisfacción 93.93%, vigencias 2016, con un nivel de satisfacción 91.70%, vigencias 2017, con un nivel de satisfacción 98.12%.





Para el año 2018 a nivel general los tramites ofrecidos por el ministerio a las personas naturales y jurídicas alcanzo una satisfacción general del 81,48%.



Los resultados obtenidos de la Encuesta de Satisfacción se utilizan para generar acciones de mejoramiento y recomendaciones con el fin de fortalecer procesos del Ministerio y así poder mejorar la satisfacción de los grupos de interés.



Anexo. Tablas de datos Derecho a la Educación

Resultados pruebas SABER 3º, 5º y 9º vigencia 2017

Grado	Área	Género	% Nivel Insuficiente	% Nivel Mínimo	% Nivel Satisfactorio	% Nivel Avanzado
3	Lenguaje	Femenino	16	34	29	21
3	Lenguaje	Masculino	19	37	26	18
3	Matemáticas	Femenino	18	34	26	23
3	Matemáticas	Masculino	19	34	24	24
5	Lenguaje	Femenino	11	42	31	15
5	Lenguaje	Masculino	15	46	27	13
5	Matemáticas	Femenino	43	30	16	11
5	Matemáticas	Masculino	43	29	16	13
9	Lenguaje	Femenino	10	40	43	7
9	Lenguaje	Masculino	12	42	40	6
9	Matemáticas	Femenino	23	54	18	5
9	Matemáticas	Masculino	20	51	22	7

Fuente: Resultados pruebas SABER, vigencia 2017 (<http://icfesinteractivo.gov.co/resultados.php>)

Vigencia 2019 -Prueba SABER Grado 11

Área	Nivel Insuficiente	Nivel Mínimo	Nivel Satisfactorio	Nivel Avanzado
Lectura Crítica	5,55%	33,55%	48,09%	12,82%
Matemáticas	9,26%	35,31%	49,42%	6,01%
Ciencias Naturales	21,63%	48,85%	26,54%	2,99%
Ciencias Sociales	32,68%	39,72%	24,22%	3,38%

Fuente: Resultados pruebas SABER 11º vigencia 2019 (<http://www.icfesinteractivo.gov.co/resultados.php>)

Tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años de edad, por sexo, etnia, raza, grupos de edad, área geográfica y quintiles de ingreso

Nivel Nacional – Sexo (15 años y más)

	2015	2016	2017	2018	2019
Total Nacional	5,76	5,35	5,24	4,91	4,75
Hombre	5,94	5,60	5,40	5,15	4,99
Mujer	5,58	5,11	5,10	4,68	4,53

Nivel Nacional - Sexo (15 a 24 años)

	2017	2018	2019
Total Nacional	1,33	1,15	1,17
Hombre	1,70	1,37	1,50

Mujer	0,96	0,93	0,84
-------	------	------	------

#### Nivel nacional - Zona (15 años y más)

	2015	2016	2017	2018	2019
Total nacional	5,76	5,35	5,24	4,91	4,75
Cabeceras	3,74	3,52	3,41	3,03	3,12
Centros poblados y rural disperso	13,19	12,13	12,12	11,97	10,90

#### Nivel nacional - Zona (15 a 24 años)

	2017	2018	2019
Total nacional	1,33	1,15	1,17
Cabeceras	0,89	0,82	0,85
Centros poblados y rural disperso	2,86	2,27	2,29

#### Por departamentos (15 años y más)

	2015	2016	2017	2018	2019
Antioquia	5,08	4,78	4,37	4,92	4,62
Atlántico	4,35	4,23	3,86	3,45	3,38
Bogotá D.C	1,82	1,47	1,46	1,30	1,61
Bolívar	8,68	8,62	7,69	7,01	6,04
Boyacá	6,25	5,21	5,74	4,98	5,48
Caldas	5,16	4,93	5,21	5,00	4,69
Caquetá	7,21	6,30	6,16	6,17	5,74
Cauca	8,34	7,59	7,63	7,14	6,74
Cesar	10,43	9,06	9,64	8,55	7,47
Córdoba	11,50	11,99	12,49	10,49	9,99
Cundinamarca	4,04	3,34	3,35	3,20	2,91
Chocó	15,12	14,57	15,93	13,33	12,24
Huila	5,54	5,99	5,98	5,61	5,48
La Guajira	14,91	15,57	16,43	14,93	14,27
Magdalena	9,95	8,79	8,29	7,84	7,93
Meta	5,21	5,17	4,20	4,07	4,47
Nariño	8,69	7,80	7,47	7,79	7,66
Norte de Santander	6,72	6,58	6,46	5,96	6,57
Quindío	5,18	4,88	4,84	4,21	4,09
Risaralda	4,47	4,20	3,91	4,21	4,18
Santander	4,48	4,31	4,30	3,98	3,93
Sucre	14,42	13,58	12,06	11,17	10,09
Tolima	5,70	7,18	5,82	5,83	5,37
Valle del Cauca	4,27	3,95	3,66	3,51	3,38

**23 ciudades y áreas metropolitanas (15 años y más)**

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Medellín A.M	2,75	2,38	2,47	2,20	2,20
Barranquilla A.M	3,18	2,95	2,79	2,39	2,54
Bogotá D.C	1,82	1,47	1,46	1,30	1,61
Cartagena	2,65	2,87	2,76	2,05	2,29
Tunja	2,08	1,74	1,88	1,98	1,77
Manizales A.M	2,77	2,17	2,12	2,11	1,93
Florencia	4,71	4,75	4,33	4,32	3,82
Popáyan	2,46	2,45	2,22	2,10	2,13
Valledupar	4,39	4,15	3,72	3,22	3,54
Montería	5,13	4,60	4,83	4,34	4,36
Quibdo	5,70	5,27	5,05	5,15	4,46
Neiva	3,23	3,21	3,09	2,76	2,55
Riohacha	5,49	5,27	5,26	4,98	4,82
Santa Marta	2,90	2,75	2,76	2,93	2,66
Villavicencio	2,93	2,48	2,27	2,16	2,24
Pasto	2,46	2,44	2,46	2,34	2,15
Cúcuta A.M	3,54	3,69	4,11	3,49	3,59
Armenia	3,10	2,80	3,11	2,78	2,54
Pereira A.M	2,89	3,03	2,95	2,86	2,74
Bucaramanga A.M	2,40	2,28	2,77	2,31	2,31
Sincelejo	7,55	6,69	5,88	5,35	5,54
Ibagué	2,74	2,57	2,63	2,64	2,29
Cali A.M	2,56	2,33	2,19	2,22	2,04

**23 ciudades y áreas metropolitanas (15 a 24 años)**

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Medellín A.M	10,72	10,66	10,75
Barranquilla A.M	10,67	10,72	10,66
Bogotá D.C	10,99	11,09	11,12
Cartagena	10,81	10,87	10,86
Tunja	11,62	11,59	11,53
Manizales A.M	11,05	10,98	10,99
Florencia	10,31	10,26	10,40
Popáyan	11,20	11,21	11,34
Valledupar	10,70	10,79	10,67
Montería	10,60	10,58	10,66
Quibdo	10,07	10,18	10,17
Neiva	10,73	10,76	10,80
Riohacha	9,75	9,82	9,93
Santa Marta	10,42	10,35	10,41
Villavicencio	10,58	10,58	10,46

Pasto	10,70	10,91	10,74
Cúcuta A.M	10,29	10,29	10,26
Armenia	10,68	10,81	10,80
Pereira A.M	10,48	10,63	10,53
Bucaramanga A.M	10,83	10,89	10,92
Sincelejo	10,54	10,62	10,56
Ibagué	10,81	10,83	10,86
Cali A.M	10,38	10,36	10,50

Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

### Tasa de Matriculación al 2018

#### Tasa de Matriculación según Entidad Territorial Certificada y edad

ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA	Tasa de Matriculación					
	5 AÑOS	6 A 10 AÑOS	11 A 14 AÑOS	15 A 16 AÑOS	5 A 14 AÑOS	5 A 16 AÑOS
Antioquia (ETC)	82,02%	92,47%	99,79%	82,40%	94,42%	92,38%
Medellín	91,01%	98,56%	101,22%	88,84%	98,97%	97,07%
Bello	74,21%	85,92%	88,19%	77,84%	85,74%	84,29%
Envigado	95,53%	101,64%	99,08%	95,30%	99,98%	99,09%
Itagüí	80,31%	87,50%	92,84%	83,66%	89,04%	88,04%
Turbo	100,80%	114,24%	123,20%	92,18%	116,35%	112,50%
Atlántico (ETC)	83,67%	90,37%	90,47%	77,03%	89,75%	87,62%
Soledad	73,81%	86,09%	80,98%	69,81%	82,81%	80,61%
Bogotá, D.C. (ETC)	87,10%	102,25%	98,86%	86,42%	99,38%	97,03%
Bolívar (ETC)	92,93%	95,81%	95,35%	78,36%	95,34%	92,51%
Magangué	96,11%	95,10%	96,40%	78,39%	95,73%	92,79%
Boyacá (ETC)	81,22%	89,46%	98,49%	87,46%	92,28%	91,48%
Tunja	105,76%	113,69%	106,68%	89,07%	109,99%	106,08%
Duitama	100,06%	105,41%	104,59%	96,72%	104,57%	103,14%
Sogamoso	102,03%	112,78%	117,57%	105,25%	113,76%	112,23%
Caldas (ETC)	76,28%	89,05%	97,00%	87,89%	91,05%	90,50%
Manizales	79,10%	81,61%	84,67%	78,36%	82,70%	81,85%
Caquetá (ETC)	81,48%	90,79%	94,09%	71,06%	91,15%	87,99%
Florencia	94,74%	102,96%	102,08%	86,09%	101,79%	99,10%
Cauca (ETC)	83,07%	86,76%	81,12%	60,69%	84,08%	79,96%
Popayán	94,62%	104,53%	100,44%	83,08%	101,87%	98,40%
Cesar (ETC)	89,06%	94,54%	94,88%	75,14%	94,12%	91,08%
Valledupar	84,85%	92,89%	94,26%	80,52%	92,61%	90,63%
Córdoba (ETC)	84,71%	93,53%	98,80%	80,65%	94,74%	92,42%
Montería	96,87%	100,94%	102,35%	85,59%	101,09%	98,46%
Lorica	92,08%	103,15%	111,34%	97,79%	105,32%	104,07%
Sahagún	88,67%	95,31%	101,77%	82,71%	97,29%	94,80%
Cundinamarca (ETC)	89,65%	104,49%	103,94%	91,20%	102,82%	100,77%

Fusagasugá	102,44%	106,10%	102,93%	87,05%	104,40%	101,13%
Girardot	98,73%	110,13%	106,31%	83,23%	107,45%	103,10%
Soacha	78,83%	97,11%	90,74%	71,91%	92,71%	88,99%
Chocó (ETC)	81,44%	80,31%	76,86%	58,98%	79,06%	75,93%
Huila (ETC)	90,54%	93,63%	97,40%	79,41%	94,82%	92,29%
Neiva	94,86%	96,75%	96,27%	88,20%	96,36%	95,01%
La Guajira (ETC)	87,19%	90,43%	89,28%	68,42%	89,65%	86,26%
Maicao	89,17%	94,54%	96,70%	82,24%	94,76%	92,81%
Magdalena (ETC)	89,45%	97,01%	99,85%	88,91%	97,37%	96,03%
Ciénaga	85,69%	95,76%	95,14%	83,08%	94,52%	92,61%
Meta (ETC)	85,31%	92,82%	96,18%	76,94%	93,42%	90,69%
Villavicencio	90,33%	97,84%	98,09%	83,10%	97,22%	94,72%
Nariño (ETC)	71,39%	81,14%	85,53%	72,23%	82,01%	80,27%
Pasto	93,61%	105,99%	110,02%	98,21%	106,51%	104,94%
San Andres de Tumaco	55,94%	70,59%	75,35%	57,56%	71,05%	68,76%
Norte de Santander (ETC)	83,74%	92,80%	88,94%	70,71%	90,34%	87,05%
Cúcuta	91,11%	100,88%	100,01%	86,70%	99,56%	97,34%
Quindío (ETC)	93,12%	101,24%	102,38%	92,10%	100,96%	99,29%
Armenia	98,54%	100,27%	101,06%	86,75%	100,45%	97,79%
Risaralda (ETC)	84,94%	93,06%	96,09%	86,76%	93,51%	92,34%
Pereira	101,33%	111,43%	110,45%	99,41%	110,06%	108,07%
Dosquebradas	85,21%	94,09%	89,26%	73,11%	91,22%	87,87%
Santander (ETC)	87,91%	93,77%	94,07%	81,38%	93,34%	91,30%
Bucaramanga	100,84%	106,92%	103,33%	86,46%	104,84%	101,49%
Barrancabermeja	114,60%	118,01%	114,80%	98,82%	116,39%	113,51%
Floridablanca	88,28%	95,51%	91,69%	75,17%	93,23%	89,99%
Girón	96,96%	101,04%	92,31%	71,12%	97,10%	92,59%
Sucre (ETC)	95,85%	98,42%	95,94%	75,67%	97,16%	93,51%
Sincelejo	104,73%	106,69%	103,52%	88,13%	105,20%	102,23%
Tolima (ETC)	92,98%	99,25%	100,62%	80,87%	99,22%	96,04%
Ibagué	111,16%	110,78%	103,41%	84,86%	107,62%	103,20%
Valle del Cauca (ETC)	71,44%	76,77%	81,05%	73,34%	78,02%	77,22%
Cali	73,02%	82,83%	87,06%	75,45%	83,60%	82,17%
Buenaventura	68,74%	77,56%	87,41%	71,61%	80,44%	79,08%
Guadalajara de Buga	77,86%	81,35%	90,49%	84,98%	84,74%	84,78%
Cartago	77,20%	78,45%	83,09%	76,48%	80,29%	79,61%
Palmira	71,40%	77,92%	83,41%	75,72%	79,50%	78,85%
Tuluá	75,14%	81,88%	85,66%	80,44%	82,82%	82,41%
Arauca (ETC)	91,04%	99,43%	99,03%	77,69%	98,41%	94,97%
Casanare (ETC)	87,97%	91,18%	91,06%	79,01%	90,81%	88,86%
Putumayo (ETC)	81,57%	86,37%	88,56%	72,24%	86,79%	84,30%

Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (ETC)	84,62%	96,28%	97,74%	82,41%	95,67%	93,44%
Amazonas (ETC)	78,10%	82,56%	84,49%	73,72%	82,83%	81,47%
Guainía (ETC)	58,37%	67,62%	62,06%	50,18%	64,50%	62,29%
Guaviare (ETC)	71,19%	86,52%	91,07%	73,71%	86,75%	84,62%
Vaupés (ETC)	48,47%	53,23%	51,01%	44,61%	51,88%	50,79%
Vichada (ETC)	51,74%	58,99%	54,22%	39,30%	56,39%	53,74%
Malambo	73,11%	87,51%	84,12%	66,91%	84,73%	81,72%
Quibdó	105,94%	99,21%	104,10%	79,59%	101,80%	98,31%
Pitalito	107,92%	105,73%	104,75%	91,56%	105,55%	103,18%
Riohacha	93,89%	109,31%	112,84%	87,40%	108,93%	105,61%
Uribe	90,25%	96,13%	76,10%	49,89%	87,65%	81,24%
Ipiales	100,17%	110,50%	106,52%	89,25%	107,85%	104,55%
Piedecuesta	94,11%	101,26%	96,30%	81,46%	98,54%	95,57%
Jamundí	63,79%	71,69%	76,60%	66,48%	72,94%	71,83%
Yumbo	91,38%	95,09%	98,52%	87,13%	96,15%	94,58%
Yopal	105,83%	101,42%	102,86%	89,44%	102,44%	100,19%
Barranquilla	86,54%	103,71%	106,59%	92,81%	103,21%	101,40%
Cartagena	100,03%	112,46%	109,62%	90,96%	110,07%	106,77%
Santa Marta	93,16%	102,99%	107,73%	95,97%	103,96%	102,60%
Rionegro	89,28%	98,06%	102,98%	93,96%	99,30%	98,30%
Apartado	93,31%	101,18%	109,73%	92,74%	103,90%	102,00%
Sabaneta	81,41%	93,58%	99,76%	88,54%	94,67%	93,61%
Facatativá	90,82%	99,37%	94,70%	80,98%	96,59%	93,70%
Mosquera	91,76%	107,43%	102,20%	81,88%	103,75%	99,83%
Chía	104,02%	126,36%	120,21%	106,70%	121,69%	118,78%
Zipaquirá	89,68%	101,21%	97,18%	84,45%	98,41%	95,94%
Nacional	<b>86,44%</b>	<b>95,34%</b>	<b>96,06%</b>	<b>81,50%</b>	<b>94,76%</b>	<b>92,46%</b>

**Fuente:** Fuente: SIMAT matrícula definitiva 2018 (Ministerio de Educación Nacional) y Censo Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (DANE)



### Tasa de Matriculación según Departamento y edad

DEPARTAMENTO	Tasa de Matriculación					
	5 AÑOS	6 A 10 AÑOS	11 A 14 AÑOS	15 A 16 AÑOS	5 A 14 AÑOS	5 A 16 AÑOS
Antioquia	85,58%	94,99%	100,07%	85,47%	96,18%	94,27%
Atlántico	81,88%	95,05%	95,02%	81,88%	93,74%	91,72%
Bogotá, D.C.	87,10%	102,25%	98,86%	86,42%	99,38%	97,03%
Bolívar	96,22%	102,93%	101,58%	83,91%	101,72%	98,70%
Boyacá	88,04%	96,36%	102,10%	90,45%	97,90%	96,62%
Caldas	77,31%	86,28%	92,15%	83,93%	87,88%	87,16%
Caquetá	86,26%	95,18%	97,07%	76,92%	95,03%	92,09%
Cauca	85,04%	89,81%	84,52%	64,76%	87,16%	83,18%
Cesar	87,43%	93,90%	94,64%	77,26%	93,54%	90,91%
Córdoba	88,47%	96,09%	100,64%	83,10%	97,14%	94,81%
Cundinamarca	88,54%	103,57%	100,69%	85,63%	100,93%	98,19%
Chocó	87,09%	84,57%	82,89%	63,64%	84,17%	80,96%
Huila	93,81%	95,94%	97,93%	83,46%	96,51%	94,36%
La Guajira	89,59%	96,32%	92,97%	71,11%	94,33%	90,62%
Magdalena	90,33%	98,88%	102,09%	90,84%	99,32%	97,93%
Meta	87,62%	95,14%	97,08%	79,93%	95,19%	92,58%
Nariño	74,55%	85,87%	89,90%	76,12%	86,43%	84,59%
Norte de Santander	87,01%	96,41%	93,95%	78,04%	94,48%	91,68%
Quindío	95,94%	100,74%	101,69%	89,27%	100,69%	98,51%
Risaralda	92,48%	101,69%	101,26%	89,73%	100,62%	98,64%
Santander	95,07%	100,73%	98,09%	82,78%	99,10%	96,25%
Sucre	98,43%	100,82%	98,15%	79,37%	99,50%	96,06%
Tolima	99,25%	103,29%	101,65%	82,43%	102,22%	98,64%
Valle del Cauca	72,59%	80,40%	85,41%	75,22%	81,68%	80,57%
Arauca	91,04%	99,43%	99,03%	77,69%	98,41%	94,97%
Casanare	94,56%	94,97%	95,50%	83,03%	95,14%	93,10%
Putumayo	81,57%	86,37%	88,56%	72,24%	86,79%	84,30%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	84,62%	96,28%	97,74%	82,41%	95,67%	93,44%
Amazonas	78,10%	82,56%	84,49%	73,72%	82,83%	81,47%
Guainía	58,37%	67,62%	62,06%	50,18%	64,50%	62,29%
Guaviare	71,19%	86,52%	91,07%	73,71%	86,75%	84,62%
Vaupés	48,47%	53,23%	51,01%	44,61%	51,88%	50,79%
Vichada	51,74%	58,99%	54,22%	39,30%	56,39%	53,74%
Nacional	<b>86,44%</b>	<b>95,34%</b>	<b>96,06%</b>	<b>81,50%</b>	<b>94,76%</b>	<b>92,46%</b>

**Fuente:** Fuente: SIMAT matrícula definitiva 2018 (Ministerio de Educación Nacional) y Censo Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (DANE)

**Porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de extraedad según entidad territorial**

ENTIDAD TERRITORIAL	EXTRAEDAD												
	Transición	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	Total
Antioquia (ETC)	0,21	4,96	8,31	10,04	10,82	11,11	14,75	13,08	10,85	9,49	7,04	6,45	9,34
Medellín	0,12	0,96	1,83	2,76	3,41	4,21	11,53	7,65	7,47	5,76	3,90	3,25	4,73
Bello	0,32	1,57	2,51	4,20	4,46	4,91	12,03	8,35	7,74	5,97	4,06	2,97	5,31
Envigado	0,19	0,39	0,73	1,12	1,25	1,63	4,55	4,84	5,48	4,73	3,01	3,87	2,75
Itagüí	0,15	0,65	1,08	0,88	1,55	1,89	6,78	5,52	4,76	4,20	3,06	2,85	2,97
Turbo	0,18	4,00	9,29	11,63	11,06	11,06	15,16	14,46	12,10	8,49	6,85	5,20	9,68
Atlántico (ETC)	0,37	2,69	5,66	6,80	7,61	7,89	11,95	9,93	8,82	6,68	5,46	4,34	6,62
Soledad	1,05	2,44	4,61	5,37	5,53	6,61	8,67	8,81	6,83	6,65	4,04	3,05	5,38
Bogotá, D.C. (ETC)	0,47	0,76	1,08	1,47	2,04	2,05	4,18	4,51	4,83	3,98	3,19	2,69	2,63
Bolívar (ETC)	0,48	4,16	9,01	11,79	13,70	13,15	15,56	14,72	12,99	11,34	8,55	6,57	10,15
Magangué	0,33	3,17	7,88	10,27	12,38	12,54	13,23	13,89	11,15	8,38	7,02	5,58	9,02
Boyacá (ETC)	0,50	1,62	2,53	3,04	3,81	4,09	6,60	7,34	7,10	5,85	5,59	4,15	4,45
Tunja	0,36	0,76	0,98	1,13	1,44	2,65	5,36	6,34	6,94	5,10	4,63	3,98	3,37
Duitama	0,23	0,55	0,80	1,53	1,54	1,75	3,26	3,93	3,59	3,14	4,46	2,96	2,37
Sogamoso	0,31	0,93	1,20	1,54	2,77	3,38	4,04	4,43	3,76	2,91	3,65	3,13	2,74
Caldas (ETC)	0,36	3,11	5,41	7,19	7,78	8,16	11,94	11,76	10,08	9,13	7,21	5,91	7,61
Manizales	0,68	2,10	2,60	3,33	3,28	3,40	9,90	9,97	7,81	6,11	5,59	3,97	5,24
Caquetá (ETC)	0,61	6,88	11,83	14,33	16,57	16,95	17,71	16,51	12,83	11,53	8,19	7,28	12,21
Florencia	0,39	5,46	5,94	6,53	7,45	7,83	15,08	10,94	9,68	7,50	4,92	3,79	7,50
Cauca (ETC)	0,49	4,57	7,18	9,89	10,84	11,24	12,73	13,25	12,79	11,85	11,23	10,12	9,52
Popayán	0,32	1,33	2,58	3,54	3,69	5,06	7,29	7,30	6,80	6,20	4,68	4,22	4,52
Cesar (ETC)	0,94	6,31	10,33	12,82	13,39	13,44	15,21	12,95	11,52	9,59	6,44	5,20	10,16
Valledupar	1,72	3,31	4,71	5,03	6,58	6,08	7,22	6,17	5,41	4,26	3,19	2,89	4,85
Córdoba (ETC)	0,58	3,82	8,21	10,58	12,10	11,88	14,81	14,07	12,80	11,19	8,62	6,50	9,72
Montería	0,23	1,96	4,19	5,64	6,70	6,98	9,22	8,56	7,22	5,73	4,42	3,38	5,46
Lorica	0,24	2,03	4,62	5,23	6,86	6,69	9,65	10,54	7,75	6,05	4,83	3,43	5,84
Sahagún	0,06	1,78	4,91	6,46	7,18	8,78	14,90	13,54	10,57	9,45	8,07	5,06	7,77
Cundinamarca (ETC)	0,42	1,30	2,43	3,15	4,00	4,70	7,79	7,60	7,21	6,05	5,59	3,77	4,59
Fusagasugá	0,42	1,16	2,25	2,60	2,88	3,78	5,93	5,49	5,62	3,89	2,68	3,45	3,45
Girardot	0,43	1,23	2,53	4,47	3,60	4,38	8,21	7,38	6,68	5,77	2,99	1,89	4,29
Soacha	0,33	1,00	1,73	2,02	2,56	2,89	5,78	5,60	4,37	4,15	3,23	2,11	3,05
Chocó (ETC)	0,91	8,45	17,06	23,91	27,12	27,74	28,75	28,49	26,44	24,42	26,61	23,98	20,62
Huila (ETC)	0,09	1,73	3,78	5,21	5,61	5,80	7,46	6,24	5,22	4,44	3,42	3,11	4,47

Neiva	1,01	3,07	3,81	4,21	3,94	4,15	9,20	7,78	6,29	4,76	3,28	2,16	4,59
La Guajira (ETC)	1,93	7,97	16,28	21,36	25,01	25,85	27,98	24,99	21,74	19,71	12,24	13,13	17,93
Maicao	1,23	5,27	10,51	15,20	15,23	21,43	20,93	20,26	18,26	13,37	12,37	7,53	13,08
Magdalena (ETC)	2,07	7,71	13,18	18,03	19,72	20,06	23,28	22,61	20,03	16,47	13,43	8,62	15,46
Ciénaga	1,33	5,17	11,33	14,26	13,73	13,22	19,39	18,03	13,99	12,58	8,18	6,69	11,55
Meta (ETC)	0,55	4,83	7,69	8,93	10,11	10,51	10,93	11,58	8,97	6,79	6,11	4,04	7,92
Villavicencio	0,48	1,61	3,23	3,47	4,29	4,34	6,77	5,93	5,15	4,13	2,87	2,22	3,84
Nariño (ETC)	1,30	9,60	13,94	16,24	17,17	19,28	18,17	18,97	16,98	17,65	15,58	13,25	15,12
Pasto	0,35	0,92	1,13	1,37	2,04	2,74	6,55	6,64	5,21	5,07	4,56	3,36	3,57
San Andres de Tumaco	0,56	8,05	13,83	19,16	19,49	20,48	23,65	23,84	22,45	18,89	15,88	14,49	17,00
Norte de Santander (ETC)	0,47	6,09	8,34	9,78	9,42	9,17	10,56	9,86	8,83	8,21	6,27	5,79	7,91
Cúcuta	1,04	2,46	3,36	4,23	4,64	5,17	6,74	6,04	5,05	4,23	2,92	2,70	4,17
Quindío (ETC)	0,21	1,71	2,57	3,20	4,80	4,39	12,08	7,04	9,66	4,80	5,39	3,13	5,25
Armenia	0,90	0,74	1,83	1,98	1,96	2,54	4,12	6,65	3,79	4,23	2,08	1,67	2,86
Risaralda (ETC)	0,72	5,07	7,89	9,73	11,24	10,60	13,76	13,79	11,71	10,71	9,26	7,27	9,47
Pereira	0,37	2,39	3,69	4,41	4,59	4,54	10,05	6,47	6,00	4,58	2,99	2,61	4,63
Dosquebradas	0,58	1,35	2,03	2,65	2,52	2,26	7,44	5,76	4,82	4,73	2,74	1,72	3,39
Santander (ETC)	0,31	1,87	3,54	4,58	4,95	5,25	6,94	6,88	6,05	5,75	4,79	4,05	4,66
Bucaramanga	0,75	1,38	2,36	2,78	2,70	3,62	5,05	4,58	4,68	3,73	2,99	2,34	3,13
Barrancabermeja	0,30	1,84	3,67	4,52	4,93	4,86	9,52	9,87	7,90	6,97	5,12	3,83	5,29
Floridablanca	0,34	0,69	1,07	1,98	1,83	2,42	2,73	3,44	2,85	3,60	2,43	1,75	2,10
Girón	0,28	0,97	1,71	2,92	3,52	4,03	6,11	6,25	4,54	4,65	3,06	2,65	3,40
Sucre (ETC)	0,50	4,05	8,58	11,07	12,41	13,28	15,96	14,82	12,91	11,60	8,93	6,96	9,91
Sincelejo	0,23	3,59	4,27	4,50	5,75	6,13	9,70	8,50	7,95	6,76	5,67	3,10	5,58
Tolima (ETC)	0,35	3,48	6,02	7,03	7,86	8,23	10,24	9,60	7,68	6,10	5,10	4,28	6,58
Ibagué	0,29	1,61	3,36	4,05	4,78	4,84	8,14	7,88	5,90	4,73	2,85	2,07	4,40
Valle del Cauca (ETC)	0,60	3,42	5,60	6,49	6,46	6,63	9,75	8,97	7,55	6,48	5,54	5,20	6,25
Cali	1,79	1,02	1,73	2,33	3,06	3,79	7,75	6,10	5,98	4,75	4,00	3,14	3,94
Buenaventura	2,06	10,42	16,46	18,35	16,66	16,32	19,29	19,32	16,53	16,09	12,26	10,92	14,76
Guadalajara de Buga	2,22	1,42	4,15	4,46	5,54	5,19	9,23	6,73	4,83	3,46	2,78	2,16	4,58
Cartago	0,20	2,36	3,17	4,75	4,75	5,01	11,30	8,64	7,04	6,16	3,59	3,99	5,42
Palmira	0,96	1,78	3,21	4,39	4,18	6,46	10,18	7,87	7,70	6,87	5,41	4,28	5,47
Tuluá	0,40	1,26	2,65	3,17	3,12	3,75	7,55	7,10	6,33	5,86	5,08	3,42	4,35
Arauca (ETC)	1,72	6,94	9,19	10,13	11,23	10,46	11,40	9,91	8,29	6,54	4,62	4,43	8,33

Casanare (ETC)	0,57	3,62	5,16	6,48	6,98	8,36	10,35	10,27	9,19	8,67	7,28	5,64	6,90
Putumayo (ETC)	0,38	3,14	5,31	6,84	7,27	7,44	10,16	11,01	9,09	9,39	6,32	5,15	6,93
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (ETC)	0,23	0,61	1,80	1,66	2,53	2,60	8,63	6,26	4,65	3,77	3,71	1,65	3,30
Amazonas (ETC)	0,37	3,85	8,93	12,06	12,01	13,05	18,34	16,72	18,61	19,7 2	17,4 3	15,09	12,28
Guainía (ETC)	3,09	15,05	21,07	27,76	34,32	33,60	45,80	44,71	46,65	43,1 2	46,7 2	36,72	29,28
Guaviare (ETC)	1,55	12,33	11,13	14,42	11,68	12,65	13,70	14,99	10,27	11,0 8	7,32	6,97	11,29
Vaupés (ETC)	1,64	5,75	11,93	19,74	24,20	26,25	31,62	29,71	29,78	29,3 2	30,2 3	28,37	20,67
Vichada (ETC)	0,72	18,77	31,41	35,06	36,18	37,39	36,39	36,03	33,66	33,7 5	26,7 2	22,47	28,45
Malambo	0,51	3,52	6,60	8,16	8,75	8,55	10,43	10,24	7,79	6,40	4,88	3,31	6,88
Quibdó	0,47	7,97	11,05	9,67	8,71	8,48	14,59	11,65	8,86	9,58	5,85	5,06	8,72
Pitalito	1,55	1,87	3,64	4,33	5,51	4,21	6,37	5,95	6,51	4,79	3,94	2,40	4,33
Riohacha	0,84	6,63	12,17	15,33	19,22	19,26	19,38	19,58	15,37	14,7 2	8,84	6,92	13,69
Uribia	1,81	10,52	21,97	33,64	38,76	44,35	47,13	43,19	41,20	43,2 7	37,6 0	35,66	28,81
Ipiales	0,27	1,19	3,43	2,87	3,87	4,62	7,61	8,00	8,02	7,04	8,58	7,13	5,11
Piedecuesta	0,16	0,91	1,76	2,49	2,18	2,31	5,51	5,27	4,65	4,65	3,12	2,43	3,00
Jamundí	0,41	2,82	4,00	4,77	6,80	6,05	9,02	7,34	7,51	6,27	4,34	2,69	5,43
Yumbo	0,49	1,91	3,56	3,68	3,95	4,50	8,95	7,62	7,02	5,08	3,61	2,25	4,66
Yopal	0,19	1,59	2,25	2,44	3,62	3,93	8,27	7,86	6,01	6,53	3,55	2,96	4,19
Barranquilla	0,65	1,69	2,46	2,94	3,00	3,47	6,42	5,55	4,41	3,85	2,15	2,02	3,32
Cartagena	0,97	2,22	2,82	3,88	5,20	5,68	7,27	7,57	6,01	5,41	3,84	2,51	4,54
Santa Marta	0,92	2,65	5,02	5,90	6,24	6,68	10,58	9,38	8,18	5,95	4,30	3,18	5,95
Rionegro	0,27	1,30	2,32	4,51	6,54	5,97	12,42	12,08	8,60	7,09	5,33	4,32	6,35
Apartado	0,42	2,10	5,07	5,73	5,00	6,20	12,12	13,97	8,94	7,37	4,45	3,12	6,73
Sabaneta	0,00	0,39	0,37	1,06	2,07	2,53	6,73	6,72	4,76	3,84	2,64	1,82	2,89
Facatativá	0,31	0,92	1,95	2,16	2,09	3,14	4,84	4,63	4,64	3,71	3,38	2,40	2,89
Mosquera	0,51	0,23	1,31	1,67	1,84	1,99	8,12	4,11	5,27	2,76	2,35	1,84	2,83
Chía	0,55	0,73	0,86	1,03	1,77	2,02	3,80	4,05	4,34	4,47	3,31	4,19	2,65
Zipaquirá	0,55	1,25	1,49	1,25	1,99	2,55	9,25	5,56	6,68	4,50	4,68	3,92	3,68
Nacional	<b>0,67</b>	<b>3,36</b>	<b>5,66</b>	<b>6,98</b>	<b>7,59</b>	<b>7,88</b>	<b>10,63</b>	<b>9,70</b>	<b>8,51</b>	<b>7,26</b>	<b>5,64</b>	<b>4,49</b>	<b>6,69</b>

Fuente: SIMAT matrícula definitiva 2018 (Ministerio de Educación Nacional) y Censo Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (DANE)

### Tasa de extraedad y deserción en educación Primaria según Departamento

DEPARTAMENTO	Tasa extraedad Primaria	Tasa deserción Primaria
Antioquia	5,95%	3,18%
Atlántico	4,28%	1,49%
Bogotá, D.C.	1,49%	1,35%
Bolívar	7,31%	2,35%
Boyacá	2,51%	1,28%
Caldas	5,20%	2,21%
Caquetá	10,63%	4,61%
Cauca	7,65%	1,72%
Cesar	8,96%	3,73%
Córdoba	7,72%	1,62%
Cundinamarca	2,61%	2,09%
Chocó	17,46%	2,62%
Huila	4,15%	2,76%
La Guajira	18,62%	2,45%
Magdalena	11,87%	2,93%
Meta	6,07%	3,53%
Nariño	11,61%	0,79%
Norte de Santander	6,46%	3,36%
Quindío	2,57%	3,18%
Risaralda	5,10%	3,41%
Santander	3,13%	2,41%
Sucre	8,30%	2,16%
Tolima	5,51%	2,37%
Valle del Cauca	4,82%	2,74%
Arauca	9,49%	2,21%
Casanare	4,81%	2,12%
Putumayo	5,96%	3,59%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1,82%	2,47%
Amazonas	9,64%	3,09%
Guainía	25,06%	5,53%
Guaviare	12,43%	2,58%
Vaupés	16,35%	3,13%
Vichada	29,65%	6,52%
<b>NACIONAL</b>	<b>6,27%</b>	<b>2,44%</b>

Fuente: SIMAT matrícula definitiva 2018 (Ministerio de Educación Nacional) y Censo Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (DANE)

### Tasa de extraedad y deserción en educación Secundaria según Departamento

DEPARTAMENTO	Tasa extraedad secundaria (6º-9º)	Tasa extraedad media (10º-11º)	Tasa deserción secundaria	Tasa deserción media
Antioquia	10,24%	4,91%	5,42%	2,84%
Atlántico	6,96%	3,17%	1,65%	1,09%
Bogotá, D.C.	4,38%	2,94%	2,01%	1,53%
Bolívar	10,31%	5,28%	3,19%	2,40%
Boyacá	5,96%	4,55%	2,99%	2,07%
Caldas	9,99%	5,92%	3,88%	2,67%
Caquetá	13,60%	6,26%	6,91%	4,51%
Cauca	11,46%	9,29%	3,77%	2,89%
Cesar	10,04%	4,65%	4,45%	2,51%
Córdoba	11,60%	6,35%	2,90%	2,15%
Cundinamarca	6,30%	3,88%	3,89%	2,33%
Chocó	22,79%	19,27%	4,20%	2,85%
Huila	6,41%	3,12%	6,50%	3,71%
La Guajira	23,91%	13,06%	3,37%	1,60%
Magdalena	16,18%	8,04%	3,70%	2,94%
Meta	7,79%	3,84%	5,75%	3,52%
Nariño	14,75%	11,21%	2,12%	1,38%
Norte de Santander	7,62%	4,40%	4,70%	3,49%
Quindío	6,61%	3,03%	5,39%	3,45%
Risaralda	8,46%	4,36%	5,53%	2,96%
Santander	5,72%	3,50%	4,10%	2,70%
Sucre	12,29%	6,84%	3,62%	2,24%
Tolima	7,94%	3,77%	3,89%	2,48%
Valle del Cauca	8,04%	4,63%	3,99%	2,49%
Arauca	9,44%	4,53%	3,32%	2,35%
Casanare	8,73%	5,21%	3,47%	2,31%
Putumayo	9,98%	5,78%	7,37%	5,27%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	6,11%	2,72%	1,80%	0,71%
Amazonas	18,24%	16,36%	7,18%	6,02%
Guainía	45,25%	42,60%	9,82%	5,47%
Guaviare	12,77%	7,17%	4,63%	2,63%
Vaupés	30,24%	29,45%	4,93%	4,65%
Vichada	35,23%	24,79%	8,99%	5,97%
<b>NACIONAL</b>	<b>9,20%</b>	<b>5,11%</b>	<b>3,90%</b>	<b>2,44%</b>

Fuente: SIMAT matrícula definitiva 2018 (Ministerio de Educación Nacional) y Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (DANE)

### Establecimientos educativos por niveles y sector

	No oficial	Oficial	Total
Preescolar	7.880	9.237	17117
Primaria, secundaria y media	6825	9736	16561
Instituciones de Educación Superior	231	86	317

Fuente: SIMAT y Bsucando Colegio, Ministerio de Educación Nacional

### Asistencia Financiera Internacional

	Monto en pesos colombianos	Monto en dólares equivalentes*	Año
CONVENIO DE COOPERACIÓN	11.720.712.169	8.942.569	2017
COOPERACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA FORMALIZADA CON OTROS INSTRUMENTOS	16.883.352.171	12.881.516	2017
CONVENIOS DE COOPERACIÓN Y ASOCIACIÓN	5.742.936.895	4.381.697	2018
COOPERACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA FORMALIZADA CON OTROS INSTRUMENTOS	11.768.138.997	8.978.754	2018
CONVENIOS DE COOPERACIÓN Y ASOCIACIÓN	23.229.356.026	17.723.336	2019
COOPERACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA FORMALIZADA CON OTROS INSTRUMENTOS	20.604.841.523	15.720.906	2019

\*Dólares equivalentes convertidos mediante PPPs (valor de paridad de poder adquisitivo) de 2018, usado por OECD para dicha vigencia (1310.665).

Fuente: Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, Ministerio de Educación Nacional

### Técnicos que acceden a empleo

#### Tasa de cotizantes de los graduados del nivel de formación técnica profesional, por área de conocimiento, departamento y sexo

Año de graduación 2015

Año de seguimiento

Área del conocimiento	Zona geográfica grado	Hombres			Mujeres		
	Departamento	Graduados	Graduados que cotizan	Tasa de cotizantes	Graduados	Graduados que cotizan	Tasa de cotizantes
AGRONOMIA VETERINARIA Y AFINES	BOGOTA DC	4	2	50,00%	1	1	100,00%
	CALDAS	23	9	39,10%	25	8	32,00%
	BOYACA	1	0	0,00%	0	0	0,00%
	SANTANDER	0	0	0,00%	8	2	25,00%



	NARINIO	0	0	0,00%	4	0	0,00%
	VALLE DEL CAUCA	34	17	50,00%	19	8	42,10%
	CAQUETA	1	0	0,00%	0	0	0,00%
<b>BELLAS ARTES</b>	BOGOTA DC	251	158	62,90%	256	155	60,50%
	ANTIOQUIA	30	17	56,70%	17	10	58,80%
	HUILA	2	0	0,00%	2	2	100,00%
	QUINDIO	25	5	20,00%	18	11	61,10%
	RISARALDA	4	3	75,00%	11	6	54,50%
	TOLIMA	3	0	0,00%	3	2	66,70%
	SANTANDER	10	9	90,00%	11	9	81,80%
	ATLANTICO	35	16	45,70%	17	12	70,60%
	MAGDALENA	3	1	33,30%	6	1	16,70%
	VALLE DEL CAUCA	280	159	56,80%	286	152	53,10%
<b>CIENCIAS DE LA EDUCACION</b>	MAGDALENA	0	0	0,00%	1	1	100,00%
	NARINIO	8	4	50,00%	1	1	100,00%
<b>CIENCIAS DE LA SALUD</b>	BOGOTA DC	39	25	64,10%	199	133	66,80%
	ANTIOQUIA	68	19	27,90%	166	116	69,90%
	ATLANTICO	121	100	82,60%	213	164	77,00%
	VALLE DEL CAUCA	35	31	88,60%	87	74	85,10%
<b>CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS</b>	BOGOTA DC	133	83	62,40%	83	47	56,60%
	ANTIOQUIA	33	11	33,30%	28	16	57,10%
	HUILA	1	0	0,00%	0	0	0,00%
	TOLIMA	14	8	57,10%	24	10	41,70%
	SANTANDER	12	5	41,70%	12	7	58,30%
	ATLANTICO	0	0	0,00%	6	1	16,70%
	BOLIVAR	1	1	100,00%	1	0	0,00%
	CORDOBA	1	1	100,00%	2	0	0,00%
	MAGDALENA	4	3	75,00%	8	4	50,00%
	SUCRE	1	0	0,00%	7	2	28,60%
	NARINIO	0	0	0,00%	1	1	100,00%
	VALLE DEL CAUCA	1	0	0,00%	10	3	30,00%
	PUTUMAYO	2	1	50,00%	4	4	100,00%
<b>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y AFINES</b>	BOGOTA DC	727	581	79,90%	976	785	80,40%
	ANTIOQUIA	31	19	61,30%	89	60	67,40%
	CALDAS	55	16	29,10%	68	19	27,90%
	HUILA	25	18	72,00%	41	30	73,20%
	QUINDIO	42	24	57,10%	49	28	57,10%
	RISARALDA	53	40	75,50%	76	50	65,80%
	TOLIMA	60	34	56,70%	116	57	49,10%
	BOYACA	1	1	100,00%	11	3	27,30%

	CUNDINAMARCA	4	2	50,00%	48	29	60,40%
	NORTE DE SANTANDER	14	6	42,90%	30	6	20,00%
	SANTANDER	42	31	73,80%	174	98	56,30%
	ATLANTICO	399	249	62,40%	627	324	51,70%
	BOLIVAR	168	94	56,00%	227	117	51,50%
	CESAR	0	0	0,00%	2	1	50,00%
	CORDOBA	40	19	47,50%	53	22	41,50%
	GUAJIRA	21	8	38,10%	12	0	0,00%
	MAGDALENA	35	19	54,30%	56	36	64,30%
	SUCRE	30	16	53,30%	60	37	61,70%
	CAUCA	3	2	66,70%	1	0	0,00%
	CHOCO	1	0	0,00%	5	0	0,00%
	NARINIO	54	43	79,60%	71	52	73,20%
	VALLE DEL CAUCA	100	58	58,00%	201	103	51,20%
	AMAZONAS	0	0	0,00%	4	3	75,00%
	ARAUCA	0	0	0,00%	1	0	0,00%
	CAQUETA	5	4	80,00%	10	6	60,00%
	CASANARE	3	3	100,00%	55	31	56,40%
	META	11	7	63,60%	18	12	66,70%
	PUTUMAYO	4	3	75,00%	7	3	42,90%
	VICHADA	1	1	100,00%	7	6	85,70%
<b>INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y AFINES</b>	BOGOTA DC	651	505	77,60%	248	181	73,00%
	ANTIOQUIA	63	48	76,20%	34	24	70,60%
	CALDAS	21	8	38,10%	4	0	0,00%
	QUINDIO	42	14	33,30%	13	4	30,80%
	RISARALDA	111	71	64,00%	37	21	56,80%
	TOLIMA	100	46	46,00%	36	9	25,00%
	BOYACA	9	4	44,40%	5	1	20,00%
	CUNDINAMARCA	2	0	0,00%	4	1	25,00%
	NORTE DE SANTANDER	27	8	29,60%	13	5	38,50%
	SANTANDER	73	49	67,10%	51	14	27,50%
	ATLANTICO	393	300	76,30%	35	20	57,10%
	BOLIVAR	82	52	63,40%	23	5	21,70%
	CESAR	40	17	42,50%	14	4	28,60%
	CORDOBA	5	2	40,00%	1	0	0,00%
	GUAJIRA	1	1	100,00%	0	0	0,00%
	MAGDALENA	91	57	62,60%	224	117	52,20%
	SUCRE	11	2	18,20%	5	4	80,00%
CAUCA	5	3	60,00%	2	0	0,00%	
VALLE DEL CAUCA	92	58	63,00%	41	28	68,30%	

	CAQUETA	0	0	0,00%	2	1	50,00%
	META	35	29	82,90%	24	16	66,70%
<b>MATEMATICAS Y CIENCIAS NATURALES</b>	CALDAS	3	3	100,00%	0	0	0,00%
	BOLIVAR	21	15	71,40%	9	5	55,60%
<b>SIN CLASIFICAR</b>	BOGOTA DC	3	3	100,00%	10	4	40,00%
	TOLIMA	2	0	0,00%	9	4	44,40%
	SANTANDER	71	42	59,20%	140	66	47,10%

Fuente: Observatorio Laboral para la Educación (OLE) - Ministerio de Educación Nacional (MEN)

### Tasa de crecimiento de la tasa de matriculación 2017-2018 (Censo 2005)

DEPARTAMENTO	5 AÑOS	6 A 10 AÑOS	11 A 14 AÑOS	15 A 16 AÑOS	5 A 14 AÑOS	5 A 16 AÑOS
Antioquia	1,16%	-2,82%	-0,15%	-1,78%	-1,35%	-1,42%
Atlantico	3,77%	2,05%	0,85%	0,12%	1,73%	1,46%
Bogota	0,23%	-1,54%	-0,78%	-1,97%	-1,06%	-1,21%
Bolivar	1,71%	2,67%	2,26%	0,02%	2,41%	2,02%
Boyaca	1,17%	-0,43%	0,59%	-0,76%	0,14%	-0,01%
Caldas	-0,91%	-1,47%	-1,68%	-0,94%	-1,49%	-1,40%
Caqueta	0,50%	-1,01%	-2,25%	-0,78%	-1,36%	-1,27%
Cauca	0,45%	-0,87%	1,22%	1,57%	0,10%	0,38%
Cesar	2,68%	3,33%	1,46%	1,34%	2,52%	2,33%
Cordoba	-1,06%	-1,16%	-0,55%	-0,46%	-0,91%	-0,84%
Cundinamarca	0,82%	0,54%	1,42%	-0,65%	0,91%	0,65%
Choco	1,75%	-0,32%	1,71%	0,33%	0,68%	0,62%
Huila	2,29%	-0,16%	-0,81%	-0,44%	-0,17%	-0,22%
La Guajira	0,16%	4,24%	1,15%	-0,09%	2,64%	2,22%
Magdalena	2,00%	1,61%	1,95%	0,90%	1,78%	1,64%
Meta	2,04%	-2,10%	0,03%	0,43%	-0,84%	-0,64%
Nariño	-2,21%	-2,97%	-1,97%	-1,46%	-2,51%	-2,33%
Norte Santander	3,05%	2,93%	2,90%	4,31%	2,93%	3,21%
Quindio	1,05%	-1,68%	-2,12%	-1,94%	-1,59%	-1,66%
Risaralda	0,25%	-0,39%	-1,44%	-0,27%	-0,75%	-0,67%
Santander	1,61%	1,14%	1,56%	0,69%	1,35%	1,27%
Sucre	-0,03%	0,82%	2,21%	-1,53%	1,29%	0,81%
Tolima	2,60%	-0,93%	0,74%	-1,07%	0,08%	-0,11%
Valle	0,35%	-1,60%	-0,66%	-1,68%	-1,03%	-1,13%
Arauca	3,19%	1,46%	2,70%	1,42%	2,12%	1,98%
Casanare	5,40%	-2,13%	-0,82%	-1,45%	-0,86%	-0,96%
Putumayo	0,74%	-0,35%	-0,14%	-0,64%	-0,17%	-0,24%
San Andres	-6,31%	-0,29%	0,57%	-0,31%	-0,56%	-0,50%
Amazonas	-2,30%	-1,98%	-2,85%	-3,17%	-2,35%	-2,47%
Guainia	-5,33%	3,91%	2,03%	-1,44%	2,21%	1,66%

Guaviare	0,66%	-0,19%	1,67%	0,96%	0,62%	0,67%
Vaupes	-6,60%	-4,16%	-4,52%	-6,44%	-4,56%	-4,85%
Vichada	-2,02%	1,60%	0,96%	-4,12%	0,97%	0,20%
Nacional	0,97%	-0,41%	0,24%	-0,66%	-0,02%	-0,12%

\*Dado que no se ha recalculado la tasa de matriculación de 2017 con el Censo Poblacional 2018, para que las tasas de matriculación de los dos años pudieran ser comparables, en ambas se usan los datos del Censo 2005.

Fuente: SIMAT matrícula definitiva 2017 y 2018 (Ministerio de Educación Nacional) y Censo Poblacional 2005

### Matriculación educativa según sexo, etnia y departamento de residencia

Etiquetas de fila	Matrícula			Distribución por sexo	
	FEMENINO	MASCULINO	Total	Porcentaje Femenino	Porcentaje Masculino
<b>Total Nivel Media</b>	721232	649982	1371214	52,6%	47,4%
<i>Total Amazonas</i>	1270	1178	2448	51,9%	48,1%
Afrodescendiente	0	1	1	0,0%	100,0%
Indígenas	531	529	1060	50,1%	49,9%
Negritudes	4	2	6	66,7%	33,3%
No aplica	732	642	1374	53,3%	46,7%
Otras Étnias	1	2	3	33,3%	66,7%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Rom	2	1	3	66,7%	33,3%
<i>Total Antioquia</i>	94094	80643	174737	53,8%	46,2%
Afrodescendiente	2375	1790	4165	57,0%	43,0%
Indígenas	451	530	981	46,0%	54,0%
Negritudes	1654	1383	3037	54,5%	45,5%
No aplica	89608	76931	166539	53,8%	46,2%
Otras Étnias	3	2	5	60,0%	40,0%
Raizales	1	4	5	20,0%	80,0%
Rom	2	3	5	40,0%	60,0%
<i>Total Arauca</i>	4341	3436	7777	55,8%	44,2%
Afrodescendiente	42	25	67	62,7%	37,3%
Indígenas	42	42	84	50,0%	50,0%
Negritudes	22	12	34	64,7%	35,3%
No aplica	4235	3357	7592	55,8%	44,2%
<i>Total Archipiélago De San Andres, Providencia y Santa Catalina</i>	719	614	1333	53,9%	46,1%
Afrodescendiente	46	53	99	46,5%	53,5%
Indígenas	1	0	1	100,0%	0,0%
Negritudes	208	200	408	51,0%	49,0%
No aplica	329	242	571	57,6%	42,4%
Otras Étnias	9	9	18	50,0%	50,0%

Raizales	126	110	236	53,4%	46,6%
<i>Total Atlántico</i>	39027	36702	75729	51,5%	48,5%
Afrodescendiente	458	367	825	55,5%	44,5%
Indígenas	238	223	461	51,6%	48,4%
Negritudes	1000	782	1782	56,1%	43,9%
No aplica	37309	35315	72624	51,4%	48,6%
Otras Étnias	21	10	31	67,7%	32,3%
Raizales	1	5	6	16,7%	83,3%
<i>Total Bolívar</i>	33512	29940	63452	52,8%	47,2%
Afrodescendiente	211	178	389	54,2%	45,8%
Indígenas	73	78	151	48,3%	51,7%
Negritudes	1904	1585	3489	54,6%	45,4%
No aplica	31321	28096	59417	52,7%	47,3%
Otras Étnias	2	1	3	66,7%	33,3%
Raizales	1	2	3	33,3%	66,7%
<i>Total Boyacá</i>	20265	18752	39017	51,9%	48,1%
Afrodescendiente	14	1	15	93,3%	6,7%
Indígenas	22	17	39	56,4%	43,6%
Negritudes	17	23	40	42,5%	57,5%
No aplica	20212	18711	38923	51,9%	48,1%
<i>Total Caldas</i>	13248	11177	24425	54,2%	45,8%
Afrodescendiente	62	42	104	59,6%	40,4%
Indígenas	765	616	1381	55,4%	44,6%
Negritudes	141	102	243	58,0%	42,0%
No aplica	12277	10416	22693	54,1%	45,9%
Otras Étnias	0	1	1	0,0%	100,0%
Palenquero	2	0	2	100,0%	0,0%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Capital Bogotá, D.C.</i>	102099	96854	198953	51,3%	48,7%
Afrodescendiente	36	31	67	53,7%	46,3%
Indígenas	318	301	619	51,4%	48,6%
Negritudes	390	365	755	51,7%	48,3%
No aplica	101342	96149	197491	51,3%	48,7%
Otras Étnias	10	4	14	71,4%	28,6%
Raizales	3	1	4	75,0%	25,0%
Rom	0	3	3	0,0%	100,0%
<i>Total Caquetá</i>	6645	7300	13945	47,7%	52,3%
Afrodescendiente	2	6	8	25,0%	75,0%
Indígenas	96	164	260	36,9%	63,1%
Negritudes	33	82	115	28,7%	71,3%
No aplica	6511	7046	13557	48,0%	52,0%
Otras Étnias	3	1	4	75,0%	25,0%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Casanare</i>	6638	6344	12982	51,1%	48,9%

Afrodescendiente	3	12	15	20,0%	80,0%
Indígenas	82	83	165	49,7%	50,3%
Negritudes	20	37	57	35,1%	64,9%
No aplica	6532	6212	12744	51,3%	48,7%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Cauca</i>	22305	19233	41538	53,7%	46,3%
Afrodescendiente	312	233	545	57,2%	42,8%
Indígenas	4104	3550	7654	53,6%	46,4%
Negritudes	3796	3173	6969	54,5%	45,5%
No aplica	14056	12247	26303	53,4%	46,6%
Otras Étnias	30	19	49	61,2%	38,8%
Raizales	5	3	8	62,5%	37,5%
Rom	2	8	10	20,0%	80,0%
<i>Total Cesar</i>	18378	16642	35020	52,5%	47,5%
Afrodescendiente	375	338	713	52,6%	47,4%
Indígenas	419	479	898	46,7%	53,3%
Negritudes	639	609	1248	51,2%	48,8%
No aplica	16943	15208	32151	52,7%	47,3%
Otras Étnias	1	8	9	11,1%	88,9%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Chocó</i>	8122	6956	15078	53,9%	46,1%
Afrodescendiente	1109	968	2077	53,4%	46,6%
Indígenas	540	1201	1741	31,0%	69,0%
Negritudes	5343	3973	9316	57,4%	42,6%
No aplica	1128	811	1939	58,2%	41,8%
Otras Étnias	2	3	5	40,0%	60,0%
<i>Total Córdoba</i>	28452	26273	54725	52,0%	48,0%
Afrodescendiente	147	161	308	47,7%	52,3%
Indígenas	2327	2372	4699	49,5%	50,5%
Negritudes	660	613	1273	51,8%	48,2%
No aplica	25315	23124	48439	52,3%	47,7%
Otras Étnias	1	0	1	100,0%	0,0%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
Raizales	1	2	3	33,3%	66,7%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Cundinamarca</i>	45015	41392	86407	52,1%	47,9%
Afrodescendiente	39	31	70	55,7%	44,3%
Indígenas	139	136	275	50,5%	49,5%
Negritudes	55	72	127	43,3%	56,7%
No aplica	44780	41147	85927	52,1%	47,9%
Otras Étnias	2	5	7	28,6%	71,4%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Guainía</i>	396	550	946	41,9%	58,1%
Indígenas	254	373	627	40,5%	59,5%

Negritudes	3	6	9	33,3%	66,7%
No aplica	139	169	308	45,1%	54,9%
Otras Étnias	0	2	2	0,0%	100,0%
<i>Total Guajira</i>	10827	8713	19540	55,4%	44,6%
Afrodescendiente	180	175	355	50,7%	49,3%
Indígenas	3079	2361	5440	56,6%	43,4%
Negritudes	216	150	366	59,0%	41,0%
No aplica	7349	6024	13373	55,0%	45,0%
Otras Étnias	2	3	5	40,0%	60,0%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Guaviare</i>	1303	1215	2518	51,7%	48,3%
Afrodescendiente	15	6	21	71,4%	28,6%
Indígenas	68	58	126	54,0%	46,0%
Negritudes	26	30	56	46,4%	53,6%
No aplica	1192	1121	2313	51,5%	48,5%
Raizales	2	0	2	100,0%	0,0%
<i>Total Huila</i>	18157	15129	33286	54,5%	45,5%
Afrodescendiente	8	8	16	50,0%	50,0%
Indígenas	207	152	359	57,7%	42,3%
Negritudes	45	36	81	55,6%	44,4%
No aplica	17897	14933	32830	54,5%	45,5%
<i>Total Magdalena</i>	23977	21017	44994	53,3%	46,7%
Afrodescendiente	305	260	565	54,0%	46,0%
Indígenas	134	178	312	42,9%	57,1%
Negritudes	798	628	1426	56,0%	44,0%
No aplica	22740	19948	42688	53,3%	46,7%
Otras Étnias	0	1	1	0,0%	100,0%
Palenquero	0	2	2	0,0%	100,0%
<i>Total Meta</i>	15959	15790	31749	50,3%	49,7%
Afrodescendiente	24	15	39	61,5%	38,5%
Indígenas	170	292	462	36,8%	63,2%
Negritudes	107	104	211	50,7%	49,3%
No aplica	15655	15372	31027	50,5%	49,5%
Otras Étnias	2	5	7	28,6%	71,4%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Raizales	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Nariño</i>	22693	19444	42137	53,9%	46,1%
Afrodescendiente	131	101	232	56,5%	43,5%
Indígenas	2330	2098	4428	52,6%	47,4%
Negritudes	4095	3021	7116	57,5%	42,5%
No aplica	16133	14218	30351	53,2%	46,8%
Otras Étnias	4	6	10	40,0%	60,0%
<i>Total Norte de Santander</i>	24914	20956	45870	54,3%	45,7%
Afrodescendiente	9	4	13	69,2%	30,8%



Indígenas	43	40	83	51,8%	48,2%
Negritudes	34	17	51	66,7%	33,3%
No aplica	24826	20895	45721	54,3%	45,7%
Otras Étnias	1	0	1	100,0%	0,0%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Putumayo</i>	5671	4868	10539	53,8%	46,2%
Afrodescendiente	24	14	38	63,2%	36,8%
Indígenas	927	833	1760	52,7%	47,3%
Negritudes	213	166	379	56,2%	43,8%
No aplica	4507	3855	8362	53,9%	46,1%
Quindio	7666	7186	14852	51,6%	48,4%
Afrodescendiente	24	27	51	47,1%	52,9%
Indígenas	22	26	48	45,8%	54,2%
Negritudes	52	58	110	47,3%	52,7%
No aplica	7565	7075	14640	51,7%	48,3%
Otras Étnias	3	0	3	100,0%	0,0%
<i>Total Risaralda</i>	14098	14033	28131	50,1%	49,9%
Afrodescendiente	108	99	207	52,2%	47,8%
Indígenas	387	496	883	43,8%	56,2%
Negritudes	304	302	606	50,2%	49,8%
No aplica	13299	13135	26434	50,3%	49,7%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Santander</i>	34031	31804	65835	51,7%	48,3%
Afrodescendiente	21	22	43	48,8%	51,2%
Indígenas	47	45	92	51,1%	48,9%
Negritudes	105	100	205	51,2%	48,8%
No aplica	33855	31635	65490	51,7%	48,3%
Otras Étnias	1	2	3	33,3%	66,7%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Sucre</i>	14714	12933	27647	53,2%	46,8%
Afrodescendiente	473	377	850	55,6%	44,4%
Indígenas	1695	1533	3228	52,5%	47,5%
Negritudes	441	381	822	53,6%	46,4%
No aplica	12104	10642	22746	53,2%	46,8%
Otras Étnias	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Tolima</i>	20263	18552	38815	52,2%	47,8%
Afrodescendiente	3	7	10	30,0%	70,0%
Indígenas	634	640	1274	49,8%	50,2%
Negritudes	21	19	40	52,5%	47,5%
No aplica	19584	17869	37453	52,3%	47,7%
Otras Étnias	21	17	38	55,3%	44,7%
<i>Total Valle del Cauca</i>	61401	53217	114618	53,6%	46,4%
Afrodescendiente	3413	2452	5865	58,2%	41,8%

Indígenas	512	427	939	54,5%	45,5%
Negritudes	6849	5080	11929	57,4%	42,6%
No aplica	50600	45216	95816	52,8%	47,2%
Otras Étnias	20	19	39	51,3%	48,7%
Palenquero	0	2	2	0,0%	100,0%
Raizales	5	18	23	21,7%	78,3%
Rom	2	3	5	40,0%	60,0%
<i>Total Vaupés</i>	435	483	918	47,4%	52,6%
Indígenas	332	404	736	45,1%	54,9%
Negritudes	5	1	6	83,3%	16,7%
No aplica	93	70	163	57,1%	42,9%
Otras Étnias	5	8	13	38,5%	61,5%
<i>Total Vichada</i>	597	656	1253	47,6%	52,4%
Afrodescendiente	4	2	6	66,7%	33,3%
Indígenas	170	276	446	38,1%	61,9%
Negritudes	5	4	9	55,6%	44,4%
No aplica	418	374	792	52,8%	47,2%
<b>Total Prejardín y Jardín</b>	117740	120403	238143	49,4%	50,6%
<i>Total Amazonas</i>	85	110	195	43,6%	56,4%
No aplica	85	110	195	43,6%	56,4%
<i>Total Antioquia</i>	11738	11707	23445	50,1%	49,9%
Afrodescendiente	5	5	10	50,0%	50,0%
Indígenas	4	2	6	66,7%	33,3%
Negritudes	3	4	7	42,9%	57,1%
No aplica	11726	11696	23422	50,1%	49,9%
<i>Total Arauca</i>	235	220	455	51,6%	48,4%
No aplica	235	220	455	51,6%	48,4%
<i>Total Archipiélago De San Andres, Providencia Y Santa Catalina</i>	207	237	444	46,6%	53,4%
Afrodescendiente	14	19	33	42,4%	57,6%
No aplica	133	156	289	46,0%	54,0%
Raizales	60	62	122	49,2%	50,8%
<i>Total Atlántico</i>	8534	8783	17317	49,3%	50,7%
Afrodescendiente	1	0	1	100,0%	0,0%
Indígenas	9	18	27	33,3%	66,7%
Negritudes	5	3	8	62,5%	37,5%
No aplica	8519	8762	17281	49,3%	50,7%
<i>Total Bolívar</i>	4423	4718	9141	48,4%	51,6%
Afrodescendiente	8	7	15	53,3%	46,7%
Indígenas	2	0	2	100,0%	0,0%
Negritudes	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	4413	4710	9123	48,4%	51,6%
<i>Total Boyacá</i>	2348	2428	4776	49,2%	50,8%
Afrodescendiente	0	1	1	0,0%	100,0%

Indígenas	1	3	4	25,0%	75,0%
Negritudes	1	0	1	100,0%	0,0%
No aplica	2346	2424	4770	49,2%	50,8%
<i>Total Caldas</i>	1291	1363	2654	48,6%	51,4%
No aplica	1291	1363	2654	48,6%	51,4%
<i>Total Capital Bogotá, D.C.</i>	35687	36427	72114	49,5%	50,5%
Afrodescendiente	7	13	20	35,0%	65,0%
Indígenas	50	59	109	45,9%	54,1%
Negritudes	13	8	21	61,9%	38,1%
No aplica	35615	36347	71962	49,5%	50,5%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Caquetá</i>	434	443	877	49,5%	50,5%
Indígenas	0	2	2	0,0%	100,0%
Negritudes	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	434	440	874	49,7%	50,3%
<i>Total Casanare</i>	804	872	1676	48,0%	52,0%
Indígenas	1	0	1	100,0%	0,0%
No aplica	803	872	1675	47,9%	52,1%
<i>Total Cauca</i>	1044	1096	2140	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	14	26	40	35,0%	65,0%
Indígenas	5	2	7	71,4%	28,6%
Negritudes	2	8	10	20,0%	80,0%
No aplica	1023	1060	2083	49,1%	50,9%
<i>Total Cesar</i>	3290	3285	6575	50,0%	50,0%
Afrodescendiente	0	3	3	0,0%	100,0%
Indígenas	3	3	6	50,0%	50,0%
Negritudes	13	6	19	68,4%	31,6%
No aplica	3274	3273	6547	50,0%	50,0%
<i>Total Chocó</i>	272	299	571	47,6%	52,4%
Afrodescendiente	5	3	8	62,5%	37,5%
Negritudes	36	35	71	50,7%	49,3%
No aplica	231	261	492	47,0%	53,0%
Córdoba	3221	3262	6483	49,7%	50,3%
Indígenas	32	43	75	42,7%	57,3%
Negritudes	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	3189	3218	6407	49,8%	50,2%
<i>Total Cundinamarca</i>	7280	7632	14912	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	1	0	1	100,0%	0,0%
Indígenas	4	4	8	50,0%	50,0%
Negritudes	1	2	3	33,3%	66,7%
No aplica	7274	7626	14900	48,8%	51,2%
<i>Total Guainía</i>	7	9	16	43,8%	56,3%
Afrodescendiente	0	1	1	0,0%	100,0%

Indígenas	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	7	7	14	50,0%	50,0%
<i>Total Guajira</i>	1297	1270	2567	50,5%	49,5%
Afrodescendiente	3	5	8	37,5%	62,5%
Indígenas	12	15	27	44,4%	55,6%
Negritudes	2	0	2	100,0%	0,0%
No aplica	1280	1250	2530	50,6%	49,4%
<i>Total Guaviare</i>	92	72	164	56,1%	43,9%
No aplica	92	72	164	56,1%	43,9%
<i>Total Huila</i>	1956	2050	4006	48,8%	51,2%
Indígenas	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	1956	2049	4005	48,8%	51,2%
<i>Total Magdalena</i>	3355	3468	6823	49,2%	50,8%
Afrodescendiente	5	3	8	62,5%	37,5%
Indígenas	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	3350	3464	6814	49,2%	50,8%
<i>Total Meta</i>	2467	2601	5068	48,7%	51,3%
Afrodescendiente	0	1	1	0,0%	100,0%
Indígenas	3	5	8	37,5%	62,5%
No aplica	2464	2595	5059	48,7%	51,3%
<i>Total Nariño</i>	1614	1759	3373	47,9%	52,1%
Afrodescendiente	2	4	6	33,3%	66,7%
Indígenas	1	5	6	16,7%	83,3%
Negritudes	14	33	47	29,8%	70,2%
No aplica	1597	1717	3314	48,2%	51,8%
<i>Total Norte de Santander</i>	2829	2884	5713	49,5%	50,5%
Negritudes	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	2829	2883	5712	49,5%	50,5%
<i>Total Putumayo</i>	312	300	612	51,0%	49,0%
Afrodescendiente	1	0	1	100,0%	0,0%
Indígenas	1	1	2	50,0%	50,0%
No aplica	310	299	609	50,9%	49,1%
<i>Total Quindio</i>	961	914	1875	51,3%	48,7%
No aplica	961	914	1875	51,3%	48,7%
<i>Total Risaralda</i>	2564	2610	5174	49,6%	50,4%
Afrodescendiente	2	3	5	40,0%	60,0%
Indígenas	1	1	2	50,0%	50,0%
Negritudes	2	3	5	40,0%	60,0%
No aplica	2559	2603	5162	49,6%	50,4%
<i>Total Santander</i>	6220	6268	12488	49,8%	50,2%
Indígenas	2	1	3	66,7%	33,3%
Negritudes	1	0	1	100,0%	0,0%
No aplica	6217	6267	12484	49,8%	50,2%
<i>Total Sucre</i>	1922	1849	3771	51,0%	49,0%

Afrodescendiente	9	12	21	42,9%	57,1%
Indígenas	5	4	9	55,6%	44,4%
Negritudes	1	1	2	50,0%	50,0%
No aplica	1907	1832	3739	51,0%	49,0%
<i>Total Tolima</i>	2405	2461	4866	49,4%	50,6%
Indígenas	5	2	7	71,4%	28,6%
No aplica	2400	2459	4859	49,4%	50,6%
<i>Total Valle del Cauca</i>	8803	8968	17771	49,5%	50,5%
Afrodescendiente	17	25	42	40,5%	59,5%
Indígenas	1	2	3	33,3%	66,7%
Negritudes	32	27	59	54,2%	45,8%
No aplica	8752	8914	17666	49,5%	50,5%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Vichada</i>	43	38	81	53,1%	46,9%
No aplica	43	38	81	53,1%	46,9%
<b>Total Nivel Primaria</b>	2071499	2232334	4303833	48,1%	51,9%
<i>Total Amazonas</i>	4949	5122	10071	49,1%	50,9%
Afrodescendiente	0	1	1	0,0%	100,0%
Indígenas	2401	2510	4911	48,9%	51,1%
Negritudes	5	3	8	62,5%	37,5%
No aplica	2541	2603	5144	49,4%	50,6%
Otras Étnias	2	4	6	33,3%	66,7%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Antioquia</i>	253384	274509	527893	48,0%	52,0%
Afrodescendiente	9070	9842	18912	48,0%	52,0%
Indígenas	3622	4034	7656	47,3%	52,7%
Negritudes	3089	3349	6438	48,0%	52,0%
No aplica	237582	257264	494846	48,0%	52,0%
Otras Étnias	3	6	9	33,3%	66,7%
Palenquero	5	2	7	71,4%	28,6%
Raizales	8	6	14	57,1%	42,9%
Rom	5	6	11	45,5%	54,5%
<i>Total Arauca</i>	16341	16514	32855	49,7%	50,3%
Afrodescendiente	102	87	189	54,0%	46,0%
Indígenas	841	757	1598	52,6%	47,4%
Negritudes	89	65	154	57,8%	42,2%
No aplica	15306	15600	30906	49,5%	50,5%
Otras Étnias	0	2	2	0,0%	100,0%
Palenquero	2	1	3	66,7%	33,3%
Raizales	0	2	2	0,0%	100,0%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Archipiélago De San Andres,Providencia Y Santa Catalina</i>	2222	2547	4769	46,6%	53,4%
Afrodescendiente	179	246	425	42,1%	57,9%

Indígenas	3	4	7	42,9%	57,1%
Negritudes	319	432	751	42,5%	57,5%
No aplica	1242	1256	2498	49,7%	50,3%
Otras Étnias	35	40	75	46,7%	53,3%
Raizales	443	569	1012	43,8%	56,2%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Atlántico</i>	110161	117780	227941	48,3%	51,7%
Afrodescendiente	1131	1215	2346	48,2%	51,8%
Indígenas	416	458	874	47,6%	52,4%
Negritudes	2154	2400	4554	47,3%	52,7%
No aplica	106450	113688	220138	48,4%	51,6%
Otras Étnias	7	17	24	29,2%	70,8%
Raizales	3	2	5	60,0%	40,0%
Bolívar	112176	122441	234617	47,8%	52,2%
Afrodescendiente	1106	1318	2424	45,6%	54,4%
Indígenas	205	233	438	46,8%	53,2%
Negritudes	3971	4422	8393	47,3%	52,7%
No aplica	106523	116044	222567	47,9%	52,1%
Otras Étnias	357	420	777	45,9%	54,1%
Palenquero	10	4	14	71,4%	28,6%
Raizales	4	0	4	100,0%	0,0%
<i>Total Boyacá</i>	49513	52464	101977	48,6%	51,4%
Afrodescendiente	15	22	37	40,5%	59,5%
Indígenas	205	245	450	45,6%	54,4%
Negritudes	28	42	70	40,0%	60,0%
No aplica	49239	52141	101380	48,6%	51,4%
Otras Étnias	25	11	36	69,4%	30,6%
Palenquero	0	2	2	0,0%	100,0%
Raizales	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Caldas</i>	31477	33738	65215	48,3%	51,7%
Afrodescendiente	148	157	305	48,5%	51,5%
Indígenas	1713	1834	3547	48,3%	51,7%
Negritudes	258	322	580	44,5%	55,5%
No aplica	29331	31405	60736	48,3%	51,7%
Otras Étnias	26	19	45	57,8%	42,2%
Palenquero	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Capital Bogotá, D.C.</i>	253716	268723	522439	48,6%	51,4%
Afrodescendiente	180	206	386	46,6%	53,4%
Indígenas	748	810	1558	48,0%	52,0%
Negritudes	598	715	1313	45,5%	54,5%
No aplica	252169	266967	519136	48,6%	51,4%
Otras Étnias	11	13	24	45,8%	54,2%
Raizales	8	9	17	47,1%	52,9%
Rom	2	3	5	40,0%	60,0%

<i>Total Caquetá</i>	23942	26192	50134	47,8%	52,2%
Afrodescendiente	17	19	36	47,2%	52,8%
Indígenas	339	414	753	45,0%	55,0%
Negritudes	55	86	141	39,0%	61,0%
No aplica	23523	25664	49187	47,8%	52,2%
Otras Étnias	8	7	15	53,3%	46,7%
Palenquero	0	2	2	0,0%	100,0%
<i>Total Casanare</i>	20030	21944	41974	47,7%	52,3%
Afrodescendiente	22	28	50	44,0%	56,0%
Indígenas	482	572	1054	45,7%	54,3%
Negritudes	35	37	72	48,6%	51,4%
No aplica	19488	21304	40792	47,8%	52,2%
Otras Étnias	2	2	4	50,0%	50,0%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Cauca</i>	63349	68511	131860	48,0%	52,0%
Afrodescendiente	1726	1844	3570	48,3%	51,7%
Indígenas	13423	14171	27594	48,6%	51,4%
Negritudes	9516	11043	20559	46,3%	53,7%
No aplica	38023	40779	78802	48,3%	51,7%
Otras Étnias	629	650	1279	49,2%	50,8%
Palenquero	3	4	7	42,9%	57,1%
Raizales	17	14	31	54,8%	45,2%
Rom	12	6	18	66,7%	33,3%
<i>Total Cesar</i>	66516	72230	138746	47,9%	52,1%
Afrodescendiente	942	1013	1955	48,2%	51,8%
Indígenas	2933	3342	6275	46,7%	53,3%
Negritudes	2528	2856	5384	47,0%	53,0%
No aplica	60097	64994	125091	48,0%	52,0%
Otras Étnias	14	22	36	38,9%	61,1%
Palenquero	1	1	2	50,0%	50,0%
Raizales	0	2	2	0,0%	100,0%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Chocó</i>	35675	37633	73308	48,7%	51,3%
Afrodescendiente	4437	4920	9357	47,4%	52,6%
Indígenas	9982	10184	20166	49,5%	50,5%
Negritudes	12461	13601	26062	47,8%	52,2%
No aplica	8704	8815	17519	49,7%	50,3%
Otras Étnias	91	112	203	44,8%	55,2%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Córdoba</i>	88068	98030	186098	47,3%	52,7%
Afrodescendiente	621	675	1296	47,9%	52,1%
Indígenas	6896	7769	14665	47,0%	53,0%
Negritudes	1729	1947	3676	47,0%	53,0%



No aplica	78807	87627	166434	47,4%	52,6%
Otras Étnias	6	6	12	50,0%	50,0%
Palenquero	2	0	2	100,0%	0,0%
Raizales	7	5	12	58,3%	41,7%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Cundinamarca</i>	120989	130164	251153	48,2%	51,8%
Afrodescendiente	122	109	231	52,8%	47,2%
Indígenas	200	241	441	45,4%	54,6%
Negritudes	122	151	273	44,7%	55,3%
No aplica	120538	129655	250193	48,2%	51,8%
Otras Étnias	6	6	12	50,0%	50,0%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Raizales	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Guainía</i>	3148	3350	6498	48,4%	51,6%
Afrodescendiente	3	5	8	37,5%	62,5%
Indígenas	2216	2340	4556	48,6%	51,4%
Negritudes	11	9	20	55,0%	45,0%
No aplica	914	992	1906	48,0%	52,0%
Otras Étnias	4	4	8	50,0%	50,0%
<i>Total Guajira</i>	64128	69133	133261	48,1%	51,9%
Afrodescendiente	569	627	1196	47,6%	52,4%
Indígenas	31510	34112	65622	48,0%	52,0%
Negritudes	798	838	1636	48,8%	51,2%
No aplica	31246	33552	64798	48,2%	51,8%
Otras Étnias	1	3	4	25,0%	75,0%
Raizales	3	1	4	75,0%	25,0%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Guaviare</i>	5257	5623	10880	48,3%	51,7%
Afrodescendiente	27	42	69	39,1%	60,9%
Indígenas	773	811	1584	48,8%	51,2%
Negritudes	62	67	129	48,1%	51,9%
No aplica	4394	4698	9092	48,3%	51,7%
Otras Étnias	1	5	6	16,7%	83,3%
<i>Total Huila</i>	54532	58617	113149	48,2%	51,8%
Afrodescendiente	29	30	59	49,2%	50,8%
Indígenas	645	753	1398	46,1%	53,9%
Negritudes	51	77	128	39,8%	60,2%
No aplica	53800	57748	111548	48,2%	51,8%
Otras Étnias	7	8	15	46,7%	53,3%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Magdalena</i>	79013	87837	166850	47,4%	52,6%
Afrodescendiente	955	1142	2097	45,5%	54,5%
Indígenas	1189	1618	2807	42,4%	57,6%
Negritudes	1672	2040	3712	45,0%	55,0%

No aplica	75190	83027	158217	47,5%	52,5%
Otras Étnias	4	3	7	57,1%	42,9%
Palenquero	0	2	2	0,0%	100,0%
Raizales	3	5	8	37,5%	62,5%
<i>Total Meta</i>	<i>47823</i>	<i>52084</i>	<i>99907</i>	<i>47,9%</i>	<i>52,1%</i>
Afrodescendiente	64	71	135	47,4%	52,6%
Indígenas	1479	1530	3009	49,2%	50,8%
Negritudes	139	138	277	50,2%	49,8%
No aplica	46115	50325	96440	47,8%	52,2%
Otras Étnias	6	6	12	50,0%	50,0%
Palenquero	0	2	2	0,0%	100,0%
Raizales	19	11	30	63,3%	36,7%
Rom	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Nariño</i>	<i>65527</i>	<i>70856</i>	<i>136383</i>	<i>48,0%</i>	<i>52,0%</i>
Afrodescendiente	1233	1249	2482	49,7%	50,3%
Indígenas	8212	8906	17118	48,0%	52,0%
Negritudes	13586	15090	28676	47,4%	52,6%
No aplica	42480	45592	88072	48,2%	51,8%
Otras Étnias	14	17	31	45,2%	54,8%
Palenquero	2	1	3	66,7%	33,3%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Norte de Santander</i>	<i>68342</i>	<i>74264</i>	<i>142606</i>	<i>47,9%</i>	<i>52,1%</i>
Afrodescendiente	25	29	54	46,3%	53,7%
Indígenas	250	267	517	48,4%	51,6%
Negritudes	28	43	71	39,4%	60,6%
No aplica	68037	73921	141958	47,9%	52,1%
Otras Étnias	1	3	4	25,0%	75,0%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Putumayo</i>	<i>16296</i>	<i>17373</i>	<i>33669</i>	<i>48,4%</i>	<i>51,6%</i>
Afrodescendiente	81	85	166	48,8%	51,2%
Indígenas	2398	2380	4778	50,2%	49,8%
Negritudes	272	264	536	50,7%	49,3%
No aplica	13530	14629	28159	48,0%	52,0%
Otras Étnias	14	11	25	56,0%	44,0%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Raizales	0	2	2	0,0%	100,0%
Rom	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Quindío</i>	<i>17681</i>	<i>18431</i>	<i>36112</i>	<i>49,0%</i>	<i>51,0%</i>
Afrodescendiente	58	46	104	55,8%	44,2%
Indígenas	124	149	273	45,4%	54,6%
Negritudes	69	72	141	48,9%	51,1%
No aplica	17430	18160	35590	49,0%	51,0%
Otras Étnias	0	1	1	0,0%	100,0%

Raizales	0	2	2	0,0%	100,0%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Risaralda</i>	35521	37482	73003	48,7%	51,3%
Afrodescendiente	331	322	653	50,7%	49,3%
Indígenas	2385	2348	4733	50,4%	49,6%
Negritudes	385	412	797	48,3%	51,7%
No aplica	32418	34398	66816	48,5%	51,5%
Otras Étnias	1	0	1	100,0%	0,0%
Raizales	1	2	3	33,3%	66,7%
<i>Total Santander</i>	87667	94115	181782	48,2%	51,8%
Afrodescendiente	44	64	108	40,7%	59,3%
Indígenas	123	146	269	45,7%	54,3%
Negritudes	89	111	200	44,5%	55,5%
No aplica	87398	93789	181187	48,2%	51,8%
Otras Étnias	1	3	4	25,0%	75,0%
Palenquero	2	0	2	100,0%	0,0%
Rom	10	2	12	83,3%	16,7%
<i>Total Sucre</i>	47643	52760	100403	47,5%	52,5%
Afrodescendiente	1964	2112	4076	48,2%	51,8%
Indígenas	3765	4340	8105	46,5%	53,5%
Negritudes	1568	1804	3372	46,5%	53,5%
No aplica	40329	44496	84825	47,5%	52,5%
Otras Étnias	0	4	4	0,0%	100,0%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
Raizales	16	4	20	80,0%	20,0%
<i>Total Tolima</i>	58291	64207	122498	47,6%	52,4%
Afrodescendiente	32	22	54	59,3%	40,7%
Indígenas	1761	1931	3692	47,7%	52,3%
Negritudes	29	52	81	35,8%	64,2%
No aplica	56459	62186	118645	47,6%	52,4%
Otras Étnias	7	13	20	35,0%	65,0%
Palenquero	2	0	2	100,0%	0,0%
Rom	1	3	4	25,0%	75,0%
<i>Total Valle del Cauca</i>	159519	168445	327964	48,6%	51,4%
Afrodescendiente	10391	10328	20719	50,2%	49,8%
Indígenas	1523	1758	3281	46,4%	53,6%
Negritudes	13023	13907	26930	48,4%	51,6%
No aplica	134523	142393	276916	48,6%	51,4%
Otras Étnias	49	41	90	54,4%	45,6%
Palenquero	2	1	3	66,7%	33,3%
Raizales	6	14	20	30,0%	70,0%
Rom	2	3	5	40,0%	60,0%
<i>Total Vaupés</i>	2449	2493	4942	49,6%	50,4%
Afrodescendiente	2	2	4	50,0%	50,0%

Indígenas	1890	1909	3799	49,7%	50,3%
Negritudes	7	3	10	70,0%	30,0%
No aplica	443	479	922	48,0%	52,0%
Otras Étnias	107	99	206	51,9%	48,1%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Vichada</i>	6154	6722	12876	47,8%	52,2%
Afrodescendiente	10	5	15	66,7%	33,3%
Indígenas	3792	4119	7911	47,9%	52,1%
Negritudes	5	17	22	22,7%	77,3%
No aplica	2347	2581	4928	47,6%	52,4%
<b>Total Nivel Secundaria</b>	1709312	1752479	3461791	49,4%	50,6%
<i>Total Amazonas</i>	3389	3607	6996	48,4%	51,6%
Afrodescendiente	0	1	1	0,0%	100,0%
Indígenas	1453	1635	3088	47,1%	52,9%
Negritudes	5	9	14	35,7%	64,3%
No aplica	1922	1955	3877	49,6%	50,4%
Otras Étnias	9	3	12	75,0%	25,0%
Rom	0	4	4	0,0%	100,0%
<i>Total Antioquia</i>	229980	231377	461357	49,8%	50,2%
Afrodescendiente	7576	7183	14759	51,3%	48,7%
Indígenas	1595	1874	3469	46,0%	54,0%
Negritudes	4257	4215	8472	50,2%	49,8%
No aplica	216537	218085	434622	49,8%	50,2%
Otras Étnias	2	4	6	33,3%	66,7%
Palenquero	1	4	5	20,0%	80,0%
Raizales	9	6	15	60,0%	40,0%
Rom	3	6	9	33,3%	66,7%
<i>Total Arauca</i>	11159	11265	22424	49,8%	50,2%
Afrodescendiente	90	75	165	54,5%	45,5%
Indígenas	154	225	379	40,6%	59,4%
Negritudes	48	56	104	46,2%	53,8%
No aplica	10865	10908	21773	49,9%	50,1%
Raizales	2	1	3	66,7%	33,3%
<i>Total Archipiélago De San Andres, Providencia Y Santa Catalina</i>	1884	2007	3891	48,4%	51,6%
Afrodescendiente	132	169	301	43,9%	56,1%
Negritudes	623	646	1269	49,1%	50,9%
No aplica	781	774	1555	50,2%	49,8%
Otras Étnias	47	67	114	41,2%	58,8%
Raizales	301	351	652	46,2%	53,8%
<i>Total Atlántico</i>	86329	90922	177251	48,7%	51,3%
Afrodescendiente	973	972	1945	50,0%	50,0%
Indígenas	462	534	996	46,4%	53,6%
Negritudes	1779	1929	3708	48,0%	52,0%

No aplica	83082	87430	170512	48,7%	51,3%
Otras Étnias	29	44	73	39,7%	60,3%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
Raizales	3	13	16	18,8%	81,3%
<i>Total Bolívar</i>	84540	87154	171694	49,2%	50,8%
Afrodescendiente	625	601	1226	51,0%	49,0%
Indígenas	186	184	370	50,3%	49,7%
Negritudes	3932	4154	8086	48,6%	51,4%
No aplica	79686	82120	161806	49,2%	50,8%
Otras Étnias	106	87	193	54,9%	45,1%
Palenquero	3	3	6	50,0%	50,0%
Raizales	2	5	7	28,6%	71,4%
<i>Total Boyacá</i>	44204	47404	91608	48,3%	51,7%
Afrodescendiente	13	17	30	43,3%	56,7%
Indígenas	68	100	168	40,5%	59,5%
Negritudes	40	56	96	41,7%	58,3%
No aplica	44082	47230	91312	48,3%	51,7%
Otras Étnias	1	0	1	100,0%	0,0%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Caldas</i>	30240	31148	61388	49,3%	50,7%
Afrodescendiente	134	127	261	51,3%	48,7%
Indígenas	1630	1759	3389	48,1%	51,9%
Negritudes	350	340	690	50,7%	49,3%
No aplica	28109	28905	57014	49,3%	50,7%
Otras Étnias	16	15	31	51,6%	48,4%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Raizales	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Capital Bogotá, D.C.</i>	212801	221065	433866	49,0%	51,0%
Afrodescendiente	115	96	211	54,5%	45,5%
Indígenas	665	703	1368	48,6%	51,4%
Negritudes	807	868	1675	48,2%	51,8%
No aplica	211154	219360	430514	49,0%	51,0%
Otras Étnias	18	11	29	62,1%	37,9%
Raizales	42	24	66	63,6%	36,4%
Rom	0	3	3	0,0%	100,0%
<i>Total Caquetá</i>	17260	17085	34345	50,3%	49,7%
Afrodescendiente	25	16	41	61,0%	39,0%
Indígenas	266	255	521	51,1%	48,9%
Negritudes	72	62	134	53,7%	46,3%
No aplica	16892	16746	33638	50,2%	49,8%
Otras Étnias	2	4	6	33,3%	66,7%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
Rom	2	2	4	50,0%	50,0%
<i>Total Casanare</i>	17084	17335	34419	49,6%	50,4%

Afrodescendiente	25	19	44	56,8%	43,2%
Indígenas	281	278	559	50,3%	49,7%
Negritudes	65	68	133	48,9%	51,1%
No aplica	16711	16969	33680	49,6%	50,4%
Otras Étnias	1	1	2	50,0%	50,0%
Palenquero	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Cauca</i>	53534	52732	106266	50,4%	49,6%
Afrodescendiente	886	817	1703	52,0%	48,0%
Indígenas	10262	10021	20283	50,6%	49,4%
Negritudes	8544	8558	17102	50,0%	50,0%
No aplica	33704	33218	66922	50,4%	49,6%
Otras Étnias	132	106	238	55,5%	44,5%
Raizales	3	10	13	23,1%	76,9%
Rom	3	2	5	60,0%	40,0%
<i>Total Cesar</i>	46802	48228	95030	49,2%	50,8%
Afrodescendiente	811	873	1684	48,2%	51,8%
Indígenas	1229	1383	2612	47,1%	52,9%
Negritudes	1905	1939	3844	49,6%	50,4%
No aplica	42853	44024	86877	49,3%	50,7%
Otras Étnias	3	7	10	30,0%	70,0%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Raizales	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Chocó</i>	20295	20610	40905	49,6%	50,4%
Afrodescendiente	3144	2915	6059	51,9%	48,1%
Indígenas	2517	3566	6083	41,4%	58,6%
Negritudes	10260	10270	20530	50,0%	50,0%
No aplica	4369	3853	8222	53,1%	46,9%
Otras Étnias	5	6	11	45,5%	54,5%
<i>Total Córdoba</i>	70496	73289	143785	49,0%	51,0%
Afrodescendiente	526	516	1042	50,5%	49,5%
Indígenas	5492	6116	11608	47,3%	52,7%
Negritudes	1392	1585	2977	46,8%	53,2%
No aplica	63065	65051	128116	49,2%	50,8%
Otras Étnias	3	1	4	75,0%	25,0%
Palenquero	2	0	2	100,0%	0,0%
Raizales	16	19	35	45,7%	54,3%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Cundinamarca</i>	105283	110501	215784	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	109	92	201	54,2%	45,8%
Indígenas	314	282	596	52,7%	47,3%
Negritudes	170	167	337	50,4%	49,6%
No aplica	104677	109943	214620	48,8%	51,2%
Otras Étnias	9	12	21	42,9%	57,1%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%

Raizales	4	3	7	57,1%	42,9%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Guainía</i>	1661	1908	3569	46,5%	53,5%
Afrodescendiente	1	3	4	25,0%	75,0%
Indígenas	1090	1345	2435	44,8%	55,2%
Negritudes	5	6	11	45,5%	54,5%
No aplica	564	553	1117	50,5%	49,5%
Otras Étnias	0	1	1	0,0%	100,0%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Guajira</i>	34797	34730	69527	50,0%	50,0%
Afrodescendiente	555	641	1196	46,4%	53,6%
Indígenas	12636	12783	25419	49,7%	50,3%
Negritudes	692	678	1370	50,5%	49,5%
No aplica	20910	20625	41535	50,3%	49,7%
Otras Étnias	3	3	6	50,0%	50,0%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Guaviare</i>	3639	3795	7434	49,0%	51,0%
Afrodescendiente	27	35	62	43,5%	56,5%
Indígenas	233	263	496	47,0%	53,0%
Negritudes	88	71	159	55,3%	44,7%
No aplica	3291	3425	6716	49,0%	51,0%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Huila</i>	45486	45087	90573	50,2%	49,8%
Afrodescendiente	14	29	43	32,6%	67,4%
Indígenas	496	465	961	51,6%	48,4%
Negritudes	101	103	204	49,5%	50,5%
No aplica	44872	44490	89362	50,2%	49,8%
Otras Étnias	3	0	3	100,0%	0,0%
<i>Total Magdalena</i>	61212	63101	124313	49,2%	50,8%
Afrodescendiente	874	917	1791	48,8%	51,2%
Indígenas	484	679	1163	41,6%	58,4%
Negritudes	1711	1789	3500	48,9%	51,1%
No aplica	58137	59712	117849	49,3%	50,7%
Otras Étnias	4	3	7	57,1%	42,9%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Raizales	2	0	2	100,0%	0,0%
<i>Total Meta</i>	38577	40972	79549	48,5%	51,5%
Afrodescendiente	49	51	100	49,0%	51,0%
Indígenas	567	830	1397	40,6%	59,4%
Negritudes	189	215	404	46,8%	53,2%
No aplica	37761	39873	77634	48,6%	51,4%
Otras Étnias	8	2	10	80,0%	20,0%
Palenquero	3	0	3	100,0%	0,0%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%



<i>Total Nariño</i>	56724	56135	112859	50,3%	49,7%
Afrodescendiente	314	311	625	50,2%	49,8%
Indígenas	5852	5897	11749	49,8%	50,2%
Negritudes	11484	10990	22474	51,1%	48,9%
No aplica	39054	38922	77976	50,1%	49,9%
Otras Étnias	20	14	34	58,8%	41,2%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Norte de Santander</i>	57484	56308	113792	50,5%	49,5%
Afrodescendiente	13	22	35	37,1%	62,9%
Indígenas	98	119	217	45,2%	54,8%
Negritudes	52	53	105	49,5%	50,5%
No aplica	57319	56110	113429	50,5%	49,5%
Otras Étnias	0	3	3	0,0%	100,0%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Rom	2	0	2	100,0%	0,0%
<i>Total Putumayo</i>	14184	14266	28450	49,9%	50,1%
Afrodescendiente	61	72	133	45,9%	54,1%
Indígenas	2204	2239	4443	49,6%	50,4%
Negritudes	412	431	843	48,9%	51,1%
No aplica	11495	11516	23011	50,0%	50,0%
Otras Étnias	11	8	19	57,9%	42,1%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Quindío</i>	17321	17949	35270	49,1%	50,9%
Afrodescendiente	44	63	107	41,1%	58,9%
Indígenas	115	127	242	47,5%	52,5%
Negritudes	115	125	240	47,9%	52,1%
No aplica	17047	17633	34680	49,2%	50,8%
Otras Étnias	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Risaralda</i>	32320	33888	66208	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	345	274	619	55,7%	44,3%
Indígenas	1001	1382	2383	42,0%	58,0%
Negritudes	498	539	1037	48,0%	52,0%
No aplica	30474	31691	62165	49,0%	51,0%
Otras Étnias	2	0	2	100,0%	0,0%
Raizales	0	2	2	0,0%	100,0%
<i>Total Santander</i>	75434	78157	153591	49,1%	50,9%
Afrodescendiente	32	42	74	43,2%	56,8%
Indígenas	75	75	150	50,0%	50,0%
Negritudes	205	191	396	51,8%	48,2%
No aplica	75114	77843	152957	49,1%	50,9%
Otras Étnias	6	2	8	75,0%	25,0%
Palenquero	1	1	2	50,0%	50,0%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
Rom	1	2	3	33,3%	66,7%

<i>Total Sucre</i>	35641	37229	72870	48,9%	51,1%
Afrodescendiente	1329	1292	2621	50,7%	49,3%
Indígenas	3864	4402	8266	46,7%	53,3%
Negritudes	1120	1107	2227	50,3%	49,7%
No aplica	29327	30424	59751	49,1%	50,9%
Otras Étnias	1	4	5	20,0%	80,0%
<i>Total Tolima</i>	49592	51551	101143	49,0%	51,0%
Afrodescendiente	16	16	32	50,0%	50,0%
Indígenas	1450	1493	2943	49,3%	50,7%
Negritudes	63	73	136	46,3%	53,7%
No aplica	48050	49945	97995	49,0%	51,0%
Otras Étnias	12	24	36	33,3%	66,7%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Valle del Cauca</i>	146453	147591	294044	49,8%	50,2%
Afrodescendiente	8522	7775	16297	52,3%	47,7%
Indígenas	1074	1093	2167	49,6%	50,4%
Negritudes	15582	15146	30728	50,7%	49,3%
No aplica	121171	123487	244658	49,5%	50,5%
Otras Étnias	55	42	97	56,7%	43,3%
Raizales	44	44	88	50,0%	50,0%
Rom	5	4	9	55,6%	44,4%
<i>Total Vaupés</i>	1367	1472	2839	48,2%	51,8%
Afrodescendiente	2	3	5	40,0%	60,0%
Indígenas	1142	1177	2319	49,2%	50,8%
Negritudes	5	6	11	45,5%	54,5%
No aplica	197	268	465	42,4%	57,6%
Otras Étnias	21	18	39	53,8%	46,2%
<i>Total Vichada</i>	2140	2611	4751	45,0%	55,0%
Afrodescendiente	9	7	16	56,3%	43,8%
Indígenas	858	1213	2071	41,4%	58,6%
Negritudes	9	14	23	39,1%	60,9%
No aplica	1264	1377	2641	47,9%	52,1%
<b>Total Transición</b>	<b>355838</b>	<b>373878</b>	<b>729716</b>	<b>48,8%</b>	<b>51,2%</b>
<i>Total Amazonas</i>	805	833	1638	49,1%	50,9%
Indígenas	330	359	689	47,9%	52,1%
No aplica	475	474	949	50,1%	49,9%
<i>Total Antioquia</i>	39010	40898	79908	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	1092	1028	2120	51,5%	48,5%
Indígenas	331	349	680	48,7%	51,3%
Negritudes	198	234	432	45,8%	54,2%
No aplica	37389	39287	76676	48,8%	51,2%
<i>Total Arauca</i>	2620	2729	5349	49,0%	51,0%
Afrodescendiente	5	8	13	38,5%	61,5%
Indígenas	143	155	298	48,0%	52,0%

Negritudes	1	2	3	33,3%	66,7%
No aplica	2471	2564	5035	49,1%	50,9%
<i>Total Archipiélago De San Andres, Providencia Y Santa Catalina</i>					
	426	426	852	50,0%	50,0%
Afrodescendiente	16	11	27	59,3%	40,7%
Indígenas	0	2	2	0,0%	100,0%
Negritudes	52	62	114	45,6%	54,4%
No aplica	242	235	477	50,7%	49,3%
Raizales	116	116	232	50,0%	50,0%
<i>Total Atlántico</i>	19525	20169	39694	49,2%	50,8%
Afrodescendiente	161	225	386	41,7%	58,3%
Indígenas	49	46	95	51,6%	48,4%
Negritudes	264	294	558	47,3%	52,7%
No aplica	19051	19604	38655	49,3%	50,7%
<i>Total Bolívar</i>	20807	22107	42914	48,5%	51,5%
Afrodescendiente	211	208	419	50,4%	49,6%
Indígenas	22	13	35	62,9%	37,1%
Negritudes	444	490	934	47,5%	52,5%
No aplica	20126	21390	41516	48,5%	51,5%
Otras Étnias	4	5	9	44,4%	55,6%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Boyacá</i>	8521	9009	17530	48,6%	51,4%
Afrodescendiente	1	1	2	50,0%	50,0%
Indígenas	55	47	102	53,9%	46,1%
Negritudes	6	0	6	100,0%	0,0%
No aplica	8459	8960	17419	48,6%	51,4%
Raizales	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Caldas</i>	5192	5337	10529	49,3%	50,7%
Afrodescendiente	4	9	13	30,8%	69,2%
Indígenas	261	274	535	48,8%	51,2%
Negritudes	44	34	78	56,4%	43,6%
No aplica	4880	5017	9897	49,3%	50,7%
Raizales	3	3	6	50,0%	50,0%
<i>Total Capital Bogotá, D.C.</i>	42057	43314	85371	49,3%	50,7%
Afrodescendiente	27	27	54	50,0%	50,0%
Indígenas	92	90	182	50,5%	49,5%
Negritudes	32	26	58	55,2%	44,8%
No aplica	41904	43169	85073	49,3%	50,7%
Raizales	2	1	3	66,7%	33,3%
Rom	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Caquetá</i>	3900	4095	7995	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	0	4	4	0,0%	100,0%
Indígenas	72	58	130	55,4%	44,6%
Negritudes	5	1	6	83,3%	16,7%

No aplica	3823	4032	7855	48,7%	51,3%
<i>Total Casanare</i>	3650	3824	7474	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	5	3	8	62,5%	37,5%
Indígenas	71	92	163	43,6%	56,4%
Negritudes	1	0	1	100,0%	0,0%
No aplica	3573	3729	7302	48,9%	51,1%
<i>Total Cauca</i>	10882	11271	22153	49,1%	50,9%
Afrodescendiente	367	370	737	49,8%	50,2%
Indígenas	2193	2370	4563	48,1%	51,9%
Negritudes	1325	1297	2622	50,5%	49,5%
No aplica	6985	7219	14204	49,2%	50,8%
Otras Étnias	3	2	5	60,0%	40,0%
Palenquero	3	1	4	75,0%	25,0%
Raizales	5	11	16	31,3%	68,8%
Rom	1	1	2	50,0%	50,0%
<i>Total Cesar</i>	12388	12977	25365	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	338	341	679	49,8%	50,2%
Indígenas	439	456	895	49,1%	50,9%
Negritudes	244	280	524	46,6%	53,4%
No aplica	11366	11900	23266	48,9%	51,1%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Chocó</i>	5874	6093	11967	49,1%	50,9%
Afrodescendiente	624	701	1325	47,1%	52,9%
Indígenas	1434	1434	2868	50,0%	50,0%
Negritudes	1690	1808	3498	48,3%	51,7%
No aplica	2126	2149	4275	49,7%	50,3%
Otras Étnias	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Córdoba</i>	16352	17423	33775	48,4%	51,6%
Afrodescendiente	120	133	253	47,4%	52,6%
Indígenas	907	1021	1928	47,0%	53,0%
Negritudes	206	278	484	42,6%	57,4%
No aplica	15119	15990	31109	48,6%	51,4%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Cundinamarca</i>	20555	21726	42281	48,6%	51,4%
Afrodescendiente	16	14	30	53,3%	46,7%
Indígenas	19	26	45	42,2%	57,8%
Negritudes	7	10	17	41,2%	58,8%
No aplica	20513	21676	42189	48,6%	51,4%
<i>Total Guainía</i>	556	578	1134	49,0%	51,0%
Afrodescendiente	1	0	1	100,0%	0,0%
Indígenas	378	395	773	48,9%	51,1%
Negritudes	0	2	2	0,0%	100,0%
No aplica	177	181	358	49,4%	50,6%
<i>Total Guajira</i>	11677	12835	24512	47,6%	52,4%

Afrodescendiente	88	82	170	51,8%	48,2%
Indígenas	5031	5741	10772	46,7%	53,3%
Negritudes	83	77	160	51,9%	48,1%
No aplica	6475	6935	13410	48,3%	51,7%
<i>Total Guaviare</i>	664	695	1359	48,9%	51,1%
Afrodescendiente	1	3	4	25,0%	75,0%
Indígenas	63	74	137	46,0%	54,0%
Negritudes	2	0	2	100,0%	0,0%
No aplica	598	618	1216	49,2%	50,8%
<i>Total Huila</i>	10057	10387	20444	49,2%	50,8%
Afrodescendiente	5	2	7	71,4%	28,6%
Indígenas	117	103	220	53,2%	46,8%
Negritudes	5	4	9	55,6%	44,4%
No aplica	9930	10278	20208	49,1%	50,9%
<i>Total Magdalena</i>	14985	16240	31225	48,0%	52,0%
Afrodescendiente	399	409	808	49,4%	50,6%
Indígenas	180	243	423	42,6%	57,4%
Negritudes	180	213	393	45,8%	54,2%
No aplica	14226	15375	29601	48,1%	51,9%
<i>Total Meta</i>	7996	8536	16532	48,4%	51,6%
Afrodescendiente	9	8	17	52,9%	47,1%
Indígenas	98	100	198	49,5%	50,5%
Negritudes	4	5	9	44,4%	55,6%
No aplica	7885	8423	16308	48,4%	51,6%
<i>Total Nariño</i>	9654	10324	19978	48,3%	51,7%
Afrodescendiente	324	517	841	38,5%	61,5%
Indígenas	1140	1282	2422	47,1%	52,9%
Negritudes	659	751	1410	46,7%	53,3%
No aplica	7531	7774	15305	49,2%	50,8%
<i>Total Norte de Santander</i>	11902	12672	24574	48,4%	51,6%
Afrodescendiente	3	5	8	37,5%	62,5%
Indígenas	36	32	68	52,9%	47,1%
Negritudes	0	1	1	0,0%	100,0%
No aplica	11863	12634	24497	48,4%	51,6%
<i>Total Putumayo</i>	2755	2766	5521	49,9%	50,1%
Afrodescendiente	5	7	12	41,7%	58,3%
Indígenas	327	339	666	49,1%	50,9%
Negritudes	14	19	33	42,4%	57,6%
No aplica	2409	2400	4809	50,1%	49,9%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
<i>Total Quindío</i>	2984	3193	6177	48,3%	51,7%
Afrodescendiente	6	3	9	66,7%	33,3%
Indígenas	17	14	31	54,8%	45,2%
Negritudes	4	5	9	44,4%	55,6%

No aplica	2957	3171	6128	48,3%	51,7%
<i>Total Risaralda</i>	6102	6221	12323	49,5%	50,5%
Afrodescendiente	31	40	71	43,7%	56,3%
Indígenas	316	320	636	49,7%	50,3%
Negritudes	31	30	61	50,8%	49,2%
No aplica	5724	5831	11555	49,5%	50,5%
<i>Total Santander</i>	16038	16672	32710	49,0%	51,0%
Afrodescendiente	6	4	10	60,0%	40,0%
Indígenas	10	18	28	35,7%	64,3%
Negritudes	3	5	8	37,5%	62,5%
No aplica	16019	16645	32664	49,0%	51,0%
<i>Total Sucre</i>	10389	11127	21516	48,3%	51,7%
Afrodescendiente	587	637	1224	48,0%	52,0%
Indígenas	555	588	1143	48,6%	51,4%
Negritudes	274	295	569	48,2%	51,8%
No aplica	8972	9607	18579	48,3%	51,7%
Raizales	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Tolima</i>	9836	10428	20264	48,5%	51,5%
Afrodescendiente	1	0	1	100,0%	0,0%
Indígenas	219	274	493	44,4%	55,6%
Negritudes	2	3	5	40,0%	60,0%
No aplica	9613	10151	19764	48,6%	51,4%
Rom	1	0	1	100,0%	0,0%
<i>Total Valle del Cauca</i>	26669	27973	54642	48,8%	51,2%
Afrodescendiente	1693	1804	3497	48,4%	51,6%
Indígenas	204	241	445	45,8%	54,2%
Negritudes	1179	1268	2447	48,2%	51,8%
No aplica	23593	24653	48246	48,9%	51,1%
Palenquero	0	1	1	0,0%	100,0%
Rom	0	6	6	0,0%	100,0%
<i>Total Vaupés</i>	249	238	487	51,1%	48,9%
Indígenas	172	171	343	50,1%	49,9%
No aplica	77	67	144	53,5%	46,5%
<i>Total Vichada</i>	761	762	1523	50,0%	50,0%
Afrodescendiente	2	4	6	33,3%	66,7%
Indígenas	388	400	788	49,2%	50,8%
Negritudes	3	0	3	100,0%	0,0%
No aplica	368	358	726	50,7%	49,3%
<b>Total general</b>	<b>4975621</b>	<b>5129076</b>	<b>1E+07</b>	<b>49,2%</b>	<b>50,8%</b>

Fuente: SIMAT, Matrícula oficial 2018, Ministerio de Educación Nacional

**Formación continua de los docentes y educadores**

<b>Año</b>	<b>Actividad</b>	<b>N°. total de educadores</b>	<b>No de educadores que han participado en programas de formación continua</b>	<b>Porcentaje de educadores que han participado en programas de formación continua</b>	<b>No. total de Establecimientos</b>	<b>Establecimientos que participan en programas de formación continua y de innovación educativa</b>	<b>Porcentaje de EE que han participado en programas de formación continua</b>
<b>2017</b>	<b>Formación Continua. Cursos Evaluación con Carácter Diagnóstico Formativa (Cohorte I)</b>	<b>329553</b>	<b>8108</b>	<b>2,5</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>
<b>2018</b>	Formación y acompañamiento situado a través del programa PTA		85.038			4.156	
<b>2018</b>	Docentes formados Programa Colombia Bilingüe		2.368			1.134	
<b>2018</b>	<b>Total docentes participando en procesos de formación continua vigencia 2018</b>	<b>330.625</b>	<b>87.406</b>	<b>26,44%</b>	<b>9.813</b>	<b>4.156</b>	<b>42,35%</b>
<b>2019</b>	Formación Continua. Cursos Evaluación con Carácter Diagnóstico Formativa (Cohorte II)		5.301			No disponible	
<b>2019</b>	Estrategia de formación y experimentación pedagógica de los Pueblos		300			22	



	Wayuu, Wiwa y Kogui.						
2019	Dipolamado DUA : Hacia la trasnformaci ón de ambientes pedagógicos		436			No disponible	
2019	Docentes formados Programa Nacional de Bilingüismo		1.735			821	
2019	Formación y acompañami ento situado a través del programa PTA		83.648			4.178	
2019	<b>Total docentes participando en procesos de formación continua vigencia 2019</b>	<b>327.994</b>	<b>91.420</b>	<b>27,87%</b>	<b>9.792</b>	<b>4.178</b>	<b>42,67%</b>

Fuente: Dirección de Calidad de Educación Preescolar, Básica y Media, Ministerio de Educación Nacional

#### Porcentaje de Matrícula que reporta algún tipo de discapacidad

Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Estrategia de Aceleración del Aprendizaje (educación básica primaria)
96,98%	96,55%	92,82%	85,35%	99,07%

#### Porcentaje de Matrícula que reporta tener talentos excepcionales

Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Estrategia de Aceleración para el Aprendizaje (educación básica primaria)
245	3862	5424	2814	38
7208	102620	71428	18660	2808
3,40%	3,76%	7,59%	15,08%	1,35%

Fuente: SIMAT, Matrícula definitiva vigencia 2018, Ministerio de Educación Nacional

### Máximo nivel educativo alcanzado según etnia

Edades	Cabecera Municipal Total	Cabecera Municipal Masculino	Cabecera Municipal Femenino	Resto Total	Resto Masculino	Resto Femenino
10 a 14	43,60%	43,19%	44,01%	56,40%	56,81%	55,99%
15 a 19	46,60%	45,88%	47,34%	53,40%	54,12%	52,66%
20 a 24	50,02%	49,05%	50,98%	49,98%	50,95%	49,02%
5 a 9	41,07%	40,82%	47,87%	58,93%	59,18%	58,67%
Total	45,21%	55,39%	45,83%	54,79%	55,39%	54,17%

### Proporción de población étnica en total del territorio por nivel educativo

Edades	Total Masculino	Preescolar Masculino	Básica primaria Masculino	Básica Secundaria Masculino	Media Masculino	Normalista Masculino	Técnica profesional o tecnológica Masculino	Universitario Masculino	Especialización, maestría, doctorado Masculino
10 a 14	51,03%	0,34%	53,82%	41,75%	0,57%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15 a 19	50,70%	0,11%	14,72%	42,04%	32,67%	0,47%	2,57%	3,38%	0,03%
20 a 24	49,77%	0,11%	14,62%	19,75%	41,06%	0,83%	8,53%	9,66%	0,23%
5 a 9	51,06%	23,50%	67,50%	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	50,66%	6,08%	38,32%	26,34%	17,86%	0,31%	2,59%	3,05%	0,06%

Edades	Total Femenino	Preescolar Femenino	Básica primaria Femenino	Básica Secundaria Femenino	Media Femenino	Normalista Femenino	Técnica profesional o tecnológica Femenino	Universitario Femenino	Especialización, maestría, doctorado Femenino
10 a 14	48,97%	0,27%	47,39%	48,28%	0,82%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15 a 19	49,30%	0,11%	10,80%	35,97%	39,22%	0,63%	4,53%	5,04%	0,04%
20 a 24	50,23%	0,09%	11,73%	15,61%	40,40%	0,95%	13,50%	12,69%	0,33%
5 a 9	48,94%	22,74%	68,60%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	49,34%	5,78%	34,88%	25,47%	19,78%	0,38%	4,32%	4,27%	0,09%

### Proporción de población étnica en cabecera municipal (urbano) por nivel educativo

Edades	Total Masculino	Preescolar Masculino	Básica primaria Masculino	Básica Secundaria Masculino	Media Masculino	Normalista Masculino	Técnica profesional o tecnológica Masculino	Universitario Masculino	Especialización, maestría, doctorado Masculino
10 a 14	50,55%	0,29%	48,15%	49,19%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15 a 19	49,91%	0,09%	8,38%	40,25%	39,13%	0,66%	3,72%	5,72%	0,05%
20 a 24	48,81%	0,08%	7,59%	16,51%	44,29%	0,97%	12,32%	15,31%	0,36%
5 a 9	50,75%	25,15%	70,26%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	49,99%	5,94%	32,63%	27,35%	21,60%	0,42%	4,04%	5,32%	0,10%

Edades	Total Femenino	Preescolar Femenino	Básica primaria Femenino	Básica Secundaria Femenino	Media Femenino	Normalista Femenino	Técnica profesional o tecnológica Femenino	Universitario Femenino	Especialización, maestría, doctorado Femenino
10 a 14	49,45%	0,22%	41,06%	56,46%	1,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15 a 19	50,09%	0,08%	4,54%	33,11%	45,56%	0,87%	6,24%	8,21%	0,06%
20 a 24	51,19%	0,07%	4,51%	11,99%	42,23%	1,06%	18,58%	19,39%	0,52%
5 a 9	49,25%	24,25%	71,56%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	50,01%	5,54%	28,66%	26,02%	23,40%	0,51%	6,50%	7,23%	0,15%

**Proporción de población étnica en resto municipal (rural) por nivel educativo**

Edades	Total Masculino	Preescolar Masculino	Básica primaria Masculino	Básica Secundaria Masculino	Media Masculino	Normalista Masculino	Técnica profesional o tecnológica Masculino	Universitario Masculino	Especialización, maestría, doctorado Masculino
10 a 14	51,39%	0,37%	58,13%	36,09%	0,39%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15 a 19	51,38%	0,14%	20,10%	43,56%	27,20%	0,30%	1,59%	1,39%	0,02%
20 a 24	50,74%	0,15%	21,38%	22,87%	37,95%	0,68%	4,88%	4,22%	0,10%
5 a 9	51,28%	22,36%	65,59%	0,15%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	51,22%	6,21%	42,91%	25,52%	14,85%	0,22%	1,41%	1,23%	0,03%

Edades	Total Femenino	Preescolar Femenino	Básica primaria Femenino	Básica Secundaria Femenino	Media Femenino	Normalista Femenino	Técnica profesional o tecnológica Femenino	Universitario Femenino	Especialización, maestría, doctorado Femenino
10 a 14	48,61%	0,32%	52,36%	41,84%	0,62%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15 a 19	48,62%	0,13%	16,43%	38,53%	33,51%	0,40%	2,99%	2,18%	0,02%
20 a 24	49,26%	0,12%	19,24%	19,37%	38,49%	0,84%	8,21%	5,73%	0,14%
5 a 9	48,72%	21,68%	66,52%	0,12%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	48,78%	5,99%	40,15%	25,01%	16,72%	0,28%	2,49%	1,76%	0,03%

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018



**RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

**PROYECTOS DE LEY TEMA EDUCACION LEGISLATURA 2019 - 2020**

**PROYECTOS DE LEY PENDIENTES SANCIÓN PRESIDENCIAL**

<b>P.L. Número:</b>	<b>401 de 2019 Cámara – 012 de 2018 Senado.</b>
<b>Título:</b>	<b>“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESCUELAS PARA PADRES Y MADRES EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PREESCOLAR, BÁSICA Y MEDIA DEL PAÍS, SE DEROGA LA LEY 1404 DE 2010 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.</b>
<b>Autores:</b>	<b>H.S.JOHN MILTON RODRÍGUEZ, H.S.EDUARDO PACHECO CUELLO, H.S. EDGARDO PALACIO MIZRAHI.</b> Radicado en Senado 20/julio/2018. Radicado en Cámara 19/junio/2019. Radicado en Comisión el 17/julio/2019.
<b>Ponente 1er y 2do. Debate en senado:</b>	<b>HS. AMANDA ROCIO GONZALEZ RODRIGUEZ.</b>
<b>Ponente 1er. Debate Cámara:</b>	<b>H.R. LUIS FERNANDO GÓMEZ.</b> <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 6 DE NOVIEMBRE DE 2019 - ACTA 020.
<b>Ponente 2do. Debate Cámara:</b>	<b>H.R. LUIS FERNANDO GÓMEZ.</b>
<b>Ponente: H. S.</b>	<b>AMANDA ROCIO GONZALEZ RODRIGUEZ</b>
<b>Gacetas:</b>	P.L. 548/18 y 573/18 nota 751/18, PPD SEN 62/19, PSD SEN 375/19, PPD 808/19, INFORME DE CONCILIACION GACETA 236/20.
<b>P.L. Número:</b>	<b>275 de 2019 Cámara – 144 de 2018 Senado.</b>
<b>Título:</b>	<b>“POR EL CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES ESPECIALES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR EN ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO”.</b>
<b>Autor:</b>	<b>H.Rs. JUANITA GOUBERTUS, JOSE DANIEL LOPEZ.</b> Radicado en Senado 17/septiembre/2018. Radicado en Cámara 17/octubre/2019. Radicado en Comisión el 23/octubre/2019.
<b>Ponente 1er y 2do. Debate en senado:</b>	<b>HS. HORACIO JOSÉ SERPA MONCADA.</b>
<b>Ponente 1er. Debate:</b>	<b>HR. WILMER LEAL PEREZ.</b> <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION VIRTUAL DEL DIA 10 DE JUNIO - ACTA 039
<b>Ponente 2do. Debate:</b>	<b>HR. WILMER LEAL PEREZ.</b>
<b>Gacetas:</b>	P.L. 716/18, PPD SEN 992/18, PSD SEN 1125/18, PPD 1227/19, INFORME SUBCOMISION 287/90, fe de erratas inf de subc. 318/20, PSD 356/20.
<b>P.L. Número:</b>	<b>232 de 2018 Cámara – 131 de 2019 Senado.</b>
<b>TÍTULO:</b>	<b>“POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN NORMAS PARA PROMOVER LA INSERCIÓN EDUCATIVA, LABORAL Y PRODUCTIVA DE LOS JÓVENES COLOMBIANOS Y SE MODIFICA EL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 101 DE 1993”.</b>
<b>Autores:</b>	<b>H.S.RICHARD ALFONSO AGUILAR VILLA, H.R.ERWIN ARIAS BETANCUR, H.R.JOSÉ DANIEL LÓPEZ JIMÉNEZ, H.R.DAVID ERNESTO PULIDO NOVOA, H.R.JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ, H.R.ELOY CHICHÍ QUINTERO ROMERO, H.R.MODESTO ENRIQUE AGUILERA VIDES.</b> Radicado en Cámara 25/X/2018. Radicado en Comisión el 9/XI/2018.
<b>Ponente:</b>	<b>H.R. OSWALDO ARCOS BENAVIDES.</b> <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 10 de junio de 2019 - ACTA 039



**RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

<b>Ponente 2do debate:</b> H.R. OSWALDO ARCOS BENAVIDES. <b>Ponente:</b> H. S. JOHN MOISES BESAILE FAYAD <b>Gacetas:</b> P.L. 906/18, PPD 137/19, INFORME MESA TRABAJO 448/19 Y ENMIENDA PPD 446/19, PSD 553/19, PPDS. 1190/19
<b>P.L. Número:</b> 179 de 2018 Cámara – 050 de 2019 Senado. <b>Título:</b> “POR LA CUAL SE CREA EL CONSEJO NACIONAL DE PLANEACIÓN LINGÜÍSTICA DE LA LENGUA DE SEÑAS Y SE UNIFICA EL LENGUAJE DE SEÑAS A NIVEL NACIONAL” <b>Autores:</b> H.R. CHRISTIAN MUNIR GARCÉS ALJURE, H.S. GABRIEL JAIME VELASCO OCAMPO Radicado en Cámara 26/IX/2018. Radicado en Comisión el 5/X/2018. <b>Ponente:</b> H.R. ESTEBAN QUINTERO CARDONA. <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 24 de abril de 2019 - ACTA 032 <b>Ponente 2do Debate:</b> H.R. ESTEBAN QUINTERO CARDONA. <b>Ponente :</b> H. S. RUBY HELENA CHAGUI SPATH <b>Gacetas:</b> P.L. 766/18, PPD 1080/18, enmienda total a la PPD 147/19, PSD 358/19, PPDS. 1156/19

**PROYECTOS DE LEY APROBADOS EN PRIMER DEBATE**

<b>P.L. Número:</b> 238 de 2019 Cámara. <b>Título:</b> “POR MEDIO DE LA CUAL SE ADICIONA UN PARÁGRAFO AL ARTÍCULO 29 DE LA LEY 1530 DE 2012, SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE LA CONVOCATORIA ESPECIAL PARA LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”. <b>Autores:</b> HRs. TERESA DE JESÚS ENRIQUEZ ROSERO, CHRISTIAN JOSE MORENO VILLAMIZAR, CARLOS MARIO FARELO DAZA, MÓNICA LILIANA VALENCIA MONTAÑA, MARTHA PATRICIA VILLALBA. Radicado en Cámara 17/septiembre/2019. Radicado en Comisión 03/diciembre/2019 <b>Ponente 1er. Debate Cámara:</b> HR. MARTHA VILLALBA. <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION VIRTUAL DEL DIA 10 DE JUNIO - ACTA 039 <b>Ponente 2do. Debate Cámara:</b> HR. MARTHA VILLALBA. Designada /junio/2020. Nota Interna No. 3.6- 280/2020 <b>Gacetas:</b> P.L. 906 /19, PPD 303/20
---

**PROYECTOS DE LEY REMITIDOS A PLENARIA DE CAMARA**

<b>P.L. Número:</b> 020 de 2019 Cámara. <b>Título:</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTIMULA EL ACCESO A ESTUDIOS EN EL EXTERIOR”. <b>Autor:</b> H.R. DAVID RICARDO RACERO MAYORCA Radicado en Cámara 23/julio/2019. Radicado en Comisión 2/agosto/2019. <b>Ponentes 1er. Debate:</b> HRs. WILMER LEAL (Coordinador Ponente), MÓNICA RAIGOZA MORALES, ESTEBAN QUINTERO, AQUILEO MEDINA, ADRIANA GÓMEZ MILLÁN. <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 8 DE OCTUBRE DE 2019 - ACTA 016.
--



**RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

<b>Ponentes 2do debate:</b> HRs. WILMER LEAL (Coordinador Ponente), MÓNICA RAIGOZA MORALES, ESTEBAN QUINTERO, AQUILEO MEDINA, ADRIANA GÓMEZ MILLÁN.
<b>Gacetas:</b> P.L. 664/19, PPD 818/19, INF SUBCOMISION 977/19, PSD 1119/19
<b>P.L. Número:</b> 168 de 2019 Cámara.
<b>Título:</b> “POR LA CUAL SE ADOPTA UNA ESTRATEGIA PARA PROPICIAR AMBIENTES ESCOLARES QUE OFREZCAN ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS Y PRIVADAS”.
<b>Autor:</b> H.S.IVÁN CEPEDA CASTRO, H.S.WILSON NEBER ARIAS CASTILLO, H.S.SANDRA LILIANA ORTÍZ NOVA, H.S.VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA, H.S.JORGE EDUARDO LONDOÑO ULLOA, H.S.SOLEDAD TAMAYO TAMAYO, H.S.ANTONIO ERESMID SANGUINO PÁEZ, H.R.MAURICIO ANDRÉS TORO ORJUELA, H.R.JORGE ALBERTO GÓMEZ GALLEGO, H.R.FABIÁN DÍAZ PLATA, H.R.ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA, H.R.MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ, H.R.LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA, H.R.HARRY GIOVANNY GONZÁLEZ GARCÍA, H.R.DAVID RICARDO RACERO MAYORCA, H.R.INTI RAÚL ASPRILLA REYES, H.R.JULIÁN PEINADO RAMÍREZ, H.R.OMAR DE JESÚS RESTREPO CORREA, H.R.JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ, H.R.FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN, H.R.JEZMI LIZETH BARRAZA ARRAUT, H.R.GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO, H.R.LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO, H.R.CÉSAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO, H.R.CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY, H.R.JUAN CARLOS LOZADA VARGAS, H.R.BUENAVENTURA LEÓN LEÓN, H.R.JHON ARLEY MURILLO BENITEZ, H.R.JAIRO REINALDO CALA SÚAREZ, OTRAS FIRMAS ILEGIBLES. Radicado en Cámara 14/agosto/2019. Radicado en Comisión 30/agosto/2019.
<b>Ponentes 1er. Debate:</b> LEÓN FREDY MUÑOZ (Coordinador Ponente), MARIA JOSÉ PIZARRO, OSWALDO ARCOS, ALFREDO APE CUELLO, DIEGO PATIÑO AMARILES. <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 5 DE NOVIEMBRE DE 2019 - ACTA 019.
<b>Ponentes 2do. Debate:</b> LEÓN FREDY MUÑOZ (Coordinador Ponente), MARIA JOSÉ PIZARRO, OSWALDO ARCOS, ALFREDO APE CUELLO, DIEGO PATIÑO AMARILES, RODRIGO ROJAS, MARTHA VILLALBA.
<b>Gacetas:</b> P.L. 760 /19, PPD 1006/19, PSD 1245/19, PSD ALTERNATIVA 213/20
<b>P.L. Número:</b> 191 de 2019 Cámara.
<b>Título:</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE REGULA Y SE REGLAMENTA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA VETERINARIA, MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA Y DE LA ZOOTECNIA Y EL EJERCICIO DE TÉCNICOS Y TECNÓLOGOS DE PROGRAMAS AFINES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.
<b>Autores:</b> H.R.DIEGO JAVIER OSORIO JIMÉNEZ, H.R.RUBÉN DARÍO MOLANO PIÑEROS, H.R.ESTEBAN QUINTERO CARDONA, H.R.LUIS FERNANDO GÓMEZ BETANCURT, H.R.HÉCTOR ÁNGEL ORTIZ NUÑEZ, H.R.CÉSAR EUGENIO MARTÍNEZ RESTREPO, H.R.RICARDO ALFONSO FERRO LOZANO, H.R.JUAN FERNANDO ESPINAL RAMÍREZ, H.R.JOSÉ VICENTE CARREÑO CASTRO, H.R.LUCIANO GRISALES LONDOÑO. Radicado en Cámara 21/agosto/2019. Radicado en Comisión 30/agosto/2019.
<b>Ponentes 1er. Debate:</b> HR. ESTEBAN QUINTERO. <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 2019 - ACTA 024.
<b>Ponente 2do. Debate:</b> HR. ESTEBAN QUINTERO CARDONA
<b>Gacetas:</b> P.L. 781 /19, PPD 1039/19, PSD 165/20
<b>P.L. Número:</b> 248 de 2019 Cámara.



**RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

<b>Título:</b>	<b>“POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 122 DE LA LEY 30 DE 1992”</b>
<b>Autores:</b>	<b>H.R. MARTHA PATRICIA VILLALBA, MILENE JARAVA, EMETERIO MONTES, CIRO ANTONIO RODRIGUEZ, JOSÉ ELVER HERNANDEZ.</b> Radicado en Cámara 30/septiembre/2019. Radicado en Comisión 10/octubre/2019
<b>Ponentes 1er. Debate:</b>	<b>HRs. MARTHA PATRICIA VILLALBA (Coordinadora Ponente), EMETERIO MONTES DE CASTRO, AQUILEO MEDINA ARTEAGA.</b> <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 13 DE NOVIEMBRE DE 2019 - ACTA 022.
<b>Ponentes 2do. Debate:</b>	<b>HRs. MARTHA PATRICIA VILLALBA (Coordinadora Ponente), EMETERIO MONTES DE CASTRO, AQUILEO MEDINA ARTEAGA.</b>
<b>Gacetas:</b>	P.L. 979 /19, PPD 1106/19, Fe de Erratas Numeración 1106/19, PSD 166/20
<b>P.L. Número:</b>	<b>059 de 2019 Cámara “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE LA CÁTEDRA ECO-AMBIENTAL EN LA EDUCACIÓN MEDIA, SE MODIFICA PARCIALMENTE LA LEY 115 DE 1994 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” ACUMULADO con el P.L. 093 de 2019 Cámara “POR LA CUAL SE CREA LA CÁTEDRA DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE EN EL PAÍS, SE ESTABLECEN APOYOS FINANCIEROS PARA INVESTIGACIÓN EN TEMAS MEDIOAMBIENTALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.</b>
<b>P.L. Número:</b>	<b>059 de 2019 Cámara. “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE LA CÁTEDRA ECO-AMBIENTAL EN LA EDUCACIÓN MEDIA, SE MODIFICA PARCIALMENTE LA LEY 115 DE 1994 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.</b>
<b>Autor:</b>	<b>H.R. NEYLA RUÍZ CORREA</b> Radicado en Cámara 23/julio/2019. Radicado en Comisión 6/agosto/2019.
<b>P.L. Número:</b>	<b>093 de 2019 Cámara. “POR LA CUAL SE CREA LA CÁTEDRA DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE EN EL PAÍS, SE ESTABLECEN APOYOS FINANCIEROS PARA INVESTIGACIÓN EN TEMAS MEDIOAMBIENTALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.</b>
<b>Autores:</b>	<b>H.R.JULIÁN PEINADO RAMÍREZ, H.R.ALEJANDRO ALBERTO VEGA PÉREZ, H.R.JUAN CARLOS LOZADA VARGAS, H.R.ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS, H.R.NILTON CÓRDOBA MANYOMA, H.R.HARRY GIOVANNY GONZÁLEZ GARCÍA, H.R.OSCAR HERNÁN SÁNCHEZ LEÓN, H.R.JUAN FERNANDO REYES KURI.</b> Radicado en Cámara 30/julio/2019. Radicado en Comisión 23/agosto/2019.
<b>Ponentes 1er. Debate:</b>	<b>HRs. ADRIANA GÓMEZ MILLÁN (Coordinadora Ponente), MÓNICA RAIGOZA MORALES, MARÍA JOSÉ PIZARRO, OSWALDO ARCOS BENAVIDES.</b> <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 10 DE DICIEMBRE DE 2019 - ACTA 027.
<b>Ponente 2do. Debate:</b>	<b>HRs. ADRIANA GÓMEZ MILLÁN (Coordinadora Ponente), MÓNICA RAIGOZA MORALES, MARÍA JOSÉ PIZARRO, OSWALDO ARCOS BENAVIDES.</b>
<b>Gacetas:</b>	P.L. 690 /19 y 697/19, PPD 1123/19, PSD 222/20





**RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

**PROYECTOS DE LEY APROBADOS EN PLENARIA DE CAMARA Y REMITIDOS A  
SENADO DE LA REPÚBLICA**

<p><b>P.L. Número:</b> 203 de 2019 Cámara. <b>Título:</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE FOMENTA LA ORIENTACIÓN SOCIO-OCUPACIONAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS OFICIALES Y PRIVADOS DE EDUCACIÓN FORMAL PARA LA EDUCACION MEDIA”. <b>Autor:</b> H.R. HÉCTOR JAVIER VERGARA SIERRA. Radicado en Cámara 27/agosto/2019. Radicado en Comisión 09/septiembre/2019. <b>Ponentes 1er. Debate:</b> AQUILEO MEDINA ARTEAGA. <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 10 DE DICIEMBRE DE 2019 - ACTA 027. <b>Ponente 2do. Debate:</b> HR. AQUILEO MEDINA ARTEAGA. Designado 07/febrero/2020. Nota Interna No. 3.6-009/20 <b>Gacetas:</b> P.L. 804 /19, PPD 1080 /19, PSD 96/20, Fe de erratas art.3 PSD Gac. 207/20</p>
<p><b>P.L. Número:</b> 089 de 2019 Cámara. <b>Título:</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA FORTALECER LA CONCIENCIA EDUCATIVA PARA EL TRABAJO EN LA EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA, EDUCACIÓN MEDIA Y EDUCACIÓN SUPERIOR Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE INSERCIÓN LABORAL PARA JÓVENES”. <b>Autores:</b> H.S.ÁLVARO URIBE VÉLEZ, H.R.ENRIQUE CABRALES BAQUERO, H.R.OSCAR LEONARDO VILLAMIZAR MENESES, H.R.JAIRO GIOVANY CRISTANCHO TARACHE, H.R.RICARDO ALFONSO FERRO LOZANO, H.R.JUAN DAVID VÉLEZ TRUJILLO, H.R.JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA, H.R.EDWARD DAVID RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, H.R.JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ, H.R.JUAN MANUEL DAZA IGUARÁN, H.R.GABRIEL SANTOS GARCÍA, H.R.JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA, H.R.CHRISTIAN MUNIR GARCES ALJURE, H.R.ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA, H.R.JOSÉ VICENTE CARREÑO CASTRO, H.R.ESTEBAN QUINTERO CARDONA, H.R.HERNÁN HUMBERTO GARZÓN RODRÍGUEZ, H.R.YENICA SUGEIN ACOSTA INFANTE, H.R.JUAN FERNANDO ESPINAL RAMÍREZ, H.R.JUAN CARLOS WILLS OSPINA, H.R.JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ, H.R.WADITH ALBERTO MANZUR IMBETT, H.R.EDWIN GILBERTO BALLESTEROS ARCHILA, OTRAS FIRMAS ILEGIBLES. Radicado en Cámara 30/julio/2019. Radicado en Comisión 23/agosto/2019. <b>Ponente 1er. Debate:</b> HR. ESTEBAN QUINTERO <b>TEXTO APROBADO 1ER. DEBATE COMISION SEXTA DE CAMARA</b> APROBADO EN SESION DEL 10 DE DICIEMBRE DE 2019 - ACTA 027. <b>Ponente 2do. Debate:</b> HR. ESTEBAN QUINTERO. <b>Gacetas:</b> P.L. 696/19, PPD 977/19, PSD 166/20</p>



**RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

**PROYECTOS DE LEY ARCHIVADOS POR TRANSITO DE LEGISLATURA  
(ARTÍCULO 190 LEY 5ª DE 1992)**

<b>P.L. Número:</b> 055 de 2019 Cámara. <b>Título:</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE FORTALECE E INCENTIVA LA FORMACIÓN PROFESIONAL Y DE POSGRADOS DE LOS ATLETAS DE ALTOS LOGROS”. <b>Autor:</b> H.R. JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ  Radicado en Cámara 23/julio/2019. Radicado en Comisión 6/agosto/2019. <b>Ponente 1er. Debate:</b> H.R. RODRIGO ARTURO ROJAS LARA <b>Gacetas:</b> P.L. 689 /19, PPD 877/19
<b>P.L. Número:</b> 217 de 2019 Cámara. <b>Título:</b> “POR EL CUAL SE ESTABLECE EL NO COBRO DE INTERESES DE LOS CRÉDITOS EDUCATIVOS OTORGADOS POR EL INSTITUTO COLOMBIANO DE CRÉDITO EDUCATIVO Y ESTUDIOS TÉCNICOS EN EL EXTERIOR (ICETEX) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”. <b>Autores:</b> H.S.ANTONIO ERESMID SANGUINO PÁEZ, H.S.GUSTAVO BOLÍVAR MORENO, H.R.MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ. Radicado en Cámara 03/septiembre/2019. Radicado en Comisión 17/septiembre/2019 <b>Ponente 1er. Debate:</b> HR. MARIA JOSÉ PIZARRO (Coordinadora Ponente), AQUILEO MEDINA, ESTEBAN QUINTERO CARDONA. <b>Gacetas:</b> P.L. 816 /19, PPD HR. PIZARRO GAC. 303/2020, PPD NEGATIVA GAC. 318/2020
<b>P.L. Número:</b> 332 de 2020 Cámara. <b>Título:</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS BASES PARA UN MODELO DE EDUCACIÓN DIGITAL Y FLEXIBLE”. <b>Autor:</b> HR. LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA. Radicado en Cámara 14/abril/2020. Radicado en Comisión 5/mayo/2020 <b>Ponente 1er. Debate Cámara:</b> HR. LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA. <b>Gacetas:</b> P.L. 156/20
<b>P.L. Número:</b> 223 de 2019 Cámara. <b>Título:</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE CONVIERTE EN POLITICA DE ESTADO EL FONDO ESPECIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR DE LAS COMUNIDADES NEGRAS”. <b>Autor:</b> H.R.ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA, H.R.TERESA DE JESÚS ENRÍQUEZ ROSERO, H.R.HERNÁN BANGUERO ANDRADE, H.R.LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA, H.R.OSCAR TULIO LIZCANO GONZÁLEZ, H.R.JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ, H.R.ABEL DAVID JARAMILLO LARGO, H.R.JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ, H.R.JOSÉ EDILBERTO CAICEDO SASTOQUE, H.R.NILTON CÓRDOBA MANYOMA H.R.ARMANDO ANTONIO ZABARAÍN DE ARCE, H.R.JOHN JAIRO HOYOS GARCÍA, H.R.ELIZABETH JAI-PANG DÍAZ, H.R.ANATOLIO HERNÁNDEZ LOZANO, H.R.MARTHA PATRICIA VILLALBA HODWALKER, H.R.HAROLD AUGUSTO VALENCIA INFANTE, H.R.OMAR DE JESÚS RESTREPO CORREA, H.R.JOSÉ ELIECER SALAZAR LÓPEZ, H.R.ALONSO JOSÉ DEL RIO CABARCAS, H.R.LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO, H.R.CÉSAR EUGENIO MARTÍNEZ RESTREPO, H.R.JORGE ELIECER TAMAYO MARULANDA,



**RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO  
CÁMARA DE REPRESENTANTES  
COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

<b>Ponente 1er. Debate:</b>	H.R.ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA, H.R.JORGE ENRIQUE BURGOS LUGO, H.R.NORMA HURTADO SÁNCHEZ, OTRAS FIRMAS ILEGIBLES. Radicado en Cámara 04/septiembre/2019. Radicado en Comisión 17/septiembre/2019
<b>Gacetas:</b>	HR. ADRIANA GÓMEZ MILLÁN. P.L. 817 /19
<b>P.L. Número:</b>	236 de 2019 Cámara.
<b>Título:</b>	“POR MEDIO DE LA CUAL SE CONMEMORA Y DECLARA EL DÍA 10 DE AGOSTO COMO EL DÍA NACIONAL DE LA LIBERTAD PARA EDUCAR”.
<b>Autores:</b>	HSs. JOHN MILTON RODRIGUEZ, EDGAR ENRIQUE PALACIO, EDUARDO EMILIO PACHECO – HR. CARLOS ACOSTA LOZANO. Radicado en Cámara 17/septiembre/2019. Radicado en Comisión 05/febrero/2020
<b>Gacetas:</b>	P.L. 905 /19

**PROYECTOS DE LEY RETIRADOS POR SU AUTOR (ART 155 LEY 5ª DE 1992)**

<b>P.L. Número:</b>	102 de 2019 Cámara.
<b>Título:</b>	“POR MEDIO DE LA CUAL SE ROBUSTECE Y FORTALECE LA LEY 1404 DE 2010 – ESCUELA PARA PADRES Y MADRES, HACIENDO UN ENFOQUE ESPECIAL EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES”.
<b>Autor:</b>	H.R.KARINA ESTEFANÍA ROJANO PALACIO. Radicado en Cámara 30/julio/2019. Radicado en Comisión 28/agosto/2019.
<b>Ponentes 1er. Debate:</b>	WILMER LEAL PEREZ (Coordinador Ponente), OSWALDO ARCOS BENAVIDES, LUIS FERNANDO GÓMEZ.
<b>Gacetas:</b>	P.L. 699 /19, PPD 1040/19
<b>P.L. Número:</b>	335 de 2020 Cámara.
<b>Título:</b>	“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADICIONA UN NUMERAL AL ARTÍCULO 41 “OBLIGACIONES DEL ESTADO” DEL CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA”.
<b>Autores:</b>	HRs. BUENAVENTURA LEÓN LEÓN, JUAN CARLOS WILLS OSPINA y ADRIANA MATIZ. Radicado en Cámara 21/abril/2020. Radicado en Comisión 18/mayo/2020
<b>Ponente 1er. Debate:</b>	HR. CIRO ANTONIO RODRIGUEZ PINZÓN.
<b>Gacetas:</b>	P.L. 173/20
<b>P.L. Número:</b>	330 de 2020 Cámara.
<b>Título:</b>	“POR MEDIO DEL CUAL SE PROMUEVE LA ALFABETIZACIÓN MEDIÁTICA Y DIGITAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE NOTICIAS FALSAS, FOMENTAR UN USO RESPONSABLE DE LAS REDES SOCIALES DESDE LA EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.
<b>Autor:</b>	HR. LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA. Radicado en Cámara 13/abril/2020. Radicado en Comisión 5/mayo/2020
<b>Ponente 1er. Debate:</b>	HR. WILMER LEAL PEREZ.
<b>Gacetas:</b>	P.L. 155/20



## INVESTIGADORES DE JORNADA COMPLETA, POR SEXO Y ZONA GEOGRÁFICA

### I. Investigadores total país de jornada completa por zona geográfica

#### Investigadores total país de jornada completa por zona geográfica

Región	Departamento	Investigador Emerito	Investigador Sénior	Investigador Asociado	Investigador Junior	Total
	No Registra	0	0	3	9	12
Centro - Sur	AMAZONAS	0	5	3	16	24
	CAQUETÁ	0	2	9	42	53
	HUILA	0	12	31	93	136
	TOLIMA	1	19	52	159	231
Región Caribe	ATLÁNTICO	2	263	461	600	1326
	BOLÍVAR	0	71	128	272	471
	CESAR	0	7	18	68	93
	CÓRDOBA	0	31	87	139	257
	LA GUAJIRA	0	16	33	93	142
	MAGDALENA	0	21	48	175	244
	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y	0	1	1	4	6
SUCRE	0	13	49	107	169	



Región	Departamento	Investigador Emerito	Investigador Sénior	Investigador Asociado	Investigador Junior	Total
Centro - Oriente	BOYACA	0	31	113	333	477
	CUNDINAMARCA	0	41	87	179	307
	NORTE DE SANTANDER	1	43	121	220	385
	SANTANDER	2	116	269	500	887
Distrito Capital	BOGOTÁ, D. C.	24	853	1400	3283	5560
Región Eje Cafetero	ANTIOQUIA	10	547	712	1703	2972
	CALDAS	3	94	100	320	517
	QUINDÍO	0	11	47	103	161
	RISARALDA	1	37	96	203	337
Región del Llano	ARAUCA	0	0	1	4	5
	CASANARE	0	0	5	9	14
	GUAVIARE	0	0	0	1	1
	GUAINÍA	0	0	0	1	1
	META	0	6	26	101	133
	VICHADA	0	0	0	1	1
Región Pacífico	CAUCA	0	25	55	154	234
	CHOCÓ	0	1	7	34	42
	NARIÑO	1	10	65	163	239
	VALLE DEL CAUCA	7	195	320	827	1349
Exterior		1	2	2	5	10
Total		53	2473	4346	9912	16784

## II. Investigadores total país género femenino de jornada completa por zona geográfica

Región	Departamento	Investigador Emerito	Investigador Sénior	Investigador Asociado	Investigador Junior	Total
No Indica		0	0	1	4	5
Centro - Sur	AMAZONAS	0	1	1	8	10
	CAQUETÁ	0	0	5	14	19
	HUILA	0	2	9	34	45
	TOLIMA	0	5	20	59	84
Región Caribe	ATLÁNTICO	1	97	194	250	542
	BOLIVAR	0	26	55	124	205



Región	Departamento	Investigador Emerito	Investigador Sénior	Investigador Asociado	Investigador Junior	Total
	No Indica	0	0	2	5	7
Centro - Sur	AMAZONAS	0	4	2	8	14
	CAQUETÁ	0	2	4	28	34
	HUILA	0	10	22	59	91
	TOLIMA	1	14	32	100	147
Región Caribe	ATLÁNTICO	1	166	267	350	784
	BOLÍVAR	0	45	73	148	266
	CESAR	0	4	12	40	56
	CÓRDOBA	0	24	60	88	172
	LA GUAJIRA	0	9	12	39	60
	MAGDALENA	0	16	26	102	144
	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y	0	0	1	2	3
	SUCRE	0	9	28	65	102
Centro - Oriente	BOYACÁ	0	23	62	183	268
	CUNDINAMARCA	0	25	55	113	193
	NORTE DE SANTANDER	0	29	71	128	228
	SANTANDER	2	82	175	323	582
Distrito Capital	BOGOTÁ, D. C.	19	601	847	1950	3417
Región Eje Cafetero	ANTIOQUIA	5	398	465	1012	1880
	CALDAS	2	70	65	193	330
	QUINDÍO	0	9	30	56	95
	RISARALDA	1	32	68	137	238
Región del Llano	ARAUCA	0	0	1	3	4
	CASANARE	0	0	2	5	7
	GUAVIARE	0	0	0	1	1
	GUAINÍA	0	0	0	1	1
	META	0	6	20	61	87
	VICHADA	0	0	0	0	0
Región Pacífico	CAUCA	0	24	40	84	148
	CHOCÓ	0	1	4	23	28
	NARIÑO	0	10	36	93	139



Región	Departamento	Investigador Emerito	Investigador Sénior	Investigador Asociado	Investigador Junior	Total
	<b>VALLE DEL CAUCA</b>	5	144	214	490	853
	Exterior	1	2	2	1	6
	Total	37	1759	2698	5891	10385

Fuente: Dirección de Generación de Conocimiento, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.



**Anexo.** Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud por jurisdicción y región geográfica.

**Prestadores de servicios de salud por Departamentos y Distrito Capital Julio 2020**

<b>Departamentos</b>	<b>Privados</b>	<b>Públicos</b>	<b>Mixtos</b>	<b>Total</b>
Amazonas	56	3		59
Antioquia	9.647	135	7	9.789
Arauca	226	6	1	233
Atlántico	2.529	31	2	2.562
Bogotá D.C	14.308	27	4	14.339
Bolívar	1.650	48	2	1.700
Boyacá	1.426	107		1.533
Caldas	1.345	38	2	1.385
Caquetá	245	8		253
Casanare	410	7	2	419
Cauca	884	31		915
Cesar	850	31		881
Chocó	250	7	2	259
Córdoba	944	34		978
Cundinamarca	2.291	55	3	2.349
Guainía	12			12
Guaviare	50	2		52
Huila	954	42	2	998
La Guajira	356	46	1	403
Magdalena	820	39		859
Meta	890	18	1	909
Nariño	1.432	85	3	1.520
Norte de Santander	1.418	20		1.438
Putumayo	208	10		218

Quindío	776	18	1	795
Risaralda	1.398	19	1	1.418
San Andrés y Providencia	90	1		91
Santander	2.272	87	1	2.360
Sucre	758	34	1	793
Tolima	1.181	57	1	1.239
Valle del cauca	5.539	61	2	5.602
Vaupés	5	2		7
Vichada	20	2		22
Total General	55.240	1.111	39	56.390

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, fecha de corte: 7 julio de 2020

### Número de servicios habilitados por Grupo de Servicios de Salud y Departamentos y Distrito Capital

Departamento	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Atención Inmediata	Consulta Externa	Internación	Otros Servicios	Procesos	Protección Específica y Detección Temprana	Quirúrgicos	Transporte Asistencial	Urgencias	Total general
Amazonas	93		189	32	3	20	164	12		10	523
Antioquia	6.666		20.563	645	208	5.990	5.051	766	251	189	40.329
Arauca	487		769	35	36	102	553	21	25	10	2.038
Atlántico	3.210		7.947	525	220	154	2.051	699	109	94	15.009
Bogotá D.C	7.854	1	28.257	521	234	6.283	2.767	1.284	140	84	47.425
Bolívar	2.578	1	5.584	357	157	81	2.372	447	119	72	11.768

Boyacá	1.706	1	3.725	141	40	674	2.282	158	166	37	8.930
Caldas	1.118		2.852	164	52	441	1.085	207	72	47	6.038
Caquetá	354		668	88	15	121	496	52	40	23	1.857
Casanare	534		1.036	89	45	198	630	69	44	21	2.666
Cauca	1.325		2.559	187	80	148	1.665	113	94	52	6.223
Cesar	1.574		3.128	262	153	120	1.646	277	102	54	7.316
Chocó	592		1.025	138	29	30	1.614	47	38	44	3.557
Córdoba	1.730		4.000	277	113	394	2.396	260	89	59	9.318
Cundinamarca	2.533	1	6.280	234	117	1.291	2.931	295	177	70	13.929
Guainía	33		59	9		4	66	2	2	3	178
Guaviare	87	1	135	11	5	16	108	8	8	4	383
Huila	1.079		2.541	173	51	463	1.213	168	88	47	5.823
La Guajira	1.219	2	2.311	147	73	54	1.662	146	57	26	5.697
Magdalena	1.611		3.402	262	128	161	2.324	234	96	67	8.285
Meta	1.163		2.614	180	68	241	1.183	136	82	38	5.705
Nariño	1.877		3.967	162	99	59	3.600	205	127	82	10.178
Norte de Santander	1.524		3.265	169	91	66	1.415	202	104	61	6.897
Putumayo	403		618	46	18	112	518	39	34	11	1.799
Quindío	596	2	1.798	69	50	259	598	109	37	16	3.534
Risaralda	892		2.899	104	44	630	895	193	49	24	5.730

San Andrés y Providencia	100		187	14	3	6	56	14	4	3	387
Santander	3.154	1	7.004	411	202	527	3.474	441	193	105	15.512
Sucre	1.679	2	2.850	241	98	143	1.252	175	75	50	6.565
Tolima	1.457		3.117	241	92	394	1.529	213	110	63	7.216
Valle del cauca	4.839		13.982	459	311	245	4.918	785	214	97	25.850
Vaupés	22		39	8		2	451	2	2	3	529
Vichada	45		108	14		12	90	3	4	4	280
<b>Total general</b>	<b>54.134</b>	<b>12</b>	<b>139.478</b>	<b>6.415</b>	<b>2.835</b>	<b>19.441</b>	<b>53.055</b>	<b>7.782</b>	<b>2.752</b>	<b>1.570</b>	<b>287.474</b>

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, Fecha de corte: 07 de julio de 2020.



La salud  
es de todos

Minsalud

# Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019

Dirección de Epidemiología y Demografía

Bogotá D.C, Diciembre de 2019



La salud  
es de todos

Minsalud

Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2019

© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación Grupo de Planeación de la Salud Pública

Laura Ines Plata Casas

Coordinación Técnica

Andrea Johanna Avella Tolosa

Elaboración

Lilian Andrea Rodriguez Gutiérrez

Cuidado de texto

Apoyo en la gestión editorial

Imprenta Nacional de Colombia

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, 2019



La salud  
es de todos

Minsalud

JUAN PABLO URIBE RESTREPO

Ministro de Salud y Protección Social

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA

Viceministro de Protección Social

IVAN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS

Directora de Epidemiología y Demografía





La salud  
es de todos

Minsalud

## Contenido

<b>Presentación</b> .....	<b>15</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>17</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>19</b>
<b>Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico</b> .....	<b>22</b>
<b>Contexto territorial</b> .....	<b>23</b>
Localización .....	23
Características físicas del territorio.....	23
Patrones climatológicos del territorio .....	27
<i>Amenazas de origen natural</i> .....	32
<i>Amenazas por inundación</i> .....	32
<i>Amenazas de origen volcánico</i> .....	36
<i>Amenazas de origen sísmico</i> .....	37
Amenazas de origen de remoción en masa.....	41
Amenazas por erosión del suelo .....	43
Amenazas por sequías .....	45
Sistema de transporte.....	47
<b>Contexto político</b> .....	<b>50</b>
División político administrativa .....	50
Conformación del poder político actual .....	52
<b>Contexto demográfico</b> .....	<b>53</b>
Tamaño y volumen poblacional.....	53
Población por curso de vida .....	58
Estructura poblacional .....	59
Dinámica demográfica .....	64
<b>Capítulo 2. Determinantes sociales de la salud poblacional</b> .....	<b>83</b>
<b>Pobreza e ingresos</b> .....	<b>84</b>
<b>Educación</b> .....	<b>89</b>
<b>Desempleo</b> .....	<b>93</b>
<b>Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos</b> .....	<b>95</b>



La salud  
es de todos

Minsalud

<b>Seguridad alimentaria</b> .....	<b>102</b>
<b>Factores conductuales, psicológicos y culturales</b> .....	<b>114</b>
<b>Condiciones laborales</b> .....	<b>146</b>
Trabajadores afiliados dependientes e independientes .....	146
Accidente de trabajo calificados .....	149
Prestaciones económica .....	152
<b>Capítulo 3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional</b> .....	<b>154</b>
<b>Cobertura de afiliación del SGSSS</b> .....	<b>155</b>
<b>Talento humano</b> .....	<b>157</b>
Número estimado de talento humano en salud .....	157
Densidad estimada de talento humano en salud (por 10.000 habitantes).....	158
<b>Infraestructura</b> .....	<b>163</b>
Disponibilidad de IPS.....	163
Disponibilidad de transporte asistencial .....	165
Disponibilidad de camas .....	166
<b>Acceso a servicios básicos de salud</b> .....	<b>169</b>
<b>Capítulo 4. Situación epidemiológica</b> .....	<b>174</b>
<b>Morbilidad</b> .....	<b>175</b>
Morbilidad atendida .....	175
Morbilidad atendida por ciclo vital.....	177
Morbilidad atendida por causas y departamentos.....	181
Morbilidad en salud mental.....	182
Eventos de alto costo .....	190
Leucemia y mieloides aguda y linfoides aguda pediátricas .....	201
Morbilidad población migrante .....	204
Morbilidad de eventos de notificación obligatoria .....	208
Discapacidad auto declarada registrada .....	208
<b>Mortalidad</b> .....	<b>212</b>
<b>Mortalidad general por grandes causas</b> .....	<b>215</b>
Mortalidad específica por subgrupos .....	218



**La salud  
es de todos**

**Minsalud**

Mortalidad materno-infantil y en la niñez .....	224
<b>Capítulo 5. Prioridades en salud .....</b>	<b>249</b>
<b>Capítulo 6. Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes .....</b>	<b>252</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>253</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>255</b>



La salud  
es de todos

Minsalud

## Lista de mapas

Mapa 1. Altimetría y relieve .....	26
Mapa 2. Temperatura media del aire, media anual (1981-2010)) .....	29
Mapa 3. Precipitación media anual.....	30
Mapa 4. Humedad relativa media anual.....	31
Mapa 5. Zonas afectas por el fenómeno de La Niña 1998 a 2012. Colombia.....	34
Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia.....	35
Mapa 7. Zonas de amenaza volcánica. Colombia .....	37
Mapa 8. Zonas de amenaza sísmica periodo de retorno 475 años. Colombia .....	39
Mapa 9. Amenaza relativa por movimientos en masa integrado 2010 y 2015. Colombia.....	42
Mapa 10. Zonificación de los suelos por grado de erosión. Colombia .....	45
Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea.....	50
Mapa 12. División político administrativa.....	51
Mapa 13. Densidad poblacional, 2019.....	55
Mapa 14. Distribución de la población según pertenencia étnica, 2005.....	56
Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020.....	67
Mapa 16. Tasas brutas de natalidad según departamento, 2015 - 2020 .....	71
Mapa 17. Esperanza de vida total, en hombres y mujeres según departamentos, 2015 -2020 .....	73
Mapa 18. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2019 .....	76
Mapa 19. Cobertura de servicios públicos por municipios de Colombia, 2017 .....	99
Mapa 20. Riesgo para el Consumo de Agua potable de Colombia, 2018.....	101
Mapa 21. Bajo peso al nacer según departamento, 2017.....	104
Mapa 22. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 - 2015.....	132
Mapa 23. Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018*.....	150
Mapa 24. Densidad estimada de Talento Humano en Salud (por 10.000 habitantes), según departamentos Colombia, 2017.....	161
Mapa 26. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2017.....	173
Mapa 26. Porcentaje de personas en condición de discapacidad según departamentos, 2018.....	211
Mapa 27. Mortalidad materna según departamentos, 2017 .....	229
Mapa 28. Mortalidad neonatal según departamentos, 2017.....	230
Mapa 29. Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2018.....	235
Mapa 30. Mortalidad infantil según departamentos, 2017.....	236
Mapa 31. Mortalidad en la niñez según departamentos, 2017 .....	241
Mapa 32. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2017 .....	243
Mapa 33. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2017.....	246
Mapa 34. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2017.....	247



La salud  
es de todos

Minsalud

## Lista de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020 .....	57
Gráfico 2. Población por área según departamento, 2019 .....	58
Gráfico 3. Población según curso de vida, Colombia 2019 .....	59
Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2005, 2019, 2020.....	61
Gráfico 5. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2019 .....	63
Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento natural y exponencial, por cada mil habitantes, 1985-2020 .....	65
Gráfico 7. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015 .....	66
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2017 .....	68
Gráfico 9. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015.....	68
Gráfico 10. Nacimientos según edad de la madre, 2005-2017 .....	70
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1985-2020 .....	72
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2016.....	72
Gráfico 13. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2015 - 2020.....	74
Gráfico 14. Estructura de la población en condición de desplazamiento forzado, 2019* .....	75
Gráfico 15. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 - 2018 .....	77
Gráfico 16. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2018 .....	78
Gráfico 17. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2018.....	79
Gráfico 18. Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2018 .....	80
Gráfico 19. Flujo de entradas de venezolanos por sexo y edad. Colombia 2012 – 2018 .....	81
Gráfico 20. Registro de entradas de venezolanos según departamento, Colombia 2018 .....	82
Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018 .....	85
Gráfico 22. Incidencia de pobreza monetaria extrema según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018.....	87
Gráfico 23. Coeficiente de Gini según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018.....	87
Gráfico 24. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) América Latina 2016 .....	89
Gráfico 25. Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2018 .....	90
Gráfico 26. Tasa de cobertura bruta por básica por regiones , 2005-2018 .....	91
Gráfico 27. Tasa de desempleo por sexo. Colombia y 13 ciudades y Áreas metropolitanas a febrero 2018 y 2019 .....	93
Gráfico 28. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016.....	95
Gráfico 29. Riesgo para el Consumo de Agua potable 2000 - 2018.....	100
Gráfico 30. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005-2017 .....	102



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 31. Comportamiento del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2017 .....	103
Gráfico 32. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel educativo de la madre, .....	105
Gráfico 33. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre, .....	105
Gráfico 34. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben, lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015 .....	106
Gráfico 35. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015 .....	107
Gráfico 36. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015 .....	109
Gráfico 37. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015.....	109
Gráfico 38. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 2015 .....	110
Gráfico 39. Equiplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia, 2000, 2005, 2010 - 2015.....	111
Gráfico 40. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015	112
Gráfico 41. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015 .....	113
Gráfico 42. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia* 2011 - 2016 .....	115
Gráfico 43. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016.....	117
Gráfico 44. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares, Colombia 2011 - 2016 .....	119
Gráfico 45. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018 .....	121
Gráfico 46. Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016 .....	122
Gráfico 47. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015.....	125
Gráfico 48. Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015.....	126
Gráfico 49. Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015 .....	126
Gráfico 50. Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015.....	127
Gráfico 51. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, .....	130
Gráfico 52. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015 .....	131
Gráfico 53. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015 .....	134
Gráfico 54. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015 .....	135
Gráfico 55. Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2006-2017 .....	137
Gráfico 56. Tasa de Violencia intrafamiliar, 2006-2017 .....	138



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 57. Tasas de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017 .....	141
Gráfico 58. Tasas de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017 .....	142
Gráfico 59. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2017 .....	143
Gráfico 60. Tasas de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017 .....	144
Gráfico 61. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes .....	146
Gráfico 62. Proporción de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, ...	147
Gráfico 63. Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 2018* .....	148
Gráfico 64. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2017.....	149
Gráfico 65. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo y régimen de afiliación, 2013 - 2018.....	155
Gráfico 66. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011– 2017 .....	157
Gráfico 67. Número estimado de talento humano en salud, según área del conocimiento, Colombia 2017 ..	158
Gráfico 68. Número camas según área del conocimiento, Colombia 2019* .....	167
Gráfico 69. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2017 .....	169
Gráfico 70. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017.....	170
Gráfico 71. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y porcentaje de atención institucional, 2017.....	171
Gráfico 72. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2017.....	172
Gráfico 73. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017 .....	172
Gráfico 74. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2018 .....	175
Gráfico 75. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2018 .....	176
Gráfico 76. Razón condiciones transmisibles y nutricionales/enfermedades no transmisibles según tipo de atención, 2009-2018.....	177
Gráfico 77. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2018...183	
Gráfico 78. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2018 .....	184
Gráfico 79. Prevalencia de HTA ajustada por la edad, en los regímenes contributivo y subsidiado, 2014 - 2018 .....	194
Gráfico 80. Prevalencia de HTA ajustada por la edad según sexo 2015 - 2018 .....	194
Gráfico 81. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017 .....	196
Gráfico 82. Tasa de incidencia de VIH/SIDA por cada 100.000 personas, 2008-2018 .....	198
Gráfico 83. Casos de leucemias reportados al SIVGILA, 2008 - 2017 .....	203





La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 84. Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2018.....	207
Gráfico 85. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2018*.....	209
Gráfico 86. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2018*.....	210
Gráfico 87. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2018*.....	210
Gráfico 88. Mortalidad general, 2005-2017.....	212
Gráfico 89. Brecha de mortalidad general por sexo, 2005-2017.....	213
Gráfico 90. Mortalidad según nivel educativo, 2005-2017.....	213
Gráfico 91. Mortalidad según régimen de afiliación, 2005-2017.....	214
Gráfico 92. Mortalidad según etnia, 2008-2017.....	214
Gráfico 93. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2017.....	216
Gráfico 94. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2017.....	217
Gráfico 95. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2016.....	217
Gráfico 96. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2017.....	218
Gráfico 97. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2017.....	220
Gráfico 98. Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2017.....	221
Gráfico 99. Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres y mujeres, 2005-2017.....	222
Gráfico 100. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2017.....	223
Gráfico 101. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2017.....	224
Gráfico 102. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 - 2017.....	225
Gráfico 103. Mortalidad materna según área, 2005-2017.....	226
Gráfico 104. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017.....	227
Gráfico 105. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017.....	227
Gráfico 106. Mortalidad materna según etnia, 2008-2017.....	228
Gráfico 107. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017.....	230
Gráfico 108. Mortalidad neonatal según área, 2005-2017.....	231
Gráfico 109. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2017.....	231
Gráfico 110. Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017.....	232
Gráfico 111. Mortalidad infantil, 1998-2017, proyecciones 2018-2021.....	233
Gráfico 112. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017.....	234
Gráfico 113. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017.....	236
Gráfico 114. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2017.....	237
Gráfico 115. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2005-2017.....	237
Gráfico 116. Mortalidad infantil según área de residencia, 2005-2017.....	238
Gráfico 117. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021.....	240
Gráfico 118. Mortalidad en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017.....	242
Gráfico 119. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2017.....	243



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 120. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017 .....	244
Gráfico 121. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2017, proyecciones 2018-2021 .....	245
Gráfico 122. Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017 .....	246
Gráfico 123. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2017 .....	247
Gráfico 124. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2016 .....	248



La salud  
es de todos

Minsalud

## Tablas

Tabla 1. Grandes sismos con intensidades mayores o iguales a 6 en Escala EMS-98, Colombia 1644 a 2018 .....	40
Tabla 2. Relación de la infraestructura portuaria -canales de acceso y puerto marítimo Colombia, 2017 .....	48
Tabla 3. Índices demográficos: 2005, 2019 y 2020.....	60
Tabla 4. Tasas de crecimiento por actividad económica 2018pr .....	84
Tabla 5. Semaforización de indicadores de pobreza según departamento y área, 2018 .....	86
Tabla 6. Distribución de ingresos por rango salarial por ciudades, 2017 - 2018 .....	88
Tabla 7. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia 2018. ....	92
Tabla 8. Tasa de desempleo por 13 ciudades y Áreas metropolitanas y Colombia, febrero 2018 y 2019 .....	94
Tabla 9. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2018 .....	96
Tabla 10. Cobertura de servicios públicos Colombia 2018 .....	97
Tabla 11. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) Colombia 2016 .....	98
Tabla 12. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2011 - 2016 .....	116
Tabla 13. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2016.....	120
Tabla 14. Prevalencia de consumo en el último mes, año y de vida de sustancias psicoactivas en escolares, Colombia, 2011 - 2016.....	123
Tabla 15. Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016.....	124
Tabla 16. Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 - 2015 .....	129
Tabla 17. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas.....	133
Tabla 18. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015 .....	136
Tabla 19. Tasa de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2016 - 2017 .....	139
Tabla 20. Número de accidentes de trabajo calificado por 100, Colombia, 2013 a 2018* .....	151
Tabla 21. Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento, Colombia, 2013 a 2018*.....	153
Tabla 22. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen de afiliación, 2018.....	156
Tabla 23. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2017 .....	160
Tabla 24. Distribución de Institución Prestadora de Salud según naturaleza jurídica por departamentos de Colombia, 2019.....	164
Tabla 25. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, 2019.....	166
Tabla 26. Distribución de camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal, Colombia 2019* .....	168
Tabla 27. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2018 .....	180
Tabla 28. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2018.....	182



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 29. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2018 .....	184
Tabla 30. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018.....	186
Tabla 31. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en hombres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018 .....	187
Tabla 32. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en mujeres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018 .....	188
Tabla 33. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental por departamento de residencia, Colombia 2009 – 2018 .....	189
Tabla 34. Distribución de frecuencias de personas con ERC según estadios, 2017 – 2018.....	191
Tabla 35. Número de casos de la ERC según departamentos, 2018 .....	192
Tabla 36. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2017 .....	197
Tabla 37. Prevalencia e incidencia del VIH según departamentos, 2018.....	199
Tabla 38. Tipo de atenciones en salud en población migrante. Colombia, 2018.....	204
Tabla 39. Atenciones en salud en población migrante según tipo y departamento de atención. Colombia, 2018. ....	204
Tabla 40. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia.. Colombia, 2018. ....	205
Tabla 41. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2018. ....	206
Tabla 42. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2018* .....	209
Tabla 43. Semaforización de efectos en salud.....	251



## Presentación

*El Análisis de Situación de Salud en un proceso analítico-sintético que comprende diversos tipos de análisis tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan.<sup>1</sup>*

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento del Decreto 4107 de 2011 que determina sus objetivos y estructura y crea la Dirección de Epidemiología y Demografía atribuyéndole dentro de sus funciones la de “promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud”<sup>2</sup>, presenta el Análisis de Situación de Salud, Colombia 2019.

El Análisis de Situación de Salud - ASIS, incluye una batería de indicadores que dan cuenta de las estadísticas básicas que permiten la caracterización de la situación territorial, demográfica, política, de determinantes sociales y de los efectos en salud del país. Esta información se genera a partir de las fuentes de información que se encuentran integradas y disponibles en la Bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO. El presente documento se organiza en seis capítulos, que evidencian las desigualdades en salud causadas por los determinantes sociales que afectan las condiciones de vida de los colombianos y muestra el avance en disponibilidad de información útil para la toma de decisiones en el país.

En la actualidad el proceso de Análisis de Situación de Salud se lleva a cabo en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal. Cuenta con una metodología estandarizada y difundida entre las entidades territoriales a través de la *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*,<sup>3</sup> cuya aplicación permite avanzar favorablemente en la identificación de los principales efectos en salud que deben ser insumos base en el Proceso de la Planeación Integral en Salud, entendido como el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud en cada uno de sus componentes.

La publicación nacional de este tipo corresponde a la decima y tiene como antecedentes los Análisis de Situación de Salud Colombia 2018<sup>4</sup>, 2017<sup>5</sup>, 2016<sup>6</sup>, 2015<sup>7</sup>, 2014<sup>8</sup> y 2013<sup>9</sup>; el Análisis de prioridades departamentales en salud Colombia 2016<sup>10</sup>, el Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia 2012<sup>11</sup> y el Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales Colombia 2012<sup>12</sup>.



Se tienen disponibles también las publicaciones del Análisis de Situación de Salud de Convivencia social y salud mental 2014, Análisis de Situación de Salud de en salud dimensión de seguridad alimentaria y nutricional Colombia 2015, entre otros; éstos análisis se desarrollaron bajo la perspectiva de los enfoques poblacional, de derechos y diferencial, así como con el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, lo cual permitió la identificación de los principales efectos en salud, el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes.

El Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de los gobernantes, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los resultados del Análisis de la Situación de Salud para 2019, esperando que logre su posicionamiento en los espacios de toma de decisiones sectoriales y transectoriales, para que en conjunto logremos disipar las desigualdades y las inequidades sociales generadoras de inequidades en salud y con el fin de contribuir al desarrollo sostenible de las generaciones presentes y futuras.



La salud  
es de todos

Minsalud

## Introducción

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento<sup>1</sup>.

En este documento se exponen los resultados del análisis de los indicadores seleccionados como trazadores para aportar evidencia efectiva y oportuna que permita hacer uso de la inteligencia sanitaria, en pro del fortalecimiento de la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud.

El documento está estructurado de la siguiente manera. El Capítulo 1 contiene la caracterización de los contextos territorial, demográfico y político, cada uno constituido por una serie de indicadores que se comportan como determinantes sociales de la salud, que permitieron caracterizar, georreferenciar el territorio e identificar las necesidades sanitarias como insumo para la coordinación intersectorial y transectorial. Mientras, el Capítulo 2 tiene la descripción de los determinantes sociales de la salud poblacional y el Capítulo 3, describe la composición y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), presenta los recursos disponibles del sistema en salud como infraestructuras, transporte asistencia y talento humano en salud.

El Capítulo 4 aborda la situación epidemiológica mediante el análisis de los efectos de salud y sus determinantes. En este caso se analizó la morbilidad atendida, la mortalidad registrada por grandes causas de defunción, causas específicas según subgrupos y mortalidad materno-infantil y de la niñez. El análisis indagó variables que causan gradientes de desigualdad entre grupos como el sexo, nivel educativo, municipio o departamento de residencia, área de residencia, régimen de afiliación al SGSSS, pertenencia étnica, situación de desplazamiento, con discapacidad, entre otras.

En el Capítulo 5 se reconocen los problemas más relevantes identificados a lo largo del análisis y se realiza la priorización de acuerdo con el método de semaforización mediante diferencias relativas e intervalos de





confianza al 95%. Finalmente, en el Capítulo 6 se establecen recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes.

El objetivo del documento es convertirse en la herramienta fundamental de carácter técnico y político para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud para para formular políticas públicas adaptadas a la realidad de la población.



## Metodología

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia se realizó con la información disponible para 2019 en las fuentes oficiales, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada. Para la construcción del contexto territorial se usó como referencia bibliográfica el Atlas de Colombia 2005, elaborado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi<sup>13</sup>. Varios apartes fueron tomados textualmente teniendo en cuenta que constituye la mejor fuente para la descripción del territorio. Para el análisis demográfico se usaron las estimaciones y proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a partir del Censo 2005 y los indicadores demográficos dispuestos por esta institución en su sitio web: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). También se consultó el Registro Único de Víctimas (RUV) dispuesto en la Bodega de datos del SISPRO a través del cubo de víctimas y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad con fecha de corte a septiembre de 2019.

Para el análisis de los efectos en salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2017; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2018. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2018. Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2016 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (FORENSIS) 2018. Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), del Departamento Nacional de Planeación (DNP), del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los registros de Subdirección de Riesgos Laborales, del Ministerio de Salud y Protección (MINSALUD) para el periodo 1994 y abril del 2019, que describe las variables de Administradora de Riesgos Laborales (ARL), trabajadores afiliados, pensiones de invalidez pagadas e incapacidades permanentes parciales pagadas. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel y STATA.

Para la caracterización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) determinante de la salud poblacional, se utilizó la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) se analizó las variables de Instituciones de Prestación de Salud, camas y transporte asistencial, los datos fueron



La salud  
es de todos

Minsalud

analizados de manera descriptiva por año, departamento, figuras de jerarquización y mapas. Con base a los datos del Observatorio Laboral para la educación del Ministerio de Educación Nacional, (MEN) y el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) de MINSALUD, se analizó la disponibilidad del talento humano en salud entre el periodo de 2011 a 2018.

Con base en estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>14</sup>. Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades<sup>15</sup>. Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

Se analizó la tendencia de los indicadores mediante el método de regresión Joinpoint y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome



La salud  
es de todos

Minsalud

respiratorio agudo grave (SRAG); y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos; para los niños de 1 a 4 años y los menores de 5 años, con denominador las proyecciones de población para cada grupo de edad específico.

Se realizó un análisis descriptivo en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad y proporción), tasa de mortalidad ajustada por edad, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

Se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios como diferencias absolutas y relativas, índices de desproporcionalidad e índices de disimilitud. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto, el índice de disparidad estándar entre grupos y la presentación de la desigualdad por medio de equiplot.



La salud  
es de todos

Minsalud

# Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial, político y demográfico



La salud  
es de todos

Minsalud

### Contexto territorial

Este capítulo aborda cinco aspectos claves para describir la relación del territorio y la salud de las personas. Estos son: la localización, las características físicas del territorio, los riesgos y amenazas geográficas y el sistema de vías de comunicación sobre el que las personas se movilizan. Esto con el fin de comprender los elementos básicos para el abordaje de los capítulos posteriores del análisis de situación de salud.

### Localización

Colombia se encuentra en la esquina noroccidental de Suramérica, en la región noroccidental de América del Sur sobre la línea ecuatorial, en plena zona tórrida. Con una superficie de 2.070.408 km<sup>2</sup>, de los cuales 1.141.748 km<sup>2</sup> corresponden a su territorio continental y los restantes 928.660 km<sup>2</sup> a su extensión marítima, es el vigésimo sexto país más grande del mundo y el cuarto más extenso de América del Sur, después de Brasil, Argentina y Perú. El país es atravesado por la cordillera de los Andes y la Llanura Amazónica, es el único país de Suramérica con costas en los océanos Pacífico y Atlántico. Su ubicación latitudinal entre los 17° norte y 4° de latitud sur y de oriente a occidente, entre los 66° 50' y 84° 46' de longitud al oeste de Greenwich incluida su área marítima. Limita al sur, con Ecuador y Perú, al Oriente con Venezuela y Brasil y al Noroccidente con Panamá; en relación a los límites marítimos, colinda en el mar Caribe con Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Jamaica, Haití, República Dominicana y Venezuela, y con en el océano Pacífico con Panamá, Costa Rica y Ecuador<sup>13</sup>.

Los puntos extremos del territorio continental colombiano están al norte en Punta Gallinas, en la península de la Guajira, latitud 12° 30' 46" Norte. Por el sur en la Boca de la quebrada San Antonio, en inmediaciones del Trapecio amazónico y localizado en latitud 4° 13' 30" Sur. Hacia el este tiene como punto de referencia la Isla de San José en el río Negro, frente a la Piedra del Cocuy, localizada en longitud 66° 50' 54" Oeste. Por el oeste, el Cabo Manglares, en el departamento de Nariño localizado en longitud 79° 01' 23" Oeste.

### Características físicas del territorio

Colombia tiene una localización privilegiada siendo el único país de América del Sur que posee dos costas: en el mar Caribe y en el océano Pacífico, por tanto tiene una extensa plataforma continental. Es atravesada por la gran cordillera andina, que origina una gran variedad de climas y ecosistemas que al mismo tiempo favorecen el desarrollo de la vida humana y son reservorio natural de vectores transmisores de enfermedades a los seres humanos.



La salud  
es de todos

Minsalud

La orografía colombiana representa las principales características de relieve y de distribución de la red hidrográfica en relación con este. Predominan cuatro grandes sistemas orográficos que han motivado el asentamiento de poblaciones humanas de acuerdo con sus capacidades de producción y sostenimiento. De acuerdo con esto, podemos decir que la composición física del territorio se comporta como determinante estructural de la salud, pues promueve situaciones que ponen en diferentes grados de desventaja a la población en relación con los riesgos ambientales propios del territorio.

#### *Primer sistema orográfico: región andina*

Tiene un relieve estructural compuesto por las cordilleras que integran los Andes suramericanos, que con una extensión de 7.500 kilómetros –desde la Patagonia, bordeando por el oriente el Océano Pacífico– entran a Colombia y se dividen en tres grandes ramales:

1. Cordillera Occidental: con una longitud de 1.200 kilómetros y una altura media de 2.000 msnm. Se caracteriza por sus relieves abruptos que dificultan la ocupación y explotación. Las mayores alturas son el volcán nevado del Cumbal (4.764 msnm), el volcán Chiles (4.750 msnm), los Farallones de Cali (4.280 msnm), el cerro de Tatamá (4.150 msnm), el Páramo de Frontino (4.080 msnm) y el volcán Azufral (4.070 msnm)<sup>13</sup>. Su máxima depresión la constituye la Hoz de Minamá, originada por el río Patía en su salida al océano Pacífico. La cordillera Occidental atraviesa territorios de Nariño, Cauca, Valle del Cauca, Risaralda y Antioquia.
2. Cordillera Central: Constituye el eje del sistema andino; en el país es la más alta y volcánica de las cordilleras y a su vez, la de menor longitud. Otras de sus características morfológicas predominantes las constituyen sus grandes elevaciones, especialmente volcanes y sus numerosos páramos en el Macizo Colombiano allí nacen las principales corrientes del país (ríos Magdalena, Cauca, Patía y Caquetá). Tiene extensos macizos igneo-plutónicos y metamórficos, en numerosos focos volcánicos, cuyas vertientes generalmente son largas y abruptas y con una red de drenaje densa y profunda. Está bordeada en sus flancos oriental y occidental por extensos abanicos de origen fluvio-glaciar y fluvio-volcánicos, los cuales forman amplios piedemontes densamente ocupados, como Armenia, Popayán, Ibagué, Guamo y el Espinal. La longitud aproximada de la cordillera es de 1.000 kilómetros, con una altura media superior a los 3.000 msnm, con varios volcanes activos e inactivos que sobrepasan los 5.000 msnm. Al norte de la cordillera se levanta la Sierra Nevada de Santa Marta donde se encuentran los picos más elevados del sistema montañoso colombiano (5.775 msnm)<sup>13</sup>.





La salud  
es de todos

Minsalud

Los accidentes más destacados son los volcanes el Galeras, Sotará, Puracé y los nevados del Huila, Tolima, Santa Isabel, Ruiz y el páramo de las Papas. Esta cordillera es una región muy fértil, debido a las cenizas volcánicas; en su recorrido atraviesa los territorios de Nariño, Huila, Cauca, Valle del Cauca, Quindío, Tolima, Caldas, Risaralda, Antioquia y Bolívar. En particular en Antioquia, se forma el Macizo Antioqueño, el cual se divide en los ramales de Santo Domingo, Yolombó y Remedios, para terminar en la costa del Atlántico.

3. Cordillera Oriental: tiene una longitud superior a los 1.200 kilómetros y un área de 130.000 kilómetros cuadrados. Se extiende desde el Macizo Colombiano hasta la cordillera de Mérida, en Venezuela. Posee desde profundos cañones entallados por grandes ríos, como el del Chicamocha, extensas altiplanicies fluvio-lacustres, como la Sabana de Bogotá, hasta el Piedemonte.

Así mismo sobresalen tres formaciones geográficas de relevancia: el Piedemonte del Baudó que con una extensión de 170 kilómetros de longitud, está situado en el noroccidente el país, paralelo a la costa del Pacífico. Su mayor elevación tiene 1.600 msnm<sup>13</sup>. La Sierra de La Macarena que es una formación montañosa donde nacen los ríos Guayabero y Ariari, importantes afluentes del río Meta<sup>13</sup> y finalmente, las depresiones longitudinales que se extienden paralelamente a los sistemas cordilleranos sobre las cuales drenan los principales ríos de la región andina: Cauca, Magdalena, Atrato y San Juan, se rellenaron con sedimentos arrastrados por los ríos desde las cordilleras circundantes, conformando valles relativamente amplios y densamente poblados con excepción del Atrato-San Juan<sup>13</sup>.

Se destacan en esta cordillera, también llamada de Sumapaz, el altiplano cundi-boyacense, así como, los picos de la Fragua, el cerro Miraflores, el nevado de Sumapaz (3.820 msnm) y los páramos de Chingaza (3.950 msnm), y Pisba (3.900 msnm); su máxima altura corresponde a la Sierra Nevada del Cocuy (5.380 msnm). La cordillera adquiere su mayor anchura con 300 al atravesar por Cundinamarca, Boyacá y Santander. La cordillera Oriental en su recorrido, atraviesa los territorios de Cauca, Caquetá, Huila, Tolima, Meta, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Cesar y la Guajira.

#### *Segundo sistema orográfico: llanuras de la Orinoquía y Amazonía:*

Sistema orográfico conformado por las extensas llanuras de la Orinoquía, cubiertas por diferentes tipos de sabanas y por las llanuras de la Amazonía con bosques tropicales. Este conjunto de llanuras tiene topografía



La salud  
es de todos

Minsalud

ondulada con algunos sistemas de colinas de escasa extensión y está profusamente irrigada por numerosas corrientes y caños que drenan hacia los ríos Orinoco y Amazonas<sup>13</sup>.

#### *Tercer sistema orográfico: llanura del Caribe:*

Conformada por amplias planicies de origen fluvio-deltaico y marino, posee una red de drenaje bastante densa. Su estabilidad estructural es alta, beneficiada por costas bajas. En el sur son comunes las áreas pantanosas y cenagosas<sup>13</sup>.

#### *Cuarto sistema orográfico: llanura del Pacífico:*

Se extiende longitudinalmente desde los ríos Mataje y Mira hasta la desembocadura del río San Juan; hacia el norte se prolonga en la depresión del Atrato-San Juan, que culmina en el Golfo de Urabá. Recibe numerosos ríos que descienden de la Cordillera Occidental y presenta características diferentes a las de la llanura del Caribe, al ser húmeda y selvática<sup>13</sup> (Mapa 1).

Mapa 1. Altimetría y relieve



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.



La salud  
es de todos

Minsalud

### Patrones climatológicos del territorio

El clima del país es posible identificarlo por la temperatura media del aire, de la precipitación, de la humedad del aire y de los vientos, variables climatológicas, que muestran una variabilidad en la distribución espaciotemporal y se relacionan con los procesos biológicos, de salud, ecosistémicos y socioeconómicos. A continuación se describen el comportamiento de dichas variables climatológicas en el territorio colombiano.

#### *Temperatura media del aire*

En Colombia existen regiones con temperaturas medias mayores a los 32 °C, así como zonas de páramo y nieves perpetuas con temperaturas cercanas e incluso inferiores a los 0 °C. Esta variabilidad en la temperatura media, se explica por la ubicación en la zona ecuatorial, los sistemas orográficos, la localización en medio de los Océanos Atlántico Tropical, el Mar Caribe y el Pacífico Tropical, las regiones Pacífica y Amazónica, que adquieren relevancia por el factor de la evaporación, que contribuye a disminuir los valores medios de la temperatura<sup>16</sup>.

De acuerdo al informe la variabilidad climática y el cambio climático en Colombia del IDEAM para 2018, en las llanuras del Caribe, la Orinoquía, Amazonía y la costa Pacífica, las temperaturas medias anuales estuvieron por encima de 24°C, que cubren cerca del 70% del área total del país. En el Valle del Magdalena a la altura de Huila y Tolima, en el Magdalena Medio y Bajo y La Guajira, las temperaturas medias anuales son superiores a 28°C. En la región Andina, en la medida como se avanza con la altura la temperatura disminuye a un promedio de 5.53°C/kilómetro, este descenso, no es homogéneo en el Pacífico es de 4.62°C/kilómetro, en la región Andina 6.13°C/kilómetro y un poco mayor en la región Caribe, particularmente en La Guajira<sup>17</sup>.

La temperatura media anual estacional no sobrepasa los los 2°C en las regiones del país. La diferencia entre la máxima y mínima temperatura del día depende de la época del año y en promedio puede alcanzar los 10°C y tiende a ser mayor a mayores altitudes sobre el nivel del mar <sup>17</sup>.

#### *Región Caribe*

Esta región registra temperaturas medias que oscilan entre 26 y algo más de los 28 °C. Los mayores valores se presentan en el extremo norte, como en La Guajira y Cesar, con valores superiores a los 28 °C. La Sierra Nevada de Santa Marta por ser una zona de alta montaña, la temperatura media oscila con gradientes entre 0,50 y 0,60 °C/100 metros, aproximadamente. La temperatura en general es monomodal el norte y sur (La Guajira, sur de Córdoba y Bolívar) y bimodal hacia el centro y oriente (centro de Magdalena, Cesar) <sup>16</sup>.



La salud  
es de todos

Minsalud

En La Guajira, los mayores valores de temperatura media se registran en junio, julio y agosto. La acción moderadora del mar y los vientos predominantes al inicio del año tienden a disminuir los incrementos de temperatura que se esperarían como consecuencia de la época seca correspondiente al primer trimestre del año. Igual efecto se observa en Barranquilla y Cartagena <sup>16</sup>. En el resto de la región se registran precipitación durante octubre y noviembre. (Mapa 2)

### *Región Andina*

Las características orográficas, la precipitación y la altura del sitio sobre el nivel del mar, describen variabilidad al interior de la región. Es decir, la temperatura media registra mayores valores en zonas con menos elevación y en las zonas de menos elevación menos temperatura media. Por ejemplo, las temperaturas medias más altas se presentan en los valles de los ríos Magdalena, Cauca, Sogamoso y Patía, en donde se alcanzan entre 24 y 28 °C, mientras en los altiplanos cundiboyacense, nariñense y en las zonas montañosas de Antioquia, Cauca y del Eje Cafetero se registran temperaturas medias entre 12 y 16 °C. En la alta montaña se alcanzan valores inferiores a 8 °C<sup>16</sup>. (Mapa 2)

Durante julio y agosto se observan las temperaturas altas en gran parte de Antioquia, Eje Cafetero, Tolima, Huila, Valle, Cauca y Nariño, que coinciden con la temporada seca. Un segundo momento de temperatura máximo, menos pronunciado, se registra en enero y febrero. En estas zonas las menores temperaturas tienen lugar durante octubre y noviembre. En tanto que en los altiplanos de Cundinamarca y Boyacá, las mayores temperaturas medias se registran en abril y mayo. En norte de Santander y oriente de Santander, la temperatura es aproximadamente monomodal, con máximos a mitad de año y mínimos en diciembre y enero <sup>16</sup>. (Mapa 2)

### *Región Pacífica*

Esta región no presenta tanta variabilidad en la temperatura media, como consecuencia de la alta pluviosidad, la diferencia entre el mes más cálido y el más frío es de aproximadamente 1 °C. Las temperaturas oscilan entre 24 y 28°C en promedio. Las menores temperaturas medias se registran en las estaciones de la costa nariñense en el sur y las mayores en el extremo norte hacia la zona de Urabá<sup>16</sup>. (Mapa 2)

### *Región Orinoquia y Amazonia*

Esta región muestra un comportamiento monomodal, sus temperaturas medias más altas se registran en Arauca, Casanare y Vichada, con los valores medios alrededor de los 28 °C. En el resto de la llanura orinoquense, los valores medios están entre 25 y un poco más de 26 °C. Las máximas temperatura se observan



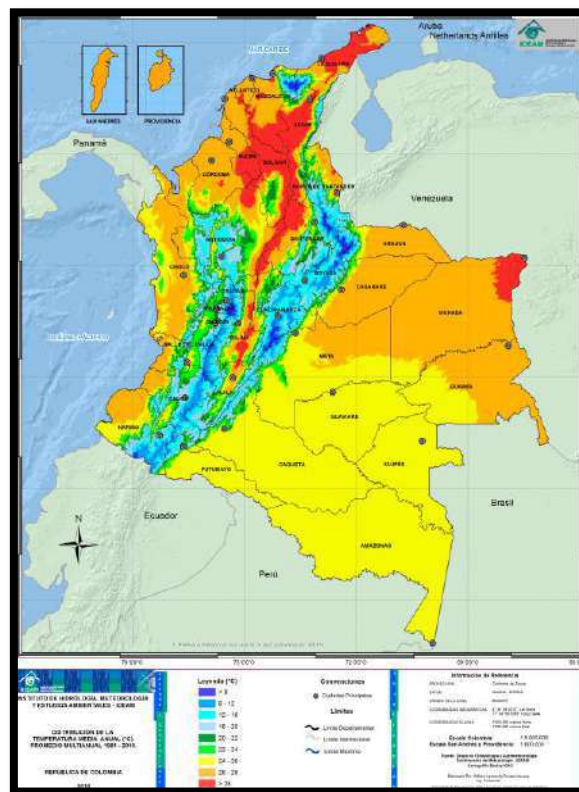
La salud  
es de todos

Minsalud

en diciembre, enero y febrero, coincidentes con la sequía estacional en la región y mínimas en junio y julio, los meses más lluviosos del año<sup>16</sup>.(Mapa 2)

Asimismo, en la Amazonia, la situación es monomodal. Los piedemontes de Caquetá y Putumayo registran la mayor variabilidad, como consecuencia de la disminución de la temperatura con la altura, mientras en la parte plana las temperaturas medias oscilan alrededor de los 25 °C, siendo ligeramente más bajas que las registradas en la Orinoquia<sup>16</sup>.(Mapa 2)

Mapa 2. Temperatura media del aire, media anual (1981-2010)



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia, 2018.

### Precipitaciones

En Colombia, las zonas más lluviosas son la Región Pacífica, los piedemontes amazónico y llanero y los sectores mas secos son la Península de la Guajira y algunos valles interandinos. Los territorios con precipitación superiores de 4000 milímetros al año, estan en el sur, centro y norte el departamento de Antioquia, en la cuenca





La salud  
es de todos

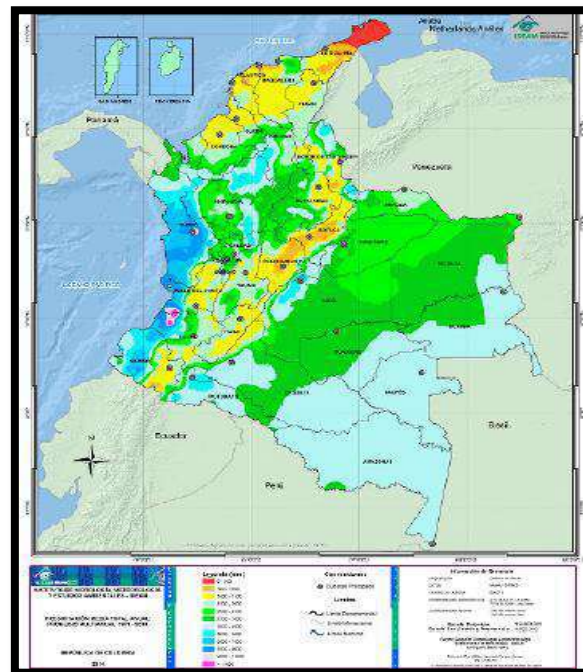
Minsalud

alta del río Arauca y en el Catatumbo. En el Pacífico se presentan zonas extremadamente lluviosas, con precipitación anual sobrepasa los 10.000 milímetros al año localizadas en Cauca y Choco <sup>17</sup> (Mapa 3).

En la región interandina (cuencas de los ríos Magdalena, Cauca y Patía) las precipitaciones no sobrepasan los 4.000 milímetros al año. En los altiplanos nariñense y cundiboyacense, la precipitación anual está entre los 500 y 1.000 milímetros; esta misma condición se registran en Valle del Cauca, Huila, Santander y Norte de Santander. La península de La Guajira, es el territorio con menor precipitación, entre 500 y 1.000 milímetros anuales, en el extremo norte se presentan volúmenes anuales menores de 500 milímetros <sup>17</sup> (Mapa 3).

El comportamiento del país es monomodal en la zona oriental, bimodal en las regiones Andina y Caribe, y cuasimonomodal en la región Caribe. En la región de la Orinoquia colombiana, las lluvias son abundantes a mediados de año y solo se presenta un máximo. En la región Andina y Pacífica, hay dos temporadas de abundantes lluvias, entre marzo y mayo y entre septiembre y noviembre. En la región Caribe hay un máximo en la precipitaciones a mediados de año y disminuyen ligeramente en julio-agosto dando paso a un período de mayores lluvias entre septiembre y octubre <sup>17</sup> (Mapa 3).

Mapa 3. Precipitación media anual



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia, 2017.



La salud  
es de todos

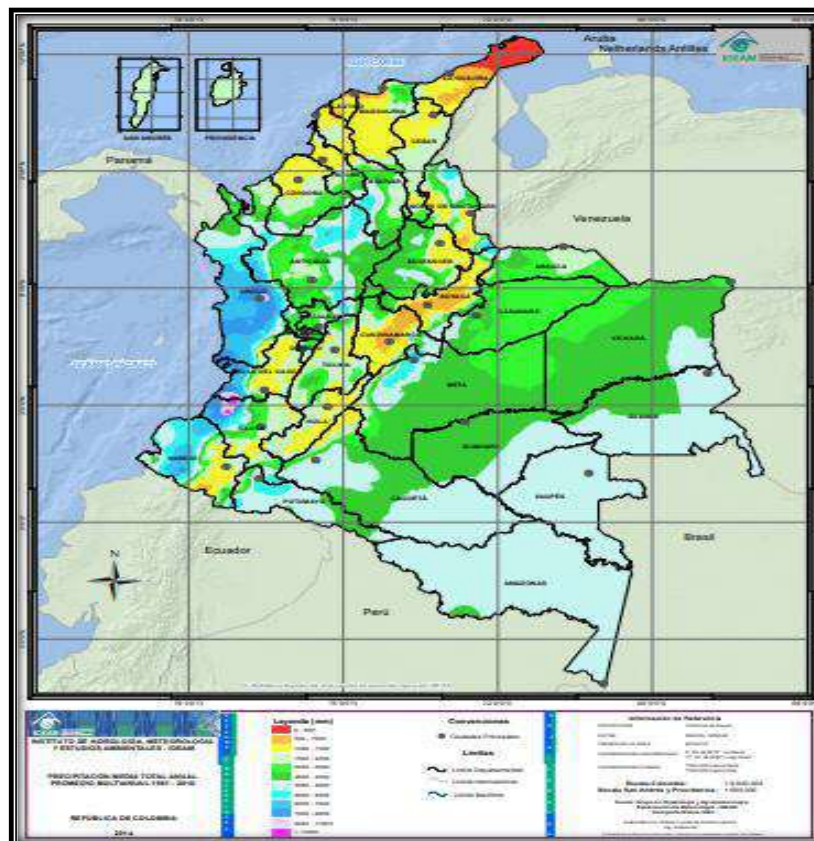
Minsalud

### *Humedad relativa del aire*

La humedad en el territorio nacional es de tipo bimodal, está por encima del 60% siendo mayor en la región del Pacífico en donde está entre 85% y 95%, valores similares se pueden observar en algunos sectores de la Sierra Nevada de Santa Marta. La diferencia entre el mes más húmedo y el más seco es del 10% a 15%. Julio y agosto son los meses de menor humedad, aunque en los Santanderes y en el altiplano cundiboyacense los menores valores pueden presentarse en enero y febrero. La época de humedades máximas corresponde a los meses de la segunda temporada lluviosa en casi toda la región <sup>16</sup> (Mapa 4).

La región Amazónica registra humedad media anual entre 80% y 90%, en la Orinoquía oscila entre 70% y 80%, valores que también se registran la región Andina y Caribe. Se observa humedad relativa por debajo del 70% en el valle del Magdalena, Huila, Tolima, La Guajira y un núcleo en el valle del río Cesar<sup>17</sup> (Mapa 4).

Mapa 4. Humedad relativa media anual



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia, 2018.





La salud  
es de todos

Minsalud

### *Amenazas*

En el 2012, el Estado colombiano definió a través de la Política Nacional de Gestión del Riesgo, el concepto de Amenaza, como el “Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, que se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdida en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales”<sup>18</sup>.

### *Amenazas de origen natural*

En Colombia la más frecuentes amenazas son naturales (hidrometeorológicas y geológicas), dado que el país se encuentra en una zona de muy alta complejidad tectónica, en donde las placas de Nazca, Suramérica y del Caribe se encuentran, generando una alta actividad sísmica y volcánica<sup>19</sup>. Las condiciones geológicas y climáticas, han hecho que Colombia en los últimos 19 años el 88% de los desastres que ocurren en el territorio son de origen hidrometeorológicos<sup>20</sup>, lo cual se acentúa por las intervenciones antrópicas, como el uso del suelo en actividades agrícolas, ganaderas y la deforestación<sup>21</sup>. El 29,0% del territorio nacional tiene condiciones críticas de amenazas por fenómenos hidrometeorológicos, lo que traduce a 32,6 millones de hectareas, ubicadas en Cundinamarca, Boyacá, Choco, eje cafetero y las sabanas de Casanare y Arauca<sup>21</sup>.

### *Amenazas por inundación*

Colombia es uno de los países con mayor diversidad pluviométrica en el mundo, debido principalmente a su localización geográfica, varios elementos meteorológicos de macro y mesoescala, entre los cuales cabe destacar: las ondas del Este, la Zona de Confluencia Intertropical (ZCIT), las vaguadas y colas de frentes extratropicales, los anticiclones de latitudes medias y bajas presiones cuasipermanentes en la costa Pacífica y en la Amazonia<sup>22</sup>.

Las inundaciones son fenómenos hidrológicos recurrentes potencialmente destructivos, que se pueden calificar en dos tipos: Inundaciones lentas, que son las que ocurren en las zonas planas de los ríos y con valles aluviales extensos, los incrementos de nivel diario son de apenas del orden de centímetros, reporta afectaciones de grandes extensiones, pero usualmente pocas pérdidas de vidas humanas, el tiempo de afectación puede fácilmente llegar a ser del orden de meses, en Colombia el ejemplo es la región de la Mojana.

El otro tipo de inundación son las crecientes súbitas, que aunque las áreas de afectación son menores, el poder destructivo es potencialmente mayor y cobra el mayor número de vidas cuando se presentan, responden



La salud  
es de todos

Minsalud

rápidamente a la ocurrencia de fuertes precipitaciones en las partes altas de las cuencas, los incrementos de nivel son del orden de metros en pocas horas y el tiempo de permanencia de estas inundaciones en las zonas afectadas son igualmente de horas o pocos días, estas se presentan en todas las cuencas de alta pendiente de la región Andina principalmente. La creciente repentina es definida por la Organización Meteorológica Mundial, (OMM) como una “inundación de corta duración que alcanza un caudal máximo relativamente alto”

Colombia tiene un área de 1144. 074.972 hectáreas (ha), el 1,7% (1.604.559 ha) corresponde a cuerpos de agua y las zonas inundables periódicamente corresponden al 12% (13.156.953 ha). El IDEAM cuenta en la actualidad con mapas de amenaza por inundación a diferentes escalas desde nacionales (1:500.000 y 1:100.000) hasta escalas locales (1:5.000) para algunas aéreas piloto seleccionadas. En 1998, el IDEAM registró zonas inundables periódicamente de 939.970 ha e inundaciones por 822.317 ha, los departamentos afectados por el fenómeno de la niña, por inundación en 1998 fueron Arauca (105.689 ha), Casanare (104.749 ha), Antioquia (77.860 ha), Chocó (72.724 ha), Bolívar (71.759 ha) y Córdoba (62.106 ha) (Mapa 5).

Para el 2000 se registraron 779.165 ha por inundaciones, afectando más a los territorios de Córdoba (107.677 ha), Arauca (106.175 ha), Chocó (102.254 ha), Casanare (84.178 ha), Antioquia (69.589 ha) y Bolívar (52.659 ha). En 2011 el fenómeno de la Niña, ocasiono 1.983.979 ha inundadas, concentradonse más en Bolívar (342.027 ha), Magdalena (244.092 ha), Córdoba (184.213 ha),Casanare (168.489 ha), Sucre (153.839 ha), Meta (148.870 ha), Cesar (139.908 ha), Antioquia (134.764 ha) y Santander (118.833 ha) (Mapa 5).

En 2012 se registraron 245.892 ha inundadas por efecto del fenómeno de la Niña, los departamentos con más áreas inundadas fueron Bolívar (46.029 ha), Magdalena (36.248 ha), Atlántico (18.539 ha), Córdoba (17.556 ha), Arauca (15.312 ha), Sucre (13.665 ha) y Antioquia (12.957 ha) (Mapa 5).



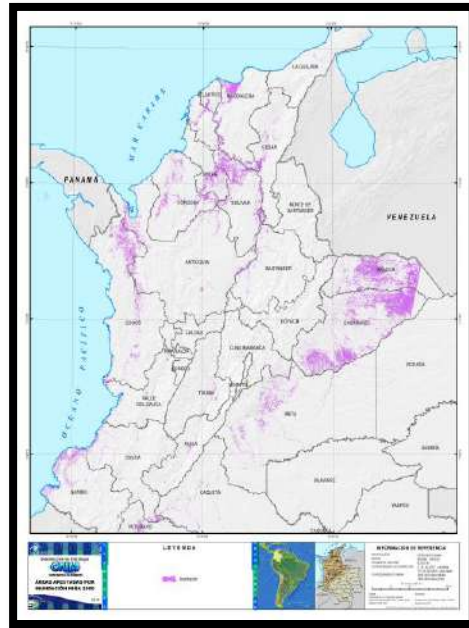
La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 5. Zonas afectas por el fenómeno de La Niña 1998 a 2012. Colombia

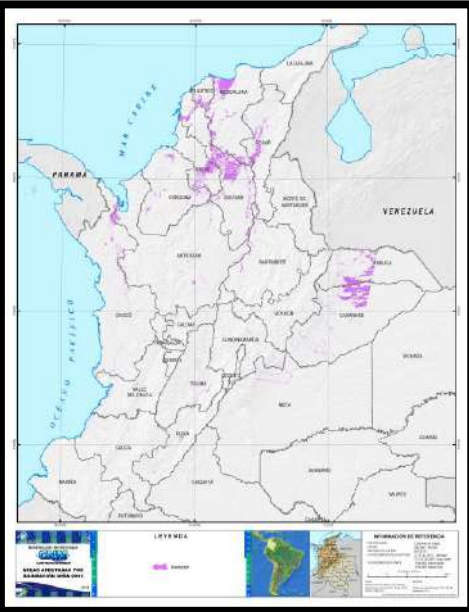
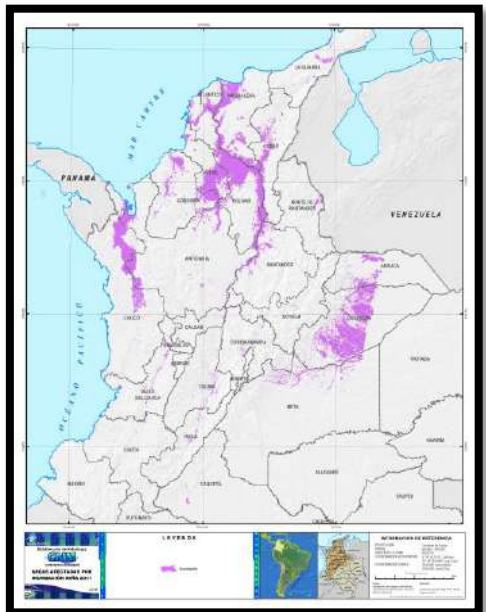
1998

2000



2001

2012



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2016.



La salud  
es de todos

Minsalud

En 2016, los departamentos con mayor amenaza de crecientes súbitas corresponden a Cundinamarca, Boyacá, Risaralda, Caldas, Antioquia, Santander, Tolima, Nariño, Norte de Santander, Cauca y Bolívar. El 28% de la población está expuesta a inundaciones, es decir cerca de 12 millones de personas. Los territorios con mayor población expuesta a inundaciones son Magdalena, Atlántico, Córdoba, Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Cesar, Cundinamarca y Meta. 31% de población expuesta a amenaza alta y media por movimientos en masa, asociados a crecientes súbitas (Mapa 6)

El 12,0% del territorio nacional se encuentra localizado en áreas con una mayor susceptibilidad a inundarse, estas áreas corresponden: 1) a los Valles aluviales en las regiones Caribe y Pacífica, asociados con el río Magdalena, la depresión Momposina, los valles de los ríos Sinú y Alto San Jorge, y en las tierras bajas cercanas al río Atrato, en el Chocó y los deltas de los ríos San Juan, Telembí, Patía y Mira; 2) Valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, lo mismo que en la Sabana de Bogotá y 3) Llanuras bajas de las cuencas de los ríos de la Orinoquía y la Amazonía (Mapa 6).

Mapa 6. Línea de base de inundación. Colombia



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM), 2016.



La salud  
es de todos

Minsalud

### *Amenazas de origen volcánico*

Colombia esta ubicada en la zona de interacción de tres placas tectónicas: la placa Nazca, la placa Suramericana y la placa Caribe. Así mismo, el territorio colombiano se localiza dentro del llamado cinturón de fuego del Pacífico producen un cinturón de volcanismo. La mayoría de volcanes están ubicados en la cordillera central, si bien hay vestigios de actividad volcánica en las cordilleras occidental y oriental. La actividad volcánica registra varias manifestaciones que pueden causar daños en la población como son los sismos, gases volcánicos, caída de piroclastos, flujos de piroclastos, flujos de lodo, flujo de lava y ondas de choque<sup>23</sup>.

Los Observatorios Vulcanológicos del Servicio Geológico Colombiano (SGC) a marzo de 2019, monitorea 20 de 29 volcanes e informo sobre los cambios en estos volcanes. El 35,0% (7) volcanes se encuentran en nivel III amarillo, que contempla cambios en el comportamiento de la actividad volcánica, existe la posibilidad de registrar sismos, emisiones de cenizas, lava, cambios morfológicos, ruidos, olores a gases volcánicos que pueden afectar la calidad de vida de la población en zonas de influencia volcánica. Dichos volcanes fueron Nevado del Ruiz (Caldas y Tolima); Volcán Sotará (Cauca); Nevado del Huila (Huila, Cauca y Tolima); Cerro Machín (Tolima); Cerro Negro de Mayasquer, Volcán Chiles y Volcán Cumbal en Nariño<sup>24</sup> (Mapa 7).

El 65% (13) volcanes estan en nivel IV es decir volcán activo con comportamiento estable y son: Cisne (Caldas); Volcán Romeral (Caldas); Volcán San Diego (Caldas); Nevado de Santa Isabel (Caldas, Risaralda y Tolima); Volcán Puracé (Huila y Cauca); Volcán Azufral (Nariño); Volcán Las Ánimas (Nariño); Volcán Doña Juana (Nariño y Cauca); Volcán Paramillo de Santa Rosa (Risaralda); Nevado del Quindío (Risaralda y Tolima), Cerro Bravo (Tolima), Nevado del Tolima (Tolima) y Volcán Galeras en Nariño<sup>24</sup> (Mapa 7).

Otros volcanes que podrían generar una amenaza son el Volcán Alto de Mulatos (Antioquia); Volcán Arboletes (Antioquia); Volcán del Totumonota (Bolívar); Volcán Paipanota (Boyacá); Volcán El Escondido (Caldas); Volcán Alto Mellizos (Caldas); Volcán Petacas (Nariño y Cauca) y el Volcán Bordoncillo (Nariño y Putumayo) (Mapa 7).

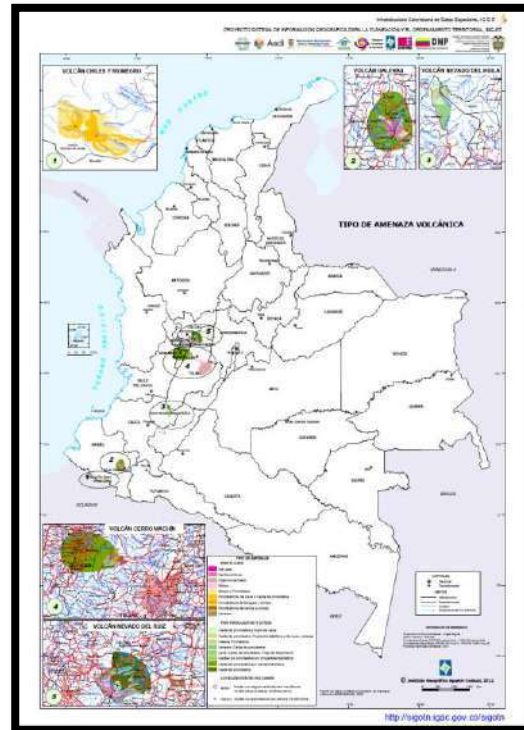




La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 7. Zonas de amenaza volcánica. Colombia



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Servicio Geológico Colombiano

### *Amenazas de origen sísmico*

Colombia se encuentra en una región sísmicamente activa, esto debido a que encuentra en la interacción de cuatro placas tectónicas: Suramericana, la del Caribe, de Nazca y los Cocos, que generan fallas geológicas activas como la de Romeral, Algeciras, frontal del Piedemonte Llanero, entre muchas más<sup>25</sup>. De acuerdo al Servicio Geológico Colombiano, (SGC), el país está dividido en tres niveles de amenaza: alta, intermedia y baja. La categorización de la amenaza tienen en cuenta la ubicación de las zonas de convergencia de las placas tectónicas y de las fallas activas, los sismos ocurridos de cualquier magnitud, ya sea medidos por las redes sísmológicas o caracterizados por reportes históricos del SGC<sup>26</sup>.

Los resultados de evaluación de la amenaza sísmica se visualizan mediante mapas nacionales de aceleración máxima del terreno (PGA). Los territorios en zona de amenaza sísmica baja, definida como cuyo sismo de diseño no excede una aceleración pico efectiva (Aa) de 0,1 g, se encuentran en Barranquilla, Cartagena, Riohacha, Leticia, Mitú, Puerto Carreño, Puerto Inírida, San Andrés, San José del Guaviare, Sincelejo y Valledupar<sup>27</sup> (Mapa 8)



La salud  
es de todos

Minsalud

Los territorios en zona de amenaza sísmica intermedia: definida para regiones donde existe la probabilidad de alcanzar valores de aceleración pico efectiva mayores de 0,1 g y menores o iguales de 0,2 g, se localizan en Arauca, Bogotá D.C, Florencia, Ibagué, Medellín, Montería, Santa Marta y Tunja. En zona de amenaza sísmica alta, definida como aquellas regiones donde los temblores son muy fuertes con valores de aceleración pico efectiva mayores de 0,2 g, se encuentran Armenia, Bucaramanga, Cali, Cúcuta, Manizales, Mocoa, Neiva, Pasto, Pereira, Popayán, Quibdó, Villavicencio y Yopal (Mapa 8).

El 95% de los territorios en amenaza sísmica alta, se encuentran en Huila, Chocó, Valle del Cauca, Nariño, Risaralda, Cauca y Quindío, departamentos con al menos un evento sísmico que generó pérdidas documentadas desde 1.566 reporte del primer sismo en el catálogo histórico del país<sup>28</sup>.

La región Pacífica se encuentra expuesta a amenaza sísmica alta, asociada con la zona de subducción del océano Pacífico, que tiene la capacidad de liberar las mayores cantidades de energía sísmica, en esta región acontecieron los sismos de 1.906 y 1.979, que se destacan por ocasionar un tsunami que afectó principalmente la población de Tumaco, municipio localizado en la costa Pacífica nariñense<sup>28</sup>.

En la región Andina, las zonas de amenaza sísmica alta se deben a la actividad de fallas superficiales como Romeral, Cauca, Palestina y Frontal de la Cordillera Oriental, que tiene características para generar sismos superficiales de gran poder destructivo, como los de Suaza (1827), Huila (1967), Popayán (1983), Páez (1994), Tauramena (1995) y Eje Cafetero (1999). En el norte del Valle del Cauca, sur del Chocó y Eje Cafetero se presenta sismicidad de profundidad intermedia (entre 66 y 300 km), con eventos de magnitud alrededor de 6,0 a 6,5, que han generado importantes daños en Cali ( 1925), Manizales, Pereira y en otras poblaciones como los del sur de Antioquia y el norte del Valle del Cauca (en 1938, 1961, 1962, 1973, 1979 y 1995)<sup>28</sup>.

Desde 1644 a marzo del 2019 el país ha registrado 52 sismos con intensidades mayores o iguales a ocho (VIII) en la Escala Macrosísmica Europea de 1998, (EMS – 98), 37 sismos que corresponde a la categoría “causa daños severos” A mucha gente le cuesta mantenerse de pie, muchas viviendas muestran grietas grandes en los muros. Unos pocos edificios ordinarios bien contruidos muestran daños serios en los muros, mientras que las estructuras antiguas y débiles pueden colapsar<sup>29</sup>, registrados en Arauca, Boyacá, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Nariño, Norte de Santander, Costa Pacífica, Darién, Esmeralda, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca y el Eje Cafetero (Tabla 1).

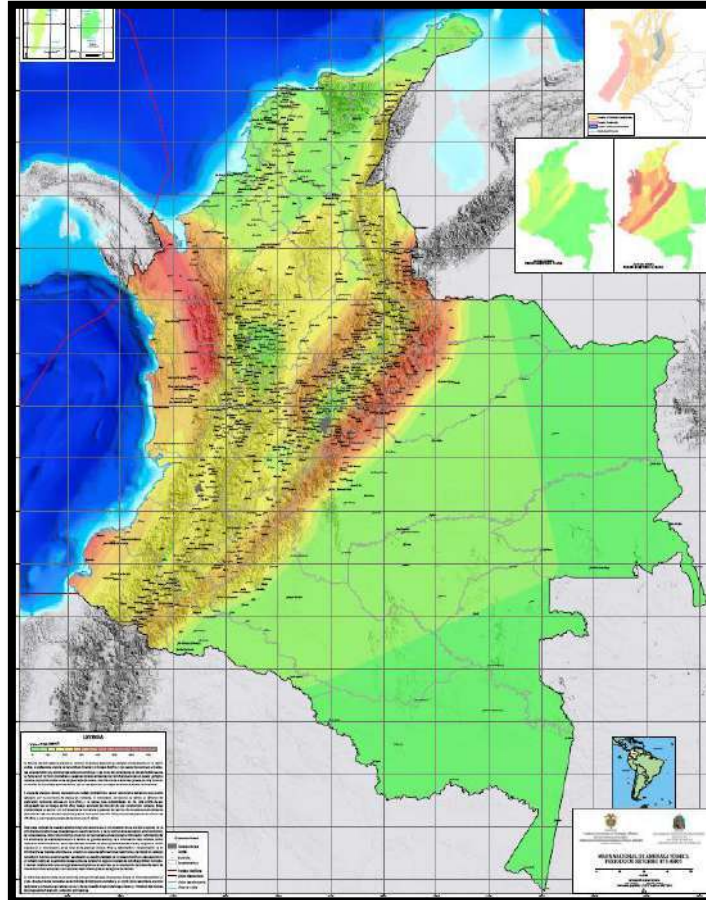




La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 8. Zonas de amenaza sísmica periodo de retorno 475 años. Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Servicio Geológico Colombiano [http://srvags.sgc.gov.co/JSViewer/Amenaza\\_Sismica/](http://srvags.sgc.gov.co/JSViewer/Amenaza_Sismica/)

En nueve territorios de Cauca, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Tolima y Colón se registraron sismos con intensidad de IX, que son “destructivos”, que corresponde a la categoría pánico general, con muchas construcciones débiles que colapsan, incluso los edificios ordinarios bien contruidos muestran daños serios: fallas graves en los muros y fallas estructurales parciales<sup>29</sup> (Tabla 1).

En Antioquia (1.992), Huila (1.827 y 1.967), Norte de Santander (1.875) y Costa Pacífica (1.906 y 1.979) han registrado sismos con categoría X, “Muy destructivo”, muchos edificios ordinarios bien contruidos colapsan (Tabla 1).



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 1. Grandes sismos con intensidades mayores o iguales a 6 en Escala EMS-98, Colombia 1644 a 2018

Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
1644	9	MW	Pamplona	Norte de Santander
1646	8	MW	Muzo	Boyacá
1736	8	MW	Popayán	Cauca
1743	8	MW	Foyeque	Cundinamarca
1766	8	MW	Buga	Valle del Cauca
1805	9	MW	Honda	Tolima
1826	8	MW	Úmbita	Boyacá
1827	10	MW	Altamira	Huila
1834	9	MW	Santiago	Putumayo
1834	8	MW	Santa Marta	Magdalena
1875	10	MW	Cúcuta	Norte de Santander
1882	9	MW	Colón	Panamá
1884	8	Mm	Herveo	Tolima
1885	8	MS	El Tambo	Cauca
1906	10	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1917	9	MW	Villavicencio	Meta
1923	9	MW	Cumbal	Nariño
1923	8	MW	Medina	Cundinamarca
1926	8	ML	Cumbal	Nariño
1928	8	MW	Chinavita	Boyacá
1933	8	MS	Linares	Nariño
1935	8	MW	Tangua	Nariño
1935	8	MW	Pueblo Rico	Risaralda
1935	8	MW	Imués	Nariño
1936	8	MW	Túquerres	Nariño
1938	8	MS	Eje Cafetero	Colombia
1942	8	MW	Santa Cruz de Lorica	Córdoba
1947	8	MW	Pasto	Nariño
1950	9	MW	Arboledas	Norte de Santander
1953	8	MW	Guaitarilla	Nariño
1958	8	MW	Esmeraldas	Ecuador
1961	8	MS	Eje Cafetero	Colombia
1962	8	MW	Eje Cafetero	Colombia
1967	10	MW	Colombia	Huila
1967	8	MW	Betulia	Santander
1970	8	MW	Bahía Solano	Chocó
1973	8	MW	Convención	Norte de Santander
1974	8	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1976	8	MW	Esmeraldas	Ecuador
1976	8	MW	Darién	Panamá
1979	8	MW	Eje Cafetero	Colombia
1979	10	MW	Costa Pacífica	Pacífico
1981	8	MW	Cúcuta	Norte de Santander
1983	9	MW	Popayán	Cauca
1992	10	MW	Murindó	Antioquia
1993	8	MW	Puerto Rondón	Arauca
1994	8	MW	Páez (Belalcázar)	Cauca



La salud  
es de todos

Minsalud

Año	Intensidad máxima	Magnitud tipo	Área epicentral	Departamento
1995	8	MW	Tauramena	Casanare
1995	8	MW	Calima	Valle del Cauca
1999	9	MW	Armenia	Quindío
2004	8	MW	Bajo Baudó	Chocó
2008	8	MW	Quetame	Cundinamarca
2013	7	MW	Guaitarilla	Nariño
2014	6	MW	Chiles, Cumbal	Nariño
2015	7	MW	Los Santos	Santander
2016	6	ML	Colombia	Huila

Magnitud local, ML Magnitud de ondas superficiales, MS Magnitud de momento, Mw

Fuente: Sismicidad historica de Colombia. Servicio Geologico Colombiano, SGC.

### Amenazas de origen de remoción en masa

La remoción en masa es el desplazamiento de un volumen de material litológico, suelo, roca o cobertura vegetal, escombros o una combinación hacia abajo por acción de la fuerza de gravedad, la influencia de la pendiente del terreno y la cohesión o características del material en cada caso<sup>30</sup>. Los factores causales de movimientos en masa se ven favorecidos por condiciones geológicas, geomorfológicas, procesos físicos y antrópicos. Los movimientos de masa pueden ser de cinco tipos deslizamiento, caídas, volcamiento, flujos y reptación<sup>31</sup>.

De acuerdo a los datos del SGC la evaluación de amenaza por movimientos en masa, en una escala 1:500.000, que cubre el 52,5% del área continental de Colombia, se observa que predomina la amenaza baja (75,16% del área), le sigue la amenaza media (23,5%), mientras que la amenaza alta y la muy alta cubren solo el 1,34%, coincidiendo con zonas inestables del piedemonte llanero<sup>32</sup> (Mapa 9).

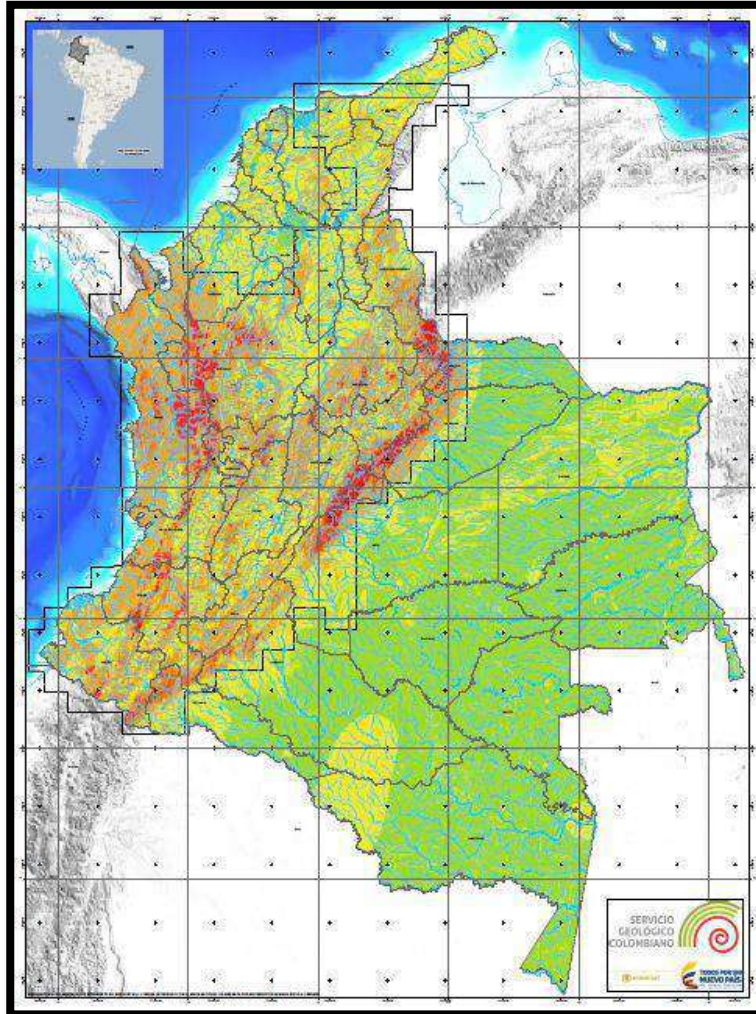
Por otra parte, a una escala de 1:100.000, se tiene que el nivel de amenaza relativa predominante es el medio (47,64%), seguido por la amenaza alta (42,17%); la amenaza muy alta (7,4%) y la amenaza baja (2,79%). Con base en el análisis de la distribución espacial de la amenaza a nivel nacional a escala 1:100.000, se tiene que el 49,6 % del área presenta niveles de amenaza muy alta y alta por movimientos en masa, principalmente en las regiones Andina y Pacífica, donde de los 27 departamentos que entraron en la zonificación, 12 presentan más de un 50 % de su área expuesta a este fenómeno, como Chocó (72,45%), Caldas (62,54%), Cauca (58,4%) y Huila (57,4%)<sup>32</sup> (Mapa 9).



La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 9. Amenaza relativa por movimientos en masa integrado 2010 y 2015. Colombia



Fuente: Servicio Geológico Colombiano. Amenaza remoción de masa

La amenaza muy alta se concentra principalmente en la vertiente de los ríos Cauca y Patía, en la parte norte de la cordillera Oriental y en la cordillera Occidental. En la cordillera Oriental se destaca la inestabilidad de la zona debido al fracturamiento de los materiales asociado con la presencia de fallas. La amenaza alta se concentra especialmente en algunos sectores de la cordillera Central, en la Sierra Nevada de Santa Marta, en los macizos de Quetame, Santander y en el piedemonte de la cordillera Oriental<sup>32</sup> (Mapa 9).





La salud  
es de todos

Minsalud

### Amenazas por erosión del suelo

La erosión de los suelos, es la pérdida fisicomecánica del suelo, con afectación en sus funciones y servicios ecosistémicos, que produce, desertificación (ecosistemas secos), reducción de la biomasa del suelo, pérdida de nutrientes entre otras y la reducción de la capacidad productiva de los mismos. La erosión es un proceso natural; sin embargo, esta se califica como degradación cuando se presentan actividades antrópicas indebidas que lo aceleran, intensifican y magnifican. Por tanto, la degradación de suelo por erosión, corresponde a “la pérdida de la capa superficial de la corteza terrestre por acción del agua y/o del viento, que es mediada por el hombre, y trae consecuencias ambientales, sociales, económicas y culturales”<sup>33</sup>.

Existen dos tipos de erosión: la hídrica y la eólica. La erosión hídrica es causada por la acción del agua (lluvia, ríos y mares) en las zonas de ladera, cuando el suelo está desnudo (sin cobertura vegetal). En estos casos las gotas de lluvia o el riego, ayudadas por la fuerza gravitacional, arrastran las partículas formando zanjas o cárcavas e incluso causando movimientos en masa en los cuales se desplaza un gran volumen de suelo. Por otra parte, la erosión eólica es causada por el viento que levanta y transporta las partículas del suelo, produciendo acumulaciones (dunas o médanos) y torbellinos de polvo<sup>33</sup>.

El 40% del territorio presenta algún grado de erosión, equivalente a 45.379.058 ha de la superficie continental e insular del país. De esta parte del territorio afectado, el 20% (22.821.889 ha) presenta erosión ligera o surcos, el 17,0% (19.222.575 ha) erosión moderada o surquillos, el 3% (3.063.204 ha) erosión severa o laminar y el 0,2% (271.390 ha) erosión muy severa o terraceo<sup>33</sup> (Mapa 10).

De acuerdo a datos del IDEAM, se identificaron 34 focos de erosión, que corresponde a todas las áreas hidrográficas que presentan focos de erosión: 16 en el área hidrográfica Magdalena–Cauca, ocho en la del Caribe, cuatro en la del Amazonas, tres en la del Orinoco y dos en la del Pacífico. Los principales focos de erosión se ubican en las zonas secas del país, en particular en las vertientes de la cordillera oriental, en las serranías del Caribe y en los cañones del área hidrográfica Magdalena – Cauca; pero también aparecen recientemente en el piedemonte de Caquetá – Putumayo, en la zona minera del Pacífico y en la isla de Providencia, donde se identificó un foco de erosión<sup>33</sup> (Mapa 10).

Todos los suelos de los departamentos del país presentan algún grado de degradación por erosión. Los que presentan más del 70% de su área afectada es decir mayor "magnitud de degradación por erosión", son: Cesar (81,9%), Caldas (81,9%), Córdoba (80,9%), Cundinamarca (80,3%), Santander (79,4%), La Guajira (79,3%),



La salud  
es de todos

Minsalud

Atlántico (77,9%), Magdalena (76,9%), Sucre (75,1%), Tolima (73,7%), Quindío (72,7%), Huila (72,5%) y Boyacá (72,1%). En tanto que, los departamentos que presentan mayor proporción de su área afectada por grados de erosión severo y muy severo, son: La Guajira (28,1%), Magdalena (16,5%), Cesar (12%), Huila (8,4%), Sucre (7,6%), Santander (7,6%), Tolima (7,5%), Boyacá (6,8%), Atlántico (6,4%), Norte de Santander (5,7%) y Valle del Cauca (5,4%)<sup>33</sup> (Mapa 10).

Entre las principales causas directas de la degradación de los suelos por erosión, en el país se encuentra: la deforestación, según informes del IDEAM 2015, más del 60% de las áreas deforestadas entre 1990 y 2010 se encuentran con algún grado de erosión, equivalentes a cuatro millones de hectáreas; las actividades y factores socioeconómicos, que mayor presión ejercen sobre los suelos y ocasionan degradación por erosión, se localizan en: los distritos de riego (94,4%), en los territorios agropecuarios (agrícolas 92,9%, agropecuario 88,2%, ganaderos 77,3%), en territorios con conflictos de uso por sobreutilización de los suelos (90,9%), subutilización (80,4%) y por los incendios de la cobertura vegetal (80,9%); otra causa importante, es la minería, en sus distintas formas, que ocasionan el proceso de degradación por erosión más severo, cuyas manifestaciones son los surcos, cárcavas y la ocurrencia de incendios de las coberturas vegetales, que tienen mayor frecuencia en los ecosistemas de climas secos<sup>33</sup>.

Durante el primer trimestre 2017, se detectaron ocho núcleos Activos de Alertas Tempranas de Deforestación, (AT-D) el principal foco ubicado ríos Yari y Caguán, en el Caquetá; en los municipios de San Vicente del Caguán, Cartagena del Chairá, Solano y Puerto Rico. El segundo núcleo localizado en Guaviare en los municipios San José del Guaviare y La Macarena. El tercer foco en los municipios de Tibú, El Tarra y Sardinata en Norte de Santander. El cuarto foco se ubica en Guaviare en El Retorno y Calamar. El quinto núcleo se localiza en San José del Guaviare, en el resguardo indígena Nukak Maku y en las veredas Caño Mosco, Caño Negro y Caño Blanco. El sexto foco localizado en el municipio de Uribe, Meta. El séptimo núcleo ubicado en Córdoba en el municipio de Tierra Alta y el octavo núcleo localizado en Chocó, los puntos de alertas de esta zona están asociados a actividades mineras se detectan en cercanías al río Quito, en los municipios Río Quito, El Cantón del San Pablo, Itsmina y Medio y San Juan<sup>34</sup>.

Para 2018 entre julio y septiembre, se evidencia que en las regiones Amazónica, Andina y Pacífico persiste la deforestación, los tres principales departamentos identificados en alertas tempranas de deforestación son Guaviare (17,3%), Meta (16,4%) y Norte de Santander (14,4%). Sin embargo, hay otros territorios de la región Amazónica que continúan desarrollando esta actividad y son: San Vicente del Caguán, Calamar, El Retorno,

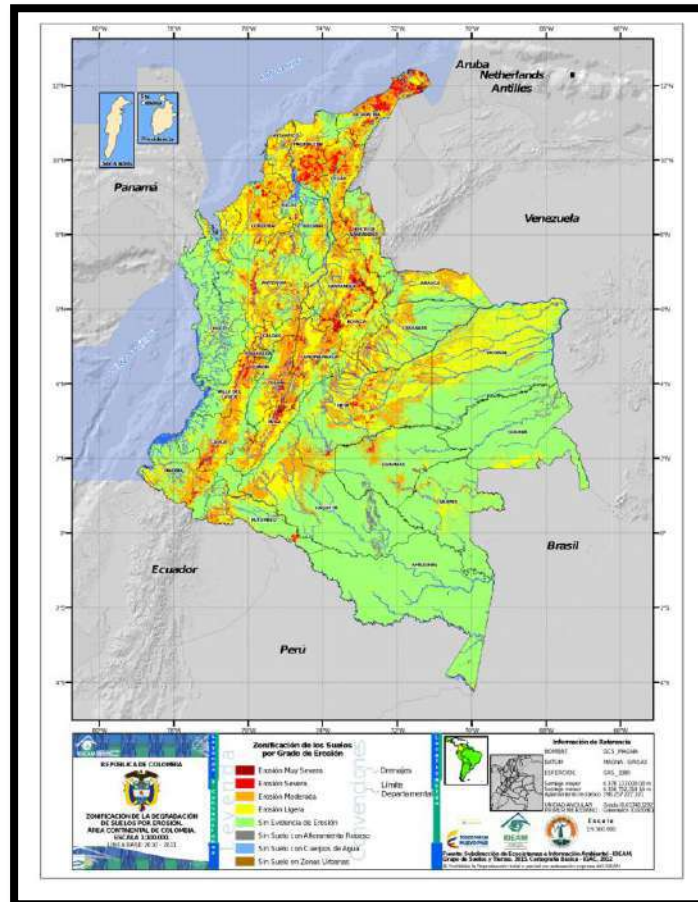


La salud  
es de todos

Minsalud

San José de Guaviare, La Macarena y La Uribe. En la región Andina se registra en Tierraalta, Puerto Libertador, Tarazá, Segovía, Remedios, Tibú, Sardinata y Mapiripán.

Mapa 10. Zonificación de los suelos por grado de erosión. Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e información Ambiental - Grupo de Suelos y Tierras, (IDEAM), 2015.

### Amenazas por sequías

Dentro de la escala de variabilidad interanual en el océano Pacífico tropical son posibles tres condiciones: El Niño (calentamiento extremo), condiciones normales y La Niña (enfriamiento extremo). El ciclo conocido como La Niña y El Niño ó Oscilación del Sur (ENOS), es la causa de la mayor señal de variabilidad climática en la franja tropical del océano Pacífico, en la escala interanual<sup>35</sup>. En condiciones del fenómeno de El Niño, se presenta déficit de precipitación las regiones Caribe, Andina centro y norte de la región Pacífica, en la Orinoquía





La salud  
es de todos

Minsalud

y Amazonía, excepto en los piedemontes amazónico y llanero en los que se pueden presentar exceso; bajo la influencia del fenómeno de La Niña la respuesta es inversa: abundantes precipitaciones en gran parte del país, excepto en los piedemontes<sup>36</sup>.

La sequía es definida por la Organización Meteorológica Mundial - OMM como un fenómeno natural insidioso caracterizado por precipitaciones inferiores a lo esperado o inferiores a lo normal o aguas superficiales limitadas que, cuando se extiende durante una temporada o período prolongado, son insuficientes para satisfacer la demanda humana, actividades económicas y el medio ambiente<sup>37</sup>.

Las sequías de mayor efecto territorial que se han registrado durante el periodo 1981 y 2015, han estado localizado en los territorios de las zonas Caribe y Andina, territorios con mayor población y producción agrícola. Las sequías severas y extremas, se han presentando en el país en 1985, 1988, 1991 a 1992, 1997 a 1998, 2001, 2009 y 2015 a 2016. La sequía en 1985 afecto la Región de la Orinoquia y norte de la Amazonia, mientras en la región Andina siendo de intensidad moderada, sin afectación en la región Caribe. La sequía entre 1991 y 1992: Una de las más importantes e intensas sequías en la historia del país, combinando su intensidad y duración. A partir del primer semestre de 1991, comenzó a incidir en las regiones Caribe, Centro y Norte de la Andina. El periodo más intenso sobre el centro y sur del país se presentó durante el primer semestre de 1992, en la mayor parte de los departamentos de la Región Andina, alcanzando valores extremos en Huila, Cundinamarca, Nariño, Santander y Antioquia<sup>37</sup>.

La sequía comprendida entre 1997 y 1998, fue un poco más corta en su duración que la anterior, se extendió por todo el país, con una intensidad extrema durante el segundo semestre de 1997. Al oriente del país su efecto fue muy local durante el segundo semestre de 1998. La sequía de 2001, fue una de las más importantes sequías presentadas en Nariño ya que el periodo seco se extendió hasta el primer semestre de 2003. Tuvo alta incidencia sobre el centro y sur de las regiones Andina, Caribe y en el piedemonte de la cordillera oriental. Sin afectar la Amazonia y el Chocó. La sequía del 2009, se registro con mayor intensidad en el segundo semestre de 2009 en todo el territorio, con intensidad severa sobre Antioquia, Santander, Norte de Santander, Boyacá, Valle y Tolima. La sequía del segundo semestre de 2010, solo afectó las precipitaciones en la Amazonia. La sequía registrada entre 2015 y 2016, junto con la de 1992, ha sido una de las sequías más prolongadas y de mayor incidencia territorial de la historia, afectando la mayor parte de los territorios de las regiones Caribe y Andina, con intensidad severa. Comenzó en el primer semestre de 2015 en áreas de la Región Caribe, extendiéndose a la Región Andina, alcanzando su mayor intensidad durante el segundo semestre, en



La salud  
es de todos

Minsalud

importantes regiones agrícolas de los Altiplanos Cundiboyacenses y nariñense, sobre el Alto y Medio Magdalena y Cauca<sup>37</sup>.

En relación a las sequías menos severas, con menor cubrimiento territorial y de corta duración, ocurrieron durante 1982 a 1983, 1986 a 1987 y 2002 a 2003. El estudio de sequía indentificó, que las zonas con mayor incidencia de sequías de larga duración, se localizan en La Guajira, norte del Cesar, sur de Bolívar y occidente de Santander, en el Medio y Bajo Magdalena, así como en el Eje Cafetero, el Altiplano de Cundinamarca, Boyacá y sectores del Cauca<sup>37</sup>.

### Sistema de transporte

Colombia se encuentra en la parte media del continente americano, lo que facilita su comunicación con todos los continentes. A continuación se resume de manera general el sistema de transporte terrestre, aéreo y marítimo.

### Sistema terrestre

Colombia en los últimos años ha realizado construcciones de vías, carretera y puentes, se disponen en carreteras de 206.727 kilómetros cuadrados (km<sup>2</sup>), de los cuales 19.306 km<sup>2</sup> son de la red primaria Nacional, 45.137 km<sup>2</sup> son de la Red Secundaria Nacional y 142.284 km<sup>2</sup> corresponden a la Red Terciaria Nacional. Dispone de 5.097 puentes a nivel nacional y 1.266,80 km<sup>2</sup> de doble calzada, 10 viaductos y 40 túneles. Las carreteras a cargo del Instituto Nacional de Vías (INVIAS) al segundo semestre del 2018 fueron 7.019,56 km<sup>2</sup>, de los cuales el 84,9% (5.957,74 km<sup>2</sup>) se encuentran pavimentados, el 14,9% (1.043,86 km<sup>2</sup>) están sin pavimentar y el 0,3% (17,97km<sup>2</sup>) estan en intervención<sup>38</sup> (Mapa 11) (Gráfico 1).

La red de carreteras en Colombia está integrada por ocho troncales (norte - sur) y 19 transversales (este - oeste). La cobertura de carreteras pavimentadas por cada millón de habitantes es de casi 276 kilómetros, tasa menor al patrón internacional, que es de 683 kilómetros para países de ingreso medio a bajo<sup>13</sup>. El corredor ferroviario está compuesto por 3.154 kilómetros, de los cuales 1.915 (60,7%) están en servicio. La estructura ferroviaria activa está integrada por tres grandes segmentos: del Atlántico, del occidente y del nordeste<sup>13</sup>

### Sistema aéreo

El transporte aéreo es un modo de transporte reciente, Colombia cuenta con tres operadores del mercado doméstico: Avianca, LAN, COPA que manejan el 80% de las operaciones del mercado. El resto corresponde a



La salud  
es de todos

Minsalud

aerolíneas de bajo costo como VivaColombia, Easy Fly, ADA y Satena, entre otras. Para 2015, la red de transporte aéreo cuenta con cerca 581 aeródromos, 75 aeropuertos de los cuales 51 se encuentran bajo control de la Aeronáutica Civil, 11 en concesión, 3 en comodato y 3 explotados por la Aerocivil<sup>39</sup>. La Aeronáutica Civil ha dado la connotación de aeropuerto Internacional a Cúcuta, Palonegro, Cartagena de Indias, Matecaña, Cali, Barranquilla, Bogotá D.C, Rionegro, Santa Marta, Pereira, La Tebaida, Leticia, Riohacha y San Andrés (Mapa 11). Entre 2002 y 2017 el Producto Interno Bruto (PIB) del sector transporte aéreo registra una tendencia creciente y positiva, pasando de 1.002 a 4.128 miles de millones de pesos. Esto implica que la participación en el PIB nacional oscila entre los 9,5% y 10,9% en los últimos 15 años, lo cual refleja la demanda del transporte aéreo y su avance en la economía nacional<sup>40</sup>.

#### *Sistema marítimo y fluvial*

El sistema de transporte fluvial en Colombia puede dividirse en cinco cuencas principales: las cuencas de Atrato y Magdalena que fluyen hacia el norte y el Mar Caribe, en la cuenca del Caribe se encuentran los puertos de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla y en la cuenca Magdalena se cuenta con Puerto Berrío y Barrancabermeja. Las cuencas Orinoco y Amazonas que fluyen hacia el Océano Atlántico. En la cuenca del Orinoco los puertos de Cabuyaro y La Banqueta y en la cuenca del Amazonas se encuentran las estaciones fluviométricas en Puerto Asís y Leticia. La Cuenca del Pacífico, desemboca en el Océano Pacífico y se tienen los puertos de Tumaco y Buenaventura. Los principales ríos dentro de estas cuencas representan un total de 24.725 kilómetros de largo de los cuales 7.063 kilómetros son permanentemente navegables y 6.500 kilómetros no son navegables. El total de kilómetros navegables es de 18.225 kilómetros, si se incluyen también los ríos que son parcialmente navegables<sup>41</sup>. Para 2017 el País dispone de 13 zonas puertarias y 77 muelles (Tabla 2)

Tabla 2. Relación de la infraestructura portuaria -canales de acceso y puerto marítimo Colombia, 2017

Zona puertaria	Canal de acceso	Puerto Marítimo
San Andrés Isla	San Andrés Isla	San Andrés Port Society S.A y Chevron Export S.A.S
La Guajira	Portete	Sociedad Portuaria de Península S.A PENSOPORT S.A
	Puerto Bolívar	Cerrejón zona norte S.A
	Dibulla	Puerto Brisa S.A
Santa Marta	Santa Marta	Sociedad portuaria regional de Santa Marta S.A
Ciénega	Ciénega	American Port Company INC, Sociedad Portuaria Nuevo S.A y Sociedad Portuaria Río Córdoba S.A
Barranquilla	Barranquilla	Sociedad portuaria MICHELIMAR S.A, Sociedad portuaria Regional de Barranquilla S.A, Palermo Sociedad Portuaria S.A y otros.
Cartagena de Indias	Cartagena de Indias	CONTECAR S.A, Sociedad Portuaria Regional de Cartagena S.A, COMPAS S.A y otros.



La salud  
es de todos

Minsalud

Zona puertaria	Canal de acceso	Puerto Marítimo
Tolú	Golfo de Morrosquillo	Compas S.A
Turbo	Turbo	Punta de Vaca S.A
Buenaventura	Buenaventura	TCBUEN S.A, Sociedad Portuaria Regional de Buenaventura S.A, COMPAS S.A y Grupo Portuari S.A
Tumaco	Tumaco	Sociedad Portuaria Regional de Tumaco S.A
Magdalena	Río Magdalena	Puerto PIMSA, PSR Magangue, Puerto Impala, Barrancabermeja S.A, ECOPETROL S.A, SP, Barrancabermeja S.A, Naviera Central S.A

Fuente: Superintendencia de Puertos y Transporte –SUPERTRANSPORTE

En 2018 el volumen de carga transportada en los ríos colombianos fue 168.445.404 de toneladas, es limitado en comparación con otros países y otros modos de transporte. Las vías fluviales a cargo del INVIAS a 2017 reportan 24.725 km<sup>2</sup>, de los cuales el 73,7% (18.224 km<sup>2</sup>) se encuentran navegables y el 26,3% (6.500 km<sup>2</sup>) no navegables<sup>40</sup>.

#### *Sistema ferreo*

Por el momento en Colombia los sistemas férreos son: La Red Férrea del Atlántico conformada por Bogotá – Santa Marta y los ramales Bogotá – Belencito y Bogotá – Lenguazaque con una extensión de 1.493 km, atravesando Cesar, Magdalena, Santander, Boyacá, Antioquia, Cundinamarca y Caldas. La Red Férrea del Pacífico, que cubre 498 Km, en el tramo Buenaventura – Cali – Zarzal – La Tebaida en Caldas, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca<sup>42</sup>. En 2017, el INVIA operaban el 86,8% (1.222,7Km) de la vía férrea del país y el 13,2% (186Km) de la operación estaba en empresas privadas (Mapa 11).

Colombia se enfrenta al reto de tener más competitividad y participar de forma más activa en la economía internacional, al adherir a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), esto implica integrar los sistemas de transporte para ofrecer oportunidades de acceso, progreso en la economía del país. En los resultados del Índice de Competitividad Global 2017 y 2018, registran que para el ítem de infraestructura en la calidad de las carreteras el puesto 109 con una calificación 3,0; calidad en la infraestructura ferroviaria el obtuvo el puesto 96 para una calificación de 1,5, calidad en la infraestructura aérea puesto 81 y calificación de 4,1; la calidad de la infraestructura portuaria de 3,8 para un puesto 77. Cabe resaltar, que Colombia ha venido avanzando en comparación con el periodo 2012 y 2016 donde ocupaba puestos 130 a 120 para este ítem. Sin embargo, el país continuara trabajando en concluir esfuerzos para mejorar en la infraestructura de las vías de comunicación el país<sup>43</sup>.

Mapa 11. Vías de comunicación terrestre, fluvial y férrea

Sistemas terrestre y fluvial



Sistema ferreo



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO - ASIS, 2015, Instituto Nacional de Vías (INVIAS)

Contexto político

*“Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.*

División político administrativa

La Constitución Política de 1991, establece que Colombia está dividida política y administrativamente en entidades territoriales cuya asignación descentralizada en lo político promueve la democracia a través de la participación ciudadana en el proceso electoral y en el diseño, ejecución y seguimiento de los programas administrativos de interés económico y social; en lo administrativo compromete a las entidades departamentales y municipales con la gestión de sus asuntos traspasando competencias; en lo fiscal, participa en los ingresos corrientes de la nación y en la autonomía para establecer los tributos necesario hacia el cumplimiento de sus funciones.<sup>13</sup> Actualidad el país se divide en 32 departamentos, diez distritos: Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Buenaventura, Riohacha, Monpox, Turbo, Cali y Tumaco (proceso de convertirse en distritos) y Bogotá siendo éste último el distrito capital y 1.123 municipios, este conteo que incluye a todos los distritos



La salud  
es de todos

Minsalud

especiales y los corregimientos departamentales. Los últimos municipios creados fueron Guachené (Cauca) 2006, San José de Uré y Tuchín (Córdoba) en 2007 y Norosí (Bolívar) en 2007 (Mapa 12). Con 10 áreas metropolitanas, que corresponden a Bogotá, Valle de Aburrá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena de Indias, Cúcuta, Santa Marta, Ibagué y Centro Occidente.

Mapa 12. División político administrativa



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - módulo Geográfico de SISPRO, 2016/05.

En adición, *“la legislación nacional otorga a los indígenas el derecho sobre los territorios ancestralmente ocupados, su aprovechamiento y el uso de los recursos naturales. La legitimización y reconocimiento de las tierras se hace bajo la Gráfico jurídica de Resguardos Indígenas en propiedad colectiva de la misma, con carácter imprescriptible e inembargable”*. Colombia tiene gran riqueza por su diversidad de pueblos indígenas; para 2002 el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria (INCORA) –como institución del Estado encargada de promover el acceso a la propiedad rural y su ordenamiento social, ambiental y cultural para propiciar el desarrollo productivo sostenible de la economía campesina, indígena y negra, mediante la redistribución democrática de la propiedad, la conformación de empresas básicas agropecuarias y el fomento a los servicios complementarios de desarrollo rural– había constituido 559 resguardos indígenas, con una extensión aproximada de 29.479.589 hectáreas, las cuales benefician a 384.099 personas agrupadas en 69.987 familias;





La salud  
es de todos

Minsalud

además existen 54 resguardos de origen colonial con un área aproximada de 438.372 hectáreas. A la misma fecha, el INCORA había expedido 87 títulos colectivos, con una extensión aproximada de 3.939.454 hectáreas que benefician a 216.189 personas agrupadas en 30.702 familias. El Estado provee recursos para los pueblos indígenas a través del Sistema Nacional de Participaciones; estos recursos, legalmente constituidos, se distribuyen en proporción con las participaciones de la población del resguardo en el total de la población indígena y se administran por las entidades territoriales donde se encuentra el resguardo y deben destinarse a satisfacer necesidades básicas de salud, educación, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena<sup>13</sup>.

#### Conformación del poder político actual

Para 2019 el poder ejecutivo en Colombia es ejercido por el Dr. Iván Duque Márquez, quien fue elegido como Presidente de la República en 2018, mediante sufragio popular para un período de cuatro años. Los principales pactos de su gobierno son la legalidad, el emprendimiento y la equidad, con ejes transversales en materia de: infraestructura, sostenibilidad ambiental e innovación. El Presidente es asistido en sus funciones por un gabinete de Gobierno que incluye: un Vicepresidente de la República, 18 Ministros que lideran las carteras del Interior; Relaciones Exteriores; Hacienda y Crédito Público; Justicia y del Derecho; Defensa Nacional; Agricultura y Desarrollo Rural; Salud y Protección Social; Trabajo; Minas y Energía; Comercio, Industria y Turismo; Educación Nacional; Ambiente y Desarrollo Sostenible; Vivienda, Ciudad y Territorio; Tecnologías de la Información y las Comunicaciones; Transporte; Cultura; Deporte y Ciencia, Tecnología e Innovación; 6 departamentos administrativos encargados dirigir y ejecutar un servicio público de asistencia técnica administrativa o auxiliar para los demás organismos del ejecutivo (de la Presidencia; Nacional de Estadística –DANE; Nacional de Planeación y Servicios Técnicos –DNP; Dirección Nacional de Inteligencia –DNI; de la Función Pública –DAFP; para la Prosperidad Social –DPS) y 12 consejerías y secretarías de la presidencia que conforman el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE), este Departamento, cuenta con una naturaleza especial que le establece las funciones, objeto y principios de la organización, por lo que cuenta con una estructura y nomenclatura de sus dependencias y empleos acorde con la misma.

El poder legislativo es ejercido por el *Congreso Nacional* que está constituido por la *Cámara del Senado* y la *Cámara de Representantes*; sus miembros son elegidos también por voto popular para un período de cuatro años. El poder judicial está conformado por la *Corte Suprema de Justicia*, compuesta de magistrados vitalicios





La salud  
es de todos

Minsalud

y con jueces, se encuentra dividida en cinco salas: Constitucional, Civil, Penal, Laboral y de Negocios Generales. De la Corte Suprema dependen los tribunales del distrito y los juzgados municipales superiores y de circuito. El Consejo de Estado (con los tribunales contencioso-administrativos) y la Corte Electoral también forman parte de la rama judicial.

### Contexto demográfico

La composición demográfica es un factor importante en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. El número de personas determina la demanda a los servicios de salud y como consecuencia influye en la demanda por profesionales de salud, instituciones de salud, ambulancias, medicamentos y biológicos. Es decir, estos patrones determinan la inversión que un país debe realizar en el sistema. Independientemente de otros factores, los países con mayor carga de la enfermedad deben invertir una mayor parte de su ingreso nacional en salud que países con menor proporción de eventos de salud entre su población total.

La dinámica demográfica es entendida como el movimiento, cambio y transformación de una población que tiene ciclos de expansión, contracción, estacionamiento o agotamiento. Ante la consciente organización social y de sostenibilidad de la especie humana, los procesos demográficos están influenciados por factores biológicos y sociales<sup>44</sup> que determinan la distribución de la salud. En este capítulo se describen cuatro aspectos importantes para entender el contexto demográfico en que se desarrolla la población colombiana y las características particulares que deben ser tenidas en cuenta para la planeación territorial, estos son: el tamaño y volumen poblacional, la estructura poblacional, la dinámica demográfica y la movilidad.

### Tamaño y volumen poblacional

Se proyecta a partir del CENSO 2005 que para 2019 Colombia cuenta con 50.374.478 habitantes siendo un 17% más poblada que en 2005 (42.888.592); donde el 49,4% (24.873.329) corresponde a hombres y el restante 50,6% (25.501.149) a mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable durante el decenio; para el último año por cada 100 mujeres hay 97,54 hombres<sup>45</sup>. Sin embargo, los datos publicados del CENSO de 2018, estiman que el país para el año 2019 tiene 49.395.678 millones de personas, se mantiene la brecha entre hombre (48,8%) y mujeres (51,2%), por cada 100 hombres hay 105 mujeres según datos para el año 2018<sup>46</sup>. Por sus características físicas, Colombia presenta diferentes patrones de poblamiento. Los territorios con baja densidad poblacional se distribuyen en la periferia. La región amazónica, por su vegetación selvática y su elevada temperatura y humedad, es la zona menos poblada y poco desarrollada socioeconómicamente; un



La salud  
es de todos

Minsalud

comportamiento similar se observa en la llanura selvática del Pacífico y en las regiones cenagosas del bajo Magdalena; la llanura de la Orinoquía ofrece tierras fértiles atractivas para los pobladores constituyéndose esta zona de la región, en la que mayor asentamiento produce<sup>13</sup>.

Las tres cordilleras de la región andina presentan la mayor concentración poblacional: en alturas menores a los 3.000 msnm; en los altiplanos de Ipiales, Túquerres, Pasto y cundiboyacense y en los valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, las ciudades de Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Riohacha, Sincelejo y Montería constituyen núcleos centrales de población de la región costera del Caribe. La Cordillera Oriental es la más poblada; se extiende desde el Sumapaz, en el sur, hasta Cúcuta, en el norte. El altiplano cundiboyacense se destaca por su densidad demográfica incluyendo el dominio del Distrito Capital de Bogotá, la ciudad más poblada del país. La región oriental es la menos habitada; se destaca el eje de poblamiento del piedemonte, colonizado, poblado y urbanizado a partir de los Andes<sup>13</sup> (Mapa 13).

En relación, a los municipios que se destacan por su densidad poblacional, superando el dominio de la Capital Distrital de 5.160 habitantes por kilómetro cuadrado, se encuentran Itagüí (16.463), Soledad (10.203), Barranquilla (7.447) y Medellín (6.588). Otros territorios que tienen densidad poblacional por encima de los 1.800 personas por kilómetro cuadrado, corresponden a Envigado (4.777), Cali (4.476), Sabaneta (3.638), Bucaramanga (3.433), Bello (3.253), Soacha (2.975), Floridablanca (2.649), Armenia (2.632), Dosquebradas (2.584), La Estrella (1.894), Cartagena (1.873) y Chía (1.827) (Mapa 13)

El reconocimiento de la distribución de la población por tamaño de municipios, permite prever los territorios que se encuentran expuestos a concentrar más la carga de la enfermedad, lesiones u otros impactos en salud. En 1985 Colombia tenía tres ciudades con más de 1 millón de habitantes, en donde Bogotá albergaba el 59% de los tres ciudades más pobladas de Colombia, y el 14% de toda Colombia. Para el 2019, es decir 34 años después, el número de municipios con más de 1 millón de habitantes ascendió a cinco, en donde Bogotá cuenta con 52% de la población de las cinco ciudades más pobladas y 15% de toda Colombia. Las siguientes cinco ciudades más pobladas corresponden a Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Cúcuta. En contraste los territorios con menos de 1.100 personas son La Guadalupe (288), La Victoria (652), Papunahua (749), Puerto Alegre (759), Cacahual (886), Morichal (937), Puerto Arica (1.027), Mapiripana (1.048) y Yvaraté (1.067).



La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 13. Densidad poblacional, 2019



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

En los últimos 20 años, se han reconocido cada vez más los derechos de los pueblos indígenas, como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNDRIP) de 2007, la creación del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas (UNPFII), el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (EMRIP), y el relator especial de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNSR).<sup>47</sup> Colombia ha avanzado en el reconocimiento de los derechos fundamentales individuales y colectivos de los grupos étnicos.

En el mundo, hay alrededor de 370 millones de indígenas en más de 90 países. Si bien constituyen el cinco por ciento de la población mundial, los pueblos indígenas representan alrededor del 15 % de las personas que viven en pobreza extrema. En América Latina el 8% de la población es indígena, constituyen aproximadamente el 14% de los pobres y el 17% de los extremadamente pobres de la región.<sup>47</sup>

En Colombia, los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en las regiones amazónica, andina, la Orinoquía y el Caribe<sup>13</sup>; el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 3,4% (1.392.623 personas)<sup>48</sup>. La población afrocolombiana ocupa principalmente las regiones de la cuenca del Pacífico; valle del Patía; litoral del Caribe; archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; Magdalena medio y bajo; la Amazonía y la Orinoquía en sus sectores de explotación de oro; y en las ciudades de Cali, Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Quibdó, Montería, Sincelejo y Medellín<sup>13</sup>. En el Pacífico las comunidades afrocolombianas se localizan en las márgenes de los principales ríos, en las partes medias y



La salud  
es de todos

Minsalud

bajas de los tributarios, en el litoral y en los centros urbanos. El patrón de asentamiento es disperso, caracterizado por un sistema de aldeas rurales distribuidas de manera paralela a los ríos. En la región Caribe la población afrocolombiana registra una marcada presencia en Cartagena, costas de Morrosquillo, depresión momposina y bajo Cauca<sup>13</sup>. Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos, es del 10,3% (4.273.722 personas)<sup>48</sup>. La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,2% (34.898.171 personas)<sup>48</sup>, los asentamientos poblacionales se localizan principalmente en las cabeceras municipales, en cada uno de los pisos bioclimáticos de acuerdo con las oportunidades productivas que ofrece el territorio<sup>13</sup>. Por su parte, el pueblo Rrom participa con un 0,01% (4.857 personas); los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con un 0,07% (30.565 personas); y los palenqueros con un 0,02% (7.470 personas)<sup>48</sup> (Mapa 14).

Mapa 14. Distribución de la población según pertenencia étnica, 2005



Censo General 2005 - Información Básica - DANE - Colombia. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007

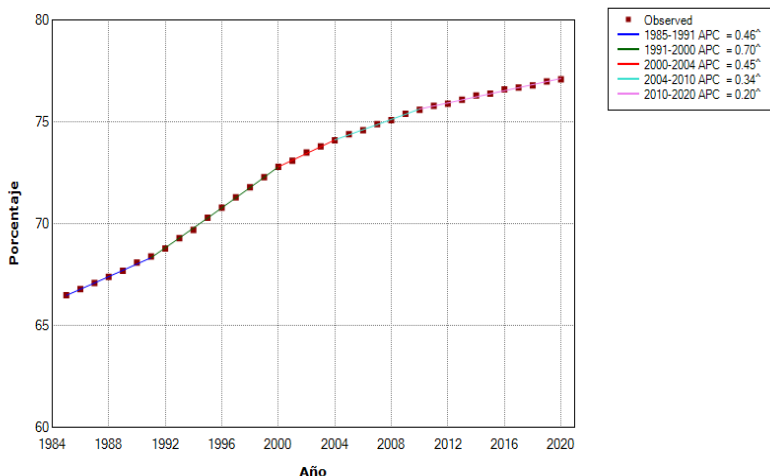
Durante la última década casi todos los países latinoamericanos han sufrido un rápido proceso de urbanización como reflejo de los procesos migratorios internos, regionales y en gran parte como efecto de problemáticas sociales internas. En Colombia este proceso no ha sido ajeno: según las proyecciones censales del DANE, entre 1985 y 2019 el porcentaje de población urbana se incrementó en cerca de un 14%<sup>49</sup>; así mismo, entre 1985 y 2020 se identifican cuatro puntos (joinpoint) donde el cambio porcentual anual es estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95%, los cambios más grandes se identifican entre 1985 y 1991; entre 1991 y 2000 con cambios porcentuales anuales de 0,46 y 0,70 respectivamente. (Gráfico 1)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 1. Porcentaje de urbanización, 1985-2020



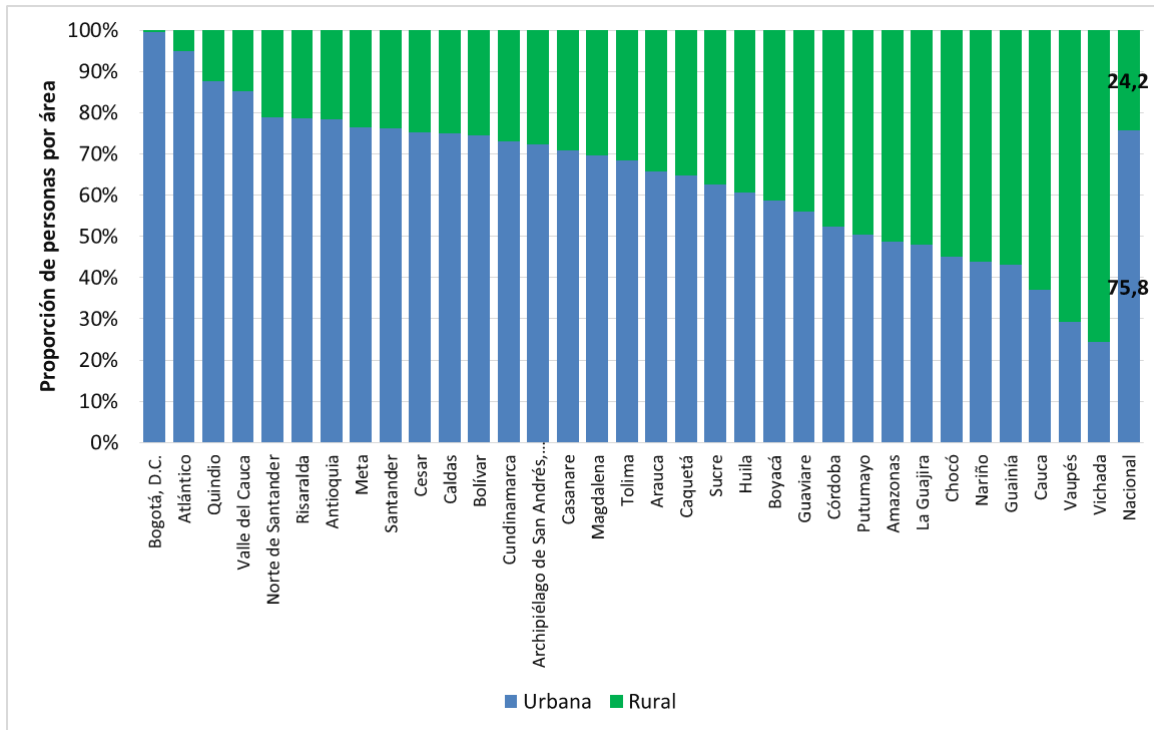
^ El cambio porcentual anual (APC por sus siglas en inglés) es significativamente diferente de cero con un alfa de 0.05.

Fuente: Elaboración a partir de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a noviembre 30 de 2019.

Para 2019 el 75,8% (37.425.856) de la población colombiana habita en las cabeceras municipales y el 24,2% (11.969.822) en el resto; se proyecta que para 2050 el 84,3% de la población esté congregada en las áreas urbanas<sup>50</sup>, demandando aún mayor cantidad de recursos y servicios. En 2004 el 41% del total de la población vivía en ciudades con más de 100.000 habitantes<sup>51</sup>, trayendo paralelo un proceso de aglomeración y de productividad aumentada inductor del incremento de la demanda de vehículos por parte de los hogares y las empresas para llevar a cabo diferentes actividades económicas<sup>52</sup>. El uso de vehículos automotores genera altos índices de contaminación atmosférica y esta a su vez está asociada con mayores tasas de mortalidad infantil<sup>53</sup> y con el incremento en la demanda de servicios de salud<sup>54</sup>.

Los fenómenos migratorios han marcado la configuración del espacio nacional e influenciado las formaciones de las zonas urbanas colombianas. Para 2019 los territorios de Bogotá, D.C., Atlántico, Quindío y Valle del Cauca son los territorios con mayor concentración de población urbana. En tanto 45 municipios registran más del 90% de la población en el área urbana. Dado la rapidez en crecimientos de las ciudades y la magnitud del proceso de urbanización plantea enormes desafíos, entre ellos satisfacer la creciente demanda de viviendas de bajo costo, sistemas de transporte interconectados, servicios básicos y empleos, en particular para cerrar brechas entre las personas más vulnerables que viven en asentamientos urbanos informales a los centros donde existen oportunidades en las ciudades<sup>55</sup> (Banco Mundial. Desarrollo Urbano).

Gráfico 2. Población por área según departamento, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2018-2020, total municipal por área Junio 30. Información Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Información a diciembre de 2019.

### Población por curso de vida

En Colombia a 2019, el 38,4% (19.342.277) son personas adultas entre los 29 y 59 años de edad, seguidamente del curso de vida juventud (18 a 28 años) concentra el 18,6% (9.367.656), en la vejez (60 y más años) concentra el 12,3% (6.198.875), la adolescencia (12 a 17 años) con el 10,1% (5.104.771), en la primera infancia se concentra el 10,4% (5.230.957), y por último, el curso de vida con menor población corresponde a la infancia con 10,2% (5.129.942) (Gráfico 3). Al examinar la distribución por departamentos, se encuentra en su gran mayoría el mismo patrón de población por curso de vida que en su orden es: adultez, juventud, vejez, primera infancia, adolescencia y infancia. Los territorios como Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Santander se concentran el 57,7% de las personas entre los 29 y 59 años de edad. El 76,7% de los jóvenes viven en Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Bolívar. En Bogotá, D.C., Antioquia y Valle del Cauca concentran el 71,3% personas mayores de 60 años.

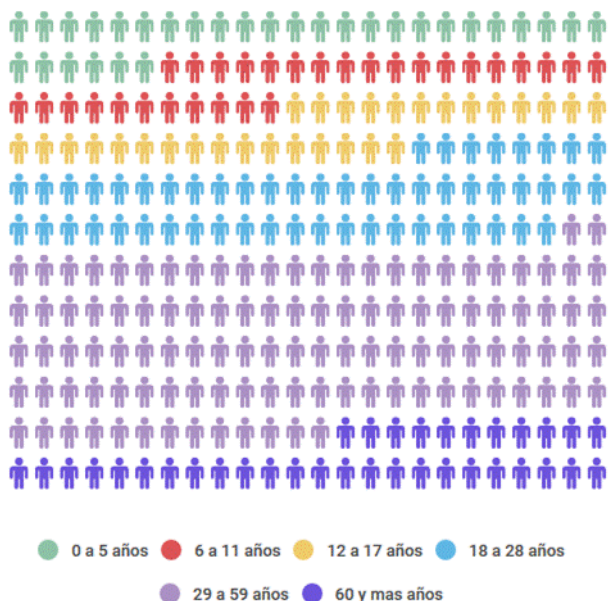




La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 3. Población según curso de vida, Colombia 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE: Estimaciones de población 1985 - 2019 y proyecciones de población 2005 – 2020.

### Estructura poblacional

América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasa de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia los países de la región están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad evidenciándose principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Se estima que la tasa global de fecundidad disminuya de 5,9 hijos por mujer en el quinquenio 1950-1955 a 1,9 en el quinquenio 2045-2050; además, se estima que en este periodo la esperanza de vida pase de 51,8 años a 79,6 y que la mortalidad infantil pase de 127,7 muertes a 7,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que la población entre 0 y 14 años se reduzca en un 22%, la población entre 15 y 59 años aumente en un 4% y la población mayor de 60 años crezca en un 18%<sup>56</sup>.

Colombia, al igual que la mayoría de los países de la región, experimenta la segunda fase de transición demográfica (expansión temprana) con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas<sup>57</sup>. Para 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 38 niños entre 0 y 4 años; para 2019 esta cifra descendió a 34 y se proyecta que para 2020 pase a 33. Así mismo, en 2019 la población menor de 15 años corresponde al 26% (12.911.121) de toda la población, es 5,4 puntos porcentuales menor que en 2005 y se proyecta que para 2020 continúe descendiendo hasta representar el 25,4% de la





La salud  
es de todos

Minsalud

población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 8,3% de toda la población mostrando incremento en 2,0 puntos porcentuales con respecto a 2005 y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,5%.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos diez años. En 2005, de cada 100 personas entre 15 y 60 años dependían 59,4 personas menores de 15 y mayores de 60 años; en 2019 el número de dependientes es de 54,36 y se proyecta que para 2020 continúe la tendencia al descenso hasta llegar a 51,29. Se estima que por el periodo de 44 años, comprendido entre 1998 y 2042, la relación de dependencia se mantendrá por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas<sup>56</sup>. El comportamiento antes descrito, se relaciona con que mientras el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 49,44 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005 a 38,77 en 2019, el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 10,9 en 2019; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2020 haya más dependientes mayores de 60 años y menos menores de 15 años dependientes. Aunque el índice de Friz ha pasado de 157 en 2005 a 130,4 en 2019, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa que en su tendencia al envejecimiento, en 2020 el índice de Friz, será de 128,5 (Tabla 1).

Tabla 3. Índices demográficos: 2005, 2019 y 2020

Índice Demográfico	Año			Tendencia
	2005	2019	2020	
Población urbana	31.889.299	38.770.520	39.241.145	
Población rural	10.999.293	11.603.958	11.670.602	
Población total	42.888.592	50.374.478	50.911.747	
Población Masculina	21.169.835	24.873.329	25.138.964	
Población femenina	21.718.757	25.501.149	25.772.783	
Relación hombres: mujer	97,47	97,54	97,54	
Razón niños:mujer	38,03	33,69	33,51	
Índice de infancia	31,01	25,63	25,39	
Índice de juventud	26,28	25,28	25,04	
Índice de vejez	8,90	12,31	12,65	
Índice de envejecimiento	20,17	32,27	33,48	
Índice demográfico de dependencia	59,41	54,36	51,29	
Índice de dependencia infantil	49,44	38,77	38,41	
Índice de dependencia mayores	9,97	10,94	12,51	
Índice de Friz	156,97	130,44	128,50	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a noviembre 30 de 2019.

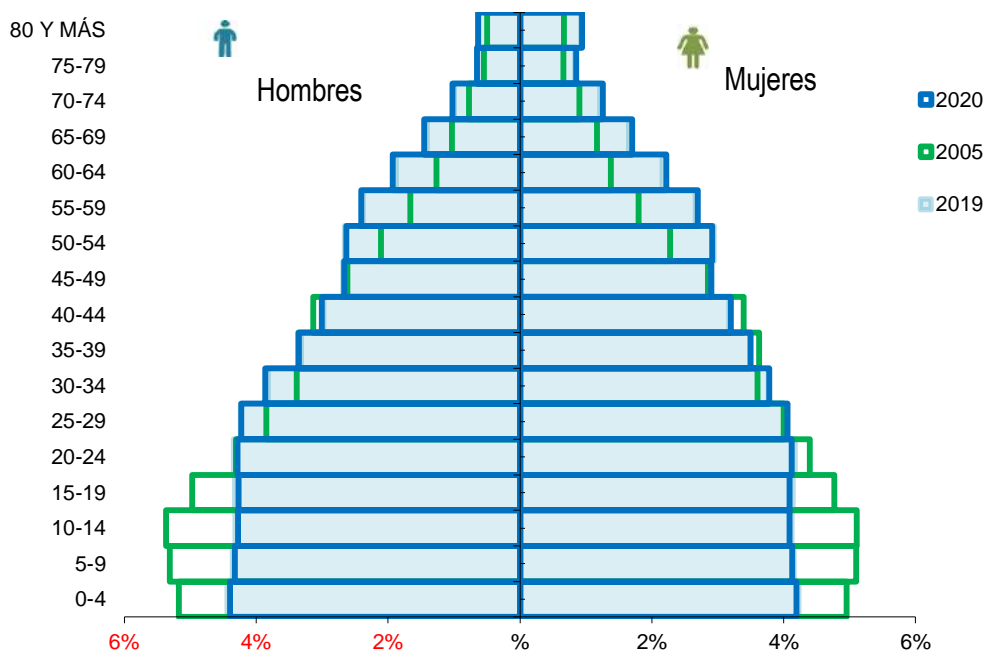


La salud  
es de todos

Minsalud

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2019, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 20 a 34 años de edad, y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas (Gráfico 4).

Gráfico 4. Pirámide poblacional, 2005, 2019, 2020



Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Para 2019, el 63,6%, es decir 21 de 33 territorios registran valores por encima del promedio nacional en el índice de envejecimiento, según los datos de proyección del CENSO 2005 DANE, Caldas tiene el mayor índice de envejecimiento con 68,2%, seguido de Quindío (66,1%), Risaralda (65,9%), Bogotá, D.C. (60,3%), Valle del Cauca (59,8%), Boyacá (59,1%), Tolima (55,5%) y el Achipiélago de San Andrés (53,8%). Esto trae implicaciones para la planeación de política pública en salud, dado que hay que afrontar la carga pensional, inevitablemente incrementará la carga asistencial de servicios de salud, donde se deberá evaluar principalmente aspectos de cuidados y bienestar de los adultos mayores y disponer de talento humano en salud para los cuidados de esta población en los servicios médicos. (Gráfico 5)



La salud  
es de todos

Minsalud

La heterogeneidad social de los departamentos y distritos del país, también se evidencia en la dependencia demotráfica, se observa más en Vichada con el 75,2%, seguido de Vaupés (73,5%), Chocó (69,9%), Guaviare (69,3%), Arauca (68,2%), La Guajira (67,6%), Amazonas (67,5%) y Guainía (66,0%), son los territorios, que requieren más de soporte social en la población mayor inactiva por parte de la población en edades activas. (Grafico 5)

En Vichada (66,9%), Vaupés (64,0%), Amazonas (61,8%), Chocó (61,6%), Guaviare (60,8%), Arauca (59,1%), La Guajira (58,9%) y Guainía (58,4%), son territorio que se caracterizan por requerir más soporte social la población infantil y juvenil por parte de la población en edad activa, es decir registran valores los altos en el índice de dependencia infantil. (Grafico 5)

Los cambios en las estructuras de la población de los departamentos son diferentes según el avance del proceso de transición demográfica particular, el cual va de la mano con los procesos de desarrollo social. Este cambio se puede observar a través del índice de friz, que con puntuaciones mayor a 160 entonces la población se considera joven; igual a 66 a 160 entonces la población se considera madura; y menores de 60 entonces la población se considera vieja. Los territorios jóvenes quedaron conformado por los departamentos de Vichada (268,6), Vichada (268,6), Vaupés (254,8), Guaviare (243,2), Guainía (238,5), Chocó (231,6), Amazonas (230,7), Arauca (221,2), La Guajira (190,4), Magdalena (187,4), Putumayo (179,8), Caquetá (179,5), Cesar (167,0) y Córdoba (161,5). En contraste con otros departamentos que se encuentran entre 158 a 101 que pueden considerarse territorios maduros.



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 5. Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2019

Departamento	Índice de envejecimiento	Índice demográfico de dependencia	Índice de dependencia infantil	Índice de dependencia mayores	Índice de Friz
Vichada	19,2	75,2	66,9	8,3	268,6
Vaupés	22,7	73,5	64,0	9,6	254,8
Guaviare	22,3	69,3	60,8	8,5	243,2
Guainía	19,9	66,0	58,4	7,5	238,5
Chocó	21,0	69,9	61,6	8,3	231,6
Amazonas	14,9	67,5	61,8	5,7	230,7
Arauca	24,0	68,2	59,1	9,2	221,2
La Guajira	22,0	67,6	58,9	8,7	190,4
Magdalena	33,4	62,4	50,9	11,5	187,4
Putumayo	25,2	59,9	51,2	8,7	179,8
Caquetá	28,2	60,4	50,8	9,6	179,5
Cesar	31,2	57,7	47,9	9,9	167,0
Córdoba	34,8	57,7	46,7	11,0	161,5
Sucre	41,0	56,3	44,0	12,4	158,7
Tolima	55,5	57,1	41,3	15,8	153,6
Casanare	27,7	53,1	45,1	8,0	153,1
Huila	38,6	54,8	43,5	11,3	152,5
Bolívar	40,3	55,1	43,4	11,8	150,9
Norte de Santander	42,9	52,6	40,8	11,7	144,1
Cauca	43,7	53,6	41,2	12,4	139,8
Boyacá	59,1	56,2	39,7	16,5	137,9
Meta	36,4	52,4	42,3	10,1	136,9
Nariño	42,0	53,4	41,3	12,1	134,8
Cundinamarca	46,3	51,6	39,3	12,3	132,9
Archipiélago de San And	53,8	46,7	35,2	11,4	127,7
Caldas	68,2	52,7	36,0	16,8	125,9
Quindío	66,1	51,5	35,6	16,0	125,6
Atlántico	47,0	48,8	37,2	11,6	122,2
Antioquia	49,6	47,6	35,8	11,8	122,1
Santander	52,0	48,5	35,7	12,8	121,0
Risaralda	65,9	50,3	34,8	15,5	120,0
Valle del Cauca	59,8	47,2	33,6	13,6	111,4
Bogotá, D.C.	60,3	44,3	31,7	12,6	101,0
<b>Colombia</b>	<b>32,3</b>	<b>54,4</b>	<b>38,8</b>	<b>10,9</b>	<b>130,4</b>

Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a noviembre 30 de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

## Dinámica demográfica

### Crecimiento

El crecimiento demográfico expresa el incremento anual de las poblaciones, relacionando nacimientos, defunciones y migración. En cifras absolutas el crecimiento natural refleja la diferencia entre las tasas de natalidad y las de mortalidad general; mientras que el crecimiento exponencial añade el aporte de la migración neta<sup>58</sup>. Entre 2002 y 2012, por cada 1.000 habitantes la población mundial se incrementó anualmente en 1,2%, la de los países de ingresos medianos altos en un 0,8% y la de Colombia en 1,5%<sup>59</sup>. Según las estimaciones del DANE, las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 22,0 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa proyectada de 12,1 en el quinquenio 2015-2020, esto en términos relativos representa una reducción del 45,217% en la tasa de crecimiento natural y en términos absolutos en casi diez personas por cada 1.000 habitantes. Así mismo, se proyecta que las tasas de crecimiento exponencial pasen de 20,6% por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 11,0% en el quinquenio 2015-2020<sup>57</sup>.

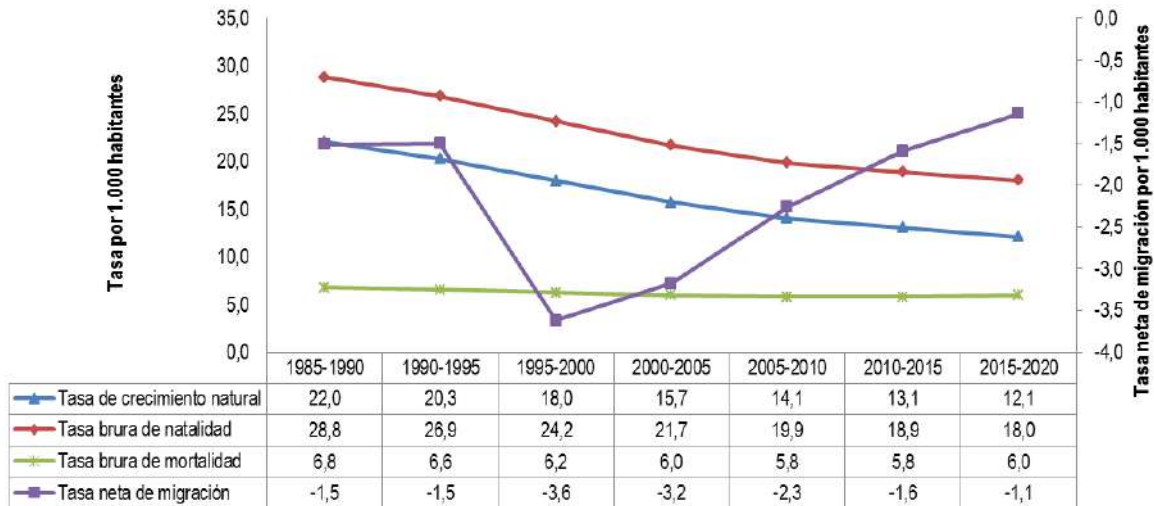
Dado que el crecimiento se da a expensas de los nacimientos, defunciones y la migración, es pertinente resaltar que en Colombia la natalidad se proyecta con una tendencia al descenso entre los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, pasando de 28,8 a 18,0 nacidos vivos por cada 1.000 personas, lo cual representa una reducción en términos relativos del 37,4% en la tasa bruta de natalidad y en términos absolutos de 10,8 nacidos vivos por cada 1.000 personas. Aunque entre 2005 y 2020 las proyecciones poblacionales muestran un suavizamiento de la pendiente, se prevé que la tendencia se mantenga al descenso. Por su parte la mortalidad se prevé estable con una leve inclinación al descenso, pasando de 6,8 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990, a 6,0 muertes por cada mil en el quinquenio 2015-2020 y se espera que se mantenga constante durante el decenio siguiente. En cuanto a la tasa neta de migración se espera que las salidas de población predominen sobre las llegadas; para el quinquenio 2015-2020 la tasa neta de migración es menor en un 68,5% que para 1995-2000 pasando de -3,6 a -1,1 migrantes por cada mil habitantes<sup>57</sup>. (Gráfico 6)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 6. Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento natural y exponencial, por cada mil habitantes, 1985-2020



Fuente: DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

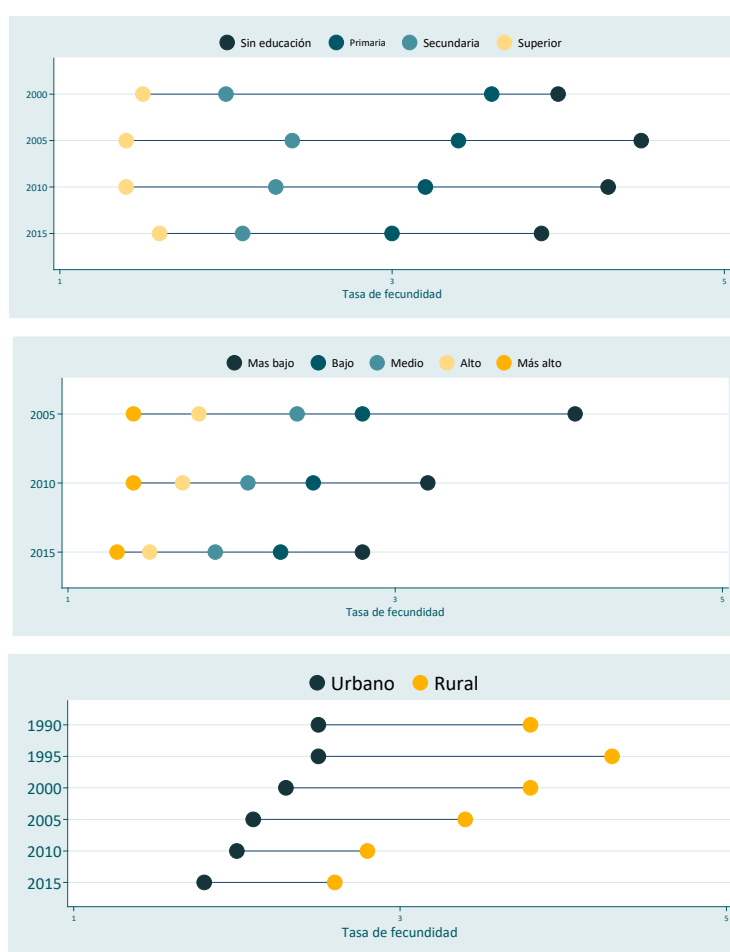
### Fecundidad

La fecundidad representa la posibilidad de reproducción biológica y cultural de la población humana. Para las comunidades indígenas, los hijos representan la continuación de la vida y de la naturaleza. Una fecundidad alta está asociada con el tamaño ideal del hogar, el rol económico de la familia en la sociedad, la supervivencia del grupo y el bienestar en general. Sin embargo, las condiciones adversas de sobrevivencia, los cambios generacionales y las diferencias individuales en las probabilidades de éxito precedidas por los determinantes sociales de la salud, han influido sobre la capacidad de alcanzar el ideal de hijos y han hecho que se considere reducir el número deseado.

En Colombia las tasas de fecundidad muestran una caída importante entre 1985 y 2015 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo<sup>57</sup>. Se estima que para el quinquenio 2015-2020 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 2,29 hijos, lo cual representa una disminución del 31,45% en la tasa global de fecundidad o la reducción en casi un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985-1990<sup>57</sup>, distando poco de la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos<sup>59</sup>. Así mismo, se esperan 69,60 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años, lo cual corresponde a la reducción de la tasa general de fecundidad en un 38,19% que significan 43 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años menos que en 2005<sup>57</sup>. La reducción en la fecundidad puede estar relacionada con el aumento del acceso al trabajo por parte de las

mujeres durante los últimos años y que podría contribuir con mejores condiciones sociales de las familias. De acuerdo con la ENDS, entre 1990 y 2015, la brecha en las tasas de fecundidad entre quintiles de riqueza disminuyó considerablemente, al igual que la brecha entre área de residencia –urbano/rural– sin embargo, esto no sucedió con las tasas en la gradiente definida por nivel educativo: las tasas de fecundidad en las mujeres sin educación son casi dos veces más altas que las de las mujeres con secundaria o más. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015



Fuente: elaborado a partir de de la Encuesta Nacional de Demografía y Saliud (ENDS), 1985-2015.



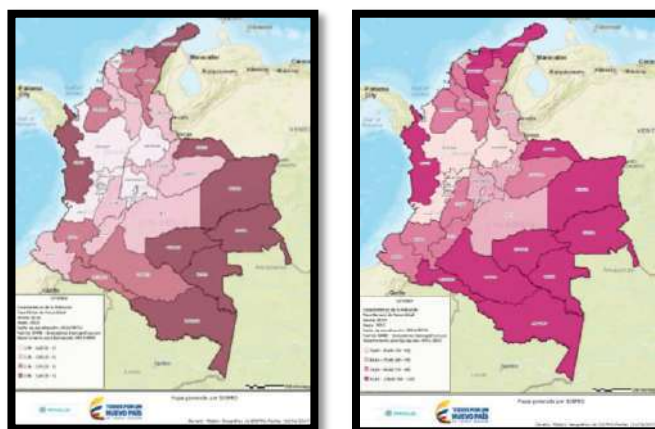


La salud  
es de todos

Minsalud

Así mismo, existen importantes desigualdades entre departamentos: Arauca, Chocó, La Guajira y la región amazónica experimentan tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2015-2020, por su parte Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer<sup>57</sup>. (Mapa 15)

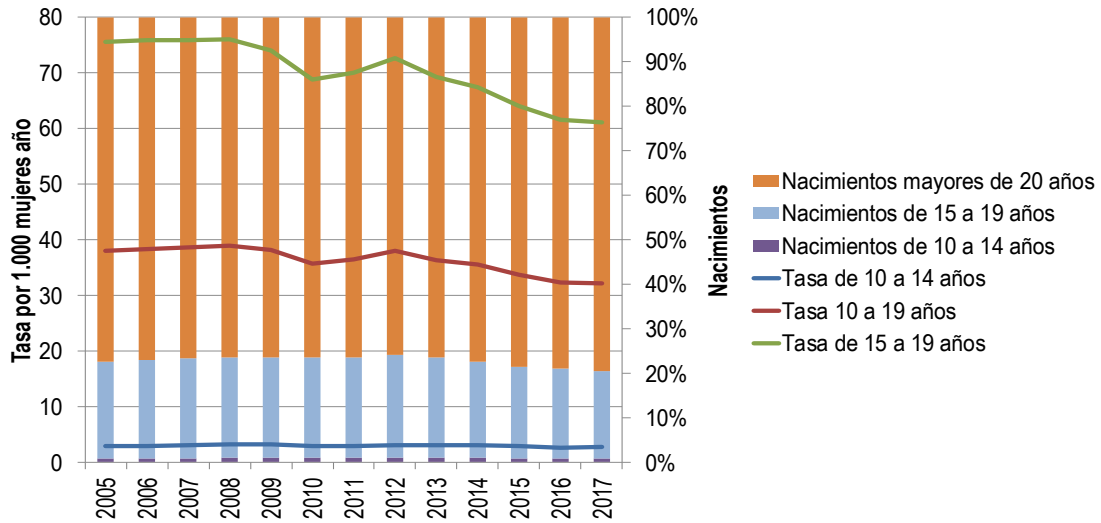
Mapa 15. Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de los datos del DANE, indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Entre 2005 y 2017 las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 y 19 años se mantuvieron estables oscilando entre 38 y 32 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad. Para este periodo el promedio anual fue de 154.745 nacimientos que ocurrieron en adolescentes, se observa que la tasa entre los 15 y 19 años disminuye en 14 nacimientos con respecto al 2005, que para el 2017 es de 61. Mientras, los nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años, corresponden a tres anuales por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad durante el periodo 2005 y 2017. (Gráfico 8)

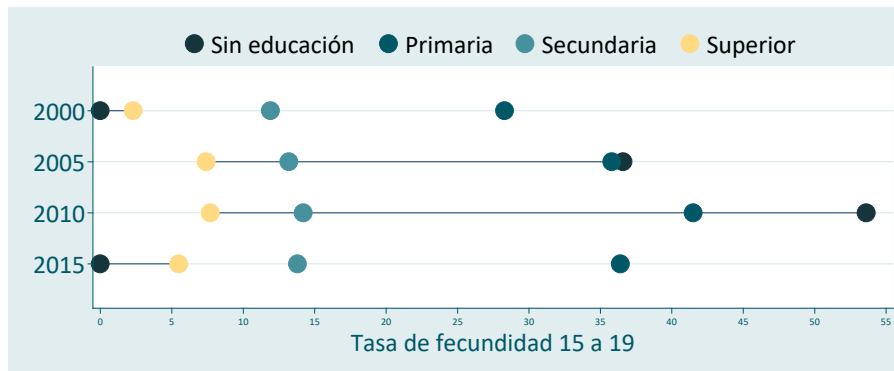
Gráfico 8. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2017



Fuente: elaborado a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, Cubo de indicadores. 2005 a 2017. Consultado el 30 de noviembre de 2019

A pesar de la reducción promedial de las tasa de fecundidad en adolescentes, se trata de un fenómeno que afecta en mayor medida a las mujeres que viven en condiciones de pobreza y condiciones de deterioro social. Según la ENDS las tasas de fecundidad en adolescentes son más altas en el quintil de riqueza más pobre, en las mujeres menos educadas y las del área rural. Las brechas de desigualdad en las gradientes generadas por estos estratificadores sociales, han tenido poca modificación en el tiempo. (Gráfico 9)

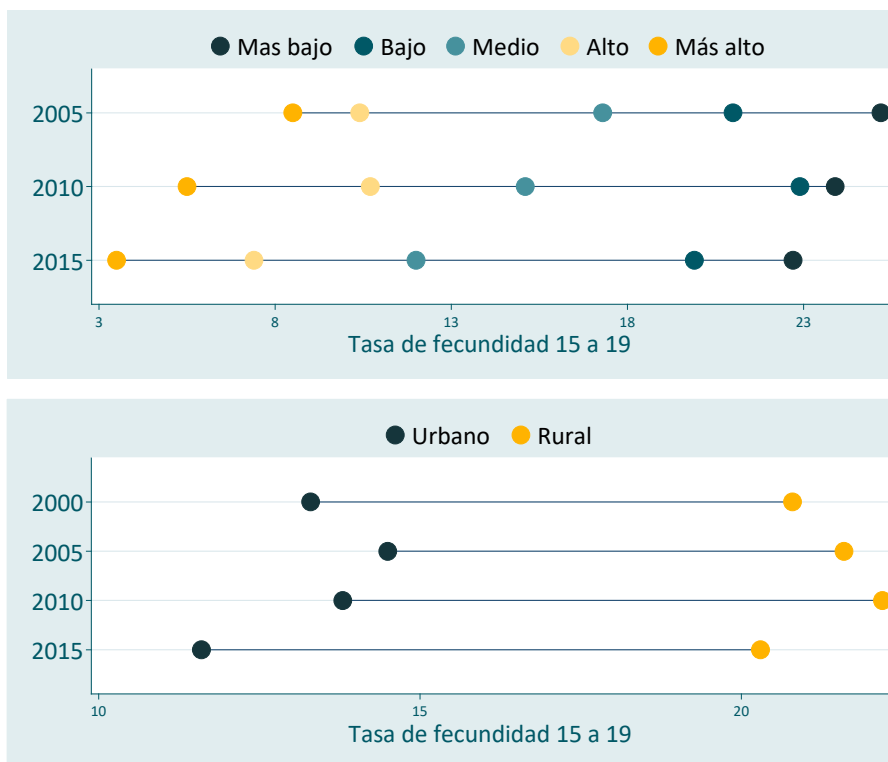
Gráfico 9. Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015





La salud  
es de todos

Minsalud



Fuente: elaborado a partir de de la Encuesta Nacional de Demografía y Saliud (ENDS),1985-2015.

Las adolescentes entre 10 y 19 años de los departamentos de Bolívar, Cesar, Huila, Magdalena, Nariño, Amazonas y Vichada tuvieron tasas de fecundidad significativamente más altas que la nacional. En tanto que, Guainía reportó su tasa de 10 y 14 años significativamente mayor que la nacional. Los territorios de Bolívar, Caquetá, Cesar, Córdoba, Huila, Magdalena, Sucre, Arauca, Amazonas y Guainía tuvieron tasas de entre 15 y 19 años significativamente mayores que el país.

### Natalidad

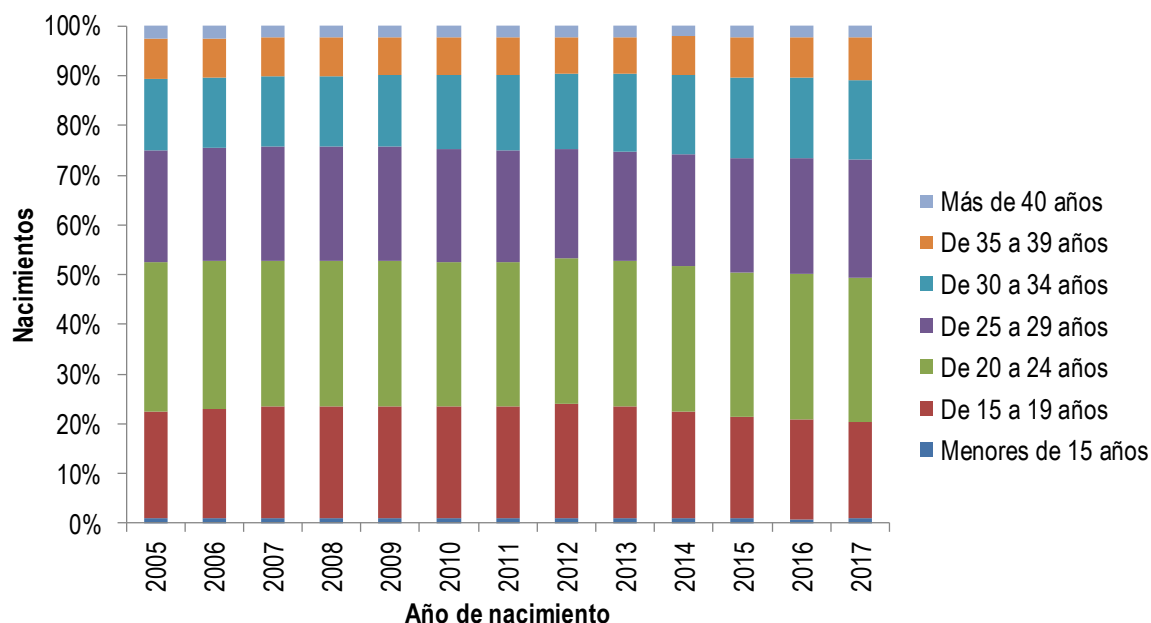
Los datos absolutos de nacimientos, muestran un descenso en 2009 y 2010, para luego pasar ha un incremento a partir de 2014 y 2015, después describe un comportamiento al descenso mantenido. En resumen, la tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente, entre los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, se proyecta que la tasa bruta pase de 28,80 a 18,03. Esto significa una reducción de 10,77 nacimientos por cada mil habitantes<sup>57</sup>. Cada año en Colombia se presentan aproximadamente 680.697 nacimientos, en el periodo 2005 y 2017. Durante 2017 el 73% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 14,9% en menores de 19 años y el 0,9% en menores de 15 años. (Gráfico 10)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 10. Nacimientos según edad de la madre, 2005-2017



Fuente: elaborado a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, Cubo de indicadores. 2005 a 2013. Consultado el 2 de marzo de 2019.

En 2017, los territorios que tienen tasas bruta de natalidad que se encuentra entre 9 y 13 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, corresponden a Cundinamarca, Putumayo, Tolima, Chocó, Antioquia, Boyacá, Bogotá, D.C., Guaviare, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Risaralda, Valle del Cauca, Quindío Nariño y Caldas. En este año el país registro un mediana de 13,42 nacimientos por cada 1.000 habitantes y un rango entre 9,4 y 20 nacimientos por cada 1.000 personas.

Por departamentos se espera que entre 2015 y 2020 las tasas brutas de natalidad oscilen entre 15,09 y 27,86 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con una mediana de 19,61. El 25% tiene tasas superiores a 21,73 y se ubican en el último decil (25,94): La Amazonía (27,86), Chocó (27,12) y La Guajira (26,82). El 25% de los departamentos tiene tasas inferiores a 16,81 y se encuentran en el decil más bajo (15,80): Bogotá (15,09), Caldas (15,68) y Risaralda (15,74). (Mapa 16)

Mapa 16. Tasas brutas de natalidad según departamento, 2015 - 2020



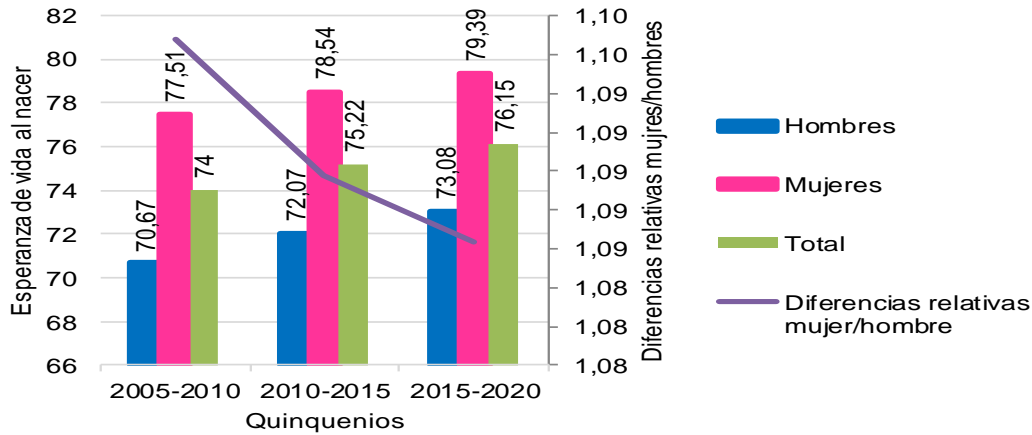
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de los datos del DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

### Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. En el mundo la esperanza de vida se incrementó en seis años durante 1990 y 2012; en promedio cada persona vive 70 años y hay diferencias por sexo: las mujeres viven 73 y los hombres 68<sup>59</sup>. Mientras en los países de ingresos medio altos el promedio de años que se espera que una persona viva es de 74<sup>60</sup>, en Colombia se espera que para el quinquenio 2015-2020 sea de 76,15<sup>57</sup>.

Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 67,99 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,22 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2015 y 2020 se espera un incremento de 0,93 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2015-2020 se espera un incremento de 0,85 y 1,01 años respectivamente en relación con el quinquenio 2010-2015<sup>57</sup>. (Gráfico 11).

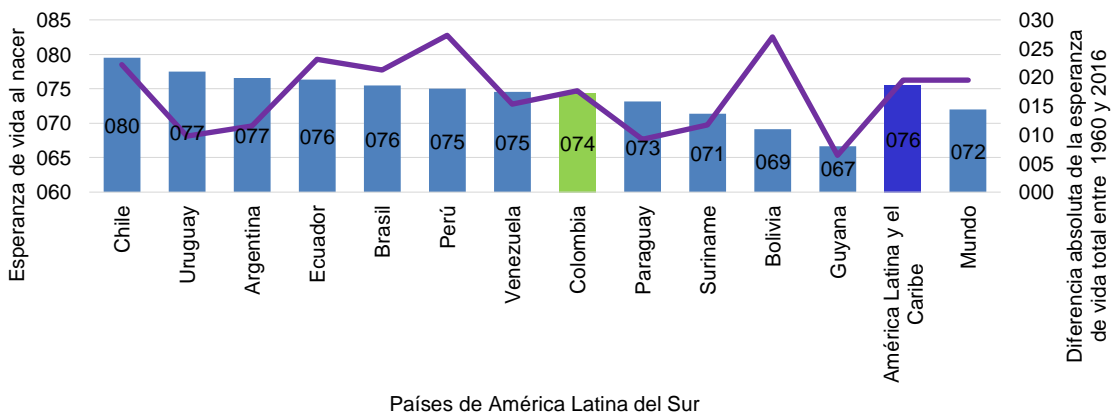
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1985-2020



Fuente: DANE. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

De acuerdo a datos del Banco Mundial, en Colombia las personas viven 18 años más, entre 1960 y 2016, al pasar de 56,75 años a 74,38 años respectivamente. Al comparar las diferencias absolutas para este mismo periodo con los países vecinos de Colombia (18) muestran una ganancia menor en la esperanza de vida comparado con Perú (27,3), Bolivia (27,0), Ecuador (23,1), Brasil (21,3) y América Latina y el Caribe (19,5). En tanto con Venezuela (15,3) el país tiene una ventaja de tres años y al compara con la la esperanza de vida del mundo estimada para el 2016 fue de 72,04, la ventaja es de 2,3 años<sup>61</sup>. (Gráfico 12).

Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2016



Fuente: Banco Mundial. Indicadores según país departamento 1960-2016.

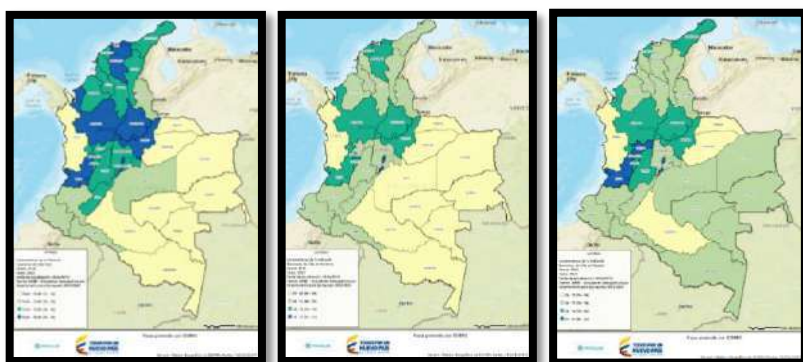


La salud  
es de todos

Minsalud

Para el quinquenio 2015-2020 se estima que en el Distrito Capital de Bogotá la esperanza de vida en los hombres sea de 76,83 años y represente la más alta del país, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Antioquia con 76,67 y 76,25 años respectivamente. En las mujeres, el Distrito Capital de Bogotá también tiene la esperanza de vida más alta del país, siendo esta de 81,02 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 81,13 y 80,20 respectivamente<sup>57</sup>. (Mapa17)

Mapa 17. Esperanza de vida total, en hombres y mujeres según departamentos, 2015 -2020



Fuente:DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

### Migración y movilidad

El comportamiento de la tasa de migración neta para el periodo 1985 - 1990 fue de -1,51 negativo, con un comportamiento similar para el periodo 2015 - 2020 será de -1,14, que representa una tendencia al descenso en la salida de la población colombiana. (Gráfico 13)

Bogotá D. C. y Casanare, en los siete quinquenios han registrado tasas positivas, representa territorios receptores de población. En tanto que Caquetá, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Arauca, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y el Grupo Amazonía\* en los primeros quinquenios registraban tasas positivas y a partir de 1995 invierten su flujo constituyéndose en departamentos expulsores y dicho comportamiento se mantendrá a 2020. (Gráfico 13)

Durante los dos primeros quinquenios registraron tasas negativas y a partir de 1995 cambia el comportamiento a tasas positivas en Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Meta, representando mayor recepción de población. (Gráfico 13)





La salud  
es de todos

Minsalud

Los datos preliminares del CENSO 2018, muestran que Antioquia, Casanare, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada son los territorios donde las personas inmigraron más en los últimos 12 meses, es decir, reportan tasas de inmigración superior a 22 personas por cada mil habitantes. En tanto, Atlántico, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Valle del Cauca, tienen menor inmigración con tasas iguales o menor a 10 personas por cada mil habitantes<sup>62</sup>.

Gráfico 13. Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2015 - 2020

Departamento	1985-1990	2015-2020
Chocó	-17,45	-11,12
Arauca	27,49	-9,79
Boyacá	-13,82	-7,98
Tolima	-13,99	-7,46
Grupo Amazonia*	4,26	-7,16
Magdalena	-5,55	-6,23
Caldas	-9,27	-6,17
Cesar	-5,14	-5,18
Cauca	-3,1	-5,13
Putumayo	-1,78	-4,98
Santander	-5,58	-4,8
Caquetá	0,3	-4,38
Sucre	-6,6	-4,21
Norte de Santander	-5,92	-3,98
Risaralda	4,39	-3,26
Quindío	2,54	-3,02
Bolívar	-0,31	-2,95
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	21,23	-2,58
Huila	-7,06	-2,38
Córdoba	-8,83	-1,24
Nariño	-5,18	-1,13
Atlántico	-0,22	-0,56
Valle del Cauca	2,57	0,43
Antioquia	-1,73	1,21
Casanare	1,2	1,62
Bogotá, D. C.	11,51	2
Cundinamarca	-4,12	3,12
La Guajira	-5,16	4,42
Meta	-3,38	4,89
Colombia	-1,51	-1,14

Fuente: Elaboración propia a partir de datos DANE: indicadores demográficos según departamento 1985-2020, conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. \* Comprende los departamentos de Amazonas, Guanía, Guaviare, Vaupés y Vichada.



La salud  
es de todos

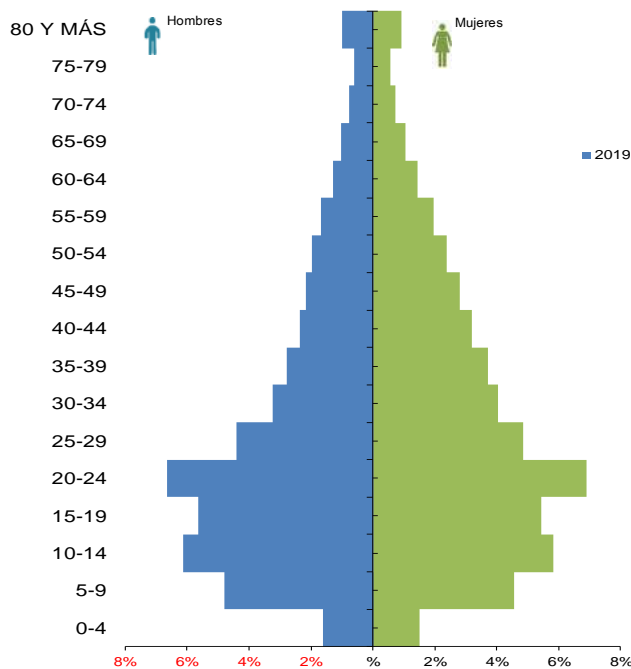
Minsalud

### Movilidad forzada

Desde 1997 Colombia reconoció la existencia del desplazamiento interno forzado por medio de la Ley 357 de 1997, normativa que da medidas para la prevención, la protección y la atención de la población en condición de víctima. A partir de 1997 se crea en registro oficial, bajo la responsabilidad de la Agencia Presidencial la Acción Social y Cooperación Internacional.

De acuerdo, a los datos del Registro Único de Víctimas, (RUV) para marzo de 2019 se han registrado 338.311.496 hechos victimizantes y 8.911.602 personas, es decir una persona registró alrededor de 38 hechos victimizantes. El 67,1% (226.887.262) fue caracterizado como desplazamiento forzado en 7.669.519 personas, para una razón hecho: persona de 29,6. Esta cifra representa el 15,237% del total de la población colombiana en 2019. El 50,1% (3.843.946) mujeres y el 46,6% (3.571.419) hombres, para una razón mujer: hombre de 1,1. El 49,10% (3.638.279) de las víctimas de movilidad forzada eran menores de 25 años y el 9,4% (695.561) mayores de 65. (Gráfico 14)

Gráfico 14. Estructura de la población en condición de desplazamiento forzado, 2019\*



Fuente: Registro Único de Víctimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social.

\*Fecha de corte: marzo de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

El 50% de las personas que reportaron mayor proporción de personas víctimas de desplazamiento habitan en los territorios de Antioquia, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Bolívar, Nariño, Magdalena y Cesar. En tanto en Casanare, Quindío, Boyacá, Guaviare, Guainía, Vichada, Vaupés, Amazonas, San Andrés, Providencia y Santa Catalina fueron los que tuvieron proporciones inferiores al 1,0. (Mapa 18)

Mapa 18. Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2019



Departamento	Número de personas	% personas
Antioquia	1.442.590	17,71
Bogotá, D.C.	663.648	8,15
Valle del Cauca	524.540	6,44
Bolívar	422.649	5,19
Nariño	380.193	4,67
Magdalena	359.272	4,41
Cesar	355.609	4,37
Córdoba	332.058	4,08
Sucre	282.816	3,47
Cauca	267.115	3,28
Santander	244.814	3,01
Norte de Santander	238.448	2,93
Caquetá	207.832	2,55
Meta	206.553	2,54
Chocó	205.645	2,52
Atlántico	203.792	2,50
Huila	201.821	2,48
Tolima	195.832	2,40
Cundinamarca	148.183	1,82
La Guajira	147.049	1,81
Putumayo	143.359	1,76
Risaralda	97.619	1,20
Caldas	96.377	1,18
Arauca	90.996	1,12
Casanare	64.944	0,80
Quindío	47.156	0,58
Boyacá	37.749	0,46
Guaviare	33.489	0,41
Guainía	10.080	0,12
Vichada	7.714	0,09
Vaupés	5.996	0,07
Amazonas	2.929	0,04
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	652	0,01
No definido	267.707	3,29
No reportado	208.004	2,55
<b>Total general</b>	<b>8.145.230</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del cubo Registro Único de Víctimas, (RUV), SISPRO- MINSALUD, consultado el 26 de marzo de 2019.

Aunque el 95% (7.252.160) de los registros cuyo hecho victimizante es el desplazamiento forzado no tienen diligenciada la variable etnia, se encuentra que el 3% (232.894) de las personas se reconocieron como indígenas, el 12% (919.451) como negro, mulato, afrocolombiano o afro descendiente, el 0,4% (34.457) como



La salud  
es de todos

Minsalud

Rom, 8.960 (0,12%) personas como raizales de San Andrés y 2.051 (0,03%) personas como palenqueros de San Basilio. El 59,5% (4.566.416) pertenecían al régimen subsidiado y el 24,2 (1.859.434) al contributivo.

### Inmigración hacia Colombia

Otro fenómeno poblacional a considerar es la migración de población proveniente de otros países. Entre 2012 a 2018, se presentó una tendencia al incremento anual al pasar de 10,74% (9.444.268) en 2012 a 19,02% (16.719.587) de viajeros extranjeros, presentó una tasa promedio de variación anual del 8,3%. La variación entre 2013 y 2019 fue de 3 puntos porcentuales. (Gráfico 15)

De acuerdo, con los datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, (UAEMC) para 2018 se registraron 16.719.587 flujos migratorios de colombianos y extranjeros, de estos el 49,3% (8.519.727) corresponden a salidas de colombianos y entradas de extranjeros, lo que evidencia una tendencia positiva de crecimiento asociada a patrones migratorios. (Gráfico 15)

Gráfico 15. Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 - 2018

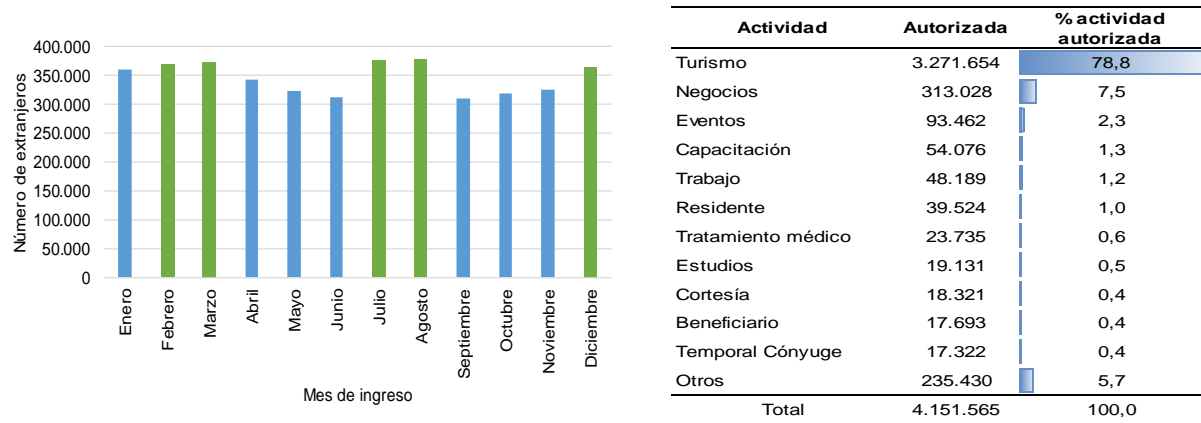
Año	Colombianos		Extranjeros		Total		Total general	Variación %
	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas		
2012	2.903.861	3.169.261	1.698.366	1.672.780	4.602.227	4.842.041	9.444.268	
2013	3.412.574	3.604.631	1.832.098	1.799.331	5.244.672	5.403.962	10.648.634	13%
2014	3.736.659	3.910.856	2.051.918	2.016.795	5.788.577	5.927.651	11.716.228	10%
2015	3.734.686	3.861.508	2.387.463	2.350.837	6.122.149	6.212.345	12.334.494	5%
2016	3.569.532	3.794.529	2.699.257	2.636.220	6.268.789	6.430.749	12.699.538	3%
2017	3.809.801	4.016.597	3.344.816	3.190.486	7.154.617	7.207.083	14.361.700	13%
2018	4.098.497	4.368.162	4.151.565	4.101.363	8.250.062	8.469.525	16.719.587	16%
<b>Total</b>	<b>25.265.610</b>	<b>26.725.544</b>	<b>18.165.483</b>	<b>17.767.812</b>	<b>43.431.093</b>	<b>44.493.356</b>	<b>87.924.449</b>	

Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

Ahora bien, la entrada de extranjeros para 2018 en promedio mensual fue de 345.964, con una desviación estandar de 26.486,34. Los meses de Febrero, marzo, julio, agosto y diciembre son los de mayor frecuencia en la recepción de extranjeros. Teniendo en cuenta el motivo de llegada de extranjeros al país, se encuentra que el 78,8% (3.271.654) llegan al país por turismo y el 7,5% (313.028) por negocios. (Gráfico 16) En comparación con el año inmediatamente anterior, se observa un incremento de 806.749 extranjeros. En 2018 los venezolanos se consolidaron como el país con mayor número de entradas a Colombia, con un total 1.359.815, que

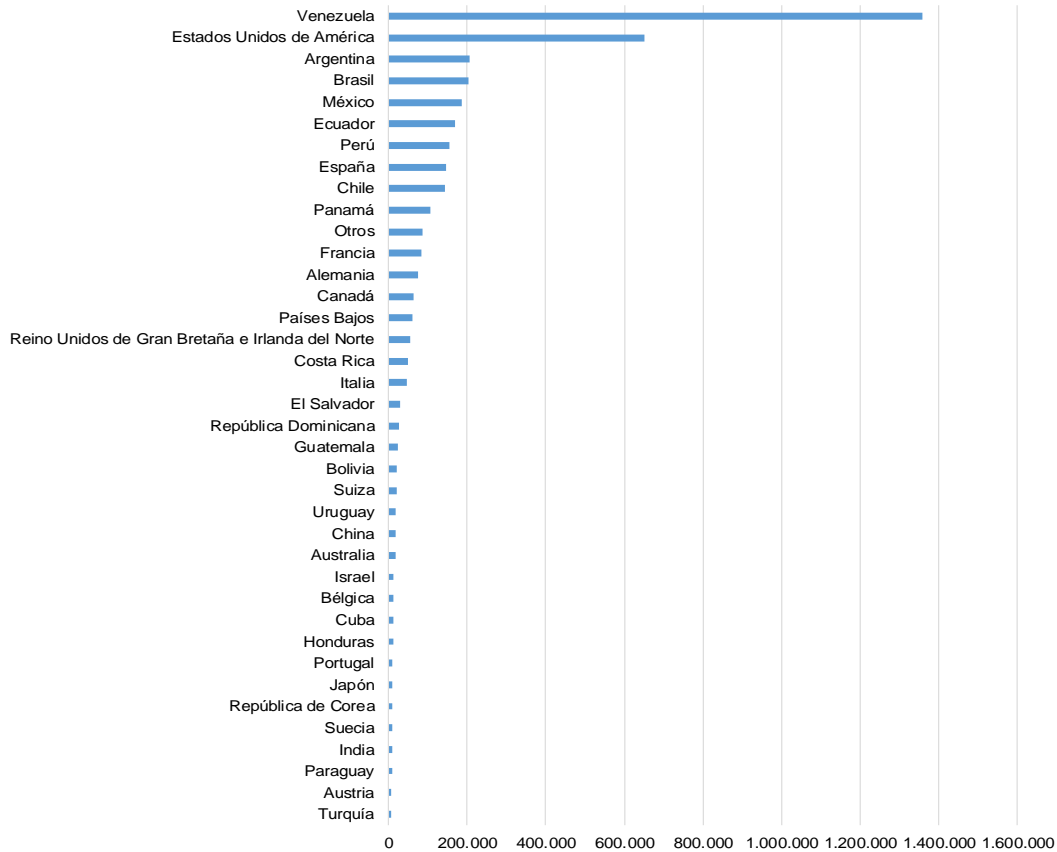
corresponde al (32,8%) de las entradas para este año, seguido de Estados Unidos de América (15,7%), Argentina (5,0%), Brasil (4,9%), México (4,5%), Ecuador (4,1%), Perú (3,8%), España (3,5%), Chile (3,5%) y Panamá (2,5%).(Gráfico 17)

Gráfico 16. Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2018



Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

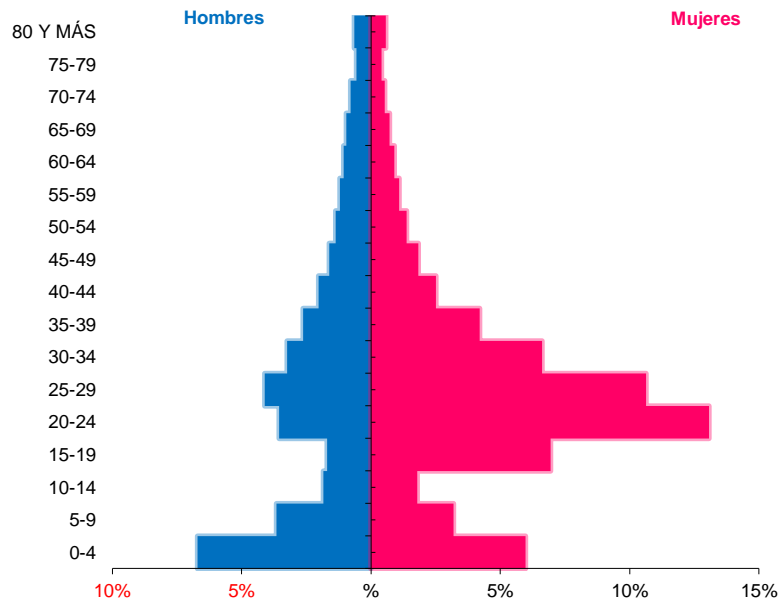
Gráfico 17. Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2018



Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

Es importante resaltar que el país atraviesa por un fenómeno de tránsito migratorio, especialmente de población venezolana, por esta razón es prioritario tener una descripción general de la población migrante, uno de los mecanismos establecidos para recolección de dicha información son los registros en salud (RIPS- Circular 029) donde para el año 2018, se registra un total de 311.315 personas atendidas en los servicios de salud del país con registro de edad y tres que no tienen este dato razón por la cual no es posible usarlos en la construcción de la pirámide de población. La pirámide permite observar la distribución de la población migrante atendida según grupos quinquenales con un mayor uso de servicios en las personas de 20 a 29 años principalmente, al revisar según son las mujeres quienes más acuden especialmente entre los 15 a 34 años de edad, siendo el quinquenio de 20 a 24 el más representativo para este sexo, en cuanto a los hombres reportan el 38% de personas consultantes y el quinquenio de menores de 5 años el más representativo seguido por el de 25 a 29 años y 5 a 9 años (Gráfico 18).

Gráfico 18. Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2018



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

#### Movilidad: Colombo-venezolana

De otro lado, la Resolución 1220 de 2016 de la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, estable los Permisos de Ingreso y Permanencia,(PIP), Permisos Temporales de Permanencia (PTP) y el tránsito fronterizo en el territorio nacional, lo que dio carácter formal a la movilidad de frontera. De acuerdo, con los datos de Migración Colombia, en 2016, la entrada de venezolanos a Colombia se concentró en los Puestos de Control Migratorio, (PCM) por vía terrestre en los puesto migratorios ubicados en Cúcuta, Paraguachón, Arauca y Puerto Santander; por vía aerea en los Aeropuertos Camilo Daza de Cúcuta; el Aeropuerto El Dorado de Bogotá representó el 35,5%, por vía marítima en los puestos fluviales de Puerto Carreño y Puerto Inírida con un 54% de participación y los demás PCM del país el 10,5%<sup>63</sup>.

La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela, para el periodo entre 2012 y 2018, presentó una tendencia ascendente. Entre 1991 y 2018 en el territorio colombiano se encuentran 1.032.016 venezolanos. Distribuidos en ingresos regulares el 55,6% (573.502), que hace referencia a venezolanos con Visa, Cédula de Extranjería, PEP o dentro del Tiempo de Ley Establecido. El 23,3% (240.416) en proceso de regularización, que son los venezolanos que estan censado en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, (RAMV)

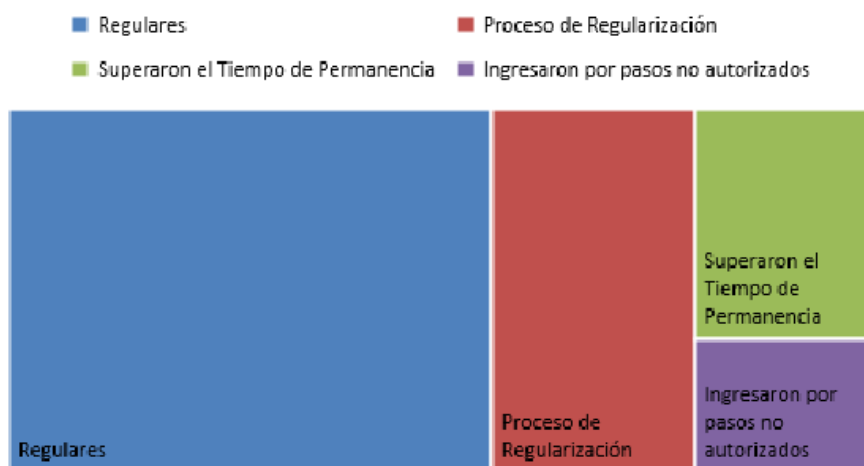


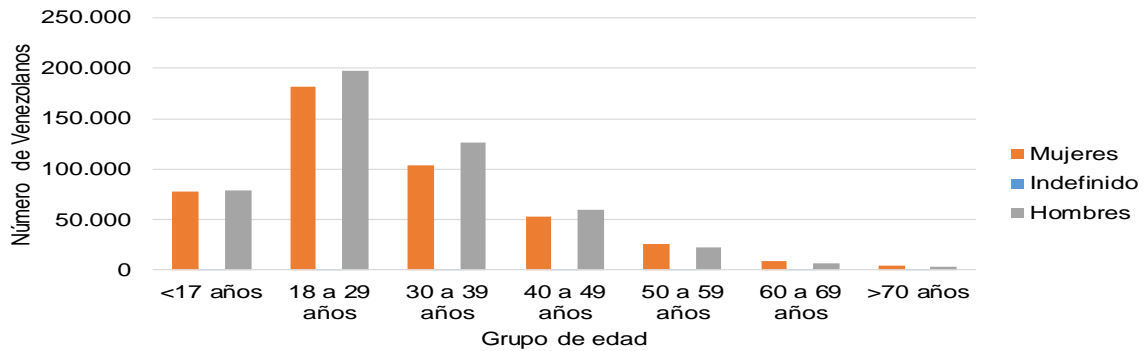
y están en proceso de expedir el PET. El 13,3% (137.718.) de las personas son irregulares, es decir superaron el tiempo de permanencia y el 7,8% (80.380) ingresaron por pasos no autorizados. (Gráfico 19)

De los 1.032.016 venezolanos que residen en el país, el 44,0% (454.884) mujeres, el 48,1% (496.413) hombres e indefinidos el 0,03% (339), el 15,17% (156.575) son menores de 17 años de edad, el 36,71% (378.812) están entre los 18 a 29 años, el 22,31% (230.266) se encuentran entre 30 a 39 años, el 10,9% (112.904) están entre los 40 a 49 años y 18,0% (73.079) se encuentran las personas mayores de 50 años y sin especificar la edad el 7,8% (80.380). (Gráfico 17) El 50% de los venezolanos residen en Bogotá D.C. (238.758), Norte de Santander (151.803) y La Guajira (123.756). (Gráfico 20)

De acuerdo, con la información de Migración Colombia, el proceso de RAMV, a septiembre del 2018 está conformado por 415.298 ciudadanos venezolanos cuentan con el PEP, 64.118 son Niños, Niñas y Adolescentes, adultos jóvenes 326.903. El fenómeno migratorio que vive Colombia es de mayor impacto en los departamentos de frontera, Bogotá y la Costa Caribe. Adicionalmente en cuatro municipios con un fenómeno migratorio de mayor complejidad: En Villa del Rosario del total de la población, el 23,0% son venezolanos irregulares, seguido de Arauca con un 17,0%, Maicao con 16,0% y Puerto Carreño con 8,0%<sup>63</sup>. Los ingresos autorizados por los Puestos de Control Migratorio y en los territorios: Paraguachón, Macaio (La Guajira), Cúcuta, Los Patios, Villa Rosario, Villa del Rosario, El Zulia, San Cayetano, Simón Bolívar, Puerto Santander (Norte de Santander), Arauca (Arauca), Puerto Carreño (Vichada) e Inírida (Guainía).

Gráfico 19. Flujo de entradas de venezolanos por sexo y edad. Colombia 2012 – 2018





Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC

Gráfico 20. Registro de entradas de venezolanos según departamento, Colombia 2018

Departamento	Número de venezolanos	Departamento	Número de venezolanos	Departamento	Número de venezolanos
Bogotá D.C.	238.758	Arauca	29.757	Cauca	2.434
Norte de Santander	151.803	Sucre	11.498	Nariño	2.372
La Guajira	123.756	Casanare	9.364	Huila	1.842
Atlántico	105.459	Boyacá	8.313	Vichada	1.719
Antioquia	71.580	Risaralda	7.916	Putumayo	1.106
Santander	49.780	Córdoba	6.373	Chocó	336
Cundinamarca	43.988	Meta	5.507	Amazonas	316
Magdalena	41.460	Guainía	3.765	Caquetá	132
Valle del Cauca	38.747	Tolima	3.647	Guaviare	118
Cesar	32.471	Quindío	3.487	San Andrés Islas	26
Bolívar	31.674	Caldas	2.512		

Fuente-. Datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, UAEMC



La salud  
es de todos

Minsalud

## Capítulo 2. Determinantes sociales de la salud poblacional



La salud  
es de todos

Minsalud

### Pobreza e ingresos

La economía colombiana en 2018p creció 2,7% respecto al 2017p; alcanzando \$976 billones a precios corrientes. Las actividades económicas que más contribuyen a este crecimiento fueron la administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud humana y servicios sociales creció el 4,1%, contribuyendo 0,7 puntos porcentuales a la variación anual.

Se atribuye el 3,1 del crecimiento al comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; transporte y almacenamiento; alojamiento y servicios de comida. Contribuyó 0,6 puntos porcentuales a la variación anual. Las actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades de servicios administrativos y de apoyo crecieron en el 5,0% y contribuyeron con 0,4 puntos porcentuales a la variación anual<sup>64</sup>. (Tabla 4)

Tabla 4. Tasas de crecimiento por actividad económica 2018pr

Actividad económica	Tasas de crecimiento		
	Serie original		Serie corregida de efecto estacional y calendario
	Año corrido	Anual	
	2018p /2017p	2018p IV / 2017p IV	
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	2,0	0,9	0
Explotación de minas y canteras	-0,8	-0,1	-2
Industrias manufactureras	2,0	2,5	0,1
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	2,7	2,6	0,5
Construcción	0,3	4,2	0,9
Comercio al por mayor y al por menor	3,1	2,9	0,4
Información y comunicaciones	3,1	3,7	2,3
Actividades financieras y de seguros	3,1	2,7	1,8
Actividades inmobiliarias	2,0	1,8	0,7
Actividades profesionales, científicas y técnicas	5,0	3,3	-0,9
Administración pública, defensa, educación y salud	4,1	3,9	1,9
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios	1,4	2,6	1,5
Valor agregado bruto	2,5	2,6	0,3
Total impuestos menos subvenciones sobre los productos	2,6	2,5	0,2
<b>Producto Interno Bruto</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>0,6</b>

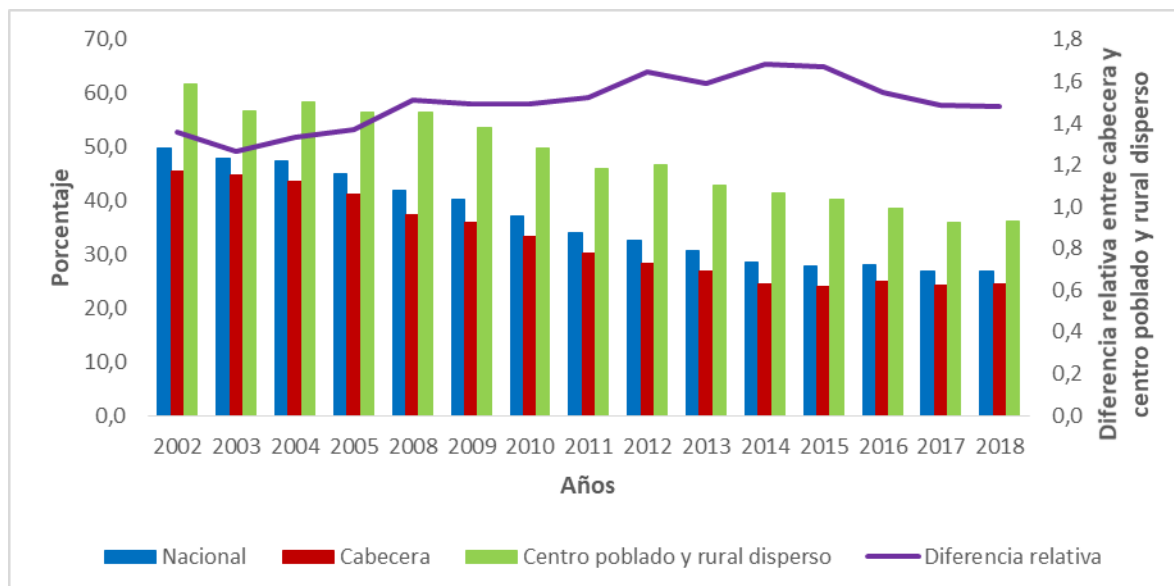
Fuente: DANE, Cuentas nacionales

De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda de 2018 el 14,13% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,74% en la miseria, el 5,31 en viviendas inadecuadas, el 3,58% con servicios inadecuados, el 4,06% en hacinamiento. La incidencia de la pobreza monetaria fue 1,7 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales<sup>65</sup>. De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza monetaria, para el 2018 los departamentos de Chocó, La Guajira, Cauca, Magdalena, Córdoba, Cesar, Norte

de Santander Nariño, Sucre, Caquetá, Huila, Bolívar. Tolima presentaron una incidencia de pobreza monetaria más alta que al nacional (Tabla 5)

En 2018, en el total nacional, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional fue 19,6%. Por una parte, los departamentos que presentaron mayor nivel de incidencia de la pobreza multidimensional en cada región fueron: Guainía con 65,0% para la región Orinoquia-Amazonia; La Guajira con 51,4% para la región Caribe; Chocó con 45,1% para la región Pacífico (sin incluir Valle del Cauca); Norte de Santander con 31,5% para la región Oriental; y Caquetá con 28,7% para la región Central.

Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2018).

En 2018, el porcentaje de personas clasificadas como pobres extremas respecto al total de la población nacional fue del 7,2%. En las cabeceras esta proporción fue del 4,9% en los centros poblados y rural disperso del 15,4%, así, la incidencia de la pobreza extrema en los centros poblados y rural disperso equivale a 3,1 veces la incidencia en las cabeceras. (Gráfico 22).



La salud  
es de todos

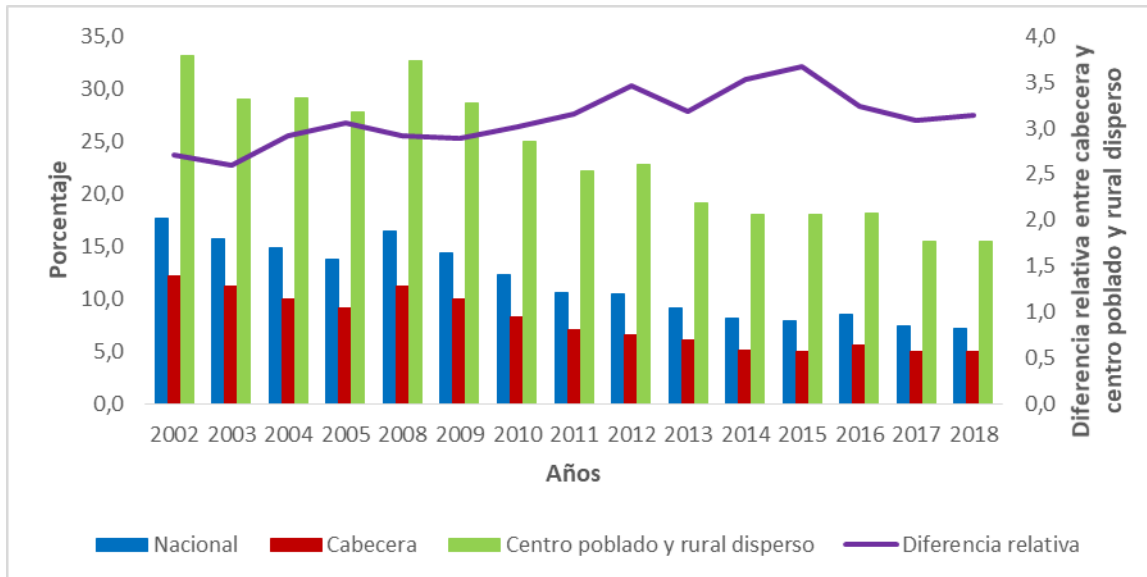
Minsalud

Tabla 5. Semaforización de indicadores de pobreza según departamento y área, 2018

Departamento	NBI - Total	NBI - Urbano	NBI - Urbano
Antioquia	10,67	6,67	26,77
Atlántico	11,28	10,68	22,76
Bogotá, D.C.	3,36	3,34	11,03
Bolívar	26,56	21,69	41,40
Boyacá	10,04	4,93	17,81
Caldas	8,91	6,92	15,00
Caquetá	23,48	16,60	39,01
Cauca	18,27	12,38	22,12
Cesar	22,82	18,53	36,42
Córdoba	34,82	21,66	51,65
Cundinamarca	6,26	4,60	10,83
Chocó	65,40	68,29	62,58
Huila	12,68	9,26	18,05
La guajira	53,01	28,95	74,96
Magdalena	26,50	21,64	38,43
Meta	13,31	7,95	31,71
Nariño	21,59	16,20	26,61
Norte de Santander	18,26	13,28	37,01
Quindío	6,73	6,29	9,98
Risaralda	8,14	5,08	19,21
Santander	9,45	6,25	20,07
Sucre	28,98	24,11	37,99
Tolima	12,06	7,61	22,83
Valle del cauca	6,18	5,23	11,83
Arauca	32,26	25,78	45,32
Casanare	15,89	11,78	27,11
Putumayo	18,41	11,75	27,10
Archipiélago de San Andre	14,84	19,29	5,88
Amazonas	34,92	25,62	45,60
Guainía	59,21	39,77	79,24
Guaviare	27,80	15,47	47,87
Vaupés	68,89	30,64	86,17
Vichada	67,62	32,46	85,18
<b>Colombia</b>	<b>14,13</b>	<b>9,42</b>	<b>30,22</b>

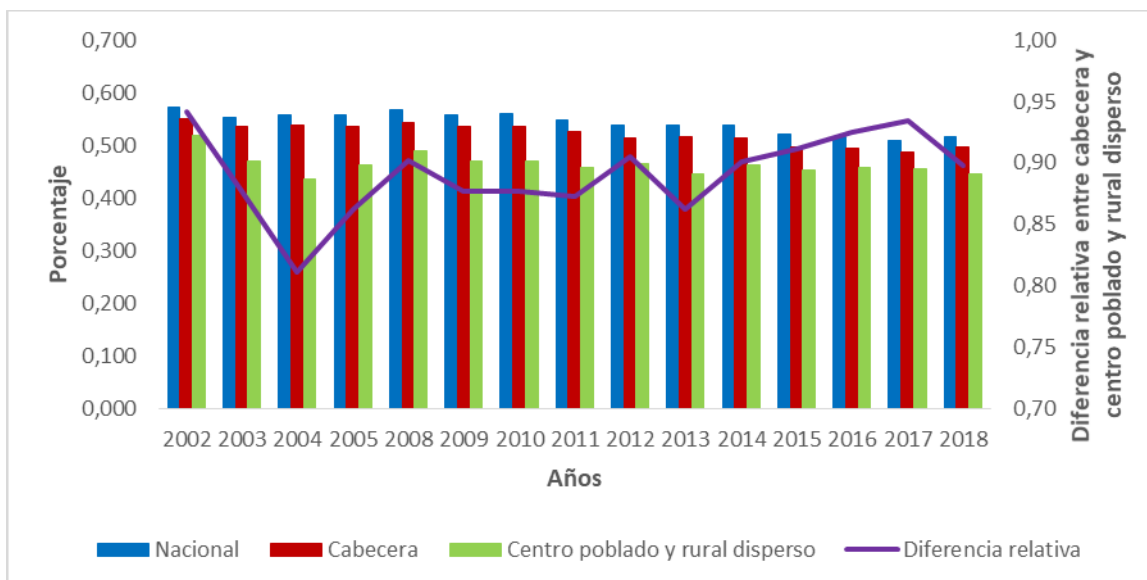
Fuente:., Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto, según departamento y total nacional NBI - DANE, Censo 2018, publicado el 25 de noviembre de 2018.

Gráfico 22. Incidencia de pobreza monetaria extrema según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2018).

Gráfico 23. Coeficiente de Gini según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2018).





La salud  
es de todos

Minsalud

En relación al comportamiento del Gini por ciudades: Pereira (0,416), Bucaramanga (0,432) e Ibagué (0,435), registraron los menos valores para el coeficiente de Gini en 2018. En contraste con Riohacha (0,529), Quibdó (0,528) y Bogotá (0,504) que registraron los mayores valores, para los dos primeros siendo superiores al coeficiente de Gini nacional. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de ingresos por rango salarial por ciudades, 2017 - 2018

	2017	2018	Diferencia
Riohacha	0,524	0,529	0,005
Quibdó	0,531	0,528	-0,003
Total Nacional	0,508	0,517	0,009
Bogotá	0,498	0,504	0,006
Florencia	0,474	0,485	0,011
Popayán	0,486	0,484	-0,002
Pasto	0,470	0,479	0,009
Villavicencio	0,452	0,477	0,025
Medellín AM	0,464	0,474	0,010
Neiva	0,453	0,465	0,012
Cali AM	0,460	0,463	0,003
Santa Marta	0,467	0,463	-0,004
Sincelejo	0,443	0,460	0,017
Tunja	0,463	0,458	-0,005
Armenia	0,452	0,457	0,005
Cartagena	0,449	0,452	0,003
Montería	0,463	0,451	-0,012
Valledupar	0,461	0,450	-0,011
Manizales AM	0,455	0,446	-0,009
Barranquilla AM	0,440	0,443	0,003
Cúcuta AM	0,426	0,440	0,014
Ibagué	0,429	0,435	0,006
Bucaramanga	0,406	0,432	0,026
Pereira AM	0,401	0,416	0,015

Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (2017-2018).



La salud  
es de todos

Minsalud

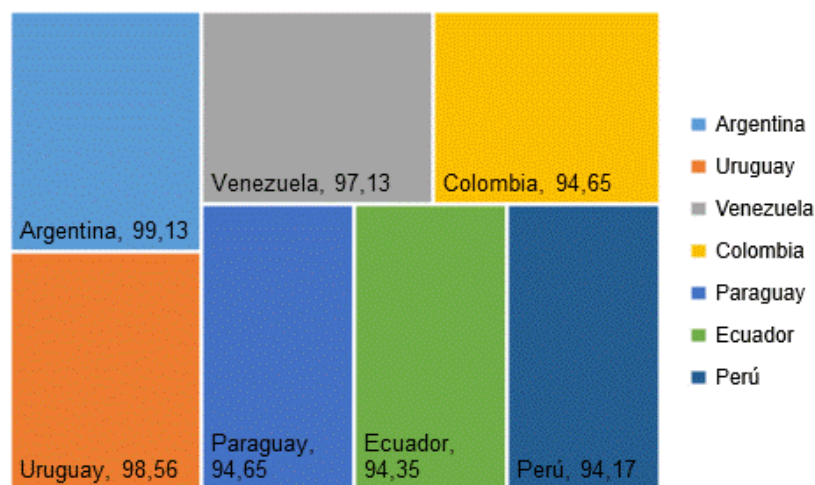
## Educación

De acuerdo con las estimaciones del DNP basadas en el censo de 2005, el 18,50% de los hogares en Colombia tenían analfabetismo encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el valor nacional y los valores departamentales. Bolívar, Cesar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Sucre, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, tenían porcentajes de analfabetismo mayor que el nacional. (Tabla 7)

Por otra parte, según los datos preliminares del CENSO 2018, Amazonas, Atlántico, Bogotá D.C., Cundinamarca y Valle del Cauca son los departamentos con mayor porcentaje de alfabetismo, es decir conocimiento básico en lectura y escritura en el país. En contraste con Chocó, Cesar, Córdoba, Guainía, La Guajira, Magdalena, Sucre, Vaupés y Vichada son los territorios con menor porcentaje de personas con conocimiento básico de lectura y escritura<sup>66</sup>.

De acuerdo a datos del Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)<sup>67</sup>, se estimó que para 2016, el 86,25% de la población de 15 años y más, en el mundo tienen conocimiento básico en lectura y escritura. Los países que superan el promedio de la región de América Latina y el Caribe (93,53%), corresponde a Argentina (99,13), Uruguay (98,56%), Venezuela (97,13%), Colombia (94,65%), Ecuador (94,35%) y Perú (94,17%). (Gráfico 24).

Gráfico 24. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) América Latina 2016



Fuente: Banco Mundial- UNESCO. Fecha de consulta: 10 de abril de 2019.

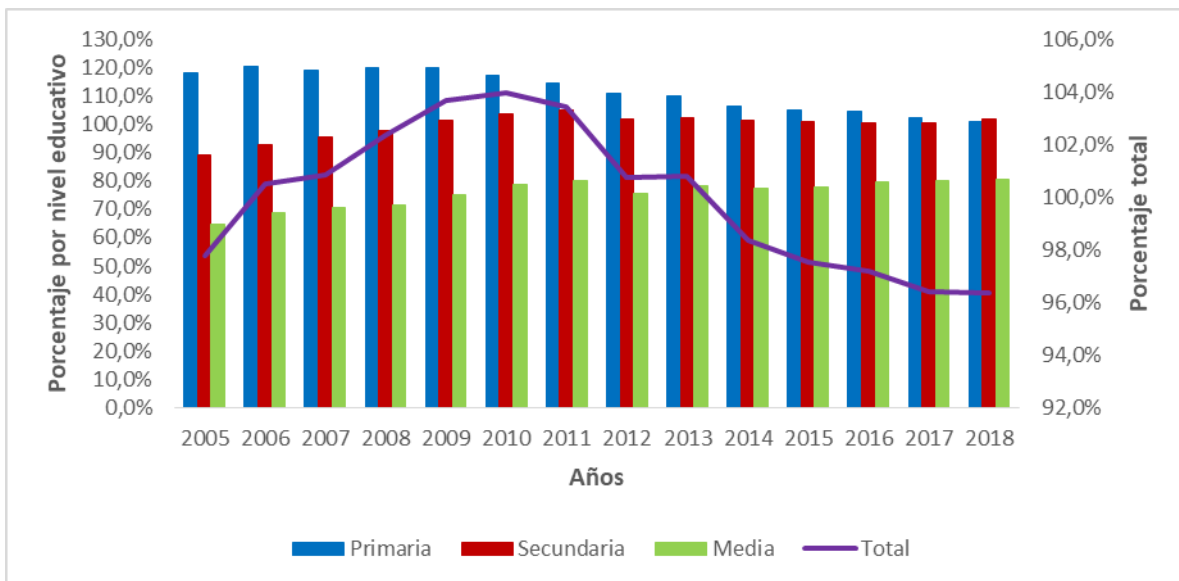


La salud  
es de todos

Minsalud

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia reporta que entre 2005 y 2018 la tasa de cobertura bruta por niveles, entendida como la relación entre el número de estudiantes matriculados en un nivel educativo respecto a la población en edad teórica para cursarlo; ha tendido ligeramente al descenso, decayendo 17 puntos porcentuales en la primaria en la población entre 6 y 10 años, comportamiento inverso se observa para los niveles secundaria (población entre 11 y 14 años) y media (población entre 15 y 16 años) que describen un incremento de 13 y 15 puntos porcentuales respectivamente. La cobertura total describe un descenso de un punto porcentual<sup>68</sup>. (Gráfico 25).

Gráfico 25. Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2018



Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: 10 de abril de 2019.

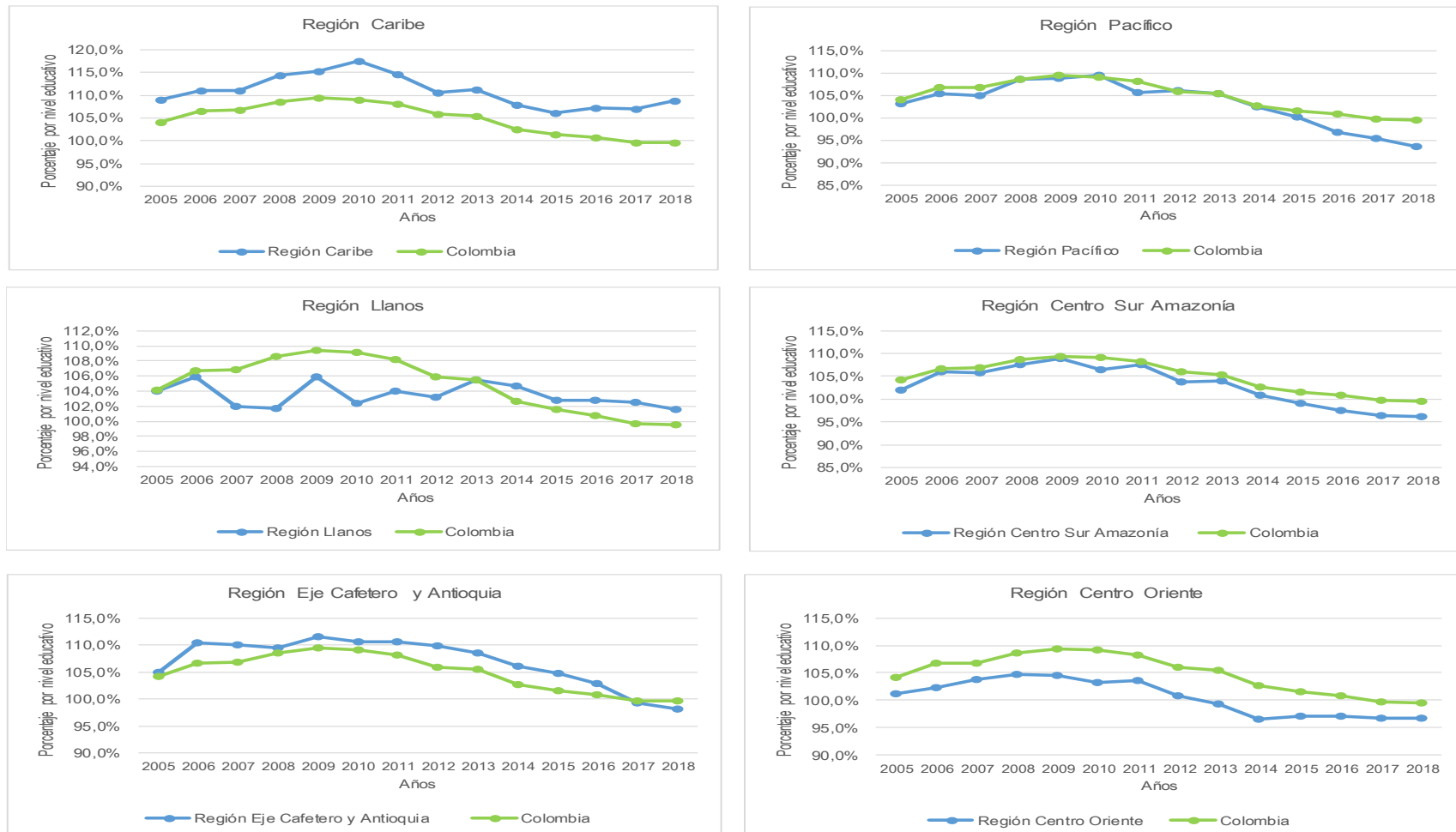
Entre 2005 y 2018 las Regiones Caribe y el Eje Cafetero y Antioquia describen coberturas brutas de básica por encima del promedio nacional, en esta última excepto para el último año. Comportamiento diferente en el resto de las regiones que describen tasas por debajo del país en la mayor parte del periodo. Sin embargo, la región de los Llanos, muestra un incremento gradual importante en sus coberturas a partir del año 2014, encontrándose para el último año dos puntos porcentuales por encima del dato obtenido para el país. (Gráfico 26)



La salud es de todos

Minsalud

Gráfico 26. Tasa de cobertura bruta por básica por regiones , 2005-2018



Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: septiembre de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 7. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia 2018.

Departamento	NBI - Total	Analfabetismo	Cobertura de afiliación Regimen Subsidiado
Antioquia	10,67	4,41	34,9%
Atlántico	11,28	3,61	52,7%
Bogotá, D.C.	3,36	1,29	14,2%
Bolívar	26,56	7,70	65,8%
Boyacá	10,04	5,77	50,4%
Caldas	8,91	5,03	39,3%
Caquetá	23,48	6,72	61,6%
Cauca	18,27	7,45	67,1%
Cesar	22,82	8,60	77,4%
Córdoba	34,82	11,46	73,6%
Cundinamarca	6,26	3,31	30,4%
Chocó	65,40	14,17	71,6%
Huila	12,68	5,54	63,7%
La guajira	53,01	16,78	69,9%
Magdalena	26,50	9,04	70,7%
Meta	13,31	4,15	49,9%
Nariño	21,59	8,26	62,3%
Norte de Santander	18,26	6,33	70,4%
Quindío	6,73	4,35	41,4%
Risaralda	8,14	4,42	40,1%
Santander	9,45	4,31	43,9%
Sucre	28,98	12,29	87,6%
Tolima	12,06	6,00	50,9%
Valle del cauca	6,18	3,42	36,5%
Arauca	32,26	6,54	75,4%
Casanare	15,89	4,89	59,4%
Putumayo	18,41	5,89	71,2%
Archipiélago de Sa	14,84	1,21	16,6%
Amazonas	34,92	5,44	67,3%
Guainía	59,21	8,41	94,8%
Guaviare	27,80	6,18	50,9%
Vaupés	68,89	9,63	59,5%
Vichada	67,62	11,10	83,9%
<b>Colombia</b>	<b>14,13</b>	<b>5,19</b>	<b>45,5%</b>

Fuente: NBI: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 25 de noviembre de 2019. Porcentaje de analfabetismo: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Analfabetismo.



La salud  
es de todos

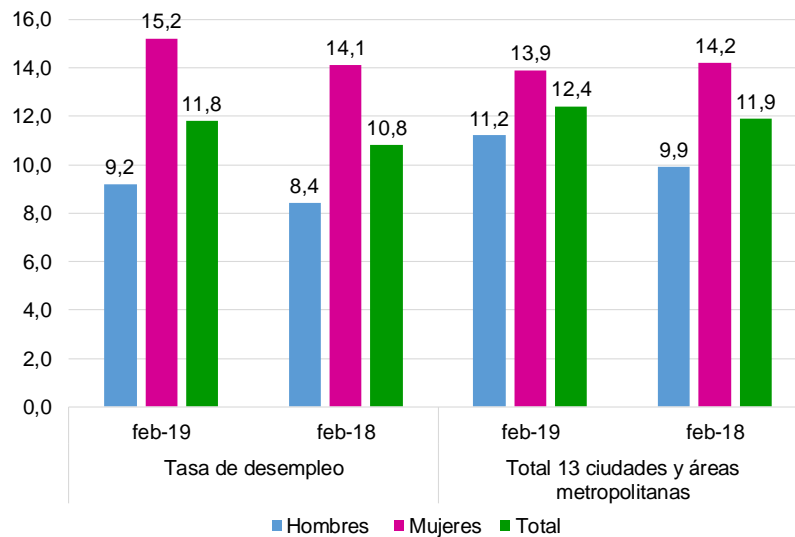
Minsalud

## Desempleo

Para febrero del 2019, el DANE estimó que la tasa de desempleo nacional fue de 11,8% con respecto al mismo mes en 2018 (10,8), muestra un incremento de un punto porcentual. Minstras tanto, la tasa global para las 13 ciudades y áreas metropolitanas en 2019 fue de 12,4%(Gráfico 27) y la tasa de ocupación fue de 57,6%. Para febrero de 2019, las ciudades que registraron las mayores tasas de desempleo fueron: Quibdó (20,3%), Armenia (18,4%) y Cúcuta A.M (17,7%). En comparación con las ciudades que presentaron las menores tasas de desempleo fueron: Barranquilla A.M (7,8%), Cartagena (8,0%) y Pereira A.M (8,8%). (Tabla 8)

Para hombres y mujeres se observa incremento de la tasa de desempleo de 0,8 y 1,1 punto porcentual respectivamente. Asimismo, la brecha se ha mantenido alrededor de 6 puntos porcentuales entre hombres y mujeres entre febrero del 2018 y el mismo mes de 2019 para este indicador. Este comportamiento se describe a nivel nacional y en las 13 ciudades y áreas metropolitanas. (Gráfico 27)

Gráfico 27. Tasa de desempleo por sexo. Colombia y 13 ciudades y Áreas metropolitanas a febrero 2018 y 2019



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares.



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 8. Tasa de desempleo por 13 ciudades y Áreas metropolitanas y Colombia, febrero 2018 y 2019

Territorio	TD (Feb 2019)	TD (Feb 2018)	Variación en TD
Quibdó	20,3	16,3	-4,0
Armenia	18,4	16,4	-2,0
Cúcuta AM	17,7	18,7	1,0
Ibagué	17,3	14,9	-2,4
Riohacha	17,1	15,3	-1,8
Florencia	16,7	14,1	-2,6
Valledupar	16,4	14,7	-1,7
Villavicencio	13,6	13,3	-0,3
Manizales AM	13,6	12,4	-1,2
Tunja	13,4	10,6	-2,8
Cali AM	12,9	12,6	-0,3
Bogotá DC	12,9	11,7	-1,2
Medellín AM	12,8	12,8	0,0
Neiva	12,8	12,6	-0,2
Total 23 ciudades y AM	12,5	11,8	-0,7
Total 13 ciudades y AM	12,3	11,7	-0,6
Montería	12,1	11,4	-0,7
Popayán	11,9	11,4	-0,5
Sincelejo	11,5	10,3	-1,2
Bucaramanga AM	10,6	9,5	-1,1
Santa Marta	10,1	8,5	-1,6
Pasto	10,0	10,7	0,7
Pereira AM	8,8	10,2	1,4
Cartagena	8,0	8,1	0,1
Barranquilla AM	7,8	7,8	0,0
San Andrés*	6,6	7,2	0,6

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares.



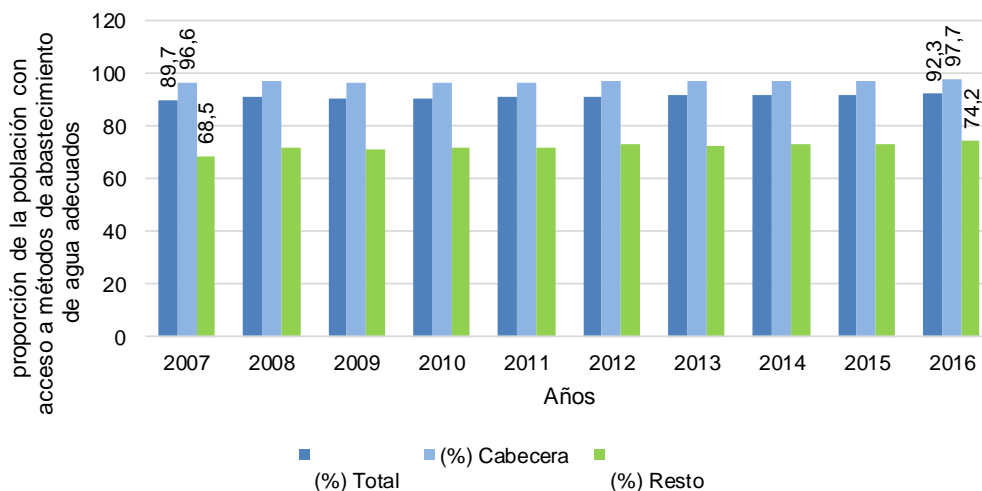
Circunstancias materiales: hogares y servicios públicos

Hogares

Entre 2007 y 2016, la población colombiana que habita en viviendas con métodos de abastecimiento de agua adecuados, los cuales son: para viviendas en la cabecera municipal, acueducto; para viviendas en zonas diferentes a la cabecera municipal (resto), acueducto, otra fuente por tubería, pozo con bomba y pila pública, ha registrado una tendencia creciente en el área rural al pasar de 68,5 en 2007 a 74,2 en 2016, es decir un aumento de seis puntos porcentuales, al igual en el área cabecera se incremento en un punto porcentual y en el total el aumento fue del tres puntos porcentuales. (Gráfico 28)

En 2017 el 90,3% de la población colombiana tiene acceso a acueducto y el 78,6% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 99,5 de los hogares reciben el servicio de energía eléctrica y el 64,5% el de gas natural.

Gráfico 28. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares.



La salud  
es de todos

Minsalud

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2018, en Colombia el 86,9% de la población tiene acceso a acueducto y el 74,7% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 97,7 de los hogares reciben el servicio de energía eléctrica, el 64,4% el de gas natural, el 81,7% de los hogares tienen acceso a la recolección de la basura y el 29,2% disponen de telefonía fija. (Tabla 9)

Para 2018 Colombia incremento a 2 puntos porcentuales (p.p), en la cobertura de energía eléctrica, 29,1 puntos porcentuales en el gas natural, en 0,4 p.p en acueducto, 12 p.p. en alcantarillado, 6,4 en recolección de basuras y descendió en telefonía fija en 25,5 p.p. Este aumento en las coberturas en los servicios de acueducto y alcantarillado, tiene una implicación en la calidad de vida y salud de la población, principalmente en menores de 5 años, quienes son propensos a contraer enfermedades de origen hídrico; pero también es un factor que aporta a la disminución de la pobreza y reducir las brechas entre las regiones. (Tabla 9)

Tabla 9. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2018

	Energía eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcantarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
2018	97,7	64,4	86,9	74,7	81,7	29,2
2016	98,7	64,7	89,6	77,5	83,4	30,6
2015	99,0	62,5	89,9	77,0	82,3	32,6
2014	98,5	61,5	88,4	76,7	81,9	33,9
2013	98,2	58,9	88,5	75,9	81,6	34,3
2012	97,6	57,3	87,4	75,3	80,4	35,6
2011	97,4	52,1	87,3	72,3	80,0	36,9
2010	97,7	52,4	87,6	75,3	81,0	39,8
2008	97,2	47,4	86,7	73,9	77,9	44,3
2003	95,8	35,3	87,3	72,9	75,3	54,7

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida.

Si bien en el país se ha avanzado en el aumento de las coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado, muestra un rezago en las áreas rurales, principalmente para el servicio de alcantarillado en regiones del Caribe y Pacífica.



La salud  
es de todos

Minsalud

### Acueducto

De acuerdo con los datos Sistema Único de Información (SUI), en 2017 de los 1.102 municipios en los cuales la prestación del servicio de acueducto, fue el 8,7% (96) municipios registran coberturas del 100%, el 15,2% (167) de los territorios reporto coberturas entre 82,46% y 99,97%, el 23,9% (263) registro coberturas en un rango de 57,84% a 82,21%. Los municipios con coberturas entre 35,92% y 57,82% fueron el 24% (261) y el 29% (315) de los territorios registran coberuras por debajo del 35,88%. (Mapa 19)

El 2018 Bogotá (99,6%) y Valle del Cauca (95,7%) presentan los porcentajes más altos de hogares con acceso a este servicio. Los hogares de la región Central y Caribe son los que tienen mayor acceso al servicio de acueducto, este porcentaje fue 86,8% y 81,8% respectivamente. (Tabla 10)

### Alcantarillado

Según datos del SUI, en 2017 de los 1.102 municipios, el 2,5 (28) registraron coberturas del 100%. el 19,8% (218) municipios registran coberturas entre el 60% y 99 %; el 26,0% (286) de los territorios reporto coberturas entre 36% y 62%; el 23,2% (256) registro coberturas en un rango de 18,4% a 35%. Los municipios con coberturas entre 0% y 18,3% fueron el 28,5% (314).

Mientras tanto, para 2018, el servicio de alcantarillado en la region Central fue del 74,6% y en la Oriental de 74,3% en los hogares. Las demás regiones presentaron un porcentaje de acceso a este servicio inferior al promedio nacional (74,7%). (Tabla 10)

Tabla 10. Cobertura de servicios públicos Colombia 2018

Región	Total de hogares	Energía eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcantarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
Bogotá	2.808	99,9	92,9	99,6	99,6	99,3	56,9
San Andrés	21	99,8	.	50,5	28,3	99,8	14,9
Antioquia	2.147	99,3	57,0	86,4	77,8	87,0	42,0
Valle del Cauca	1.542	99,3	77,6	95,7	89,3	95,6	37,4
Oriental	2.730	98,9	62,3	85,5	74,3	78,8	19,4
Central	1.821	98,3	62,8	86,8	74,6	77,8	21,1
Pacífica	1.125	95,4	14,0	71,0	41,5	52,7	6,0
Caribe	2.870	94,2	64,3	81,8	57,2	72,6	15,7
Orinoquía - Amazonía	429	88,0	24,9	62,0	52,6	62,7	2,1
Total nacional	15.493	97,7	64,4	86,9	74,7	81,7	29,2

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida.



La salud  
es de todos

Minsalud

Un elemento que hace parte del sistema alcantarillado, son los Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR), en 2016 existían 696 STAR en 514 municipios. Cundinamarca es el departamento con mayor cantidad STAR para un total de 137; seguido por Antioquia con 90; Boyacá con 39; Cauca con 37; Tolima con 36 y Santander con 35. Este tipo de infraestructura no ha sido implementada en la misma cantidad en zonas como Amazonas y Guaviare, que no cuenta con ninguna, o en lugares como Vichada y Guainía, que poseen dos cada uno. (Tabla 11)

Tabla 11. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) Colombia 2016

Departamento	Número de STAR
Cundinamarca	137
Antioquia	90
Boyacá	39
Cauca	37
Tolima	36
Santander	35
Córdoba	29
Cesar	27
Valle del Cauca	27
Casanare	26
Sucre	24
Magdalena	23
Huila	22
Bolívar	21
La Guajira	19
Norte de Santander	18
Atlántico	17
Meta	11
Putumayo	11
Arauca	9
Nariño	7
Caquetá	6
Quindío	6
Chocó	5
San Andrés	3
Vaupés	3
Caldas	2
Guainía	2
Vichada	2
Bogotá	1
Risaralda	1
Amazonas	0

Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



La salud  
es de todos

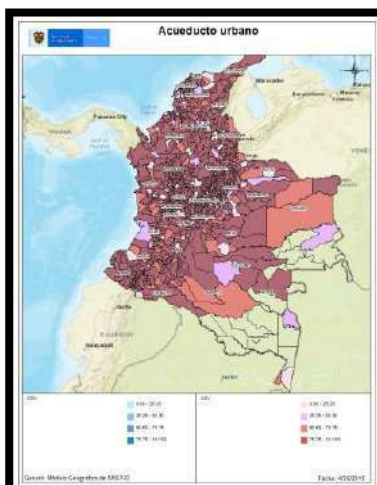
Minsalud

Mapa 19. Cobertura de servicios públicos por municipios de Colombia, 2017

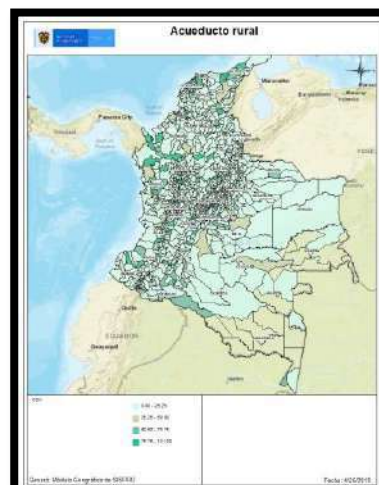
Acueducto total



Acueducto urbano



Acueducto rural



Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - Sistema Único de Información (SUI), consultado el 26 de abril de 2019.

### Calidad del agua

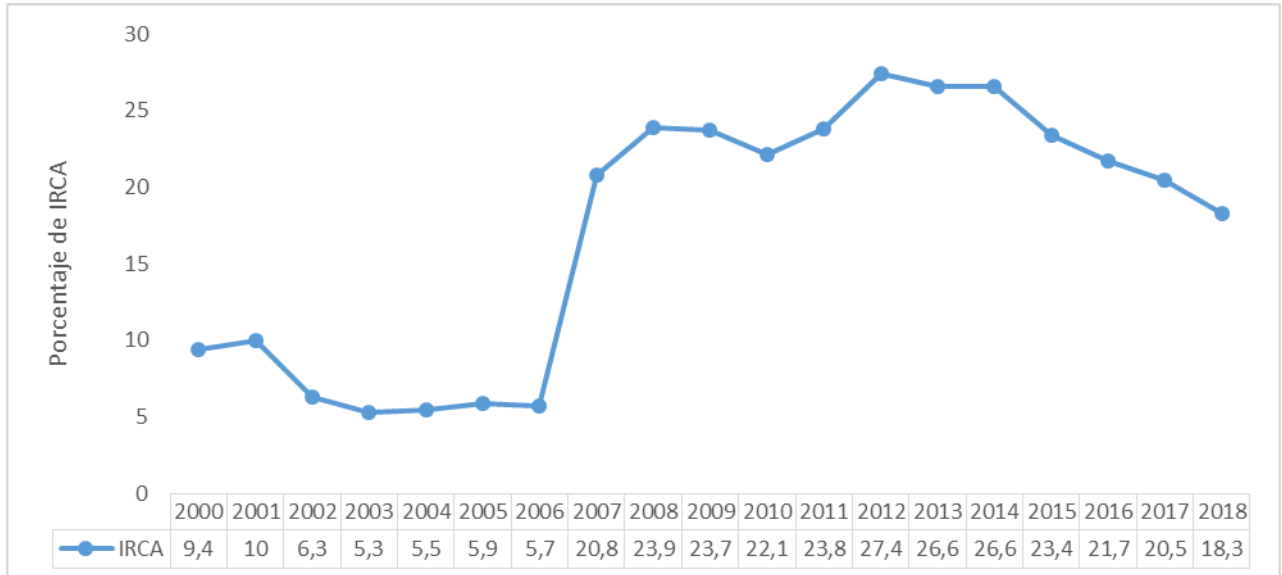
De acuerdo con los datos del Sistema de Información para Vigilancia de Calidad de Agua para Consumo Humano (SIVICAP), el Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable en el país se ha mantenido entre 9,4 y 18,3 entre 2000 y mayo de 2018, lo cual indica que el nivel de riesgo es medio. (Gráfico 29)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 29. Riesgo para el Consumo de Agua potable 2000 - 2018



Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

Entre 2017 y 2018, bajo el número de departamentos con riesgo alto, de 5 en 2017 a 4 en 2018, en el último año Putumayo paso de riesgo alto a medio; mientras que Sucre y Caquetá pasaron de riesgo medio a bajo. Córdoba y Guaviare pasaron de sin riesgo a riesgo bajo y Risaralda y Vichada pasaron de riesgo bajo a medio. Persistieron en el 2018 con riesgo alto los departamentos de Caldas, Vaupés, Huila y Nariño. (Mapa 20)

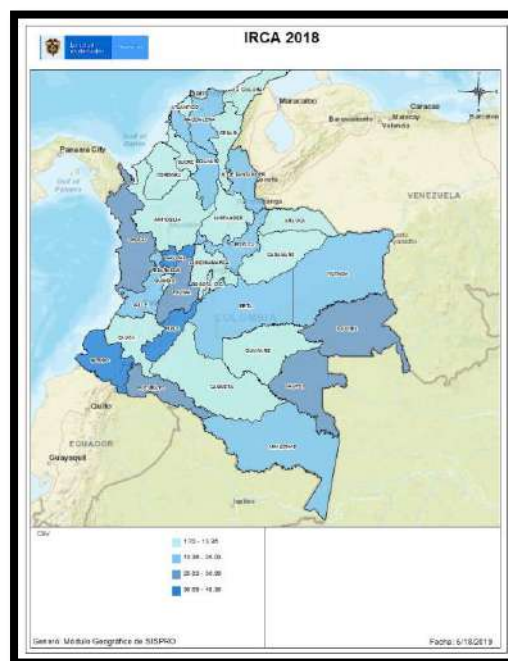


La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 20. Riesgo para el Consumo de Agua potable de Colombia, 2018

Departamento	Muestras	IRCA Total	Nivel_riesgo
Caldas	2.135	44,09	Alto
Vaupés	97	36,60	Alto
Huila	2.959	47,36	Alto
Nariño	3.936	43,98	Alto
Bogotá, D.C.	3.108	6,31	Bajo
Cesar	687	12,29	Bajo
Sucre	804	12,69	Bajo
Caquetá	387	10,17	Bajo
Córdoba	844	7,54	Bajo
Casanare	984	9,90	Bajo
Atlántico	1.832	11,20	Bajo
Santander	2.026	6,74	Bajo
Guaviare	137	7,90	Bajo
Cauca	2.015	11,02	Bajo
Cundinamarca	3.504	7,98	Bajo
La Guajira	385	11,64	Bajo
Meta	507	18,80	Medio
Bolívar	1.537	24,46	Medio
Risaralda	1.818	17,43	Medio
Tolima	1.340	26,10	Medio
Amazonas	119	21,67	Medio
Boyacá	4.007	24,74	Medio
Chocó	33	25,14	Medio
Magdalena	1.272	21,02	Medio
Norte de Santander	542	14,90	Medio
San Andrés	305	27,12	Medio
Valle del Cauca	3.888	19,92	Medio
Putumayo	342	25,38	Medio
Guainía	69	32,78	Medio
Vichada	304	17,32	Medio
Quindío	528	2,97	Sin riesgo
Arauca	707	1,70	Sin riesgo
Antioquia	8.508	3,76	Sin riesgo



Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud





La salud  
es de todos

Minsalud

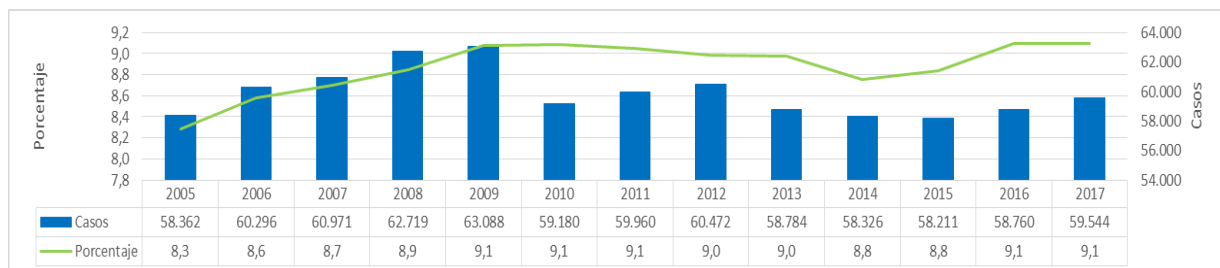
## Seguridad alimentaria

### Bajo peso al nacer

Aunque el bajo peso al nacer (P050) está documentado entre las primeras causas de muerte neonatal, en Colombia no está dentro de los diagnósticos de muerte más frecuentes. Se estima que entre 2005 y 2017 casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa. De todas maneras, no se desconoce su importancia, pues para este periodo 778.673 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 59.898 y una desviación estándar de 1.598. (Gráfico 30)

La asociación entre el bajo peso al nacer y las enfermedades crónicas (enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión y obesidad) en la edad adulta se ha demostrado en varios estudios epidemiológicos, así mismo, un meta-análisis muestra que el bajo peso al nacer aumenta significativamente el riesgo de asma infantil<sup>69</sup>. Un estudio de Cohorte realizado entre 1911 y 1930 Hertfordshire, en Inglaterra encontró que niños con bajo peso al nacer, tenían un 50% más de mortalidad por enfermedad cardíaca en la edad adulta.

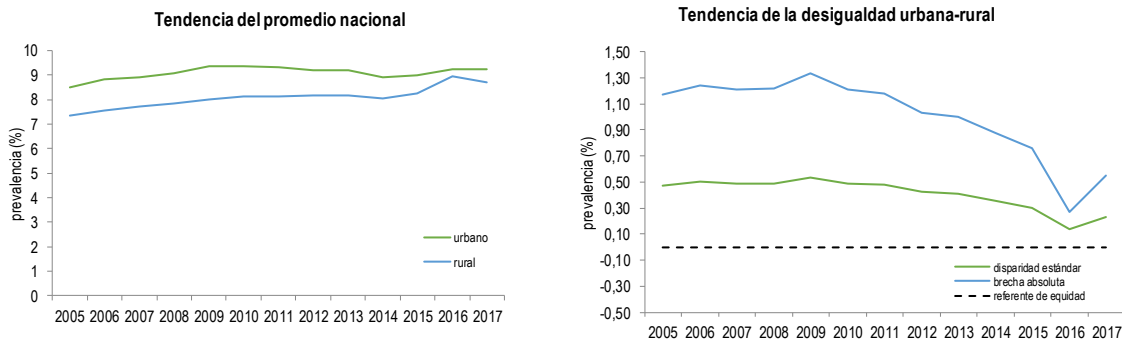
Gráfico 30. Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS.

Entre 2016 y 2017 la proporción de bajo peso al nacer en Colombia a nivel urbano ha oscilado entre los 9,23 y 9,25 nacidos vivos por cada 100. Por área de residencia, la prevalencia es mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento, sin embargo, la tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, describe la desigualdad por área decreciente. (Gráfico 31)

Gráfico 31. Comportamiento del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS.

En 2017, el Distrito Capital de Bogotá (13,2%) y los departamentos de Cundinamarca (11,0%), Chocó (10,3%), Boyacá (9,6%), Antioquia (9,6%), Archipiélago de San Andrés (9,4%), Nariño (9,2%) y La Guajira (9,1%) presentaron valores por encima del promedio nacional, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores departamentales y el nacional, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 21)



La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 21. Bajo peso al nacer según departamento, 2017

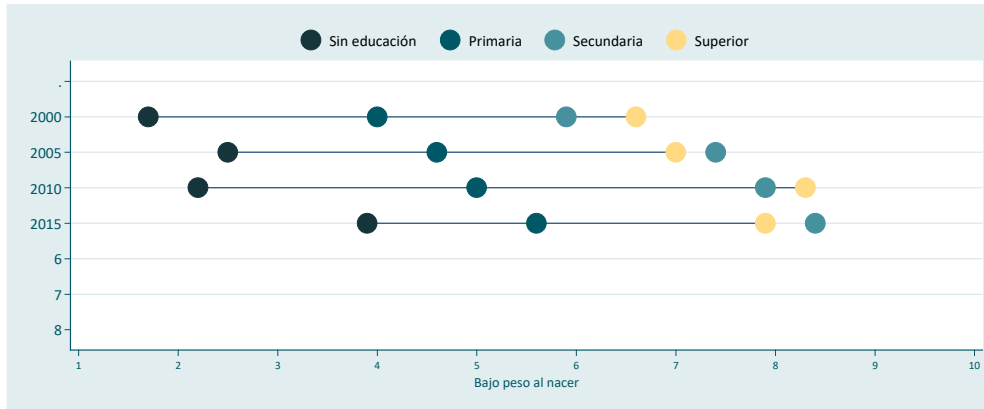
Departamento	BPN 2017
Bogotá, D.C.	13,2
Cundinamarca	11,0
Chocó	10,3
Boyacá	9,6
Antioquia	9,6
Archipiélago de San Andrés	9,4
Nariño	9,2
La Guajira	9,1
Sucre	8,8
Valle del Cauca	8,6
Risaralda	8,6
Atlántico	8,5
Caldas	8,4
Magdalena	8,3
Cauca	8,3
Cesar	8,3
Córdoba	8,1
Bolívar	8,1
Quindío	7,7
Santander	7,5
Guainía	7,1
Vaupés	7,1
Huila	6,9
Tolima	6,8
Vichada	6,5
Norte de Santander	6,4
Caquetá	6,4
Arauca	6,3
Meta	6,1
Casanare	6,1
Putumayo	5,8
Guaviare	5,3
Amazonas	5,0
<b>Colombia</b>	<b>9,1</b>



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

De acuerdo con los datos de la ENDS, el bajo peso al nacer es más frecuente en los hijos de mujeres con nivel educativo superior. Los patrones de las desigualdades en el bajo peso nacer según nivel de educación de la madre, que se muestran en la gráfica conocida como equiplot, se observa que la desigualdad se mantiene en el tiempo para las madres sin educación y con primaria con respecto a las que tienen más educación. (Gráfico 32)

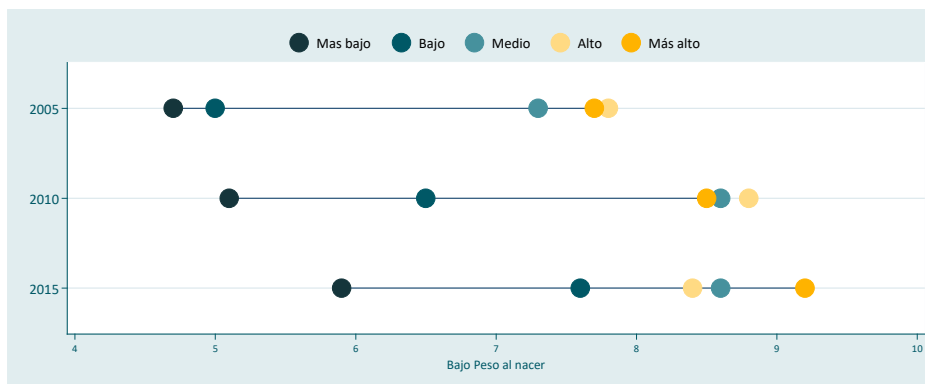
Gráfico 32. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel educativo de la madre, 2000, 2005-2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

El bajo peso al nacer en nacidos vivos a término es un 21% más alto en el quintil que agrupa el 20% de los departamentos con menor índice de pobreza multidimensional que en los departamentos más pobres multidimensionalmente. En 2015, el quintil más alto tiene el 64,1% más de los niños con bajo peso al nacer comparado con el quintil más bajo de pobreza. La desigualdad a través del tiempo ha venido aumentando en especial en el más bajo y bajo quintil de riqueza. (Gráfico 33)

Gráfico 33. Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre, 2000, 2005-2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.



La salud  
es de todos

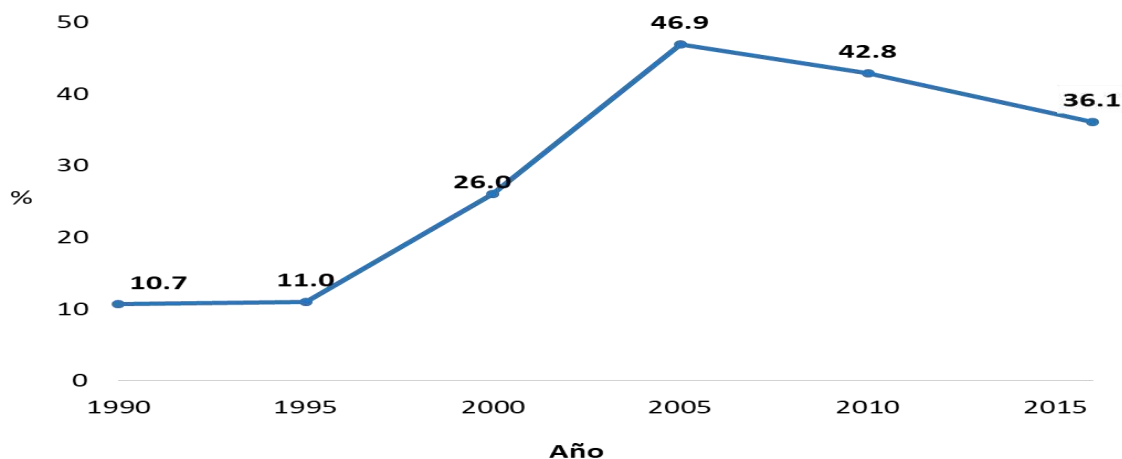
Minsalud

### Duración de lactancia materna

“La adecuada alimentación es de gran importancia para la supervivencia, crecimiento, desarrollo, salud y nutrición de lactantes y niños en todos los países del mundo”<sup>70</sup>. La lactancia materna es una de las formas más eficaces para prevenir la malnutrición y a largo plazo disminuye el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y diabetes tipo II; los niños que la reciben obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. En el mundo solo el 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna de forma exclusiva<sup>71</sup>.

La duración óptima de la lactancia materna exclusiva como primer alimento y la adecuada introducción de los alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida son unos de los temas cruciales que la OMS mantiene bajo continua revisión<sup>70</sup>. De acuerdo con lo anterior y con la recomendación de la OMS, la lactancia materna exclusiva se entiende como aquella donde el niño recibe solamente leche materna hasta los seis meses. Durante el periodo comprendido entre 1995 al 2005, el país experimentó un aumento significativo de este indicador, al pasar del 11,0 % a 46,9 % de niños y niñas menores de seis meses que recibieron lactancia materna de manera exclusiva, sin embargo, en el último decenio (2005 - 2015) el comportamiento favorable cambió de forma radical y actualmente el país se enfrenta a una reducción de cerca de 10,8 p.p. frente al mejor resultado logrado en el 2005. Según la ENSIN 2015 el 97,2% de los niños y niñas menores de 3 años recibieron lactancia materna, sin diferencias estadísticamente significativas entre la región, etnia, sexo, En cuanto al inicio de la lactancia materna en el primer día de nacido, el 17,6 % de las madres presentaron esta práctica, siendo ésta 1,4 veces más frecuente en la cabecera comparada con el resto. El 9,8 % de las madres reportaron empezar a lactar después del primer día. (Gráfico 34).

Gráfico 34. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben, lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015

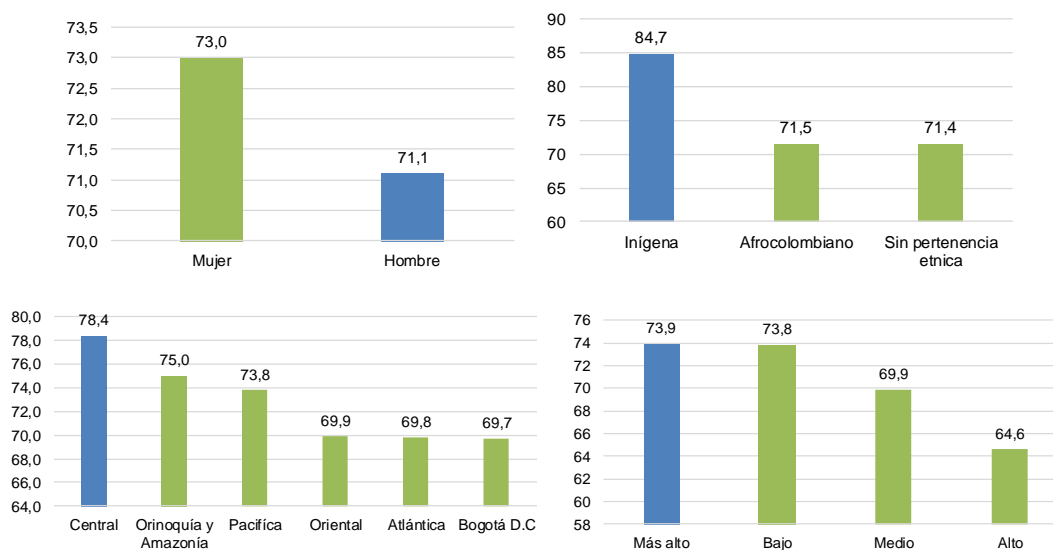


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1995-2015.

En cuanto a la información sobre lactancia materna el 78,7% de las mujeres recibieron información relacionado con esta practica durante la getación los mejores resultados se presentaron en el cuartil de riqueza alto (85,4 %) frente al cuartil más bajo (70,5 %), y en la región Bogotá (88,4 %) comparada con las regiones Atlántica (77,3 %), Oriental (78,4 %) y Central(79,0 %). Los resultados fueron similares frente al porcentaje de mujeres que recibieron información relacionada con lactancia materna durante la estancia hospitalaria, con un reporte nacional del 74,4 %, en donde Bogotá obtuvo los mejores resultados con el 90,3 % en contraste con la región Atlántica en donde sólo se dio en el 64,1 % de los casos<sup>70</sup>.

El inicio temprano de la lactancia materna se incremento en 15,4 puntos porcentuales, al pasar 56,6 de en 2010 a 72,0 en 2015, con mayor predominio en los indígenas en comparación con los afrocolombiano y sin etnia. Sin diferencias por sexo, índice de riqueza y región del país. Las regiones Central y Orinoquía y Amazonía registran 6,4 y 3 puntos porcentuales, respectivamente superior al promedio nacional (72,0%). Bogotá D.C., 69,7 de cada 100 niños tienen inicio temprano de lactancia materna, alrededor de dos puntos porcentuales menos alto que el país. (Gráfico 35)

Gráfico 35. Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 2015.

### Desnutrición crónica en menores de cinco años ó talla baja para la edad

Los efectos de la retraso en el crecimiento en los menores de 5 años sobre la salud se relacionan con la probabilidad de morbilidad y mortalidad de los que han estado expuestos a la desnutrición antes de cumplir los



La salud  
es de todos

Minsalud

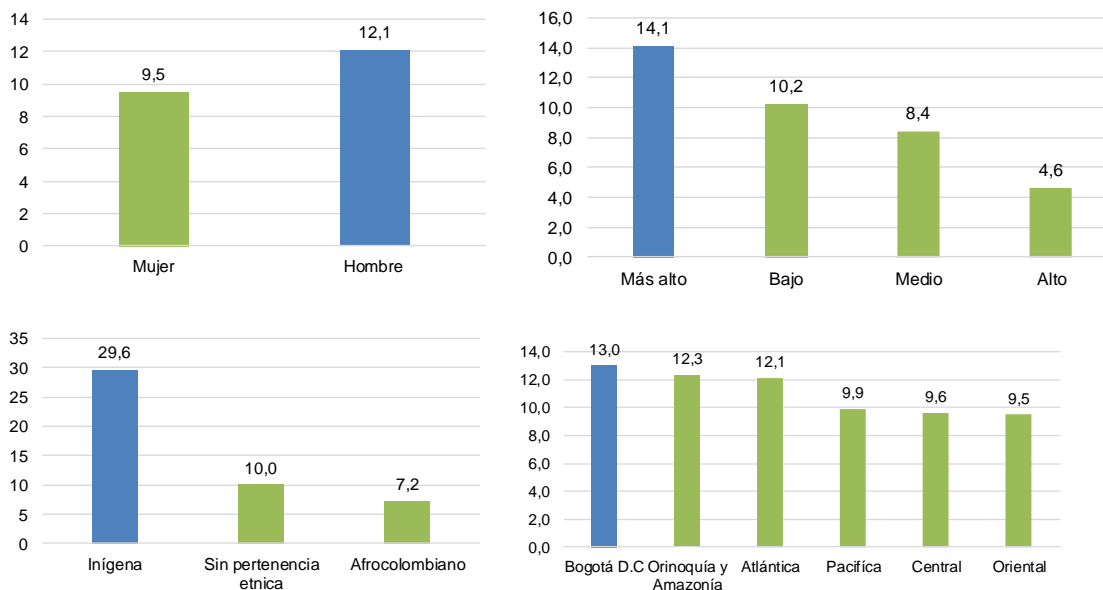
5 años de edad en comparación con los que no la han experimentado. Otras consecuencias negativas que influyen en diferentes dimensiones de la vida, como la educación, ya que el déficit alimentario altera la capacidad de concentración en las aulas, limita el aprendizaje, generan brechas de aprendizaje que provocan un menor rendimiento escolar y un incremento o profundización de la pobreza, reproduciendo el círculo vicioso, al incrementar la vulnerabilidad a la desnutrición<sup>72</sup>. Otros efectos, son los costos, gastos públicos y privados y productividad y problemas de inserción social. Dichos efectos pueden presentarse de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas.

En Colombia, según la ENSIN, entre 1990 y 2015 ha descendido 15,3 puntos porcentuales. En 2015, pasando una prevalencia de 26,1 a 10,8. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas cuya prevalencia es de 29,6, en el pueblo afro es de 7,1, reflejando la diversidad cultural y de condiciones socioeconómicas de los grupos étnicos en Colombia<sup>70</sup>.

Para 2015, la prevalencia de desnutrición crónica en el área rural fue de 15,4 mientras que en el área urbana 9,0. Así mismo, en Vaupés (27,0), La Guajira (26,1), Guainía (18,1), Amazonas (16,6), y Chocó (13,4) la desnutrición crónica supera el indicador nacional<sup>70</sup>. La desnutrición en los niños es 12,1 de cada 100 niños menores de 5 años tienen retraso en talla, es decir 3 puntos porcentuales más alto que las niñas (9,5). Según el quintil de riqueza la mayor prevalencia está en el más bajo con un 14,2. (Gráfico 36)



Gráfico 36. Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015

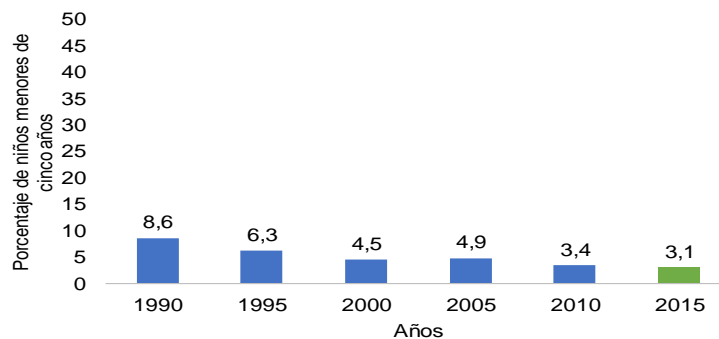


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1990- 2015.

### Desnutrición global en menores de cinco años

La desnutrición global o peso bajo para la edad, son los niños que se encuentran por debajo de dos desviaciones estándar de la media<sup>73</sup>; este tipo de desnutrición indica que el niño recibe una dieta insuficiente para su edad, pero también indica la presencia de enfermedades recientes. Entre 1990 y 2015, este indicador ha descendido 5,5 puntos porcentuales, al pasar de 8,6 a 3,1 en los quinquenios de análisis. (Gráfica 37)

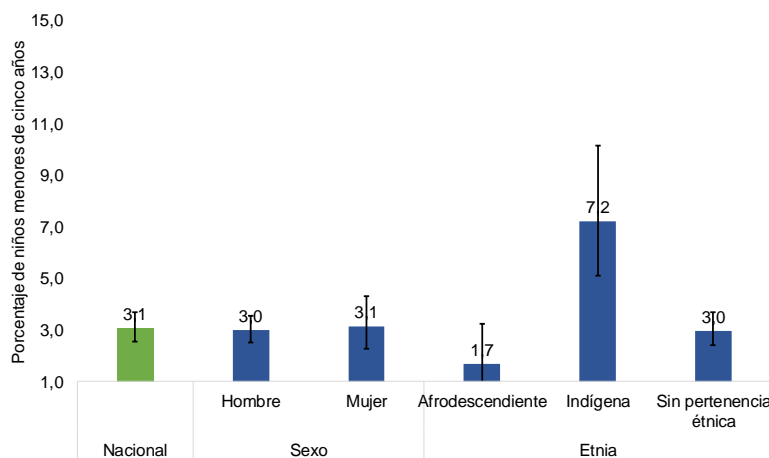
Gráfico 37. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

En Colombia, según la ENSIN, 3,1 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición global en el 2015. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas, donde la prevalencia es de 7,2 y es 2,32 veces mayor que la nacional. De la misma manera, se encuentran diferencias por área geográfica. La prevalencia de desnutrición global, en el área rural que en el área urbana (4,0 y 2,7, respectivamente). (Gráfica 38)

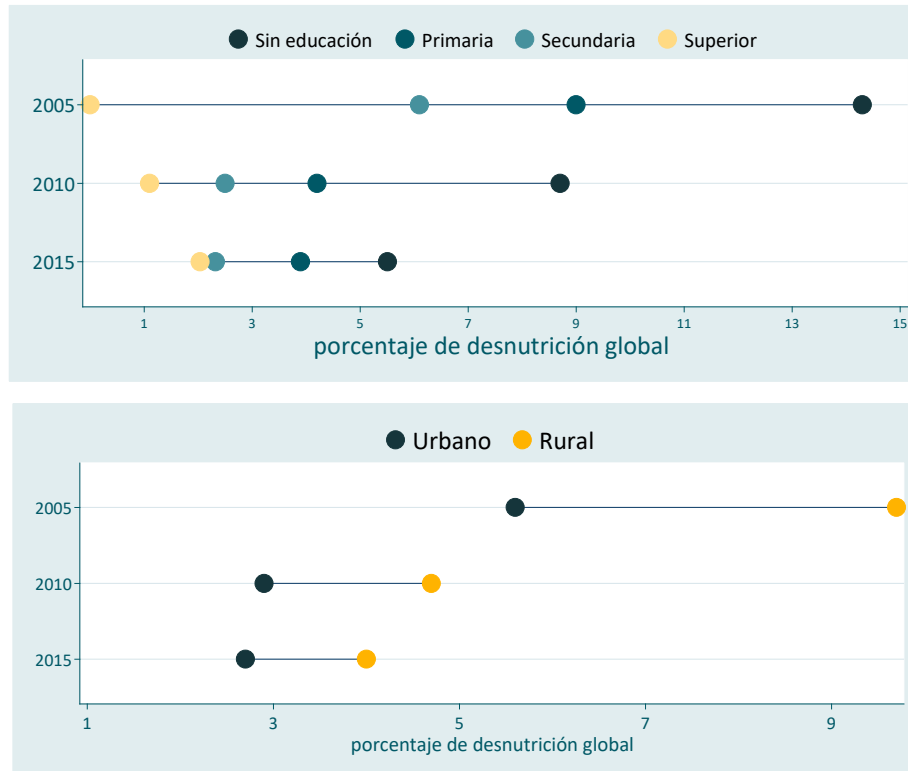
Gráfico 38. Porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según sexo y etnia, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2015.

Por nivel de educación de la madre, la tendencia de la desigualdad está descendiendo. Así mismo, por área de residencia se observa que la desnutrición global es mayor en el área rural que en la zona urbana, con una tendencia decreciente en ambos casos, la tendencia de la brecha de desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015. (Gráfica 39)

Gráfico 39. Equiplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia, 2000, 2005, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

### Obesidad

Según datos de la encuesta STEPS de la OPS, en 2016 el sobrepeso y obesidad en adultos, ajustada por edad en América Latina fue de 59,0%, los países que registraron valores por encima de la región fueron Argentina (66,2%), Uruguay (64,9%), Chile (64,7%), México (63,6%), República Bolivariana de Venezuela (62,9%). En tanto, Colombia (56,6%), Perú (54,8%), Ecuador (52,6%) y Bolivia (52,2%) registraron prevalencias ajustadas por la edad por debajo de América Latina<sup>74</sup>.

En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2015 es un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7, la población con obesidad es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%), (Gráfico 40)

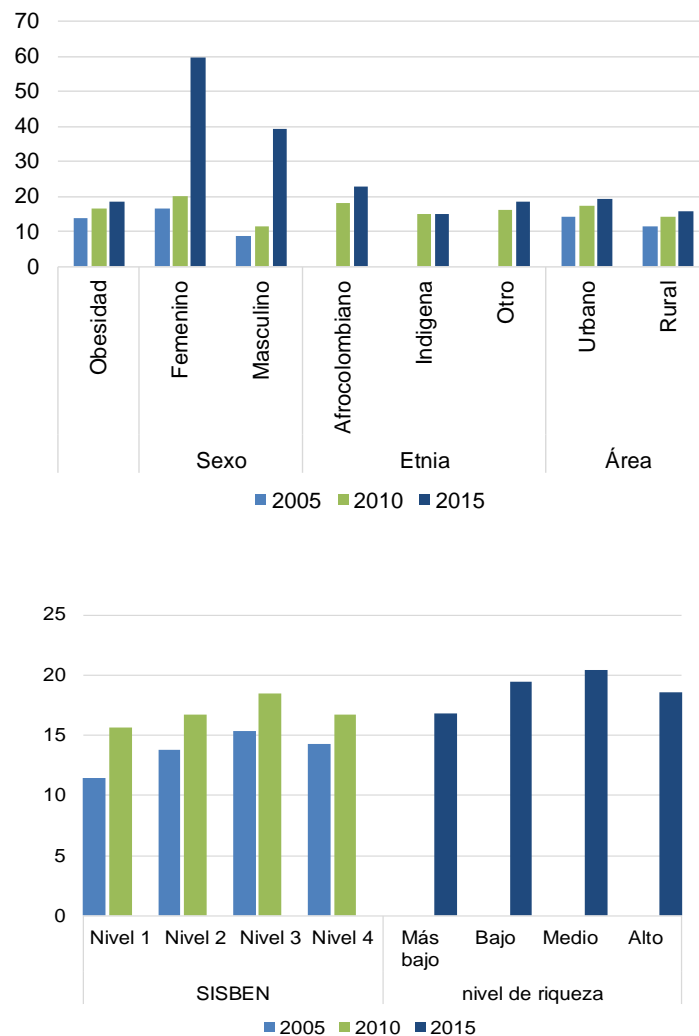


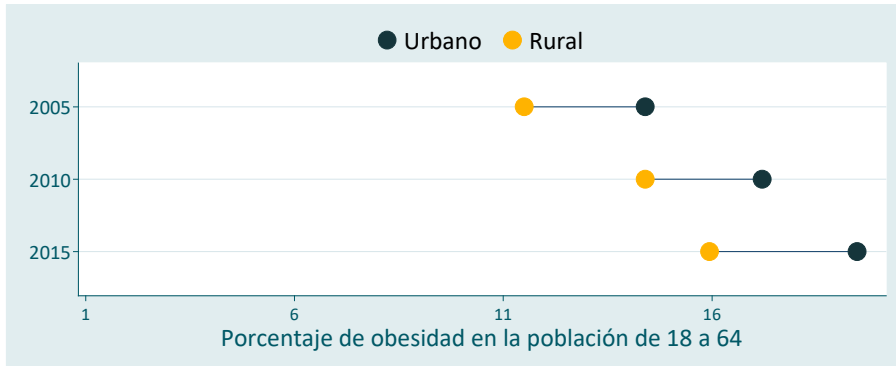
La salud  
es de todos

Minsalud

Cabe señalar, que la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta en Colombia, la cual presentó 56,5% de exceso de peso, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2015. La tendencia de la brecha de desigualdad graficada a través del equiplot, muestra que la desigualdad por área para la obesidad se ha mantenido a través del tiempo.(Gráfico 40)

Gráfico 40. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015

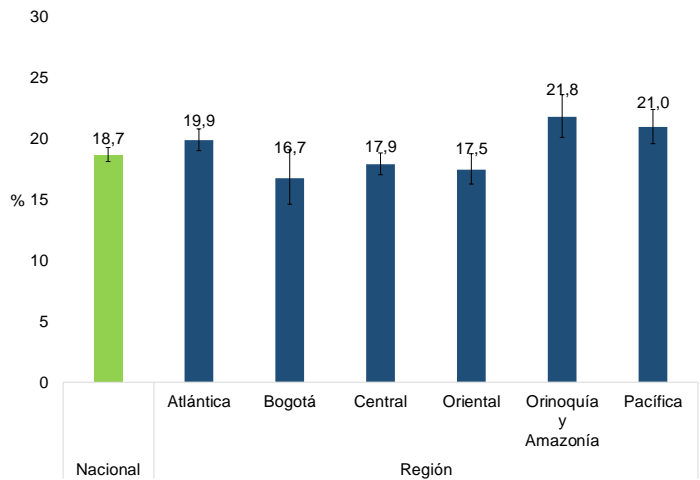




Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010, 2015

La obesidad es más frecuente en las regiones Orinoquía y Amazonía (21,8%), Pacífica (21,0%) y Atlántica (19,9%) que superan el promedio nacional (18,7%). En contraste con el Distrito Capital Bogotá (16,7%), las regiones Oriental (17,5%) y Central (17,9), que registran 2,0, 1,2 y 0,8 puntos porcentuales menos que el promedio nacional, respectivamente. (Gráfico 41)

Gráfico 41. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2015.



La salud  
es de todos

Minsalud

### Anemia

De acuerdo a la encuesta ENSIN 2015, la prevalencia por anemia en el país es de 27,7%, un 0,4% más frecuente en niñas (24,7%) que en niños (24,6%), en área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%. Las regiones donde mayor anemia se observan en la Región Orinoquía y Amazonía (33,1%), Bogotá D.C. (29,7%), Región Atlántica (25,7%) y Pacífica (26,6%) en contraste con las Región Central (18,6%) y Oriental (23,8%) que registraron valores por debajo del país. Por etnias los indígenas (34,0%) y Afrodescendientes (33,0%) son los que se ven más afectados por este problema de salud pública. La anemia es un 40,3% más frecuente el quintil de riqueza bajo (26,8%) comparado con el quintil alto de riqueza (19,2), para una diferencia de ocho puntos porcentuales<sup>75</sup>.

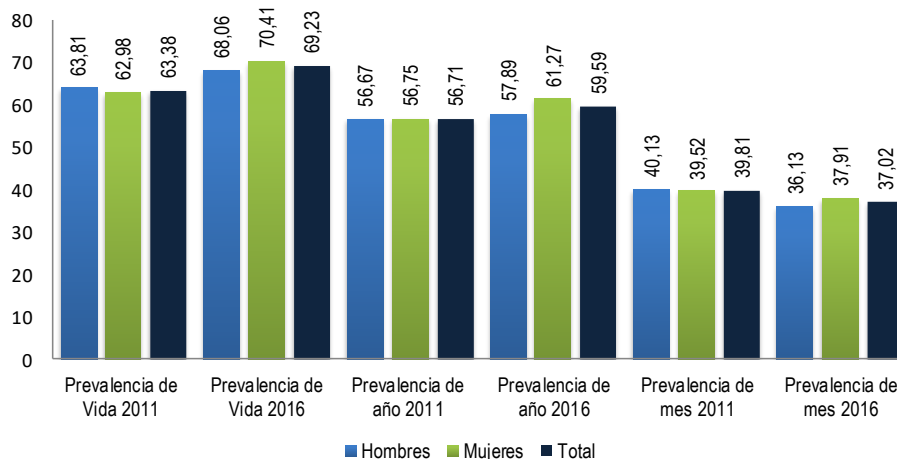
### Factores conductuales, psicológicos y culturales

#### Consumo de alcohol

Según datos de la OPS, en 2016 el consumo de alcohol en adultos (litros/per cápita /año), en América Latina fue de 6,9. El cálculo de este indicador se realiza dividiendo la cantidad de alcohol vendido en el país por el número de habitantes mayores de 15 años. En 2016, Uruguay (10,8), Argentina (9,8), Chile (9,3), Brasil (7,8), Paraguay (7,2) son países que registraron valores por encima de la región. En contraste, México (6,5), Perú (6,3), Colombia (5,8), República Bolivariana de Venezuela (5,6) y Ecuador (4,4) registraron valores por debajo en América Latina<sup>76</sup>.

En Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2016, realizado en población escolar, encontró la edad de inicio promedio en consumo de alcohol fue de 12,8 años en la población de estudio, en los hombres fue de 12,85 años y en las mujeres fue de 12,86<sup>76</sup>. Así mismo, el 69,23% de los escolares declaró consumir esta sustancia alguna vez en la vida. La prevalencia de vida en hombres y mujeres se incrementó en 4,3 y 7,4 puntos respectivamente, asimismo, la prevalencia de últimos años en hombres se aumentó en 1,2 p.p. y en las mujeres 4,5 p.p. La prevalencia de meses descendió en hombres 4 p.p. en hombres y 2 p.p. en las mujeres. (Gráfico 42) En cuanto al consumo de alcohol en el último mes entre los estudiantes, el 37,8% residen en el área urbana y el 32,5% en el área rural, para una diferencia absoluta de 5,3 escolares con abuso del alcohol en el último mes.

Gráfico 42. Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia\* 2011 - 2016



\*2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Ministerio de Salud y Protección Social.

Entre 2011 a 2016, en Colombia se incrementa en tres casos el consumo de alcohol en el último mes por 100 escolares de 12 a 18 años de edad. Los departamentos que han incrementado el consumo de alcohol en el último mes son Caqueta, Arauca, Casanare, Guainía, Vichada, Santander, Magdalena, Huila, Bolívar, La Guajira, Chocó, Sucre, Córdoba, Atlántico y Nariño. (Tabla 12)

En 2016 los departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 95%, en relación al consumo de alcohol en el último mes. Sin embargo, se observan que han disminuido el consumo de alcohol entre tres y cinco p.p. en Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Quindío, Bogotá D.C., Cundinamarca, Risaralda y Boyacá. (Tabla 12)





La salud  
es de todos

Minsalud

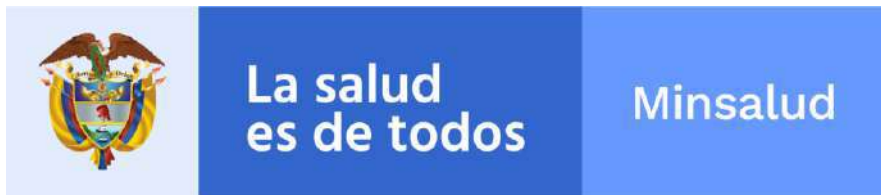
Tabla 12. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2011 - 2016

Departamento	2011	2016	Δ 2011 - 2016	Tendencia
Caqueta	35,95	41,90	5,95	↗
Arauca <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Casanare <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Guainía <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Vichada <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Santander	34,27	38,60	4,33	↗
Magdalena	24,56	28,70	4,14	↗
Huila	30,38	34,40	4,02	↗
Bolívar	29,76	32,70	2,94	↗
La Guajira	25,25	28,10	2,85	↗
Chocó	35,04	36,90	1,86	↗
Sucre	24,12	25,60	1,48	↗
Córdoba	31,09	32,50	1,41	↗
Atlántico	29,02	29,40	0,38	↗
Nariño	38,38	38,50	0,12	↗
San Andrés y Providencia	32,12	32,00	-0,12	↘
Cesar	28,57	26,70	-1,87	↘
Tolima	34,32	32,20	-2,12	↘
Amazonas <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Guaviare <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Putumayo <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Vaupés <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Norte de Santander	35,45	33,20	-2,25	↘
Caldas	48,56	46,10	-2,46	↘
Meta	40,22	37,50	-2,72	↘
Antioquia	47,33	44,20	-3,13	↘
Valle del Cauca	41,31	38,00	-3,31	↘
Cauca	37,53	32,90	-4,63	↘
Quindío	40,10	35,30	-4,80	↘
Bogotá	48,02	42,80	-5,22	↘
Cundinamarca	39,61	33,90	-5,71	↘
Risaralda	47,35	41,60	-5,75	↘
Boyacá	45,57	39,20	-6,37	↘
Colombia	39,81	37	-2,81	↘

<sup>(^)</sup>No tienen desagregación representativa para departamentos, solo para la región.

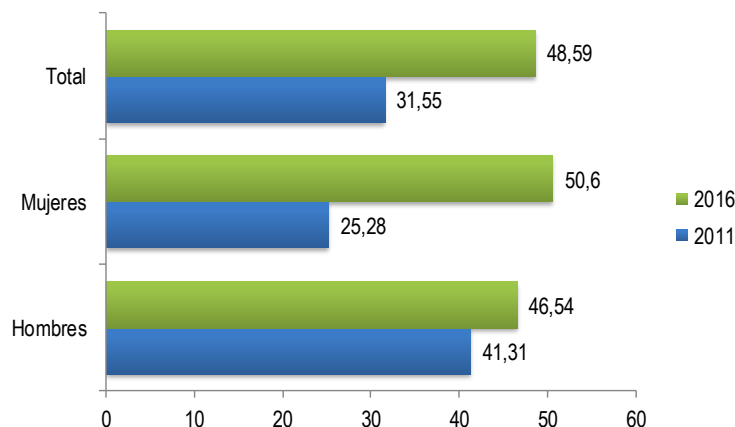
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social.

Entre 2011 y 2016 la tasa de incidencia en el último año de consumo de alcohol se ha incrementado al pasar de 31,55 a 48,59; En 2016, por sexo se reporta una diferencia absoluta muy estrecha de 4,1 más de consumo



de alcohol en las mujeres entre 12 a 18 años de edad, al registrar una incidencia de 46,54 en hombre y 50,6 en mujeres. (Gráfico 43)

Gráfico 43. Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016



\*2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social.

Los datos de la Encuesta de Salud en Escolares (ENSE) de 13 y 17 años de edad, en 2018 la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 68,2%, en hombres fue del 67,1% y en las mujeres fue del 69,2%. Un 5,7 p.p mayor en el área urbana (69,1%) que el área rural (63,4%) el consumo de alcohol en los jóvenes de 13 a 17 años. Por grupo étnico, las otras etnias (69,8%) consumen más alcohol comparado con los afrocolombianos (66,9%) y los indígenas (56,8%). Se registro más frecuencia de haber consumido en algún momento de su vida en Medellín (83,7%), Bogota D.C. (71,6%), Cali (69,0%) y Barranquilla (64,8%).

En relación al consumo de alcohol antes de los 14 años, la ENSE reportó el 40,9% para el país, el 43,7 por ciento de hombres y el 38,5 de mujeres se iniciaron el consumo de licor antes de los 14 años. Se observa una diferencia de 6,8 p.p. por área de residencia, mayor en el área urbana (42,0%) con respecto al área rural (35,2%). Medellín (52,1%), Bogota D.C. (47,2%), Cali (40,5%) y Barranquilla (36,8%) registran los valores más altos en el consumo de licor antes de los 14 años de edad.

El estudio de los efectos nocivos del consumo de alcohol ha permitido documentar los efectos sobre el estado de ánimo y el comportamiento que genera, al igual que las consecuencias socialmente lesivas de la embriaguez,



La salud  
es de todos

Minsalud

como aumento de accidentes automovilísticos, delitos violentos y asesinatos. De la misma manera, se han establecido relaciones entre el consumo de alcohol y la cirrosis hepática, cáncer bucal, de esófago, de laringe y alteraciones psicóticas graves e irreversibles.

La dependencia del alcohol es un padecimiento frente al cual cualquier persona es vulnerable. Se ha documentado que en varios países la proporción de jóvenes que consume alcohol tiende al aumento, así como las cantidades y la frecuencia; que la edad de inicio es cada vez menor, aumentando el riesgo general de padecer problemas relacionados con el alcohol, que aparezcan más temprano y sean más graves<sup>77</sup>.

### Consumo de tabaco

Según datos de la OPS, en 2016 la prevalencia de fumadores actuales de tabaco en adultos, ajustada por edad en América Latina fue de 15,3. En Chile (37,9), Bolivia (23,7\*), Argentina (22,0), Uruguay (17,0), Uruguay (17,0), son países que registraron valores por encima de la región. En contraste, Brasil (14,0), República Bolivariana de Venezuela (13,7\*), Paraguay (13,3), Colombia (9,1), Perú (7,2), y Ecuador (7,2) registraron valores por debajo en América Latina<sup>78</sup>.

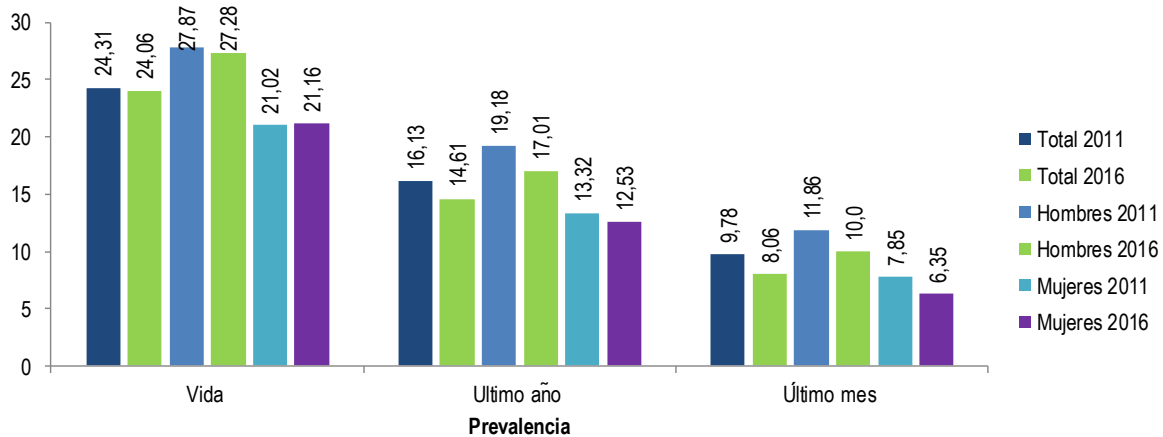
El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en escolares, reportó que la edad de inicio para el consumo de tabaco en Colombia en promedio es de 12,9 años de edad. En hombres la edad de inicio es de 12,85 años y en las mujeres los 12,86 años de edad. El 25% de los escolares manifestaron iniciar el consumo de tabaco a los 12 años de edad, mientras que el 75% de los escolares informó iniciar el uso del tabaco a partir de los 14 años de edad<sup>76</sup>.

En 2016 la prevalencia de vida para el consumo de cigarrillo, fue de 24,06 que describe un descenso de 0,25 p.p con respecto al 2011 (24,31%). La prevalencia del último año, también muestra un descenso de 1,52 p.p al pasar de 14,61% en 2011 a 16,13% en 2013; En 2016, se muestra que el consumo entre los hombres es 6,12 p.p más que en las mujeres para la prevalencia de vida, al registrar 27,3% y 21,2% respectivamente. Este mismo comportamiento por sexo se registró en el consumo de tabaco en el último año y en el último mes. (Gráfico 44) El consumo de cigarrillo en el último mes es 0,7 p.p. más alto que en zona urbana (8,1% IC95%: 7,61 – 8,75) en comparación con la rural (7,4% IC95: 5,47 – 9,38).

---

\* Datos disponible 2015 para República Bolivariana de Venezuela y Bolivia.

Gráfico 44. Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares, Colombia 2011 - 2016



\*2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social.

En 2016 Bogotá D.C., Nariño, Caldas, Arauca, Casanare, Vichada, Cundinamarca, Santander, Amazonas, Boyacá, Tolima y Antioquia resgistran prevalencias superior al promedio nacional del 8,1% y en 17 están por debajo. Chocó registró el 18,5% menos de la diferencia relativa que el nacional en el consumo de tabaco, con una confianza del 95%. Los otros departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%, en relación al consumo de cigarrillo en el último mes. (Tabla 13)



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 13. Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos del estudio, Colombia, 2016

Departamento	2016
Bogotá	13,10
Nariño	13,10
Caldas	11,90
Arauca*	10,80
Casanare*	10,80
Vichada*	10,80
Cundinamarca	10,70
Santander	10,10
Amazonas	9,70
Boyacá	9,10
Tolima	8,90
Antioquia	8,20
Quindío	8,00
Cauca	7,10
Huila	7,00
Risaralda	6,50
Bolívar	6,10
Caquetá	5,90
Valle del Cauca	5,90
Córdoba	5,30
Meta	5,10
Atlántico	4,80
Norte de Santander	4,80
Cesar	4,10
Magdalena	4,00
San Andrés y Providencia	3,90
Sucre	3,70
La Guajira	3,20
Chocó	1,50
Guainía	
Guaviare	
Putumayo	
Vaupés	

\* Datos para la región Orinoquia. 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2016, Ministerio de Salud y Protección Social.



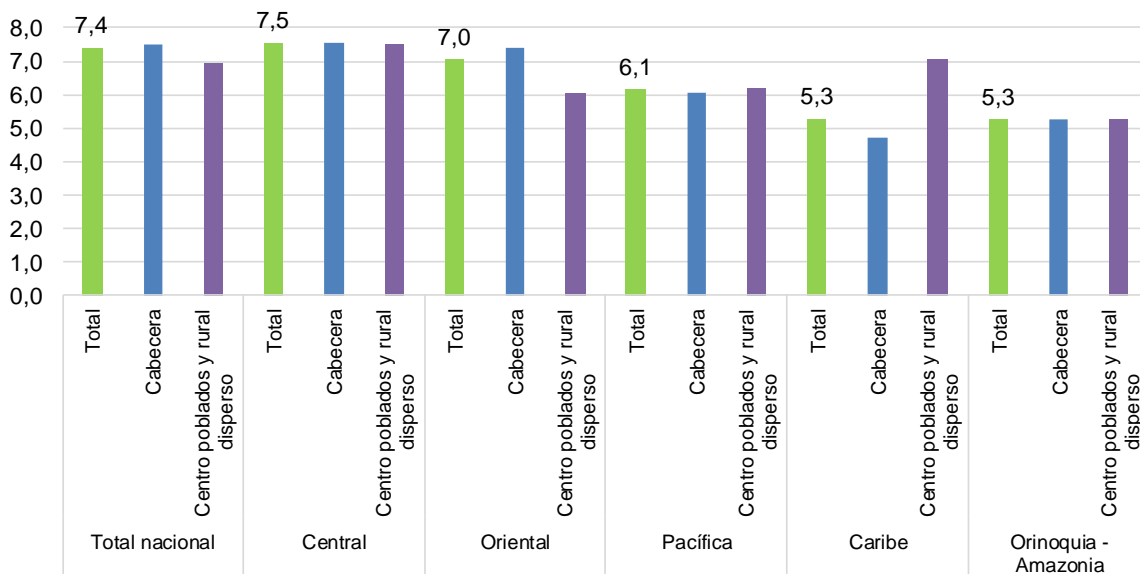
La salud  
es de todos

Minsalud

Según datos de la Encuesta Nacional Tabaquismo en Jóvenes, (ENTJ) de 13 y 15 años de edad, en 2017 la prevalencia de productos derivados del tabaco alguna vez en la vida se distribuyó, así: cigarrillo (22,0%), cigarrillo electrónico (15,4%), productos manufacturados diferentes a cigarrillo (11,7%), narguile o pipa oriental (8,9) y tabaco sin humo (7,9). Un 2,3 p.p mayor en el área urbana (9,4%) el área rural (7,1%) el consumo de cigarrillo en los jóvenes de 13 a 15 años. Por grupo étnico, los indígenas (10,6%) consumen más cigarrillo comparado con las otras etnias (8,1%) y los afrocolombianos (7,8%). Se registro más frecuencia de fumar en lugares públicos en Bogotá D.C. (45,6), Oriental (35,8), Pacífica (23,1), Central (21,4) en comparación con las regiones Orinoquía y Amzonía (17,9) y Atlántica (17,8). Las ciudades donde se fuman más los jóvenes en lugares públicos son Barranquilla (33,5%), Medellín (26,0%) y Cali (21,5%).

De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida de 2018, del DANE, las personas de 10 años y más que fuman actualmente que concentran principalmente en Antioquia (9,5%), Bogotá (9,3%) y Valle del Cauca (7,6%). Las regiones con mayor fuman las personas son la Central (7,5%) y la Oriental (7,0%). Las regiones Pacífica (6,1%), Orinoquia (5,3%) y el Caribe (5,3%) es donde menos se consume cigarrillo. El país registra una frecuencia de consumo de 7,4 por cada 100 personas de 10 y más años, cabe resaltar, que San Andrés resgistró la frecuencia más baja (4,3%) (Gráfico 45)

Gráfico 45. Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2018, del DANE en Colombia 2018.



La salud  
es de todos

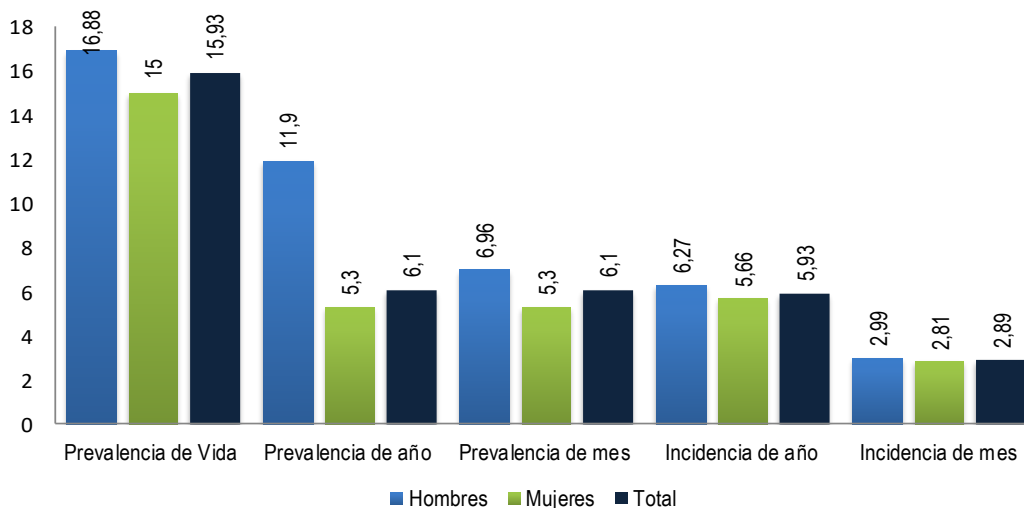
Minsalud

### Consumo de sustancias psicoactivas

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en escolares, muestra el uso de sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, popper, cocaína, solvente, dick, otros alucinógenos, LSD, basuco y otras sustancias, encontró un 15,9% de los escolares declararon haber usado al menos una de estas sustancias alguna vez en la vida, con un 16,9% para los hombres y 15,1% para las mujeres. Se registro una diferencia de seis p.p por área de residencia de los estudiantes encuestados, el 16,8% vivian en zona urbana y el 10,7% en la zona rural. El 6,1% de los encuestados han consumido alguna de estas sustancias en el último mes, entre los hombres fue de 6,9 y entre las mujeres fue del 5,3%. La prevalencia año es mayor en hombres que en las mujeres, alcanzando porcentajes de 11,90 y 10,2%, respectivamente, para una razón hombre: mujer de 1,16<sup>765</sup>. (Gráfico 46)

La edad promedio de inicio de consumo es de 13,6, casi sin diferencia entre hombres (13,65) y mujeres (13,55). Cabe resaltar, que la prevalencia en el uso de cualquier sustancia, en las mujeres (62,8%) es superior a la de los escolares hombres (59,8%). Esta diferencia está explicada por la declaración de mayor uso de alcohol en el último año en las mujeres respecto de los hombres. Cuando se excluye alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, la situación se invierte y es mayor el uso entre los escolares hombres (11,9%) que en las mujeres (10,2%)<sup>75</sup>.

Gráfico 46. Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2016.





La salud  
es de todos

Minsalud

### Consumo de cualquier sustancia psicoactiva

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar, entre 2011 y 2016, descendió en 0,95 p.p el consumo en escolares de alguna vez en la vida alucinógenos (dietilamida de ácido lisérgico, LSD, hongos, yagé, cacao sabanero), al pasar de 4,1% en 2011 a 3,15 en 2016. Así mismo, el consumo de cigarrillo descendió 0,3 p.p. Las otras sustancias psicoactivas se incrementaron.

En Colombia durante el 2016, el consumo de alcohol, el hábito tabáquico y el uso de la marihuana son las sustancias más frecuentes consumidas por los escolares, de cada 100 escolares 70,74% declararon consumir alguna vez en su vida al menos una sustancia psicoactiva, con un incremento de 4,0 p.p. (Tabla 14)

La prevalencia de consumo de marihuana entre 2011 y 2016, se incremento 4,1 p.p, de cada 100 escolares, el 11,07 consumieron alguna vez en su vida en 2016. (Tabla 14) La edad promedio de inicio del consumo es cercana a los 14 años, sin diferencias por sexos, para hombres (14,01) y mujeres (13,94). Además, 7,97 de cada 100 escolares habían consumido marihuana en el último año .Así mismo, de cada 100 escolares, 4,29 consumieron por primera vez durante el último mes.

Tabla 14. Prevalencia de consumo en el último mes, año y de vida de sustancias psicoactivas en escolares, Colombia, 2011 - 2016

Sustancias	Prevalencia					
	Vida 2011	Vida 2016	Año 2011	Año 2016	Mes 2011	Mes 2016
Alcohol	63,38	69,23	56,71	59,59	39,81	37,02
Tabaco/Cigarrillo	24,31	24,06	16,13	14,61	9,78	8,06
Marihuana	7,01	11,07	5,22	7,97	2,83	4,29
Dick (Ladys - fragancia)	4,1	3,15	2,73	1,91	1,27	0,95
Pegantes y/o solventes	3,05	4,01	1,83	2,21	0,9	1,21
Cocaína	2,77	3,9	1,87	2,65	1,02	1,5
Popper	2,49	5,02	1,39	3,75	0,59	2,02
Alucinógenos (hongos, LSD,yagé, cacao sabanero)	1,53		0,98		0,43	
Otros alucinógenos		2,21		1,43		0,77
LSD		2,13		1,52		0,83
Éxtasis	1,22	2,12	0,79	1,34	0,38	0,73
Tranquilizantes sin prescripción ( Rivotril, Roche, Rohypnol, Xanax)	1,09	2,96	0,78	1,97	0,37	1,02
Bazuco	0,66	1,32	0,47	0,99	0,22	0,61
Heroína	0,51	1,64	0,36	1,33	0,19	0,95
Estimulantes sin prescripción (Ratalín, Cidrin)	0,33	1,38	0,21	1,02	0,1	0,59
Cualquier sustancia excepto tabaco, alcohol, tranquilizantes, estimulantes	12,06	15,93	8,65	10,97	4,68	6,1
Cualquier sustancia (todas las sustancias)	64,72	70,74	58,04	61,26	41,29	39,1

\*2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social.



La salud  
es de todos

Minsalud

Los departamentos con mayor consumo de marihuana en escolares fueron Caldas (21,6%), Antioquia (18,4%), Risaralda (20,6%), Quindío (18,9%), Orinoquía (15,9%), Bogotá D.C (16,5%) y Amazonía (16,8%). La segunda sustancia frecuencia en consumo es el popper en en Caldas, Antioquia, Risaralda y Quindío. La tercera sustancia es la cocaína, con mayor consumo en Caldas, Antioquia y Quindío, dick en Risaralda, solventes en Orinoquía y Amazonía y popper en Bogotá. El basuco es la que aparece como la droga menos usada entre los escolares de Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío y Bogotá, dick en Orinoquía y heroína en Amazonía así como la ciudad de Bogotá D.C<sup>75</sup>. (Tabla 15)

Tabla 15. Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016

Sustancias	Prevalencia de vida						
	Caldas	Antioquia	Risaralda	Quindío	Orinoquía	Bogotá D.C	Amazonía
Marihuana	21,62	18,45	20,6	18,79	15,95	16,48	16,85
Popper	15,08	17,91	11,61	11,63	3,08	6,08	2,33
Cocaína	7,84	5,82	5,82	5,28	2,52	5,06	4,51
Solventes	6,92	3,73	3,73	4,31	4,29	5,28	4,19
Dick	6,97	4,31	4,31	4,13	0,97	7,44	1,36
Otros alucinógenos	3,7	2,85	2,85	3,18	4,55	3,69	3,23
LSD	3,92	3,6	3,6	2,3	4,24	3,54	2,11
Éxtasis	3,79	2,52	2,52	2,87	2,48	3,25	1,87
Heroína	1,62	1,93	1,93	1,66	1,4	2,77	0,89
Bazuco	1,43	1,25	1,25	1,36	1,04	1,38	1,77
Cualquier sustancia	27,92	26,59	26,59	23,7	21,95	21,43	20,44

\*2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social.

### Actividad física

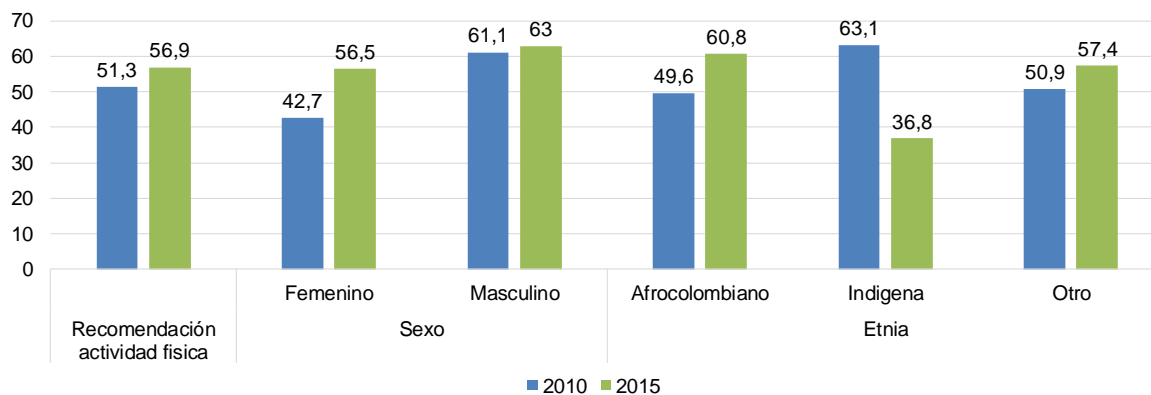
De acuerdo con los datos de la ENSIN 2015, en Colombia, el 31,1% de las personas entre 5 y 12 años cumplen con las recomendaciones de actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37,6% más alta que en las mujeres; por cada 100 personas, 35,8 hombres más cumplen las recomendaciones que las mujeres (26,0%).

El 13,4% de lo adolescentes de 13 y 17 años de edad cumple con la recomendación de realizar actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos diarios por 7 días a la semana. Entre los hombres fue de 18,7% y en las mujeres 7,6%. Se observa una diferencia por área de 1,4 p.p, en el área rural registró 14,4% y área urbana

13,0%. Por etnias los Afrodescendientes (17,1%) y sin pertenencia étnica (13,1%), son los que más siguen la recomendación comparado con los indígenas (12,9%). La recomendación de actividad física es 5,3 p.p más frecuente el quintil de riqueza bajo (15,5%) comparado con el quintil alto de riqueza (10,2). Las regiones que muestran valores por encima del valor nacional en la recomendación corresponde a la Central (15,6%), Atlántica (14,6%), Bogotá D.C (14,4%), Pacífica (13,7%) y regiones como Oriental (12,7%), Orinoquía y Amazonía (11,6%), registraron 0,7 p.p y 1,8 p.p menos que el país (13,4%).<sup>79</sup>

Entre 2010 y 2015, se incremento 5,6 p.p las personas que entre los 18 y 64 años cumplen con las recomendaciones de actividad física; al pasar de 51,3 en 2010 a 56,9 en 2015. Así mismo, las mujeres que realizan actividad física se incremento en 13,5 p.p. La prevalencia de actividad física para los afrocolombiano es de 60,8%, lo cual indica que 1,1 personas hacen actividad física más por cada 100 personas entre 18 y 64 años que en el grupo de otras etnias y 1,7 más que en la población indígena. (Gráfico 47)

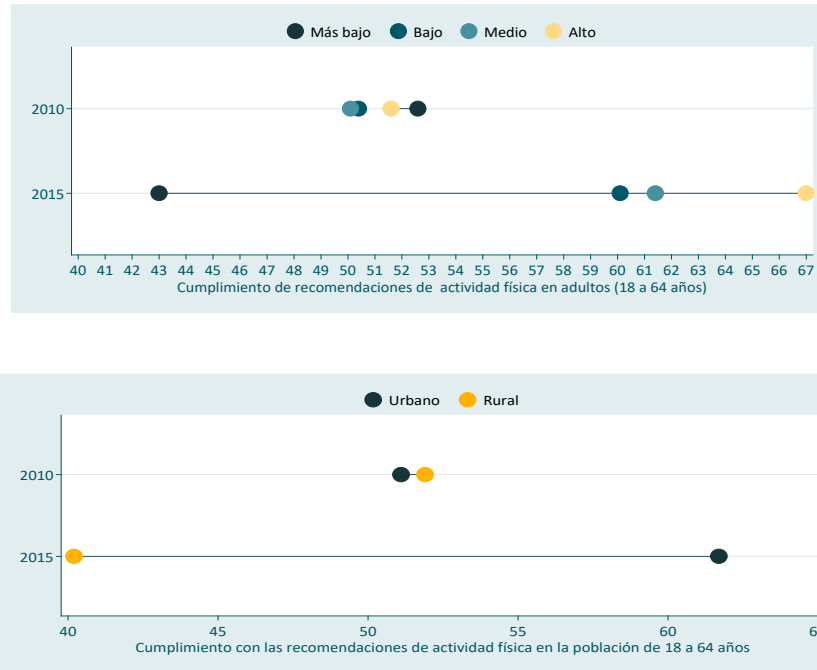
Gráfico 47. Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

Entre 2010 y 2015, por área de residencia se observa que la prevalencia de la actividad física es 10,6 p.p mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento y la tendencia de la brecha de desigualdad por área ha incrementado. Por área quintil de riqueza, el quintil más bajo descendió en 9,6 p.p la recomendación de realizar actividad física, en tanto el quintil más alto, aumento en 15,4 p.p. y se observa, que la tendencia de la brecha de desigualdad por el índice de riqueza se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 48)

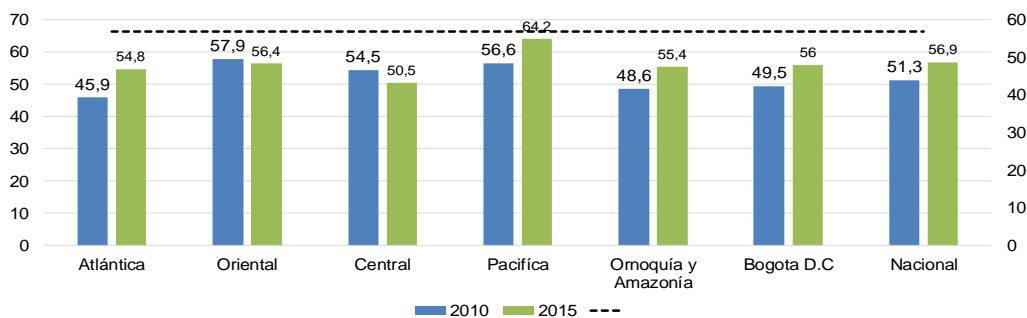
Gráfico 48. Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

De acuerdo, con datos de la ENSIN 2010 y 2015, la prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años, descendió en las regiones Central y Oriental en 4 p.p, y 1,5 p.p., respectivamente. En las regiones Atlántica, Pacífica, Ornoquía y Amazonía y Bogota D.C describen una tendencia creciente. (Gráfico 49)

Gráfico 49. Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

### Uso de métodos anticonceptivos

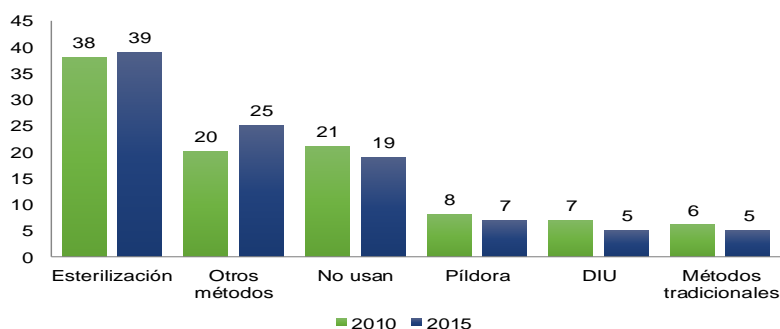
De acuerdo a los datos de la ENDS 2015, el conocimiento de los métodos de planificación es universal, entre las mujeres y hombres encuestados con edades entre 13 y 49 años; los métodos modernos específicos más reportados fueron el condón masculino (98,6%), píldora (97,6%) y la esterilización femenina (94,9%). Los métodos menos conocidos son la espuma/jalea (33,7%), parche anticonceptivo (20,0%), Método de la Amenorrea por Lactancia (MELA) (39,4%) y anillo vaginal (28,6%)<sup>80</sup>.

El 99,8% de todas las mujeres, el 99,9% de las mujeres actualmente unidas y el 100% de las no unidas pero sexualmente activas hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Entre los hombres el 99,6% de todos los hombres, el 99,9% de los hombres actualmente unidos y el 100% de los no unidos pero sexualmente activos hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta.

Entre 2005 y 2010, el uso de algún método anticonceptivo aumentó en 4,8 puntos porcentuales en todas las mujeres y ligeramente se incrementó en las actualmente unidas y en las no unidas sexualmente activas, con 0,9 y 0,6 puntos porcentuales (p.p.), respectivamente. Así mismo, se observa que la proporción de mujeres no unidas menores de 30 años hace más uso de métodos anticonceptivos y a los 35 años o más este disminuye, dando lugar a que las mujeres unidas lideren el porcentaje de uso.

Entre 2010 y 2015, el comportamiento de uso de métodos anticoncepción entre mujeres en unión de 15 y 49 años de edad se incremento en 2 puntos porcentuales, respectivamente. Otros métodos moderno aumento en cinco p.p el uso entre las mujeres unidas, los demás métodos se incremento en un p.p a excepción del uso del DIU, píldora y métodos tradicionales. (Gráfico 50)

Gráfico 50. Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS. 2010 y 2015.



La salud  
es de todos

Minsalud

En 2010, Vaupés, La Guajira, Amazonas, Chocó, Guainía, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Córdoba y Sucre poseían los porcentajes más bajos de mujeres unidas que hacían uso de algún método anticonceptivo en el país. Para dicho año, este porcentaje de uso de métodos anticonceptivos por mujeres unidas descendió entre 1 y 6 puntos porcentuales con respecto a 2005 en estos departamentos y aumentó entre seis y cuatro puntos porcentuales en Guaviare, Caquetá, Magdalena, Atlántico y Casanare. (Tabla 16)

Entre 2010 y 2015, Casanare, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Sucre, Cauca Cesar, Meta, La Guajira, Bogotá, Córdoba, Guainía y Boyacá son los territorios donde se incremento el uso de métodos anticonceptivos, en puntos porcentuales van entre 7 y 3 con respecto a 2010. En contraste con Vichada, Atlántico, Cundinamarca, Caldas, Arauca, Putumayo y Vaupés que describen un descenso entre 1 y 16 p.p. con respecto a 2010.

Entre 2005 y 2015, Guaviare (13,9), Casanare (10,1) Cauca (8,5), Magdalena (7,8), Caquetá (7,0), Cesar (6,4), Meta (6,3), Valle del Cauca (5,4), Norte de Santander (5,0) y Antioquia (4,7) son los departamentos en los que se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres. (Tabla 16)



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 16. Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 - 2015

Departamento	2005 (15 - 49 años)	2010 (15 - 49 años)	2015 (13 - 49 años)	$\Delta$ 2005 - 2015	Tendencia
Guaviare	69,70	82,50	83,60	13,90	↗
Casanare	76,90	80,40	87,00	10,10	↗
Cauca	75,70	78,70	84,20	8,50	↗
Magdalena	65,90	71,70	73,70	7,80	↗
Caquetá	71,20	77,30	78,20	7,00	↗
Cesar	69,10	70,90	75,50	6,40	↗
Meta	77,40	79,20	83,70	6,30	↗
Valle del Cauca	78,30	81,00	83,70	5,40	↗
Norte de Santander	76,30	78,30	81,30	5,00	↗
Antioquia	79,40	81,70	84,10	4,70	↗
Risaralda	81,70	84,30	85,70	4,00	↗
Nariño	81,90	84,10	85,90	4,00	↗
Atlántico	69,90	73,90	72,70	2,80	↗
Santander	80,50	81,70	83,20	2,70	↗
Sucre	73,10	70,10	75,70	2,60	↗
Tolima	77,40	78,40	79,90	2,50	↗
La Guajira	64,10	62,10	66,40	2,30	↗
Bogotá	82,50	80,80	84,70	2,20	↗
Córdoba	70,90	69,70	73,00	2,10	↗
Quindío	83,00	83,80	85,00	2,00	↗
Bolívar	74,30	73,50	76,10	1,80	↗
Amazonas	69,50	64,40	70,40	0,90	↗
San Andrés y Providencia	75,10	69,60	75,80	0,70	↗
Huila	80,30	80,40	80,60	0,30	↗
Vichada	75,60	76,00	75,40	-0,20	↘
Boyacá	86,50	83,20	86,30	-0,20	↘
Guainía	72,20	68,10	71,20	-1,00	↘
Chocó	68,50	66,30	66,70	-1,80	↘
Caldas	85,40	85,60	82,90	-2,50	↘
Arauca	78,20	79,20	75,30	-2,90	↘
Putumayo	80,70	82,20	77,80	-2,90	↘
Cundinamarca	84,10	82,90	80,60	-3,50	↘
Vaupés	65,60	59,30	43,70	-21,90	↘
<b>Colombia</b>	<b>78,2</b>	<b>79,1</b>	<b>80,9</b>	<b>2,70</b>	<b>↗</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

### Métodos anticonceptivos modernos

El uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 – 49 años) unidas ha ido en incremento tanto en el área urbana como la rural. En 1990 se observa que el uso de estos métodos era más bajo en la población rural que en la urbana, pero con el tiempo esta brecha ha desaparecido a tal punto que para 2010 en el área urbana es de 79,0 y en el área rural es de 79,2.





La salud  
es de todos

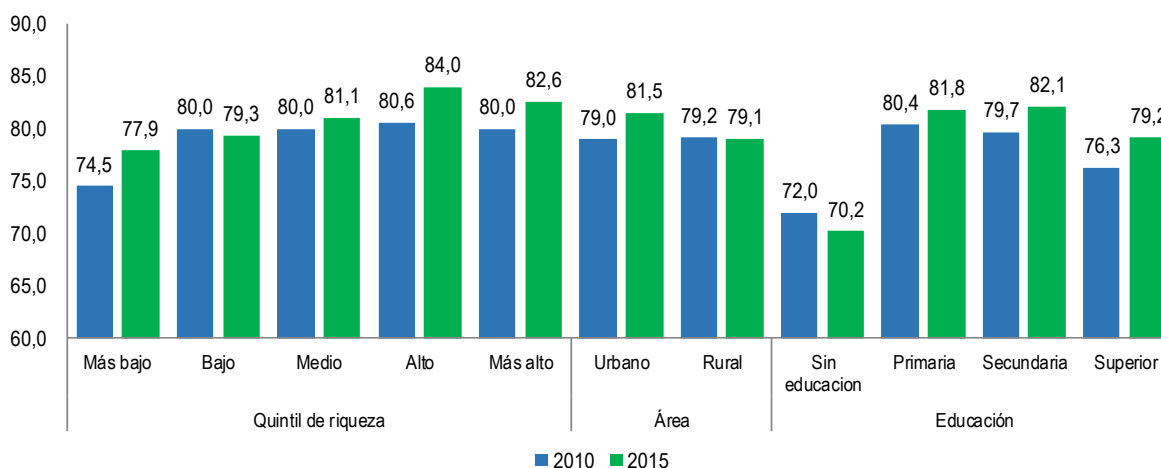
Minsalud

Entre 2010 y 2015, se incrementó en dos p.p. el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 y 49 años), al pasar de 79,1 en 2010 a 81,0 en 2015. Por área se observa un aumento de 2,5 p.p. en el área urbana, al pasar de 79,0 a 81,5 entre 2010 y 2015, respectivamente. En área rural se observa que registra un valor similar entre 2010 (79,2) y 2015 (79,1). La tendencia de la brecha de desigualdad muestra que la desigualdad por área se ha incrementado a través del tiempo. (Gráfica 51 y 52)

Entre 2010 y 2015, según el nivel educativo, se observa que las mujeres unidas sin educación, con educación primaria y con educación secundaria hacen uso de los métodos anticonceptivos con menor frecuencia en comparación con las nivel de educación superior. Se observa cómo la brecha entre las mujeres sin educación y con educación superior se ha ido incrementando a través del tiempo: para 2010 fue 72,0 y 76,3 para el nivel sin educación y nivel superior, en tanto para 2015 fue 70,2 y 79,2 para el nivel sin educación y nivel superior. (Gráfico 51 y 52)

Según el quintil de riqueza, se observa que entre 2010 y 2015, en todos los quintiles se incrementó el uso de métodos de anticoncepción moderna en las mujeres con la excepción del quintil que se redujo en 0,7 p.p. Los quintiles más bajo y alto registraron un aumento de 3,4 p.p. en el uso de métodos anticonceptivos. (Gráfico 51) La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es más estrecha y se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 51 y 52)

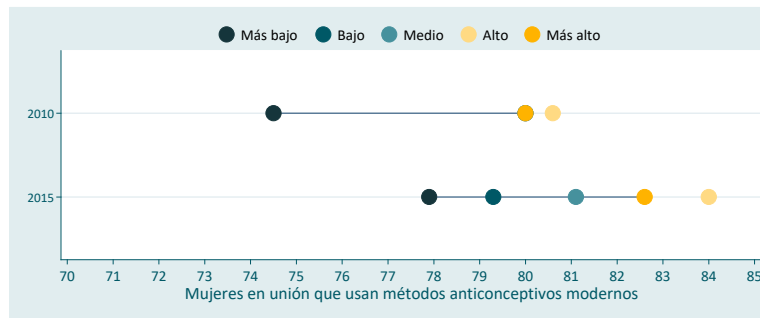
Gráfico 51. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015



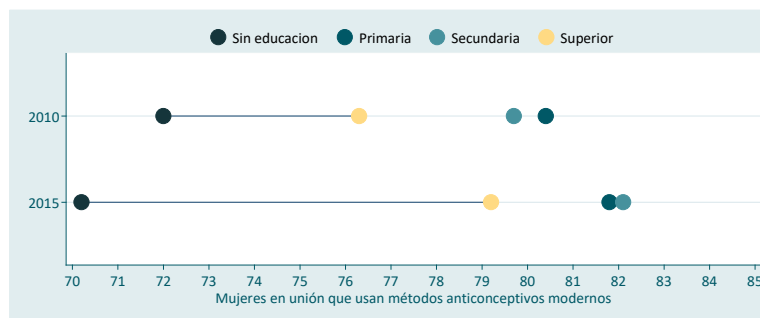
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

Gráfico 52. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

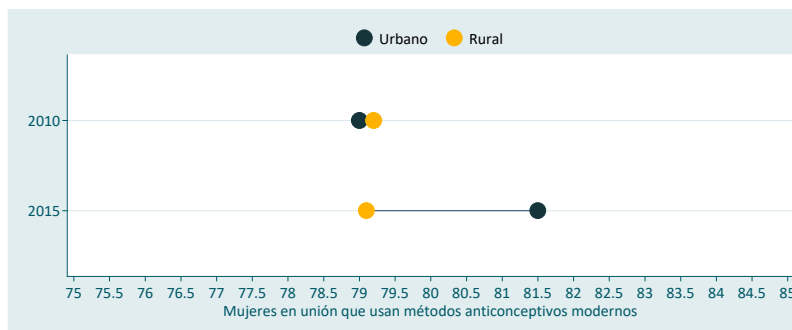
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

Entre 2010 y 2015, Santander, Vichada, Arauca, Caldas, Cundinamarca, Chocó y Vaupés son los territorios donde descendió el uso de métodos anticonceptivos modernos, este descenso fue de 0,2 y 9 puntos porcentuales con respecto a 2010. (Mapa 22) (Tabla 17)





La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 17. Uso de los métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 - 2015

Departamento	2010	2015	$\Delta$ 2010 - 2015	Tendencia
Cauca	68,2	77,7	9,5	↗
Sucre	65,0	73,0	8,0	↗
Casanare	74,5	81,5	7,0	↗
Magdalena	64,5	71,2	6,7	↗
Amazonas	53,5	59,4	5,9	↗
Guainía	60,5	66,1	5,6	↗
Bolívar	67,2	71,9	4,7	↗
Bogotá, D.C.	75,7	80,2	4,5	↗
Cesar	67,3	71,8	4,5	↗
Caquetá	70,4	74,8	4,4	↗
Meta	73,9	78,3	4,4	↗
Tolima	70,1	74,3	4,2	↗
Norte de Santander	70,4	74,5	4,1	↗
Valle del Cauca	75,5	79,5	4,0	↗
Archipiélago de San Andrés, Providencia	66,0	70,0	4,0	↗
Antioquia	76,0	79,9	3,9	↗
Córdoba	65,5	69,3	3,8	↗
La Guajira	57,6	61,2	3,6	↗
Boyacá	76,8	80,3	3,5	↗
Risaralda	77,7	81,2	3,5	↗
Nariño	76,6	79,8	3,2	↗
Huila	69,7	72,8	3,1	↗
Atlántico	65,1	67,0	1,9	↗
Guaviare	79,4	81,3	1,9	↗
Quindío	81,1	81,3	0,2	↗
Putumayo	75,2	75,3	0,1	↗
Santander	75,6	75,4	-0,2	↘
Vichada	72,2	71,1	-1,1	↘
Arauca	74,1	72,7	-1,4	↘
Caldas	80,7	79,3	-1,4	↘
Cundinamarca	77,3	75,7	-1,6	↘
Chocó	61,8	59,0	-2,8	↘
Vaupés	47,3	37,8	-9,5	↘
<b>Colombia</b>	<b>72,9</b>	<b>75,9</b>	<b>3,0</b>	<b>↗</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015 SISPRO, MINSALUD



La salud  
es de todos

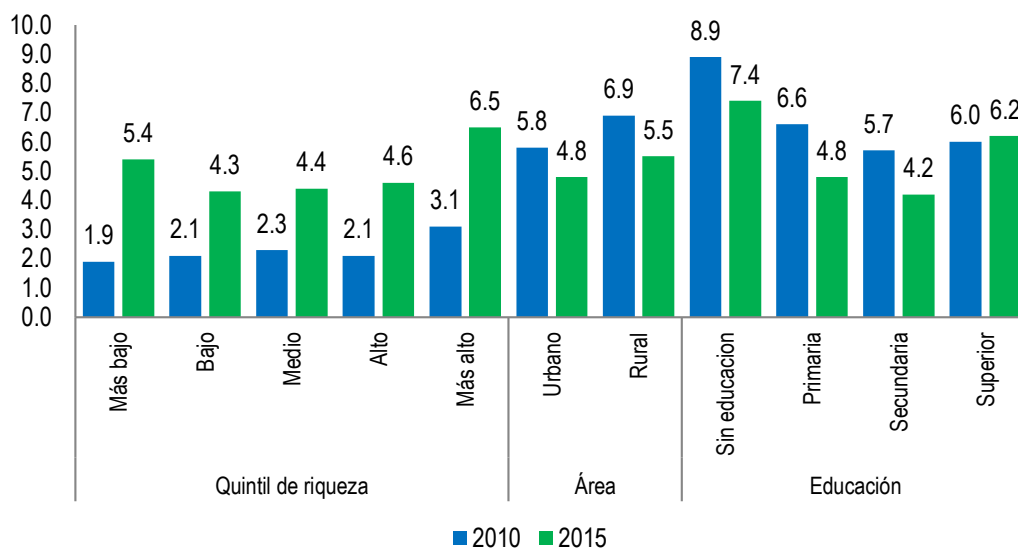
Minsalud

### Métodos anticonceptivos tradicionales

Entre 2010 y 2015 por el índice riqueza, en todos con quintiles se incremento el uso de métodos de anticoncepción tradicionales en las mujeres. Los quintiles más bajo y más alto registraron un aumento de 3,5 y 3,4 p.p en el uso de métodos anticonceptivos, respectivamente. (Gráfico 53) La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es mas estrecha y se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 54)

Según datos de las ENDS entre 2010 y 2015, el nivel educativo de las mujeres unidas que usan métodos tradicionales, ha descendido un (1) p.p. en todos los niveles de educación, con excepción en el nivel superior. La brecha entre las mujeres sin educación y con educación superior se ha ido incrementando a través del tiempo. (Gráfico 53 y 54)

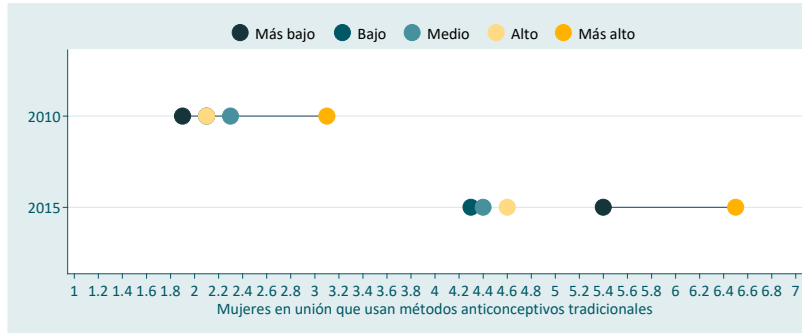
Gráfico 53. Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015



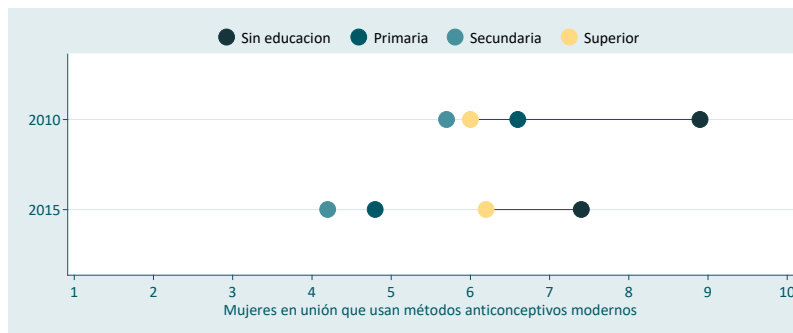
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

Gráfico 54. Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015

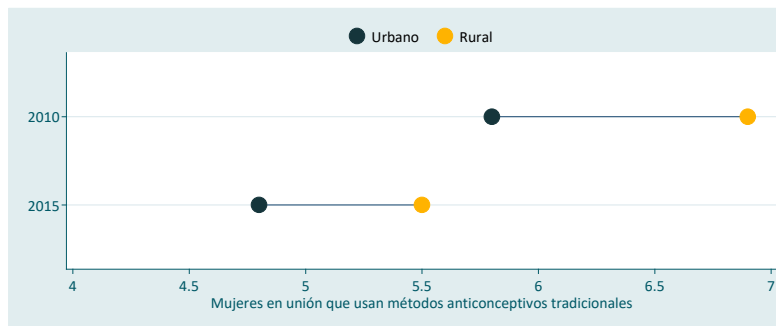
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015



La salud  
es de todos

Minsalud

### Uso de métodos anticonceptivos en hombres

Según datos de la ENSIN 2015, para los hombres en unión, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más frecuente son la inyección (14,8%), el condón masculino (8,7%) y la píldora (7,3%). En hombre sin unión, los métodos modernos más frecuentes son el condón masculina (46,0%), inyección (14,9%), píldora (11,4%). Por departamento se observa que en Córdoba, Putumayo, Bolívar, Atlántico, Chocó, Vichada, Magdalena, Amazonas, Guainía, La Guajira y Vaupés no superan el promedio nacional (79,4%). La mayor prevalencia por métodos anticonceptivos se registró 22 de los 33 departamentos. (Tabla 18)

Tabla 18. Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015

Departamento	2015 (13 - 49 años)	Departamento	2015 (13 - 49 años)
Tolima	88,1	San Andrés y Providencia	81,9
Caldas	87,9	Caquetá	81,4
Nariño	87,9	Guaviare	81,1
Cauca	87,8	Arauca	80,8
Cundinamarca	87,6	Cesar	80,0
Boyacá	86,7	Sucre	80,0
Bogotá	86,0	Córdoba	78,4
Casanare	85,9	Putumayo	76,3
Santander	85,7	Bolívar	74,5
Risaralda	85,6	Atlántico	74,4
Antioquia	84,5	Chocó	74,1
Meta	84,4	Vichada	74,1
Quindío	84,3	Magdalena	72,8
Valle del Cauca	82,7	Amazonas	69,7
Huila	82,5	Guainía	69,5
Norte de Santander	82,4	La Guajira	62,4
San Andrés y Providencia	81,9	Vaupés	55,1
		<b>Colombia</b>	<b>79,4</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2015





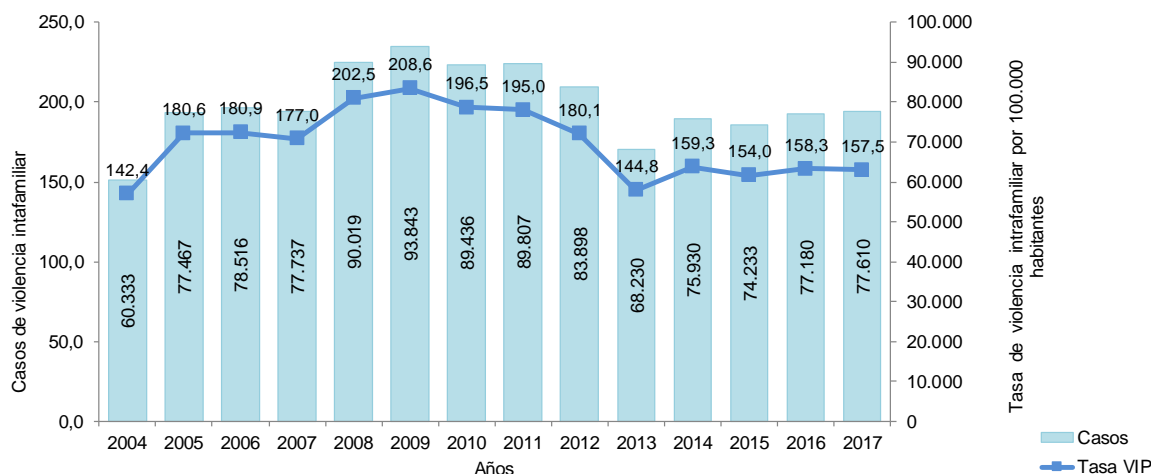
La salud  
es de todos

Minsalud

### Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar “son todas aquellas lesiones sufridas en personas cuyos agresores son miembros de su familia o personas con las cuales han tenido o se tiene un vínculo afectivo; entre ellas se incluye la violencia contra niños, niñas y adolescentes y la violencia de pareja en menores de 18 años”<sup>81</sup>. Entre 2004 y 2017, se registraron 1.114.239 casos incidentes de violencia intrafamiliar, con una media anual de 79.588,5 y una desviación estándar de 9.167,6, evidenciada un incremento del 10,6% en la tasa de incidencia lo que se traduce en 15,1 más por cada 100.000 habitantes. Cabe anotar que durante 2013 se registró descenso en 35 casos por cada 100.000 habitantes, con respecto al 2012. (Gráfico 55)

Gráfico 55. Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2006-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2004 a 2017.

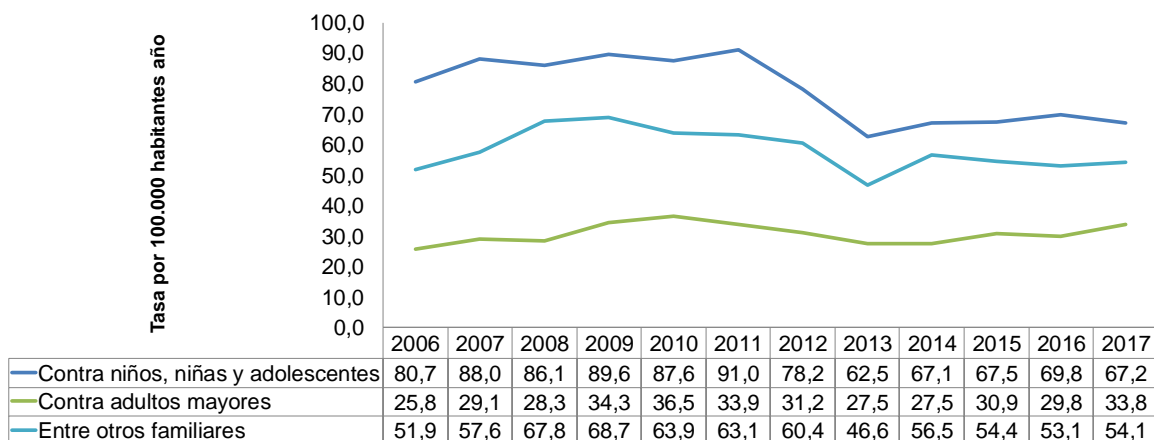
En el 2017, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registró 553 casos de más por violencia intrafamiliar (violencia contra niños, niñas y adolescentes, violencia contra la población adulta mayor y la violencia entre otros familiares), al pasar de 26.985 casos en 2016 a 27.538 casos de violencia intrafamiliar, de estos, 10.385 (37,71%) corresponden a casos que ocurrieron en niños, niñas y adolescentes con una tasa de 67,2 por cada 100.000 personas y como presuntos agresores en alrededor del 30% de los casos se documentan a los padres<sup>82</sup>. Asimismo, se registraron 1.944 (7,1%) casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 33,8 y como presuntos agresores se describen a los hijos en casi el 42,2% de los casos. En los 15.209 casos (55,2%), casos de violencia entre otros familiares, con una tasa de 54,1 el 26,5% de los casos se atribuyen a los hermanos y casi el 13,9% a los cuñados. En casi el 73,3% de los casos, estos actos ocurren en las viviendas. (Gráfico 56)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 56. Tasa de Violencia intrafamiliar, 2006-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del *FORENSIS, Colombia, 2006 a 2017*.

Entre 2016 y 2017, la tasa de violencia intrafamiliar ha sido decreciente, disminuyendo en un caso de menos por cada 100.000 personas. (Tabla 18) Para el 2017 los territorios que reportan más casos por violencia intrafamiliar son Bogotá, D.C. (19.705), Antioquia (8.988), Cundinamarca (5.812), Valle del Cauca (5.242) y Medellín (5.105). La tasa de violencia intrafamiliar en Cauca fue la tasa más alta del país siendo 3,0 veces más alta que la nacional con un valor de 234,4 por cada 100.000 habitantes y un total de 1.569 casos registrados. Así mismo en Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia, Meta, Amazonas, Bogotá, D.C., Cundinamarca, Boyacá, Huila, Santander y Quindío registran valores por encima del promedio nacional, con una diferencia estadísticamente significativa al 95% de nivel de confianza. Cabe resaltar que Cauca, Arauca, Boyacá y Huila, describen una tendencia creciente, en comparación con 2016. En contraste reportaron tasas por debajo de promedio nacional (Tabla 19)



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 19. Tasa de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2016 - 2017

Departamento	Tasa violencia intrafamiliar x 100.000 hab. 2016	Tasa violencia intrafamiliar x 100.000 hab. 2017	Δ 2016 - 2017	Tendencia
Cauca	170,85	436,06	265,2	↗
Arauca	297,90	340,31	42,4	↗
Archipiélago de San Andrés, Meta	640,72	291,93	-348,8	↘
Amazonas	384,40	276,71	-107,7	↘
Bogotá, D.C.	325,60	248,88	-76,7	↘
Cundinamarca	341,48	243,85	-97,6	↘
Boyacá	378,23	210,37	-167,9	↘
Huila	7,59	204,62	197,0	↗
Santander	19,85	199,67	179,8	↗
Quindío	360,89	179,58	-181,3	↘
Norte deSantander	358,66	168,79	-189,9	↘
Tolima	239,96	154,11	-85,8	↘
Magdalena	301,87	152,18	-149,7	↘
Risaralda	235,22	151,55	-83,7	↘
Cesar	235,15	145,66	-89,5	↘
Atlántico	264,79	142,58	-122,2	↘
Antioquia	236,99	138,57	-98,4	↘
Sucre	182,05	135,91	-46,1	↘
Putumayo	196,30	119,52	-76,8	↘
Casanare	199,69	112,12	-87,6	↘
Valle del Cauca	381,56	111,74	-269,8	↘
Guainía	202,89	111,34	-91,6	↘
Bolívar	4,75	100,52	95,8	↗
Caldas	179,65	95,82	-83,8	↘
Nariño	226,58	93,96	-132,6	↘
Caquetá	204,14	91,02	-113,1	↘
La Guajira	135,17	85,70	-49,5	↘
Guaviare	126,24	74,24	-52,0	↘
Chocó	15,98	67,42	51,4	↗
Córdoba	104,55	57,05	-47,5	↘
Vaupés	98,84	36,54	-62,3	↘
Vichada	2,27	6,70	4,4	↗
<b>Colombia</b>	<b>82,77</b>	<b>2,70</b>	<b>-80,1</b>	<b>↘</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2016 - 2017



La salud  
es de todos

Minsalud

**Rojo:** el indicador es significativamente más alto en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

**Amarillo:** el indicador no es significativamente diferente en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

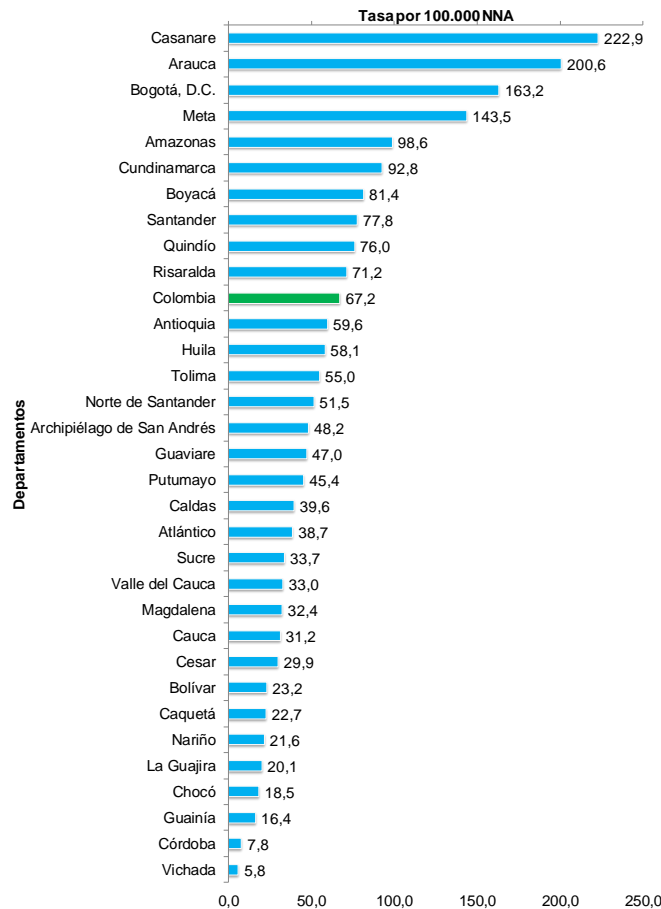
**Verde:** el indicador es significativamente más bajo en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

#### Violencia de contra niños, niñas y adolescentes

La violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA), entre 2008 y 2017 se reportaron 118.794 casos, con una tendencia decreciente al pasar de 13.580 en 2008 a 10.385 casos en 2017. Sin embargo, entre 2016 y 2017, describe un incremento del 3,01%, que equivale en números absolutos a 303 casos. Los factores predominantes y desencadenantes de la agresión sobre los NNA fueron la intolerancia y el machismo, con el 83,05% (7.484 casos); los celos, desconfianza e infidelidad, con el 9,19% (828 casos); y el alcoholismo o drogadicción, con el 6,11% (551 casos). Según el área de residencia, la cabecera concentró 9.531 (92,43%); el área rural con 534 (5,18%), y el centro poblado con 247 (2,40%).<sup>821</sup>

Para 2017, la tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes en Casanare fue la tasa más alta del país siendo 3,3 veces más alta que la nacional con un valor de 222,9 por cada 100.000 habitantes y un total de 296 casos registrados. En segundo lugar se ubica el Arauca con un total de 229 registros y una tasa 2,9 veces más alta que la nacional con 67,2 casos por cada 100.000 habitantes. Bogotá D.C, Meta, Amazonas, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Quindío y Risaralda registran valores por encima de la tasa del promedio nacional. (Gráfico 57)

Gráfico 57. Tasas de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2017

### Violencia de contra adultos mayores

La violencia contra adultos mayores entre 2008 y 2017 se reportaron 15.381 eventos, con una tendencia creciente al pasar de 1.175 en 2008 a 1.944 casos en 2017. Así mismo, entre 2016 y 2017, describe un incremento del 17,6%, que equivale en números absolutos a 291 casos. Los factores predominantes y desencadenantes de la agresión sobre los adultos mayores fueron consumidores de sustancias psicoactivas o alcohol con 84 casos (4,32 %), el hecho de ser campesino o trabajador del campo, con 46 (2,37%), y ser mujer cabeza de hogar, con 22 (1,13%). Según el área de residencia, la cabecera concentró el 91,3%; el área rural con el 6,2%, y el centro poblado con 2,4%.<sup>81</sup>

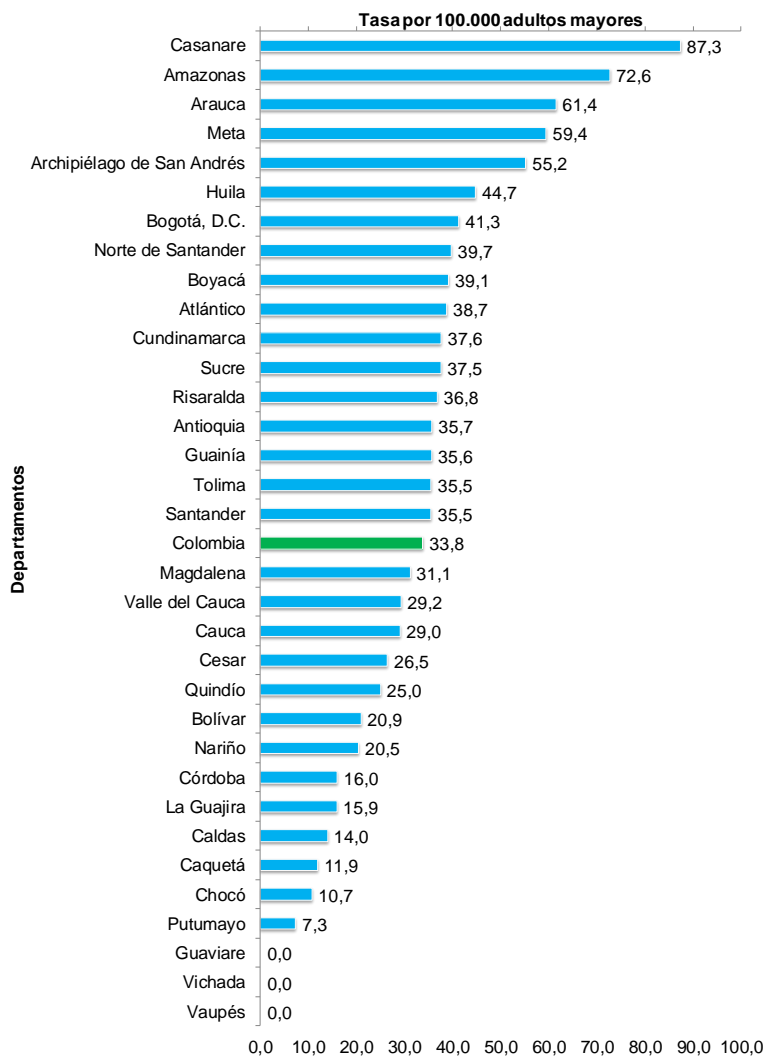


La salud  
es de todos

Minsalud

Casanare tuvo la tasa más alta de violencia contra adultos mayores con un valor de 87,3 casos por cada 100.000 personas siendo 2,6 veces mayor que la nacional (33,8). Amazonas, Arauca, Meta, Archipiélago de San Andrés, Huila, Bogotá, D.C., Norte de Santander, Boyacá, Atlántico, Cundinamarca, Sucre, Risaralda, Antioquia, Guainía, Tolima y Santander tambien tuvieron tasas significativamente mayores que la nacional con un nivel de confianza del 95% (Gráfico 58)

Gráfico 58. Tasas de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2017



La salud  
es de todos

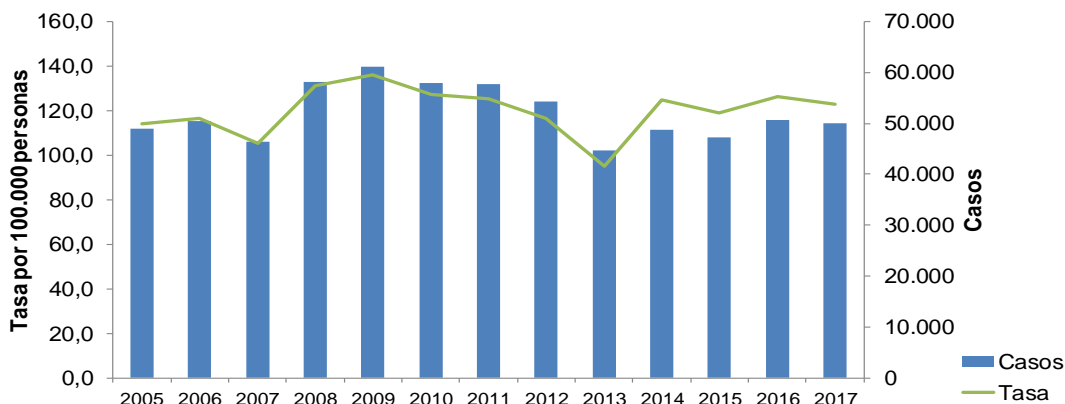
Minsalud

### Violencia de pareja

Entre 2005 y 2017 se reportaron realizó 676.768 eventos por violencia de pareja entre mujeres y hombres. Es decir, un promedio de 52.059 valoraciones por año. La tasa más alta por cada cien mil habitantes se registro en 2009 (168,13) y la más baja en el 2013 (116). En 2017 la tasa fue de 123 casos por cada cien mil personas, con descenso de 3,2 puntos, representados en 635 casos menos de los registrados en 2016<sup>82</sup>. (Gráfico 59) .

El 86% (43.176) de los casos ocurren en mujeres y en casi el 45,1% (19.424) de los casos el agresor es el compañero permanente. Los factores que desencadena la intolerancia entre los miembros de la pareja continua como la principal razón de los casos de violencia, en 2017 se reportaron 33.453 casos (69,81%), seguida de los celos, desconfianza y la infidelidad con 7.517 casos, (15,69%) y el alcoholismo y la drogadicción con 4.653 eventos (9,71%).<sup>81</sup>

Gráfico 59. Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2005 a 2017.

En Casanare la tasa de violencia de pareja fue 2,8 veces más alta que la nacional (123,1) alcanzando un valor de 355,4 casos por cada 100.000 habitantes, para un registro de 1.049 casos. Arauca, Archipiélago de San Andrés, Meta, Amazonas, Bogotá, D.C., Cundinamarca, Huila, Boyacá, Santander, Quindío, Magdalena y Cesar tuvieron tasas significativamente mayores que la nacional con un nivel de confianza del 95%. (Gráfico 60)

En 2017, los departamentos con el mayor número de casos registrados fueron Bogotá (12.583), Antioquia (5.395), Cundinamarca (3.849), Valle de Cauca (3.566). Las ciudades capitales con el mayor número de casos



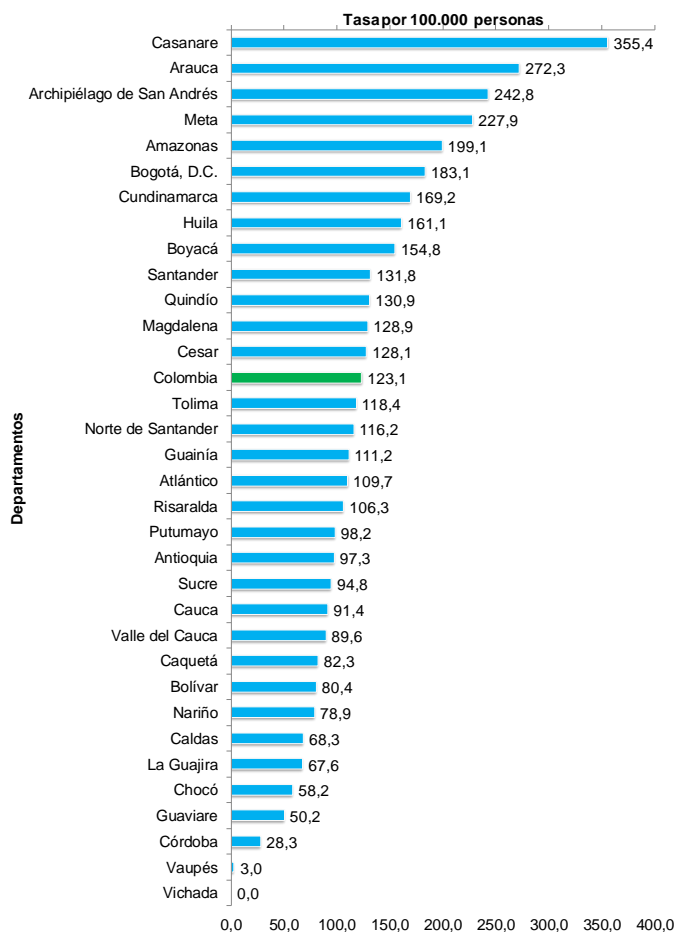


La salud  
es de todos

Minsalud

fueron Bogotá (12.583), Medellín (3.134), Cali (1.988), Barranquilla (1.454) y Villavicencio (1.432). En contraste con los municipios que registraron el menor número de eventos, son Guainía (36), Guaviare (43) y Vaupés (2).

Gráfico 60. Tasas de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2017

### Entre otros familiares

Durante el periodo 2008 a 2017, se reportaron 154.589 casos por violencia entre otros tipos de familiares; con una tendencia decreciente, con 1.404 casos menos, al pasar de 16.613 y 15.209 eventos registrados para este periodo. En 2013 (12.415) se registro el menor número de lesionados en los últimos nueve años. Las mujeres fueron las más afectadas (9.915) en comparación con los hombres (5.294). En 2017 (15.209), se produjo un aumento de 3,20 puntos porcentuales con respecto al 2016 (14.738), equivalentes a un aumento en 471 casos.



La salud  
es de todos

Minsalud

Los factores relacionados con este evento son los consumidores de sustancias psicoactivas o alcohol, con 924 casos (6,1%); las mujeres cabeza de hogar y con 211 casos (1,49 %). Los agresores involucrados más frecuentes son familiares de segundo grado de consanguinidad; correspondieron a los (las) hermanos(as) de las víctimas, con el 26,6% de los lesionados (4.040 casos). Según área del hecho, la cabecera municipal presentó el 92,60% (14.043) de los registros, en la zona rural con el 5,0% (758); y el centro poblado con el 2,40% (364).<sup>81</sup>

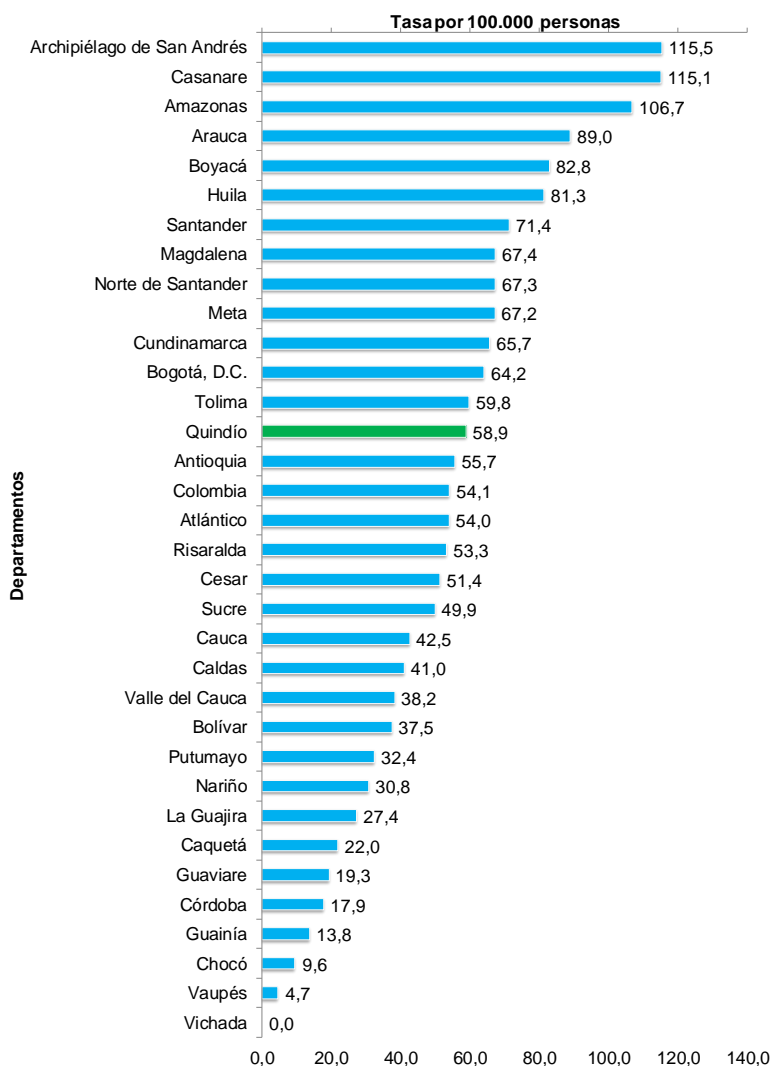
En el archipiélago de San Andrés y Providencia la tasa de violencia de pareja fue 2,0 veces más alta que la nacional (58,9) alcanzando un valor de 115,5 casos por cada 100.000 habitantes, para un registro de 53 casos. Casanare (115,1), Amazonas (106,7), Arauca (89,0), Boyacá (82,8), Huila (81,3), Santander (71,4), Magdalena (67,4), Norte de Santander (67,3), Meta (67,2), Cundinamarca (65,7), Bogotá, D.C. (64,2), Tolima (59,8) y Quindío (58,9) registraron tasas mayores que la nacional. (Gráfico 61)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 61. Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2017

## Condiciones laborales

### Trabajadores afiliados dependientes e independientes

La afiliación al SGSSS y al SGRL tiene una tendencia creciente desde 1993, observándose que entre 2005 y 2017 la afiliación de trabajadores supero el 90,0%, al pasar de 5.104.050 en 2005 a con 9.788.843 en 2017 trabajadores vinculados al SGRL. Entre 1994 y abril del 2018 se han registrado 153.770.288 trabajadores vinculados al SGRL, de los cuales el 97,28% (149.581.910) corresponde a trabajadores dependientes (es un

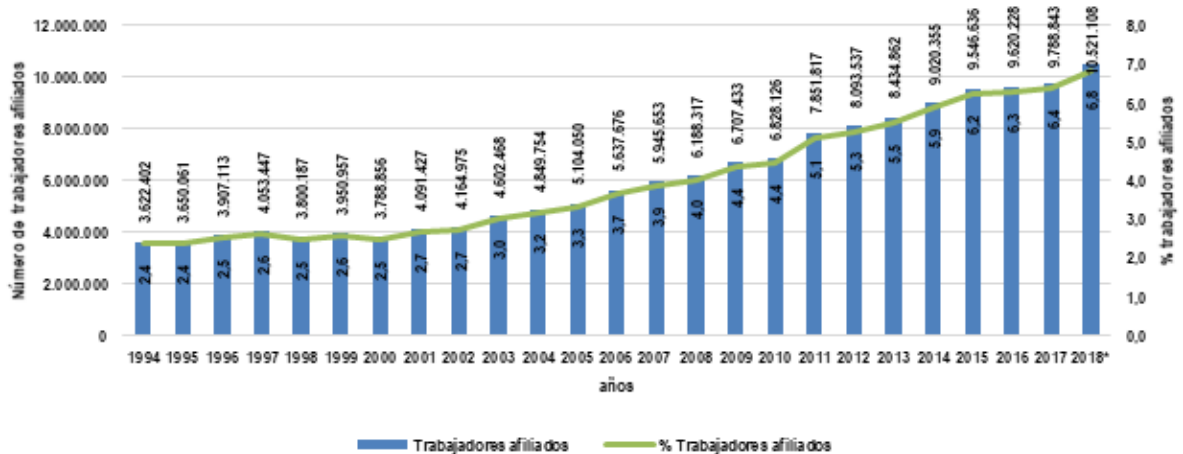


La salud  
es de todos

Minsalud

afiliado que tiene un empleador mediante un contrato de trabajo o una relación laboral legal) y el 2,272% (4.188.378) corresponde a trabajadores independientes (es un afiliado que no está vinculado a un empleador mediante contrato de trabajo, por lo tanto los aporte al SGRL se encuentran a su cargo, salvo que el contratante realice actividades clasificadas con riesgo IV o V.)<sup>83</sup> (Gráfico 62)

Gráfico 62. Proporción de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 1994 y 2018\*



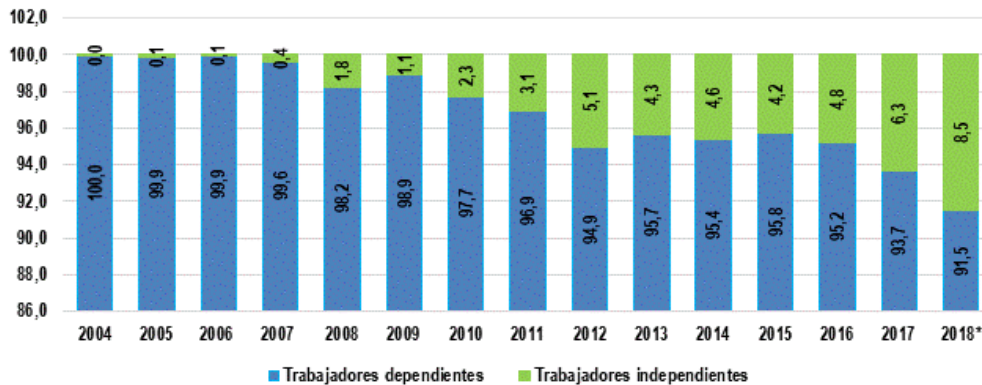
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.

Cabe resaltar, que la afiliación al SGRL de los trabajadores independientes muestra una tendencia creciente, al pasar de 0,03% (1.350) en 2014 a 8,53% (897.069) en 2017, más de un 40%, entre 2012 y 2017, esto se explica por la acciones de Inspección, Vigilancia y Control, (IVC) y la expedición de normatividad que amplía la cobertura, gran parte fue compilada en el Decreto 1072 de 2015: trabajadores del servicio doméstico (Decreto 0721 de 2013); trabajadores independientes y personas vinculadas por medio de contrato formal de prestación de servicios (Decreto 0723 de 2013); trabajadores independientes que laboral periodos inferiores a un mes (Decreto 2016 de 2013); taxistas (Decreto 1047 de 2014); y estudiantes (055 de 2015).

Con respecto a los empleados dependientes, describen una tendencia oscilante, en 2004 a 2009 con el mayor registro de personas vinculadas al SGRL. En tanto, los trabajadores independientes, refleja un incremento en la afiliación en 2014 (4,62%), 2016 (4,76%), 2017 (6,34%) y abril del 2018 se han afiliado el 8,53%. (Gráfico 63)



Gráfico 63. Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 2018\*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.

En relación con el tipo afiliado cotizante al SGRL por los sectores económicos, se observa que el 58,7% de los trabajadores dependientes pertenecen a empresas dedicadas al servicio inmobiliario (25,5%), el comercio (12,2%), la industria manufacturera (11,6%) y la construcción (9,5%). En cuanto a los trabajadores independientes, el 65,36% trabajan en los sectores de administración pública y defensa (24,76%), la agricultura, ganadería, caza y silvicultura (15,05%), los servicios sociales y de salud (14,90%) y la educación (10,65%). En términos absolutos se observa que los sectores económicos de administración pública y defensa, la agricultura, ganadería, caza y silvicultura, la educación, los servicios comunitarios, sociales y personales y los servicios sociales y de salud registran más trabajadores independientes vinculados al SGRL.

Entre 2013 y abril del 2018, la distribución de la afiliación de los trabajadores dependientes al SGRL por entidad territorial, permite ver que el 85,42% (58.438.414) de los afiliados residen en: Bogotá D.C. (38,45%), Antioquia (16,92%), Valle del Cauca (10,29%), Atlántico (5,69%), Cundinamarca (4,07%), Santander (3,96%), Bolívar (2,67%), Risaralda (1,80%) y Caldas (1,55%). En contraste, en el cuartil con menor vinculación al SGRL, se ubicaron Choco, Putumayo, San Andrés, Amazonas, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés, aportando el 0,55% (377.333) de los empleados dependientes. No obstante, el 9,57% (6.548.684) de los trabajadores dependientes se localizan en Meta, Boyacá, Tolima, Norte de Santander, Huila, Córdoba, Magdalena y Cesar. Para este mismo periodo, Cauca, Nariño, Quindío, Casanare, Sucre, La Guajira, Caquetá y Arauca reportaron el 4,45% (3.047.611) de los empleados afiliados el SGRL.



La salud  
es de todos

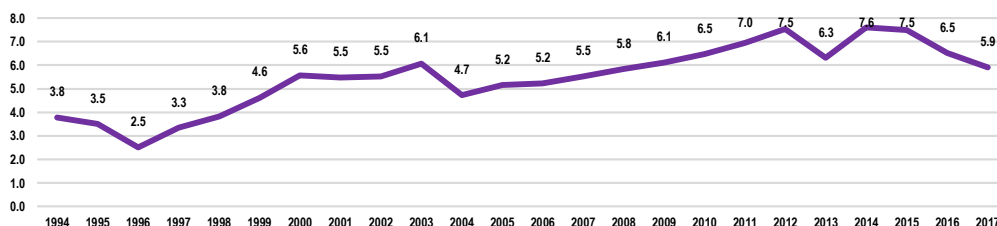
Minsalud

La afiliación de los independientes se concentró el 82,17% (3.146.010) en Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Santander, Cundinamarca, Bolívar, Nariño y Tolima, en el segundo cuartil la afiliación fue de 11,58% (443.238) en Huila, Risaralda, Cauca, Caldas, Norte de Santander, Boyacá, Quindío y Meta. El 5,20% (199.189) de los trabajadores independientes se registraron en Córdoba, Magdalena, Cesar, Casanare, Caquetá, La Guajira, Putumayo y Sucre y en el último cuartil con menor vinculación al SGRL, con el 1,06% (40.398) se ubicaron en Arauca, Choco, San Andrés, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés. Cabe resaltar que los territorios de Choco, San Andrés, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, reportan menos afiliación de trabajadores al SGRL.

### Accidente de trabajo calificados

En el Artículo 3 de la Ley 1562 se define como accidente de trabajo “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación, funcional o psiquiátrica, una invalidez o muerte”<sup>84</sup>, incluyendo, además, las actividades deportivas y recreativas realizadas en nombre de la empresa, el ejercicio de la función sindical. Entre 1994 y 2017 la tasa de accidentes de trabajo se incrementado 2,13 accidentes de trabajo por cada cien trabajadores. En lo corrido del periodo se reportaron mayores tasas de accidentabilidad en 2012 (7,54), 2014 (7,61) y 2015 (7,49). (Gráfico 64)

Gráfico 64. Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.

Entre 2013 y abril a 2018, se han reportado 390.159 accidentes calificados de origen laboral. Ahora, en orden de magnitud, el 13,81% (323.844) de los accidentes calificados ocurrieron en Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Santander, Bolívar y Risaralda. Seguido del 11,76% (45.869) Meta, Caldas, Tolima, Magdalena, Norte de Santander, Boyacá, Cesar y Cauca. Los territorios Quindío, Huila, Córdoba, Nariño, Casanare, Sucre, Caquetá y San Andrés con el 4,75% (18.539). Los departamentos con menos

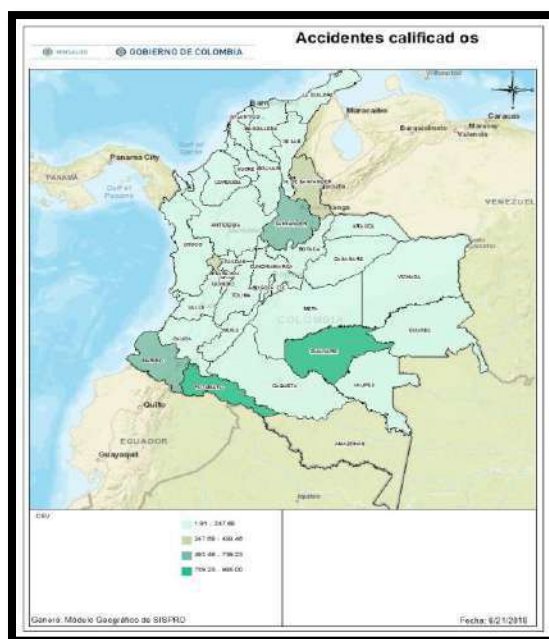


La salud  
es de todos

Minsalud

accidentalidad fueron La Guajira, Arauca, Choco, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Guainía, Vichada y Vaupés lo que representa el 0,48% (1.891). Cabe señalar, que Norte de Santander (19), Casanare (15), San Andrés (7), Putumayo (4), Guainía (4) y Amazonas (3), reportaron un descenso de accidentes calificados entre 2013 y 2017. (Tabla 20) (Mapa 23)

Mapa 23. Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018\*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.





La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 20. Número de accidentes de trabajo calificado por 100, Colombia, 2013 a 2018\*

Departamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Tendencia
Bogotá D.C.	13.689	18.219	14.516	14.516	11.670	14.296	118.279	
Antioquia	9.269	11.065	11.511	11.511	9.186	11.452	86.008	
Valle del Cauca	5.256	6.333	6.375	6.375	5.143	6.257	40.988	
Cundinamarca	2.484	2.992	3.074	3.074	2.886	3.145	22.919	
Atlántico	2.529	2.830	2.609	2.609	2.107	2.752	20.944	
Santander	2.105	2.766	2.325	2.325	1.946	2.313	16.306	
Bolívar	1.148	1.194	1.159	1.159	1.050	1.183	9.718	
Risaralda	1.119	1.420	1.269	1.269	1.094	1.239	8.682	
Meta	943	1.423	1.071	1.071	973	893	7.613	
Caldas	747	900	1.059	1.059	748	1.093	7.092	
Tolima	830	886	836	836	757	915	5.870	
Magdalena	616	792	867	867	797	1.075	5.692	
Norte de Santander	705	688	774	774	793	946	5.524	
Boyacá	486	783	794	794	679	765	5.479	
Cesar	541	542	547	547	404	644	4.463	
Cauca	449	556	632	632	466	582	4.136	
Quindío	447	629	689	689	558	605	4.043	
Huila	408	539	466	466	410	469	3.510	
Córdoba	349	412	421	421	334	436	3.279	
Nariño	296	439	565	565	456	637	3.265	
Casanare	219	307	235	235	250	344	1.911	
Sucre	92	121	186	186	159	150	984	
Caquetá	66	116	133	133	111	118	898	
San Andrés	68	83	99	99	106	105	649	
La Guajira	67	93	87	87	80	107	587	
Arauca	41	71	61	61	45	73	450	
Choco	28	42	49	49	43	39	329	
Putumayo	29	56	38	38	42	54	294	
Guaviare	14	7	17	17	15	22	113	
Amazonas	3	12	11	11	14	9	62	
Guainía	1	4	2	2	6	10	28	
Vichada	3	2	6	6	5	5	28	
Vaupés	3	3	1	1	1	4	16	
<b>País</b>	<b>45.050</b>	<b>56.325</b>	<b>52.484</b>	<b>52.484</b>	<b>43.334</b>	<b>52.737</b>	<b>390.159</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.



La salud  
es de todos

Minsalud

### Prestaciones económica

Las prestaciones económicas se dividen en las pensiones de invalidez pagadas y las indemnizaciones por incapacidad parcial permanente. La primera modalidad es el beneficio periódico vitalicio que recibe el trabajador a causa de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral que le haya causado la pérdida definitiva de más del 50% de capacidad laboral. En la segunda, las aseguradoras entregan un único pago indemnizatorio cuando a raíz de algún siniestro de origen laboral, el empleado haya perdido menos del 50% de su capacidad laboral<sup>85</sup>.

### Pensiones de invalidez pagadas por accidente de trabajo

La Ley 1562 de 2012 estableció que todos los trabajadores afiliados al SGRL, que producto de su actividad laboral sufran un accidente de trabajo o sean diagnosticados con una enfermedad laboral, tienen derecho al reconocimiento de prestaciones económicas (pensiones de invalidez debido a pérdida de la capacidad laboral superior al 50% o indemnizaciones por invalidez parcial permanente), y prestaciones asistenciales relacionadas con atención médica, quirúrgica, medicamentos, rehabilitación, etc.).”<sup>84</sup>

En efecto, en Colombia se han incrementado en 1.835 (20,5%) de las pensiones de invalidez entre 2003 y 2017, que guarda relación con el incremento de los accidentes de trabajo. En este periodo se han registrado en promedio anual de 597 pensiones, para un total de 8.950 pensiones. En 2008 (8,1%), 2016v(16,2%) y 2017 (24,3%) son los años con mayor registro de pensiones por invalidez.

El incremento, tanto en prestaciones económicas, como en las asistenciales, puede estar directamente relacionado con un aumento en la siniestralidad de los trabajadores, y en algunos casos, con que los accidentes que se han presentado sean más severos y catastróficos e impliquen un mayor costo en las prestaciones<sup>85</sup>.

### Incapacidad permanente parcial pagada por accidente de trabajo

Ahora bien, desde el punto de vista de las incapacidad permanente pagada por accidente de trabajo, entre 2003 y 2017, las compañías pagaron 138.845 pensiones de invalidez, lo que representa un aumento de 7.878 casos en el periodo de análisis. Durante el mismo periodo de tiempo, las ARL pagaron en promedio anual 9.256 incapacidades, los casos de indemnizaciones por incapacidad parcial permanente, se registraron más en 2012 (9,12%), 2014 (10,02%) y 2015 (10,67%) .



La salud  
es de todos

Minsalud

### Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional

De acuerdo a datos de la Subdirección de Riesgos Laborales, entre 2013 y abril de 2018, las ARL pagaron 112 pensiones de invalidez por enfermedades profesionales, lo que representa un aumento de 45 casos en comparación con el 2017. Durante el mismo periodo de tiempo, las compañías que reportaron la mayoría de los pagos se ubican en Bogotá D.C., Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Antioquia, Norte de Santander, Valle del Cauca, Santander y Risaralda. (Tabla 21)

Tabla 21. Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento, Colombia, 2013 a 2018\*

Departamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Tendencia
Bogotá D.C.	2	2	2	3	33	13	55	
Atlántico	4	0	0	0	7	2	13	
Bolívar	0	0	0	0	1	8	9	
Cundinamarca	0	3	2	0	2	1	8	
Antioquia	0	0	4	0	1	1	6	
Norte de Santander	0	2	1	0	3	0	6	
Valle del Cauca	0	1	0	0	1	4	6	
Santander	0	1	0	0	2	0	3	
Risaralda	0	1	0	0	0	1	2	
Cauca	0	0	0	0	0	1	1	
Cesar	0	0	0	0	0	1	1	
Huila	0	0	0	0	1	0	1	
Magdalena	0	1	0	0	0	0	1	
<b>País</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>112</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de salud y Protección Social. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.



La salud  
es de todos

Minsalud

## Capítulo 3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional



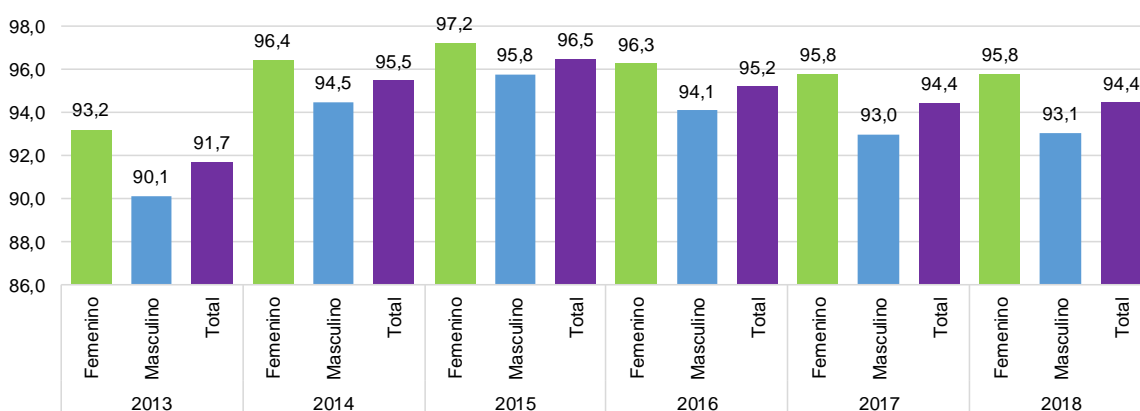
La salud  
es de todos

Minsalud

## Cobertura de afiliación del SGSSS

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUA del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Entre 2013 y 2018, la cobertura de afiliación se incrementó en 2,7 puntos porcentuales (p.p.): 2,6 p.p. para las mujeres y 2,9 p.p. para los hombres. Se observa una desigualdad por sexo, la brecha se está cerrando a través del tiempo. (Gráfico 65)

Gráfico 65. Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo y régimen de afiliación, 2013 - 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Régimen Contributivo y Subsidiado: BDUA\_CUBO\_Sispro, MSPS, consultado en marzo 12 del 2019.

Para 2018 el 94,4% de la población del país se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Las mujeres (95,8%) registran una cobertura tres p.p. por encima en comparación con los hombres (93,1%).

Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada cuenta con coberturas superiores al 85%; en Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Vaúpes, La Guajira, Nariño y Archipiélago de San Andrés las coberturas están entre 66% y 84,5%. Cabe señalar que Guaviare (66,7%) resgistro la más baja cobertura de afiliación al SGSSS.

El Archipiélago de San Andrés, Vaupés y Guaviare registran las coberturas más bajas estadísticamente significativas comparadas con el país con nivel de confiabilidad del 95%. Aunque a nivel nacional el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (45,5%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (44,9%), en Amazonas, Arauca, Bolívar, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Huila, La Guajira,



Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Vichada más del 60% de afiliados pertenece al régimen subsidiado.

Antioquia, Bogotá D.C., Risaralda, Archipiélago de San Andrés, Santander y Valle del Cauca tienen un porcentaje de afiliación al régimen contributivo mayor del 50%, mientras en Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, Nariño, Putumayo, Vaupés y Vichada tienen menos del 15% de afiliados que pertenecen a este régimen, con una diferencia estadísticamente significativa al 95%. (Tabla 22)

Tabla 22. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen de afiliación, 2018

Departamento	Subsidiado	Contributivo	Excepción	Total
Guainía	94,8%	13,1%	2,2%	110,0%
Sucre	87,6%	17,4%	2,5%	107,6%
Vichada	83,9%	9,6%	1,8%	95,3%
Cesar	77,4%	29,4%	2,3%	109,1%
Arauca	75,4%	16,5%	2,1%	94,0%
Córdoba	73,6%	16,5%	2,3%	92,3%
Chocó	71,6%	9,4%	2,5%	83,5%
Putumayo	71,2%	11,9%	2,6%	85,8%
Magdalena	70,7%	28,1%	2,3%	101,1%
Norte de Santander	70,4%	30,1%	2,0%	102,6%
La Guajira	69,9%	12,9%	1,5%	84,3%
Amazonas	67,3%	19,8%	2,6%	89,7%
Cauca	67,1%	19,4%	1,9%	88,4%
Bolívar	65,8%	29,1%	2,0%	96,9%
Huila	63,7%	26,5%	2,1%	92,4%
Nariño	62,3%	14,6%	1,8%	78,7%
Caquetá	61,6%	14,5%	2,1%	78,1%
Vaupés	59,5%	7,6%	2,6%	69,7%
Casanare	59,4%	39,9%	2,6%	102,0%
Atlántico	52,7%	43,9%	1,5%	98,1%
Guaviare	50,9%	14,2%	1,6%	66,7%
Tolima	50,9%	33,9%	1,9%	86,6%
Boyacá	50,4%	34,7%	2,4%	87,4%
Meta	49,9%	41,3%	1,8%	92,9%
Santander	43,9%	51,8%	3,3%	99,0%
Quindío	41,4%	46,0%	1,7%	89,2%
Risaralda	40,1%	54,6%	1,6%	96,3%
Caldas	39,3%	45,8%	2,0%	87,1%
Valle de Cauca	36,5%	52,3%	1,2%	90,1%
Antioquia	34,9%	57,1%	1,6%	93,6%
Cundinamarca	30,4%	48,8%	1,1%	80,3%
San Andrés	16,6%	53,9%	1,3%	71,8%
Bogotá D.C.	14,2%	76,8%	1,7%	92,7%
<b>Colombia</b>	<b>45,5%</b>	<b>44,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>94,4%</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos BDUJ\_CUBO\_Sispro, MSPS, consultado en diciembre 20 del 2019.



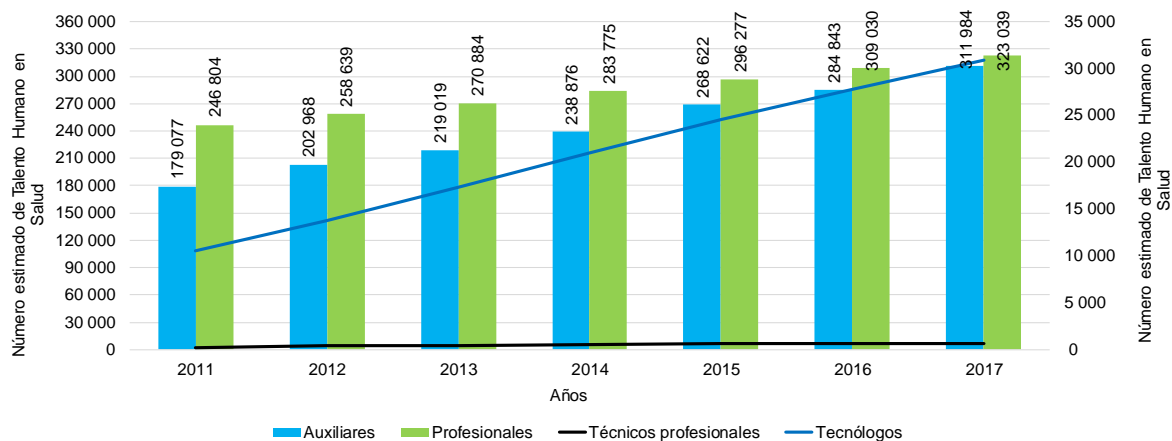
## Talento humano

### Número estimado de talento humano en salud

Número estimado de personas con formación en áreas de la salud, se conoce también como el número de efectivos, inventario o stock de talento humano en salud, se presenta en términos absolutos y no corresponde a puestos de trabajo o a personas empleadas<sup>86</sup>. Para la proyección del número estimado del talento humano en salud, se usa un modelo matemático de pronóstico lineal, que utiliza como insumo las variables de graduados y convalidados como elementos de entrada y otras tres variables relacionadas con la salida, que son las defunciones en población entre 25 y 64 años de edad, la migración población entre 25 y 64 años y las jubilaciones de personas de 65 años y más<sup>87</sup>.

De acuerdo, a los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud, (OTHS) de MINSALUD, en Colombia, el número estimado de profesionales de salud para 2017 fue 323.039, lo cual indica que se disponían de 471 profesionales de salud más en 2011 (246.804). Al igual el dato absoluto de talento humano entre 2011 y 2017, describe una tendencia al incremento. Así mismo, describe una tendencia creciente para las auxiliares, técnicos profesionales y tecnólogos. Las auxiliares pasan de 179.077 en 2011 a 311.984 en 2017, es decir 132.907, más con respecto al 2017. Los técnicos profesionales en 2011 habían 196 y en 2017 hay 668, existen de más 76.235 tecnólogos profesionales. Los tecnólogos registrados fueron 10.539 y 30.921, entre 2011 y 2017, respectivamente, teniendo un incremento de 20.382. (Gráfico 66)

Gráfico 66. Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011– 2017



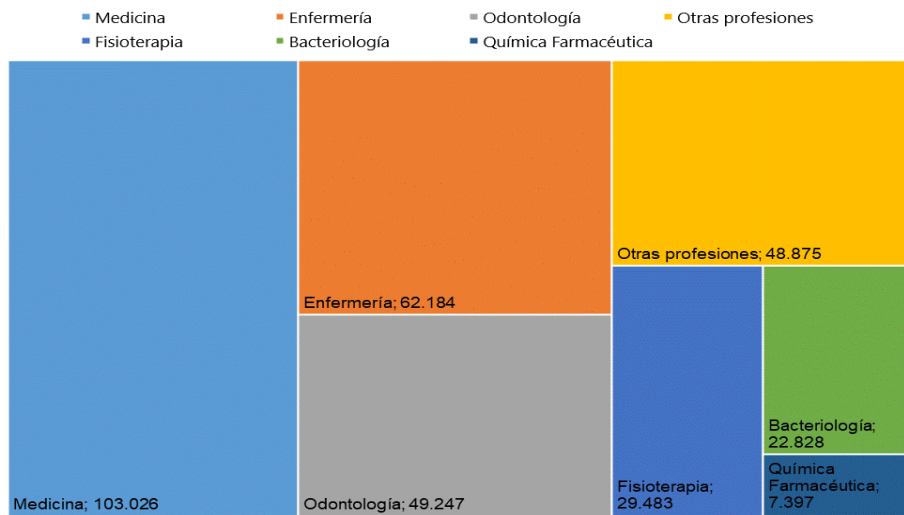
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 27 de marzo de 2019.





Según datos del OTHS de MINSALUD, en 2017, de los profesionales de salud, que más dispone el país según el área del conocimiento corresponde a médicos (31,9%), seguidos de enfermería (19,2%), odontología (15,2%) y otras profesiones (15,1%). Cabe señalar que fisioterapia (9,1%), bacteriología (7,1%), y química farmacéutica (2,3%) registran valores por debajo del 10% durante el año de análisis. (Gráfica 67)

Gráfico 67. Número estimado de talento humano en salud, según área del conocimiento, Colombia 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 27 de marzo de 2019.

Densidad estimada de talento humano en salud (por 10.000 habitantes)

La densidad estimada del talento humano en salud, es la relación entre el número estimados de profesionales de medicina y enfermería, respecto a la población de un territorio. Entre 2011 y 2017, describe una tendencia al aumento al pasar de 94,08 a 135,2 respectivamente. La densidad calculada es 42,6% veces que la registrada en el 2011, lo cual indica que disponían de 26 medicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes. Cumpliendo la meta regional en recurso humano en salud, de 25 profesionales por cada 10.000 según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para 2017, Colombia cuenta con 21 médicos por cada 10.000 habitantes, se observa una mayor densidad en Bogotá, D.C. (39,5), Atlántico (26,9), Risaralda (23,4), Santander (23,2), Valle del Cauca (21,5), Huila (21,2) y Antioquia (19,9). En Chocó (5,6) y Vaupés (3,8) son territorios donde se observa menor densidad. (Tabla 23) (Mapa 24)



La salud  
es de todos

Minsalud

En este mismo año, el país dispone de 13 enfermeras por cada 10.000 habitantes, con mayor presencia en los territorios de Bogotá, D.C. (22,1), Risaralda (18,8), Santander (16,8), Atlántico (15,7), Caldas (14,3), Cesar (14,3) y Quindío (13,6). En Norte de Santander (10,4), Boyacá (10,2), Nariño (10,1), Magdalena (10,1), Sucre (9,9), Huila (9,5), Arauca (9,4), Bolívar (9,3), Tolima (9,1), Cauca (9,1), Vaupés (9,0), Antioquia (8,7), Cundinamarca (8,4), Putumayo (7,5), Córdoba (6,8), La Guajira (6,5), Chocó (6,3), Caquetá (5,5), registraron valores por debajo de la densidad promedio nacional para enfermería. (Tabla 23) (Mapa 24)

Se disponen de 10 profesionales en odontología por cada 10.000 habitantes en el país en 2016. En Bogotá, D.C. (22,2), Amazonas (16,6), Quindío (11,3), Caldas (10,9), y Casanare (10,5) son los territorios donde se concentran dichos profesionales. Por otra parte, Colombia cuenta con seis fisioterapeutas por cada 10.000 habitantes y los territorios donde se observa mayor presencia son Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander y Cauca. Se observa déficit de esta profesión en Caquetá, Guaviare, Chocó y Vaupés.

En 2016, a nivel nacional registró cinco profesionales en bacteriología por cada 10.000 habitantes. El 39,39% (13) de los territorios de Bogotá, D.C. (8,9), Amazonas (7,8), Arauca (7,1), Santander (6,6), Norte de Santander (6,5), Cesar (6,0), Casanare (5,5) y Atlántico (5,1) concentraron más bacteriólogos. Vaupés (1,7) y Chocó (1,8) registran densidad inferior a dos bacteriólogos por cada 10.000 habitantes. (Tabla 23) (Mapa 24)

A nivel nacional, por cada 10.000 habitantes, se disponen de 2,4 profesionales de fonoaudiología, 2,2 profesionales de instrumentación quirúrgica, 1,6 profesionales en nutrición y dietética. Las profesiones de terapia ocupacional y química farmacéutica cuentan con 1,4 y terapia respiratoria con el 1,2 por cada 10.000 habitantes. (Mapa 24)

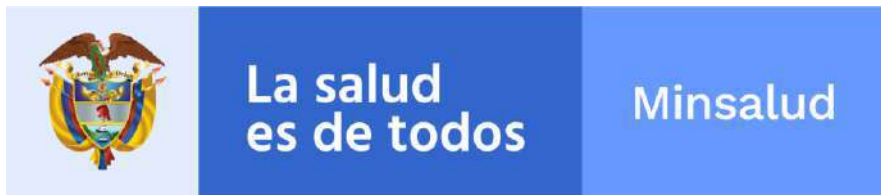


Tabla 23. Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2017

Departamento	Medicina		Enfermería		Odontología		Bacteriología	
	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número
Bogotá, D.C.	39,5	31.914	22,1	17.863	22,2	17.970	8,9	7.184
Atlántico	26,9	6.770	15,7	3.957	7,6	1.920	5,1	1.286
Risaralda	23,4	2.252	18,8	1.808	8,5	823	3,2	313
Santander	23,2	4.837	16,8	3.496	10,3	2.139	6,6	1.373
Valle del Cauca	21,5	10.128	12,0	5.662	9,6	4.526	3,0	1.423
Huila	21,2	2.511	9,5	1.123	6,0	711	2,8	334
Antioquia	19,9	13.168	8,7	5.742	8,8	5.839	3,4	2.225
Caldas	19,6	1.945	14,3	1.417	10,9	1.077	4,6	456
Cesar	18,5	1.947	14,3	1.503	5,3	557	6,0	627
Quindío	18,3	1.044	13,6	780	11,3	645	3,9	221
Bolívar	17,1	3.673	9,3	1.989	6,3	1.359	4,8	1.033
Casanare	15,9	587	10,6	393	10,5	388	5,5	202
Boyacá	15,1	1.930	10,2	1.300	8,2	1.048	4,3	547
Amazonas	15,0	117	13,1	102	16,6	130	7,8	61
Meta	14,0	1.395	12,0	1.202	9,2	919	3,8	378
Sucre	13,9	1.206	9,9	859	4,9	425	4,2	367
Tolima	13,6	1.919	9,1	1.287	7,3	1.039	3,2	451
Magdalena	13,4	1.723	10,1	1.297	5,9	754	2,9	379
Norte de Santander	12,8	1.767	10,4	1.431	7,2	993	6,5	902
Nariño	12,6	2.247	10,1	1.807	6,7	1.192	2,3	414
Arauca	12,4	332	9,4	252	7,0	187	7,1	190
Cauca	11,9	1.669	9,1	1.276	4,7	663	2,0	284
Córdoba	11,8	2.076	6,8	1.201	4,4	784	3,4	592
Cundinamarca	10,9	3.009	8,4	2.323	6,0	1.658	2,9	790
Putumayo	9,7	343	7,5	266	5,3	187	3,0	107
Caquetá	9,5	466	5,5	269	4,5	222	2,4	118
La Guajira	9,2	934	6,5	654	3,3	330	2,8	287
Chocó	5,6	288	6,3	322	2,8	141	1,8	92
Vaupés	3,8	17	9,0	40	6,0	27	1,7	7
Archipiélago de San Andrés	0,0	571	0,0	305	0,0	388	0,0	81
Guainía	0,0	53	0,0	66	0,0	58	0,0	26
Guaviare	0,0	114	0,0	110	5,2	59	0,0	29
Vichada	0,0	73	0,0	83	0,0	92	0,0	49
<b>Colombia</b>	<b>20,9</b>	<b>103.026</b>	<b>12,6</b>	<b>62.184</b>	<b>10,0</b>	<b>49.247</b>	<b>4,6</b>	<b>22.828</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 27 de marzo de 2019.

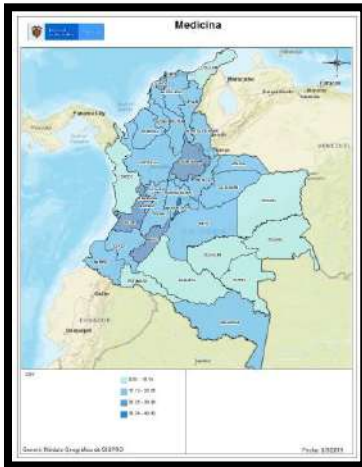


La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 24. Densidad estimada de Talento Humano en Salud (por 10.000 habitantes), según departamentos Colombia, 2017

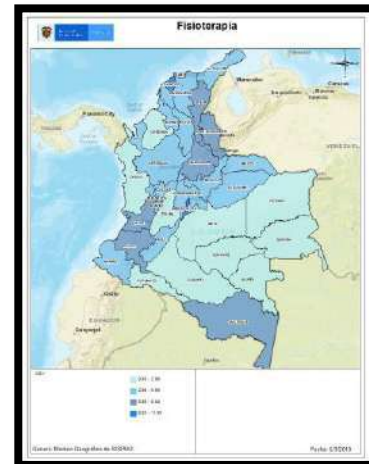
Medicina



Enfermería



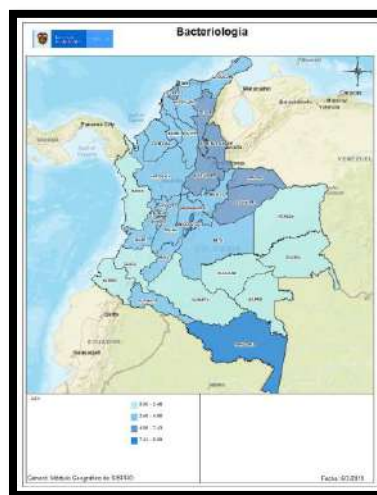
Fisioterapia



Odontología



Bacteriología



Química farmacéutica







La salud es de todos

Minsalud

### Nutrición y dietética



### Fonoaudiología



### Terapia respiratoria



### Optometría



### Terapia ocupacional



### Instrumentación quirúrgica



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 30 de noviembre de 2019. y elaboración 30 de noviembre de 2019 visor geográfico SISPRO



La salud  
es de todos

Minsalud

## Infraestructura

### Disponibilidad de IPS

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a abril de 2019, mostró 18.819 Institución Prestadora de Salud (IPS). El 19,4% (3.646) tenían carácter público, el 80,4% (15.151) privado y mixtas el 0,1% (22). Los territorios de Bogotá D.C (15,4%), Antioquia (10,7%), Valle del Cauca (9,9%), Atlántico (6,5%), Santander (5,3%), Bolívar (4,9%) y Córdoba (4,1%), fueron los que mayor proporción de IPS. Caquetá, Arauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentrados en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano. (Tabla 24) (Mapa 25)

El 53% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (18,2%), Antioquia (11,4%), Valle del Cauca (10,1%), Atlántico (7,5%) y Santander (5,55). Las IPS públicas se encuentran en Nariño (9,8%), Valle del Cauca (9,1%), Antioquia (7,8%), Córdoba (5,8%), Bolívar (5,8%), Cundinamarca (5,3%), Magdalena (5,1%), Santander (4,5%), Boyacá (4,3%), Cesar (4,1%), La Guajira (3,9%), Cauca (3,9%), Bogotá D.C. (3,7%) y Norte de Santander (3,5%). (Tabla 24) (Mapa 25)



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 24. Distribución de Institución Prestadora de Salud según naturaleza jurídica por departamentos de Colombia, 2019

Departamento	Número de IPS Pública	Número de IPS privada	Número de IPS mixtas	Número IPS
Bogotá D.C.	136	2.755	1	2.892
Antioquia	283	1.731	7	2.021
Valle del Cauca	331	1.534	1	1.866
Atlántico	83	1.133	1	1.217
Santander	165	838		1.003
Bolívar	212	710		922
Córdoba	213	564		777
Nariño	357	378	2	737
Cundinamarca	193	506		699
Magdalena	187	425		612
Cesar	149	445		594
Tolima	124	411	2	537
Boyacá	157	369		526
Sucre	77	436	1	514
Norte de Santander	128	339		467
Cauca	142	310		452
Meta	63	369		432
La Guajira	144	220		364
Risaralda	50	295		345
Caldas	79	251	1	331
Huila	72	253		325
Choco	36	200	2	238
Quindío	36	193		229
Casanare	30	161	3	194
Arauca	50	104	1	155
Caquetá	45	73		118
Putumayo	29	86		115
Vaupés	45	1		46
Guaviare	13	14		27
Amazonas	12	14		26
Archipiélago de San Andrés		19		19
Vichada	5	6		11
Guainía		8		8
<b>Colombia</b>	<b>3.646</b>	<b>15.151</b>	<b>22</b>	<b>18.819</b>

Fuente: Elaboración a partir de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), consultado abril 2019 Ministerio de Salud y Protección Social.





La salud  
es de todos

Minsalud

### Disponibilidad de transporte asistencial

En Colombia, se disponen de transportes de acuerdo la modalidad en terrestres, aéreo, fluvial y marítimos, que son destinados exclusivamente al transporte de heridos o enfermos, del personal de salud y del equipo o insumos. Así mismo, se pueden clasificar según el servicio en básicas y medicalizadas. Para 2019, se disponen de 6.129 ambulancia, con un promedio de 186 ambulancias a nivel departamental. Según la modalidad el 98,0% (6.009) son ambulancias terrestres, el 0,8% (49) corresponden ambulancias aéreas. El 0,962% (59) y 0,20% (12) son ambulancias de tipo fluvial y marítima respectivamente.

En 2019, los territorios que concentran más del 57,9% de las ambulancias básicas se ubican en Bogotá D.C (545), Valle del Cauca (544), Antioquia (507), Santander (308), Cundinamarca (299), Boyacá (211), Tolima (206) y Atlántico (198). En tanto que las el transporte medicalizada se registró más del 51,4% en Bogotá D.C (213), Antioquia (96), Valle del Cauca (85), Atlántico (68), Cesar (67), Bolívar (65) y Santander (54).(Tabla 25)

El 42,4% (14) de los departamentos la razón de ambulancias es superior al valor del país, que se encuentra en 1,2 por 10.000 habitantes,según, la OMS la norma internacional es de 1 ambulancia por 25.000 habitantes, el país cumple con la recomendación. Sin embargo, el único departamento con déficit de ambulancia es Guainía. (Tabla 25)

Tabla 25. Ambulancias por cada 10.000 habitantes, 2019

Departamentos	Ambulancia			Proporción total	Razón por cada 10.000 habitantes
	Básica	Medicalizada	Total		
Bogotá D.C	545	213	758	12	1,0
Valle del cauca	544	85	629	10	1,3
Antioquia	507	96	603	10	0,9
Santander	308	54	362	6	1,7
Cundinamarca	299	46	345	6	0,9
Atlántico	198	68	266	4	0,6
Tolima	206	50	256	4	1,8
Boyacá	211	27	238	4	0,9
Meta	181	46	227	4	1,1
Nariño	186	29	215	4	2,2
Cesar	141	67	208	3	1,2
Bolívar	137	65	202	3	0,9
Huila	141	39	180	3	1,2
Cauca	154	24	178	3	2,5
Norte de Santander	137	33	170	3	1,2
Córdoba	124	43	167	3	0,6
Caldas	141	19	160	3	1,9
Magdalena	111	31	142	2	1,0
Sucre	90	43	133	2	1,5
Risaralda	99	20	119	2	1,4
La Guajira	60	51	111	2	1,5
Casanare	74	23	97	2	1,5
Putumayo	40	49	89	1	1,2
Quindío	71	10	81	1	2,4
Caquetá	62	13	75	1	1,6
Arauca	49	8	57	1	2,1
Chocó	28	3	31	1	1,9
Guaviare	8	6	14	0	0,2
San Andrés y Providencia	5		5	0	1,2
Vichada	5		5	0	0,6
Amazonas	3		3	0	0,4
Vaupés	2		2	0	0,4
Guainía	1		1	0	1,2
<b>Colombia</b>	<b>4.868</b>	<b>1.261</b>	<b>6.129</b>	<b>100,00</b>	<b>1,2</b>

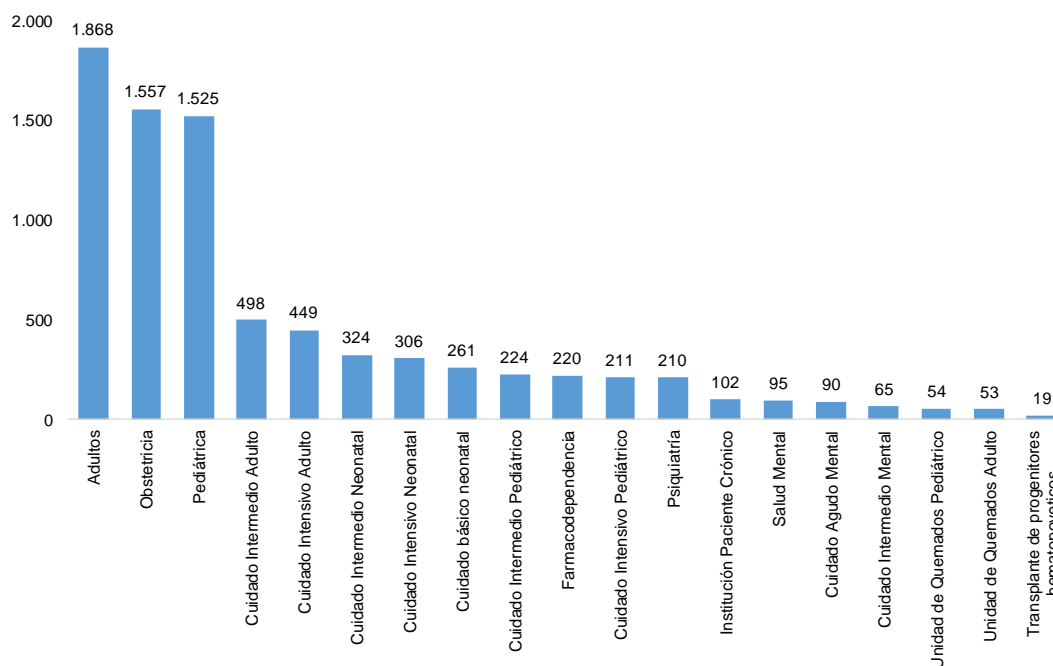
Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Consultado abril de 2019.

### Disponibilidad de camas

#### Camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal

Según el REPS a abril de 2019, en Colombia, disponía 8.131 camas, distribuidas por modalidad: adultos con el 23,0 (1.868), obstetricia con el 19,1% (1.557), pediátrica con el 18,8% (1.525), cuidado intermedio adulto con el 6,1% (498), cuidado intensivo adulto con el 5,5% (449), cuidado intermedio neonatal con el 4,0 (324), cuidado intensivo neonatal con el 3,8% (306), cuidado básico neonatal con el 3,2% (261), cuidado intermedio pediátrico con el 2,8% (224). (Gráfico 68)

Gráfico 68. Número camas según área del conocimiento, Colombia 2019\*



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) \*Consultado abril de 2019.

Los territorios de Antioquia (12,2%), Bogotá D.C (10,0%), Atlántico (8,1%), Valle del Cauca (7,0%), Bolívar (5,5%), Santander (5,5%) y Cesar (3,9%) concentran el 52,4% (4.257) de todas las modalidades de camas registradas en el REPS\*. En contraste Vaupés y Guainía registraron 9 y 6 camas, respectivamente. (Tabla 26)

\* Camas incluye las modalidades adultos, obstetricia, pediátrica, cuidado intermedio adulto, cuidado intensivo adulto, cuidado intermedio neonatal, cuidado intensivo neonatal, cuidado básico neonatal, cuidado intermedio pediátrico, farmacodependencia, cuidado intensivo pediátrico, psiquiatría, institución paciente crónico, salud mental, cuidado agudo mental, cuidado intermedio mental, unidad de quemados pediátrico, unidad de quemados adulto y transplante de progenitores hematopoyéticos.



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 26. Distribución de camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal, Colombia 2019\*

Departamento	Numero de camas	Población 2019	Razón por cada 10.000
Antioquia	994	6.768.388	1,5
Bogotá D.C	817	8.281.030	1,0
Atlántico	658	2.573.591	2,6
Valle del cauca	569	4.804.489	1,2
Bolívar	449	2.195.495	2,0
Santander	449	2.100.704	2,1
Cesar	321	1.077.770	3,0
Córdoba	319	1.813.854	1,8
Magdalena	307	1.312.428	2,3
Tolima	277	1.423.719	1,9
Cundinamarca	272	2.845.668	1,0
Nariño	250	1.830.473	1,4
Sucre	249	885.835	2,8
Norte de Santander	237	1.402.695	1,7
Cauca	216	1.426.938	1,5
Meta	198	1.035.256	1,9
Huila	189	1.211.163	1,6
Boyacá	188	1.284.375	1,5
Caldas	182	995.822	1,8
Chocó	159	520.296	3,1
La Guajira	155	1.067.063	1,5
Risaralda	126	972.978	1,3
Quindío	117	578.268	2,0
Caquetá	102	502.410	2,0
Casanare	100	381.554	2,6
Putumayo	75	363.967	2,1
Arauca	40	273.321	1,5
Amazonas	35	79.739	4,4
Guaviare	30	117.494	2,6
Vichada	21	79.134	2,7
San Andrés y Providencia	15	79.060	1,9
Vaupés	9	45.367	2,0
Guainía	6	44.134	1,4
<b>Colombia</b>	<b>8.131</b>	<b>50.374.478</b>	<b>1,6</b>

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Consultado abril de 2019.



La salud  
es de todos

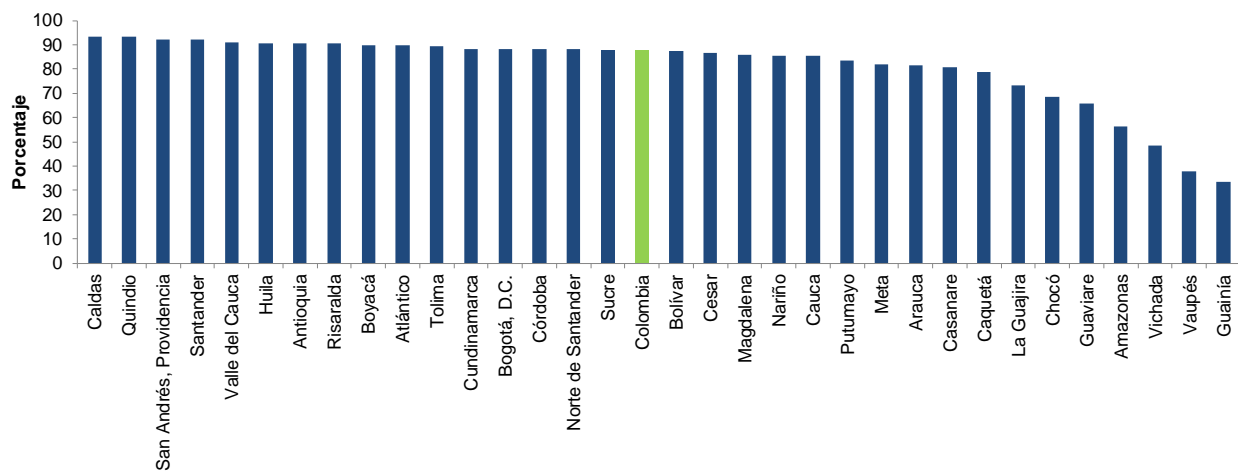
Minsalud

### Acceso a servicios básicos de salud

De acuerdo la OMS, “la atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período posnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido a la vez que permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud”<sup>88</sup>. En América Latina, en 2017 cerca del 86,1% de las mujeres asisten cuatro veces a los controles prenatales; en países de la región Uruguay (96,5%), Brasil (91,0%) y Perú (88,9%) registraron valores por encima de la región y Colombia (87,7%). Sin embargo, la República Bolivariana de Venezuela registro el 83,8%.<sup>87</sup>

En Colombia, según la END 2015 el 92,9% de las mujeres entre 13 y 49 años recibieron atención prenatal de un profesional médico. De acuerdo con los registros de estadísticas vitales, para 2017 el 87,7% de los nacidos vivos tuvieron cuatro o más controles prenatales. En la mayoría de los departamentos este indicador se encuentra por encima del 80%. Entre tanto, en los territorios de Chocó (68,4%), Guaviare (65,8%), Amazonas (56,3%), Vichada (48,4%), Vaupés (37,9%) y Guainía (33,4%) se registran por debajo del 70% siendo los porcentajes significativamente más bajos que el nacional, con un nivel de confianza del 95%. (Gráfico 69)

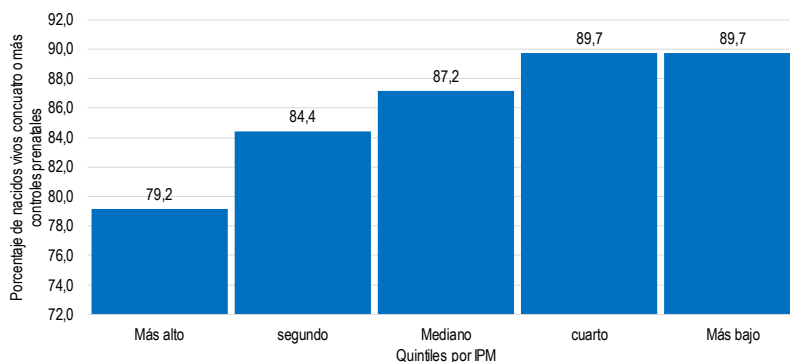
Gráfico 69. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado septiembre de 2019.

Según quintil de IPM, se observa que los departamentos en mayor desventaja económica experimentan 11 puntos porcentuales menos de cobertura de control prenatal que los departamentos más aventajados económicamente. (Gráfico 70)

Gráfico 70. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017

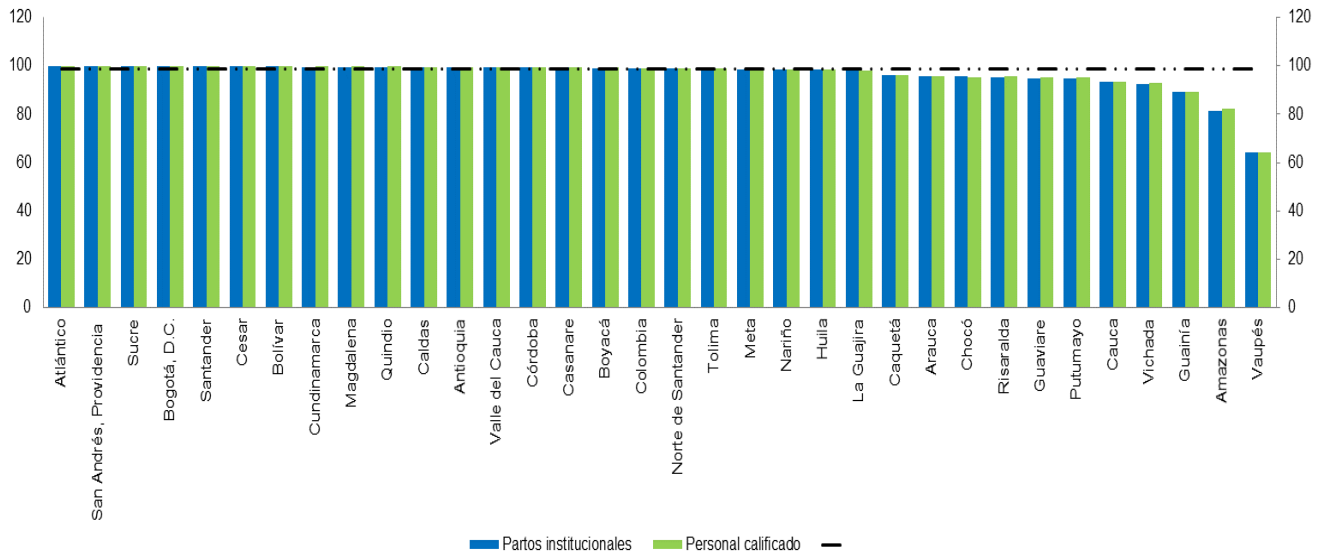


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2019.

En 2014 en el mundo el 80,1% de los nacimientos son atendidos por personal entrenado<sup>89</sup>. Durante el periodo 2005 a 2017 los partos en Colombia fueron atendidos por profesional calificado en mas del 96,5% de los casos, con una tendencia creciente al pasar de 96,6% (2005) a 99,0% (2017) respectivamente. De acuerdo con la ENDS 2015 el 95,9% de los partos fue atendido por personal calificado. Consecuentemente según estadísticas vitales para 2017 el 98,9% de los partos fueron atendidos institucionalmente, aumentando en 2,2 puntos porcentuales con respecto al 2005. Los departamentos tuvieron porcentajes de atención por debajo del 90% fueron Amazonas (81,5%), Guainía (89,3%) y Vaupés (64,1%). Este comportamiento departamental es similar para los dos indicadores. (Gráfico 71)

La atención del parto por personal calificado fue más alta en el área urbana (99,8%) en comparación con el área rural dispersa (95,1%), es decir 4,7 puntos porcentuales más en la zona urbana para 2017.

Gráfico 71. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y porcentaje de atención institucional, 2017

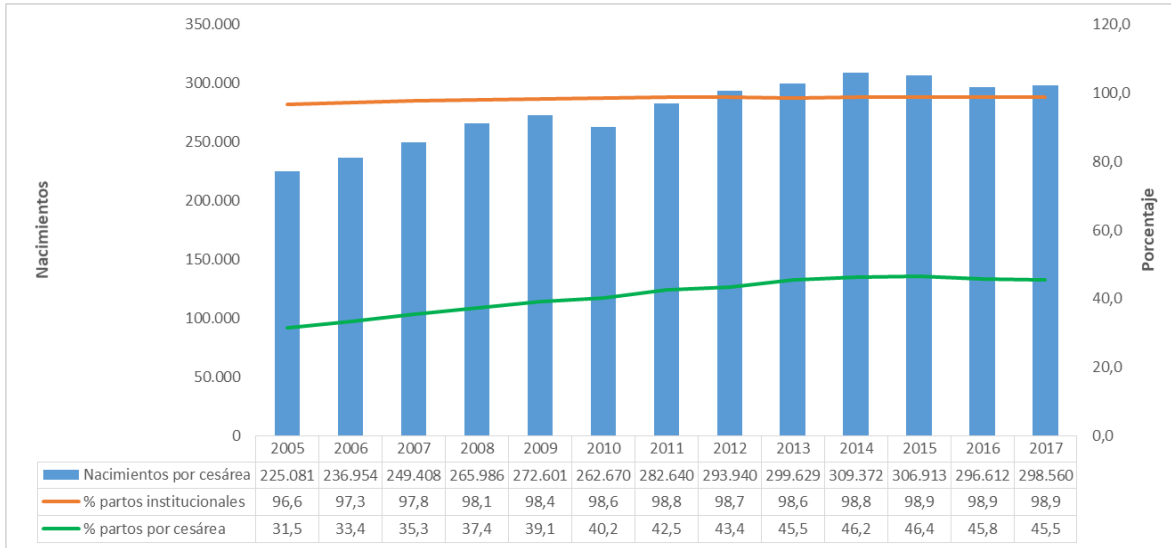


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2019.

En Colombia, aunque el porcentaje de partos por cesárea se ha incrementado en 14 p.p. entre 2005 y 2017. Así mismo, los partos atendidos institucionalmente se ha mantenido en niveles altos invariablemente, para 2017 el 45,5% de los nacimientos se atendieron quirúrgicamente evidenciando el gran problema de salud pública que representa este asunto, teniendo en cuenta el costo que genera la injustificada sobreintervención quirúrgica al sistema sanitario, perjudicando el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, genera consecuencias importantes tanto para las personas como para el bien común<sup>90</sup>. (Gráfico 72) En la zona urbana en 2017 el parto por cesárea fue de 47,9% y 33,8% en el área rural dispersa, si bien se muestra una tendencia creciente en ambas zonas de 13,3 p.p y 14,8 p.p para el área urbana y rural dispersa respectivamente, entre 2005 y 2017.



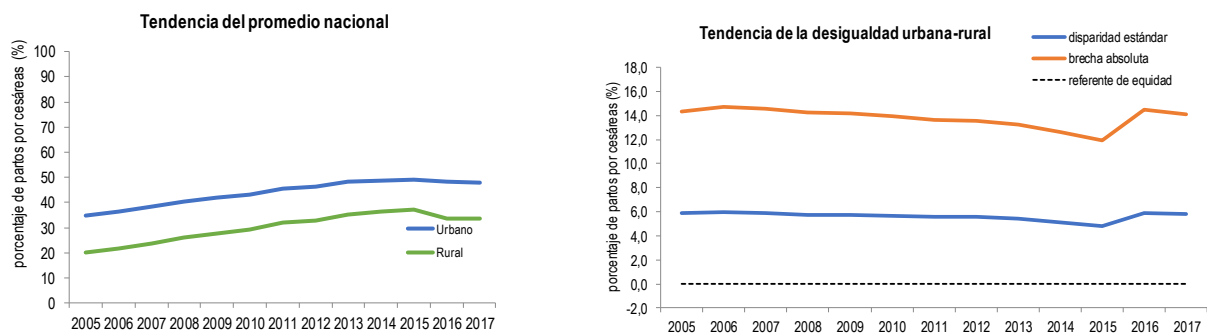
Gráfico 72. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el noviembre de 2019.

Entre 2005 y 2017 el porcentaje de partos por cesáreas en Colombia ha pasado del 31,5% al 45,5%. Por área de residencia se observa que el porcentaje es mayor en el área urbana que en el área rural aunque su tendencia en ambos casos tiende al incremento. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015 para luego incrementar la desigualdad a favor del área urbana. (Gráfico 73)

Gráfico 73. Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 2 de mayo de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

Existen grandes diferencias en el país en cuanto a la atención del parto por cesárea, se observa que en el Archipelago de San Andrés (73,0%), Sucre (70,5%), Atlántico (67,6%), Córdoba (66,8%), Magdalena (65,4%), Cesar (58,6%), Bolívar (58,4%), Norte de Santander (53,4%), Santander (52,2%) y Nariño (50,9%) el porcentaje de cesáreas es mayor que en el resto del país superando el 50% de los partos atendidos por cesárea. (Mapa 26)

Mapa 25. Porcentaje de cesáreas según departamento, 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, elaboración 1 Noviembre de 2019 visor geográfico SISPRO.



La salud  
es de todos

Minsalud

## Capítulo 4. Situación epidemiológica



La salud  
es de todos

Minsalud

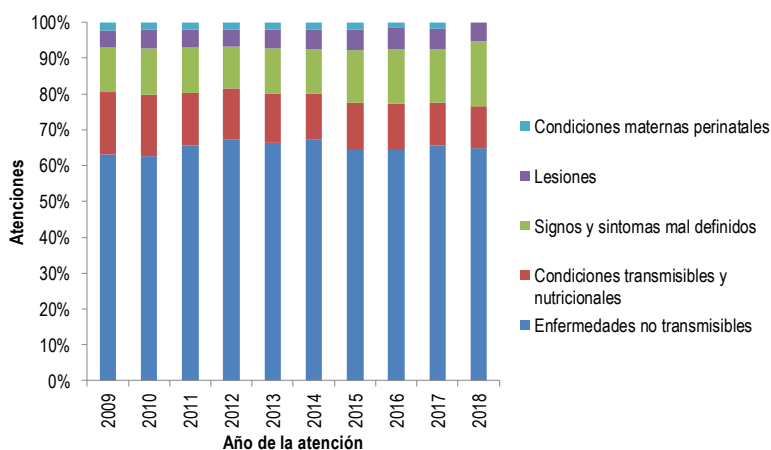
## Morbilidad

### Morbilidad atendida

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y 2018 se atendieron 50.657.518 personas y se prestaron 811.839.877 atenciones, es decir que en promedio una persona recibió 16 atenciones. En promedio se prestaron 81.183.987,7 atenciones anuales durante el periodo, con una desviación estándar de 24.403.996,9. El mínimo de atenciones se registro en 2018 (39.264.538) y el máximo de atenciones se reportó en 2014 (119.688.802). El 60,03% (487.339.505), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 33,71% (273.692.250) en el régimen subsidiado y el 1,58% (12.838.536) de las atenciones se registró en población pobre no asegurada.

Las atenciones que se encuentran en primer lugar responden al motivo de consulta enfermedades no transmisibles y aportan el 65,4% (531.023.713) de las atenciones realizadas a 42.453.271 personas, con una razón de 13 atenciones por persona, le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con 27.012.829 personas que demandaron el 13,8% (112.282.855) de las atenciones para una razón de 4 atenciones por persona. Las lesiones causaron el 5,4% (43.434.604) de las atenciones prestadas a 14.437.008 personas y responden a una razón de 3 atenciones por persona. Las condiciones maternas y perinatales causaron el 2,0% (16.000.982) de las atenciones prestadas a 3.849.037 personas siendo una razón de 4 atenciones por persona. En general todas las causas muestran una tendencia creciente. (Gráfico 74)

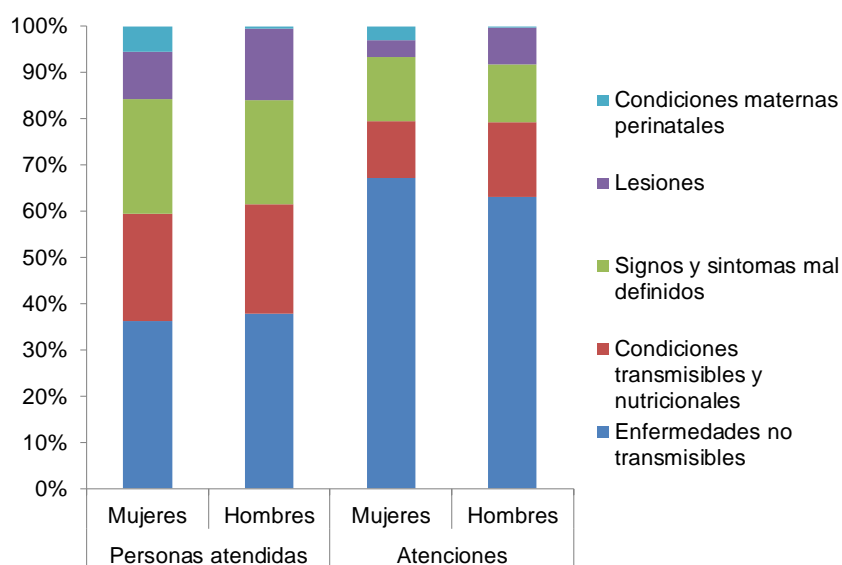
Gráfico 74. Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2009 y 2018, la proporción según sexo es de un 61,5% (494.108.601) en las mujeres y un 38,5% (309.130.924) en los hombres, para una razón de mujer: hombres de 1,60. Entre las mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 67,1% del total de las atenciones prestadas, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 12,3% de las atenciones. Con un comportamiento similar en los hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 63,8% y las condiciones transmisibles y nutricionales el 16,9%. La tercera causa tanto para mujeres como para hombres (13,8%) y hombres (13,4%) fueron los signos y síntomas mal definidos. (Gráfico 75)

Gráfico 75. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2018



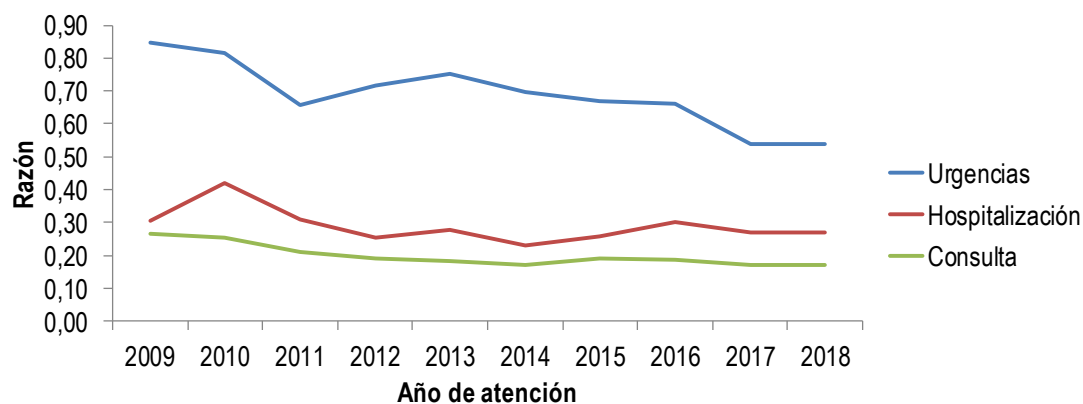
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

El 92,34% (705.946.753) de las atenciones fueron en consulta con media anual de 74.966.365,4 atenciones y desviación estándar de 22.056.086,1. El 5,72% (4.938.695) en urgencias, con media anual de 4.640.493,7 y desviación estándar de 1.940.653,9. Y el 1,94% (1.661.375) en hospitalización, con media anual de 1.577.128,6 y desviación estándar de 539.860,3.

La razón condiciones transmisibles y nutricionales/enfermedades no transmisibles en urgencias tiene una tendencia fluctuante en el periodo 2009 a 2018. En cuanto a las hospitalizaciones, las condiciones transmisibles y nutricionales fueron más frecuentes al inicio del periodo, así mismo, en consulta externa, se observa que a medida que pasa el tiempo las enfermedades no transmisibles son causa más frecuente de consulta,

desplazando a las condiciones transmisibles y nutricionales, con una razón que pasó de 0,27 a 0,17 entre 2009 y 2018. (Gráfico 76)

Gráfico 76. Razón condiciones transmisibles y nutricionales/enfermedades no transmisibles según tipo de atención, 2009-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

## Morbilidad atendida por ciclo vital

### Primera infancia (0 a 5 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 70.684.079 niños y niñas menores de cinco años de edad, con una media anual 7.853.787 y desviación estándar de 2.227.734, el mínimo de atenciones se registro en 2016 (5.730.819) y máximo en 2014 (10.666.553).

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2018 la primer causa de consulta en este grupo de edad son las condiciones transmisibles y nutricionales con un 42,90% (30.321.679) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que causaron el 37,27% (26.341.488) de las atenciones, estas ultimas presentan un aumento en la demanda de atención con respecto a 2017. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos. (Tabla 27)



La salud  
es de todos

Minsalud

#### Infancia (6 a 11 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 44.500.376 niños y niñas en este grupo de edad, con una media anual 4.944.486 y desviación estándar de 1.391.274, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (3.335.321) y máximo en 2014 (6.643.210).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 55,83% (24.843.606) de la demanda, luego se encuentran, las condiciones transmisibles y nutricionales con 25,52% (11.358.516) de las atenciones, sin presentar diferencias importantes según sexo. (Tabla 27)

#### Adolescencia (12 a 18 años)

En el periodo de observación 2009 - 2018 se atendieron a 49.923.873 adolescentes y una media anual 5.547.097 y desviación estándar de 1.703.783, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (4.006.138) y máximo en 2014 (7.874.260).

Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de atención durante el periodo, generando el 60,10% (30.003.227) de la demanda. En tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 15,45% (7.717.368) de las atenciones. Por sexos no se observan diferencias importantes. (Tabla 27)

#### Juventud (14 a 26 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 117.467.969 jóvenes, con una media anual 13.051.997 y desviación estándar de 3.768.292, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (9.329.101) y máximo en 2014 (18.373.996).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 59,10% (69.426.72) de la demanda. En tercer lugar estan las condiciones transmisibles y nutricionales, con el 15,05% (17.679.398) de las atenciones, no hay deferencia importantes por sexo. (Tabla 27)

#### Adultez (27 a 59 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 324.326.160 adultos entre 27 y 59 años de edad, con una media anual de 36.036.240 y desviación estándar de 10.282.376, el mínimo de atenciones se registro en 2010 (24.416.468) y máximo en 2014 (50.304.339).





La salud  
es de todos

Minsalud

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención con el 74,02% (240.073.116) de la demanda. En tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales aportaron el 10,70% (34.718.330) de las atenciones, sin diferencias importantes por sexo. (Tabla 27)

#### Persona mayor (mayor de 60 años)

Entre 2009 y 2018 se atendieron a 157.720.379 adultos mayor, con una media anual 17.524.487 y desviación estándar de 5.492.395, el mínimo de atenciones se registro en 2009 (9.272.551) y máximo en 2014 (24.829.782).

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención, generando el 81,17% (135.904.827) de la demanda, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 5,59% (8.822.514) de las atenciones. (Tabla 27)



Tabla 27. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, 2009-2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres										Mujeres										Total												
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-7	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-7	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-7
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones maternas perinatales	2,31	2,30	2,88	2,44	2,33	2,42	2,92	1,16	1,21	1,08	-0,13	2,43	2,45	2,86	2,40	2,32	2,42	2,90	1,17	1,17	1,03	-0,15	2,37	2,37	2,87	2,42	2,32	2,42	2,91	1,17	1,19	1,05	-0,14
	Condiciones transmisibles y nutricionales	46,36	44,91	45,42	44,63	41,76	39,18	37,82	38,00	37,08	35,09	-1,98	45,79	44,19	45,08	44,33	41,68	39,05	37,71	38,15	37,08	35,32	-1,77	46,09	44,57	45,26	44,49	41,73	39,12	37,77	38,07	37,08	35,20	-1,88
	Enfermedades no transmisibles	33,18	32,75	30,99	33,46	36,08	38,36	37,14	37,09	38,62	38,67	0,04	34,11	33,69	31,70	34,19	36,47	38,83	37,60	37,00	38,61	38,23	-0,38	33,67	33,19	31,23	33,82	36,26	38,58	37,31	37,05	38,62	38,46	-0,15
	Lesiones	4,41	4,51	4,77	4,70	4,83	4,82	4,99	5,25	5,53	4,64	-0,89	3,65	3,72	3,97	3,91	4,06	4,03	4,13	4,40	4,71	4,03	-0,68	4,05	4,14	4,40	4,33	4,47	4,44	4,58	4,85	5,14	4,35	-0,79
	Signos y síntomas mal definidos	13,73	15,53	15,93	14,76	15,00	16,22	17,14	18,50	17,56	20,52	0,96	14,03	15,96	16,38	15,17	15,47	16,67	17,76	18,27	18,42	21,39	0,97	13,87	15,73	16,14	14,95	15,22	16,43	17,43	18,67	17,97	20,93	0,96
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas perinatales	0,07	0,13	0,06	0,05	0,06	0,12	0,27	0,54	0,64	0,59	-0,06	0,20	0,19	0,10	0,07	0,10	0,13	0,28	0,52	0,64	0,57	-0,06	0,14	0,16	0,08	0,06	0,08	0,12	0,27	0,53	0,64	0,58	-0,06
	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,31	28,78	28,82	29,97	22,66	21,16	21,62	28,74	24,03	21,43	-2,60	30,79	29,79	28,03	28,09	28,58	22,07	22,36	25,08	24,16	21,58	-2,58	30,30	29,27	28,41	28,51	23,11	21,60	21,98	24,91	24,09	21,50	-2,59
	Enfermedades no transmisibles	49,42	48,23	53,35	55,64	55,16	56,93	54,09	49,89	50,45	50,52	0,07	50,07	48,96	53,60	55,78	55,57	57,35	54,37	50,13	50,60	50,33	-0,27	49,75	48,59	53,47	55,71	55,36	57,13	54,23	50,01	50,52	50,43	-0,09
	Lesiones	6,84	7,32	7,28	6,62	7,07	6,99	7,17	7,18	7,14	6,13	-1,02	4,38	4,71	4,73	4,35	4,68	4,69	4,95	5,23	5,45	4,67	-0,78	5,62	6,04	6,04	5,51	5,91	5,87	6,09	6,24	6,33	5,43	-0,90
	Signos y síntomas mal definidos	13,85	15,54	14,49	13,73	15,04	14,80	16,84	17,65	17,73	21,33	3,60	14,56	16,35	15,55	14,71	16,07	15,76	18,04	18,03	19,16	22,85	3,70	14,20	15,94	15,01	14,20	15,54	15,27	17,43	18,31	18,42	22,06	3,85
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones maternas perinatales	0,12	0,11	0,06	0,05	0,06	0,07	0,11	0,20	0,24	0,27	0,03	5,47	5,03	5,12	5,27	5,84	5,74	5,13	4,65	5,14	5,12	-0,02	3,27	2,97	2,98	3,08	3,46	3,37	3,02	2,77	3,08	3,08	0,01
	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,15	20,55	17,18	16,72	15,87	14,81	14,58	14,92	14,11	12,28	-1,83	18,45	17,37	14,96	14,27	13,37	12,58	12,58	12,77	11,73	10,16	-1,57	19,97	18,71	15,90	15,30	14,40	13,51	13,42	13,68	12,73	11,05	-1,68
	Enfermedades no transmisibles	53,58	53,46	57,49	59,41	58,58	59,25	57,58	55,52	56,73	56,32	-0,41	56,37	56,56	59,05	60,87	58,69	59,72	57,69	56,67	56,52	54,30	-2,22	55,22	55,26	58,39	60,26	58,64	59,52	57,64	55,61	56,61	55,15	-1,46
	Lesiones	9,80	10,44	10,80	10,10	10,83	11,11	11,49	12,00	11,75	9,52	-2,22	3,81	4,21	4,19	3,95	4,30	4,42	4,70	5,09	5,17	4,37	-0,81	6,28	6,82	6,99	6,54	6,99	7,21	7,55	8,01	7,94	6,53	-1,41
	Signos y síntomas mal definidos	4,34	5,44	4,47	3,72	4,66	4,76	6,24	7,35	7,18	21,61	4,44	15,90	16,82	16,67	15,63	17,81	17,54	19,90	21,81	21,43	26,05	4,62	5,26	16,24	5,74	4,83	16,51	16,38	18,36	19,93	19,64	24,18	4,55
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas perinatales	0,10	0,11	0,06	0,05	0,06	0,05	0,08	0,16	0,17	0,18	0,01	9,29	8,63	8,98	8,59	9,24	9,10	8,54	7,48	8,30	7,88	-0,42	6,28	5,76	5,87	5,63	6,13	5,90	5,58	4,88	5,43	5,15	-0,28
	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,89	20,13	17,18	16,56	16,42	15,50	15,62	16,56	15,91	15,58	-0,33	15,81	15,63	13,88	13,05	12,59	12,20	12,38	12,97	11,89	11,21	-0,68	17,47	17,15	15,03	14,27	13,89	13,37	13,52	14,25	13,31	12,76	-0,55
	Enfermedades no transmisibles	54,59	54,02	56,71	58,83	57,95	58,15	55,50	53,27	54,57	54,32	-0,25	56,26	56,19	57,36	59,91	57,14	58,13	55,48	53,93	54,61	52,72	-1,89	55,71	55,45	57,13	59,54	57,41	58,14	55,49	53,70	54,59	53,29	-1,31
	Lesiones	11,23	11,83	12,61	12,00	12,58	13,40	14,49	15,05	14,54	12,48	-2,06	3,37	3,51	3,59	3,55	3,90	4,10	4,43	4,61	4,57	3,92	-0,65	5,95	6,32	6,74	6,48	6,84	7,38	7,95	8,33	8,09	6,95	-1,14
	Signos y síntomas mal definidos	3,18	3,92	3,44	2,56	3,00	2,89	4,30	4,96	4,80	17,43	2,63	15,27	16,03	16,20	14,91	17,13	16,48	19,16	21,00	20,64	24,28	3,64	4,59	5,32	5,23	4,09	5,73	5,21	7,46	8,85	18,58	21,85	3,28
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas perinatales	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,00	2,71	2,51	2,51	2,18	2,42	2,38	2,49	1,95	2,22	2,13	-0,09	1,82	1,68	1,66	1,44	1,60	1,56	1,63	1,29	1,46	1,38	-0,08
	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,51	13,54	11,65	11,16	11,52	11,21	11,83	12,07	11,49	11,47	-0,01	10,87	10,98	9,63	9,10	9,00	8,85	9,30	9,37	8,60	8,52	-0,08	11,73	11,83	10,31	9,80	9,86	9,67	10,17	10,30	9,59	9,57	-0,03
	Enfermedades no transmisibles	67,45	66,31	68,94	70,66	69,56	69,54	66,49	65,45	66,75	65,87	-0,88	71,49	70,63	72,65	74,34	72,97	73,16	70,13	69,60	70,36	68,18	-2,18	70,16	69,19	71,39	73,09	71,81	71,91	68,88	68,17	69,12	67,36	-1,76
	Lesiones	8,03	8,46	8,43	8,08	8,47	8,93	9,76	9,95	9,52	8,58	-0,94	3,02	3,15	3,15	3,15	3,47	3,58	3,72	3,86	3,79	3,45	-0,34	4,67	4,92	4,94	4,82	5,17	5,43	5,80	5,95	5,76	5,26	-0,49
	Signos y síntomas mal definidos	10,99	11,67	10,98	10,10	10,45	10,31	11,92	12,50	12,23	14,06	1,83	11,92	12,73	12,06	11,23	12,14	12,03	14,36	15,22	15,03	17,72	2,69	11,61	12,38	11,69	10,85	11,56	11,44	13,52	14,28	14,07	16,42	2,35
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas perinatales	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,05	0,01	0,00	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,04	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,89	6,58	5,46	5,28	5,21	5,12	5,57	5,10	4,90	4,54	-0,36	6,16	6,56	5,57	5,31	5,16	5,07	5,46	4,94	4,72	4,49	-0,23	6,05	6,57	5,52	5,30	5,18	5,09	5,50	5,00	4,79	4,51	-0,28
	Enfermedades no transmisibles	82,37	79,96	81,90	82,49	81,96	81,90	79,47	79,57	79,72	77,76	-1,96	82,30	80,90	82,72	83,39	83,08	83,05	80,73	80,72	80,57	77,58	-2,99	82,33	80,54	82,40	83,04	82,64	82,60	80,23	80,28	80,24	77,65	-2,59
	Lesiones	3,38	3,83	3,60	3,64	3,99	4,19	4,04	4,47	4,05	3,49	-0,56	3,16	3,45	3,32	3,34	3,61	3,74	3,44	3,91	3,57	3,24	-0,33	3,25	3,60	3,43	3,46	3,76	3,92	3,68	4,13	3,75	3,34	-0,42
	Signos y síntomas mal definidos	8,35	9,62	9,04	8,58	8,84	8,78	10,91	10,85	11,33	14,21	2,87	8,32	9,03	8,38	7,95	8,13	8,13	10,36	10,42	11,14	14,69	3,55	8,33	9,26	8,63	8,20	8,41	8,39	10,58	10,59	11,21	14,50	3,28

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

#### Morbilidad atendida por causas y departamentos

Entre 2009 y 2018, la mayoría de los departamentos describen el mismo patrón nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, signos y síntomas mal definidos y condiciones maternas y perinatales. Bogotá D.C, es la ciudad más poblada, por lo que aporta la mayor demanda de atenciones en salud, generando alrededor del 20% de las atenciones del país, lo cual hace que repunte para todas las causas.(Tabla 28)

La relación entre condiciones transmisibles y nutricionales y enfermedades no transmisibles muestra que a través del tiempo, en general, en todos los departamentos las condiciones transmisibles y nutricionales se han hecho menos frecuentes que las enfermedades no transmisibles.

Cabe resaltar, que entre 2009 y 2018, los territorios de Valle del Cauca, Atlántico, Córdoba, Cauca, Huila, Magdalena, Cesar, Sucre, La Guajira, Caquetá, Putumayo, Chocó, Casanare, Arauca, Guaviare, Guainía y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, según la proporción de las atenciones para este periodo la principal causa de consulta son las condiciones maternas perinatales la diferencia en puntos porcentuales está alrededor entre 1 y 2 p.p con respecto a las enfermedades no transmisibles. (Tabla 28)



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 28. Proporción de atenciones según departamento, 2009-2018

Departamento	Condiciones maternas perinatales	Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Signos y síntomas mal definidos
Bogotá, D.C.	16,84	18,54	21,37	20,27	19,15
Antioquia	13,49	12,82	14,44	14,88	13,21
Valle del Cauca	9,58	8,17	9,40	10,93	8,45
Nariño	6,18	6,81	4,55	5,13	3,37
Atlántico	5,69	5,38	4,78	4,34	6,65
Córdoba	5,60	4,15	3,17	2,76	3,92
Cundinamarca	4,91	4,36	5,06	5,49	5,26
Santander	4,29	4,48	5,30	4,74	4,31
Bolívar	3,42	4,52	3,71	3,08	5,19
Cauca	3,05	2,80	2,30	2,88	2,03
Boyacá	2,82	2,45	2,90	2,68	2,57
Huila	2,74	2,60	2,32	2,29	2,51
Magdalena	2,60	2,79	2,10	2,22	3,32
Cesar	2,32	1,93	1,63	1,62	2,22
Norte de Santander	2,10	2,25	2,20	2,18	2,04
Tolima	2,01	2,38	2,49	2,49	2,48
Sucre	1,71	1,68	1,41	1,21	2,56
Risaralda	1,70	2,42	2,62	2,31	1,51
La Guajira	1,53	1,54	0,83	0,83	1,63
Meta	1,42	1,75	1,66	1,58	1,91
Quindío	1,18	1,31	1,27	1,24	0,89
Caquetá	1,04	1,11	0,66	0,77	0,85
Caldas	0,96	1,64	2,09	1,89	1,53
Putumayo	0,75	0,71	0,48	0,67	0,75
Chocó	0,65	0,30	0,25	0,34	0,65
Casanare	0,53	0,43	0,48	0,49	0,48
Arauca	0,48	0,28	0,25	0,35	0,29
Guaviare	0,14	0,12	0,08	0,12	0,09
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,08	0,05	0,05	0,09	0,06
Guainía	0,07	0,04	0,02	0,03	0,03
Vichada	0,06	0,11	0,06	0,04	0,04
Amazonas	0,04	0,07	0,05	0,04	0,05
Vaupés	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Morbilidad en salud mental

Su marco normativo esta dado desde la Ley 1616 de 2013, donde se establece la salud mental como interés y prioridad nacional, derecho fundamental, tema prioritario de salud pública, bien de interés público, componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida. Y se define como el estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad<sup>91</sup>.



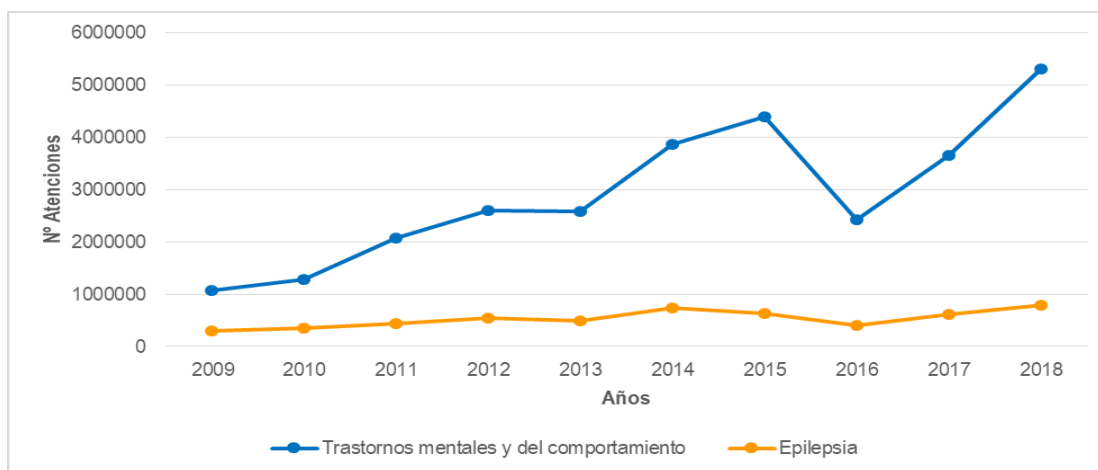
La salud  
es de todos

Minsalud

La salud mental es uno de los temas bandera de la política pública en la actualidad, teniendo como uno de los alcances más importantes el proceso de formulación de un CONPES que permita hacer visible esta problemática en salud, que en muchas de las ocasiones no es fácil de diagnosticar, teniendo en cuenta que puede tener una enorme carga oculta de enfermedad y el potencial que existe para progresar en su diagnóstico, tratamiento y control es grande.

A partir del reporte de las atenciones realizadas entre 2009-2018, se encuentra que el aumento en las consultas por trastornos mentales y del comportamiento fue del 395%, lo que muestra la necesidad de priorizar las intervenciones en la población para el manejo adecuado de los procesos relacionados con su salud mental. En cuanto a la Epilepsia otro de los diagnósticos priorizados se observa una tendencia incremental un poco más controlada como se puede ver en el Gráfico 77.

Gráfico 77. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

El comportamiento de la atención en salud mental según sexo, demuestra que la diferencia para el último año tiene un mayor aumento en hombres con un 2.18 p.p. con respecto al año anterior, mientras tanto, en las mujeres es de 0,89 p.p. (Tabla 29), igualmente en el dato absoluto se evidencia que la mayor consulta se concentra en los hombres con una tendencia para ambos sexos similar a la del país incremental especialmente para los trastornos mentales y del comportamiento que incluye el grupo de aquellos relacionados con el uso de



La salud es de todos

Minsalud

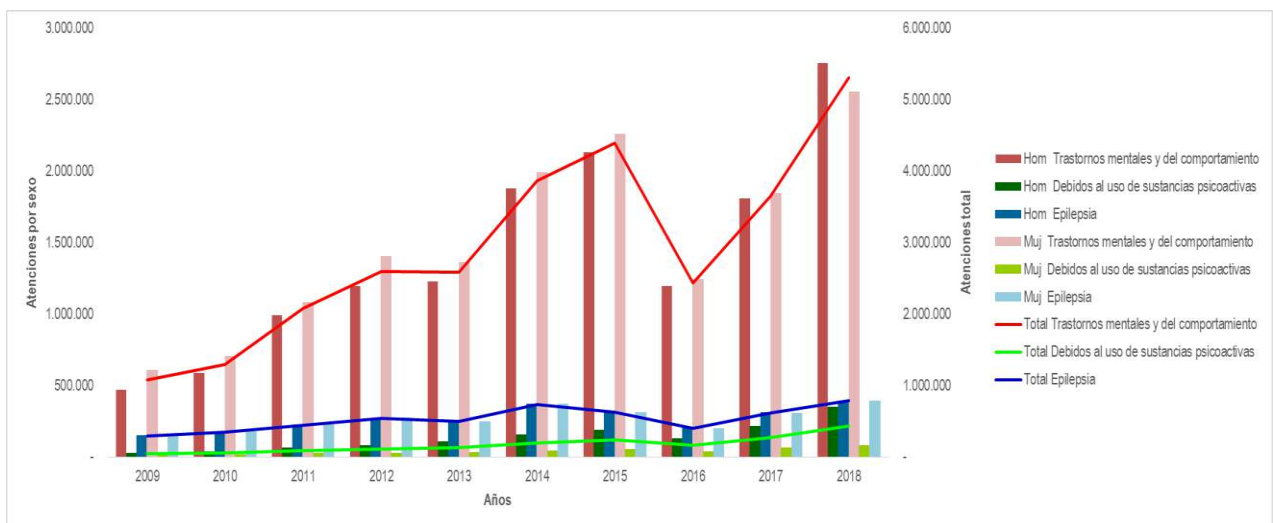
sustancias psicoactivas (Gráfico 78). En relación a la Epilepsia se observa un comportamiento muy similar en aumento sostenido pero mínimo en ambos sexo.

Tabla 29. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2018

Sexo	Morbilidad en salud mental	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
TOTAL	Trastornos mentales y del comportamiento	78,47	78,94	82,25	82,84	84,02	84,00	87,46	85,87	85,62	87,17	1,54
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,88	3,20	3,32	3,29	4,36	4,29	4,73	5,66	6,42	7,04	0,62
	Epilepsia	21,53	21,06	17,75	17,16	15,98	16,00	12,54	14,13	14,38	12,83	-1,54
HOMBRES	Trastornos mentales y del comportamiento	76,23	77,92	81,58	81,75	83,31	83,66	87,01	85,36	85,36	87,54	2,18
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,29	4,75	4,92	5,43	7,12	6,95	7,59	8,92	9,97	11,10	1,13
	Epilepsia	23,77	22,08	18,42	18,25	16,69	16,34	12,99	14,64	14,64	12,46	-2,18
MUJERES	Trastornos mentales y del comportamiento	80,29	79,82	82,88	83,79	84,68	84,33	87,89	86,37	85,88	86,77	0,89
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,73	1,86	1,83	1,42	1,81	1,75	1,99	2,48	2,92	2,70	-0,22
	Epilepsia	19,71	20,18	17,12	16,21	15,32	15,67	12,11	13,63	14,12	13,23	-0,89

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Gráfico 78. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

Los datos en el periodo muestran que según el curso de vida la tendencia en la atención por estas causas guarda un comportamiento incremental en general para todos los grupos, la consulta se concentra especialmente en la Adulthood (29 - 59 años) y la Vejez (60 años y más) con el 35% y el 17% de las atenciones respectivamente, lo que evidencia la necesidad de implementar programas que cumplan con el objetivo de prevenir, diagnosticar tempranamente y tratar oportunamente las alteraciones de la salud mental. Es de resaltar también, que el grupo de Infancia (6 - 11 años) cuenta con el 15% de las consultas por esta causa, situación que preocupa teniendo en cuenta las consecuencias que estas alteraciones pueden tener en el reconocimiento de la alegría propia de este grupo de edad y la definición de los proyectos de vida a futuro.

Con respecto a la epilepsia como otro de los trastornos seleccionados para su análisis desde la salud mental, se muestra que tiene un aumento en el número de atenciones durante el periodo de manera estable, con mayor concentración en la Adulthood y la Juventud con un aporte de distribución equitativa para ambos sexos. Sin embargo, esto no determina que sea una de las patologías con mayor consulta en la población general del total de consultas por alteraciones de la salud mental donde su aporte es de apenas el 15%.

Observando el aumento de consultas entre el año 2017 y 2018, llama la atención que en la Juventud (18 - 28 años) las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento debidas a uso de sustancias psicoactivas presenta el mayor incremento por curso de vida con un 3,19%, que pone de manifiesto la problemática sufrida en este grupo de edad, que debe ser intervenida desde el riesgo individual especialmente para este grupo poblacional, que aporta el 14% de consultas por salud mental (Tabla 30).





La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 30. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,38	80,02	81,80	82,17	83,07	83,86	86,22	85,65	85,69	86,60	0,91
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,56	0,48	0,45	0,30	0,29	0,31	0,20	0,17	0,21	0,12	-0,09
	Epilepsia	22,62	19,98	18,20	17,83	16,93	16,14	13,78	14,35	14,31	13,40	-0,91
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,73	84,47	87,37	88,25	89,06	90,29	90,50	90,00	90,74	92,00	1,26
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,31	0,26	0,20	0,17	0,25	0,16	0,20	0,16	0,62	0,20	-0,42
	Epilepsia	16,27	15,53	12,63	11,75	10,94	9,71	9,50	10,00	9,26	8,00	-1,26
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	73,35	74,99	76,78	80,06	82,49	84,18	87,51	86,74	88,29	89,79	1,50
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,77	6,72	5,90	6,55	8,26	8,63	9,65	11,69	14,70	14,71	0,02
	Epilepsia	26,65	25,01	23,22	19,94	17,51	15,82	12,49	13,26	11,71	10,21	-1,50
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,14	71,06	74,97	75,51	78,19	78,54	83,34	81,62	80,91	83,48	2,57
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,91	7,56	9,04	9,09	12,45	12,31	13,48	14,85	15,95	19,14	3,19
	Epilepsia	29,86	28,94	25,03	24,49	21,81	21,46	16,66	18,38	19,09	16,52	-2,57
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,67	78,54	81,54	80,98	82,11	80,79	85,71	82,95	81,86	83,30	1,44
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,94	2,98	3,16	3,04	4,21	4,37	4,70	5,94	6,35	7,31	0,96
	Epilepsia	21,33	21,46	18,46	19,02	17,89	19,21	14,29	17,05	18,14	16,70	-1,44
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,96	84,92	89,28	90,11	90,53	89,20	92,02	90,66	89,87	90,74	0,87
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,57	1,29	1,36	1,35	1,08	0,90	1,00	1,23	1,27	1,37	0,10
	Epilepsia	13,04	15,08	10,72	9,89	9,47	10,80	7,98	9,34	10,13	9,26	-0,87

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

En el caso de los hombres el grupo de curso de vida que mas atención demanda en salud mental es en la Adultez con 29%, sin embargo llama la atención que la Infancia es el siguiente grupo en requerir atención con el 20%. Con respecto al aumento de atenciones para el último año al igual que en población general la Juventud tiene el mayor aumento frente al tema del consumo de sustancias psicoactivas con un 4,51% aportando a la inclinación hacia el aumento del dato nacional (Tabla 31), siendo este el tercer grupo de mayor consulta con el 15%.



La salud es de todos

Minsalud

Tabla 31. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en hombres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,31	83,63	85,14	84,90	86,27	86,08	88,15	88,24	87,82	89,11	2,29
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,56	0,39	0,35	0,26	0,27	0,23	0,17	0,17	0,23	0,13	-0,10
	Epilepsia	19,69	16,37	14,86	15,10	13,73	13,92	11,85	11,76	12,18	10,89	-1,29
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,10	86,71	89,21	90,04	90,86	92,00	91,81	91,16	92,00	93,26	2,26
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,27	0,27	0,18	0,15	0,21	0,16	0,22	0,15	0,58	0,23	-0,34
	Epilepsia	13,90	13,29	10,79	9,96	9,14	8,00	8,19	8,84	8,00	6,74	-1,26
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,97	74,35	76,91	80,50	82,91	84,52	88,05	86,95	88,68	90,49	2,81
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,91	7,46	6,15	8,42	10,67	10,98	12,29	14,45	19,45	19,82	0,36
	Epilepsia	27,03	25,65	23,09	19,50	17,09	15,48	11,95	13,05	11,32	9,51	-1,81
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,17	69,20	75,56	75,58	77,80	78,96	83,09	82,31	81,95	85,33	3,38
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,77	11,19	12,74	14,96	19,60	19,71	21,78	22,95	23,80	28,31	4,51
	Epilepsia	32,83	30,80	24,44	24,42	22,20	21,04	16,91	17,69	18,05	14,67	-3,38
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	73,17	74,85	79,28	77,01	78,54	77,67	82,68	79,83	79,38	82,03	2,64
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,80	5,49	5,70	6,06	8,73	8,80	9,78	11,66	11,82	13,69	1,87
	Epilepsia	26,83	25,15	20,72	22,99	21,46	22,33	17,32	20,17	20,62	17,97	-2,64
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	82,60	83,83	85,91	86,56	87,45	85,68	90,17	87,28	86,68	87,99	1,31
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,69	2,32	2,65	2,88	2,12	1,77	1,74	2,47	2,52	2,63	0,11
	Epilepsia	17,40	16,17	14,09	13,44	12,55	14,32	9,83	12,72	13,32	12,01	-1,31

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

En las mujeres por curso de vida la información deja ver que la tendencia de aporte en el numero de atenciones en salud mental solicitadas por los grupos de edad es similar al Nacional, con un ligero de aumento en las cifras asi para la Adultez corresponde al 40% y para la Vejez a un 22%. Frente al incremento para el último año para este sexo también se presenta en la Juventud con el 1,30%, pero dado en general por todos los trastornos mentales y del comportamiento (Tabla 32).



La salud es de todos

Minsalud

Tabla 32. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental en mujeres según grupo de edad por curso de vida, Colombia 2009 – 2018

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,44	73,64	75,80	77,18	77,68	80,25	82,86	80,80	81,60	81,38	-0,22
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,55	0,66	0,62	0,37	0,33	0,43	0,25	0,17	0,17	0,10	-0,07
	Epilepsia	27,56	26,36	24,20	22,82	22,32	19,75	17,14	19,20	18,40	18,62	0,22
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,61	80,26	83,90	84,89	85,64	86,84	87,85	87,83	88,29	89,50	1,21
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,38	0,23	0,24	0,20	0,33	0,15	0,16	0,17	0,70	0,13	-0,56
	Epilepsia	20,39	19,74	16,10	15,11	14,36	13,16	12,15	12,17	11,71	10,50	-1,21
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	73,78	75,71	76,62	79,54	81,96	83,76	86,81	86,47	87,82	88,89	1,07
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,62	5,89	5,60	4,33	5,14	5,68	6,28	8,21	9,04	8,10	-0,94
	Epilepsia	26,22	24,29	23,38	20,46	18,04	16,24	13,19	13,53	12,18	11,11	-1,07
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,53	72,75	74,35	75,44	78,60	78,08	83,60	80,83	79,68	80,98	1,30
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,60	4,25	5,07	3,30	5,08	4,35	4,94	5,58	6,70	6,79	0,09
	Epilepsia	27,47	27,25	25,65	24,56	21,40	21,92	16,40	19,17	20,32	19,02	-1,30
Adulthood (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,95	80,99	83,20	83,51	84,42	82,89	87,64	85,10	83,69	84,31	0,63
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,24	1,31	1,28	1,12	1,29	1,37	1,46	2,00	2,32	2,21	-0,11
	Epilepsia	18,05	19,01	16,80	16,49	15,58	17,11	12,36	14,90	16,31	15,69	-0,63
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	89,42	85,52	91,24	92,01	92,29	91,18	93,13	92,55	91,65	92,31	0,66
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,94	0,73	0,61	0,53	0,49	0,41	0,55	0,53	0,57	0,65	0,08
	Epilepsia	10,58	14,48	8,76	7,99	7,71	8,82	6,87	7,45	8,35	7,69	-0,66

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

El panorama por departamentos demuestra que los tres primeros con mayor número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento son en su orden Antioquia (17%), Bogotá (15%) y Valle del Cauca (8%) que acumulan el 40% de las atenciones realizadas en el tema, que puede estar relacionado por la cantidad de población que concentran entre otros fenómenos que pueden explicarlo, en cuanto a las consultas por causa de la epilepsia están reportadas con concentración en los mismos departamentos solo cambia el orden que respectivamente corresponde a Bogotá (16%), Antioquia (14%) y Valle del Cauca (8%) (Tabla 33).



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 33. Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental por departamento de residencia, Colombia 2009 – 2018

Diagnóstico principal de atención	Departamento de residencia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Trastornos mentales y del comportamiento	Antioquia	217.829	256.804	301.023	372.372	357.704	525.911	610.967	398.867	533.677	839.160
	Bogotá	332.701	334.110	495.146	599.267	616.767	754.761	901.881	527.803	652.510	763.477
	Valle del Cauca	70.755	75.196	146.948	264.637	294.557	404.187	393.692	240.995	353.423	406.917
	Bolívar	21.896	24.566	42.158	59.499	70.443	136.352	195.016	60.394	115.347	356.468
	Nariño	36.754	59.134	163.243	278.270	149.383	228.772	310.604	202.032	252.289	268.693
	Santander	80.130	83.331	98.399	136.800	120.377	185.136	216.902	87.864	175.062	266.825
	Cundinamarca	26.361	33.148	56.375	140.207	118.023	169.988	208.482	148.631	189.817	252.413
	Atlántico	34.845	43.234	60.023	86.051	123.967	193.538	250.723	116.772	169.964	239.148
	Córdoba	8.888	9.910	13.943	20.138	34.232	54.767	77.283	43.283	79.596	165.790
	Caldas	23.615	37.073	32.001	55.501	62.379	85.613	124.934	75.294	100.005	152.216
	La Guajira	2.552	3.085	4.161	7.515	10.166	24.590	28.793	15.613	56.583	137.455
	Norte de Santander	20.626	16.822	28.291	34.826	36.978	53.493	63.005	39.361	84.580	132.516
	Risaralda	38.209	33.446	40.060	71.558	96.553	94.681	107.483	51.599	92.695	129.599
	Cesar	9.939	8.426	11.081	14.115	23.747	56.273	72.149	58.442	104.157	117.655
	Huila	15.702	17.664	36.804	35.059	41.087	74.010	61.634	56.996	99.462	116.216
	Tolima	25.294	26.584	30.029	40.463	45.164	82.402	113.565	32.258	62.488	96.247
	Sucre	6.716	8.933	11.781	25.886	61.739	139.363	238.314	68.983	49.619	94.632
	Boyacá	19.611	38.792	49.947	59.072	58.207	86.649	60.625	29.118	55.811	91.390
	Quindío	19.204	33.112	43.302	47.383	57.715	63.602	70.461	29.701	58.745	85.567
	Magdalena	11.176	9.970	15.114	27.397	34.280	38.475	52.809	23.810	51.387	83.635
	Cauca	10.862	19.807	22.956	32.597	55.300	72.962	67.315	40.129	57.524	62.512
	Meta	14.629	14.699	28.051	35.306	31.875	52.223	44.910	12.975	23.988	33.338
	Putumayo	1.020	1.693	5.536	15.006	8.750	34.437	26.705	15.064	25.290	27.951
	Caquetá	3.491	4.040	4.691	11.094	11.403	18.156	19.760	11.375	22.681	23.330
	Arauca	694	1.526	4.060	2.981	3.477	8.579	4.454	1.632	25.207	20.455
	Casanare	4.102	3.087	4.348	4.609	4.820	10.137	16.782	12.060	25.718	20.117
	Chocó	667	1.099	1.552	1.812	2.112	8.883	6.585	5.660	6.895	12.083
	Amazonas	145	123	274	516	750	827	579	364	674	1.124
	Guaviare	625	861	617	1.963	1.725	2.940	880	261	624	644
	Vichada	50	213	208	315	408	828	381	90	501	470
	San Andres	80	311	151	1.303	2.673	3.336	396	202	1.512	326
	Vaupés	40	23	66	88	73	272	102	77	596	252
	Guainía	182	193	152	202	246	445	369	112	104	95
Epilepsia	Bogotá	85.801	73.288	103.721	124.012	94.423	134.943	107.385	80.679	105.923	123.951
	Antioquia	52.702	54.453	60.710	66.724	62.115	91.301	77.156	47.849	81.527	103.329
	Valle del Cauca	15.318	15.421	27.645	34.810	45.680	54.691	47.536	32.930	50.140	59.932
	Cundinamarca	12.988	13.885	19.247	24.129	21.900	28.530	43.597	33.821	41.903	51.854
	Santander	13.555	13.568	14.162	17.685	18.247	31.276	25.422	14.624	28.359	40.509
	Bolívar	6.293	7.682	10.723	12.837	18.501	32.019	25.252	10.435	19.822	36.746
	Atlántico	9.473	10.965	12.499	14.916	16.340	29.786	23.391	12.701	22.785	34.899
	Nariño	18.558	20.062	42.776	76.511	35.262	49.659	50.340	29.708	35.806	33.067
	Huila	7.794	10.958	14.146	15.391	16.126	25.313	17.961	17.010	30.914	32.565
	Córdoba	3.572	5.001	5.577	9.514	17.292	18.374	18.991	12.942	14.679	28.795
	Cauca	3.693	12.761	11.782	13.170	20.070	21.186	19.832	16.974	24.248	23.233
	Boyacá	13.291	19.711	20.160	27.085	25.236	33.889	19.649	10.489	19.606	21.537
	Norte de Santander	6.149	4.835	8.927	8.130	8.866	13.594	14.353	6.133	14.370	19.260
	Caldas	4.581	9.525	6.805	9.363	9.156	13.742	13.315	9.427	13.106	19.159
	Tolima	7.151	9.843	9.508	13.148	9.708	18.772	13.706	7.198	14.709	18.108
	Sucre	1.920	2.348	3.557	4.578	10.252	25.708	32.112	13.612	9.167	16.154
	Magdalena	3.375	4.608	4.101	6.299	7.542	12.041	8.689	4.848	10.058	15.664
	La Guajira	902	1.019	1.343	1.906	2.421	4.618	4.825	3.160	5.293	14.795
	Cesar	3.244	2.607	3.106	3.988	5.502	8.013	9.438	6.081	10.230	12.792
	Risaralda	7.696	7.588	8.800	11.432	14.335	14.579	12.676	5.941	10.530	12.432
	Quindío	3.816	7.710	6.881	6.642	6.391	8.070	8.209	4.722	7.998	10.960
	Caquetá	1.746	3.407	2.131	4.413	4.292	6.103	4.929	3.971	6.154	6.653
	Meta	5.315	14.141	9.604	6.215	6.130	11.992	7.997	3.609	6.748	5.618
	Putumayo	236	789	2.451	2.465	2.075	6.003	4.593	3.142	3.244	3.719
	Casanare	957	467	881	1.057	1.176	2.473	3.559	3.759	5.967	2.618
	Arauca	447	813	977	804	1.597	2.494	1.916	681	1.819	2.285
	Chocó	190	321	334	855	647	2.613	1.512	942	1.475	1.638
	Amazonas	93	102	114	168	140	258	164	97	140	128
	Guaviare	446	539	232	699	813	1.193	323	82	192	117
	Vichada	100	102	264	165	184	488	180	80	150	116
	Vaupés	8	10	8	51	59	154	50	48	48	82
	San Andres	19	121	45	182	422	650	33	12	179	22
	Guainía	221	115	97	341	258	424	307	44	13	13

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

#### Eventos de alto costo

El MINSALUD define las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos de interés en salud pública directamente relacionados con el alto costo, puntualizando sobre la enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodking y no Hodking, la epilepsia, la artritis reumatoide, la hemofilia y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En la actualidad, los sistemas de información en Colombia se encuentran en fase de desarrollo y fortalecimiento, por lo cual no se cuenta con información para todos los eventos. La Cuenta de Alto Costo (CAC) dispone de los datos e información de la situación de salud de la ERC y de la situación del VIH-SIDA la cual se presenta a continuación:

#### Enfermedad renal crónica

La ERC es un problema de salud pública que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. De acuerdo con el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2010, la enfermedad pasó al puesto 18 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 27 en 1990; así mismo, se reportó como la tercera causa que mayor cantidad de años de vida perdidos genera por muerte prematura<sup>92</sup>. En Estados Unidos “los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con ERC pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años”<sup>93</sup>. “En la actualidad hay evidencia convincente de que la ERC puede ser detectada mediante pruebas de laboratorio simples y que el tratamiento puede prevenir o retrasar las complicaciones de la función renal disminuida, retrasar la progresión de la enfermedad renal y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares”<sup>94</sup>.

En el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, esta enfermedad pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en los puestos 9 en 2007 y 27 en 1990<sup>95</sup>; con una diferencia del 47,4% entre 2007 y 2017. En términos de muertes prematuras pasó de la posición 11 en 2007 al lugar 9 en 2017<sup>95</sup> y su incremento fue del 29,5%.



La salud  
es de todos

Minsalud

La ERC es un evento en salud de alto costo, progresivo, no transmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus. La incidencia, prevalencia y mortalidad de la ERC es creciente en Colombia, a pesar de que existen políticas que orientan el proceso de prevención y manejo. En el país, las principales causas de ERC las constituyen las enfermedades precursoras como la Hipertensión Arterial (HTA) y otros tipos de enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes mellitus tipo II y la uremia, entre Otras enfermedades asociadas con la ERC son las enfermedades autoinmunes, la insuficiencia renal aguda y el VIH.<sup>96</sup>

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2018 en Colombia había 2.306.742 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas con enfermedad renal crónica, de las cuales el 73,7% (1.700.688) estaban clasificadas en estadio 2 o menor<sup>97</sup>. En el estadio cero de ERC se observa un incremento de 1,2 p.p. (Tabla 34).

Tabla 34. Distribución de frecuencias de personas con ERC según estadios, 2017 – 2018

Estadio	Frecuencia absoluta 2017	Frecuencia absoluta 2018	Frecuencia relativa 2017	Frecuencia relativa 2018	Frecuencia relativa acumulada 2017	Frecuencia relativa acumulada 2018
<b>Sin ERC</b>	1.230.565	1.109.333	46,9%	48,1%	46,9%	48,1%
<b>1</b>	298.839	228.307	11,4%	9,9%	58,3%	58,0%
<b>2</b>	384.653	363.048	14,7%	15,7%	72,9%	73,7%
<b>3</b>	603.628	514.339	23,0%	22,3%	95,9%	96,0%
<b>4</b>	70.016	61.208	2,7%	2,7%	98,6%	98,7%
<b>5</b>	36.548	30.507	1,4%	1,3%	100,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>2.624.249</b>	<b>2.306.742</b>				

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017 - 2018.

Antioquia (428.459) es donde habitan el mayor número de personas con ERC, seguida del Distrito Capital Bogotá (414.424) y Valle del Cauca (172.439), en conjunto estos tres departamentos aportan el 51,1% del total de los pacientes con diagnóstico de ERC. Mientras, Arauca, Guaviare, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vichada, Amazonas, Guainía y Vaupés contribuyen con el 0,15%. (Tabla 35)



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 35. Número de casos de la ERC según departamentos, 2018

Departamento	Casos ERC
Antioquia	428.459
Bogota D.C.	414.424
Valle del Cauca	334.841
Atlántico	148.602
Bolívar	127.297
Santander	90.503
Nariño	69.858
Cundinamarca	67.904
Caldas	59.980
Risaralda	57.995
Huila	52.149
Magdalena	50.049
Cauca	45.044
Tolima	42.889
Boyacá	42.652
Cesar	42.475
Sucre	40.381
Norte de Santander	39.752
Córdoba	39.278
Meta	28.123
Quindío	27.421
Chocó	15.873
La Guajira	13.090
Caquetá	12.011
Putumayo	8.477
Casanare	3.837
Arauca	1.174
Guaviare	800
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	751
Vichada	323
Amazonas	258
Guainía	39
Vaupés	33
<b>Colombia</b>	<b>2.306.742</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2018.





La salud  
es de todos

Minsalud

### Hipertensión arterial

Las principales precursoras de la ERC son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II, aunque se suman otros factores como los síndromes cardiovasculares, la obesidad, la apnea del sueño y la hipoxemia nocturna, entre otros. A continuación se describe la situación de las dos primeras enfermedades.

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras. “La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican, a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo”<sup>98</sup>.

En el mundo para 2017, las enfermedades cardiovasculares causan cerca de 232,85 de muertes por cada cien personas año, con un intervalo de confianza al 95% de 229,4 y 236,15 y entre ellas las complicaciones de la hipertensión general el 1,65% (IC95%, 1,22-1,77 )<sup>95</sup> de las muertes totales son atribuidas por esta causa. “Para 2015, en América Latina y el Caribe se habían diagnosticado con hipertensión aproximadamente el 20% y 35% de la población adulta; Para el mismo año según la Organización Mundial de la Salud, en Colombia la prevalencia de tensión arterial en adultos fue de 16,9% en hombres y de 21,5% en mujeres, por debajo de la reportada por América Latina 23,7 en mujeres y 18,0 en hombres<sup>97</sup>.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre el 1º de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018 había un total 3.713.846 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, con un porcentaje de personas del regímenes contributivo de 61,63% y del subsidiado de 37,47%. El servicios de salud más alta en las mujeres (61,8%) que en los hombres (38,2%).

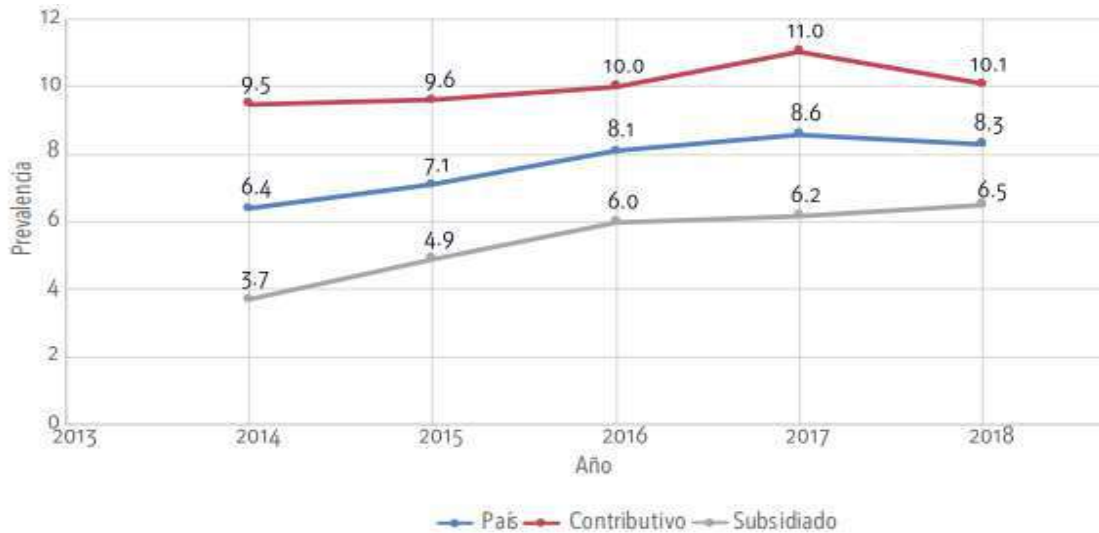
Para 2018 los porcentajes más altos de casos de hipertensión arterial se presentaron en Bolívar (10,0%), Atlántico (9,5%), y Antioquia (9,4%). Las prevalencias en servicios de salud menor al 1,0% se presentaron en Vichada, Vaupés y Guainía. El 61,9% de los casos nuevos con hipertensión tenían entre 50 y 75 años y el el 3,6% del total de los casos incidentes son menores de 35 años. Con respecto al régimen de afiliación se encuentra que el contributivo en el periodo de 2014 a 2018 se ha mantenido con las prevalencias mas altas que para 2018 es de 10,1 por cada 100 personas. (Gráfica 79)



La salud  
es de todos

Minsalud

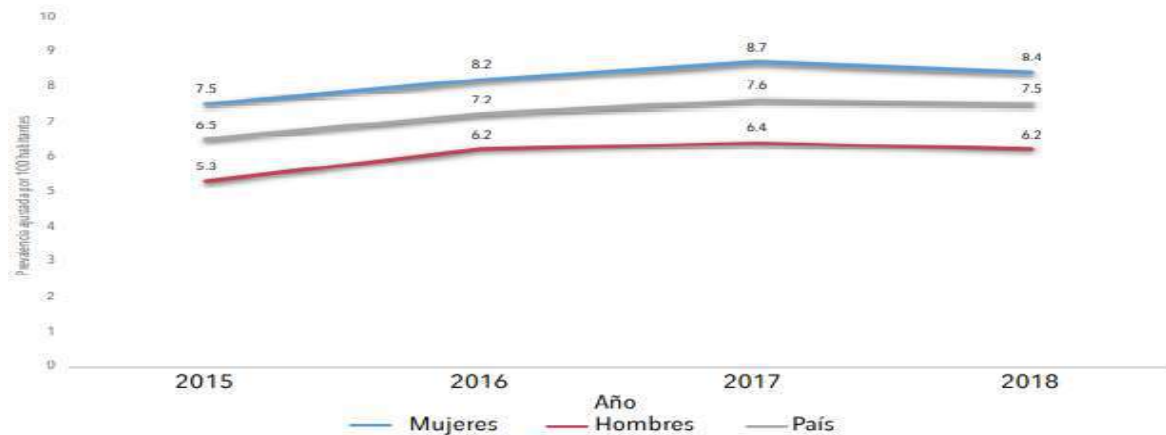
Gráfico 79. Prevalencia de HTA ajustada por la edad, en los regímenes contributivo y subsidiado, 2014 - 2018



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2018.

Se evidencia que la prevalencia a tenido un comportamiento con tendencial incremental, para el último año disponible 2018 es de 8,4. (Gráfico 80)

Gráfico 80. Prevalencia de HTA ajustada por la edad según sexo 2015 - 2018



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2018.



La salud  
es de todos

Minsalud

### Diabetes mellitus

En el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, la diabetes mellitus pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 11 en 1990<sup>95</sup>, se estima que 34,18 (IC95% 33,48 – 34,91) muertes por cada cien mil personas por esta causa. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030<sup>99</sup>.

De acuerdo a las estimaciones del Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, para Colombia pasó al lugar 6 como causa de muerte en 2017 más frecuente después de haber estado en la posición 7 en 2007, con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000 (IC95% 26,39 -31,91), una diferencia del 32,4% entre 2007 y 2017. En términos de muertes prematuras el incremento fue del 46,38% entre 2007 y 2017, que pasó de la posición 11 en 2007 al lugar 7 en 2017<sup>958</sup>.

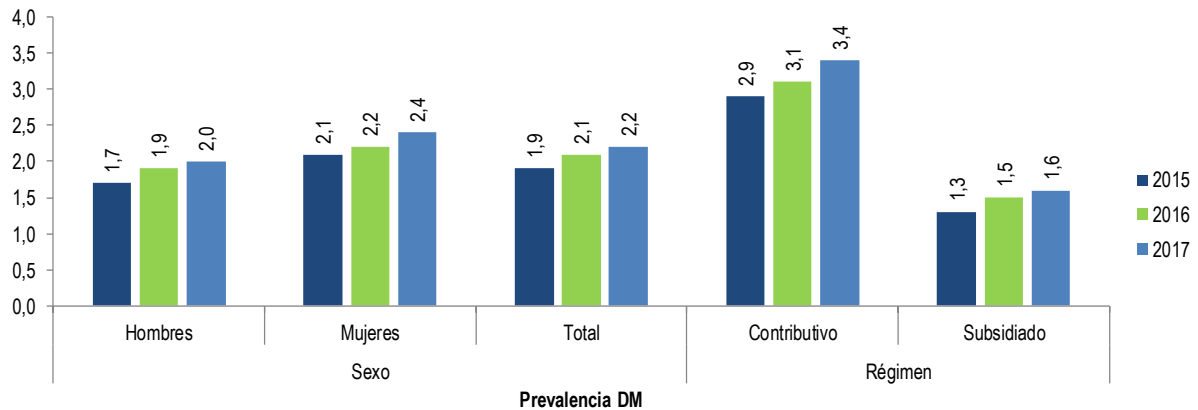
Según la Organización Mundial de la Salud para 2014, en Colombia la prevalencia de hiperglucemia en ayunas ( $\geq 126$  mg/dl o está tomando medicamentos para tratar la hiperglucemia) en adultos de 25 o más años fue de 8,3% en hombres y 8,7% en mujeres, siendo más bajas que las de América Latina que alcanzaron valores de 8,9% y 9,6%, respectivamente<sup>9874</sup>.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre el 1º de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018 se reporta una prevalencia en servicios de salud de 2,61 en personas de 18 a 69 años, con un porcentaje de captación del 74,24%, mientras tanto, para el corte del 1º de julio de 2016 y el 30 de noviembre de 2017, había 1.099.471 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con diabetes mellitus por los servicios de salud, alcanzando una prevalencia en servicios de salud de 2,2, que siguió una tendencia al incremento, de 87.469 personas más que el periodo anterior, siendo siempre más alta en las mujeres (58,9%) que en los hombres (41,7%), aunque la brecha entre sexos se nota especialmente marcada entre 2015 y 2017.

Durante 2015 y 2017 periodo la prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus en mujeres afiliadas se incrementó en un 14,3%, pasando de 2,1 a 2,4 mujeres por cada 100 afiliados; mientras tanto, en los hombres aumentó en un 17,6%, trasladándose de 1,7 a 2,0 hombres por cada 100 afiliados, a través del tiempo se mantiene la brecha de por sexos, a favor de las mujeres. En relación al régimen de afiliación en el contributivo se incrementó en un 17,2%, pasando de 2,9 a 3,4 por cada 100 afiliados en este régimen, mientras que el

régimen subsidiado el incremento fue del 23,1%, trasladándose de 1,3% a 1,5%, respectivamente. Así mismo, se mantienen las brechas en el tiempo, a favor del régimen contributivo. (Gráfico 81)

Gráfico 81. Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017



\*Prevalencia ajustada para mujeres y hombres.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017.

Para 2017 los porcentajes más altos de casos de diabetes se presentaron en Quindío (3,3%), Risaralda (3,3%), Valle del Cauca (3,3%), Antioquia (2,8%), Santander (2,7%), Bogotá, D.C. (2,6%), Atlántico (2,5%), Caldas (2,5%), Bolívar (2,3%) y Huila (2,3%), no hay diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia en servicios de salud nacional y ningún departamento, con un nivel de confianza del 95%. En tanto, en Arauca, Casanare, Chocó, La Guajira, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, las prevalencias en servicios de salud son menor al 1,0% por debajo de la nacional (Tabla 36).



La salud  
es de todos

Minsalud

Tabla 36. Prevalencia y casos de la diabetes mellitus según departamentos, 2017

Departamento	Casos DM	Prevalencia	Capital	Casos DM	Prevalencia
Quindío	18.912	3,3	Armenia	12.820	4,3
Risaralda	32.114	3,3	Pereira	19.327	4,1
Vale del Cauca	153327	3,3	Cali	88406	3,8
Antioquia	184.448	2,8	Medellín	103951	4,1
Santander	56.759	2,7	Bucaramanga	23.583	4,5
Bogotá, D.C.	211778	2,6	Bogotá, D.C.	211778	2,6
Atlántico	64.133	2,5	Barranquilla	44.019	3,8
Caldas	25.094	2,5	Manizales	13.167	3,3
Bolívar	49.521	2,3	Cartagena	38.884	3,8
Huila	27.536	2,3	Neiva	14.073	4,1
Meta	21.168	2,1	Villa vicencio	13.885	2,7
Norte de Santander	29.516	2,1	Cúcuta	21.888	3,3
Sucre	16.647	1,9	Sincedejo	8.407	3,0
Toima	26.692	1,9	Ibagué	16.857	3,0
Boyacá	22.377	1,7	Tunja	4.338	2,2
Cesar	15.795	1,5	Valledupar	8.247	1,7
Magdalena	19.576	1,5	Santa Marta	12.588	2,5
San Andrés	1138	1,5	San Andrés	1129	1,6
Córdoba	24.088	1,4	Montería	11.415	2,5
Cundinamarca	37.508	1,4	Bogotá, D.C.	211.778	2,6
Caquetá	5909	1,2	Florencia	3383	1,9
Cauca	17.026	1,2	Popayán	6.508	2,3
Nariño	17.342	1,0	Pasto	7.742	1,7
Arauca	2.284	0,8	Arauca	893	1,0
Casanare	3019	0,8	Yopal	2138	1,5
Chocó	4.029	0,8	Quibdó	2.458	2,1
La Guajira	7.790	0,8	Riohacha	3.140	1,1
Putumayo	2.735	0,8	Mocoa	614	1,4
Guaviare	754	0,7	San José del Guaviare	628	0,9
Amazonas	280	0,4	Leticia	275	0,7
Vichada	147	0,2	Puerto Carreño	55	0,3
Guainía	38	0,1	Inirida	38	0,2
Vaupés	37	0,1	Mitú	37	0,1
<b>Colombia</b>	<b>1.099.471</b>	<b>2,2</b>	<b>Total</b>	<b>692.225</b>	<b>3,0</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2017.



La salud  
es de todos

Minsalud

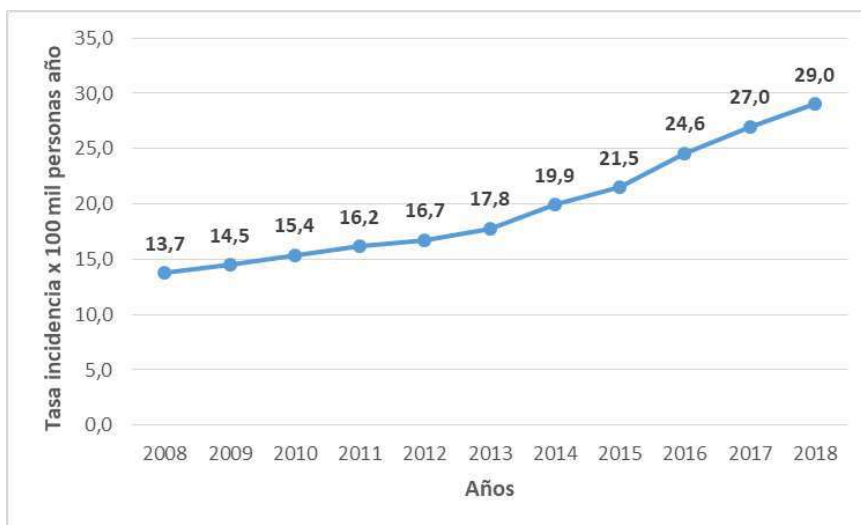
### Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

De acuerdo a las estimaciones del Estudio Carga Global de la Enfermedad de 2017, el VIH/SIDA pasó al puesto 14 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 18 en 1990, se estima que 14,05 (IC95% 12,87 – 15,48) muertes por cada cien mil personas por esta causa.<sup>95</sup> Este mismo estudio estimado para Colombia, se trasladó al lugar 13 como causa de muerte en 2017 más frecuente después de haber estado en la posición 16 en 2007, con una tasa de mortalidad de 5,63 por cada 100.000 (IC95% 5,31 – 6,16), una diferencia del 98,1% entre 2007 y 2017.

Según la Organización Mundial de la Salud para 2016, en Colombia la tasa de incidencia para VIH en adultos fue de 16,9, siendo más bajas que las de América Latina (15,7), Ecuador (21,3), Bolivia (24,7) y República Bolivariana de Venezuela (25,0).

De acuerdo con los datos de notificación de VIH/SIDA al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en Colombia, la infección por VIH describe un comportamiento creciente a través del tiempo, para 2008 registró una tasa de 13,7 casos por 100.000 habitantes y para el 2018 se encuentra en 29,1 casos por 100.000 personas. (Gráfico 82). Para este mismo periodo, los casos incidentes se concentran entre los 25 a 34 años de edad, le siguen el grupo de 15 a 24 años y de 35 a 44 años<sup>100</sup>.

Gráfico 82. Tasa de incidencia de VIH/SIDA por cada 100.000 personas, 2008-2018



Fuente: elaborado a partir de los datos del SIVIGILA - INS VIH/sida 2008 - 2018.



La salud  
es de todos

Minsalud

Por otra parte, la notificación de coinfección Tuberculosis (TB) - VIH entre 2013 y 2017, fue del 74,4% de los casos que tenían VIH, desarrollaron TB en el primer año y un 15,2%, en el segundo año, lo que muestra que no se está cumpliendo la profilaxis contra la TB en pacientes con VIH, para disminuir el riesgo de desarrollar este evento.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, a 31 de enero de 2018 se reportan 95.745 afiliados al SGSSS con diagnóstico de VIH/sida, alcanzando una prevalencia de 0,19%. Los casos incidentes corresponden en un 19,3% a mujeres y el restante 80,7% hombres, para una razón hombre: mujer de 3 a 1. La media de edad fue de 31 años. El 55,8% de los casos son del régimen contributivo. Con respecto a la pertenencia étnica solamente se obtuvo registro del 3,32% de los casos de los cuales el 2,74% afrocolombianos, 0,57% población indígena y 0,015 ROM. Desde la afiliación a salud por régimen se evidencia que la prevalencia para el contributivo es de 0,25 y en el subsidio de 0,17.

Para 2018, Quindío (0,33), Bogotá, D.C. (0,25), Risaralda (0,25), Valle del Cauca (0,25) son los departamentos con mayor prevalencia por este evento en salud. En contraste, con Caquetá, Cauca, La Guajira, Arauca, Cundinamarca, Guaviare, Nariño, Putumayo, Boyacá, Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía que reportaron para una prevalencia menor al 0,1%.

En cuanto a la tasa de incidencia, Quindío (34,30), Risaralda (26,14), Antioquia (25,98) y Bogotá, D.C. (25,96), reportan las más altas tasas de incidencia por cada cien personas en 2018. Al comparar con Vaupés que no registro casos incidentes para este año. (Tabla 37)

Tabla 37. Prevalencia e incidencia del VIH según departamentos, 2018

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Amazonas	78.830	76	0,10	0,12	9	11,42	14,70
Antioquia	6.691.030	16.310	0,24	0,24	1.777	26,56	25,98
Arauca	270.708	209	0,08	0,09	34	12,56	14,61
Atlántico	2.545.924	6.096	0,24	0,23	605	23,76	23,29
Bogotá, D.C.	8.181.047	22.160	0,27	0,25	2.180	26,65	25,96
Bolívar	2.171.280	3.906	0,18	0,19	445	20,49	21,29
Boyacá	1.282.063	625	0,05	0,05	91	7,10	7,82
Caldas	993.866	1.768	0,18	0,18	200	20,12	20,49
Caquetá	496.241	313	0,06	0,07	28	5,64	6,07
Casanare	375.249	564	0,15	0,15	77	20,52	20,17
Cauca	1.415.933	1.250	0,09	0,09	195	13,77	13,79





La salud  
es de todos

Minsalud

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Cesar	1.065.673	1.920	0,18	0,20	213	19,99	21,27
Chocó	515.145	228	0,04	0,06	23	4,46	4,77
Córdoba	1.788.507	3.242	0,18	0,19	414	23,15	23,87
Cundinamarca	2.804.238	2.209	0,08	0,08	223	7,95	7,92
Guainía	43.446	12	0,03	0,03	1	2,30	3,26
Guaviare	115.829	99	0,09	0,11	8	6,91	7,70
Huila	1.197.081	1.529	0,13	0,13	188	15,70	15,81
La Guajira	1.040.157	808	0,08	0,09	105	10,09	11,42
Magdalena	1.298.691	2.352	0,18	0,21	285	21,95	24,23
Meta	1.016.701	1.911	0,19	0,19	211	20,75	20,59
Nariño	1.809.116	1.333	0,07	0,07	209	11,55	11,60
Norte de Santander	1.391.239	2.902	0,21	0,22	319	22,93	23,41
Putumayo	358.896	234	0,07	0,07	31	8,64	9,15
Quindío	575.010	1.979	0,34	0,33	198	34,43	34,30
Risaralda	967.767	2.519	0,26	0,25	254	26,25	26,14
San Andrés	78.413	92	0,12	0,11	5	6,38	5,95
Santander	2.090.839	3.556	0,17	0,16	388	18,56	18,35
Sucre	877.057	1.585	0,18	0,19	192	21,89	22,66
Tolima	1.419.947	1.624	0,11	0,12	170	11,97	12,60
Valle del Cauca	4.756.113	12.311	0,26	0,25	1.166	24,52	23,84
Vaupés	44.928	11	0,02	0,03	0	0,00	0,00
Vichada	77.276	12	0,02	0,02	2	2,59	2,75
<b>Colombia</b>	<b>49.834.240</b>	<b>95.745</b>	<b>0,19</b>	<b>0,19</b>	<b>10.246</b>	<b>20,56</b>	<b>20,56</b>

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2018.

### Transmisión materno infantil del VIH

De acuerdo con los casos reportados a través de la Cuenta de Alto Costo, en 2018, se registraron 761 mujeres en gestación con VIH, esta cifra descendió en 87 casos comparada con el 2017 (674). Para 2018 la prevalencia del VIH en las mujeres gestantes fue del 0,18 %. La edad media fue de 27,4 años. El rango de edad estuvo entre 15 y 49 años. El grupo de 20 a 24 años concentró el 28,8% de los casos, seguido de las mujeres entre los 25 a 29 años de edad con el 28,4% y el 20,0% en mujeres gestantes con VIH entre los 30 a 34 años de edad. Según el estadio clínico el 71,5% (544) se encuentra en estadio 1 y 2 del VIH, el 26,3% (200) de los casos se reportaron en estadio 3.

Para 2018, se registraron 975 niños y niñas menores de 18 meses hijos de madres con VIH, el 51,7% (504) son niños y el 48,3% (471) niñas. Tan solo 20 niños fueron reportados con diagnóstico de VIH, manteniendo el mismo comportamiento de 2017 y se disminuyó en tres casos con respecto al 2016 (23). De los casos 19 (95%) se presentaron en el régimen subsidiado y 1 en el contributivo. El 55,0% (11) de los casos de transmisión



La salud  
es de todos

Minsalud

vertical ocurrieron en niñas. Los departamentos con mayor porcentaje de transmisión materno infantil de VIH para 2018 fueron Atlántico (6), Valle del Cauca (3) y Santander (3).

#### Cobertura de tratamiento antirretroviral

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo, para 2018 en las mujeres gestantes con VIH se encontró que el 83,6% (336) recibían la terapia antirretroviral. En relación a ésta cobertura en niños menores de 18 meses con diagnóstico de VIH se identifica que el 80%(16), en población general de las 95.745 personas diagnosticadas con VIH se observa que la cobertura es de 82,9% (74.568), de éstas el 65,3% (48.707) tiene supresión viral. Según el régimen de afiliación, se encuentra que la cobertura mas alta esta dada en el contributivo con 88%, seguido del especial y subsidiado con 83% y 78% respectivamente.

#### Leucemia y mieloides aguda y linfoides aguda pediátricas

“Las leucemias son un grupo heterogéneo de enfermedades que se distinguen por infiltración de la médula ósea, sangre y otros tejidos, por células neoplásicas del sistema hematopoyético. Son enfermedades neoplásicas que se deben a mutación somática de la célula progenitora, según su estirpe celular afectada, ya sea la línea mieloides o la linfoides, su evolución varía desde las que conducen rápidamente a la muerte hasta las que evolucionan con lentitud y se les conoce como agudas o crónicas, respectivamente”<sup>101</sup>.

Para 2018, según datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer - IARC), para la población menor de 19 años de edad se estima una tasa de incidencia de leucemias en ajustada por la edad en el mundo es de 3,1 por cada 100.000 personas año, en hombres fue de 3,5 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 2,7 por cada 100.000 mujeres año. En Colombia la tasa ajustada por la edad estimada para este evento fue de 5,2 por cada 100.000 persona año, en hombres fue de 5,6 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 4,8 por cada cien mil mujeres año<sup>102</sup>.

Colombia es de los países con mayor prevalencia de leucemia aguda pediátrica, al igual que Chile, Argentina, Canadá, Alemania y Australia; además, tiene alta tasa de letalidad, pues en el 2002 mientras que en Estados Unidos por cada cinco casos incidentes se produjo una muerte, en Colombia la relación es de 3:1. El acceso a tratamientos adecuados y oportunos mejora la supervivencia y disminuye las tasas de mortalidad, por lo cual el sistema de salud debe ser capaz de proveer un diagnóstico celer y un tratamiento eficiente. Dada la importancia de la vigilancia del evento, en Colombia se inició en 2008 la vigilancia centinela de leucemias



La salud  
es de todos

Minsalud

agudas pediátricas en 23 departamentos y se espera que en el futuro se pueda contar con el Registro Nacional de Cáncer Infantil ordenado en la Ley 1388 de 2010. En el 2013 se notificaron 436 casos confirmados de leucemia aguda pediátrica; el porcentaje de casos reportados en el régimen subsidiado (46,3) fue un 14% mayor que en el contributivo (40,6). En total, se presentaron 64 muertes de las cuales Bogotá aportó la mayor cantidad con el 25% (16), seguido de Antioquia con el 12,5% (8), Valle del Cauca con el 9,4% (6) y Meta con el 7,8% (5)<sup>103</sup>.

Por tipo, la Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) es la forma de cáncer más común en niños menores de 15 años en los países latinoamericanos<sup>104</sup>, corresponde al 76% de todas las leucemias y uno de cuatro niños menores de 15 años la padecen<sup>105</sup>. Durante 2013, en Colombia se presentaron 362 casos de LLA y 41 muertes, lo cual significa el 64,1% del total de la mortalidad por leucemias pediátricas. La tasa de incidencia de LLA en menores de 15 años para 2012 fue de 2,99 por cada 100.000 menores de 15 años, con un aumento del 37% desde 2009, lo cual se traduce en un incremento de 0,8 muertes por cada 100.000 menores durante el cuatrienio<sup>102</sup>.

La oportunidad en la atención se considera alta, dado que para 2013 el 90% (326) de los pacientes recibieron atención médica por primera vez antes de los 53 días, el 7,5% (27) entre 54 y 106 días y solo el 2,5% (9) después de 107 días. Así mismo, aunque al 80,7% (292) de los casos sospechosos se les realizó cuadro hemático antes de los dos días siguientes a la primera consulta, para 6,3% (23) se tardó más de 10 días. En general, el 78,2% (341) de los casos confirmados como leucemia iniciaron tratamiento durante los dos días siguientes al diagnóstico definitivo, considerándose de alta oportunidad. El 6,9% (30) tardó entre tres y cuatro días y se consideraron de oportunidad media. El 10,3% (45) tuvo tiempos de 34, 38 y 90 días, considerándose de baja oportunidad<sup>10302</sup>.

Entre 2008 y 2017, se reportaron al SIVIGILA 3.634 casos de Leucemia Aguda Linfocítica Pediátrica (LAL), con un promedio de 363,4 y una desviación estándar de 178,2, el mínimo de casos se registro en 2008 (155) y el máximo de los casos se reporto en 2017 (609), el evento describe una tendencia creciente. (Gráfico 83). En Bogotá, D.C. (671), Antioquia (400), Valle del Cauca (332), Santander (231), Cundinamarca (214), Tolima (144), Huila (132), Bolívar (131), Norte de Santander (118), Atlántico (108), Cauca (107), Nariño (105), Meta (102), Caldas (101) y Córdoba (100), son los territorios donde más registran casos por este evento para etse mismo periodo de análisis.

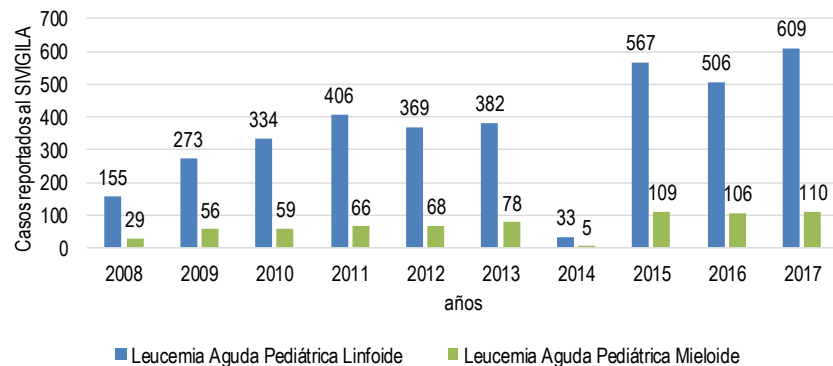


La salud  
es de todos

Minsalud

En relación a la Leucemia Aguda Mieloide Pediátrica (LAM), se destaca que registra menos casos que la LAL. Entre periodo 2008 y 2017, se resgitraron al SIVIGILA 686 casos, con una media anual de 68,6, con una desviación estándar de 34,5, en 2014 (5) con menor numero casos y en 2010 con 110 eventos de salud. Los departamentos que más reportaron casos fueron, Bogotá, D.C.(131), Antioquia (72), Valle del Cauca (66), Cundinamarca (46), Santander (37), Bolívar (34), Nariño (29), Norte de Santander (29), Tolima (26), Meta (22), Córdoba (21) y Huila (21)

Gráfico 83. Casos de leucemias reportados al SIVIGILA, 2008 - 2017



Fuente: elaborado a partir de los datos del cubo de SIVIGILA, MINSALUD, consulta del 1 de noviembre del 2019.

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo, para 2017, se reportaron, 1.944 personas menores de 18 años de edad con leucemias agudas, de los cuales, 1.754 corresponden a Leucemia Aguda Linfoide y 190 a Leucemia Mieloide Aguda (LMA). En este mismo año, se reportaron 227 casos incidentes para LAL y 44 casos incidentes LMA. Las leucemias (LLA, LMA) ocuparon el primer lugar en frecuencia entre los canceres pediátricos.<sup>106</sup>

La edad media de los pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA fue de 9,46 años y la mediana de 10,0 años. Del total de casos reportados con diagnóstico de LLA (1.754), el 44,4% (779) corresponden a las niñas y el 55,9 (975) a los niños, con una razón niña: niño de 0,80. La prevalencia de la LLA en la población pediátrica fue de 113,5 casos por cada millón de habitantes menores de 18 años. En Valle del Cauca, Santander, Caldas, Nariño, Risaralda, Huila, Vichada, Quindío y Casanare, registran las mayores prevalencias de LLA con estimaciones de 143,5 a 204,5.



La salud  
es de todos

Minsalud

### Morbilidad población migrante

En el país los fenómenos migratorios han tenido gran relevancia, en particular presentan efectos políticos, sociales y económicos en la población. Por tal razón, se hace importante reconocerlos como insumo en la planeación integral y para construir, ejecutar y seguir los planes, proyectos y programas establecidos.

Colombia en 2018 registró un total de 655.664 atenciones en salud realizadas a 311.318 personas migrantes, de las cuales el mayor número de atenciones se registró en el servicio de Consulta externa con 231.141 representando un 35%, seguidas de procedimientos con 210.005 atenciones (32%) y medicamentos con 110.575 atenciones (17%) como lo muestra la Tabla 38.

Tabla 38. Tipo de atenciones en salud en población migrante. Colombia, 2018.

Tipo de atención	Total Migrantes atendidos	Distribución %
Consulta Externa	231.141	35%
Procedimientos	210.005	32%
Medicamentos	110.575	17%
Servicios de urgencias	55.873	9%
Hospitalización	37.746	6%
Nacimientos	10.324	2%
Total	655.664	100%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

El 53% de las atenciones reportadas por los servicios de salud se concentran en 4 departamentos Bogotá, Norte de Santander, Antioquia y La Guajira, lugares donde se asume que se presenta mayor afluencia de migrantes, mientras tanto, Caquetá, Vaupés y Guaviare solo reportan el 0,01% de las atenciones. Frente a los tipos de atención el comportamiento de la mayoría de los departamentos es similar al descrito en el consolidado nacional (Tabla 39).

Tabla 39. Atenciones en salud en población migrante según tipo y departamento de atención. Colombia, 2018.

Entidad territorial	Consulta externa	Servicio de Hospitalización	Medicamentos	Procedimientos	Recién nacidos	Servicio de Urgencias	Total de atenciones
Bogotá, D.C.	50.094	7.244	13.518	49.698	2.451	6.015	129.020
Norte de Santander	27.150	6.767	19.225	23.191	2.710	7.262	86.305
Antioquia	20.866	2.927	11.288	22.978	1.139	6.519	65.717
La Guajira	23.151	4.254	12.686	17.168	684	7.643	65.586
Atlántico	15.964	1.897	10.033	12.771	209	5.321	46.195
Valle del Cauca	15.609	570	5.703	16.293	16	1.131	39.322
Magdalena	11.429	3.177	6.561	8.089	797	5.111	35.164
Cesar	15.014	1.438	3.615	11.072	507	2.788	34.434



La salud  
es de todos

Minsalud

Entidad territorial	Consulta externa	Servicio de Hospitalización	Medicamentos	Procedimientos	Recién nacidos	Servicio de Urgencias	Total de atenciones
Santander	11.302	2.067	5.186	11.531	635	2.895	33.616
Bolívar	5.913	1.427	2.391	4.629	137	1.735	16.232
Cundinamarca	5.752	724	2.026	5.134	189	1.294	15.119
Arauca	4.227	1.058	2.820	4.613	192	1.816	14.726
Casanare	1.981	311	1.367	2.136	31	378	6.204
Nariño	2.486	215	1.444	1.070	2	297	5.514
Córdoba	1.727	307	1.059	1.308	17	1.061	5.479
Meta	1.546	271	889	1.602	34	134	4.476
Risaralda	1.714	30	86	1.803	2	24	3.659
Sucre	1.024	162	529	1.042	16	588	3.361
Boyacá	1.025	290	235	966	55	526	3.097
Tolima	902	134	217	995	11	269	2.528
Putumayo	533	57	341	1.100	11	283	2.325
Guainía	575	150	564	530	15	431	2.265
Huila	788	48	418	745	28	192	2.219
Caldas	526	80	195	794	8	34	1.637
Cauca	402	63	168	330	17	76	1.056
San Andrés	299	49	418	123	58	22	969
Vichada	322	35	185	269	18	27	856
Amazonas	25	12	16	618	5	6	682
Quindío	238	-	70	253	-	-	561
Chocó	47	3	3	24	2	1	80
Caquetá	15	1	5	22	-	5	48
Vaupés	8	1	10	11	-	1	31
Guaviare	4	-	3	8	-	2	17
<b>Colombia</b>	<b>231.141</b>	<b>37.746</b>	<b>110.575</b>	<b>210.005</b>	<b>10.324</b>	<b>55.873</b>	<b>655.664</b>

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

En el país en 2018 se atendieron 311.318 personas migrantes, siendo Venezuela el país que mayor número aporta con un 64,2%, cifra que no se puede perder de vista teniendo en cuenta que esta población en la mayoría de los casos no hacen parte del sistema de seguridad social en salud de Colombia, generando algunas sobrecargas en los prestadores de salud que asumen el costo de estas atenciones en el marco del gran fenómeno migratorio actual (Tabla 40).

Tabla 40. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia.. Colombia, 2018.

País de procedencia del migrante	2018	Distribución
República Bolivariana de Venezuela	199.831	64,2%
Sin identificador de país	73.550	23,6%
Otros	31.528	10,1%
Ecuador	2.593	0,8%
Brasil	1.656	0,5%
Perú	1.300	0,4%
Panamá	738	0,2%
Nicaragua	122	0,04%
<b>Total</b>	<b>311.318</b>	<b>100%</b>

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

La distribución de la prestación en salud a estas personas según el lugar donde reciben la atención se acumula en un 54% en cuatro departamentos del país especialmente como se observa en la Tabla 41.

Tabla 41. Distribución de personas migrantes con atenciones en salud según país de procedencia. Colombia, 2018.

Departamento	Brasil	Ecuador	Nicaragua	Otros	Panamá	Perú	Venezuela	Sin dato	Total
Bogotá, D.C.	633	935	55	13.340	280	678	31.404	27.390	74.715
Norte de Santander	4	32	1	256	-	8	31.556	2.981	34.838
Antioquia	204	321	16	7.212	226	245	14.347	11.087	33.658
La Guajira	1	2	-	11	-	-	24.407	1.987	26.408
Valle del Cauca	132	468	16	4.904	150	123	12.952	3.820	22.565
Atlántico	3	4	4	153	12	7	15.973	2.767	18.923
Cesar	1	1	1	78	-	-	16.414	1.617	18.112
Santander	8	24	2	533	2	3	9.889	3.680	14.141
Magdalena	1	5	-	43	-	2	10.820	1.744	12.615
Cundinamarca	20	42	1	671	7	35	4.307	2.288	7.371
Bolívar	2	5	-	32	1	1	3.174	3.690	6.905
Arauca	-	2	-	2	-	-	5.423	172	5.599
Nariño	2	135	1	115	-	6	1.936	587	2.782
Risaralda	22	78	10	1.417	19	47	513	635	2.741
Casanare	-	4	-	19	-	1	2.373	143	2.540
Córdoba	1	7	1	18	1	1	1.485	471	1.985
Meta	1	11	1	129	-	11	1.151	627	1.931
Tolima	1	15	-	293	-	11	435	650	1.405
Putumayo	3	235	-	29	-	13	736	299	1.315
Sucre	4	5	-	22	-	3	622	628	1.284
Boyacá	2	10	-	63	2	3	811	353	1.244
Huila	8	25	1	209	3	8	601	192	1.047
Caldas	14	19	-	360	5	10	201	429	1.038
San Andrés	2	2	4	9	1	-	6	646	670
Guainía	4	2	-	-	1	1	619	14	641
Amazonas	542	1	-	14	-	38	14	14	623
Cauca	-	11	-	32	-	2	159	322	526
Vichada	2	1	-	68	-	1	332	4	408
Quindío	2	9	1	117	-	-	34	226	389
Chocó	1	-	-	5	1	-	41	5	53
Caquetá	-	2	-	7	-	-	14	5	28
Vaupés	9	2	-	2	-	-	2	3	18
Guaviare	-	-	-	3	-	-	4	2	9
Colombia	1.656	2.593	122	31.528	738	1.300	199.831	73.550	311.318

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

Colombia en el año 2018 registró un total de 319.985 personas migrantes atendidas según régimen de seguridad social en salud, es importante precisar que este dato difiere del número de personas únicas





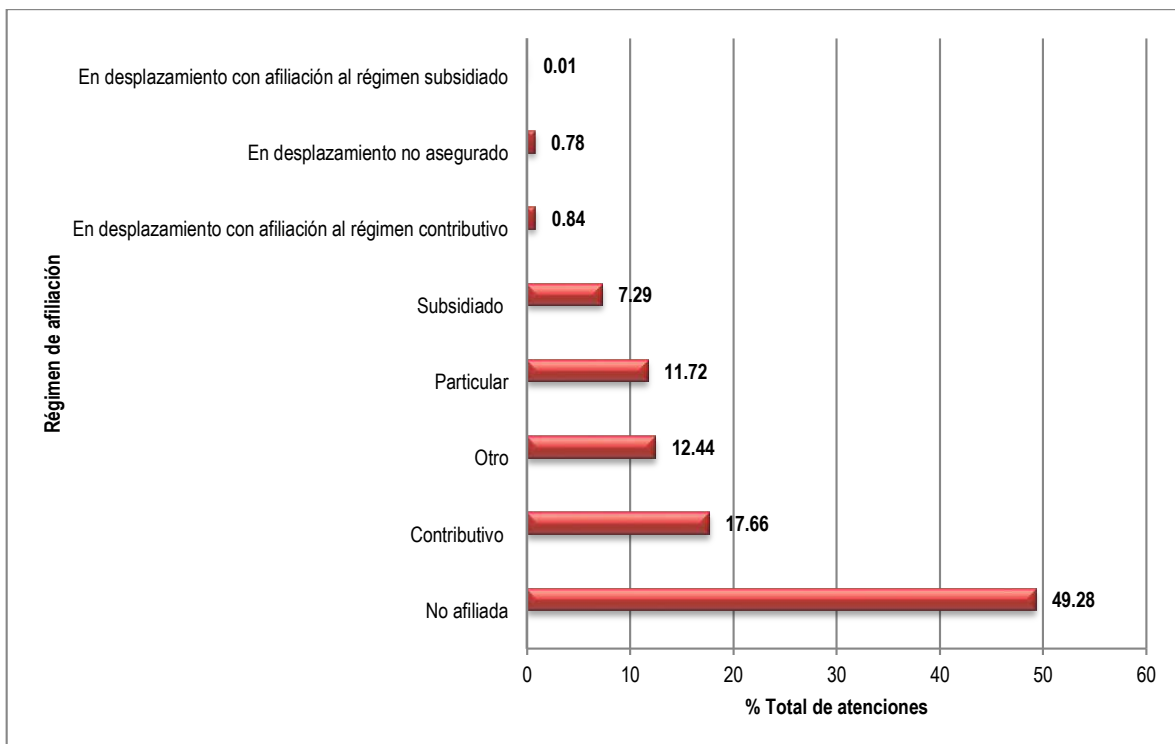
La salud  
es de todos

Minsalud

atendidas, en el entendido que existen personas que cambiaron de régimen de afiliación en periodo de tiempo analizado.

La distribución porcentual según afiliación evidencia que el 49,28% se registró en el régimen No afiliada con 157.690 personas migrantes atendidas seguida del régimen contributivo con 56.513 personas (17,66%) y otro con 39.792 personas (12,44%). En el Gráfico 84 se registra la distribución de personas migrantes atendidas según el régimen de afiliación en salud en el país.

Gráfico 84. Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2018



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

#### Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

##### Discapacidad auto declarada registrada

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”<sup>107</sup>. “El PDSP 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”<sup>108</sup>. Así mismo, aborda de manera transversal la atención diferencial para las personas con discapacidad en todas las dimensiones prioritarias y en sus componentes; esto plantea las metas y estrategias que contribuyen a consolidar el acceso efectivo al ejercicio del derecho a la salud en estos grupos poblacionales<sup>108</sup>.

Según el Informe Mundial de la Discapacidad, de la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial el 15% de la población mundial vive con discapacidad, es decir entre 110 y 190 millones de personas en el mundo. En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad. Los países de ingreso alto registran una prevalencia de la discapacidad moderada y grave de 3,2, en comparación con países de ingreso bajo y mediano en las Américas fue de 3,1.<sup>109</sup>

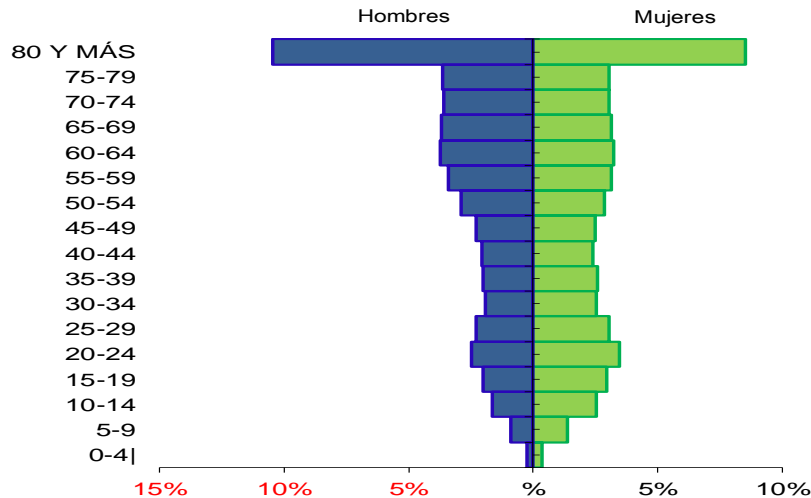
El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), para Colombia entre 2013 y 2018 las personas con discapacidad fueron 1.475.696. Se distribuyen el 49,4% hombres (723.881) y 50,6% mujeres (742.043), el 0,17% (2.565) no se dispone de información de sexo. El 19,0% (278.556) se las alteraciones permanentes se concentran en las personas de 80 años y más, le siguen el grupo de edad de 60 y 64 con el 7,0% (102.124). (Gráfico 85) Las alteraciones con mayor auto reporte corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,81%, seguidas de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,16%. (Tabla 42)



La salud es de todos

Minsalud

Gráfico 85. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2018\*



\*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 1 de noviembre de 2019. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

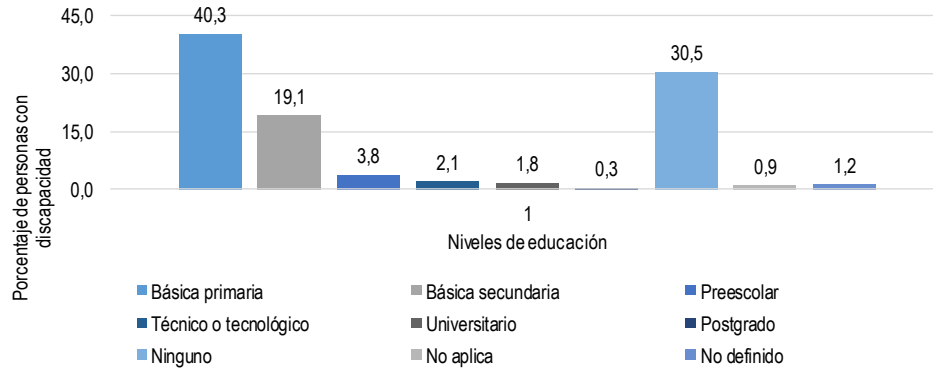
Tabla 42. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2018\*

Tipo de discapacidad	Mujeres	Hombres	% Mujeres	% Hombres	Total
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	369.171	364.552	50,9	48,8	49,81
El sistema nervioso	315.113	335.209	43,4	44,8	44,15
Los ojos	262.011	238.828	36,1	32,0	34,00
El sistema cardiorespiratorio y las defensas	186.173	140.459	25,7	18,8	22,17
La voz y el habla	125.968	161.676	17,4	21,6	19,53
Los oídos	117.285	124.583	16,2	16,7	16,42
La digestión, el metabolismo, las hormonas	102.154	72.025	14,1	9,6	11,82
El sistema genital y reproductivo	53.469	57.724	7,4	7,7	7,55
La piel	30.572	25.135	4,2	3,4	3,78
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	20.802	22.137	2,9	3,0	2,91
Ninguna	13	19	0,0	0,0	0,00
<b>Total general</b>	<b>725.696</b>	<b>747.435</b>			

\*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 1 de noviembre de 2019. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Del 100% (1.475.696) de los registros con información de último año de educación alcanzado, el 40,3% (594.480) de las personas en condición de discapacidad alcanzaron la básica primaria, el 30,5% (450.299) se clasifican como sin ningún nivel educativo. Solo el 1,8% (26.257) alcanzó el nivel universitario y el 0,3% (5.074) alcanzó a finalizar un posgrado. (Gráfico 86)

Gráfico 86. Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2018\*

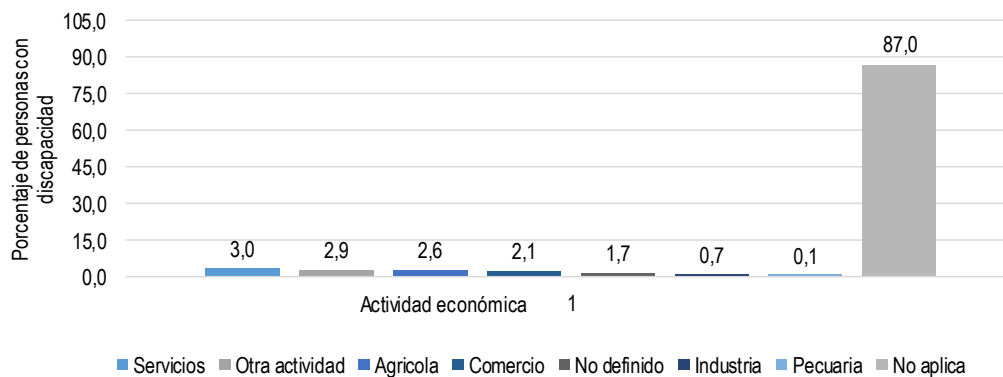


\*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 1 de noviembre de 2019. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Solo el 11,3% (167.349) de los registros consigna información sobre actividad económica en la cual trabaja, resultando los servicios como los más frecuentes, con un 3,0% (43.993); y la agricultura, con un 2,6% (37.657). (Gráfico 87).

El 16,5% (243.178) de las personas en condición de discapacidad registradas declararon tener personas a cargo. El 39,3% (579.928) habita en vivienda propia totalmente pagada, el 24,1% (356.155) vive en arriendo y el 20,0% (294.912) en vivienda de familiar sin pagar arriendo.

Gráfico 87. Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2018\*



\*Corte a septiembre de 2018. Consultado el 1 de noviembre de 2019. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.





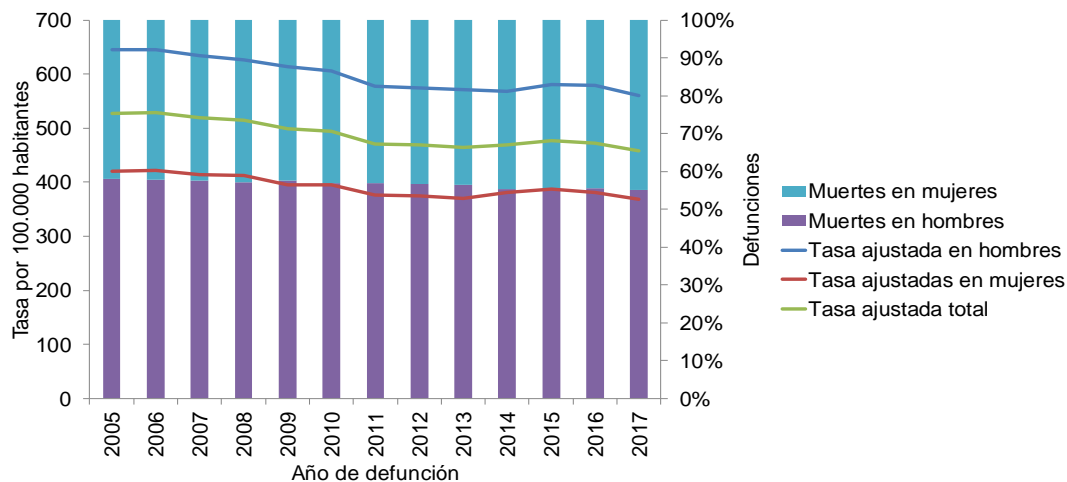
La salud  
es de todos

Minsalud

## Mortalidad

Entre 2005 y 2017 en Colombia se produjeron en promedio 203.742 defunciones no fetales anuales, con una desviación estándar de 12.398. En general, la tendencia fue decreciente; durante este periodo la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 13%, pasando de 526,87 a 457,5 muertes por cada 100.000 personas año. El 56,59% (1.498.743) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 43,41% (1.149.906) en las mujeres. La brecha en la mortalidad por sexos se mantuvo constante, siendo para 2017, la tasa ajustada por edad un 52% más alta en hombres que en mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de 192 muertes por cada 100.000 habitantes. (Gráfico 88)

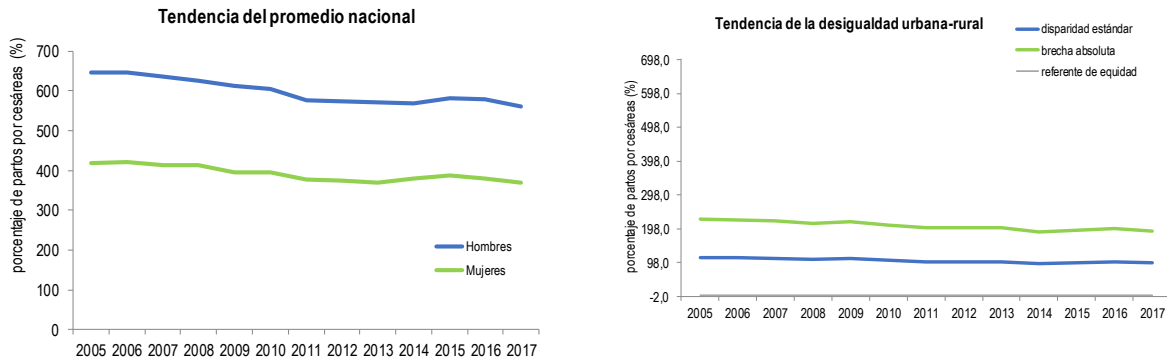
Gráfico 88. Mortalidad general, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social(MSPS) (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Protección Social [SISPRO]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2017. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2005 y 2017 la tasa de mortalidad cruda, ha oscilado entre 369 y 645 muertes por cada 100.000 personas. Por sexo se observa en la serie de tiempo, un exceso de alrededor de 85 muertes por cada 100.000 personas en los hombres con respecto a las mujeres, la tendencia se muestra decreciente en ambos casos. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 89)

Gráfico 89. Brecha de mortalidad general por sexo, 2005-2017

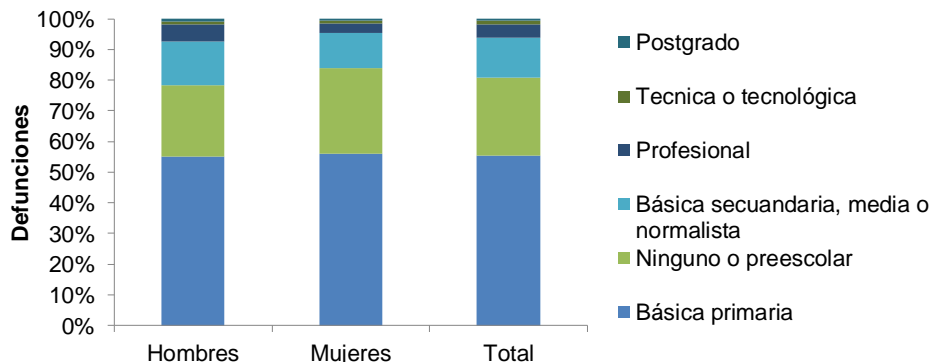


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del DANE, Sistema

Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social(MSPS) (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Protección Social [Sistro]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2017. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

El sistema de información de la mortalidad en Colombia presenta subregistro para variables que generan gradiente como el nivel educativo, régimen de afiliación y etnia. Entre 2008 y 2017 el 59,8% de los registros tenía información por nivel educativo; de estos, el 74,52% (791.141) de las muertes ocurrió en aquellos que habían alcanzado la básica primaria, seguido del 34,17% (362.786) de la categoría ningún nivel educativo o preescolar, el 17,48% (185.618) que lograron la básica secundaria, media o normalista y del 5,79% (61.522) lograron ser profesionales. (Gráfico 90)

Gráfico 90. Mortalidad según nivel educativo, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



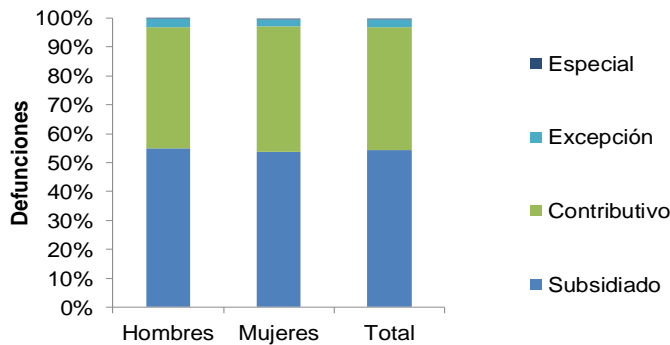


La salud  
es de todos

Minsalud

Alrededor del 87,0% de los registros tenía información de régimen de afiliación. De estos, el 59,97% (1.195.837) de las muertes ocurrió en el régimen subsidiado, el 47,01% (937.481) en el contributivo, el 2,99% (59.701) entre el régimen de excepción y el 0,38% (7.556) para el régimen especial. (Gráfico 91)

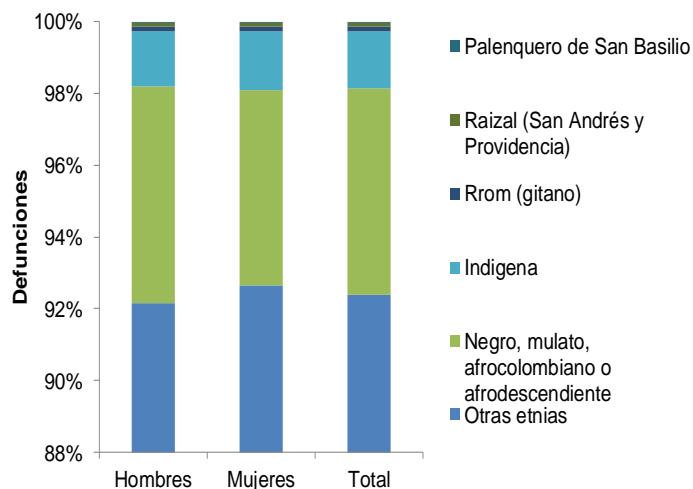
Gráfico 91. Mortalidad según régimen de afiliación, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

El 27,5% de los registros tenía información de etnia; de estos, el 92,4% (1.774.783) de las muertes fue clasificado como de otras etnias, el 5,8% (110.911) como negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente, dejando un 1,6% (30.434) para indígenas, Rrom (0,12%), raizales (0,10%) y palenqueros (0,04%). (Gráfico 92)

Gráfico 92. Mortalidad según etnia, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

### Mortalidad general por grandes causas

Entre 2005 y 2017 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Aunque entre 2005 y 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad siguieron una tendencia decreciente pasando de 166,43 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, la tendencia muestra una corta estabilización y posterior incremento de la mortalidad por esta causa. Para 2017 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 150,30 muertes por cada 100.000 habitantes año, causaron el 30,5% (808.245) de las defunciones y el 16,7% (1.040.2674) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo pasando de una tasa de 124,97 a 118,36 muertes por cada 100.000 personas, para una reducción total del 5,3%. Para 2017 estas causas produjeron el 25,3% (57.206) de todas las muertes y el 20,74% (989.752) de los AVPP.

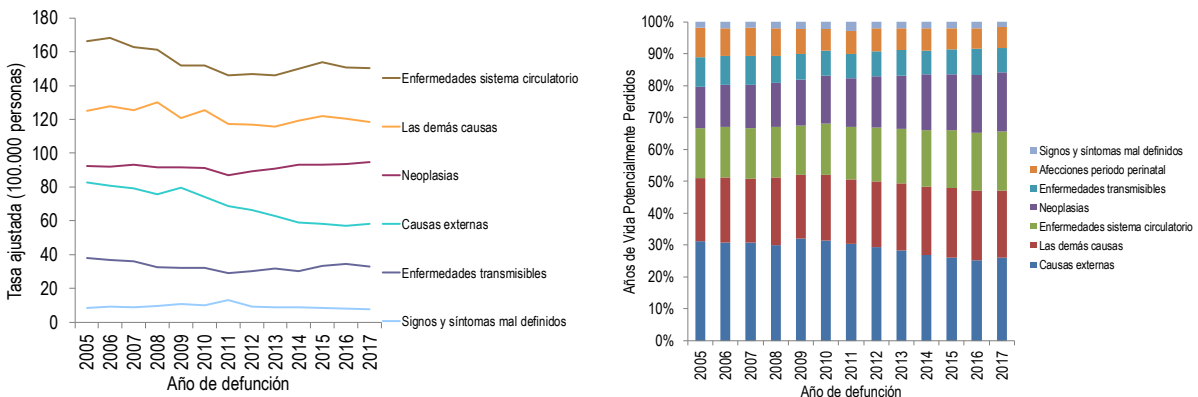
De la misma manera, para 2017 las neoplasias con una tendencia creciente, aportaron el 20,20% (45.985) de las muertes y el 15,52% (868.645) de los AVPP. Las causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte con un 15,5% (409.749) del total de la mortalidad en el periodo y aunque no fueron la primera causa de deceso, generaron el mayor número de AVPP, durante 2017 aportaron el 26,0% (1.219.388) de todos los AVPP y a pesar de experimentar una reducción del 33% en las tasas ajustadas de AVPP, para 2017 se produjeron 741 AVPP por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 6,9% (15.902) de las muertes y alcanzaron una tasa ajustada de 32,82 muertes por cada 100.000 personas para el último año. Las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron el 1,7% (3.769) de los decesos. (Gráfico 93)



La salud  
es de todos

Minsalud

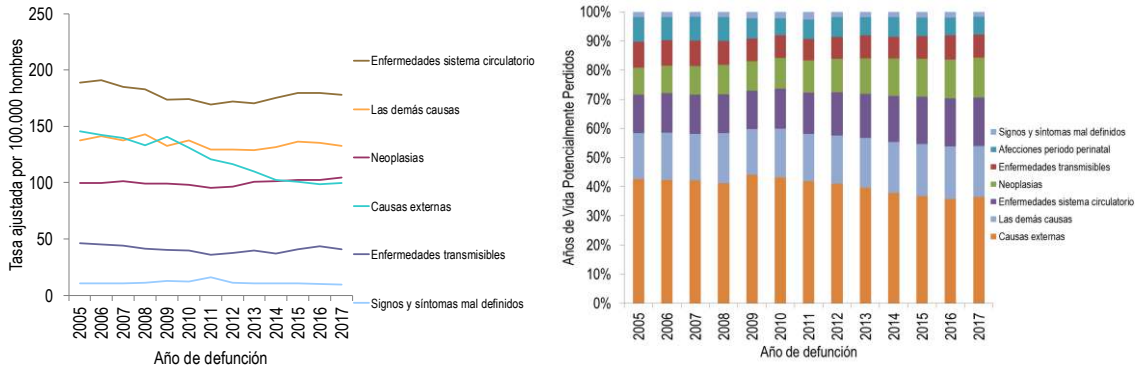
Gráfico 93. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total, entre 2005 y 2017 las tasas ajustadas de mortalidad pasaron de 189,01 a 178,01 muertes por cada 100.000 hombres, siendo la causa más frecuente de muerte en este sexo; en 2017 provocaron el 16,59% (468.533) de todos los AVPP en hombres. El grupo de las demás causas se ubica en segundo lugar de frecuencia de mortalidad con una tendencia constante que para 2017 exhibe una tasa de 135,43 muertes por cada 100.000 personas. Las causas externas produjeron el 35,55% (1.031.829) de los AVPP y a pesar de que las defunciones por esta causa han disminuido llevandolas al cuarto lugar de frecuencia, son la primera causa de mortalidad prematura en este sexo. Las neoplasias por su parte, con una tendencia creciente, alcanzaron una tasa de 102,44 muertes por cada 100.000 personas en 2017. Las afecciones del periodo perinatal fueron la causa de mortalidad menos frecuente, aportaron el 1,67% (3.769) de las muertes. (Gráfico 94)

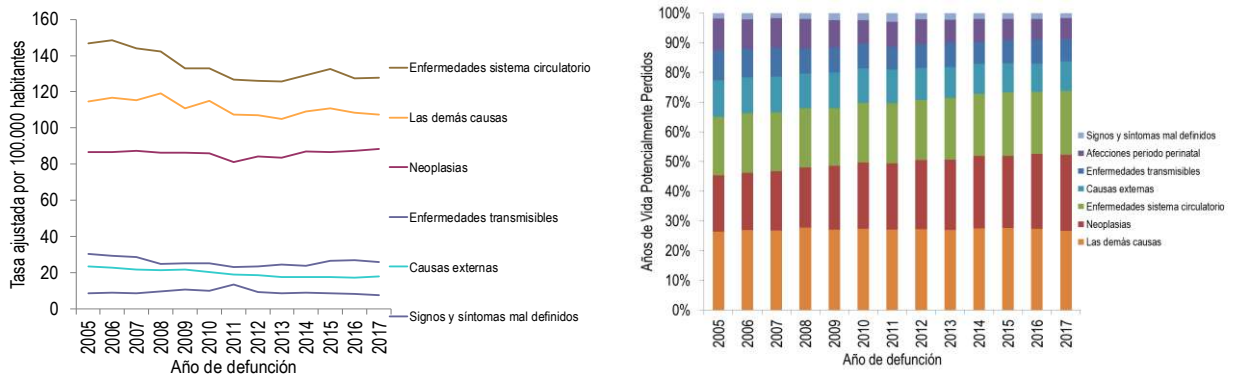
Gráfico 94. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2005 y 2017 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, alcanzando una tasa de 127,27 muertes por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 21,4% (398.815) de todos los AVPP en este sexo. Las demás causas ocuparon el segundo lugar de frecuencia, produjeron el 25,13% (57.206) de las muertes y generaron el 26,6% (496.964) del total de AVPP en mujeres y las neoplasias ocuparon el tercer lugar de frecuencia, se atribuyeron el 20,20% (45.985) de las muertes y generaron el 25,7% (480.299) de los AVPP, la reducción en sus tasas ajustadas entre 2005 y 2016 fue apenas del 0,98%. (Gráfico 95)

Gráfico 95. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2016



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



La salud  
es de todos

Minsalud

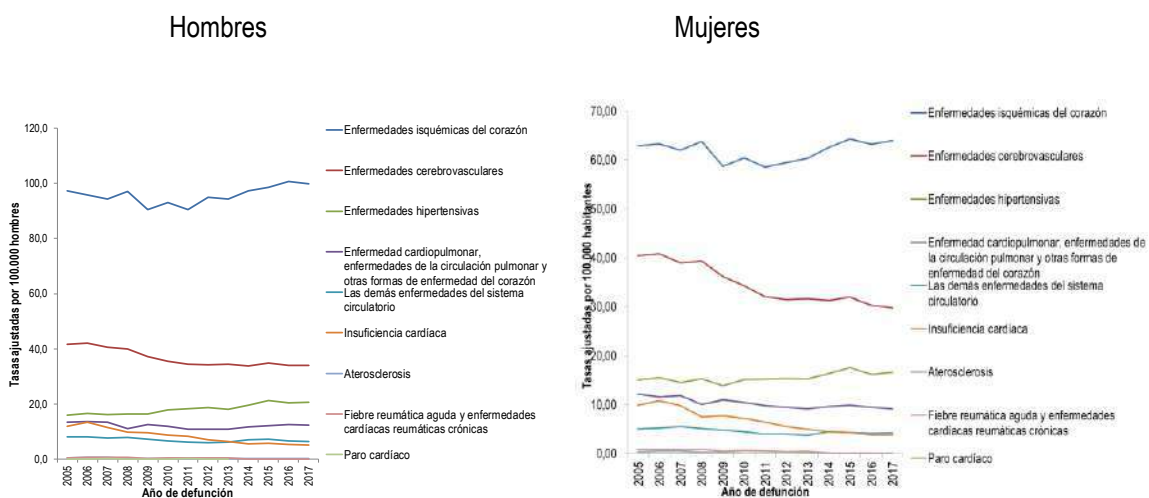
## Mortalidad específica por subgrupos

### Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Entre 2005 y 2017 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en Colombia tanto para hombres como para mujeres. Para el último año, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 53,3% (38.618) de las muertes dentro del grupo, exhibiendo tasas ajustadas de mortalidad oscilantes entre 78,89 y 80,07 muertes por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 21,1% (15.260) de las muertes con tendencia a disminuir en ambos sexos. Las enfermedades hipertensivas fueron la tercera causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, aportando el 12,2% (8.841) de las muertes y mostrando una tendencia similar entre sexos. (Gráfico 96)

Para 2017 Atlántico, Norte de Santander, Sucre, Tolima y Arauca registraron tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio significativamente más altas que la nacional. En tanto, Chocó, La Guajira, Putumayo, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

Gráfico 96. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



La salud  
es de todos

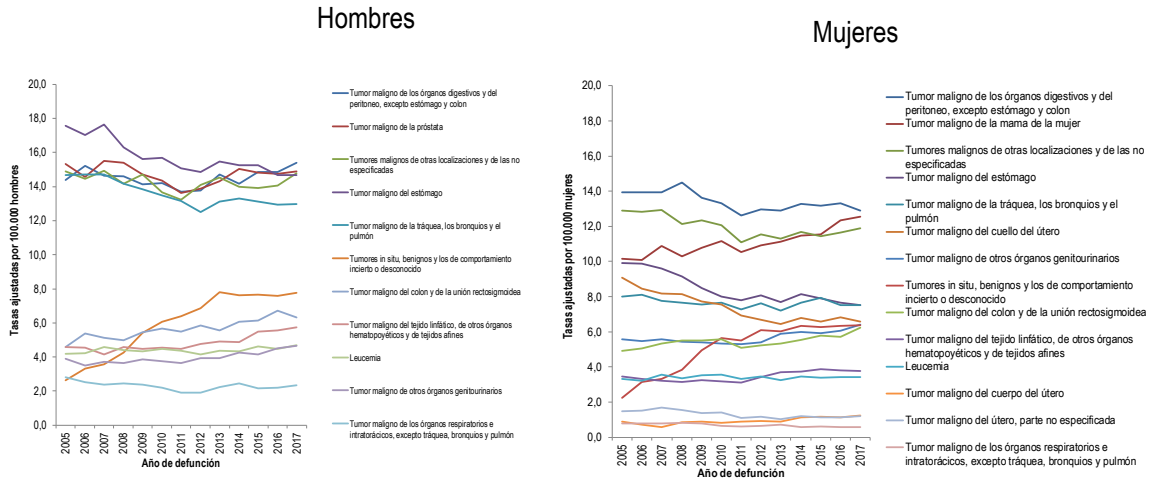
Minsalud

### Mortalidad por neoplasias

Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Ente 2005 y 2017, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres, causaron el 4,6% (22.329) de las defunciones y exhibieron tasas oscilantes entre 14,2 y 14,0 muertes por cada 100.000 habitantes. El tumor maligno de estómago provocó el 12,6% (61.754) de las defunciones y sus tasas disminuyeron en un 20,2% durante el periodo, pasando de 13,5 a 10,7 muertes por cada 100.000 personas. El cáncer de próstata es la segunda causa de mortalidad en hombres y su tendencia constante lo ha mantenido entre 15,34 y 14,88 muertes por cada 100.000 hombres. Por su parte, la mortalidad por cáncer de mamá en las mujeres aumentó en un 23,62% pasando de 10,15 a 12,55 muertes por cada 100.000 mujeres. (Gráfico 97)

Para 2017 Quindío y Risaralda registraron tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias significativamente más altas que la nacional. En tanto, Bolívar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Nariño, Sucre, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

Gráfico 97. Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Mortalidad por causas externas

Las causas externas se ubicaron en el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad. En 2017 las agresiones (homicidios) provocaron el 42,2% (12.093) del total de muertes por causas externas con tasas tendientes a disminuir pasando de 44,05 a 24,30 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual se traduce en una reducción del 44,75%. Existe una brecha importante entre sexos, la tasa de mortalidad por homicidios es 10,5 veces más alta en hombres que en mujeres. Por su parte, los accidentes de transporte terrestre provocaron el 25,0%(85.469) de las muertes por causas externas y se han constituido como la primera causa de mortalidad para las mujeres (5,20 por cada cien mil mujeres) aunque la tasa es 4,70 veces mayor para los hombres (25,45 por cada cien mil hombres). (Gráfico 98)

Para 2017 Caquetá, Cauca, Quindío, Valle del Cauca, Arauca y Putumayo reportaron tasas ajustadas de mortalidad por causas externas significativamente más altas que la nacional. En tanto, Atlántico, Bogotá D.C., Boyacá, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Sucre, Amazonas y Vaupés tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

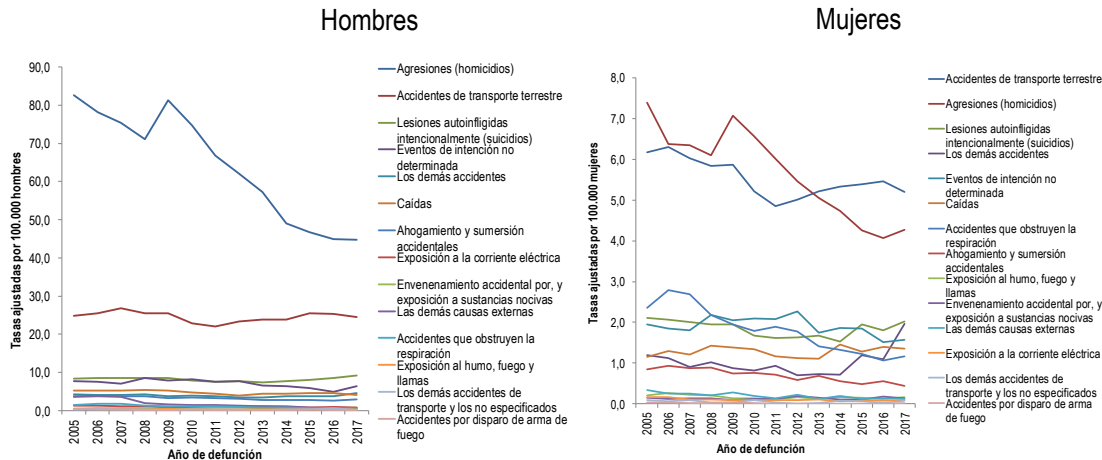




La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 98. Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Mortalidad por enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso. Las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro del grupo, entre 2005 y 2017 produjeron el 51,8% (94.096) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 19,7 muertes por cada 100.000 habitantes. Por su parte, al VIH (SIDA) se le atribuyó el 17,20% (31.280) de las muertes por enfermedades transmisibles y constituye la segunda causa de muerte más frecuente con tasas oscilantes en un rango de 5,7 y 5,2. La frecuencia de mortalidad por subcausas en este grupo es similar entre sexos. (Gráfico 99)

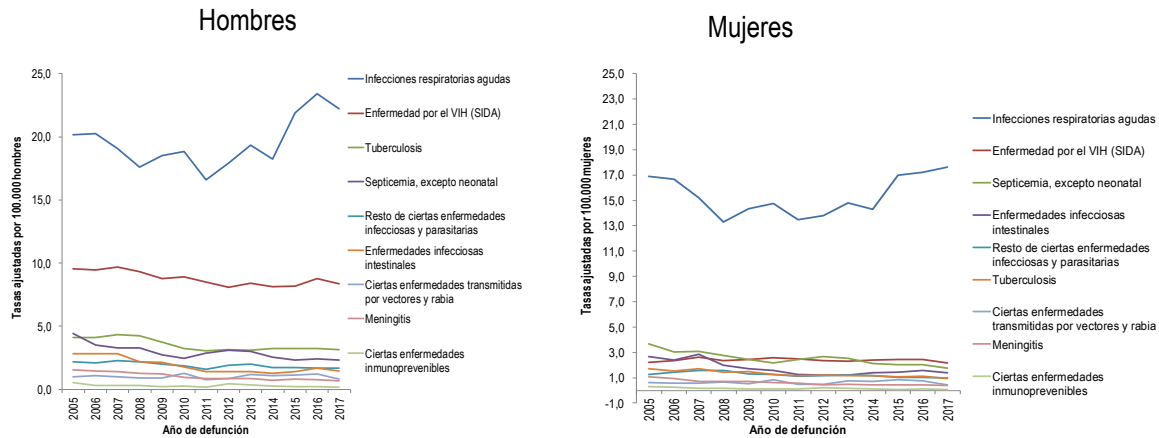
Para 2017 Atlántico reportó la tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas significativamente más altas que la nacional. En tanto, Nariño, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía y Vaupés tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 99. Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres mujeres, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Mortalidad por afecciones del periodo perinatal

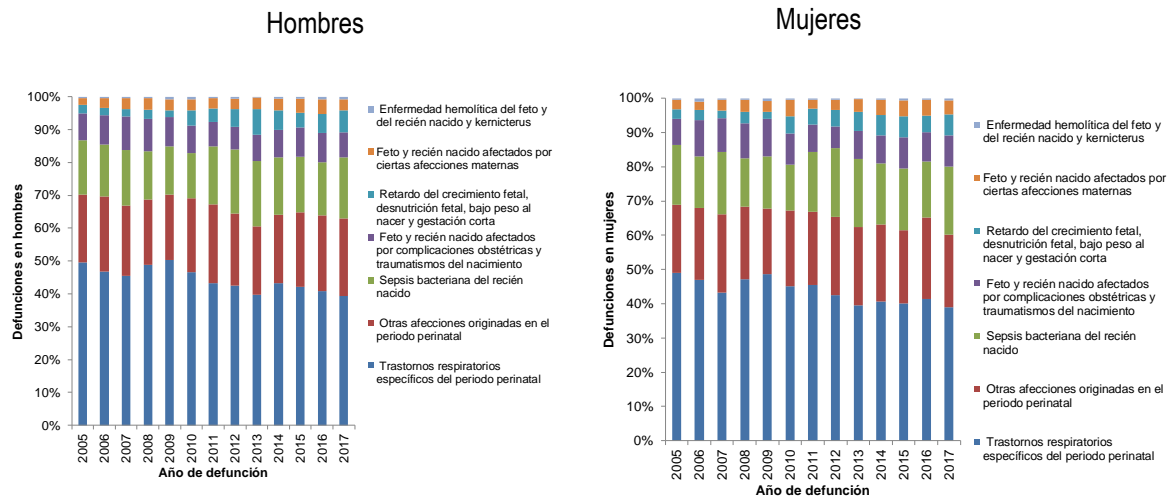
En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido decreciente y constante. Entre 2005 y 2017 el 44,6% (25.977) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. El subgrupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (subgrupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos: P00-P96, P08, P29, P35, P37-P96) causó el 21,7% (12.640) de las muertes, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido, con un 16,8% (9.788). El Comportamiento entre sexos es similar. (Gráfico 100)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 100. Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2017



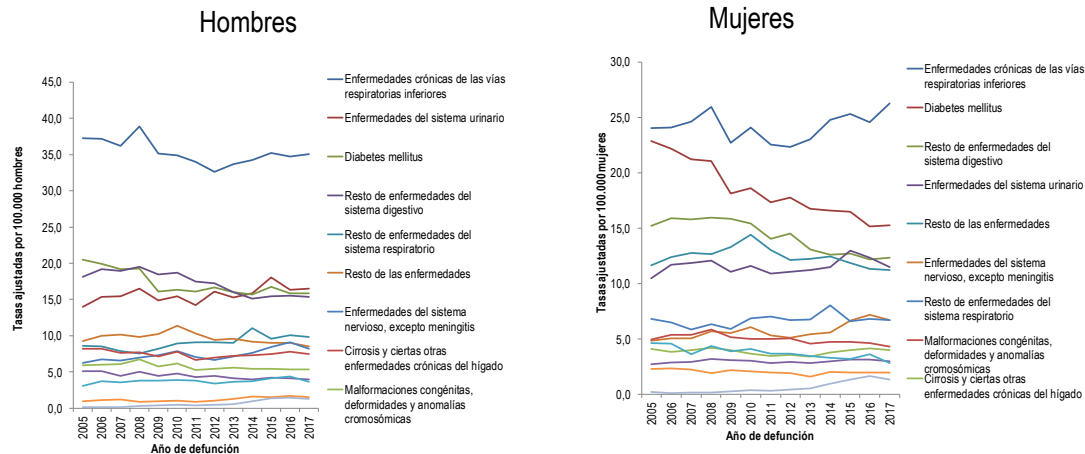
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Mortalidad por las demás causas

El grupo de las demás causas constituye un grupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos no clasificados en otros grupos: D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99<sup>15</sup>. Entre 2005 y 2017, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la primera causa de muerte dentro del grupo, causando el 23,3% (152.031) de los decesos. Entre 2008 y 2012 sus tasas ajustadas decayeron en un 15%, pasando de 31,73 a 26,87 muertes por cada 100.000 habitantes, para luego invertir su tendencia y tornarse al incremento hasta alcanzar un valor de 30,08 en 2017. En segundo lugar, la diabetes mellitus provocó el 14,2% (92.612) de las defunciones dentro del grupo, con tasas ajustadas tendientes al descenso, pasando de 21,81 a 15,83 para una reducción relativa del 40,5% y absoluta de 6,28 muertes menos por cada 100.000 personas año. (Gráfico 101)



Gráfico 101. Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

## Mortalidad materno-infantil y en la niñez

### Mortalidad materna

En el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas. Como parte del compromiso de los países en su contribución a la reducción de este problema, en la Agenda de Desarrollo Sostenible se pactó el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número tres (3), donde una de las metas es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030<sup>110</sup>. Para 2015 la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000<sup>111</sup>.

Según datos de la OPS, en 2017 la razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos, en América Latina fue de 58,2. Los países que registraron valores por encima de la región fueron República Bolivariana de Venezuela (82,1), Perú (69,8) y Paraguay (86,4). En tanto, Chile, Argentina, Colombia y Ecuador, registraron razones de mortalidad materna por debajo de América Latina<sup>74</sup>.



La salud  
es de todos

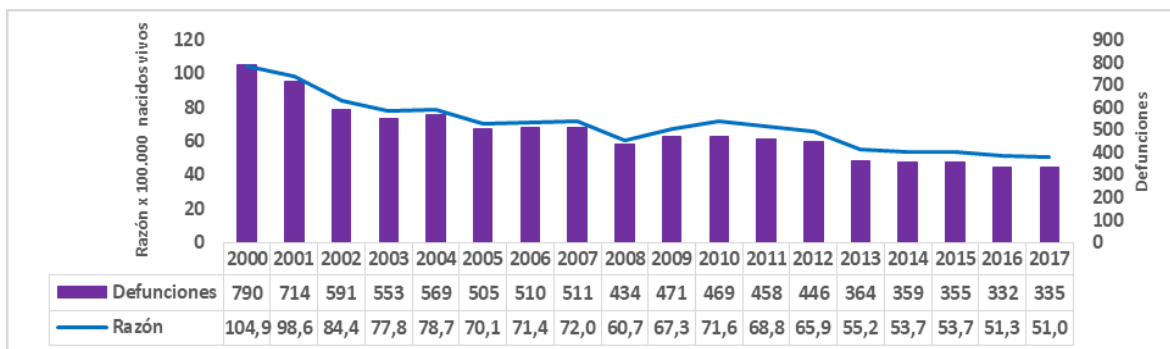
Minsalud

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; el cambio porcentual anual estimado de la razón (APC, por sus siglas en inglés) fue de -5,8, siendo esta reducción estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. Entre 2008 y 2011, el indicador osciló entre 60,7 y 71,6 marcando un incremento no significativo con un APC de 4,5. Posteriormente entre 2011 y 2017 se produjeron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa.

Durante todo el periodo la reducción fue del 51,3%, lo que se traduce en 51 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la razón de mortalidad materna puede descender hasta 24,7 (IC95%: 0,0 – 64,2) (Gráfico 102).

Cabe resaltar, que el país debe continuar avanzando para lograr alcanzar la meta nacional a 2018 de 51 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Así mismo, se deben redoblar los esfuerzos del país para avanzar en 2030, reducir la razón nacional de mortalidad materna a menos de 32,0 por cada 100.000 nacidos vivos<sup>112</sup>.

Gráfico 102. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 - 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado septiembre de 2019.

La ocurrencia de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria<sup>111</sup>. Al igual que en muchos



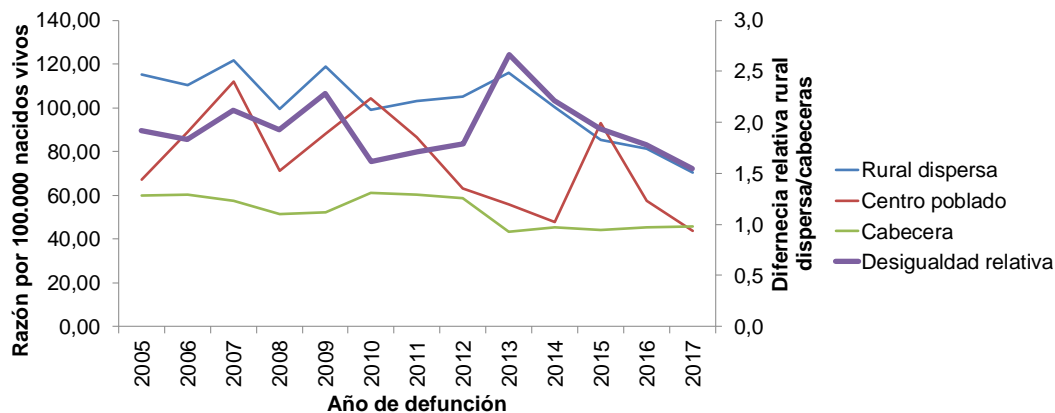
La salud  
es de todos

Minsalud

países, en Colombia hay grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica.

La dispersión poblacional se comporta como un determinante importante de la mortalidad materna. Para 2017 se produjeron 24,97 muertes en exceso por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales y la brecha de desigualdad relativa osciló entre 1,5 y 2,7 indicando que para el último año la razón fue un 50% más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras. (Gráfico 103)

Gráfico 103. Mortalidad materna según área, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2019.

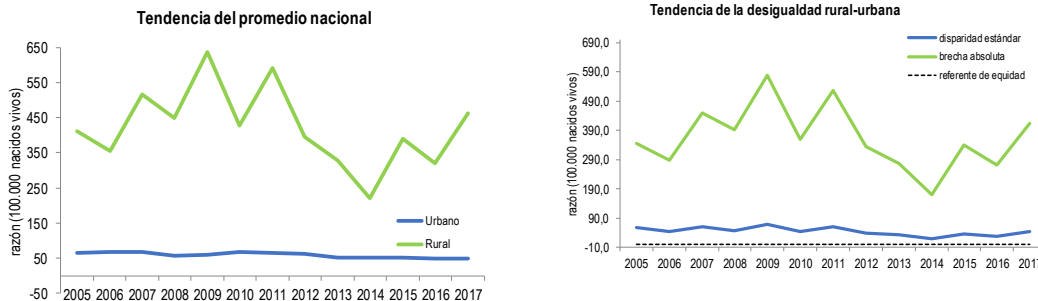
Entre 2005 y 2017 la razón de mortalidad materna en Colombia pasó de 70,1 a 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Por área de residencia se observa que la mortalidad es mayor en el área rural que en el área urbana, aunque su tendencia se muestra levemente al aumento en ambos casos con la presencia de algunas variaciones. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 104)



La salud  
es de todos

Minsalud

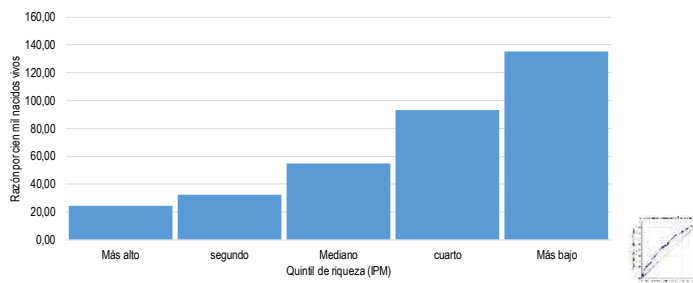
Gráfico 104. Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social(MSPS) (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Protección Social [Sistro]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2017. Consultado el 20 de abril de 2019.

El quintil que agrupa los departamentos más pobres del país (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) experimenta una razón de mortalidad 5,48 veces más alta que el quintil de los departamentos con menor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C.y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina). Así mismo, el 70% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,255, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificado res. (Gráfico 105)

Gráfico 105. Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPSy los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 20 de abril de 2019.



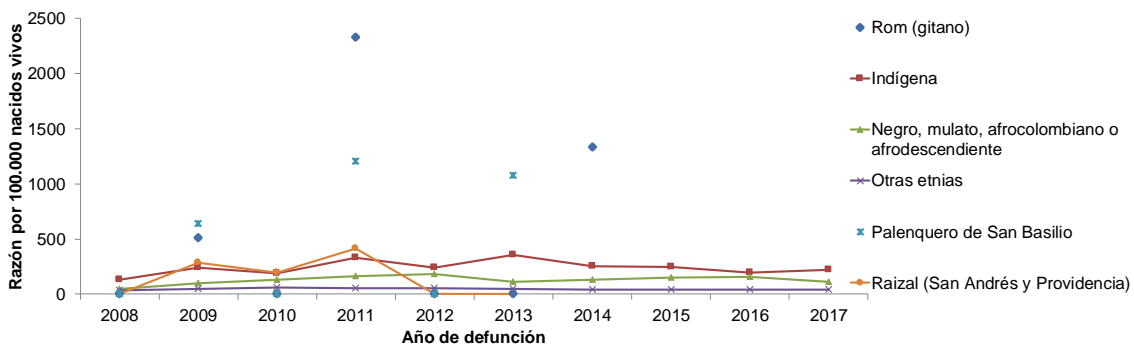


La salud  
es de todos

Minsalud

Para 2017 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones indígenas y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, alcanzando valores de 222,2 y 110,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente. En términos relativos la razón de mortalidad materna es cuatro veces mayor en mujeres indígenas y dos veces mayor en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional. (Gráfico 106)

Gráfico 106. Mortalidad materna según etnia, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2019.

La interacción de los determinantes sociales de la salud como pobreza, etnicidad y ruralidad influenciaron que, para 2017 Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Amazonas, Vichada, tuvieran las razones de mortalidad más altas del país. En tanto, Antioquia, Bogotá D.C., Cundinamarca, Huila, Santander, Arauca, Casanare y Putumayo, reportaran razones por debajo del promedio nacional. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 27)



La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 27. Mortalidad materna según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

### Mortalidad neonatal

La probabilidad de que una persona alcance cierta esperanza de vida está relacionada con el lugar donde se nace, lo cual también determina la probabilidad de morir. Se estima que en el mundo por cada 1.000 nacidos vivos, 21 mueren antes de cumplir el día 28; y en los países de ingresos medios altos, 10 de cada 1.000 no los superan<sup>60</sup>. Así mismo, cerca del 41% de las muertes anuales en menores de cinco años ocurren durante el periodo neonatal y esta proporción tiende a aumentar en el tiempo<sup>113</sup>. Dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales<sup>114</sup>, se estima que dos de cada tres defunciones son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida<sup>113</sup>. Con el fin de garantizar la atención del parto por personal calificado y brindar las condiciones necesarias al recién nacido y a la madre el Gobierno colombiano ha logrado que para 2013 el 98,6% de los partos sean atendidos institucionalmente por personal calificado.

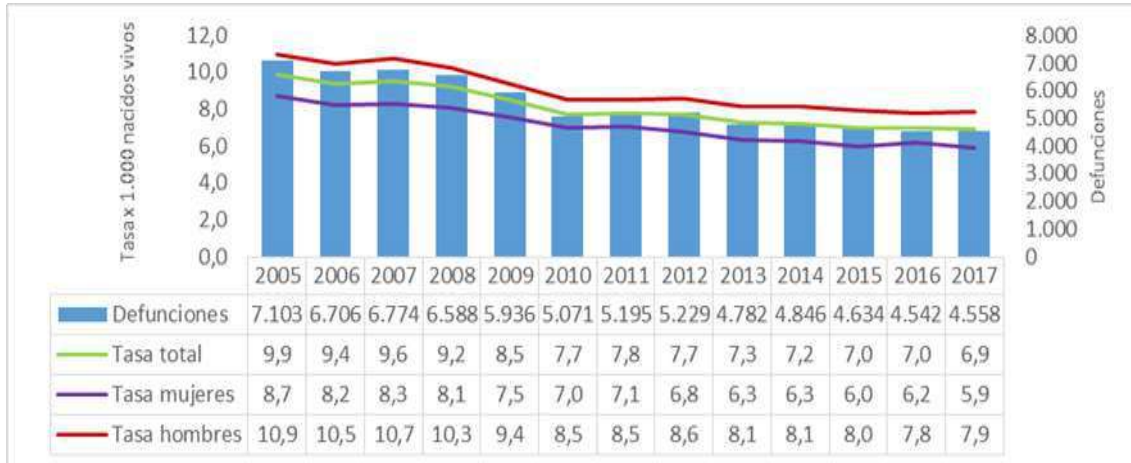
La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil; en Colombia aporta el 64,7% de las muertes ocurridas antes del año de vida. Entre 2005 y 2017 de 8.838.163 nacidos vivos se produjeron 71.418 muertes neonatales, para un promedio anual de 5.494 muertes y una desviación estándar de 930 defunciones; el número de muertes osciló entre 4.526 y 7.016. Durante el periodo, las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron en 2,92 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual es equivalente a una reducción del 29,7%; su tendencia fue similar para ambos sexos. (Gráfico 107)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 107. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 20 de abril de 2019.

Para 2017 Choco fue el departamento con la mortalidad neonatal más alta del país, alcanzó una tasa 2,24 veces más alta que la nacional, con un total de 98 decesos. En segundo lugar, estuvo Vichada con una tasa de 30,51 y ocho muertes, seguido del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con una tasa de 25,76 y 8 muertes y Guainía con una tasa de 21,61 y 7 defunciones. Los demás departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 28)

Mapa 28. Mortalidad neonatal según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

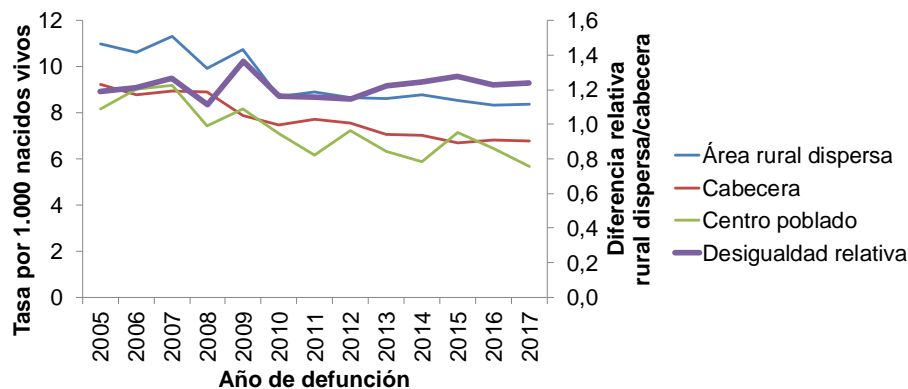


La salud  
es de todos

Minsalud

Entre 2005 y 2017 la mortalidad neonatal fue entre una y tres muertes más frecuentes por cada por cada 1.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales o en los centros poblados, siendo alrededor de un 24% más alta que en las primeras. En general las tasas han ido en descenso, pero la desigualdad se ha mantenido a través del periodo. (Gráfico 108)

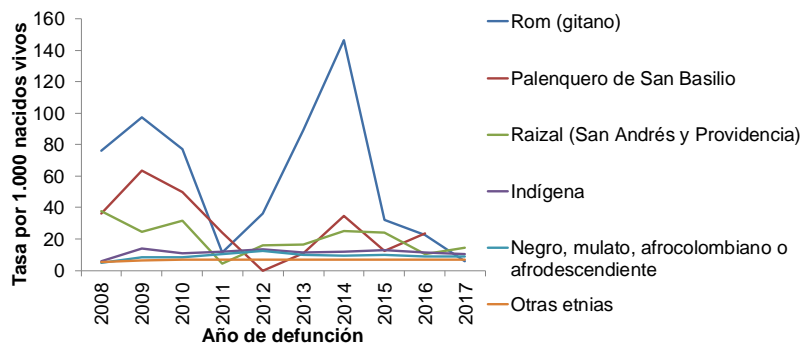
Gráfico 108. Mortalidad neonatal según área, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado 1 de noviembre 2019.

Se observan grandes diferencias por pertenencia étnica. Para 2017 las tasas más altas corresponden a los grupos Rrom (gitano) y palenquero de San Basilio. La tendencia fluctuante refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad, pues entre 2005 y 2017 apenas 27.035 (37,67%) muertes neonatales tenían la clasificación; las demás no tenían la variable reportada. (Gráfico 109)

Gráfico 1099. Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

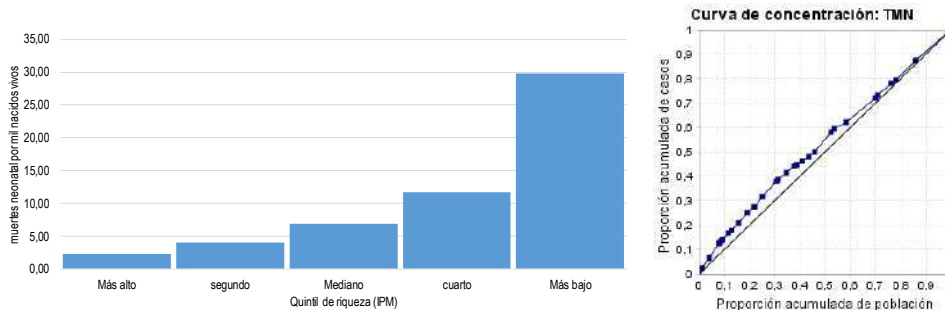


La salud  
es de todos

Minsalud

Aunque la tasa de mortalidad neonatal es un 13,5 veces más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último. Así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de  $-0,075$ , es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores. (Gráfico 110)

Gráfico 110. Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

## Mortalidad infantil

La mayoría de las muertes en menores de un año se han considerado inequitativas por reunir características evitables, injustas e innecesarias. Así mismo, el indicador es reflejo de las condiciones de salud y desarrollo de los países, y evidencia el nivel de prioridad que dan los gobiernos al derecho a la salud<sup>115</sup>. En el mundo la mortalidad en la niñez se ha reducido durante los últimos veinte años, aunque no en la medida necesaria para alcanzar el logro del cuarto ODM a 2015, lo cual hizo necesaria su renovación en el ODS número tres (3).

En 2012 por cada 1.000 nacidos vivos, 35 menores de un año perdieron la vida en el mundo y 16 en los países de ingresos medio altos<sup>60</sup>; las tasas de mortalidad infantil más bajas (inferiores a 10 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos) se registraron en países como Estados Unidos, Canadá, Rusia y en los países nórdicos, entre otros. En la región de Latinoamérica y el Caribe, solo Chile y Uruguay se clasificaron entre los países de menor mortalidad; el resto mantuvo tasas oscilantes entre 10 y 49,9 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos<sup>116</sup>.



La salud  
es de todos

Minsalud

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3 (IC95%: 3,7 – 11,0). (Gráfico 111)

Gráfico 111. Mortalidad infantil, 1998-2017, proyecciones 2018-2021



En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

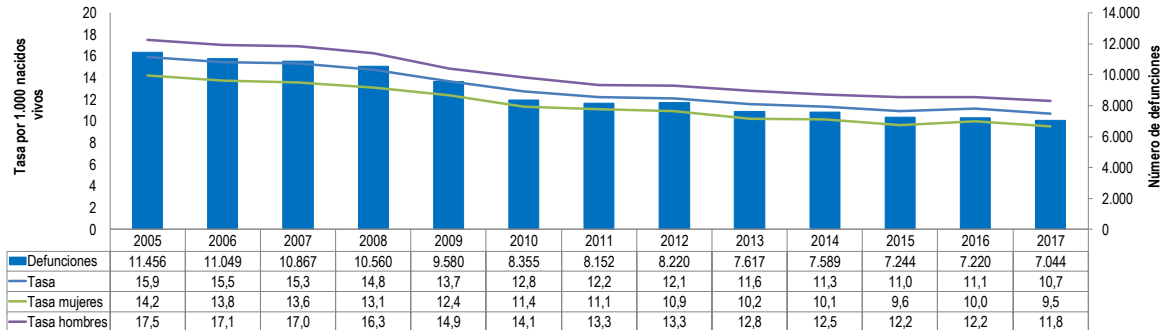
Entre 2005 y 2017 se registraron en promedio 8.625 muertes anuales, con una desviación estándar de 1.492 con tasas de mortalidad decrecientes en el tiempo para ambos sexos, aunque la brecha persistió. Las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 20% y un 25% más altas que en las mujeres. (Gráfico 112)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 112. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

La mejoría observada en la mortalidad infantil está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM<sup>117</sup>; en efecto entre 2010 y 2018 las coberturas administrativas de vacunación para BCG se han mantenido entre 83,64% y 89,13%; así mismo, la cobertura administrativa de la vacunación antipolio estuvo entre 87,98% y 92,49%, la de DPT osciló entre 87,95% y 92,46% y la de triple viral entre 88,49% y 95,18%, aunque se observan importantes diferencias en los ámbitos departamental y municipal. (Mapa 29)

Para 2017, la tasa de mortalidad infantil alcanzó 10,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Cabe resaltar que este indicador se cumplió anticipadamente en el 2013, en el cual la mortalidad infantil logró reducirse a más de la mitad con respecto a la línea base de 1990, que fue de 38,38 muertes por cada 1.000 nacidos vivos<sup>112</sup>. Así mismo, la promoción de la lactancia materna hizo que entre 2005 y 2010 el número de meses de duración aumentara en 1,5, pasando de 0,70 a 2,20<sup>118</sup>.

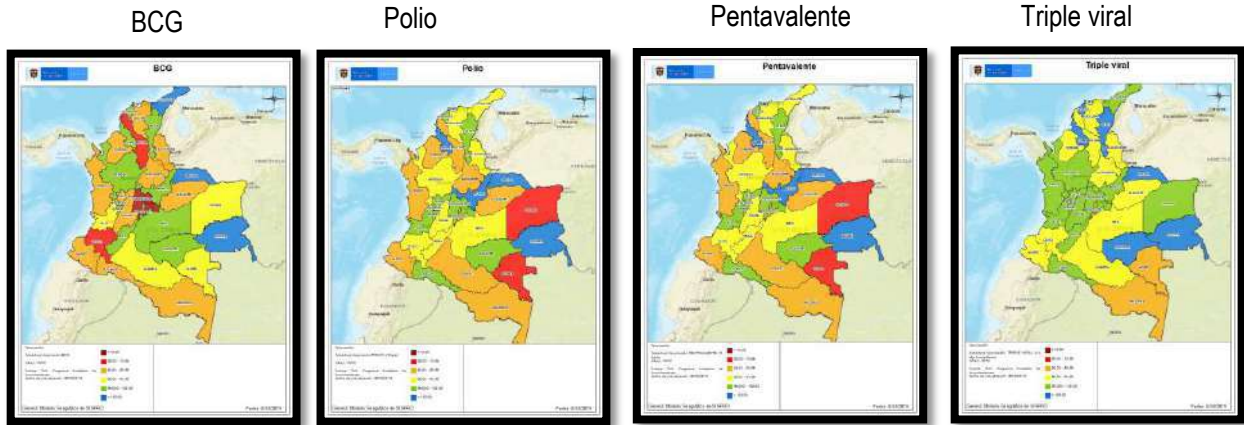




La salud  
es de todos

Minsalud

Mapa 29. Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2018



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Entre 2005 y 2017 las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron alrededor del 50% de la mortalidad en menores de un año, aunque las tasas de mortalidad por esta causa han tendido al descenso, al pasar de 8,05 muertes por cada mil nacidos vivos en 2015 a 5,63 en 2017. En segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron cerca del 23% de las defunciones, generando aproximadamente tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos cada año entre 2005 y 2017. Las enfermedades del sistema respiratorio producen poco más del 8,0% de las muertes, ocupan el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes, con una tendencia decreciente al pasar de 1,42 a 0,76 muertes por cada mil nacidos vivos en 2017 y el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias generó el 5% de las muertes; así mismo, describe una tendencia decreciente pasando de 1,01 a 0,19 entre 2005 y 2017, respectivamente.

Los tumores y las enfermedades del sistema genitourinario prácticamente no variaron durante el periodo. Se evidencia que el comportamiento de la mortalidad infantil por causas sigue el mismo patrón entre hombres y mujeres. Aunque en la mayoría de las causas las tasas de mortalidad son más altas en hombres.

Para 2017 Chocó, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Vichada tuvieron las tasas de mortalidad infantil más altas del país, siendo significativamente más altas que la nacional. Los demás departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 30)



La salud  
es de todos

Minsalud

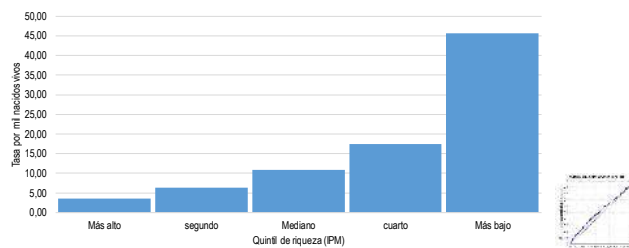
Mapa 30. Mortalidad infantil según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Aunque la tasa de mortalidad infantil es un 57,9% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. Así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de  $-0,083$ , es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores. (Gráfico 113)

Gráfico 113. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

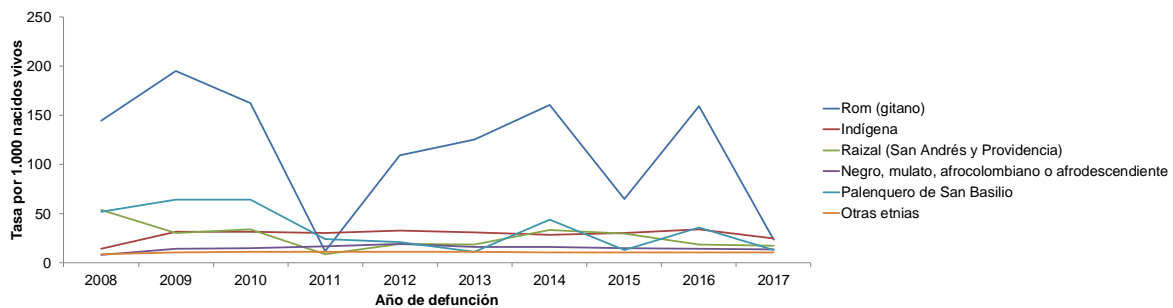


La salud  
es de todos

Minsalud

Se observan diferencias en la forma como se presenta la mortalidad infantil por pertenencia étnica. La tasa más alta corresponde al grupo Rrom (gitano), que para 2017 registraron 23,53 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Así mismo, se estimaron 12,87 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de los palenqueros de San Basilio, 16,91 en los raizales (archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), 24,23 en los indígenas, 13,647 en los pertenecientes al grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes. Al igual que lo descrito anteriormente, el comportamiento de todos los grupos refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad. (Gráfico 114)

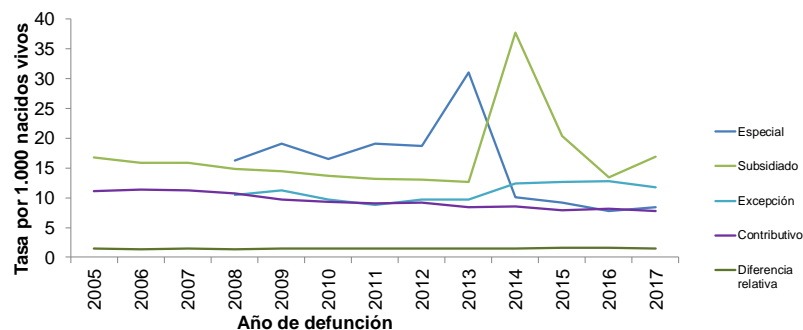
Gráfico 114. Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2005 y 2017 las tasas de mortalidad infantil estuvieron entre un 50% y un 52% más altas en el régimen subsidiado que en el contributivo. En ambos regímenes las tasas describen un leve descenso. Llama la atención la alta mortalidad en el régimen especial durante 2012 y 2015. (Gráfico 115)

Gráfico 115. Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

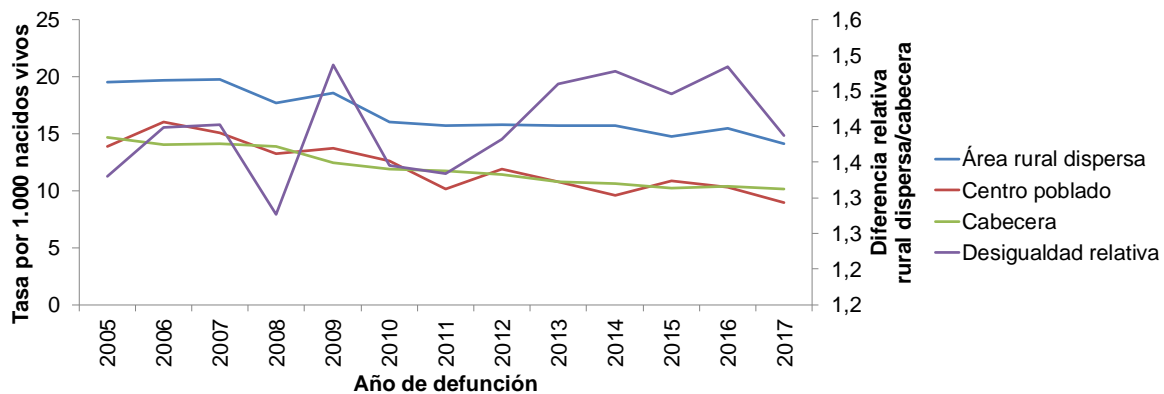


La salud  
es de todos

Minsalud

Entre 2005 y 2017 la mortalidad infantil se ha mantenido entre un 33% y un 40% más alta en la población que habita en las áreas rurales dispersas que en aquellos que viven en las cabeceras, esto se traduce en la ocurrencia de cuatro a seis muertes más en el área rural. (Gráfico 116)

Gráfico 116. Mortalidad infantil según área de residencia, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Mortalidad en menores de cinco años

La tasa de mortalidad en los menores de cinco años indica la probabilidad de que un recién nacido pierda la vida antes de alcanzar los cinco años. Permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico. Además, dada la baja posibilidad de que una minoría económicamente aventajada afecte la tasa en un país, este indicador ofrece una medida cercana al estado de salud de la mayoría de los niños y de la población general como un todo<sup>114</sup>.

Según la OMS, en 2012 se produjeron alrededor de 6,6 millones de muertes en menores de cinco años<sup>119</sup>; se estima que más de la mitad de los decesos en esta edad se pueden evitar tratando las enfermedades causantes con intervenciones simples y asequibles<sup>120</sup>, y que “casi el 75% de esas defunciones se deben a seis trastornos: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/sida”<sup>119</sup>.



La salud  
es de todos

Minsalud

La probabilidad de que un recién nacido muera antes de alcanzar los cinco años de edad en los países de ingresos medio altos es de 20 por cada 1.000 nacidos vivos<sup>60</sup>, y a pesar de los logros en materia de supervivencia infantil en cuatro regiones, a saber: Asia oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe, Europa central y del Este y Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), Países/territorios industrializados, la reducción de la mortalidad registrada en el mundo no bastó para alcanzar el cuarto ODM.<sup>114</sup> Dicho esto, la mortalidad en los menores de cinco años continúa siendo un problema de salud pública altamente importante y relevante, por lo cual el ODS número tres (3) establece dentro de las metas para 2030, reducir estas muertes al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos<sup>110</sup>.

Según la OMS, en 2017 se produjeron alrededor de 18,6 muertes en menores de cinco años en América Latina; se estima que Colombia (18, en 2015), Perú (18,0) y la República Bolivariana de Venezuela (17,5 en 2014) reportan las tasas de mortalidad en menores de cinco años. Colombia es necesario continuar trabajando para lograr alcanzar la meta nacional del ODS de 6,8 para 2018 y de 5,0 en 2030, dado que no se alcanzó dicha meta.

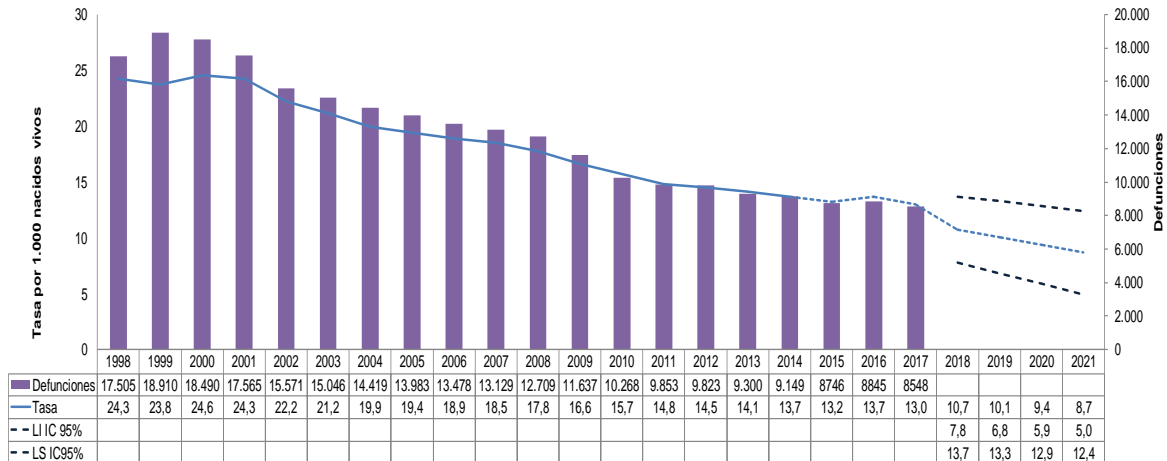
En Colombia la mortalidad en los menores de cinco años ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 200 y 2017 las tasas disminuyeron alrededor de un 46% pasando de 24,3 a 13,0 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque las tasas tuvieron el mismo comportamiento en ambos sexos, la brecha se mantuvo constante en el tiempo, con tasas entre un 19% y un 25% mayor en hombres que en mujeres. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad en esta población puede descender hasta 8,7 (IC95%: 5,0 – 12,4). (Gráfico 117)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 117. Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019. En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Alrededor del 82,5% de las muertes en niños menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida; se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana. El 26,01% de la mortalidad en los niños de 1 a 4 años se originó por las causas externas de morbilidad y mortalidad, cuyas tasas siguieron una tendencia decreciente, con una reducción del 42,5%, pasando de 19,01 a 10,92 muertes por cada 100.000 menores ente 1 y 4 años. En segundo lugar, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio produjeron el 15,38% de las muertes, reduciendo para 2017 en un 49,4% con respecto a 2005, pasando de 12,01 a 6,08 muertes por cada 100.000 menores ente 1 y 4 años. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias produjo el 12,02% de las defunciones, fue el que mayor reducción mostró durante el periodo, con un 82,0%, al pasar de de 9,61 a 1,73 entre 2005 y 2017, respectivamente; seguido de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, que se redujeron en un 48%. El grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal muestra un incremento en la tasa siendo 25,1 veces mayor para 2017 que para 2005, pasando de 0,03 a 0,72 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años.

Por sexos se evidencia que las tasas de mortalidad para el grupo de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y el de todas las demás enfermedades, son



La salud  
es de todos

Minsalud

ente un 5% y un 47% más altas en mujeres que en hombres. Las tasas de mortalidad por causas externas de morbilidad y mortalidad son un 55% más altas en hombres que en mujeres.

Entre 2005 y 2017 las afecciones originadas en el periodo perinatal descendieron en 35,9% de las muertes en menores de cinco años, al pasar de 133,4 a 85,5 muertes en menores de cinco años. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 21% y describen una tendencia decreciente del 16,5%. Las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el tercer lugar de frecuencia. No se presentan diferencias en el orden en que se produce la mortalidad por causas entre sexos.

Para 2017 la tasa de mortalidad en la niñez en Vichada fue de 43,31 muertes por cada .000 nacidos vivos siendo significativamente más alta que la nacional, en adición, en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía y Choco mostraron las más altas del país, con diferencias estadísticamente significativas al 95%. (Mapa 31)

Mapa 31. Mortalidad en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

Aunque la mortalidad en menores de cinco años no se concentra de manera desigual de acuerdo con el IPM o el índice de NBI, alcanzando índices de concentración de -0,091 y -0,02, respectivamente, la tasa es un 50,10% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. (Gráfico 118)

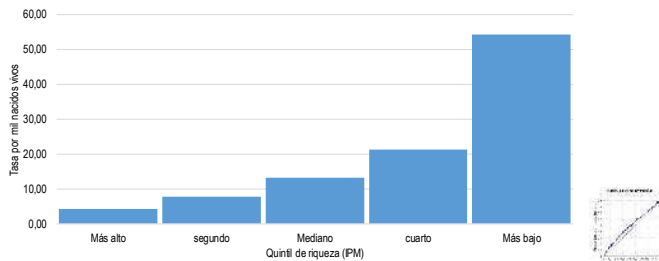




La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 118. Mortalidad en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Mortalidad por EDA en menores de cinco años

Cada año mueren en el mundo millones de niños menores de cinco años a causa de unas pocas enfermedades prevenibles. Cerca de dos millones de estas muertes (aproximadamente el 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica<sup>121</sup>. La enfermedad diarreica aguda (EDA) “representa una de las enfermedades más comunes en niños menores de cinco años y es la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de unas mejores condiciones sanitarias, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria”<sup>122</sup>.

En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso, entre 2005 y 2017 las tasas disminuyeron en un 77,82% pasando de 13,4 a 3,0 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. El aceleramiento del descenso para el segundo periodo puede soportar la hipótesis que atribuye el descenso de la morbilidad y la mortalidad a la implementación de la vacuna contra el rotavirus en 2009, aunque es importante mencionar que el Distrito Capital de Bogotá la incorporó en 2008, influenciando el comportamiento nacional.

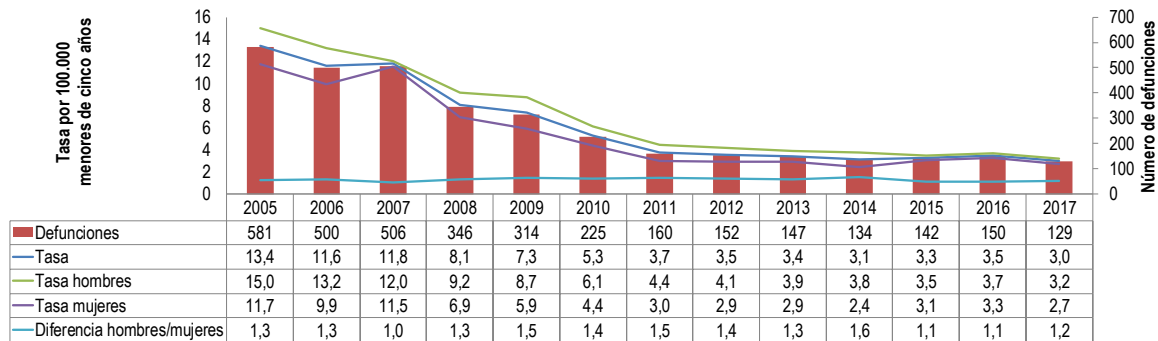
Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 30% y un 20%, entre 2005 y 2017, respectivamente, más alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 0,5 a 3,3 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para 2021 la tasa de mortalidad puede descender hasta alcanzar niveles muy bajos, aunque el modelo no puede predecir el nivel basal de la tasa se espera que las muertes sean tan pocas que la tasa no alcance el valor de 1. (Gráfico 119)



La salud  
es de todos

Minsalud

Gráfico 119. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Para 2017 las tasas más altas de mortalidad por EDA en menores de cinco años del país se presentaron en Vichada, Atlántico, Chocó La Guajira, Risaralda, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada, describiendo diferencias estadísticamente significativas al 95%. Los demás departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%. (Mapa 32)

Mapa 32. Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

La tasa de mortalidad por EDA 3,35 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, lo cual indica que se producen cuatro muertes más por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que en el otro extremo de la sociedad. Para 2017 el 80% de la mortalidad

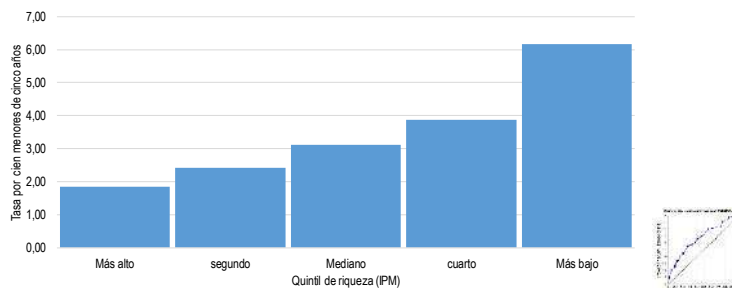


La salud  
es de todos

Minsalud

por EDA se concentró en el 50% de la población que tiene mayor proporción de IPM, con un índice de concentración de -0,349. (Gráfico 120)

Gráfico 120. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

### Mortalidad por IRA en menores de cinco años

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) “son las causas más frecuentes de morbilidad y elevada mortalidad en el mundo, particularmente en los países en desarrollo”<sup>123</sup>. Comprenden una gran cantidad de enfermedades, entre las que se cuenta la neumonía como la mayor generadora de muertes, especialmente en los menores de un año; se estima que en el mundo se producen alrededor de dos millones de decesos en menores de cinco años por esta causa anualmente<sup>124</sup>. El *Streptococcus pneumoniae* es el agente etiológico más frecuentemente asociado a la morbimortalidad por neumonía y produce alrededor de un millón de muertes en menores de cinco años en los países en vías de desarrollo. El *Haemophilus influenzae* es la segunda bacteria que más comúnmente produce neumonías en esta población<sup>125</sup>.

Entre 1998 y 2017, las tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años disminuyeron un 60,96%, lo cual equivale a una reducción de 22 muertes menos por cada 100.000 menores de cinco años; el APC para el periodo fue de -6,5 siendo estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95%.

Entre 2005 y 2017 se registró un promedio anual de 767 muertes en menores de cinco años atribuidas a IRA y una desviación estándar de 204 defunciones. Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 11% y un 39%, más

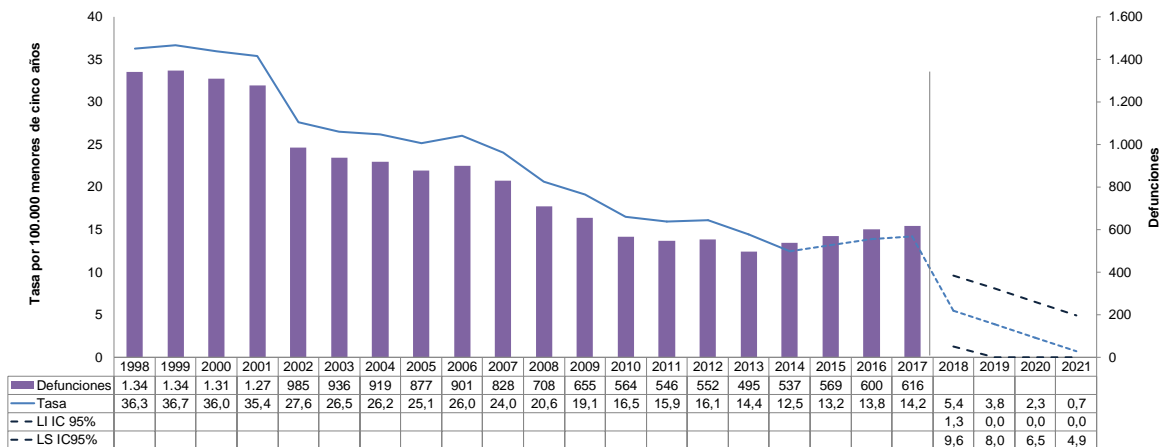


La salud  
es de todos

Minsalud

alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 1,2 a 6,3 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad puede descender hasta llegar a 0,7 (IC95%: 0,0 – 4,9). (Gráfico 121)

Gráfico 121. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2017, proyecciones 2018-2021



En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: Holt

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

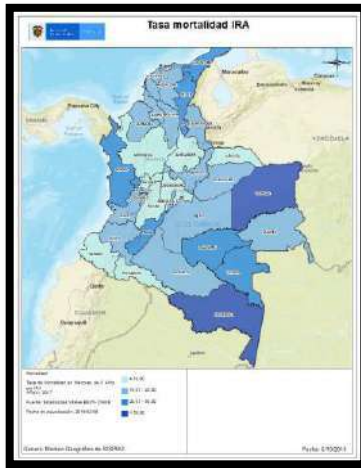
Para 2017 la tasa más alta de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el país se presentó en Vichada, donde ocurrieron 57,83 muertes por cada 100.000 menores de esta edad; aunque en términos absolutos se registraron seis muertes, la tasa se ve influenciada por el tamaño poblacional de la entidad territorial. Así mismo, Amazonas, Vaupés, Cesar, Chocó, Huila y La Guajira, registraron tasas por encima del valor nacional, con una diferencia estadísticamente significativa al 95%. (Mapa 33)



La salud  
es de todos

Minsalud

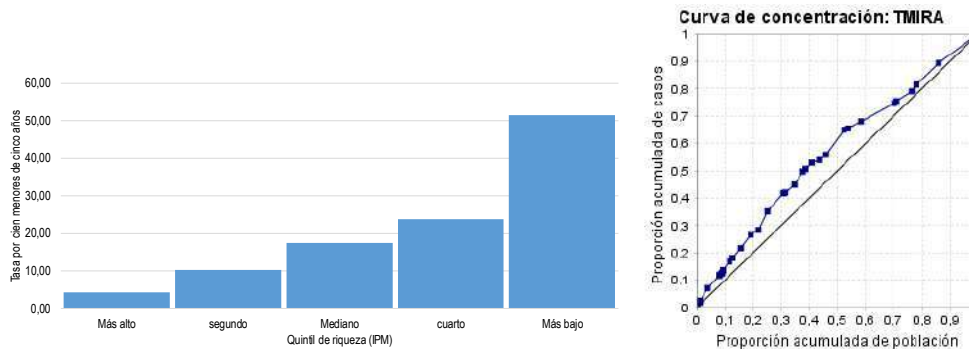
Mapa 33. Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

La tasa de mortalidad por IRA es un 88% más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último, es decir, que se producen 47,27 muertes más por IRA por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que entre los más acomodados socioeconómicamente, con un índice de concentración de -0,131. (Gráfico 122)

Gráfico 122. Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.



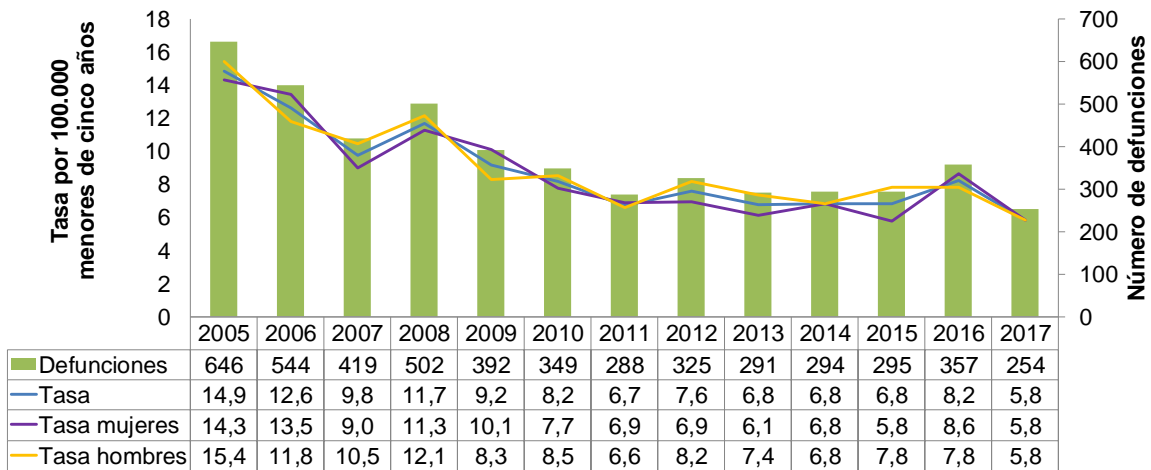
La salud es de todos

Minsalud

Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

Durante el periodo 2005 a 2017 se produjeron 4.956 muertes por desnutrición en menores de cinco años, para un promedio de 392 muertes anuales, con una desviación estándar de 116 defunciones. El comportamiento de las tasas ha tendido al descenso, pasando de 11,72 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en 2008 a 5,8 en 2017. (Gráfico 123)

Gráfico 123. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos EEVV del DANE, dispuestos cubo EEVV, defunciones MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Para 2017 las tasas de mortalidad por desnutrición más altas se presentaron en Cesar, Chocó, La Guajira, Magdalena, Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada. (Mapa 34)

Mapa 34. Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2017



Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS.

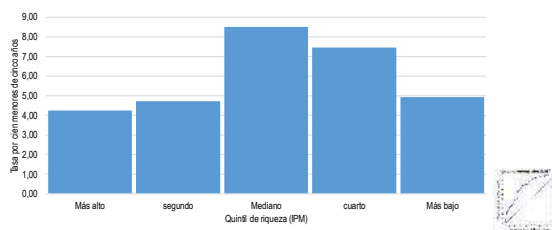


La salud  
es de todos

Minsalud

Así mismo, la mortalidad por esta causa fue 1,2 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. Así mismo, el 80% de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años se concentra en el 50% de la población que tiene más concentración de la pobreza medida por IPM, con un índice de concentración de -0,525. (Gráfico 124)

Gráfico 124. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS, y los cálculos de NBI del DANE.

Consultado el 1 de noviembre de 2019.





La salud  
es de todos

Minsalud

## Capítulo 5. Prioridades en salud



La salud  
es de todos

Minsalud

El análisis previo de los indicadores abordados y sus relaciones con los Determinantes Sociales de la Salud permite establecer diferencias departamentales en la forma como se presentan los efectos de salud con respecto a los valores nacionales. Para realizar este análisis comparativo entre los indicadores departamentales con respecto al nacional, se calcularon diferencias relativas para cada uno, expresadas como el cociente entre el valor del indicador departamental (numerador) y el valor del indicador nacional (denominador), luego se calcularon intervalos de confianza al 95% de las diferencias relativas, utilizando el método de K. J. Rothman y S. Greenland<sup>128</sup>, 129, 130:

$$e^{\left[ \ln(tasa) \pm Z_{1-\alpha/2} \frac{1}{\sqrt{a}} \right]}$$

Se analizaron los siguientes 10 indicadores para los 32 departamentos y el Distrito Capital de Bogotá agrupados según los siguientes grupos de indicadores: condiciones materno perinatales, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones:

1. Tasa de mortalidad infantil (2017)
2. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (2017)
3. Razón de mortalidad materna (2017)
4. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles [A00-B99, G00-G03, J00-J22] (2017)
5. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA (2017)
6. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años (2017)
7. Porcentaje de desnutrición en menores de cinco años (2010)
8. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (2017)
9. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (2017)
10. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (2017)

A continuación se presenta la tabla resumen (Tabla 43) con los resultados obtenidos en la priorización. En cada casilla aparece el valor del indicador enunciado en las columnas y codificado con un número para facilitar su presentación. La semaforización obedece a los resultados del cálculo de las diferencias relativas y sus intervalos de confianza. Se interpretan de la siguiente manera:





La salud  
es de todos

Minsalud

## Capítulo 6. Recomendaciones para la acción sobre la salud y sus determinantes



La salud  
es de todos

Minsalud

## Conclusiones

Las condiciones de vida de los colombianos en el tema de salud han tendido logros dentro de los cuales se reconoce el aumento en la esperanza de vida, la disminución de mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles entre otras. No obstante, el proceso de envejecimiento actual dado por índices de infancia y juventud en descenso y los de vejez y envejecimiento en incremento, generan un aumento considerable en la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y una alta demanda de atención por estas mismas causas, a expensas de la exposición prolongada a factores de riesgo favorece su aparición. En el entendido de lo anteriormente expuesto se requiere adoptar una perspectiva hacia la acción frente al crecimiento de la población adulta mayor, las tendencias de la urbanización de la población.

Es preciso, el trabajo intersectorial que promueva el uso adecuado del espacio que permita dar respuesta a las necesidades de la población en cuanto a condiciones de la vivienda, suficiencia de servicios de salud y equilibrio del medio ambiente. Mas aún, partiendo del conocimiento que el país tiene como riesgo inminente las amenazas naturales, teniendo en cuenta sus condiciones propias geográficas y la ubicación de poblaciones vulnerables en zonas de alto riesgo.

A partir del análisis de la morbilidad atendida y las principales causas de mortalidad; se hace importante fortalecer las estrategias que tienen como fin impactar en la prevención de la cronicidad de las patologías, el acompañamiento en temas de salud nutricional y seguridad alimentaria, actividad física permanente y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco y de alcohol, sustancias psicoactivas entre otros.

Es de resaltar que las enfermedades precursoras de ERC tales como la HTA y DM muestran una tendencia creciente durante el periodo de análisis, situación que amerita del sistema de salud esfuerzos en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad y mitigación del daño que causan las enfermedades crónicas no transmisibles.

Un aspecto que no debe dejarse de lado corresponde a la mortalidad por causas externas que aunque no hace parte de las tres primeras causas a nivel nacional si genera carga medida en AVPP por ser una de las primeras causas de mortalidad prematura, con mayor incidencia en hombres jóvenes, generando un gran peso en el capital y bienestar social.



La salud  
es de todos

Minsalud

Los accidentes de tránsito en el país, presentan también una importante tendencia al aumento razón por la cual las políticas de seguridad vial y la participación de los ciudadanos como veedores del cumplimiento de las mismas, son estrategias que cobran una gran importancia en el objetivo de disminución su incidencia, adicionalmente la aplicación de conductas de autocuidado por parte de los peatones y conductores y los temas de convivencia ciudadana aportan en conjunto para conseguir los logros esperados.

La salud mental teniendo en cuenta el aumento de eventos que alteran el comportamiento normal de los seres humanos, debe ser una apuesta nacional para la construcción de proyectos de vida en la población adolescente y joven que permita dar sentido a la vida. En la población adulta y mayor la estrategia se debe encaminar al control de los factores de riesgo existentes a nivel familiar, social y laboral.



La salud  
es de todos

Minsalud

## Referencias Bibliográficas

<sup>1</sup>Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*. 1999, 1-3.

<sup>2</sup> Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Diario Oficial 48241, Presidencia de la Republica (2 de noviembre de 2011).

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>. Acceso el 16 de septiembre de 2015

<sup>4</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>. Acceso el 20 de diciembre de 2019

<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2017. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>. Acceso el 20 de diciembre de 2019

<sup>6</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2016. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>. Acceso el 20 de diciembre de 2019

<sup>7</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2015. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>. Acceso el 10 de noviembre de 2015

<sup>8</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2014. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS\\_2014\\_v11.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf). Acceso el 16 de septiembre de 2015

<sup>9</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2013. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>. Acceso el 16 de septiembre de 2015

<sup>10</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2016. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-prioridades-departamentales-salud-colombia-2016.pdf>. Acceso el 10 de noviembre de 2015





La salud  
es de todos

Minsalud

---

<sup>11</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud según regiones, Colombia, 2012. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/imp\\_MINsalud+asisREGIONES.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/imp_MINsalud+asisREGIONES.pdf) Acceso el 16 de septiembre de 2015

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales, Colombia, 2012. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-prioridades-departamentales-salud-colombia-2016.pdf> Acceso el 16 de septiembre de 2015

<sup>13</sup> Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de Colombia 2005. Imprenta Nacional. Esta referencia debería ir más cerca revisa

<sup>14</sup> World Health Organization. World Health Organization. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: WHO. Disponible en <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf> Acceso el 9 de septiembre de 2015. (GPE Discusión) Paper Series No. 31).

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. Boletín epidemiológico, 2002. 2-6.

<sup>16</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017

<sup>17</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018

<sup>18</sup> Diario Oficial No. 48.411 de 24 de abril de 2012. Congreso de Colombia. Ley 1523 de 2012 (abril 24) Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.

<sup>19</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. II. Análisis de información sobre riesgos.

<sup>20</sup> Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, UNDGR. Registro de Emergencia 2017.

<sup>21</sup> Departamento Nacional de Planeación. Boletín Inográfico. Gestión del riesgo de desastres. UNGDR Riesgo de desastres: el caso los eventos asociados a inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos de torrenciales. volumen dos, 2018

<sup>22</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas Climatológico de Colombia. ISSN: 978 958 8067 95 7. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., 2017

<sup>23</sup> Instituto de Investigación e información Geocientífica, Minero – Ambiental y Nuclear. Ingeominas Atlas de amenaza Volcánica en Colombia. Editorial López. 2000

<sup>24</sup> Servicio Geológico Colombiano, (SGC) Boletín Informativo No 2911, abril 2018. Disponible en <https://www2.sgc.gov.co/Noticias/Paginas/Boletines-mensuales.aspx>. Consultado el 30 abril del 2018.



La salud  
es de todos

Minsalud

<sup>25</sup> Herrera PM, Alfaro AJ. Caracterización sísmica de fallas colombianas por analogía con fallas conocidas geológica y sismológicamente. Revista de la Escuela Colombiana de Ingeniería, N.º 95. 2014. Disponible en <http://www.escuelaing.edu.co/revista.htm>. Consultado el 30 abril del 2018.

<sup>26</sup> Caracterización General del Escenario de Riesgo Sísmico en Bogotá. Disponible en <http://www.idiger.gov.co/rsismico>. Consultado el 30 abril del 2018.

<sup>27</sup> Universidad Nacional. Evaluación de la Amenaza Sísmica de Colombia mediante análisis de valores extremos históricos.

<sup>28</sup> Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial Región de América Latina y El Caribe. Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia: un aporte para la construcción de políticas públicas. Primera edición en español: Marzo de 2012. Disponible en <http://gestiondelriesgo.gov.co/sigpad/archivos/GESTIONDELRIESGOWEB.pdf>. Consultado el 30 abril del 2018.

<sup>29</sup> Escala Macrosísmica Europea 1998 EMS – 98. Editor G. Grünthal. Presidente del Grupo de Trabajo “Escalas Macrosísmicas” de la ESC GFZ German Research Center for Geosciences, Potsdam, Alemania. Edición española F. Lorenzo Martín. Hamburgo 2008.

<sup>30</sup> Amenaza por remoción en masa en Colombia. Disponible en <http://ceelat.org/mapas/amenaza-por-remocion-en-masa-en-colombia/>. Consultado el 30 de abril de 2018.

<sup>31</sup> Servicio Geológico Colombiano, (SGC). Guía metodológica para la zonificación de amenaza por movimientos en masa escala 1: 25.000.

<sup>32</sup> Servicio Geológico Colombiano, (SGC). Ministerio de Minas y Energía (MINMINAS). Las amenazas por movimientos en masa en Colombia. Una visión a escala 1:100.000. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2017

<sup>33</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Estudio nacional de la degradación de suelos por erosión en Colombia, 2015. Bogotá D.C., Colombia.

<sup>34</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Boletín de Alertas Tempranas de Deforestación (AT-D) del IDEAM, 2017. Bogotá D.C., Colombia.

<sup>35</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Atlas climatológico de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia 2017.

<sup>36</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia Bogotá D.C., Colombia 2018

<sup>37</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). Actualización de las estadísticas de la sequía en Colombia. 2017. Bogotá D.C., Colombia.



La salud  
es de todos

Minsalud

<sup>38</sup> Instituto Nacional de Vías, INVIAS disponible en <https://www.invias.gov.co/index.php/archivo-y-documentos/informacion-institucional/8397-estado-de-la-red-vial-criterio-tecnico-segundo-semester-2018>. Consultado el 1 de marzo de 2019

<sup>39</sup> Fedesarrollo Competitividad en el transporte aéreo en Colombia. Informe final de Fedesarrollo a Fontur Disponible en [https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3280/Repor\\_Junio\\_2016\\_Martinez\\_y\\_Garcia.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3280/Repor_Junio_2016_Martinez_y_Garcia.pdf?sequence=2&isAllowed=y) Consultado 1 marzo de 2019.

<sup>40</sup> Ministerio de Transporte. Transporte en cifras: estadísticas 2017. Oficina Asesora de Planeación. Grupo de Planificación Sectorial.

<sup>41</sup> Ministerio de Transporte. Plan Maestro Fluvial de Colombia 2015.

<sup>42</sup> Ministerio de Transporte. Transporte Férreo - Redes Férreas. Disponibles: <https://www.mintransporte.gov.co/preguntas-frecuentes/68/transporte-ferreo---redes-ferreas/> . consultado el 25 de marzo del 2019.

<sup>43</sup> World Economic Forum. The Global Competitiveness Report 2017–2018 is published by the World Economic Forum within the framework of the System Initiative on Shaping the Future of Economic Progress disponible en <http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf>. consultado 1 marzo de 2019.

<sup>44</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. El enfoque en la planeación del desarrollo municipal. 2008.

<sup>45</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020, nacional, departamental y municipal, por sexo y edades simples de 0 a 26 años. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion> Actualizado el 12 de mayo de 2011.

<sup>46</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018> Consultado diciembre 20 de 2019.

<sup>47</sup> Banco Mundial. Pueblos indígenas. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>. Consultado el 20/3/2019.

<sup>48</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.

<sup>49</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. Disponible en [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/Municipal\\_area\\_1985-2020.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls) Actualizado el 12 de mayo de 2011.

<sup>50</sup> Lacasaña-Navarro M, Aguilar-Carduno C, Romieu I. Evolución de la contaminación del aire e impacto de los programas de control en tres megaciudades de América Latina. Salud Pública Mex 1999;41:203-215.



La salud  
es de todos

Minsalud

<sup>51</sup>World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Esposure data by country. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.100310> Consultado el 18 de septiembre de 2015.

<sup>52</sup>Medina C.A., Vélez CE. Aglomeración económica y congestión vial: los perjuicios por racionamiento del tráfico vehicular. Borradores de economía. 2011; 678.

<sup>53</sup>Lommis DP, Castillejos M, Gold DR, McDonnell W, Borja-Aburto VH. Air pollution and infant mortality in Mexico. *Epidemiology* 1999;10:118-123.

<sup>54</sup>Tellez-Rojo M, Romieu I, Polo-Peña, Ruiz Velazco S, Meneses-Gonzalez F, Hernández-Avila M. Efecto de la contaminación ambiental sobre las consultas por infecciones respiratorias en niños de la Ciudad de México. *Salud Pública, México* 1997; 39(6):513-521.

<sup>55</sup> Banco Mundial. Desarrollo Urbano. Disponible en <http://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevelopment/overview> Consultado el 6 de abril del 2019.

<sup>56</sup> Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina y el Caribe. Capítulo 3: El bono demográfico.

<sup>57</sup>Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores demograficos según departamento 1985-2020. Actualizado el 12 de mayo de 2011.

<sup>58</sup>Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. Guía para análisis demográfico local. Herramientas para incluir el enfoque poblacional en los procesos de planeación del desarrollo integral. Colombia, 2009.

<sup>59</sup> Organización mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 Estadísticas demográficas y socioeconómicas.

<sup>60</sup>The World Bank. World Development Indicators: Mortality. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.21> Consultado el 29 de julio de 2015

<sup>61</sup> Banco Mundial. Datos. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador> . Consultado el 20 de marzo de 2019.

<sup>62</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Características Sociodemográficas - Departamentos 2018 pr. Disponible en <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=db12078f493d4941b17da4ddf572fcd>. Consultado el marzo 12 del 2019.

<sup>63</sup> Migración Colombia. Unidad Administrativa Especial Migración Colombia. Venezolanos identificados. Disponible en <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2018/junio-2018/7584-442-462-venezolanos-identificados-en-registro-ramv-recibiran-regularizacion-temporal>. Consultado junio del 2018



La salud  
es de todos

Minsalud

<sup>64</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Boletín Técnico. Producto Interno Bruto (PIB) IV Trimestre de 2018.

<sup>65</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.

<sup>66</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Características Sociodemográficas - Departamentos 2018 pr. Disponible en <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=db12078f493d4941b17da4ddf572fcd>. Consultado el marzo 20 del 2019.

<sup>67</sup> Banco Mundial. Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?end=2017&start=2017&view=map>. Consultado el 10 de abril de 2019

<sup>68</sup> Ministerio de Educación Nacional. Estadísticas del sector. Disponible en <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-propertyname-3377.html> Consultado el 10 de marzo de 2019

<sup>69</sup> Xu XF, Li YJ, Sheng YJ, Liu JL, Tang LF, Chen ZM Effect of low birth weight on childhood asthma: a meta-analysis. 2014.

<sup>70</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia, 2010.

<sup>71</sup> Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>. Consultado el 29 de julio de 2015.

<sup>72</sup> Organización mundial de la Salud. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018

<sup>73</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. 14 de junio de 2016. Resolución 2456 de 2016. Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

<sup>74</sup> Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas. 2018

<sup>75</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>. Consultado el 15 de mayo de 2019.

<sup>76</sup> Observatorio de Drogas de Colombia, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2016



La salud  
es de todos

Minsalud

---

<sup>77</sup> Organización Mundial de la Salud. Problemas relacionados con el consumo de alcohol: informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 650. Ginebra. 1980.

<sup>78</sup> Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas. 2018

<sup>79</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Nacional. Instituto Nacional de Salud. Nota de política. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN 2015

<sup>80</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta de Demografía y Salud Colombia. 2015. Tomo 2.

<sup>81</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ficha Técnica Indicador: Tasa de violencia intrafamiliar.  
Código de indicador: 77.

<sup>82</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Datos para la vida 2017.

<sup>83</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, MINSALUD. Resolución 3310 de 2018, por la cual se Adopta Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales y dictan otras disposiciones. agosto 3 de 2018

<sup>84</sup> Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional

<sup>85</sup> FASECOLDA. Zambrano AM. El Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia: Una mirada a las locomotoras de la economía desde la perspectiva de los riesgos laborales. abril 2013

<sup>86</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica del Observatorio de Talento Humano en Salud OTHS Colombia 2015.

<sup>87</sup> Restrepo DA, Ortiz LA. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Observatorio de Talento Humano en Salud , 2017. Documento de trabajo, en discusión.

<sup>88</sup> Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Nota descriptiva N°333. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>. Consultado el 29 de julio de 2014.

<sup>89</sup> The World Bank. World Development Indicators: Reproductive health. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>. Consultado el 6 de junio de 2019.

<sup>90</sup> The World Bank. World Development Indicators: Reproductive health. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>. Consultado el 6 de junio de 2019.

<sup>91</sup> Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013.





La salud  
es de todos

Minsalud

---

<sup>92</sup>VivekanandJha. Guillermo Garcia-Garcia. Kunitoshi Iseki. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*. Julio 2013. Volumen 382, No. 9888, p260-272,20.

<sup>93</sup>Organización Mundial de la Salud. Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9379&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379&Itemid=1926&lang=es). Consultado el 12 de diciembre de 2014.

<sup>94</sup>Levey, A. S., et al. "Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives—a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes." *Kidney international* 72.3 (2007): 247-259.

<sup>95</sup> Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2017. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018.

<sup>96</sup> Lopera-Medina, Mónica María. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [online]. 2016, vol.15, n.30 [cited 2019-06-05], pp.212-233

<sup>97</sup> Cuenta de Alto Costo. Situación Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia en Colombia.

<sup>98</sup>Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra (Suiza). 2013.

<sup>99</sup> Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 312. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Consultado el 10 de diciembre de 2014.

<sup>100</sup> Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal No 47. 2018. Consultado el 5 de junio del 2019.

<sup>101</sup> Ortega Sánchez, Manuel Alfredo; Osnaya Ortega, María Luisa; Rosas Barrientos, José Vicente. Leucemia linfoblástica aguda. *Medicina Interna de México*, Volumen 23, Núm. 1, enero-febrero, 2007.

<sup>102</sup> International Agency for Research on Cancer, IARC, Organización Mundial de la Salud. Today Cancer. Disponible en <http://gco.iarc.f/today/home>. Consultado el 20 de mayo del 2019.

<sup>103</sup> Instituto Nacional de Salud. Informe final vigilancia leucemia en menores de 15 años. 2013.

<sup>104</sup> Fajardo-Gutiérrez, Arturo; Mejía-Aranguren, Juan Manuel; Hernández-Cruz, Leticia; Mendoza-Sánchez; Hilda Francisca; Garduño-Espinos, Juan; Martínez-García, María del Carmen. Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en niños. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J PublicHealth* 6(2), 1999.

<sup>105</sup>Beutler E, Lichtman M, Coller B, Kipps T, et al. *Williams Hematology*. 6<sup>th</sup>ed. New York: McGraw-Hill, 2001; pp:1141-61.





La salud  
es de todos

Minsalud

---

<sup>106</sup> Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer pediátrico en Colombia.

<sup>107</sup> Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. 2006.

<sup>108</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.

<sup>109</sup> World Health Organization. World report on disability. 2011.

<sup>110</sup> Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/> Consultado el 10 de junio de 2019.

<sup>111</sup> Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 24 de noviembre de 2015.

<sup>112</sup> Presidencia de la República. Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. CONPES 3918 del 15 de marzo de 2018.

<sup>113</sup> Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, et al. (2011) Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. PLoS Med 8(8): e1001080. doi:10.1371/journal.pmed.1001080.

<sup>114</sup> Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2008. Capítulo 1. Supervivencia infantil: la situación actual. ISBN 978-92-806-4193-6.

<sup>115</sup> Centro Latinoamericano de Desarrollo. Tasa de mortalidad infantil. Disponible en: [http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPP/Wehelp/helpsispi.htm#tasa\\_de\\_mortalidad\\_infantil.htm](http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPP/Wehelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_infantil.htm). Consultado el 29 de julio de 2015.

<sup>116</sup> World Health Organization. Millenium Development Goals. MDG4: Child mortality, 1990-2012. Disponible en: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/MDG4/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/MDG4/atlas.html). Consultado el 29 de julio de 2014.

<sup>117</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.

<sup>118</sup> Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.

<sup>119</sup> Organización Mundial de la Salud. ODM 4: reducir la mortalidad infantil. Disponible en: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/). Consultado el 29 de julio de 2014.

<sup>120</sup> Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>. Consultado el 29 de julio de 2014.



La salud  
es de todos

Minsalud

---

<sup>121</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Colombia. 2008.

<sup>122</sup> Enriqueta Román Riechmann, Josefa Barrio Torres, María José López Rodríguez. Diarrea aguda. Disponible en [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf). Consultado el 29 de julio de 2015.

<sup>123</sup> García Rosique, Regla Mercedes. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. Online, 2010, vol. 32, n. 3, pp. 0-0. ISSN 1684-1824.

<sup>124</sup> The United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). Pneumonia: The forgotten killer of children. Ginebra; 2006.

<sup>125</sup> Secretaría Distrital de Bogotá. Protocolos de vigilancia en salud pública: Mortalidad por neumonía. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20por%20Neumonia.pdf>. Consultado el 29 de julio de 2015.

# SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA

## PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



MINSALUD



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

*http://www.*

CLIC PARA IR AL URL



FLECHAS  
DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE  
LAS PÁGINAS

**ESC**

PULSE PARA SALIR DEL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+L**

PULSE PARA VOLVER AL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+W**

PULSE PARA CERRAR LA  
VENTANA ACTUAL



**MINSALUD**

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

Viceministro de Protección Social

**GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

**JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE**

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**SAMUEL GARCÍA DE VARGAS**

Subdirector de Prestación de Servicios



**MINSALUD**

**MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS**

Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**ANA MILENA MONTES CRUZ**

Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

## UNIÓN TEMPORAL




**DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ**  
Dirección General del Proyecto

**ASTOLFO LEÓN FRANCO HERRERA**

**MARCELA DÍAZ RAMÍREZ**  
Equipo Técnico





**CLÍNICA DEL COUNTRY**  
**CLÍNICA NUEVA**  
**FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**  
**HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE**  
**HOSPITAL PABLO VI**  
**JAVESALUD - IPS**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**  
**VIRREY SOLIS - IPS**  
Agradecimiento por su participación



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS GENERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5. ESCENARIO PROBLÉMICO.....</b>	<b>21</b>
<b>6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS).....</b>	<b>23</b>
<b>7. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
7.1 Antecedentes.....	26
7.2 Justificación.....	31
7.3 ¿Cuál es la Política Nacional de Seguridad del Paciente?.....	32
7.4.¿Cómo se construye la Política Institucional de Seguridad del Paciente?.....	34
7.5. ¿Cómo se Implementa el Programa de Seguridad del Paciente?.....	36
<b>8. APROPIACIÓN.....</b>	<b>72</b>
<b>9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS.....</b>	<b>80</b>
<b>10. EXPERIENCIAS EXITOSAS.....</b>	<b>84</b>
<b>11. CONCLUSIONES.....</b>	<b>87</b>
<b>12. ANEXOS.....</b>	<b>90</b>

Este pdf es interactivo.  
Se puede ingresar a cada uno de los contenidos dando clic sobre el título que desee buscar.



# 1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE



A pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica<sup>1</sup>.

En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución de salud. Una explicación a que aún se presente un alto número de eventos adversos, a pesar de los esfuerzos realizados, está en la alta complejidad de la atención en salud<sup>2</sup>. Durante la atención de un paciente, entre otros factores, sucede un cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, de trabajadores de la salud a su alrededor, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionadas con la atención, de los equipos y tecnología a utilizar y de procesos de atención, etc, que en últimas llevan a errores y eventos adversos secundarios. Por ello, es común en las organizaciones reguladoras

estales, tanto a nivel nacional como internacional, la percepción de que es necesario implementar prácticas seguras, dentro de un contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente. El estudio e investigación de porqué se presentan nos permitirán identificar las acciones necesarias a implementar para evitar su recurrencia.

Son muchas las acciones que se han realizado en los diferentes países al rededor del mundo para afrontar este problema social. En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad<sup>3</sup>. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud. El presente paquete instruccional de la seguridad del paciente y la atención segura responde a ese propósito y actualiza al anterior, muestra los componentes fundamentales de todo programa institucional de seguridad del paciente y las actividades clínicas relacionadas; las cuales implementadas de manera sistémica,

rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos. En su desarrollo se ha tenido en cuenta no solo los avances científicos publicados en la literatura internacional, sino también la referenciación nacional e internacional con hospitales de alto reconocimiento por su calidad y seguridad y la experiencia alcanzada por los líderes del sector en nuestras instituciones acreditadas.

El modelo pedagógico en el que se han diseñado los paquetes instruccionales es el ABP, Aprendizaje basado en problemas. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de grandes preguntas-problemas que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico, será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. [\(Hacer click aquí\).](#)





## 2. OBJETIVO GENERAL

12



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE





Lograr que el lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y el paso a paso para la implementación práctica en su institución.





## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

14



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Comprender la Política Nacional de Seguridad del paciente y sus lineamientos
- Diseñar e implementar una Política Institucional de Seguridad del Paciente
- Diseñar, implementar y mejorar continuamente un Programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas.
- Liderar al interior de sus organizaciones:
  - El despliegue y la capacitación de los colaboradores de la Política y programa de seguridad del paciente
  - La implementación de las metodologías existentes más comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos.
  - Las actividades de búsqueda activa de eventos adversos
  - La implementación del Sistema de Reporte de eventos
  - La metodología de investigación de eventos
  - Las metodologías de análisis de eventos
  - El diseño e implementación de las acciones de mejora
  - El seguimiento a la implementación efectiva de las acciones de mejora
  - La implementación de una cultura justa de la seguridad del paciente
  - Las actividades a desarrollar tendientes a promover, mantener y mejorar una cultura de seguridad.





# 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

16



---

 **MINSALUD**

---

IR AL ÍNDICE



- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.<sup>1</sup>
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.<sup>2</sup>
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.<sup>3</sup>
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.<sup>4</sup>
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante

1 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

2 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

3 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

4 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).<sup>5</sup>

- **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)<sup>6</sup>
- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).<sup>7</sup> Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

5 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

6 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

7 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.



- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.<sup>8</sup>
- **AMEF:** Análisis de modo y efecto de falla.

8 [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos\\_para\\_Implementaci%C3%B3n\\_de\\_Pol%C3%ADtica\\_de\\_Seguridad\\_del\\_Paciente.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf) consultado el 4 de diciembre de 2014

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir Anexo1\)](#)



# 5. ESCENARIO PROBLÉMICO

21



IR AL ÍNDICE



---

## ¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

---

¿Por qué es importante trabajar en seguridad del paciente?

¿Cuál es la incidencia de muerte como consecuencia de un evento adverso en Latinoamérica?

¿Cuál es la incidencia de muerte como consecuencia de un evento adverso en Colombia?

¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en el mundo?

¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Latinoamérica?

¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Colombia?

¿Qué avances en seguridad del paciente hemos tenido en Colombia?

¿Cuál es la política nacional de seguridad del paciente?

¿Cómo se construye la política de seguridad del paciente?

¿Cómo implementar un programa de seguridad del paciente?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir Anexo 2\)](#)



## 6. METAS DE APRENDIZAJE

23



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Conocer y aplicar los pasos para la construcción de un programa de seguridad del paciente en pró de la seguridad del paciente y una atención segura.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir Anexo1\)](#)





# 7. MARCO TEÓRICO

25



IR AL ÍNDICE



---

## 7.1 ANTECEDENTES

---

¿Por qué es importante trabajar en seguridad del paciente? [\(regresar formulación de la pregunta\)](#)

En el mundo entero el reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los paciente<sup>11</sup>, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

Cinco años después de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en ese país parecía mostrar que en vez de mejorar, se había empeorado. Esto probablemente cómo un efecto del mismo, En el 2004 la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud



(AHRQ), la misma que fue creada por el gobierno Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado, evidenció que el 55% de quienes respondieron se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta 4 años atrás) y de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado. Cinco años más tarde (diez años después de la publicación) un nuevo reporte de la misma agencia continua con la misma percepción y evidencia en el 2009 que uno de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare experimenta 1 o más Eventos Adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC)<sup>5,6</sup>.

### ¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Latinoamérica? [\(regresar formulación de la pregunta\)](#)

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención.<sup>7</sup> Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación.<sup>8-11</sup>



## ¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Colombia? [\(regresar formulación de la pregunta\)](#)

En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el nuestro fueron hospitales acreditados.

## ¿Cuál es la incidencia de muerte como consecuencia de un evento adverso en el mundo y Latinoamérica y Colombia? [\(regresar formulación de la pregunta\)](#)

Durante todos estos años ha continuado la investigación respecto de la evidencia científica de las prácticas seguras y la implementación de las prácticas recomendadas, sin embargo, podemos decir que aún hoy cada año, decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren daño o mueren como resultado de un cuidado médico inseguro. Un reciente reporte de Ashish muestra que los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global (42.7 millones de eventos adversos que representan 23 millones años vida perdidos por discapacidad<sup>12</sup>).

## ¿Que avances en seguridad del paciente hemos tenido en Colombia? ([regresar formulación de la pregunta](#))

Desde la publicación del reporte Errar es humano, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica.

Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Cómo muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, o más bien, de

prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conformamos el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto.

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestras instituciones, más recientemente en nuestras instituciones pasamos de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta nuestra reciente resolución 2003 de 2014<sup>13</sup>.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 3](#))

## 7.2 JUSTIFICACIÓN

Hoy se acepta que existen algunas prácticas reconocidas universalmente como seguras y que son producto de buenos programas institucionales de seguridad implementados en los últimos años<sup>14-17</sup>. Entre ellas podemos mencionar el uso de listas de chequeo pre-operatorias y pre-anestésicas para prevenir eventos operatorios y post operatorios, el uso de bundles (combos) que incluyen listas de chequeo para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales, el uso de intervenciones para reducir el uso de sondas urinarias, el uso de bundles que incluyen la elevación de la cabecera de la cama, el cede intermitente de la sedación, el enjuague oral del paciente con clorexhidina y la aspiración continua subglótica del tubo oro traqueal para prevenir la neumonía asociada a ventilador, la higiene de manos, el no usar siglas peligrosas en la historia clínica, las intervenciones multi-componentes para reducir las úlceras por presión, el uso de precauciones de barreras para prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, el uso de ultrasonido en tiempo real para colocar líneas centrales y las intervenciones para mejorar la profilaxis contra el trombo-embolismo venoso. Sin embargo, la evidencia clínica reciente que indica que aún el daño prevenible que ocurre en los hospitales es alto, a pesar de todos los esfuerzos realizados, justifica la presente actualización. Es por esto que a continuación se presenta el paso a paso para la implementación de un programa de seguridad del paciente que fortalezca la implementación de barreras y defensas (prácticas seguras) que disminuyan la probabilidad de la presencia del error.

## 7.3 ¿CUÁL ES LA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? [\(regresar formulación de la pregunta\)](#)

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la



existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.



## 7.4.¿CÓMO SE CONSTRUYE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? [\(regresar formulación de la pregunta\)](#)

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos:
- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo
- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir
- La seguridad del paciente **NO SE LOGRA** creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos.

- La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:
  - Permitir que sea el experto quien haga las cosas
  - Confiar cada vez menos en la memoria
  - Gestionar el riesgo de cada actividad
  - Alertar sin miedo sobre el error
  - Compartir el aprendizaje
  - Ante la duda, pedir ayuda
  - o Adhesión a las guías de práctica clínica
  - Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
  - Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras

## 7.5. ¿CÓMO SE IMPLEMENTA EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? [\(regresar formulación de la pregunta\)](#)

### 7.5.1 Ejes conductores del programa de Seguridad del Paciente

- Apoyo de la alta dirección

Es fundamental porque implica el involucramiento en la seguridad de la Junta directiva y la Gerencia. Sin este apoyo, no se pueden iniciar las acciones que redundarán en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un pre-requisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente, la Gerencia asigna un presupuesto económico para las actividades de seguridad, se conforma un equipo líder de seguridad, se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se implementan las acciones de mejora.

- Análisis y gestión de riesgos;

### a. Análisis de modo y efecto de falla- AMEF

La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal. La alta dirección de una institución expresa su compromiso permanente de trabajo con la seguridad de sus prácticas clínicas a través de unas actividades de gestión de riesgos. Tendientes a analizar los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos.

Una potencial falla de un proceso se define como la manera en que el proceso pudiera fallar en cubrir sus requerimientos. Se describe en términos de lo que los clientes internos y externos pueden notar o experimentar.

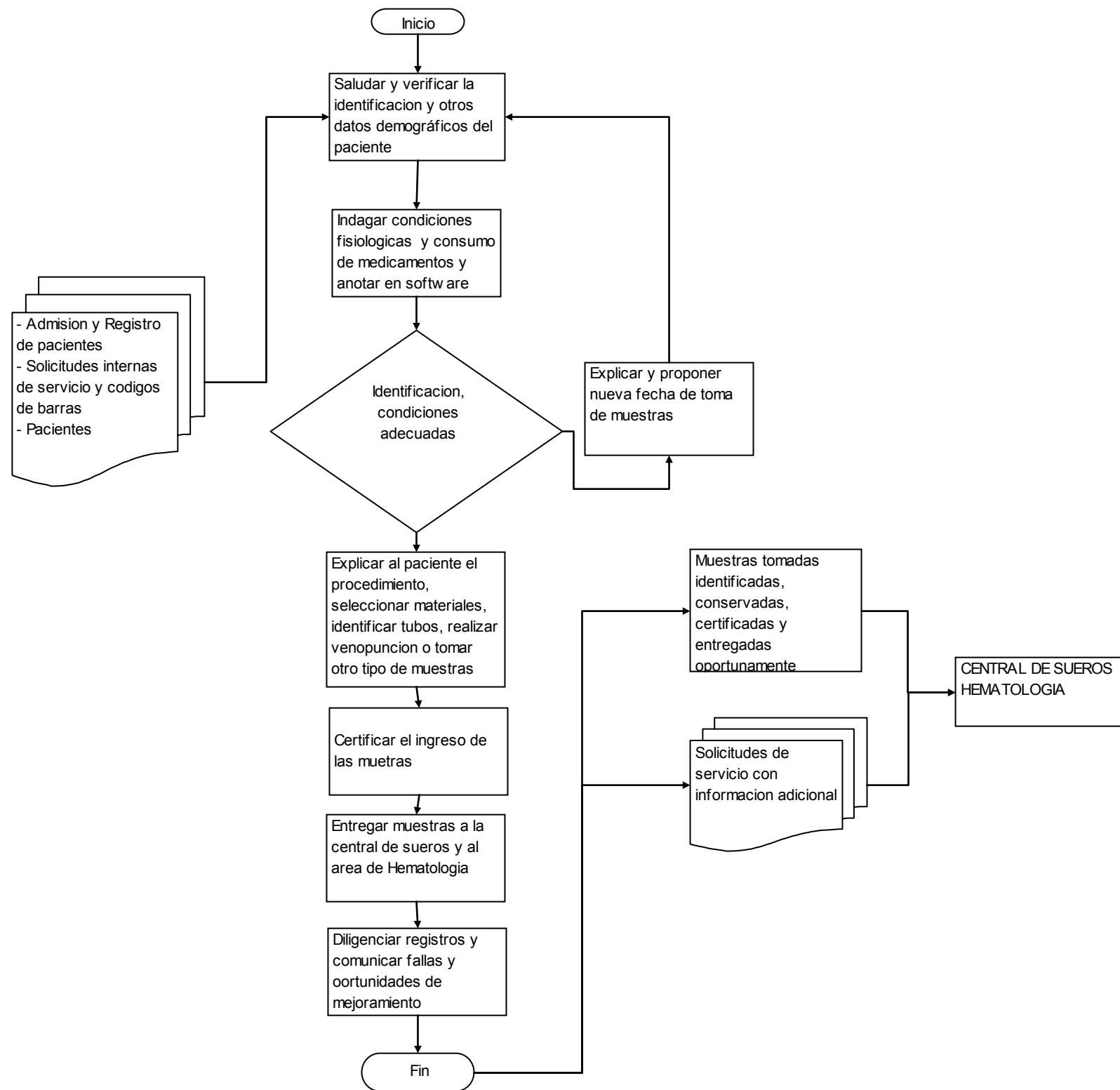
El AMEF es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, el AMEF completo y bien hecho, debe ser una acción antes del evento y no un ejercicio posterior a los hechos.

Para elaborar un AMEF Se hace una lista de todas las posibles causas de falla asignables a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta:

- o Su ocurrencia: Qué tan frecuentemente se proyecta que ocurra la causa o el mecanismo de falla específico. Se estima la posibilidad de ocurrencia en una escala de 1 a 10.
- o Su Severidad: Es una evaluación de la seriedad del efecto del modo de falla potencial en el cliente.
- o Controles actuales del proceso: Se describen los controles que previenen que en cierto grado ocurra el modo de falla o que detectan el modo de falla que se presentará.
- o Detección: Evalúan la probabilidad de que los controles de proceso que se proponen detecten una causa potencial o el modo de falla subsecuente. Se usa una escala de 1 a 10.

Si bien un AMEF debe tener un responsable de la preparación, debe también basarse en el esfuerzo de un equipo de expertos; en diseño, manufactura, en materiales, en servicio, en calidad, los proveedores y líderes del área responsable. Para efectos de un mejor entendimiento se ilustra el AMEF del proceso de toma de muestras dentro de un laboratorio clínico.

# Caracterización del proceso toma de muestras



## AMEF Toma de muestras

ACTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO	MODO DE FALLA	EFEECTO	CAUSA	MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL
Realizar entrevista	No realizar la entrevista.	No hay aporte al analisis de resultados por parte de los profesionales	Presión de tiempo Olvido	Crear conciencia de que esta dificultad actualmente, solo se puede resolver con la rigurosidad en el seguimiento del procedimiento.
Seleccionar materiales para la toma de muestras	Omitir o errar la selección de materiales.	Omitir la toma de muestras	Falta de competencia	El aplicativo tiene señalado con colores los tubos que se deben seleccionar  Aplicativo Requilab esta al alcance  Crear conciencia de los efectos de los efectos en los reprocesos y fallas en oportunidad
Verificar el sitio de la punción	No dimensionar la dificultad de la sangría	Punción fallida.	Tipos de venas Presión del tiempo	Conocer el uso de los diferentes tipos de agujas y tubos. Conocer que compañero tiene mas experticia . Trabajar en el apoyo entre los compañeros. Asignar turnos de acuerdo con compatibilidades entre colaboradores.



**Probabilidad de ocurrencia:**  
Se pondera entre 0 y 10 siendo directamente proporcional a la probabilidad de ocurrencia del evento.

**Impacto:**  
Se pondera entre 0 y 10 siendo directamente proporcional al impacto.

**Detección Impacto de las medias de control:**  
Se pondera entre 1 y 4 siendo **inversamente** proporcional al efecto. ( menos es más)

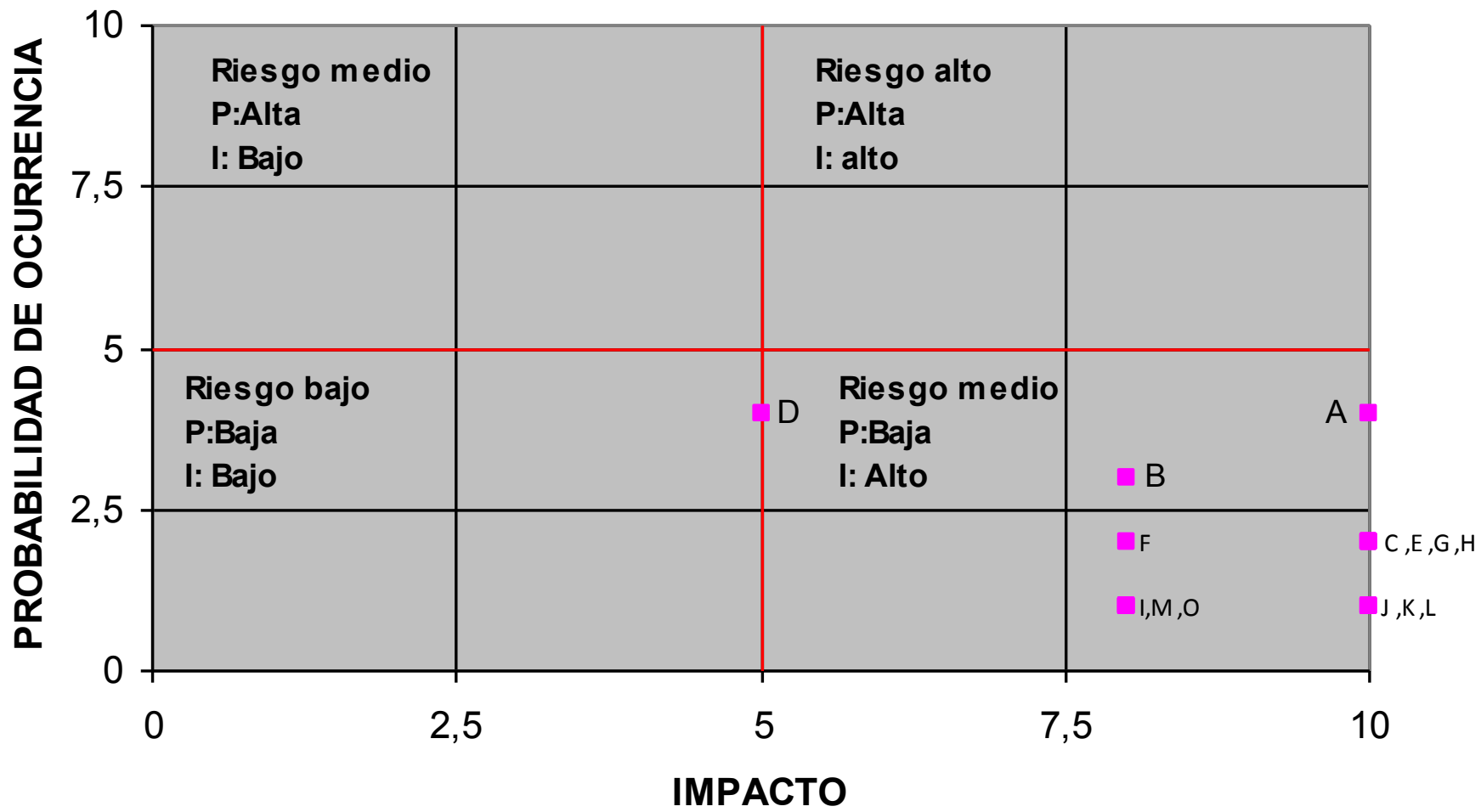
**Numero de prioridad del riesgo:**  
Es el producto de PxIx D

TOMAR MUESTRAS					
Cod	MODO DE FALLA	P	I	D	NPR
A	No anotar mensajes del paciente	4	10	4	160
B	Escanear el código de barras de las muestras en lugar del CB de la factura	3	8	4	96
C	No detectar cambios en los datos identificación del paciente	2	10	4	80
D	No realizar la entrevista.	4	5	4	80
E	No escanear los tubos	2	10	4	80
F	Incumplimiento de normas SISO	2	8	3	48
G	Dejar muestras en los sitios de toma	2	10	2	40
H	Desechar materiales contaminados en el lugar de reciclaje y viceversa	2	10	2	40
I	Omitir o errar la selección de materiales	1	8	2	16
J	Quitar alcohol del Isopañin	1	10	1	10
K	Colocar el torniquete ajustado antes de limpiar	1	10	1	10
L	No indagar acerca de la alergia al latex	1	10	1	10
M	No dimensionar la dificultad del sangrado	1	8	1	8
N	Fallar la punción	1	8	1	8
O	No tomar los tubos en el orden indicado	1	8	1	8
	<b>Sumatoria NPR</b>				<b>694</b>

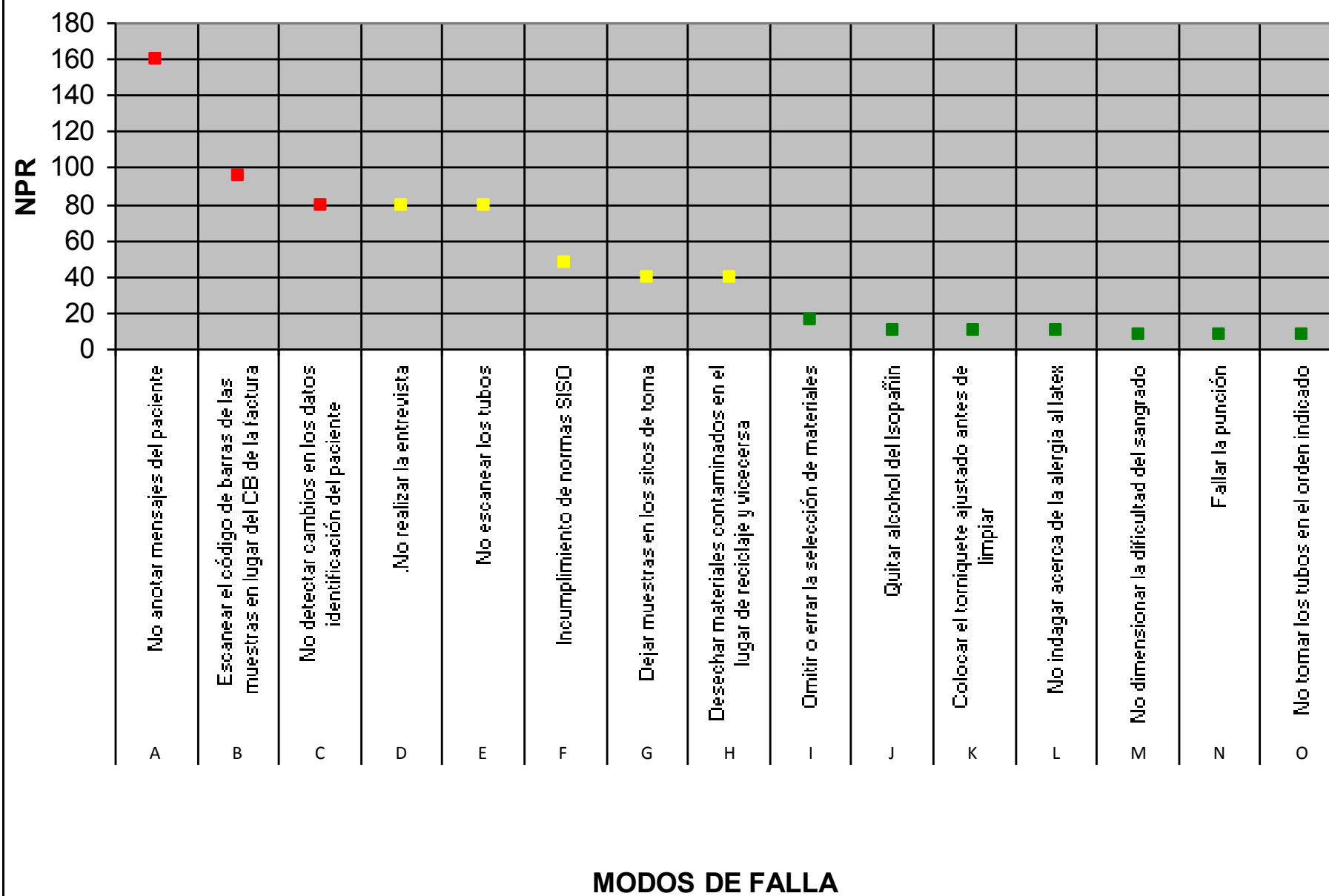
MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	NUEVOS MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	Reducción del NPR
<p>Crear conciencia y competencia</p> <p>Dotar de elementos de protección personal</p> <p>Suministrar elementos adecuados para el trabajo.</p> <p>Diseñar procedimientos de trabajo seguros</p>	2	8	3	48	Diseño adecuado de la planta física	1	8	1	8	83%
Realizar la revisión en todos los casos al iniciar el procedimiento.	2	10	4	80	El aviso automático de discrepancias producido por Datalab aparezca desde esta etapa impidiendo continuar.	2	10	2	40	50%
	2	10	4	80	Diseño de un sistema seguro de registro de pacientes	1	10	1	10	88%
Crear cultura y capacitación del personal	3	8	4	96	Emitir códigos de barras en la toma de muestras	1	8	1	8	92%

MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	NUEVOS MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	Reducción del NPR
Crear conciencia de que esta dificultad actualmente, solo se puede resolver con la rigurosidad en el seguimiento del procedimiento.	4	5	4	80	Paso del diagnóstico de la HCE por la interface	3	5	2	30	63%
El aplicativo tiene señalado con colores los tubos que se deben seleccionar  Aplicativo Requilab esta al alcance  Crear conciencia de los efectos de los efectos en los reprocesos y fallas en oportunidad	1	8	2	16	Colocar las notas de Requilab en Datalab	1	8	2	16	0%
Conocer el uso de los diferentes tipos de agujas y tubos. Conocer que compañero tiene mas experticia . Trabajar en el apoyo entre los compañeros. Asignar turnos de acuerdo con compatibilidades entre colaboradores.	1	8	1	8	Idem	1	8	1	8	0%

## Mapa de riesgos TOMA DE MUESTRAS



## Relación del Modo de falla y el NPR TOMA DE MUESTRAS.



- **Definición de privilegios o credenciales**

La definición por parte de la Gerencia de la organización de los privilegios de los profesionales de la salud, en especial de los quirúrgicos, es componente fundamental de la seguridad del paciente. Parte del principio de que los procedimientos deben ser hechos por aquellos que tienen las competencias, habilidades y experticia para hacerlo bien a la primera vez, con lo cual se disminuye la probabilidad de que aparezcan eventos adversos. En este sentido, es importante anotar que la sola certificación o diploma universitario no es sinónimo de tener los privilegios. Aquí cobra importancia fundamental aquel dicho que reza que “la práctica hace al maestro”, Por lo tanto, la gerencia o en su defecto, un comité de privilegios, debe asignarlos a cada uno de los profesionales quirúrgicos en los procedimientos relacionados, basado en su entrenamiento, su actualización constante, y especialmente, a través de la verificación de que dicho profesional ha realizado un número determinado del procedimiento específico que lo vuelven idóneo para su realización.

- **Adherencia a guías de práctica clínica**

Es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes. La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo

cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos.

La guía considera no solo el estado del arte científico para el diagnóstico y tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería y de instrumentación quirúrgica. Para el diseño y desarrollo de las guías de práctica clínica la organización debe tener en cuenta las patologías más frecuentes en cada servicio

Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación. En ese propósito, debido a que frecuentemente las guías de práctica clínica son documentos voluminosos que pocos consultan, una estrategia que ha demostrado efectividad es convertirlas en listas de chequeo. De esta manera, una guía de manejo de decenas de páginas, se convierte en solo una, con algunos ítems, que es fácilmente verificable. En esta lista de chequeo se deben incluir aquellos ítems que los profesionales catalogan como infaltables en la guía.

- **Educación en Seguridad del paciente**

La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Entre las actividades educativas



que se pueden realizar diariamente están:

- Las sesiones breves de seguridad. Se presentan cuando el líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de turno, en un comité, en una revista diaria, etc para suministrar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, se recuerdan los cinco momentos del lavado de manos, o la manera correcta de identificar un paciente, o la manera correcta de comunicarse con otro profesional de la salud alrededor de las órdenes médicas, etc.
- Folletos. Son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los pacientes. Recuerda al lector sobre las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.

- **Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente**

- Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud

Es hoy aceptado en la literatura médica mundial que las infecciones adquiridas en el hospital, antiguamente denominadas “nosocomiales”, han sido y son, de lejos, la complicación más común que afecta a los pacientes hospitalizados; estando en mayor riesgo aquellos internados en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI)<sup>14-19</sup>.

Con el advenimiento del movimiento global por la seguridad de los pacientes, en la última década a estas infecciones se les denomina ahora como “asociadas al cuidado de la salud”, término el cual sugiere de alguna manera, que no son en sí



mismas complicaciones de la enfermedad del paciente, sino inducidas por el cuidado inseguro que reciben los pacientes.

La literatura internacional considera mayormente que infecciones como la del torrente sanguíneo, asociada a la colocación de catéter central, (bacteriemia asociada a catéter), la neumonía asociada a la ventilación mecánica y la infección urinaria asociada a sonda vesical, son eventos adversos; susceptibles de ser evitables mediante la implementación de prácticas seguras relacionadas con el cuidado del paciente mismo y de los dispositivos insertados en él. Por esta razón, en algunos países desarrollados, una vez se presenta alguno de ellas, sola o en combinación con otra, su tratamiento específico no es cubierto por el organismo asegurador, práctica que dicho sea de paso, se ha ido diseminando peligrosamente a los países en transición como el nuestro. Evitar por lo tanto la aparición de estas infecciones en los pacientes representa en un reto mayor para los directores de clínicas y hospitales, no solo por la gestión clínica en sí, sino también, por la salud financiera de la organización. En el propósito de prevención, un factor fundamental es preguntarse si realmente el paciente necesita el dispositivo (catéter sanguíneo, sonda vesical o tubo oro traqueal). Por ser de importancia manifiesta, para este tema se desarrolla un paquete instruccional específico, por lo cual, no se profundizará al respecto en este.

- Gestión segura del uso de medicamentos

Los errores en el uso de medicamentos son uno de los de mayor ocurrencia en la



atención en salud. Ellos pueden suceder en cualquier paso de la cadena logística; bien sea desde la selección del medicamento hasta su administración al paciente. Aunque afortunadamente no todos ellos terminan en eventos adversos (solo en 6% al 10% de todos los pacientes hospitalizados), preocupan grandemente al sistema de atención en salud, pues atenderlos tiene muy alto costo. Recientes publicaciones provenientes de los Estados Unidos reportan que al menos 3.5 billones de dólares, como costo médico extra por año, se gastan en ese país para atender estos eventos adverso<sup>21</sup>. Algunas prácticas como la orden médica hecha por computador y la identificación y gestión adicional de aquellos de alto riesgo (medicamentos de control y LASA (que se parecen a.o suenan como) han disminuido su frecuencia.

El uso de medicamentos en los pacientes conlleva diferentes riesgos entre los cuales se puede presentar su incorrecta administración, bien sea porque hay error en la dosis o en el medicamento mismo, el uso de soluciones concentradas directamente en los pacientes, contaminación de mezclas intravenosas, técnica no aséptica al administrar un medicamento a un paciente y la ausencia de conciliación medicamentosa. Implementar barreras para evitar estos eventos es de vital importancia, más si tenemos en cuenta que a futuro seguramente el riesgo de que estos eventos se presenten aumentará como producto del desarrollo de nuevos medicamentos, del descubrimiento de nuevos usos de los medicamentos ya existentes, del envejecimiento de la población, del incremento en el uso de medicamentos para la prevención de enfermedades y del incremento en el cubrimiento por los aseguradores de los medicamentos prescritos. Esta perspectiva obliga a las instituciones a fortalecer

estas actividades. Que al igual que en lo relacionado con la prevención y el control de las infecciones, es motivo de un paquete instruccional específico.

#### a. Conciliación medicamentosa

Frecuentemente cuando los pacientes son admitidos en un hospital reciben nuevas medicaciones o les cambian las que previamente venían recibiendo, de tal manera que se les instaura un nuevo tratamiento. En este proceso, en cualquier momento pueden suceder errores, entre los cuales se incluyen omisiones, errores en la dosificación, duplicaciones, o interacciones medicamentosas entre los medicamentos previos y los nuevos.

Para evitar estos errores en el uso de la medicación surge la reconciliación medicamentosa. Esta consiste en comparar los medicamentos previos que recibía el paciente con los actuales y definir cuales va a seguir recibiendo a futuro. En teoría este proceso debe hacerse al ingreso del paciente, en su traslado de un servicio a otro, o al momento de su egreso.

#### - Gestión segura de la tecnología biomédica

En la atención en salud, en todo momento utilizamos dispositivos médicos y con alguna frecuencia se presentan incidentes o eventos adversos asociados a su uso (EAUDM). El decreto 4725 de 2005 emitido por el Ministerio de Salud y Protección social, definió al dispositivo médico como “cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, que se utiliza para la atención de seres humanos, sólo o en combinación, incluyendo sus

componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación<sup>22</sup>”.

Los EAUDM no son infrecuentes en los países desarrollados y debido a la alta incidencia y prevalencia a nivel internacional, se han creado agencias reguladoras; dependientes e independientes, las cuales entre sus funciones, tienen la de velar por la seguridad de los dispositivos médicos. Entre las más reconocidas están la FDA (Food and Drug Administration) y la ECRI (Emergency Care and Research Institute), ésta última dedicada a la evaluación y perfeccionamiento continuo de la tecnología del cuidado de la salud. En Colombia esta labor la realiza el INVIMA “Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos”.

Una adecuada gestión tecnológica inicia con la creación del Comité de gestión de tecnología, el cual se encarga de asesorar y recomendar a la Gerencia, la mejor, entre múltiples opciones, de la tecnología que se busca. Es recomendable que de comité hagan parte activa quien compra en la institución, el ingeniero biomédico y el director del Programa de Seguridad del paciente. Una vez definido el tipo de equipo que se requiere el ingeniero biomédico debe realizar la investigación; para por lo menos 3 proveedores potenciales; sobre: alertas previas del equipo emitidas por ECRI, FDA, etc. por eventos adversos publicados con ese equipo, al igual que la conectividad de esa tecnología con la existente, la experiencia de otras instituciones con ese equipo, la experiencia del proveedor, experiencia de la institución con el proveedor (si se tiene), la experiencia con los mantenimientos correctivos y preven-



tivos del potencial proveedor, servicio post venta, precio, y condiciones de pago. La decisión se tomará después de una amplia discusión donde se escuche a todos los asistentes, se respondan las preguntas a que haya lugar y se haga consenso sobre la mejor opción. En esta decisión, no siempre el dispositivo seleccionado será el más barato. Una vez el equipo esté en el sitio definido y antes de ponerlo en funcionamiento regular se debe proceder a la capacitación de los usuarios finales en su adecuado funcionamiento asegurando que ningún futuro usuario se quede sin la misma.

- Implementación de las metas globales de seguridad del paciente

La institución debe trabajar en el día a día hacia la obtención de las metas de seguridad; mejorar la identificación del paciente, mejorar la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, mejorar la seguridad al utilizar medicamentos de alta alerta o riesgo, asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y reducir el riesgo de daños al paciente por caídas. Cada una de ellas es motivo de un paquete instruccional específico.

La identificación del paciente debe considerar los adultos con y sin documento de identidad, los recién nacidos y menores de edad sin número de identificación.

Los errores en la comunicación interpersonal y con el paciente son el factor contribuyente más frecuentemente observado cuando se analizan los eventos adversos sucedidos. Para disminuir esta frecuencia en la institución se deben implementar



diferentes estrategias entre las cuales estandarizar las abreviaturas.

Las acciones que la institución debe realizar para disminuir al mínimo posible y ojalá evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, incluyen estrategias desde la selección, la compra, la recepción, el almacenamiento, la dispensación, la prescripción y la administración del medicamento, así como la identificación extra de los medicamentos de alto riesgo.

El aseguramiento de la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto, debe iniciar desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la alianza mundial para la seguridad de los pacientes expuestos en la lista de chequeo de cirugía segura.

Para prevenir, detectar y controlar adecuadamente las infecciones, la institución debe desarrollar diferentes estrategias que incluyen el desarrollo e implementación de una guía de profilaxis quirúrgica antibiótica a la cual se le vigile su cumplimiento, realizar campañas institucionales de lavado de manos en los cinco momentos sugeridos por la OMS, hacer vigilancia activa del lavado higiénico de las manos, centralizar en el profesional más competente el uso de antibióticos de máxima potencia, definir las recomendaciones de precaución para el manejo de pacientes aislados y hacer vigilancia a su cumplimiento.

La institución debe implementar en su interior un programa institucional para prevenir que se presenten caídas de pacientes. Para ello debe identificar al paciente



con riesgo de caída con un adhesivo de color en manilla de identificación, educar a pacientes, familiares y acompañantes sobre el riesgo y la necesidad de informar al personal del servicio cuando el paciente se va a quedar solo o desea levantarse al baño, realizar una adecuada señalización de toda la infraestructura física sobre los posibles riesgos de caída, en las escaleras, en los desniveles, en los espacios vacíos, etc., adecuar la instalación física (baños, pasillos, piso de las habitaciones) con los requerimientos necesarios: soportes en los baños, tanto en el área de sanitario como en la ducha, colocación de bandas antideslizantes en todos los baños, colocación de piso totalmente antideslizante, adecuar las camas de los pacientes manteniéndolas en el nivel de altura más bajo posible, colocándole barreras de espuma que bloqueen los espacios de las barandas, retirando las escalerillas que supuestamente facilitan la subida del paciente a la cama, pero que en ocasiones son las causantes de las caídas, adecuando las sillas de rueda y camillas para el transporte de pacientes colocándoles un cinturón de seguridad manteniendo arriba las barandas de las camillas.

- Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad

Conscientes de que un paciente más comprometido con su salud es un paciente que ayuda a prevenir eventos adversos, la organización debe estimularlos, a sus familiares y sus acompañantes para que comuniquen o pregunten sobre cualquier inquietud o preocupación que tengan con respecto a la seguridad del cuidado que reciben o que van a recibir. Para tal efecto, se pueden desarrollar unos folletos

ilustrativos sobre el papel activo que cada paciente en la consulta externa, en que va a ser hospitalizado, o en la que va a ser intervenido quirúrgicamente, debe desempeñar buscando ayudar al personal de salud a que le entregue un cuidado más seguro.

En el caso de pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, la institución le puede hacer entrega de un folleto recordatorio de las preguntas sobre los aspectos más importantes que el paciente y su familia deben conocer para tener un adecuado manejo post-quirúrgico en casa. De igual manera, para una gran cantidad de procedimientos quirúrgicos es recomendable entregar al paciente, por escrito, las recomendaciones sobre los cuidados que debe tener con las actividades del quehacer diario: bañarse, caminar, alimentación, actividad física, actividad sexual, manejo de drenes, prótesis, cita de control, etc.

Los pacientes y su familia acompañante son también involucrados en su auto-cuidado y seguridad al momento de las rondas de seguridad. Cuando la misma se realiza, se indaga al paciente sobre cómo le ha parecido la seguridad de su atención y qué aspectos concernientes a la seguridad han notado ellos que se pueden implementar o que ya lo están pero se pueden mejorar.

- Mecanismos de reporte de eventos adversos

El reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos.

Saber qué pasó, permitirá conocer las fallas institucionales y los errores humanos ocurridos para establecer acciones de mejora. Sin embargo, a pesar de este claro beneficio, múltiples publicaciones muestran que aproximadamente solo se reporta el 6% de los eventos adversos que en realidad suceden<sup>23,24</sup>. El miedo a las represalias de orden laboral o jurídico que puedan tener, o a quedar en evidencia en público como aquellos que cometen los errores o simplemente no querer estar involucrado en tareas administrativas, figuran entre otras como las probables causas del no reporte de los profesionales de la salud, en especial de los médicos.

Estudiando las causas de no reporte, en 2002 Shekelle<sup>25</sup> encontró que los médicos son más renuentes que las enfermeras a reportar eventos, incluso en casos de violación de protocolos claramente establecidos, y que una de las razones para el no reporte, es que los médicos no están de acuerdo con los criterios con los cuales la calidad es medida. Otras barreras de los médicos para el reporte encontradas en el estudio fueron la falta de retroalimentación sobre la acción tomada (57.7%), las limitaciones de la forma de reporte (muy larga 54.2%), que no consideran necesario reportar cosas triviales (51.2%), que se olvidan de reportar por estar muy ocupados (47.3%) o simplemente, no creen que reportar sea su responsabilidad (37.9%). Por todo lo anterior, generar una cultura de reporte que favorezca la disminución de los eventos adversos, es reto importante para los Directores de Programas de Seguridad del paciente<sup>26</sup>.

Las siguientes características son aquellas que debe tener todo reporte efectivo de

incidentes, complicaciones y eventos adversos.

- o Que promueva el auto-reporte voluntario

La recomendación de auto-reporte voluntario tiene como fundamento la premisa de que es primariamente quien hace las cosas, quien en algún momento de su labor detecta sus errores y por lo tanto debe reportar lo sucedido. Aunque parece una acción obvia, no sucede así en la realidad por razón del miedo al castigo, aún en instituciones con una conocida cultura de seguridad. No es infrecuente en la práctica diaria saber de instituciones que iniciaron sus programas de reporte de eventos adversos aferrados a la recomendación de la literatura de “auto-reporte voluntario” y meses después, aún no tienen el primer evento reportado.

El auto-reporte voluntario toma su verdadero lugar cuando los colaboradores sienten que en la institución el equivocarse no da lugar a un castigo, sino por el contrario, a una acción educativa que facilite la prevención de la recurrencia del mismo evento en el futuro. Esto toma un tiempo considerable y sucede cuando la institución ha desarrollado una cultura de seguridad importante, por lo tanto, solo el trabajo continuo en la creación de una cultura educativa no punitiva llevará a que el personal auto-reporte sus errores y eventos en los cuales se ha visto involucrado

- o Que sea anónimo

Esperar que solo haya auto-reportes voluntarios priva a la organización de una oportunidad importante para aprender y mejorar. Por ello, se debe permitir el re-

porte por cualquier otra persona que conozca del incidente o evento.

Pasar a esta modalidad tiene tanto aspectos positivos como negativos. Es positivo porque se incrementan las posibilidades de que la organización se entere de la realidad de lo que pasa y por ende se puedan establecer las acciones de mejora, pero es también negativo porque el reporte por otros, puede incrementar conflictos entre los colaboradores con la afectación secundaria del clima laboral. Por esta razón, es muy importante implementar las estrategias necesarias para evitar que tome lugar la “delación vengativa” entre colaboradores y resulte siendo peor el remedio que la enfermedad. Entre las estrategias para favorecer el reporte anónimo por cualquier persona están:

- o La destinación de una línea telefónica exclusiva a la cual cualquier persona, de manera anónima, pueda reportar un evento
- o El establecimiento de direcciones de internet para que se pueda reportar desde sitios diferentes al trabajo,
- o La colocación de buzones de reporte en diferentes sitios de la institución, donde también de manera anónima, las personas dejan el reporte escrito.
- o Que sea confidencial

Se refiere a que en el reporte, bajo ningún motivo, se revele la identidad de la o las personas involucradas en el evento. Lograr esto no es fácil ni siquiera para organizaciones con una cultura de seguridad conocida, en donde se supone que



“alguien se equivoque” sea visto con naturalidad. Por lo tanto, buscar como sea la confidencialidad es de efectividad discutible, pues al analizar el evento, invariablemente se identificará a los involucrados, Por ello, se debe interpretar la confidencialidad no como guardar la identidad de las personas en el servicio, sino como evitar al máximo posible, la divulgación del evento más allá del servicio mismo (otro servicio o el hospital o incluso los medios de difusión).

- o Que se reporten también incidentes.

En la realidad de los servicios asistenciales, los incidentes son aproximadamente 300 veces más frecuentes que los eventos adversos y por lo tanto, saber qué pasó en su ocurrencia, ofrece en teoría una mejor oportunidad de conocer los errores que están sucediendo en los puestos de trabajo<sup>27</sup>. Sin embargo, frecuentemente cuando ocurre un incidente, como no pasó nada, (no se le causó daño al paciente) las personas no le ven la utilidad de reportarlo y no lo hacen, con lo cual la oportunidad de aprender y mejorar se pierde.

La obligatoriedad para reportar incidentes puede llevar erróneamente a hacer reportes mundanos de fallas, incluso administrativas, con lo cual se corre el riesgo de que las personas dediquen un tiempo valioso a analizar y a discutir situaciones que no lo requieren, cuando podrían destinarlo a ocuparse de los pacientes. Se debe tener en cuenta además que sí es grande el volumen de reporte de incidentes, los líderes pueden entrar en una situación de incapacidad y frustración, al no tener cómo ocuparse del análisis de tal volumen. El resultado final es que pierden el estí-

mulo, por lo cual, definir qué es lo que se va a reportar, o dicho de otra manera, cuáles son los incidentes que son susceptibles de ser reportados es de vital importancia. La recomendación es que se reporten aquellos en los cuales se identifique que hubiera sido probable que ocurriera un evento adverso grave.

- o Que conlleve a análisis

El reporte de un incidente o evento adverso que se detecta, por sí solo no mejora la calidad. Es la respuesta al reporte con el análisis respectivo y la implementación de acciones de mejora, la que lleva al cambio. Se sustenta la práctica del análisis del evento en la necesidad de saber exactamente qué pasó, para tomar los correctivos que lleven a la prevención de eventos similares en el futuro. En teoría este análisis permite el aprendizaje organizacional, objetivo fundamental de una organización que quiere ser mejor cada día.

Una reunión de análisis no es nada diferente a hacer una auditoria donde se compara lo esperado con lo observado. En ella es importante que se discuta la atención por quienes participaron en el evento, pues solo ellos, pueden determinar a conciencia qué pasó y sus causas. En algunos casos, se hace necesario invitar a la reunión a pares médicos para que se discutan sus decisiones en un ambiente de respeto mutuo y profesionalismo. Las reuniones de análisis que no llevan a implementación efectiva de acciones de mejora, son una pérdida de tiempo para las personas y de recursos para la organización.

- o Que los colaboradores le perciban un enfoque educativo, no punitivo



Frecuentemente los errores que llevan a incidentes y/o eventos ocurren porque los procesos institucionales no han sido diseñados considerando el probable error, o porque son ambiguos y se prestan para ambigua interpretación, cuando las personas deben recurrir a su propio criterio y el mismo no es el adecuado. De esta manera es de esperarse que ocurran errores y por lo tanto, castigar a las personas involucradas en el error es una conducta injusta.

Otorgar inmunidad inicial no significa generar impunidad. El análisis del evento reportado debe traducirse en actividades tendientes a evitar que el mismo evento se repita. Una de dichas actividades debe ser la de revisar el proceso con enfoque sistémico, identificar los estándares, enunciarlos de manera clara, y dejarlos disponibles para consulta, de tal manera que cada persona no tenga duda de lo que debe hacer. A partir de ese momento la repetición del error previo debe ser considerada un acto irresponsable e injustificable

**NOTA:** Para conocer los mecanismos de investigación y análisis de eventos adversos e incidentes, consulte el paquete instruccional “monitorear aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”

- **Implementación de equipos de respuesta rápida**

Un equipo de respuesta rápida no es un equipo de código azul. Este último es un sistema de alarma que se activa para el manejo de los pacientes en paro cardio-respiratorio por parte de un grupo entrenado de profesionales, con funciones asignadas previamente, con lo cual el procedimiento se efectúa en el menor tiempo y con coordinación entre todos ellos.

La implementación de “EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA (ERR)” las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana en la atención hospitalaria ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar los resultados clínicos, disminuir la mortalidad intrahospitalaria y prevenir las muertes evitables<sup>28</sup>. Su activación fue promovida en 2004 por el IHI (Institute for Healthcare Improvement) de los Estados Unidos a través de la campaña “salvemos 100.000 vidas”, la cual fue acogida por más de 3000 hospitales de ese país. Ante los buenos resultados, es ahora es una estrategia recomendada para implementación permanente.

El ERR consiste de un equipo multidisciplinario; un médico, una enfermera y el terapeuta respiratorio, los cuales asisten prontamente al llamado para la evaluación y manejo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización General y que presentan signos o síntomas de deterioro clínico. El llamado se hace antes de que el deterioro progrese hasta un paro cardio-respiratorio, del cual al rededor del 15% al 20% de los pacientes no salen, a pesar de la atención por el equipo de código azul. El equipo es independiente del médico tratante y, en el manejo de la situación crítica del paciente, puede ordenarle bien sea, medicación, estudios de laboratorio o de imágenes, e incluso su traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo.

Además de la disminución de la mortalidad hospitalaria, entre otros beneficios de los ERR están el mejoramiento de la calidad de atención, la disminución de los eventos adversos, la disminución de la estancia hospitalaria secundaria a eventos adversos, la optimización de la capacidad de camas, el incremento de la satis-



facción del usuario y la disminución de la posibilidad de reclamaciones de orden médico-legal.

Aunque el paciente a quien se le activa un ERR no está en paro cardio-respiratorio, no todos los médicos tienen el entrenamiento para atender a los pacientes con deterioro clínico. Por lo tanto, se recomienda que el llamado al ERR active un equipo en el cual el médico varíe de acuerdo con la especialidad de manejo directo del paciente, es decir, el médico del ERR, activado a un paciente con patología médica exclusivamente, será un internista, el del paciente en un postquirúrgico será un cirujano general, el de un niño será un pediatra y el de una paciente obstétrica será un obstétrica. Los demás componentes del equipo serán siempre el médico general del piso de hospitalización (si existe), la enfermera jefe y la terapeuta respiratoria asignadas al servicio. Esto quiere decir que los ERR son dinámicos y cambiarán de acuerdo con el profesional de turno. Un listado visible en los servicios hará claridad sobre a quién se debe llamar.

Una vez definido el equipo, los integrantes del equipo tienen un tiempo máximo (1 hora) para responder al llamado. Cuando la situación clínica del paciente ha sido definida, el médico del equipo debe establecer comunicación con el médico tratante y acordar entre ambos la conducta clínica de mayor beneficio para el paciente.

El llamado al ERR se debe activar ante la aparición de cualquiera de los siguientes signos o síntomas:

- Frecuencia respiratoria menor a 10 x minuto o mayor de 24 x minuto

- Fiebre mayor o igual a 40°C.
- Saturación de oxígeno menor de 90% a pesar de la administración de oxígeno por cánula o máscara
- Disminución brusca de la presión arterial sistólica a menos de 90 mm Hg o un incremento sostenido de la presión arterial diastólica a mayor de 110 mm Hg;
- Cambio súbito de la frecuencia cardiaca a menos de 50 latidos x minuto o a más de 120 latidos x minuto
- Inicio súbito de dolor en el pecho
- Una extremidad fría, sin pulso, o cianótica
- Paciente confundido o agitado
- Paciente aletargado o con estupor sin explicación evidente
- Aparición súbita de dificultad para hablar bien
- Respuesta pupilar inadecuada
- Convulsiones en un paciente sin historia previa de convulsiones
- Temperatura mayor de 38 grados centígrados
- Dolor incontrolable
- Diuresis menor de 0.5 cc por kilo por hora en las últimas 4 horas
- Hemorragia por heridas, orificios naturales o melenas importantes
- Hematoma importante sobre el cuello

- **Herramientas para la construcción de cultura de seguridad**

La creación de cultura de seguridad debe ser el objetivo primordial de cualquier Programa de Seguridad del Paciente, por ese motivo, fue la primera práctica recomendada a implementar por el National Quality Forum en el año 2003<sup>29</sup>. Esta recomendación se fundamenta en el hecho de que siempre que sean los seres humanos quienes provean la atención en salud, ocurrirán fallas y errores. Sin embargo, los proveedores de la atención en salud pueden reducir la probabilidad de tales fallas y errores, y limitar su impacto a través de la implementación de una cultura de seguridad. De la misma manera, en el 2008 la Joint Commission de los Estados Unidos publicó en su sitio web una alerta de seguridad relacionada con aquellos comportamientos que disminuyen la cultura de seguridad en las organizaciones. Se refiere específicamente a que comportamientos intimidantes pueden facilitar los errores médicos, contribuir a una pobre satisfacción del paciente y a eventos adversos prevenibles.

Se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes. La Administración Federal de Aviación de los Estados Unidos de América, institución de la cual se nutre mucho el sector salud

en términos de seguridad a través de la adopción de muchos de sus procesos, definió en el año 2002 la cultura como “el grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad. Adicionalmente esta organización considera que cultura es el acto de conservar, realzar y comunicar las preocupaciones de seguridad y esforzarse por aprender activamente de los errores, además de adaptarse y modificar un comportamiento personal o grupal, para prevenirlos”.

Crear cultura organizacional es algo difícil de lograr en el corto y mediano plazo debido fundamentalmente a que, como lo dice su definición, se trata de alinear comportamientos individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la seguridad. La cultura de seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de cada organización para lograrla. Estos componentes son:

- o Seguridad psicológica

El término hace referencia a la convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Por el contrario, sabe que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto. En presencia de seguridad psicológica, las personas no evalúan sus inquietudes en términos de lo que es correcto o incorrecto, sino que simplemente ven esto como una oportunidad para



verificar que el equipo, en realidad, está haciendo lo correcto para el paciente sin tener que estar absolutamente en lo cierto para hablar. En esta situación, esperar a estar en lo cierto puede ser demasiado tarde.

No es fácil lograr seguridad psicológica en los servicios asistenciales. Una estrategia recomendada es tratar de desjerarquizar la práctica médica, lograr grupos de trabajo llenos de camaradería y apoyo mutuo donde cada profesional de la salud valora el aporte al equipo del otro. Un ejemplo de la seguridad psicológica se manifiesta cuando durante una revista académica que está pasando el docente con residentes, internos y estudiantes en el servicio de hospitalización, llegan donde una paciente a la cual en ese momento le están conectando una venoclisis para transfundirle glóbulos rojos y una estudiante de medicina alerta en voz alta sobre que el hemo componente que le van a transfundir no es del mismo grupo sanguíneo de la paciente. Al verificar encuentran que efectivamente los grupos sanguíneos sí corresponden al mismo grupo. El docente agradece a la estudiante por expresar su preocupación de seguridad antes de la transfusión. En resumen, la seguridad psicológica es un elemento clave para reducir la probabilidad de que un paciente sufra daño durante la atención porque se alerta sobre el probable error antes de que suceda.

- o Liderazgo efectivo

Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas





se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.

Un ejemplo de liderazgo efectivo ocurre cuando un cirujano de muchos años de experiencia, haciendo una colecistectomía laparoscópica de una vesícula muy inflamada y emplastronada le pide a su instrumentadora quirúrgica, una señora de muchos años de experiencia también, que no lo deje cometer errores y que si lo ve disecando por donde no debe, le diga. El liderazgo efectivo requiere humildad. El líder efectivo es aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla, en el sentido de que si un colaborador cree que existe un problema, el problema es real hasta que se demuestre lo contrario.

- o Transparencia

Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Significa también que en la reunión de análisis, todos los participantes hablan con sinceridad sobre lo ocurrido. Dicho de otra manera, una organización transparente utiliza no oculta los eventos adversos, en vez de esto, los utiliza para mejorar.

- o Cultura justa

Tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores. Se refiere a que al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control.

La cultura justa se relaciona con actos involuntarios y de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos de alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.

- **Búsqueda activa de eventos adversos**

Conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente se reportan, claramente los hospitales necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad del daño e iniciar las acciones para minimizar sus consecuencias. En 2009 el Institute for HealthCare improvement publicó una herramienta para medir eventos adversos, la cual provee un método fácil para identificar efectivamente eventos de este tipo, cuantificar el daño y medir la tasa de eventos adversos sobre el tiempo. Consiste en una revisión retrospectiva de una muestra de historias clínicas de pacientes

hospitalizados en busca de pistas de posibles eventos adversos<sup>30</sup>.

Existen en el día a día de la atención hospitalaria situaciones clínicas detrás de las cuales podría estar un evento adverso. Una buena recomendación para quienes lideran un programa de seguridad del paciente es que una vez ocurra una de estas situaciones, se revise la historia clínica. Estas situaciones son:

- Reingreso al servicio por la misma causa en menos de 72 horas
- Daño a un paciente ocurrido en el hospital (caídas, quemaduras, ulcera de presión)
- Sepsis
- Paro cardio-respiratorio
- Apagar score bajo
- Reacciones adversas a medicamentos
- Traslado no planeado a la UCI
- Traslado no planeado a otra unidad de cuidado agudo del hospital
- Reingreso no planeado a cirugía
- Déficit neurológico no presente al ingreso
- Procedimientos adicionales no planeados en cirugía
- Muerte no esperada

Existen otras alternativas para monitorear la calidad y la seguridad de la atención no muy acudidas por los auditores, en las cuales se pueden identificar eventos adversos a los esperados. Ellas son: el contacto confidencial con los clínicos, los registros de auditoría, conferencias de morbi-mortalidad, el resumen de egresos, las quejas de pacientes y familiares, las rondas de seguridad, la observación discreta, las autopsias.



# 8. APROPIACIÓN

73



IR AL ÍNDICE



A continuación se presenta un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto. Este caso fue construido basándose en situaciones reales identificadas en organizaciones de nuestro país.

Lea con atención el caso, todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en él, revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso mismo, finalmente seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones corresponderían a la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto, no debe seleccionarlas.



---

## CASO 1 [\(conocer respuesta correcta Caso No.1\)](#)

---

Una IPS ha iniciado la implementación del programa de seguridad del paciente para dar cumplimiento a las exigencias de la resolución 2003 del 2014. Para esto, han designado a la jefe de hospitalización asignándole 2 mañanas a la semana para trabajar en el tema. La jefe tiene formación en seguridad del paciente mas no ha tenido la experiencia en implementación de programas de seguridad, e inicia la implementación del programa invitando a el director científico, a la dirección administrativa y a un representante del equipo de asistencia a formar parte del equipo de seguridad encabezado por ella, según lo define la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el observatorio de calidad.

Una vez reunido el equipo se disponen a diseñar la propuesta de política de seguridad para presentar a la alta dirección. La organización ya cuenta con una política de Calidad y Salud ocupacional, el grupo decide organizar otra política aparte de seguridad, y es aprobada por la alta dirección.

Una vez construida la política, el grupo decide armar un cronograma de trabajo para la implementación del programa definiendo las siguientes actividades:





- Campaña de socialización política de seguridad del paciente.
- Definición de alcance de autoridad y responsabilidad en la atención en salud de los profesionales y personal en práctica desde el manual de funciones y desde el convenio docente asistencial
- Análisis a Modo de Fallo (AMFE o AMEF) para indentificación de riesgos y definición de barreras o prácticas seguras.
- Construcción de los mecanismos de reporte, investigación y análisis de eventos adversos e incidentes.
- Programa de formación en seguridad del paciente.

1. Seleccione cuál de las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

La política de seguridad del paciente debe ser independiente y no integrarse con otras políticas de la organización ( )

La política de seguridad del paciente debe estar alineada con el direccionamiento estratégico, lo que quiere decir que debe ser una prioridad para la organización trabajar en la seguridad del paciente. ( )

La política de seguridad del paciente debe contener propósitos claros como fortalecer la adopción de prácticas seguras, fomentar el reporte, investigación y análisis de eventos adversos e incidentes y fomentar el autocuidado en los pacientes ( )

La política de seguridad debe estar integrada en una sola con otras políticas de la institución ( )

2. Basado en este paquete instruccional y según lo descrito en el caso, qué actividades se omitieron en el montaje del programa de seguridad del paciente.

a. Poner en práctica la educación en seguridad del paciente y la implementación de prácticas seguras.

b. Realizar formación de todas las metodologías, investigación y análisis a todo el personal de la clínica.

c. Implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento.

d. a y c son correctas

---

## **CASO 2** [\(conocer respuesta correcta Caso No.2\)](#)

---

Durante la implementación del programa, el equipo de seguridad se encuentra con dificultades en la adopción de la cultura de seguridad pues han formado a todo el personal, pero no se ha logrado que se aumente el reporte, que el personal realice una búsqueda activa de eventos adversos ni que exista verdadera adherencia a los protocolos.

Adicionalmente el comité no se reúne periódicamente porque el jefe de los integrantes no da el espacio de tiempo para la reunión, pues el servicio permanece lleno.

Decidieron realizar una capacitación masiva a todo el personal en donde se les reiteró la importancia de reportar y que no se trata de un sistema punitivo. Dos horas después de la capacitación la referente de seguridad se encuentra en la cafetería y escucha a dos auxiliares de enfermería comentar:

“Están locos si creen que uno va ha echar al agua al Doctor, después quién se agunta a todo el mundo señalándolo a uno de metido y chismoso”,

“Eso es una cosa más que se inventan porque no tienen nada que hacer”.

Ante esta situación la referente de seguridad, desconcertada, reúne a su equipo y le manifiesta que realmente considera que el impacto de la capacitación al menos en estas dos personas no fue positivo, que le gustaría verificar su impacto, por lo cual deciden hacer visitas a los servicios y preguntar cómo les había parecido la capacitación. Infortunadamente en todos los servicios recibieron respuestas similares, por lo tanto, decidieron cambiar la estrategia.

1. ¿Cuáles de las siguientes acciones debería realizar el equipo de seguridad?
  - a. Apoyarse en la alta dirección para generar los espacios de reunión del comité
  - b. Realizar campañas de motivación al reporte en donde se premia a quien reporte
  - c. Mostrar por diferentes medios los eventos adversos presentados, los resultados del análisis, los planes de mejoramiento y los impactos positivos en pro de la transparencia sin divulgar los involucrados.
  - d. Todas las anteriores.

2. Correlacione las siguientes estrategias con los factores de éxito que llevan a la construcción de cultura.

	ESTRATEGIA	FACTOR DE ÉXITO	No
1	Seguridad sicológica	No se ocultan los eventos adversos y, en vez de esto, los utiliza para mejorar.	<input type="checkbox"/>
2	Liderazgo Efectivo	No tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que pongan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos del alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.	<input type="checkbox"/>
3	Ser una Organización con Transparencia	Fortalecer la convicción que tiene el colaborador de un servicio en que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Hacer esto con frases, por parte de los directivos, como: Pregunte, participen, esto es construcción de todos.	<input type="checkbox"/>
4	Cultura Justa	En cada servicio, su o sus líderes fomenten un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad sicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones sobre la seguridad.	<input type="checkbox"/>



# 9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

80



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



## CASO 1 [\(regresar apropiación Caso No.1\)](#)

### Pregunta No 1

La política de seguridad del paciente debe ser independiente y no debe integrarse con otras políticas de la organización ( **F** ). La política debe ser integrada en el marco de la integración de sistemas de gestión.

La política de seguridad del paciente debe estar alineada con el direccionamiento estratégico lo que quiere decir que debe ser una prioridad para la organización trabajar en seguridad del paciente. ( **V** ). El compromiso de la dirección es un factor de éxito en la implementación de una cultura de seguridad.

La política de seguridad del paciente debe contener propósitos claros como fortalecer la adopción de prácticas seguras, fomentar el reporte, investigación y análisis de eventos adversos e incidentes y fomentar el autocuidado en los pacientes ( **V** ). Estos son algunos de los propósitos, aunque se pueden incluir propósitos adicionales.

La política de seguridad debe estar integrada en una sola con otras políticas de la institución ( **V** ). La política debe ser integrada en el marco de la integración de sistemas de gestión.

### Pregunta No 2

La opción correcta es: a y c son correctas



- a. Poner en práctica la educación en seguridad del paciente y la implementación de prácticas seguras.
- b. Realizar formación de todas las metodologías, investigación y análisis a todo el personal de la clínica. No es necesario socializar a todo el personal la metodología de investigación y análisis. Se debe socializar cómo reportar.
- c. Implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento.
- d. a y c son correctas

## CASO 2 ([regresar apropiación Caso No.2](#))

### Pregunta No 1

La respuesta correcta es :d: Todas las anteriores

Estas son estrategias que facilitan la construcción de cultura de seguridad.

- a. Apoyarse en la alta dirección para generar los espacios de reunión del comité
- b. Realizar campañas de motivación al reporte en donde se premia a quien reporte
- c. Mostrar, por diferentes medios, los eventos adversos presentados, los resultados del análisis, los planes de mejoramiento y los impactos positivos en pro de la transparencia sin divulgar a los involucrados.
- d. Todas las anteriores.



## Pregunta No 2

	ESTRATEGIA	FACTOR DE ÉXITO	No
1	Seguridad sicológica	No se ocultan los eventos adversos y, en vez de esto, los utiliza para mejorar.	3
2	Liderazgo Efectivo	No tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que pongan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos del alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.	4
3	Ser una Organización con Transparencia	Fortalecer la convicción que tiene el colaborador de un servicio en que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Hacer esto con frases, por parte de los directivos, como: Pregunte, participen, esto es construcción de todos.	1
4	Cultura Justa	En cada servicio, su o sus líderes fomenten un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad sicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones sobre la seguridad.	2



# 10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

84



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



# CLÍNICA LOS CONDES DE CHILE<sup>8</sup>

Definición de privilegio de los médicos.

8. Clínica los Condes de Chile cuenta con la certificación Joint Commission.

# CENTRO MÉDICO IMBANACO

Reporte y gestión electrónica del evento.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 5](#))

INTRODUCCIÓN

IR A  
OBJETIVO  
GENERAL

IR A  
OBJETIVOS  
ESPECÍFICOS

IR A  
GLOSARIO DE  
TÉRMINOS

IR A  
ESCENARIO  
PROBLÉMICO

IR A  
METAS DE  
APRENDIZAJE

IR A  
MARCO  
TEÓRICO

IR A  
APROPIACIÓN

IR A  
EVIDENCIAR  
RESULTADOS

IR A  
EXPERIENCIAS  
EXITOSAS

IR A  
CONCLUSIONES

IR A  
ANEXOS

IR AL ÍNDICE





# 11. CONCLUSIONES

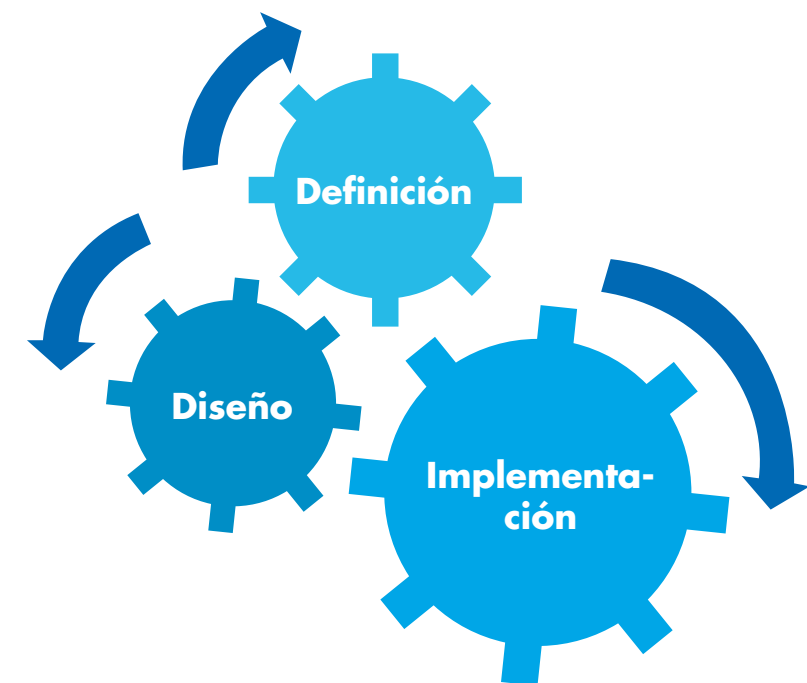
87



IR AL ÍNDICE

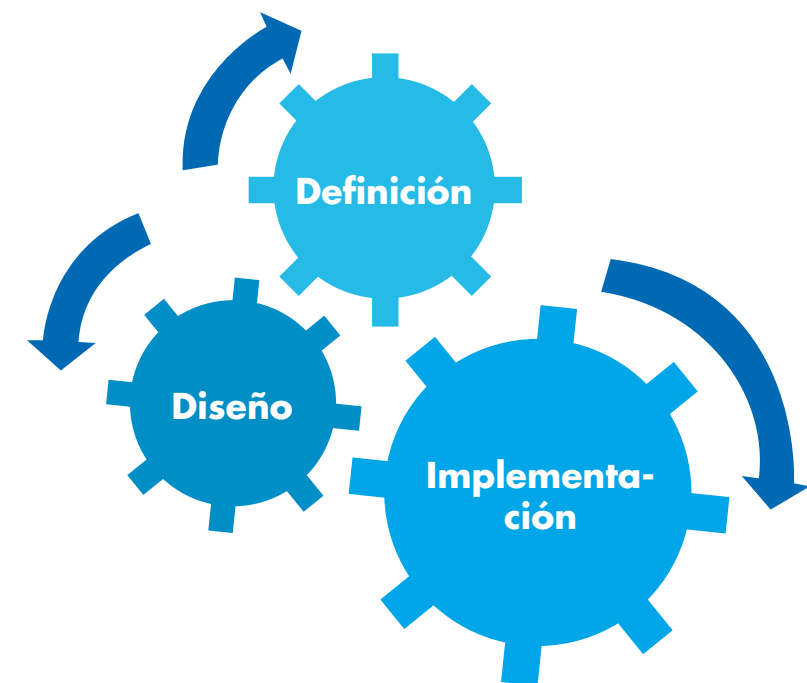


- La mortalidad materna es un indicador de gran importancia pues refleja la efectividad de los sistemas de salud en la atención al evento obstétrico desde el embarazo hasta el puerperio
- El 99% de las muertes maternas tienen lugar en las regiones menos desarrolladas y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica en el momento del parto
- La atención oportuna y especializada durante la gestación (prenatal), el parto y el puerperio es un factor crucial en la prevención de las muertes maternas y de recién nacidos, por esto las prácticas seguras enfocadas a este aspecto se consideran de alto impacto
- La mortalidad materna a nivel mundial ha disminuido aproximadamente en un 45% con respecto a 1990, sin embargo es necesario fortalecer las intervenciones institucionales para alcanzar la meta propuesta por la ONU para 2015
- El control prenatal tiene como objetivos: La identificación de factores de riesgo, diagnóstico de la edad gestacional, identificación de la condición y crecimiento fetal, identificación de la condición materna y educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.





- Se requiere realizar intervenciones para promover la maternidad sin riesgos en todos los niveles del sistema de salud. **Las investigaciones han demostrado que se puede lograr un efecto considerable si se mejora la calidad de los servicios existentes, se invierte en elevar las destrezas y capacidad de los proveedores de la atención en salud y se optimizan los sistemas de remisión de pacientes.**
- Se debe fomentar la cultura del reporte de eventos adversos. El éxito de la cultura de reporte de eventos adversos radica en que de cada 300 incidentes, 30 se convierten en eventos adverso leve o moderado y 1 puede convertirse en un evento adverso grave.
- La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redunde en un impacto final de la salud.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP *(Ir a Anexo 6)*





# 12. ANEXOS

90



IR AL ÍNDICE



## ANEXO 1 - **MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS** ([regresar al glosario de terminos](#))

### PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

## PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el escenario problémico hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un escenario problémico sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

### Ejercicio:

**Inicie con la lectura del escenario problémico planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.**

## PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea temática clínica de su interés.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o acción insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarán a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

### PASO 4. MARCO TEÓRICO (Antecedentes)

Para el abordaje de la lectura de los **paquetes instruccionales de las buenas prácticas para la seguridad del paciente** (siempre que se hable de **paquetes instruccionales hablar con el nombre completo**), en esta primera etapa del **MARCO TEÓRICO**, se busca realizar una **LLUVIA DE IDEAS** sobre los antecedentes y levantar un inventario de las opciones y posibilidades que se tienen para hacerle frente a las situaciones dilemáticas o problemáticas planteadas en el paso No 2. Registre las respuestas en la hoja de trabajo.

Para integrar saberes disciplinario con experiencias personales, se motiva al lector a formularse nuevas preguntas como: ¿Qué sabemos? ¿Qué desconocemos y necesitamos saber? ¿Cómo lo estamos haciendo y cómo lo deberíamos hacer?

## ANEXO 5 - **MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS** ([regresar a Experiencias exitosas](#))

### PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de servicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problemáticas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo? Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiarse el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entre otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.



## PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que lleven a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?

Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.



## ANEXO 7 - SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PAQUETES [\(regresar a pag. 71\)](#)

Con el interés de verificar el logro de las competencias, se realizará un ejercicio de aspectos relevantes que requieren de lectura y análisis del tema, además del planteamiento y la resolución de las preguntas que deben registrarse en la hoja de trabajo. A continuación responda las siguientes preguntas:

### **Construcción política:**

- ¿Cuál es la Política Nacional de Seguridad del Paciente?
- ¿Cómo se construye la política institucional de seguridad del paciente?

### **Programa de seguridad del paciente:**

- ¿Cómo se realiza el análisis de modo y efecto de falla? Desarrolle el ejercicio.
- Hoy ¿cómo funciona la definición de credenciales en mi institución y qué debe modificarse?
- ¿Cuenta mi institución con guías actualizadas y socializadas en todos los niveles de la organización?
- ¿Las estrategias de socialización han permitido la adopción de las mismas?
- ¿Cuáles son los mecanismos de verificación de la adopción de las guías?
- ¿Han sido estos mecanismos eficaces?
- A la luz de las recomendaciones del paquete instruccional ¿qué modificaciones debería hacerse en los mecanismos que facilitan la adopción?
- ¿Qué se ha hecho para educar, en la institución, acerca de la seguridad del paciente?
- ¿Cuál ha sido el impacto de estas estrategias?
- ¿Qué otras estrategias deberíamos implementar en nuestra organización para fortalecer la educación en seguridad que permita la adopción?

## REFERENCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System . Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press; 2000.
2. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. A complexity science primer. In Edge Ware, . Insights from science for healthcare leaders. VHA, 2001, Pages 3-20
3. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá, diciembre 2007
4. Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, Geneva, Octubre 2004 Kaiser Family Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information. Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation, July 5, 2004
5. <http://psqh.com/september-october-2009-ahrq>. Clancy C. Patient Safety: One Decade after To Err Is Human. PSQH, Junio 2009. Accedido en noviembre 12, 2014
6. Aranaz JM, Aibar C. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America Towards safer hospital care. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>. Accedido en noviembre 12, 2014

7. [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix\\_conferencia/25sep/Resultados%20Estudio%20AMBEAS%20-%20Peru.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/25sep/Resultados%20Estudio%20AMBEAS%20-%20Peru.pdf). Accedido en Noviembre 11 de 2014
8. Weissman JS et al: Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Ann Int Med* 2008;149(2), 100-108
9. Mira et al. Calidad de la información que proporciona el paciente quirúrgico sobre eventos adversos *Rev Calid Asist.* 2012, 27 (3) 175-180
10. Weingard S et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from Patient-Report Incidents. *J Gen Intern Med* 2005; 20(9), 830-6
11. Ashish KJ. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013;22:809-815
12. República de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 2003, agosto 2014
13. Treadwell JR, Lucas S. Preoperative Checklists and Anesthesia Checklists. In *Making HealthCare Safer II, An Updated Critical analysis of the evidence for patient safety practices.* 2013. Chapter 13, Pages 122-139
14. Deverik et al, Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospital, *Infect Cont and Hospit Epidemiol*, 2014(35), S66-88
15. <http://eguideline.guidelinecentral.com/issue/53995>, Accedido en Agosto 16, 2014

16. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355: 2725–2732.
17. Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, et al. Reality check for checklists. *Lancet* 2009;374:444–445.
18. C:\Users\16670594\Documents\lit.SM\FAVORITOS\Patient safety in the OR.mht, Accedido en noviembre 15, 2104
19. Failure Mode and Effect Analysis. FMEA from Theory to Execution” D.H. Stamatis ASQC Quality Press. Milwaukee, Wisconsin. 1995
20. Institute of Medicine. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing Medication Errors, Washington, DC: The National Academies Press 2006
21. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de diciembre de 2005
22. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.
23. Shohania KG, The frustrating case of incident reporting system. *Qual Safe Health Care*, 2008; 17, 400

24. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, et al. Assessing the Evidence for Context-Sensitive Effectiveness and Safety of Patient Safety Practices: Developing Criteria. Contract Final Report. AHRQ Publication No. 11-0006-EF, December 2010. Prepared under Contract No. HHS-290-2009-10001C. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [www.ahrq.gov/qual/context-sensitive/](http://www.ahrq.gov/qual/context-sensitive/)
25. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, et al. Advancing the science of patient safety. *Ann Intern Med* 2011; 154:693–696.
26. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting system. *BMJ* 2000; 320:759-63
27. Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, et al. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2010; 170:18–26.
28. National Quality Forum. Safe practices for better health care: a consensus report. Washington, DC: National Quality Forum; 2003.
29. Classen DC, Resar R, Griffi n F, et al. ‘Global Trigger Tool’ shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)* 2011;30: 581–589.





# Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

1

2



Habilitación

Auditoría

Acreditación

Sistema de  
Información para  
la Calidad





***Lineamientos para la  
implementación de la  
Política de Seguridad  
del Paciente***

## **Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente**

Autor

Ministerio de la Protección Social

Diseño e Impresión

Buenos y Creativos

PBX:2101859

Carrera 26 No. 63A - 32 Piso 3

Bogotá D.C., Noviembre de 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se mantenga la integridad del texto y se cite la fuente.

Interventor: Maritza Roa

Dirección General de Calidad y Servicios

Ministerio de la Protección Social

Esta edición ha sido posible gracias a los recursos del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio de Salud.



**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

Ministro de la Protección Social

**CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO**

Viceministro técnico

**CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**

Viceministro de Salud y Bienestar

**KATERINE BERMUDEZ ALARCON**

Viceministra de Relaciones Laborales (E)

**ROSA MARÍA LABORDE CALDERÓN**

Secretaria General

**MARCELA GIRALDO SUÁREZ**

Directora General de Calidad de Servicios



# Contenido

## LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>II. LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA.....</b>	<b>11</b>
<b>III. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....</b>	<b>13</b>
<b>IV. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES BÁSICAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</b>	<b>15</b>
<b>V. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>19</b>
El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso .....	19
Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos .....	20
Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso....	22
<b>VI. ACCIONES INSTITUCIONALES QUE PROPENDEN POR ESTABLECER LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....</b>	<b>23</b>
Política Institucional de Seguridad del Paciente.....	23
Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos .....	24
Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos .....	24
Metodologías para el análisis de los eventos adversos .....	25
Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente.....	25
Protocolos para el Manejo del Paciente .....	26
<b>VII.ACCIONES INTER-INSTITUCIONALES QUE PROPENDEN POR ESTABLECER LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</b>	<b>27</b>
Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios .....	27

Los entes externos de vigilancia y control.....	28
El Reporte Extraintitucional .....	28
<b>VIII. EL MANEJO DEL ENTORNO LEGAL.....</b>	<b>31</b>
<b>IX.LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</b>	<b>33</b>
<b>ESTRATEGIA 1: ESTRATEGIA EDUCATIVA .....</b>	<b>33</b>
<b>ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES.....</b>	<b>33</b>
<b>ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES .....</b>	<b>34</b>
<b>ESTRATEGIA 4: ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>ESTRATEGIA 5: ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SOGC .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO 1: CONTENIDOS RECOMENDADOS EN LA FORMACIÓN DE MULTIPLICADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO 2: CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ATENCIÓN EN SALUD INSEGURA QUE PUEDEN CAUSAR EVENTOS ADVERSOS .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO 3: ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</b>	<b>43</b>

# ***I. Introducción***

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de transplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la ciencia y el arte médico.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en



salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

## ***II. Los principios orientadores de la política***

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

1. ***Enfoque de atención centrado en el usuario.*** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. ***Cultura de Seguridad.*** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
3. ***Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. ***Multicausalidad.*** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

5. **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

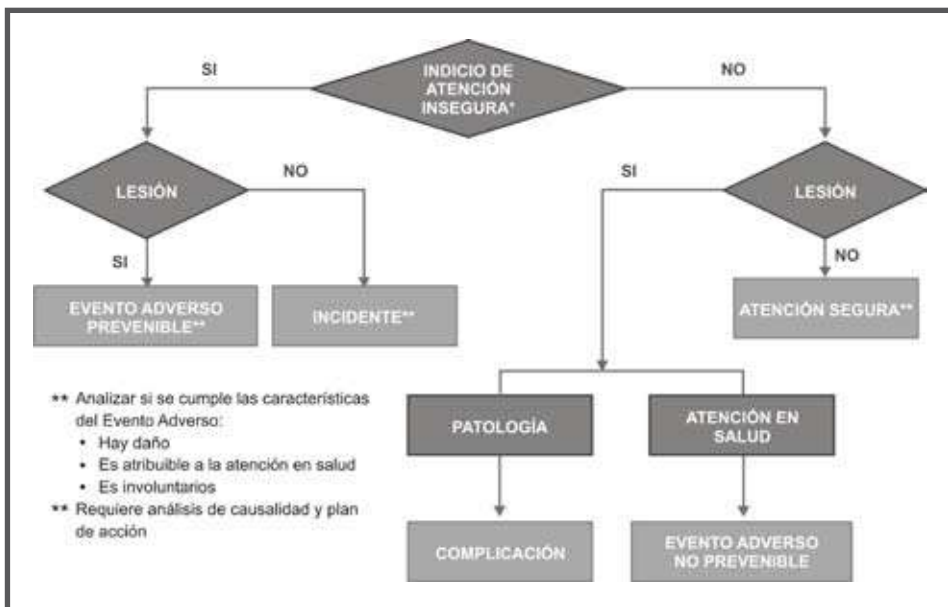
### ***III. Objetivos de la política de seguridad del paciente***

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema



# ***IV. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente***

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.



## **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

## **ATENCIÓN EN SALUD:**

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

## **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

## **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

## **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

## **EVENTO ADVERSO**

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**  
Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**  
Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.



## ***INCIDENTE***

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.

## ***COMPLICACIÓN***

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

## ***VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD***

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

## ***BARRERA DE SEGURIDAD***

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

## ***SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO***

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

## ***ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO***

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal



# V. Caracterización del problema

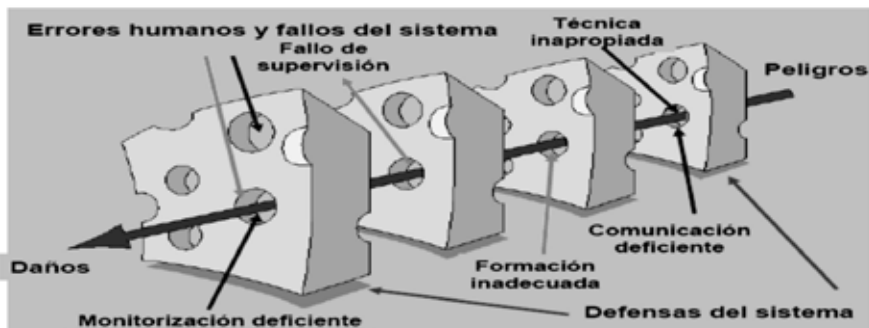
## *El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso*

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

El siguiente gráfico ilustra este modelo.

### **MODELO EXPLICATIVO**



Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

### ***Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos***

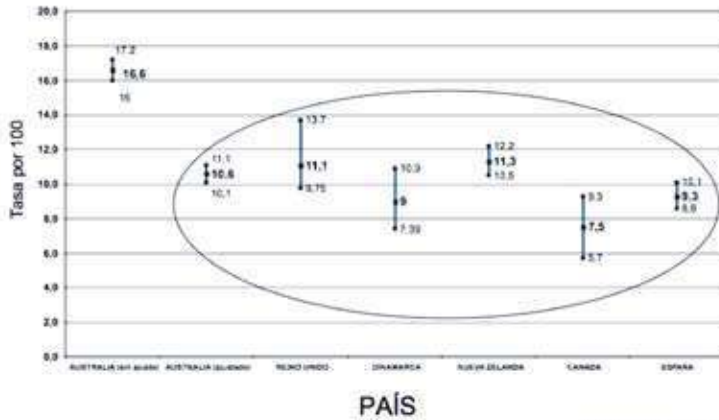
La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública.

Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio australiano) como nos lo muestra el siguiente gráfico:

## ESTUDIOS INTERNACIONALES DE INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS



Adaptado de Aranz JM y Albar

En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras instituciones. No obstante en el caso de la prevalencia aun hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto iberoamericano IBEAS.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

1. Infección nosocomial
2. Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos
3. Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
4. Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Igualmente deben considerarse con particular atención los procesos orientados a crear barreras de seguridad y procedimientos seguros en la atención del binomio madre-hijo.

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada

### ***Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso***

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

## ***VI. Acciones institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente***

Una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, y mediante la implementación de herramientas prácticas. A continuación se hace un breve recuento de algunos de las herramientas prácticas comunes a los principales programas de seguridad del paciente en el mundo:

### ***Política Institucional de Seguridad del Paciente***

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente



Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas.

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

### ***Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos***

Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.

### ***Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos***

La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado.

Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extrainstitucionales.

Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “Trigger Tool” por sus denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos

### ***Metodologías para el análisis de los eventos adversos***

Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.

Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Metodologías para este propósito son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros (AMFE).

### ***Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente***

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.

2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

### ***Protocolos para el Manejo del Paciente***

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales, extractamos las siguientes recomendaciones:

1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
3. Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado hacia:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuando.
2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA

## ***VII. Acciones inter-institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente***

La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura.

### ***Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios***

En el caso de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio es claro que a su interior deben tener en cuenta la política de seguridad del paciente en el diseño de sus propios procesos. En esta medida el sistema de administración de riesgos de que trata la resolución 1740 de 2008 se constituye en una valiosa herramienta para la institucionalización de la política, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores.

Igualmente, en su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que antes que favorecer el mejoramiento, puedan incentivar el ocultamiento como:

- Las glosas indiscriminadas de situaciones calificadas unilateralmente como evento adverso sin un previo análisis con el prestador, o análisis de la recurrencia o de la existencia de programas efectivos de seguridad del paciente.

- Establecer procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de los eventos adversos, por parte del prestador

### ***Los entes externos de vigilancia y control***

Los organismos de vigilancia y control son las instancias a quienes corresponde realizar el seguimiento a las situaciones de carácter particular que sean de su conocimiento, algunas de las cuales pueden estar relacionadas con incidentes o eventos adversos:

- Es importante entender que dado el modelo explicativo de la ocurrencia de la atención insegura, a esta pueden contribuir múltiples factores, solamente algunos de los cuales son atribuibles a un individuo específico, y por lo tanto, en la ejecución de sus procesos debe tenerse en cuenta este tema, evitando el señalamiento prematuro de culpables sin una sólida base probatoria resultante de una evaluación de la situación específica.
- Debe tomarse en consideración igualmente, la ejecución de las acciones correctivas y preventivas adoptadas por la institución o el individuo frente a los mismos hechos.

### ***El Reporte Extrainstitucional***

En la búsqueda para mejorar la seguridad de los pacientes, las experiencias nacionales más avanzadas han propuesto la creación de un sistema de reporte extrainstitucional del evento adverso y su manejo para que de las fallas de unos sirvan a todos los actores del sistema como aprendizaje cuando los mismos errores ocurren repetidas veces en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables.

El Sistema de Reporte extrainstitucional es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores. Para el sistema de seguridad institucional, esto puede constituir una oportunidad, al aportar para la generación de acciones extrainstitucionales que potencien los esfuerzos intrainstitucionales.

El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los

procesos, que si no se detienen en un informe individual sino que se proyectan a todo un sistema, se logrará estandarizar, comunicar, analizar, mejorar y en la respuesta se diseminarán las lecciones aprendidas de eventos informados.

El sistema de reporte extrainstitucional podrá generar acciones a través de la concertación de los diferentes actores: Comité de Calidad y Seguridad, o del establecimiento de normas: Unidad Sectorial de Normalización en Salud, o generar alertas normativas: Ministerio del Protección Social – Organismos de Vigilancia y Control del Sistema.





## ***VIII. El manejo del entorno legal***

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

1. El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales
2. Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.
3. Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica

# ***IX. Los elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente***

La política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios. Esta se operativizará a través de la acción coordinada de líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias; tal como lo muestra la siguiente ilustración:

## ***ESTRATEGIA 1: ESTRATEGIA EDUCATIVA***

- ***Línea de Acción 1:*** Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente
- ***Línea de Acción 2:*** Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo
- ***Línea de Acción 3:*** Promoción en la Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente
- ***Línea de acción 4:*** acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad

## ***ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES***

- ***Línea de Acción 1:*** Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores
- ***Línea de Acción 2:*** Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)
- ***Línea de Acción 3:*** Promoción del reporte extrainstitucional

### ***ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES***

- ***Línea de Acción 1:*** Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud
- ***Línea de acción 2:*** Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente
- ***Línea de acción 3:*** Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Atención en Salud
- ***Línea de Acción 4:*** Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente

### ***ESTRATEGIA 4: ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN***

- Línea de acción 1: Plan de medios
- Línea de Acción 1: Promoción de experiencias exitosas
- Línea de Acción 2: Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente

### ***ESTRATEGIA 5: ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SOGC***

# ***Anexo 1: contenidos recomendados en la formación de multiplicadores en seguridad del paciente***

## ***Módulo I: CONCEPTOS BÁSICOS***

- Política de Seguridad del Paciente del SOGC
  - o Planteamiento General
    - Introducción
    - Principios orientadores
    - Objetivos
    - El Manejo del entorno legal
  - o Vídeo Testimonios de Pacientes
  
- Modelo de Gestión de la Seguridad del Paciente
  - o Terminología
  - o Modelo Explicativo de la ocurrencia del evento adverso
  - o Medición y tipificación en Colombia y el mundo
  - o Acciones y barreras de Seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso
  - o Taller: Elaboración de la política institucional de seguridad del paciente

## ***Módulo II: HERRAMIENTAS DE USO EN PROCESOS REQUERIDOS PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE***

- Acciones institucionales e inter-institucionales que propenden por establecer la política de seguridad del paciente o Elementos comunes a los modelos de gestión de la seguridad del paciente

- Herramientas para la detección del evento adverso
  - o Instrumentos de Tamizaje (Cribado)
  - o Metodologías de Trigger-tool
  - o Instrumento de Reporte

***Módulo III: HERRAMIENTAS ÚTILES PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA O PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS***

- Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente
- El estudio IBEAS – Colombia
  - o Antecedentes de los estudios de medición de eventos
  - o Prueba de concordancia
  - o Instrumento de tamizaje (cribado)
  - o Instrumento MRF2
  - o Análisis y enseñanzas de la experiencia IBEAS
  - o Metodología IBEAS en aseguradores
- Taller: Concordancia en la identificación y clasificación del evento adverso

***Módulo IV: HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS CAUSAL PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE***

- Protocolo de Londres
- Taller: Análisis Proactivo de Riesgos: Modo de Falla (AMFE)
  - Otras alternativas para el Análisis Causal

***Módulo V: OTRAS HERRAMIENTAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE***

- Rondas de Seguridad, Reuniones Breves, Análisis de caídas, reingresos, etc.
- Experiencias institucionales
- Presentación del programa de seguridad del paciente a directivos y clínicos

## ***Anexo 2: clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos***

***Adaptación para uso en Colombia, de la clasificación propuesta en la “International Classification for Patient Safety”, 1.0 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S.***

### ***Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud***

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

### ***Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales***

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado/ Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada/ cara / sitio

### ***Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos***

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
- Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta



***Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud***

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Canulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinaria Dren / Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

***Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales***

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación Incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

***Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados***

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecto
- Contraindicado
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicación o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco Efectos adversos

***Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos***

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia Incorrecta
- Almacenamiento Incorrecto

***Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales***

- Paciente equivocado
- Gas / vapor Incorrecto
- Flujo y Concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Fallas de Administración
- Contaminación

***Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos***

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la Tarea
- Sucio / No esteril
- Fallas / Mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado/ eliminado
- Error de uso

***Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente***

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso
- Problema con el uso de sustancias / Abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios

- Errático / fuga
- Autolesionante / suicida

***Tipo 11: Caídas de pacientes***

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

***Tipo 12: Accidentes de pacientes***

- Mecanismo (Fuerza) contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión
- Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza

***Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico***

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

***Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional***

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación

***Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología***

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados



## **Anexo 3: encuesta de clima de seguridad del paciente**

Catagorias	Pregunta en la encuesta	Respuestas
Características demográficas de los encuestados	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución? (primera pregunta)	Hoja de datos demográficos
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? (H1)	
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área? (H2)	
	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución? (H3)	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad (4 ítems)	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes (B1)	<b>Escala de calificación:</b> "Muy en desacuerdo/ en desacuerdo" o "Nunca/ rara vez" (Puntajes 162)
	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (B2)	
	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (B3)	
	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez (B4)	
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo (3 ítems)	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (A6)	"Ni en acuerdo ni en desacuerdo" o "Algunas veces" (Puntaje 3)
	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos (A9)	
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad (A13)	
trabajo en equipo dentro de las áreas (4 ítems)	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan (A11)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	En esta área, la gente se apoya mutuamente (A1)	
	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (A3)	
	En esta área, el personal se trata con respeto (A4)	
Actitud de comunicación abierta ( 3 ítems)	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente (C2)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (C4)	
	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto (C6)	
Retroalimentación y comunicación sobre el error (3 ítems)	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos (C1)	"De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 465)
	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área (C3)	
	En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer (C5)	

Respuesta no punitiva al error (3 ítems)	El personal siente que sus errores son usados en su contra (A8)	<p><b>Escala de calificación:</b></p> <p>“Muy en desacuerdo/ en desacuerdo” o “Nunca/ rara vez” (Puntajes 1 ó 2)</p> <p>“Ni en acuerdo ni en desacuerdo” o “Algunas veces” (Puntaje 3)</p> <p>“De acuerdo/ Muy de acuerdo” o “La mayoría de veces/ siempre” (Puntajes 4 ó 5)</p>
	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema (A12)	
	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (A16)	
Personal (4 ítems)	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo (A2)	
	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente (A5)	
	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente (A7)	
	Frecuentemente, trabajamos en “situación de urgencia” intentando hacer mucho rápidamente (A14)	
Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente (3 ítems)	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (F1)	
	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (F8)	
	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso (F9)	
Trabajo en equipo entre las áreas del hospital (4 ítems)	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí (F2)	
	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente (F4)	
	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución (F6)	
	Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes (F10)	
Transiciones y no intervenciones del hospital (4 ítems)	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra (F3)	
	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno (F5)	
	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución (F7)	
	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes (F11)	
Percepciones generales de la seguridad (4 ítems)	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios (A10)	<p><b>Escala de calificación:</b></p> <p>“Muy en desacuerdo/ en desacuerdo” o “Nunca/ rara vez” (Puntajes 1 ó 2)</p> <p>“Ni en acuerdo ni en desacuerdo” o “Algunas veces” (Puntaje 3)</p> <p>“De acuerdo/ Muy de acuerdo” o “La mayoría de veces/ siempre” (Puntajes 4 ó 5)</p>
	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo (A15)	
	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área (A17)	
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir (A18)	
Frecuencia de reporte de eventos (3 ítems)	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (D1)	
	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado? (D2)	
	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado? (D3)	



Número de eventos reportados (1 ítem)	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado? (G8)	Hoja No de eventos reportados / Grado de seguridad
Grado de seguridad del paciente (1 ítem)	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente (E1)	

Sección H	¿Cuál es su cargo en esta institución? (H4)	Hoja datos demográficos
	¿Qué tipo de contrato tiene? (H5)	
	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? (H6)	
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión? (H7)	

Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria



# Guía para las Respuestas

## DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES (1)

### ÁREAS O UNIDADES DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES

Unidad o área de trabajo en el hospital de los participantes en la (primera pregunta)

a	Urgencias
b	Hospitalización
c	Consulta Externa
d	Sala de Partos
e	Programa P y P
f	Esterilización
g	Laboratorio
h	Farmacia y suministros
i	Vacunación
j	Transporte de Paciente
k	Otros

### Tiempo trabajado en el hospital (años) (H1)

Tiempo trabajado en el hospital (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 10 y mas	%	
No. De respuestas									
%									

### Tiempo trabajado en la unidad o área (años) (H2)

Tiempo trabajado en la unidad o área (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	
No. De respuestas									
%									

Tiempo trabajado en el hospital (horas/ semana) (H3)													
Tiempo trabajado en la unidad o área (años)	a		b		c		d		e		f		Total de preguntas respondidas
	Menos de 20 horas	%	De 20 a 39 horas	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	De 80 a 99 horas	%	De 100 horas o más	%	
No. De respuestas													
%													

CARGOS DEL PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA ENCUESTA (H4)	
Cargo	
a	Enfermera profesional
b	Enfermera auxiliar
c	Médico de planta
d	Químico Farmacéutico
e	Auxiliar (Odontología, farmacia, Laboratorio)
f	Bacteriólogo(a)
g	Nutricionista
h	Camillero - Conductor
i	Auxiliar Administrativo
j	Servicios Generales
k	Personal de Dirección y Gerencia
l	Personal de Mantenimiento
m	Otro

Tipo de contrato (H5)							
Tipo de contrato	a		b		c		Total de preguntas respondidas
	Planta de Cargos	%	Cooperativa	%	Prestación de Servicios	%	
No. De respuestas							
%							

Interacción directa con el paciente (H6)					
	Interacción directa (sí)	%	No interacción directa (no)	%	Total de preguntas respondidas
Interacción directa con el paciente					
%					

Tiempo trabajado en su actual profesión (años) (H7)									
Tiempo trabajado su profesion (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	
No. De respuestas									
%									

		a	b	c	d	e	f	
CATEGORIA	PREGUNTAS	Ningún reporte	De 1 a 2 reportes	De 3 a 5 reportes	De 6 a 10 reportes	De 11 a 20 reportes	21 reportes o más	Número de preguntas respondidas
<b>Número de eventos reportados (1 ítem)</b>	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ fallas que ha diligenciado y enviado? (G8)							

		a	b	c	d	e	
CATEGORIA	PREGUNTAS	Exce-lente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo	Total de preguntas respondidas
<b>Grado de seguridad del paciente (1 ítem)</b>	Por favor, asígnele a su área/ unidad de trabajo un grado en general de seguridad del paciente (E1)						









Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**

República de Colombia

Carrera 13 No. 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia

Teléfono: 330 5000 Ext.: 1800

Línea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 330 5000 Exts.: 3380 - 3381

Resto del país: 01 8000 910097

Página web.: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

## Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas

Grupo Gestión para la Promoción y la Prevención  
**Dirección de Promoción y Prevención**  
Grupo de Fomento de la Participación social  
**Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres**

**Participación social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud opública de intervenciones colectivas**

Enero de 2019

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 - 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia.

Fotografía de la portada:

Área metropolitana del Valle de Aburrá.

<https://www.flickr.com/photos/amva/>

# Sobre el documento

Este documento tiene como objetivo orientar a los actores del sistema de salud y en especial a las direcciones territoriales de salud en la identificación de elementos conceptuales y de gestión relacionados con la participación social, en el marco de la Política de Participación Social en salud (Resolución 2063/ 2017), la gestión de Salud Pública, el Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas-PIC y la Ruta Integral de promoción y mantenimiento de la salud; explicitando aquellas acciones que se pueden ejecutar complementariamente para la realización del derecho a la participación vinculado con el derecho a la salud e identificando las fuentes y los recursos existentes que permiten la financiación del proceso de Participación Social conforme las competencias definidas para las Entidades Territoriales frente al tema.

Estas orientaciones están dirigidas a Gobernadores, Alcaldes, Directores Territoriales de Salud, coordinadores de Salud Pública, referentes de participación social, gestores territoriales y otras autoridades territoriales y comunidad en general; presentan información sobre el marco político, técnico y normativo para el desarrollo de la participación social en salud y reconociendo las fuentes de recursos existentes para financiar las acciones de los territorios en esta materia.

## Tabla de contenido

### **Participación social**

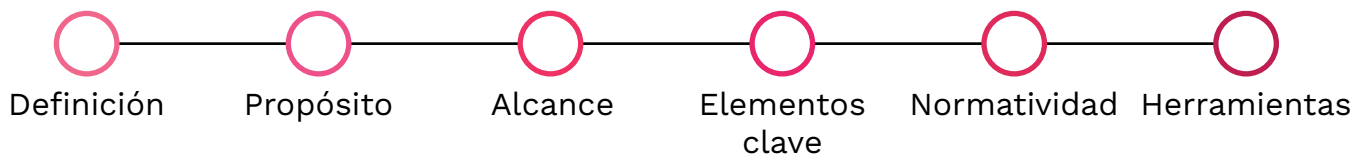
1. Como proceso de la Gestión de la Salud Pública
2. Como intervención poblacional en la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la salud
3. La participación social en las intervenciones colectivas

### **Financiamiento de la Participación Social en Salud en las Entidades Territoriales**

1. De las Intervenciones Colectivas
2. Financiamiento de los procesos de Gestión de la Salud Pública en las Entidades Territoriales

# Participación social

## 1. Como proceso de la Gestión de la Salud Pública



### Definición

Proceso de gestión de la salud pública que pretende lograr que la ciudadanía, familias y comunidades se organicen e incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos de la Política de Atención Integral en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública y a la gobernanza en salud.

y estrategias de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad; participen en la adecuación institucional para que los resultados de la participación social sean vinculantes; trabajen conjuntamente con el Gobierno en la afectación positiva de los determinantes de la salud y concluye con la implementación de procesos de planeación participativa, presupuestación participativa y participación en la ejecución de iniciativas o proyectos de salud o prácticas de control social de la gestión pública.

### Propósito

Lograr que la ciudadanía, familias y comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan la salud y la calidad de vida, aportando a la consecución de la Política de Atención Integral en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública, a la solución de las tensiones territoriales identificadas y al mejoramiento de la capacidad de gobernanza en salud.

### Elementos clave

1. Reconocer e implementar los principios de la Política de Participación Social en Salud como orientaciones ético-políticas y operativas para todos los actores e instancias que desarrollan proceso de participación social en salud.
2. Fortalecer la capacidad institucional para garantizar el derecho a la participación social en salud.
3. Fortalecer y empoderar la capacidad ciudadana y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga, incida y decida en la formulación de políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.
4. Impulsar la participación social para fortalecer y difundir la cultura de la salud y el autocuidado y el derecho a la salud de los ciudadanos.
5. Promover el control social sobre los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema como elemento básico de garantía del derecho a la salud.

### Alcance

**Inicia** con el reconocimiento de la situación de salud de la población y las tensiones de cada territorio y su caracterización; y el fortalecimiento institucional para garantizar la participación; **continúa** con el acompañamiento técnico y la garantía de condiciones a los ciudadanos y organizaciones sociales para que incidan y decidan en la gestión de políticas, programas, proyectos

6. Promover la gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión, lo que implica diseñar y desarrollar las metodologías de planificación y presupuestario participativa con énfasis en la garantía de la participación de la población en: la identificación, priorización, presupuestación, atenciones en salud y la solución de los problemas de salud de su entorno.
7. Acompañar técnicamente a los ciudadanos, las organizaciones, las instituciones prestadoras de servicios de salud y el talento humano sectorial e intersectorial para promover la participación social en salud
8. Adoptar estrategias y mecanismos de comunicación para proveer información pertinente sobre el Sistema de Salud a la ciudadanía.
9. Adoptar estrategias de educación – formación tanto a los trabajadores de la salud como a la ciudadanía y sus organizaciones para la apropiación del derecho a la salud y el papel del derecho a la participación en su realización.
10. Adoptar una estrategia de gestión que permita coordinar y articular esfuerzos y construir sentidos compartidos sobre la necesidad de garantizar el derecho a la participación como parte integral del derecho a la salud.

Algunos espacios institucionales de participación son:

- a) Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud- CTSSS.** Asesora a las direcciones de salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas territoriales de seguridad social en salud.
- b) Comité de Participación Comunitaria (CO-PACO); Asociación de usuarios en salud y comités de ética hospitalaria.** (Fundamentados en los Artículos 49 y 103 de la C.P. y en los Decretos 1757 de 1994 y 1616 de 1995). **Objetivo: planeación y gestión en servicios de salud, velar por el cumplimiento del derecho a la salud.**
- c) Consejos departamentales y municipales de alimentación y nutrición.** (Fundamentados en los Artículos 43, 44, 64, 65 y 66 de la C.P. y en el CONPES 113 de 2007; Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional PNSAN 2012-2019; y en el Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de

una paz estable y duradera – Hacia un nuevo campo colombiano: reforma rural integral).

**Objetivo: si bien algunas entidades territoriales cuentan con consejos específicos en la materia, el acuerdo final plantea: “el establecimiento de consejos departamentales y municipales de alimentación y nutrición con representación del Gobierno y amplia representación de la sociedad y las comunidades – hombres y mujeres, con el fin de proponer y participar en la definición de los lineamientos para el diseño y puesta en marcha de las políticas alimentarias y nutricionales a través de los planes departamentales y locales, movilizar recursos de la región, monitorear el riesgo y hacer seguimiento al cumplimiento de metas”** Página 28-29

**d) Veedurías departamentales, municipales, distritales y locales.** (Fundamentados en el Artículo 270 de la C.P. y en el Art. 41, Parágrafo 3º, Art. 42, Parágrafo 1o., Art. 43 y Art. 66 de la Ley 80 de 1993; en el Art. 100 de la Ley 134 de 1994; Art. 21 de la Ley 199 de 1995; en los Art. 32, Art. 33, Art. 34, Art. 35 de la Ley 489 de 1998; la Ley 563 de 2000; la Ley 720 de 2001; la Ley 850 de 2003 y Artículos 67 al 72 de la Ley estatutaria 1757 de 2015.

**Objetivo: vigilar la gestión pública en los diversos niveles administrativos y sus resultados.**

**e) Comités de desarrollo y control social de servicios públicos domiciliarios.** (Fundamentados en el Artículo 367 de la C.P.; en la Ley 142 de 1994 y en la Ley estatutaria 1757 de 2015 Título V).

**Objetivo: proponer planes y programas para el mejoramiento de la prestación de los servicios públicos domiciliarios y presentar quejas y reclamos de los usuarios.**

**f) Consejos departamentales, municipales, distritales y locales de juventud.** (Fundamentados en el Artículo 45 y la Ley estatutaria 1622 de 2013) Objeto: Forma de concertación y acción colectiva de las y los jóvenes en un territorio, que desarrollan acciones temáticas de articulación y trabajo colectivo con otros actores, dichos espacios deberán ser convocantes, amplios y diversos y podrán incluir jóvenes no organizados de acuerdo con sus dinámicas propias.

**g) Consejos de discapacidad organismo**



**consultor, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del Sistema y de la Política Pública Nacional de Discapacidad.** (Ley 1145 de 2007).

**h) Covecom.** El decreto 3518 de 2006 del Ministerio de protección social, reglamenta el sistema de Vigilancia en Salud Pública y, con el artículo 37 crea los Comités de vigilancia comunitaria (COVECOM). Como mecanismo de participación social a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores sociales intervienen en el abordaje de problemáticas y procesos que afectan sus vidas

**i) Comité territorial de Salud Ambiental (COTSA)** son concebidos como espacios técnicos relevantes para la toma de decisiones, la gestión y la concertación intersectorial en el abordaje de los determinantes sociales y ambientales que afectan la calidad de vida y salud de la población, así como para la implementación de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA). Su creación fue fomentada con la expedición del documento CONPES 3550 de 2008 y reafirmada mediante el Decreto 2972 de 2010 el cual crea y reglamenta la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (CONASA).

## Normatividad

**a) Constitución política Nacional de 1991**

**b) Ley 134 de 1994.** Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana

**c) Ley 715 de 2001.** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias (para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros).

**d) Ley 850 de 2003.** Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas.

**e) Ley 1438 de 2011.** Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**f) Ley 1757 de 2015.** Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.

**g) Ley 1751.** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

**h) Decreto 1757 de 1994.** Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.

**i) Decreto 859 de 2014.** Por la cual se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública

**j) Resolución 13437 de 1991.** Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

**k) Resolución 1536 de 2015.** Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

**l) Resolución 518 de 2015.** Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC.

**m) Resolución 3280 de 2018.** Por la cual se implementan las RIAS

**n) Resolución 388 de 2013.** Por la cual se adopta el Protocolo de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado con lo establecido en los artículos 194 de la ley 1448, 285 del Decreto 4800 de 2011 y demás normas concordantes.

**o) Acuerdo 25 de 1996.** Por el cual se establece el régimen de organización y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

**p) Resolución 2063 de 2017.** Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud - PPSS.

## Herramientas

a) Lineamiento de Participación de niñas, niños y adolescentes en la atención y la gestión del sector salud y protección social. Grupo Curso de Vida. DPP. 2014

b) Guía metodológica para los encuentros



participativos de concertación de prioridades entre actores institucionales y comunitarios sobre la situación de los derechos a la salud alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes y de identificación de alternativas de respuesta para la atención integral en salud a infancia y adolescencia. Grupo Curso de Vida, DPP. 2014.

c) Guía metodológica para desarrollar el (los) encuentro(s) participativo(s) de reconocimiento de situación de los derechos de niñas, niños, adolescentes, con énfasis en los derechos a salud, alimentación y nutrición, e identificación de prioridades. Grupo curso de vida. DPP. 2014

d) Guía metodológica para desarrollar encuentros participativos con familia y comunidad. Grupo Curso de vida. DPP. 2014

e) Orientaciones y recomendaciones para la Atención Integral en Salud, con pertinencia cultural, a niñas y niños de grupos étnicos. Grupo curso de vida. DPP. 2014

f) Modelo de veeduría social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Guía conceptual y metodológica. Grupo DSR. DPP. 2014

g) Abriendo Caminos. Veedurías sociales juveniles a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. MSPS DPP-UNFPA. 2014

h) Estrategia educativa PPSS / Resolución 2063 de 2017: Módulo 1: derecho a la salud y derecho a la participación social; Módulo 2: herramientas para el fortalecimiento de la participación social en salud; Módulo 3: control social.

i) Lineamiento para el desarrollo de acciones educativas para la participación social en salud en el marco de la PPSS – Resolución 2063 de 2017.

## **PRODUCTOS ESPERADOS A NIVEL DEPARTAMENTAL/DISTRITAL, MUNICIPIOS CATEGORIA E, 1, 2 Y 3**

- 1.** Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS) conformados con representación y participación activa de los usuarios del Sistema de Salud.
- 2.** Políticas institucionales, procedimientos, mecanismos o estrategias definidos e implementados en la Dirección Territorial de Salud para la participación social.
- 3.** Políticas, planes, programas y proyectos de salud formulados con procesos incidentes de participación social, comunitaria y ciudadana; incluye los procesos de consulta previa pertinentes y la formulación de presupuestos participativos.
- 4.** Acciones para desarrollar capacidades en los ciudadanos, instituciones, organizaciones sociales, instituciones prestadoras de servicios de salud y talento humano sectorial para la garantía del derecho a la participación social en salud.
- 5.** Mecanismos para la provisión de información y acceso libre a la documentación pública para el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, establecidos y operando.
- 6.** Evaluación de Políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios de salud con participación social. Identificación y cuantificación de proceso de evaluación de planes, programas y proyectos.
- 7.** Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) organizado, con el seguimiento, control y evaluación de los actores del Sistema de Salud.
- 8.** Comités de Participación comunitaria en salud (COPACO) establecidos, operando y ejerciendo las funciones asignadas por la norma vigente.

9. Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) de todos los municipios con seguimiento y evaluación.
10. Servicios de Información y Atención al Usuario funcionando en todas las EPS e IPS conforme lo establece la Circular Única de la Superintendencia Nacional de salud.
11. Experiencias significativas de participación en salud, acompañadas técnicamente y documentadas o sistematizadas.
12. Instancias y mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, tales como las veedurías, implementadas y operando en el territorio.
13. Rendición de Cuentas ejecutada conforme a los lineamientos establecidos en el Manual único de Rendición de cuentas.

### PRODUCTOS ESPERADOS EN MUNICIPIOS CATEGORIA 4,5 y 6

1. Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) conformado con representación y participación activa de los usuarios del Sistema de Salud.
2. Políticas institucionales, procedimientos, mecanismos o estrategias definidos e implementados en la Dirección Territorial de Salud para la participación social.
3. Políticas, planes, programas y proyectos de salud formulados con procesos incidentes de participación social, comunitaria y ciudadana; incluye los procesos de consulta previa pertinentes y la formulación de presupuestos participativos.
4. Acciones para desarrollar capacidades en los ciudadanos, instituciones, organizaciones sociales, instituciones prestadoras de servicios de salud y talento humano sectorial para la garantía del derecho a la participación social en salud en el marco de sus competencias.

5. Mecanismos para la provisión de información y acceso libre a la documentación pública para el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, establecidos y operando.
6. Evaluación de Políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios de salud con participación social.
7. Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) organizado, con el seguimiento, control y evaluación de los actores del Sistema de Salud.
8. Comités de Participación comunitaria en salud (COPACO) establecidos, operando y ejerciendo las funciones asignadas por la norma vigente.
9. Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) del municipio con seguimiento y evaluación.
10. Instancias y mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, tales como las veedurías, implementadas y operando en el territorio.
11. Rendición de Cuentas ejecutada conforme a los lineamientos establecidos en el Manual único de Rendición de cuentas.

### INDICADORES DE PRODUCTOS

- ✓ Número de decisiones tomadas por el CTSSS que evidencien acciones de mejoramiento para el cumplimiento del derecho a la salud.
- ✓ Número de programas, proyectos o políticas que evidencian la incorporación de la participación como estrategia básica en la toma de decisiones de la ciudadanía.
- ✓ Porcentaje de programas, proyectos o avances en implementación de políticas que evidencien que cuentan con partici-

pación de la ciudadanía y recoge sus propuestas y voces.

- ✔ Identificación del número de procesos y acciones que se implementan de las estrategias educativas como formación de formadores en salud pública, comunicativa como acceso a tics y su uso; y de gestión: articulación y coordinación de programas, planes y agendas para la realización del derecho a la participación social en salud.
- ✔ Visibilización de instrumentos, mecanismos, espacios para el acceso a información y su análisis que permita la garantía del derecho a la salud.
- ✔ Evidencia de la metodología de evaluación implementada donde se explicita la participación de la ciudadanía: sus posturas, y la incorporación de las mismas en planes o procesos de mejora.
- ✔ Evidencias de la participación de la ciudadanía en la evaluación de la gestión de información y respuestas a las necesidades de la ciudadanía.

Evidencias del ejercicio de incidencia y de las decisiones que toma el COPACO en los procesos de planeación en salud para la realización del derecho a la salud.

# Participación social

## 2. Como intervención poblacional en la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la salud

**Una de las tres líneas de acción que orientan las intervenciones poblacionales es la Participación Social** en Salud, la cual es un derecho y una práctica social que incide sobre la posibilidad de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud, en el entendido de que todos los actores sociales de una comunidad deben hacer parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que los afecta.

En este sentido, la participación permite: a) que la gestión de las políticas públicas tenga legitimidad y esté encaminada a lograr políticas saludables; b) el fortalecimiento del control social sobre la gestión de las políticas públicas; c) la promoción de la salud encaminada hacia la transformación de los entornos y el fortalecimiento de la autonomía de las personas, familias y comunidades; d) la incidencia y decisión sobre la planeación y presupuesto de las políticas públicas.<sup>1</sup>

La participación social se considera transversal a todo el ciclo de gestión de las políticas públicas y es básico para el desarrollo de todo tipo de intervenciones de la RPMS. Lo anterior implica el empoderamiento de la ciudadanía y de las organizaciones sociales en salud para incidir sobre las políticas que afectan su salud y calidad de vida, así como la promoción de la cultura de la salud en los territorios y la promoción del control social sobre las acciones sectoriales.

Este proceso se puede desarrollar a través de: a) los mecanismos y espacios de participación social en salud normados; b) los espacios e instancias de participación liderados o promovidos por otros sectores, o de liderazgo intersectorial, que tengan incidencia sobre la salud; c) las organizaciones comunitarias de base u otras formas de organización social propias del territorio que corresponden a proceso ciudadanos.

---

<sup>1</sup> Basado en la política pública de participación social en salud. Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se destaca como un mecanismo estratégico de la participación, la movilización social, en donde concurren actores ciudadanos e institucionales (gubernamentales y no gubernamentales) a partir de lo cual diversos sectores sociales analizan e intervienen en los asuntos de la política pública con criterio de defensa y promoción de los derechos humanos (y, especialmente, del derecho a la salud). Este mecanismo implica el encuentro, la deliberación pública, la concertación y la organización como escenario y herramienta para la participación social y la construcción de espacios de intercambio y producción de propuestas que le aporten al desarrollo de acciones de exigibilidad política, social y jurídica de los derechos, para que los temas de la agenda social (y sectorial) se conviertan en asuntos de agenda institucional (gubernamental).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Basado en: El proceso de incidencia en políticas públicas. Fundación SES, 2004. [www.fundses.org.ar/archi/.../conceptual\\_inciden\\_politi\\_public.pdf](http://www.fundses.org.ar/archi/.../conceptual_inciden_politi_public.pdf); Celiberti, L. Los sentidos de la democracia y la participación: participación y democracia: actores, prácticas y discursos. [www.rede-mulher.org.br/cursojm/Lilian%20Celiberti.pdf](http://www.rede-mulher.org.br/cursojm/Lilian%20Celiberti.pdf). Marulanda, D. Las Asambleas Ciudadanas. Una modalidad de alianza entre actores sociales para la superación de la pobreza y la convivencia pacífica. BM. 2003. [www.fundacioncorona.org.co/bajarDocDos.php?tl=1&per=195](http://www.fundacioncorona.org.co/bajarDocDos.php?tl=1&per=195). Exigibilidad de los DESC desde las políticas públicas. [ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/utiles/capacidaDESC/cap3.pdf](http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/utiles/capacidaDESC/cap3.pdf); Larrain, S. Participación ciudadana y salud. UNICEF.

# Participación social

## 3. La participación social en las Intervenciones Colectivas

Las intervenciones colectivas se definen como: “un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio”<sup>3</sup>.

Su planeación se reflejará en el Plan de Acción en Salud – PAS<sup>4</sup>, puesto que las mismas hacen parte integral del Plan Territorial de Salud- PTS; se realizan de manera complementaria a las intervenciones poblacionales e individuales, por lo cual deben ser coordinadas con los demás agentes del sistema de salud.

Las intervenciones Colectivas se deben ejecutar de manera integrada e integral en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas.

El entorno comunitario se constituye en el principal escenario para adelantar el proceso de participación social y se puede desarrollar a través de:

- a) los mecanismos y espacios de participación social en salud normados
- b) los espacios e instancias de participación liderados o promovidos por otros sectores, o de liderazgo intersectorial, que tengan incidencia sobre la salud
- c) las organizaciones comunitarias de base u otras formas de organización social propias del territorio.

En este sentido, y con el objetivo de potenciar los procesos de participación social en el entorno comunitario, se hará necesario:

- Identificar las organizaciones sociales y comunitarias, los tipos de organización, sus temas de interés,
- El desarrollo de proyectos e iniciativas sociales y comunitarias, entendidas como aquellos ejercicios que desarrollan las comunidades de manera autónoma para beneficio de la comunidad en general, que pueden orientarse, por ejemplo, a la recuperación del espacio público, o protección, cuidado, aprovechamiento responsable y la preservación de los ecosistemas naturales.
- Identificar las redes sociales activas,
- Identificar los mecanismos de participación de los cuales hacen uso las comunidades y las instancias de participación en las que son actores clave.

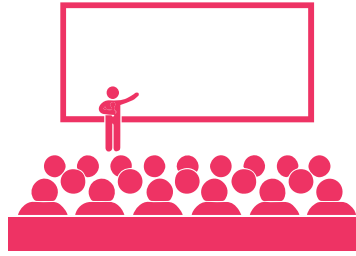
El entorno comunitario es el espacio en donde se fortalece la educación, la comunicación y la información y se articulan intervenciones que favorecen la construcción de alternativas que benefician lo colectivo.

Las siguientes Intervenciones colectivas se identifican como elementos constitutivos del proceso de participación Social en Salud, por tal razón estas intervenciones deberán ser ejecutadas en el marco de lo dispuesto en las Resoluciones 518 de 2015, 3280 de 2018 y 2063 de 2017.

---

3 Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 518 de 2015.

4 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015... “el cual está orientado a conectar en cada anualidad la programación de las intervenciones y actividades vinculadas a las estrategias, metas del plan operativo anual de inversiones en salud con los respectivos recursos, fuentes de financiación y responsables, y con los resultados esperados en el componente estratégico y de inversión plurianual”.

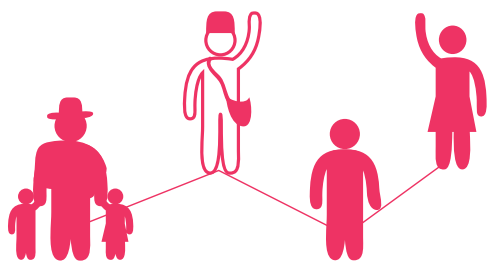


# Información en salud

Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud.

Incluye:

- Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud.
- Fortalecer las estrategias de información y comunicación incluido el acceso a medios, boletines, periódicos que posibilite espacios a las organizaciones para impulsar y visibilizar sus procesos participativos.
- Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud.
- Definir los mecanismos de consulta y de transferencia de la información requerida para garantizar la participación de la comunidad, en las definiciones de política integral de salud, en las prioridades en salud, así como en inclusiones y exclusiones.
- Diseñar una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria
- Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos.



## Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales

Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan:

- Coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos;
- Sumar esfuerzos o crear sinergias;
- Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada.
- Resignificar espacios públicos para su apropiación, que posibiliten el encuentro y el uso por parte de los ciudadanos, de forma segura.
- Desarrollar acciones comunitarias que redunden en el mejoramiento de las condiciones ambientales y en la disminución de riesgos que afecten la salud.
- Gestionar recursos para la financiación de iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en salud.
- Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades

Incluye:

- La organización comunitaria que permita la comprensión de sus realidades y a partir de esto, generar objetivos comunes y procesos de transformación que mejoren su calidad de vida.
- Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales.
- El desarrollo de intervenciones con

y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida.

- Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.
- Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes.
- Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno educativo y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
- Conformar y/o consolidar mecanismos de espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención.
- Impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud en temas relacionados con la gestión pública.



# Financiamiento de la Participación Social en Salud en las Entidades Territoriales

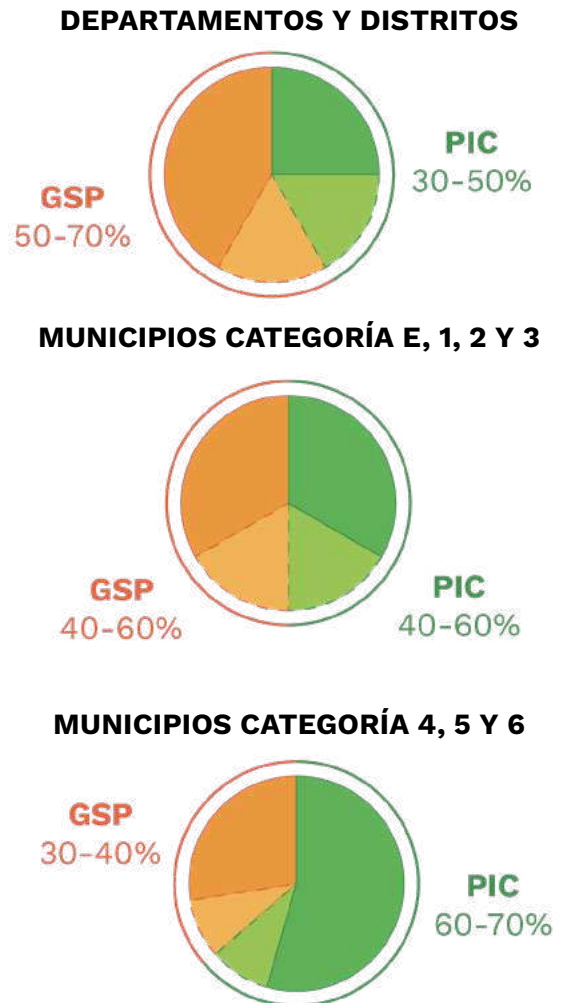
De conformidad con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, en el cual se indica que los recursos del Sistema General de Participaciones en lo que se refiere a los recursos para la Salud se destinarán a financiar entre otros, las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de Salud, se expidió la Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la Resolución 518 de 2015 - Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC-.

La Resolución 518 de 2015 buscó delimitar la actuación de las Entidades Territoriales en el marco de sus competencias, y diferenciar la gestión de la política pública en salud (Gestión de la Salud Pública) del componente operativo a cargo de dichas Entidades (correspondiente al Plan de beneficios denominado: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC).

Las directrices contenidas en la Resolución 518 de 2015, buscan fortalecer y canalizar los esfuerzos de las entidades territoriales para que adquieran mayor capacidad de liderazgo, gobernanza y gestión de la salud en sus territorios (razón por la cual se busca que la Gestión de la Salud Pública se asuma desde la Dirección Territorial de Salud en el marco de sus competencias), y, que las intervenciones colectivas complementen con mayor efectividad las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo incluidas en otros planes de beneficios diferentes al PIC para lograr eficiencia en el uso de los recursos públicos (en consecuencia, estas acciones se ejecutarán prioritariamente con la ESE).

En este sentido, se define que los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones se distribuyan en la

proporción establecida en el artículo 20 de la Resolución 518 de 2015, entre Gestión de Salud Pública y el PIC, así:



Fuente: Grupo de Gestión. Dirección de Promoción y Prevención

Ahora bien, la utilización o inversión de estos recursos en los procesos de Gestión de la Salud Pública, se deberá circunscribir a aquellas acciones que se enmarquen en las competencias de salud pública definidas para la Entidad en la normatividad vigente, desarrolladas a través de proyectos de inversión de la respectiva Entidad Territorial y conforme a las normas presupuestales y contractuales vigentes.

# Financiamiento de la Participación Social en Salud en las Entidades Territoriales

## 1. De las Intervenciones Colectivas

Tal como lo establece la Resolución 518 de 2015 en el artículo 20, el plan de Salud Pública de intervenciones colectivas se financia, a nivel territorial, con recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva; en esta cuenta confluyen las diferentes fuentes de financiación para estas acciones: Recursos propios, Rentas cedidas, regalías, Ingresos por venta de servicios del laboratorio de salud Pública, transferencias nacionales y Recursos del Sistema General de Participaciones –SGP componente Salud Pública. La fuente principal de recursos para las acciones del PIC son los provenientes del SGP-Salud Pública.

Identificadas las intervenciones colectivas de Información, Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales como elementos constitutivos del proceso de participación social, ellas podrán ser financiadas con recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva destinados al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

# Financiamiento de la Participación Social en Salud en las Entidades Territoriales

## 2. Financiamiento de los procesos de Gestión de la Salud Pública en las Entidades Territoriales

Siendo la participación social uno de los procesos de la gestión de la Salud Pública definido en la Resolución 518 de 2015 y una línea de acción de intervención poblacional de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, su desarrollo podrá financiarse con los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, conforme lo siguiente:

### 2.1 Gastos de funcionamiento relacionados con los procesos de Gestión de la Salud Pública.

Las Entidades Territoriales cuentan con fuentes para financiar sus gastos de funcionamiento, como los ingresos corrientes de libre destinación y las rentas cedidas, de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 617 de 2000 y el artículo 60 de la Ley 715 de 2001 que señala que los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios deberán financiarse con sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas para tal fin, al menos 20% de este monto podrá financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y Salud Pública.

De igual forma, el parágrafo 4 del artículo 42 de la Ley 643 de 2001 adicionado por el artículo 59 de la Ley 715 de 2001 establece que en los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, podrán del 80% de las rentas obtenidas por la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar diferentes del lotto, la lotería preimpresa y la instantánea destinados para atender la oferta y la demanda en la prestación de los servicios de salud, destinar hasta el 40% de dichos recursos, para cubrir también, los gastos de funcionamiento de las secretarías o direcciones seccionales de salud, mientras

éstas mantengan la doble característica de ser administradoras y prestadoras de servicios de salud en su jurisdicción.

De otro lado, los Municipios de 4, 5 y 6 pueden asignar hasta un 42% de los recursos del Sistema General de Participaciones del componente Propósito General para financiar gastos de funcionamiento en virtud del artículo 78 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 21 de la Ley 1176 de 2007.

Ahora bien, de acuerdo al artículo 60 de la Ley 715 de 2001 los recursos del Sistema General de Participaciones no pueden financiar gastos de funcionamiento, en consecuencia, los gastos de personal, los gastos generales y otras transferencias<sup>5</sup> deben financiarse de forma exclusiva con recursos propios de libre destinación.

### 2.2 Financiamiento de Talento Humano que desarrolla procesos de Gestión de la Salud Pública.

El talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo de coordinación o dirección en el área de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, y el talento humano operativo que desarrolla actividades en el área de salud pública vinculado mediante nómina a la Entidad Territorial no se puede financiar con los recursos del componente de Salud Pública de la participación de Salud del Sistema General de Participaciones.

Los recursos del componente de Salud Pública de la participación de Salud del Sistema General

---

<sup>5</sup> Aspectos generales del proceso presupuestal colombiano. Página 240. Señala "Otras Transferencias (Código 3169). Recursos asignados a financiar actividades consideradas gastos de funcionamiento como: Sentencias y Conciliaciones, Fondo de Compensación Interministerial y los desincentivos de Otras Transferencias Corrientes.

de Participaciones no podrán ser destinados al financiamiento de gastos de personal asociados a nómina, es decir, al pago de asignaciones básicas o factores prestacionales o salariales.

El talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo de coordinación o dirección en el área de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, y el talento humano operativo que desarrolla actividades en el área de salud pública vinculado mediante nomina deberá financiarse con recursos propios de libre destinación, recursos de libre destinación de la participación de propósito general del Sistema General de Participaciones de la respectiva entidad territorial o el 25% de rentas cedidas.<sup>6</sup>

De otro lado, el talento humano que desarrolla funciones de carácter operativo en el área de salud pública, vinculado mediante un contrato de prestación de servicios, podrá financiarse con recursos propios de libre destinación, recursos de libre destinación de la participación de propósito general del Sistema General de Participaciones de la respectiva entidad territorial, el 25% de rentas cedidas o con recursos de la Subcuenta de Salud Pública o con los recursos del componente de Salud Pública de la participación de Salud del Sistema General de Participaciones.

Es importante señalar, que el talento humano vinculado mediante un contrato de prestación de servicios para el desarrollo de actividades operativas en el área de salud pública debe estar asociado directamente a proyectos de inversión definidos en el marco del Plan Financiero Territorial en Salud, aprobado previamente en el Plan Operativo Anual de Inversiones – POAI e inscrito en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión en desarrollo del Plan de Inversiones del Plan de Desarrollo para el periodo de gobierno, por lo cual su vinculación no es permanente y por tanto está limitado en el tiempo, de conformidad con el del Decreto 111 de 1996 y el Decreto 1082 de 2015.

---

<sup>6</sup> Sin perjuicio, de lo señalado en el parágrafo 4 del artículo 42 de la Ley 643 de 2001 adicionado por el artículo 59 de la Ley 715 de 2001.



**El futuro  
es de todos**

**Gobierno  
de Colombia**

**PLAN NACIONAL PARA LA  
PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA  
PREVENCIÓN, Y LA ATENCIÓN DEL  
CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS  
2014 – 2021**

Edición 2017



**MINSALUD**



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. SITUACIÓN .....	5
2. FACTORES QUE INCIDEN EN EL CRECIMIENTO DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PAÍS .....	8
3. BALANCE DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA DIRIGIDAS A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO .....	10
4. EL ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS .....	15
5. CONSTRUCCIÓN DEL PLAN .....	19
6. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN NACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS .....	20
6.1 METAS DEL PLAN .....	20
6.2 COMPETENCIAS SECTORIALES PERTINENTES AL PLAN .....	20
6.3 OBJETIVO DEL PLAN .....	31
6.4 LÍNEAS Y COMPONENTES DEL PLAN .....	31
COMPONENTES DEL PLAN .....	32
6.4.1 Fortalecimiento institucional .....	32
6.4.2 Promoción de la convivencia social y la salud mental .....	34
6.4.3 Prevención del consumo de sustancias psicoactivas .....	37
6.4.4 Tratamiento .....	40
6.4.5 Reducción de daños.....	41
REFERENCIAS .....	45



## INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, es un esfuerzo nacional por incorporar el enfoque de salud pública en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de drogas y sus impactos en la población colombiana.

Este Plan se origina del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho y ha sido concertado con los Ministerios de Educación, Trabajo y Relaciones Exteriores; la Policía Nacional; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; la Fiscalía General de la Nación; el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses; Fondo Nacional de Estupefacientes y Autoridad Nacional de Televisión. El proceso fue acompañado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito.

Se plantea como definición de salud pública la utilizada en la Ley 1122 de 2007 *la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad*<sup>1</sup>.

Con respecto al consumo de drogas, el enfoque de salud pública es una concreción del enfoque de derechos en términos de la garantía de un ciclo de servicios que van desde la promoción de la salud, hasta el tratamiento especializado.

El logro de la salud pública es el desarrollo social y económico de las naciones. El sector de la salud funciona como un vínculo entre los campos en los que avanza el conocimiento acerca de cómo se gesta la salud de las personas, por lo anterior, como se indica más adelante, la salud pública es un asunto de todas de las políticas.

---

<sup>1</sup>Artículo 32. Ley 1122 de 2007.

En este documento, se presenta la situación de Colombia reconocida internacionalmente por la producción y tráfico de drogas, como un país que requiere fortalecer sus acciones para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir del cumplimiento de sus responsabilidades en el campo de la salud pública, así como del reconocimiento de lo que se ha logrado y de lo que hace falta, con base en una visión estratégica fundamentada en los datos con los que hoy se cuenta.

## 1. SITUACIÓN

Según la serie de estudios disponibles en Colombia desde 1992<sup>2</sup>, el consumo de sustancias psicoactivas está creciendo tanto en el número de consumidores, como en la diversidad de drogas disponibles. Los primeros estudios comparables realizados en 1992 y 1996 en población general, mostraban que el crecimiento del consumo de sustancias se debió especialmente al incremento del evento entre mujeres, al aumento del uso entre adolescentes y al mayor consumo de marihuana (Rodríguez, 1996).

Las encuestas posteriores a 1996 siguieron mostrando la tendencia al incremento del consumo de sustancias psicoactivas ilegales<sup>3</sup>. Diversos analistas coinciden en señalar que el consumo de sustancias ilegales crece en todos los segmentos poblacionales (Camacho, Gaviria, & Rodríguez, 2011). Mientras en 1996 se registró en población general un 6,5% de uso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y 1,6% en el último año (Rodríguez, 1996); en 2008 los mismos indicadores ascendieron a 9,1% y 2,7% respectivamente (Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009) y en 2013 a 13% y 3,6% (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, & Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

Con respecto a las sustancias legales, el alcohol y el cigarrillo que son las de mayor uso y las de más impacto en la salud en Colombia, el país ocupa el primer lugar en Latinoamérica con respecto a la exposición alguna vez en la vida al alcohol con un 86% en la población general (según datos del Observatorio Interamericano de Drogas, 2011). Los estudios nacionales indican que el consumo de alcohol registra una tendencia a la estabilización, la cual es más acentuada en el caso del consumo de cigarrillos (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

---

<sup>2</sup> El Consejo Nacional de Estupefacientes, mediante resolución 0002 del 6 de marzo de 2012, estableció como estudios prioritarios las encuestas nacionales en población general (de 12 a 65 años); en estudiantes de secundaria y en población universitaria.

<sup>3</sup> La serie de estudios disponibles es la siguiente: en población general 1992, 1996, 2008 y 2013; en estudiantes de secundaria 2001, 2004 y 2011; y en población universitaria, 2001, 2009 y 2012.

El estudio más reciente en la población general (2013), mostró una disminución en el consumo de tabaco, una estabilización del consumo de alcohol y un aumento en el consumo de sustancias ilegales. Mientras que con respecto al consumo de cigarrillos se logró un aumento en la edad de inicio, la tendencia en cuanto a las sustancias ilegales es al descenso (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

Como se dijo antes, también se observa en el país un aumento en la diversidad de sustancias consumidas, esto implica que todavía están presentes en el mercado nacional las sustancias consumidas hace décadas, como la marihuana y el LSD, y que otras han llegado y crecido entre segmentos de consumidores (Scoppetta, 2010).

Los datos procedentes del sistema basado en centros y servicios de tratamiento<sup>4</sup> muestran un crecimiento de nuevas sustancias como la metanfetamina y el 2CB, entre otras. Adicionalmente, desde hace unas cuantas décadas se registra en Colombia el crecimiento del uso de heroína. Lo que inició siendo un conjunto de reportes aislados (Castaño, 2002), se constata hoy como un fenómeno en expansión en diferentes ciudades del país (Ministerio de la Protección Social, 2010). Otro caso ilustrativo de la diversificación del mercado de las drogas, es el rápido crecimiento del uso del cloruro de metileno (conocido como Dick) entre la población escolar en Colombia, hasta el punto de convertirse en la cuarta sustancia psicoactiva más utilizada en ese segmento, después del alcohol, el cigarrillo y la marihuana (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

Uno de los aspectos más importantes en el estudio del consumo de sustancias psicoactivas, refiere a los efectos negativos de este comportamiento, que repercuten en eventos que afectan la salud pública y la seguridad. En Colombia, datos obtenidos del Estudio Nacional de Consumo de 2013, muestran que aproximadamente 2,6 millones de personas tendrían un patrón de consumo de alcohol de riesgo o perjudicial; es decir, 35% de los consumidores de alcohol; 11,1% de la población entre 12 y 65 años. Igualmente, se estimó que el 55% de los consumidores de sustancias ilícitas en el último año, lo que equivaldría a casi 500.000 personas, estarían en condición de abuso o dependencia (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

---

<sup>4</sup> Al corte de julio de 2014 recoge información de 105 centros y servicios distribuidos en 15 regiones del país donde hay este tipo de atención.

El análisis de los datos del Estudio Nacional en Población General en 2013, muestra que entre las personas que no han consumido sustancias psicoactivas, un 3,5% reporta incidentes que han afectado su actividad laboral, mientras este porcentaje asciende al 67% entre quienes han consumido psicoactivos en el trabajo y a 7,5% entre quienes han consumido psicoactivos en el último año.

Adicionalmente, de los datos del estudio en población escolar se obtiene que hay consistentemente una mayor tendencia entre los usuarios de sustancias ilegales, a situaciones de riesgo, en comparación con estudiantes que no consumieron drogas en el último año, como se ilustra en la siguiente tabla.

**Tabla 1.** Situaciones de riesgo entre estudiantes que han o no han consumido sustancias psicoactivas ilegales en el último año (porcentajes)<sup>5</sup>

Situación de riesgo	Consumo de alguna sustancia ilegal en el último año	
	No	Sí
Emborracharse	23,4	67,8
Participar en alguna discusión fuerte o pelea	23,6	53,5
Tener algún problema con la policía	7,5	30,9
Tener problemas familiares	34,0	55,8
Ir en un automóvil o en una moto conducido por alguien que iba con tragos	11,9	29,6
Tener mal rendimiento en alguna evaluación o proyecto importante	58,4	75,1
Causarse heridas o lesiones a si mismo	10,6	24,7
Perder la memoria	6,1	20,1
Pensar seriamente en suicidarse	11,8	25,1
Conducir un automóvil o motocicleta después de beber	5,5	17,2

<sup>5</sup>Cálculos a partir de la base de datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar en Colombia, 2011.

Por otra parte, una investigación entre adolescentes sancionados por infractores a la ley penal, mostró que el 71,5% de las violaciones a la ley tuvieron alguna asociación con las drogas (uso o venta), y que el 49,1% de estos hechos se cometieron bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva (Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

## **2. FACTORES QUE INCIDEN EN EL CRECIMIENTO DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PAÍS**

Aunque la experimentación y el uso consuetudinario de drogas dependen de un conjunto variado de factores que requieren de investigación compleja, distintos estudios hechos en el país ofrecen algunos indicios sobre tales factores.

Es necesario tener presente que detrás del consumo de sustancias psicoactivas hay una industria y un mercado, legal e ilegal. En ambos casos se observan estrategias de expansión del mercado que consisten en mecanismos de diversificación de la oferta y mercadeo. Como se expuso antes, en el caso de las sustancias ilegales, el mercado ofrece una gran diversidad de productos dirigidos a diferentes segmentos poblacionales.

La introducción de nuevas sustancias y la promoción de nuevos consumos, se hace evidente en hechos como la entrega de muestras gratis para el usuario y su grupo social inmediato por parte de distribuidores minoristas; esto acompañado por la creación de nombres llamativos (“H” para el caso de la heroína), pueden constituir evidencia de un ingente proceso de comercialización basada en tácticas de mercadeo de las sustancias (Ministerio de la Protección Social, 2010).

En 2013, según los datos del sistema basado en centros y servicios de tratamiento (SUICAD), se reportó el uso de 36 sustancias diferentes, incluyendo algunas nuevas en el país como el 2CB y las metanfetaminas. Es importante anotar que se sabe que los proveedores de drogas aprovechan los nombres de las sustancias para vender una molécula distinta, que a veces ni siquiera existente en el país, o para probar un nuevo compuesto con el propósito de reducir costos de producción, como lo revela el Sistema de Alertas Tempranas del Observatorio de Drogas de Colombia.

Por otra parte, el análisis de los datos de los estudios nacionales, muestra que el consumo de sustancias psicoactivas varía según la percepción de facilidad de consecución de drogas, de manera que entre más fácil sea comprar la sustancia, mayor es el consumo. Esto es particularmente cierto en el caso de alcohol  $-R^2 = 0,79-$  y la marihuana  $-R^2 = 0,89-$  (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

En lo que concierne al alcohol, la legislación colombiana establece que la venta está prohibida para personas menores de 18 años. Sin embargo, un estudio hecho en 9 ciudades del país entre estudiantes de secundaria mostró que el 70% de ellos había sido enviado por un adulto a comprar bebidas alcohólicas, y el 50% informó que nunca se habían negado a venderle. Así mismo, el 32,1% reportó que ese tipo de bebidas no era de su agrado. Estos datos son evidencia de permisividad social y gusto por el alcohol entre adolescentes colombianos (Pérez & Scoppetta, 2008).

Otro factor que puede incidir en el aumento del consumo de sustancias psicoactivas, es el inicio temprano de la práctica. Siguiendo la misma línea de estudios internacionales, el análisis de los datos de la encuesta nacional en población general de 2008, mostró diferencias significativas en las proporciones de personas con consumo de riesgo y problemático del alcohol, dependiendo de la edad en que iniciaron su consumo de esa sustancia. En particular, se encontró que aquellos que iniciaron antes de los 15 años tenían un riesgo cuatro veces mayor que quienes iniciaron después de los 20 años el consumo de alcohol. Adicionalmente, la proporción de consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas fue 14 veces mayor entre quienes usaron tempranamente alcohol (antes de los 15 años) en comparación con quienes lo hicieron a partir de los 21 años (Pérez, Scoppetta, & Flórez, 2011).

Dentro de las explicaciones psicosociales exploradas a mayor escala en el país, está la relación entre el involucramiento parental y el consumo de sustancias psicoactivas. La encuesta de 2011 entre estudiantes de secundaria mostró que hay menor consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes cuyos padres se muestran más activos en cuanto a saber el lugar donde el adolescente se encuentra; si se fijan en los programas de televisión que el adolescente ve; si están atentos con respecto a lo que se hace en el colegio; si controlan la hora de llegada a casa durante el fin de semana; si preguntan para dónde va cuando sale los fines de semana; si se sientan a comer juntos y si se muestran



interesados en conocer a sus amigos más cercanos. Se encontró una notoria relación inversa entre el involucramiento parental y el consumo de cigarrillos, alcohol y el consumo de alguna sustancia ilícita (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

Según se expuso, el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia podría estar aumentando por la gestión que hacen quienes comercian con las sustancias psicoactivas, así como por el uso temprano de drogas y las debilidades en el proceso de crianza y acompañamiento a los adolescentes. Cabría preguntarse si las acciones de prevención en el marco de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, tienen algún efecto en la disminución del consumo.

No hay evaluaciones acerca de los resultados de la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, del estudio nacional en adolescentes de 2011 se extrae que un 70% de los estudiantes de secundaria han recibido algún tipo de información o formación sobre las drogas. Este porcentaje varía consistentemente con el grado escolar, de manera que el 50% de los estudiantes de grado sexto informan haber recibido tal información/formación y al llegar al grado once, incrementa hasta el 86%. No obstante lo anterior, quienes afirman que participaron en una actividad de información o formación una sola vez, es del 26%, y se mantiene cerca de este porcentaje en todos los grados.

### **3. BALANCE DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA DIRIGIDAS A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO**

En 1998 por Resolución 2358 del Ministerio de Salud, se adopta la Política Nacional de Salud Mental, la cual incluye como una de sus estrategias la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas y un anexo denominado *reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas*. En el año 2007, el Ministerio de Protección Social presentó una nueva Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto. La Política estableció cuatro ejes: el de prevención del consumo, con el cual se intenta disminuir el número de personas que consumen; el de mitigación, con el cual se busca reducir riesgos y daños; y el eje de superación, dentro del cual se inscribe lo propio

del tratamiento a los problemas ocasionados por el consumo. Finalmente, hay un eje dirigido al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional<sup>6</sup>.

Para hacer operativa la Política, se diseñó en el año 2008 el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010, como un intento por conducir la acción interinstitucional hacia tres frentes (1) el consumo en sí mismo<sup>7</sup>; (2) la del consumo activo y problemático; (3) la de la superación de la dependencia a partir del tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social definitiva y sostenible; y (4) el desarrollo de capacidad técnica, institucional, de articulación y financiera.

A su vez el plan mencionado priorizaba las siguientes poblaciones:

1. Población escolarizada de 5 - 18 años.
2. Población no escolarizada de 7 - 26 años.
3. Población universitaria 19 - 26 años.
4. Agrupaciones juveniles: barras, tribus urbanas, pandillas.
5. Organizaciones juveniles.
6. Niños, niñas y adolescentes trabajadores autorizados de 15 a 18 años y no autorizados de 7 a 18 años.
7. Trabajadores informales.
8. Adolescentes en conflicto con la ley y en medida de protección.
9. Población en condición de desplazamiento.
10. Población privada de la libertad.

No se conoce una evaluación formal del Plan 2009-2010. En todo caso, se sabe que buena parte de las acciones allí incluidas no fueron ejecutadas por diferentes motivos. Adicionalmente, es importante señalar dos asuntos: por una parte, la gran cantidad de subgrupos poblacionales priorizados y por otra parte, el corto plazo del Plan mismo para lograr una cobertura directa de 12 millones de colombianos.

Posteriormente, la Comisión Nacional de la Demanda de Drogas acordó en diciembre de 2010 un nuevo plan para el periodo 2011-2014; sin embargo, dicho plan no fue terminado ni puesto en marcha formalmente.

---

<sup>6</sup> No se adoptó por Resolución u otro acto oficial.

<sup>7</sup> En esta redacción el plan no es claro porque se dice que el no consumo “y la alta vulnerabilidad al mismo es una de las manifestaciones del problema a intervenir”.

El Ministerio de Justicia y del Derecho en su balance acerca de las acciones en reducción de la demanda de drogas en Colombia, muestra datos de cobertura en los distintos ejes de la Política para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, así (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014):

**Tabla 2.** Principales programas para la prevención desarrollados en Colombia durante 2012 y 2013

Eje de prevención /programas	Sujetos
Programa DARE, Bus de la Prevención y Ciudadela de la Prevención (Policía Nacional)	1.111.658
Programa Escuelas Saludables	39.020
Programa Habilidades para la Vida – Leones Educando	30.000 <sup>8</sup>
La prevención y la mitigación en manos de los jóvenes	7.000
Programa Familias Fuertes	Sin dato
Programa Comunidades Que se Cuidan	Sin dato
Total	1.187.678 <sup>9</sup>

Como se observa en la tabla, el programa DARE cuenta con la mayor cobertura. Sobre este programa (Drug Abuse Resistance Education) desarrollado por el Departamento de Policía de Los Ángeles (California), las evaluaciones consistentemente han mostrado la necesidad de reconsiderar este programa que sigue su curso en varios países del mundo (West & O’Neal, 2004).

Los programas Familias Fuertes, Comunidades que se Cuidan, y Leones Educando (habilidades para la vida), fueron promovidos como iniciativas de prevención que deberían ser evaluadas en el país. Hasta la fecha no hay una evaluación en el país de ninguna de estas intervenciones, aunque para el caso de Leones Educando se inició una evaluación con el apoyo técnico de la CICAD/OEA que no ha terminado por asuntos administrativos.

<sup>8</sup>Los datos del programa Leones Educando son suministrados por un operador privado (Colectivo Aquí y Ahora) que ejecuta este programa.

<sup>9</sup> Por falta de información oficial no se incluyó la cobertura de otras entidades, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Versiones de Familias Fuertes (Strengthening Families) fueron desarrolladas en la Universidad Estatal de Iowa y NIDA (National Institute on Drug Abuse), y hoy cuentan con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ya que incluyen un sistema de evaluación como parte de sus actividades, y evaluaciones externas que informan acerca de resultados positivos en el fortalecimiento de la comunicación entre padres e hijos, y en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Kumpfer, Xie, & O'Driscoll, 2012).

Comunidades que se Cuidan fue aplicado en dos comunidades de Colombia<sup>10</sup> sin completar las fases prescritas por la intervención. Este programa fue desarrollado por la Universidad de Washington. Una evaluación independiente mostró resultados positivos en la prevención de conductas delincuenciales en adolescentes, pero no para el consumo de sustancias psicoactivas (Feinberg, Jones, Greenberg, Osgood, & Bontempo, 2010).

El programa Leones Educando utiliza una versión de los sistemas de desarrollo de habilidades para la vida, los cuales cuentan con una tradición considerable en el campo de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de otros eventos en salud asociados al comportamiento. De acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –CICAD, es una alternativa de prevención basada en la evidencia (OEA, 2005). Los programas de habilidades han sido estudiados y utilizados en América Latina y en otros contextos con resultados favorables, aunque con anotaciones sobre la necesidad de adaptación a los diferentes entornos (Choque & Chirinos, 2009; Pérez de La Barrera, 2012).

Como se indica en la tabla, el Ministerio de Educación reporta acciones en el marco del Programa Escuela Saludable. Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social informa acerca de la inclusión del asunto del consumo de sustancias psicoactivas en los servicios amigables en salud para jóvenes, para lo cual se diseñó un manual para la detección e intervención temprana (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Con respecto al eje de mitigación, el reporte nacional redactado por el Ministerio de Justicia menciona la existencia de 39 Centros de Escucha y Acogida Comunitaria; 57

---

<sup>10</sup>La Calera y Usaquéen.

Zonas de Orientación Escolar, y un número no determinado de Zonas de Orientación Universitaria. Estas intervenciones muestran inestabilidad y falta de continuidad por problemas de gestión y suministro de recursos.

En cuanto al eje de superación, se reportan los siguientes avances:

- Inclusión de la cobertura del tratamiento por consumo de drogas en menores de edad en el POS a partir del Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES<sup>11</sup>, que en su art. 76 establece que “todo menor de 18 años que use sustancias psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria y con internación, y adicionales a las cobertura establecidas en los artículos 17 y 24”.
- Expedición de la Ley 1566 de 2012<sup>12</sup> en la cual se reconoce que el consumo, el abuso y la adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública, entre otros. Y establece que las patologías derivadas del consumo, abuso y adicción deben ser atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Inclusión de la metadona<sup>13</sup> en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS), con el fin de facilitar la disponibilidad necesaria para atender el tratamiento por consumo de heroína.
- Fortalecimiento de los Centros de Atención en Drogadicción - CAD y servicios de farmacodependencia hospitalarios. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de mejorar la oferta de servicios de atención a los consumidores, está brindando capacitación y asistencia técnica para el proceso de habilitación y para el mejoramiento continuo. En este punto, sobresale el Programa Treatnet de UNODC y la OMS, en el cual se han capacitado 1.429 personas a través de tres módulos de formación: Volumen A: Tamizaje, evaluación y plan de tratamiento; Volumen B: Elementos de tratamiento psicosocial; y Volumen C: Sustancias adictivas y poblaciones especiales.

Por otra parte, para efectos de contar con información actualizada acerca de la evolución del consumo de sustancias psicoactivas, los Ministerios de Salud y de Justicia, con el

---

<sup>11</sup> Comisión de Regulación en Salud – CRES. Acuerdo 029 de 28 de diciembre de 2011 “por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”.

<sup>12</sup> Ley 1566 de 31 de julio de 2012 “por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional ‘entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas’ ”.

<sup>13</sup> El anexo del Acuerdo 09 de 2011 que constituye el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS), por gestión del Fondo Nacional de Estupefacientes, incorpora la metadona de 40 mg, con el fin de asegurar la disponibilidad de este medicamento en el tratamiento por consumo de drogas.

apoyo de UNODC y el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD/OEA, han desarrollado estudios nacionales en población general, estudiantes de secundaria y universitarios, a tono con las recomendaciones técnicas internacionales.

Adicionalmente, se puso en marcha el denominado Sistema Único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (SUISPA) con el cual se pretende aumentar la capacidad de análisis regional a partir de un conjunto de indicadores y un proceso de formación a profesionales de entidades territoriales para el uso de la información procedente de diferentes fuentes.

Otro rubro de desarrollo ha sido el Sistema Basado en Centros y Servicios de Tratamiento. Por el acuerdo entre las tres entidades ya mencionadas, se desarrolló el SUICAD, con el cual se obtiene en la actualidad información constante, procedente de 105 centros y servicios de tratamiento en 15 entidades territoriales. Con este sistema se logra una versión actualizada de los perfiles de consumo y se aporta al seguimiento a nuevos consumos.

#### **4. EL ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

La discusión actual sobre el consumo de drogas en el mundo tiende a subrayar la importancia de un enfoque de salud pública. Esta perspectiva se ha presentado como opuesta al énfasis represivo al consumo, desde una valoración negativa de los resultados obtenidos por la aplicación del conjunto político, normativo y programático denominado la lucha contra las drogas.

Aunque el enfoque de salud pública aparece como una nueva aproximación a la política sobre las drogas, ya en 1966 la OMS indicaba que “todos los organismos y administraciones de salud pública tienen el deber de ocuparse de esa forma de dependencia”(OMS, 1967), refiriéndose a las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas. Más recientemente, en repetidas ocasiones, desde estamentos internacionales se han subrayado las ventajas de fortalecer la intervención del consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la salud pública, como en el caso del programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la

drogodependencia (UNODC & OMS, 2010), y como en el estudio de la OEA sobre las políticas aplicadas en las Américas (OEA, 2013).

Un análisis de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y de su afrontamiento, indica cierta morosidad en la aceptación de este llamado de la Organización Mundial de la Salud. Hoy se habla del abordaje del consumo de drogas a partir de un enfoque de salud pública como un paradigma emergente y tal vez no hay tal. Hay una tarea de salud pública por cumplir que incluye los ajustes de política que sean necesarios para lograr los fines del desarrollo. Para el fortalecimiento del enfoque de salud pública, no se deben esperar cambios en la política de drogas, sino que al contrario debería anticiparse el fortalecimiento de las políticas, programas, planes y acciones en salud pública, mientras se surte el debate global acerca de las formas y los resultados de la guerra contra las drogas.

Teniendo en cuenta las consideraciones planteadas, al presentar una aproximación al asunto de las drogas desde la salud pública, debe entenderse que esto no necesariamente implica la abogacía por cambios en el estatuto legal del mercado de las drogas, aunque sí conlleva asumir que el consumo de sustancias psicoactivas no debe ser tratado como un delito, entre otras razones porque el estigma y la discriminación contra el consumidor, hacen más difícil la aplicación de la perspectiva en cuestión. El trato al consumidor problemático de drogas como un criminal, es mucho menos apropiado para el tratamiento del asunto, a la vez que genera un entorno desfavorable para la concreción del marco de derechos humanos (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013).

No está firmemente establecido que la descriminalización del consumo sea exitosa en la reducción de los costos sociales y de las consecuencias adversas del consumo de drogas; sin embargo, tampoco los incrementa y sí crea un ambiente más apropiado para el accionar desde la salud pública (Single, Christie, & Ali, 2000; Camacho et al., 2011) por lo que las tareas propias de la salud pública deben cumplirse con o sin cambios en la política actual sobre el asunto de las drogas.

Considerando a cabalidad el enfoque de derechos, tampoco tiene cabida el dilema entre la cárcel o el tratamiento para los consumidores de sustancias psicoactivas. La cárcel no



es una opción aceptable y el tratamiento debe ser motivado por la propia voluntad y por una oferta flexible de servicios con calidad.

La aplicación de los preceptos de la salud pública al asunto del consumo de sustancias psicoactivas debería tener efectos en la reducción de la magnitud del uso y de sus consecuencias adversas. Para ello se requiere de un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública aplicados al consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, lo que en Colombia se está consolidando gracias a la interacción entre el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Ministerio de Justicia y del Derecho, que ha permitido contar con estudios periódicos sobre la situación de consumo y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia a estos fenómenos.

Es menester partir del hecho de que la exposición a las sustancias psicoactivas implica riesgos para la salud. Estos riesgos varían de acuerdo a diversos factores, entre ellos, la frecuencia de la exposición y la edad en que se inicia el consumo. La aplicación del marco de salud pública al caso de las sustancias psicoactivas, incluye la prevención del consumo; la reducción progresiva del número de personas que usan drogas y que se afectan por esa práctica, así como el mejoramiento del acceso al tratamiento con calidad de las personas abusadoras y dependientes. En Colombia, a lo anterior se sumará un proceso promocional de la convivencia y la cohesión comunitaria con miras a fortalecer capacidades sociales, entendiendo que las matrices comunitarias y familiares sirven como amplificadores de las oportunidades sociales, y como moduladores de los factores del entorno que tienen impacto negativo potencial.

En Colombia se estimó en 2013 que habría cerca de 484.000 personas con problemas de abuso o dependencia a sustancias ilegales. Esto corresponde al 58% de quienes usaron drogas en el último año y al 15% de quienes usaron sustancias alguna vez en la vida. En otras palabras, algo más de dos personas de cada diez que probaron drogas en Colombia desarrollaron problemas mayores con tales sustancias (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

Las cifras hablan de un problema de dimensiones considerables. Si a esto se suma que los tratamientos son costosos y en términos generales, poco efectivos, es notorio que las labores promocionales de condiciones y estilos de vida saludables, así como la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, acogiendo los principios y métodos propios de la salud pública, deberían ser un frente mayor de trabajo.

Sin embargo, un hecho muy importante es que en Colombia el 87% de la población no registró haber consumido sustancias psicoactivas ilegales, ni siquiera ha probado esas drogas. En el caso específico de los adolescentes escolarizados, este porcentaje es del 88%. Significa esto que hay factores sociales y culturales que en el país constituyen barreras para el crecimiento de este fenómeno. Comprender los mecanismos que hacen menos propensas a las personas a consumir drogas, es un camino que puede recorrerse con miras a contener el abuso de sustancias. Es entonces el momento propicio para trabajar en la prevención del consumo, con base en las experiencias exitosas en otros países.

Ligado a la anterior, la asunción del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública, implica además un abordaje desde la gestión del riesgo, en las diferentes circunstancias que representan impactos negativos para la salud individual y colectiva. Es así como la reducción de los riesgos en consumidores activos, denominada también, reducción de daño, tiene cabida desde una perspectiva de salud pública. Dada la complejidad de la interacción entre factores que resultan en la continuación o dejación del consumo, donde intervienen características del entorno, la persona y de la sustancia en sí misma, es necesario afrontar la realidad de que un conjunto de consumidores de sustancias psicoactivas no van a terminar su consumo, o que mientras lo dejan es posible reducir los daños que se producen a su salud. Esto además tiene efectos sobre la salud colectiva al lograrse una mejor convivencia social, así como el manejo de enfermedades asociadas con epidemias (Bernard, 2013).

Con lo expuesto, se tienen los fundamentos para esbozar un programa nacional de salud pública que incluya la promoción de la convivencia social, la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, con un componente de reducción de daños.

## 5. CONSTRUCCIÓN DEL PLAN

Para la construcción del Plan se siguió un proceso que incluyó consultas entre los Ministerios de Salud y de Justicia, así como una primera presentación del documento indicativo al Consejo Nacional de Estupefacientes el 26 de marzo de 2014. A partir de allí se desplegaron consultas, como se observa en la tabla:

**Tabla 3.** Actores que participaron en la construcción del Plan

Actores	Fechas
Equipo técnico Grupo Convivencia Social - MSPS	16 de mayo de 2014
Grupo de expertos	20 de mayo de 2014
Consulta Departamentos Amazonas, Guaviare, Vaupés	23 de mayo de 2014
Comisión Nacional de Reducción del Consumo de Drogas	26 de mayo de 2014
Consulta Territorial – Zona Pacífica	9 y 10 de junio de 2014
Representantes Asociación Colombiana de Psiquiatría	11 de junio de 2014
Consulta Territorial – Antioquia	12 y 13 de junio de 2014
Consulta Territorial – Eje Cafetero	20 de junio de 2014
Consulta Territorial – Zona Centro	25 de junio de 2014
Consulta Territorial – Zona Norte	27 de junio de 2014
Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas	11 de julio de 2014

Posteriormente, en el año 2016 a través de sesiones técnicas con el Ministerio de Educación, Ministerio de Transporte, Ministerio de las Comunicaciones y Tecnologías de la Información, Medicina Legal, Dirección de Tránsito de la Policía Nacional, organizaciones de la sociedad civil y la academia entre otras entidades, se formularon las intervenciones para la prevención del consumo nocivo de alcohol, las cuales hacen parte integral del presente Plan. Estas intervenciones fueron validadas por los 15 entidades territoriales a través de 3 Encuentros Regionales.

## **6. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN NACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Se asume como marco general del Plan, en primer lugar la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria de Salud, y el Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan recoge las metas correspondientes al consumo de sustancias psicoactivas indicadas en el Plan Decenal de Salud Pública, las cuales establecen:

### **6.1 METAS DEL PLAN**

- El 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el M.S.P.S.
- Mantener por debajo de 5,5% la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre escolares (tomando como base la prevalencia medida en el estudio en población escolar del año 2012: 5,2%).
- Aumentar la edad promedio de inicio del consumo de sustancias ilegales, de 13,1 a 15,5 años.
- Aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.
- Posponer la edad de inicio del consumo alcohol, por encima de los 14 años.
- Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes.
- Mantener por debajo de 12% el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en población general.

### **6.2 COMPETENCIAS SECTORIALES PERTINENTES AL PLAN**

Como se especificó antes, el plan fue construido con la participación de las siguientes entidades:

- Ministerio de Educación.
- Ministerio de Justicia y del Derecho.
- Ministerio de Relaciones Exteriores
- Ministerio del Trabajo.
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Policía Nacional.
- Fondo Nacional de Estupefacientes.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
- Autoridad Nacional de Televisión.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Con respecto al conjunto de competencias sectoriales estas se presentan a continuación, incluyendo las normas que las sustentan<sup>14</sup>. Es importante entender que el siguiente recuento de competencias no pretende recoger todo el espectro de responsabilidades sectoriales en la materia, puesto que en la ejecución de un plan con enfoque de salud pública se aplica el sentido de la naturaleza misional, más allá de las competencias específicas.

### **Gobierno Nacional y Entes Territoriales**

- Garantizar las respectivas provisiones presupuestales para el acceso a los servicios previstos en la ley 1566 de 2012 (Ley 1566 de 2012. Art 2. Parágrafo 2).
- Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud bajo las modalidades establecidas en el artículo 13 de la ley 1616 (Ley 1616 de 2013. Art. 12. Ley 1616 de 2013. Art. 13).
- Establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo de funcionamiento de la red de servicios de salud mental teniendo en cuenta la participación ciudadana y espacios de rendición de cuentas (Ley 1616 de 2013. Art. 17).
- Los alcaldes y gobernadores ejercerán funciones de inspección y vigilancia junto con el Ministerio de Educación sobre lo establecido en el Decreto 1108 de 1994, Capítulo III que trata del Código educativo en relación con el consumo de SPA (Decreto 1108 de 1994. Art. 15).
- Los distritos y municipios promoverán la realización de Pactos por la Vida entre los residentes de las zonas consideradas como críticas, los dueños de establecimientos comerciales donde se expenda y consuma alcohol y los centros educativos del área de influencia en las zonas identificadas como críticas, con los que se definan estrategias orientadas a la disminución del daño y la minimización del riesgo que evite los desenlaces de accidentes, violencia cotidiana y criminalidad que acompañan los ambientes de consumos abusivos. Dichos pactos deberán contener medidas especiales de protección al menor de edad frente al consumo de alcohol y sus consecuencias. (Decreto 780 de 2016. Título VI)
- Prohíben el expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad (Ley 124 de 1994. Artículo 1)

---

<sup>14</sup>Basado en una revisión de Jairo Alberto Betancourt Maldonado.

- Los distritos y municipios podrán señalar zonas y fijar horarios para el funcionamiento de establecimientos donde se expenden bebidas alcohólicas. (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.16)

**Consejo Nacional de Estupefacientes y seccionales. Adscrito al Ministerio de Justicia según la Ley 30 de 1986, art. 89.**

- Trazar políticas contra la producción, comercialización y uso de drogas que produzcan dependencia (Ley 30 de 1986. Art. 91. Literal a).
- Determinar las responsabilidades de los distintos entes gubernamentales en relación con la política antidrogas (Ley 30 de 1986. Art. 91. Literal b).
- Dirigir y supervisar toda campaña que busque la disminución de la producción, comercialización y consumo de SPA (Ley 30 de 1986. Art. 9).
- Determinar la intensidad de las campañas contra el comercio y consumo de SPA por medios de comunicación junto con el Ministerio de Comunicaciones (Ley 30 de 1986. Art. 10).
- Vigilar las actividades de los consejos seccionales (Decreto 3788 de 1986. Art. 10).

**Ministerio de Justicia y Derecho**

- Formular, adoptar, promover y coordinar las políticas y estrategias en la lucha contra las drogas (Decreto 2897 de 2011, Art. 2).
- Adoptar programas de atención para los enfermos mentales privados de la libertad que garantice su derecho a la salud (Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Administrar los recursos del FRISCO con los cuales se fortalecerá los programas de prevención, mitigación, superación y desarrollo institucional establecidos por la Política Nacional para la reducción del consumo de SPA (Decreto 3183 de 2011. Art. 29. Ley 1566 de 2012. Art 2, Parágrafo 3)
- Proponer los lineamientos para la formulación de la política de drogas en lo correspondiente a la reducción de la demanda de drogas (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Orientar la elaboración de propuestas de prevención del consumo de drogas ilícitas (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Evaluar en forma permanente y adelantar el seguimiento de la ejecución de los compromisos internacionales en materia de lucha contra las drogas con el Ministerio de Relaciones Exteriores (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Realizar seguimiento y evaluar el cumplimiento y ejecución de los planes de cada uno de los ejes de la política de lucha contra las drogas en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Proponer la formulación de proyectos de ley o de actos legislativos en materia de lucha contra las drogas y actividades conexas y relacionadas (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Gestionar por medio del Observatorio de Drogas de Colombia, el conocimiento sobre las diferentes manifestaciones del asunto de las drogas (Resolución 06 de abril de 2005).

- Realizar por intermedio del Observatorio de Drogas de Colombia, estudios periódicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas (Resolución 002 de 2009, del Consejo Nacional de Estupefacientes).

#### **Fiscalía General de la Nación - Programa Futuro Colombia**

- Prevención integral contra la delincuencia. Entre sus ejes temáticos se encuentra el tráfico y consumo de sustancias psicoactivas.

#### **Sociedad de Activos Especiales**

- Administración de los bienes del Fondo para la Rehabilitación Inversión Social y Lucha Contra el Crimen Organizado FRISCO (Decreto 1335 del 17 de julio de 2014. Artículo 4).

#### **Instituto Nacional Penitenciario**

- Deben adoptar programas de atención para los enfermos mentales privados de la libertad que garantice su derecho a la salud (Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Proporcionar tratamiento a internos por parte del servicio médico del sitio de reclusión, con el fin de procurar su rehabilitación física y psicológica, previa evaluación médica, psicológica y psiquiátrica del interno, sin perjuicio de las acciones penales y disciplinarias a que haya lugar (Decreto 1108 de 1994. Art. 28).

#### **Ministerio de Salud y Protección Social**

- Adoptar la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones. (Resolución 3202 de 2016. Artículo 7, numeral 7.6)
- Determinar fines médicos y científicos del uso de las drogas (Ley 30 de 1986. Art. 3.).
- Reglamentar sobre el servicio obligatorio clínico gratuito para farmacodependientes prestado por universitarios (Ley 30 de 1986. Art. 12).
- A nivel de post-secundaria, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud, trazarán los lineamientos generales para incluir información sobre la farmacodependencia en los programas académicos (Decreto 3788 de 1986. Art. 35).
- Actualizar el plan de beneficios teniendo en cuenta la atención integral e integrada a los pacientes con consumo de SPA (después de liquidación de la CRES) (Ley 1566 de 2012. Art. 2. Parágrafo 1 y 4).
- Determinar las modalidades de atención de farmacodependientes y condiciones de habilitación de los prestadores de este servicio (Ley 1566 de 2012. Art. 3.).
- Reglamentar sobre consentimiento informado (Ley 1566 de 2012. Art. 4. Parágrafo).
- Realizar el seguimiento y evaluación de la política pública de salud mental y la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto (Ley 1566 de 2012. Art. 10.).
- Establecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental que las instituciones de SGSSS deben adoptar, priorizando a los niños, niñas,



adolescentes y personas mayores (Ley 1616 de 2013. Art. 7. Ley 1616 de 2013. Art. 8).

- Promover y concertar con los demás sectores las políticas, planes, programas y proyectos para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos (Ley 1616 de 2013. Art. 7).
- Junto con el Ministerio de Educación, diseñar acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental (Ley 1616 de 2013. Art. 8).
- Junto con el Ministerio de Trabajo, determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la ley 1616. (21/01/13 – 21/07/13) (Ley 1616 de 2013. Art. 9).
- Adoptar, en el marco de la Atención Primaria en Salud, el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años (Ley 1616 de 2013. Art. 10).
- Garantizar la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental (Ley 1616 de 2013. Art. 11).
- Expedir los lineamientos para que los entes territoriales puedan establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo de funcionamiento de la red de servicios de salud mental (Ley 1616 de 2013. Art. 17).
- El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente e informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo (Art 19 de la Ley 1616) al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia (Ley 1616 de 2013. Art. 19).
- Ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013. Art. 31).
- Determinar y actualizar los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la ley 1616. (21/01/13 – 21/07/13) (Ley 1616 de 2013. Art. 9).
- Formular y promulgar los programas, planes y estrategias encaminados a capacitar

sobre las medidas de control del consumo abusivo del alcohol vigentes a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores y responsables de la formación de menores de edad así como a los servidores públicos en general, sobre las consecuencias adversas del consumo abusivo de alcohol. (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.2)

- Diseñar e incorporar dentro del Plan Nacional de Salud Pública, las estrategias y acciones para identificar y promover la atención y demanda de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población enferma por causas asociadas al consumo abusivo del alcohol. (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.1)
- Crear programas dirigidos específicamente a los padres de familia y su grupo familiar, a los cuidadores, tutores, guardadores de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Alcoholismo Fetal, teniendo en cuenta las secuelas irreversibles que esta enfermedad genera. (Ley 1385 de 2010. Artículo 4)
- En la consulta ginecológica prenatal, en los Hospitales de la Red Pública y los establecimientos clínicos de la red privada, o mixtos, se incluirá la difusión, pedagogía y enseñanza en cuanto a la Prevención del Síndrome de Alcoholismo Fetal, Hábitos Saludables, Integración Familiar, tratamientos en caso que llegara a padecerse, así como los costos del mismo. (Ley 1385 de 2010. Artículo 5)
- Junto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y el Ministerio de Educación, diseñarán nuevos programas y fortalecerán las estrategias existentes en los colegios, referentes a educación sexual, a fin de prevenir la progenitura prematura, y el consumo de alcohol en los menores de edad. (Ley 1385 de 2010. Artículo 6)
- Elaborar un censo en el que reportará el número de niños, niñas y adolescentes que actualmente padecen la enfermedad y de aquellos que nacen con el Síndrome de Alcoholismo Fetal en el país. Este reporte se hará semestralmente y será publicado en la página web del Ministerio. (Ley 1385 de 2010. Artículo 7)

### **Fondo Nacional de Estupefacientes. Adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social**

- Vigilancia y control de medicamentos a que se refiere la Ley 30 de 1986 y apoyo a los programas contra la farmacodependencia que adelanta el Gobierno Nacional.

### **Instituciones del SGSSS Públicas y Privadas (EPS e IPS)**

- Atender de forma integral toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo de SPA (Ley 1566 de 2012. Art. 2).
- Deben desarrollar acciones de promoción y prevención junto con las ARL, del consumo de SPA según las políticas nacionales (Ley 1566 de 2012. Art. 6. Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Deben prestar una atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud de todos los trastornos mentales (Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud bajo las

modalidades establecidas en el artículo 13 de la ley 1616 (Ley 1616 de 2013. Art. 12. Ley 1616 de 2013. Art. 13).

- Disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Este equipo está definido en la Ley 1616 Art. 18 (Ley 1616 de 2013. Art. 18).
- Garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial (Ley 1616 de 2013. Art. 20).
- Superintendencia Nacional de Salud
- Establecer las medidas y sanciones para los CAD que incumplan con las condiciones de habilitación y auditoría (Ley 1566 de 2012. Art. 5).
- Ejercer acciones de inspección, vigilancia y control de lo ordenado en la Ley 1616 artículo 7 (Ley 1616 de 2013. Art. 7).
- Vigilar sobre el mejoramiento continuo del talento humano de los prestadores de salud privados y públicos según lo establecido en el Art. 20 de la Ley 1616, e informar al Min. Salud y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (Ley 1616 de 2013. Art. 20).
- Las EPS identificarán el factor de riesgo dentro de su población e informará a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumo abusivo de alcohol y brindarle al usuario los servicios del POS dirigidos al manejo del factor riesgo. (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.2)

#### **Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA**

- Provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población (Decreto 3518 de 2006).

#### **Consejo Nacional de Salud Mental**

- Seguimiento y evaluación a las ordenes consignadas en la ley 1566 de 2012 y la Ley 1616 de 2013, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental. Además de las funciones establecidas en el Art. 30 de la Ley 1616 de 2013 (Ley 1616 de 2013. Art. 29).

### **Ministerio de Transporte – A N S V**

- El Ministerio de Transporte promoverá la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía. (Ley 1503 de 2011)
- La Agencia Nacional de Seguridad Vial coordinará a los organismos y entidades públicas y privadas comprometidas con la seguridad vial e implementará el plan de acción de la seguridad vial del Gobierno para prevenir y reducir los accidentes de tránsito. (Ley 1702 de 2013. Artículo 2)

### **Ministerio de Educación**

- Establecer como las instituciones educativas formales y no formales deben informar sobre los riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 11).
- Reglamentar sobre el servicio obligatorio clínico gratuito para farmacodependientes prestado por universitarios (Ley 30 de 1986. Art. 12).
- En los programas de educación primaria, secundaria, media vocacional y educación no formal, diseñará los lineamientos generales para introducir en los planes curriculares contenidos y actividades para la prevención de la drogadicción e información sobre riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 34).
- A nivel de post-secundaria, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud, trazarán los lineamientos generales para incluir información sobre la farmacodependencia en los programas académicos (Decreto 3788 de 1986. Art. 35).
- Fortalecer, promover y orientar en forma permanente y continua procesos de prevención integral a través del sistema educativo, y proveerá los recursos humanos físicos y financieros para ello (Decreto 1108 de 1994. Art 14).
- Ejercer sus funciones de vigilancia y control junto con los alcaldes y gobernadores sobre lo establecido en el Decreto 1108 de 1994, Capítulo III que trata del Código educativo en relación con el consumo de SPA (Decreto 1108 de 1994. Art 15).
- Junto con el Min. Salud, diseñar acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental (Ley 1616 de 2013. Art. 8).
- Orientar a las Secretarías de Educación de las entidades territoriales para que se desarrollen competencias que permitan a la comunidad educativa adoptar estilos de vida saludables. (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.2 y 2.8.6.2.3)

### **Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA**

- Diseñar, promover y ejecutar programas de formación técnica y tecnológica profesional integral para el abordaje y atención a consumidores de SPA (Ley 1566 de 2012. Art. 9).

### **ICFES**

- Establecer cómo las instituciones educativas formales y no formales deben informar sobre los riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 11).

- Reglamentar sobre el servicio obligatorio clínico gratuito para farmacodependientes prestado por universitarios (Ley 30 de 1986. Art. 12).
- Reglamentar y vigilar que toda institución Post-secundaria desarrolle semestralmente campañas de prevención de la farmacodependencia (Decreto 3788 de 1986. Art. 36. Reglamentación de la Ley 30).

### **Secretarías de Educación**

- Son responsables del desarrollo de los programas de prevención de la drogadicción, en cumplimiento de las políticas trazadas por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Nacional de Estupefacientes (Decreto 3788 de 1986. Art. 37. Reglamentación de la Ley 30).
- Asesorar y vigilar que las instituciones educativas incluyan en los reglamentos estudiantiles la prohibición del porte y consumo de SPA y las sanciones que deben aplicarse a sus infractores (Decreto 1108 de 1994. Art 10).

### **Instituciones educativas**

- Deben incluir en su proyecto educativo institucional procesos de prevención integral. Para tal efecto se desarrollarán en las instituciones educativas planes de formación a través de seminarios, talleres, encuentros, eventos especiales, foros, pasantías, que posibiliten la reflexión, movilización, participación y organización en torno al fenómeno cultural de las drogas y el desarrollo de propuestas y proyectos escolares y comunitarios como alternativas de prevención integral (Decreto 1108 de 1994. Art. 12).

### **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**

- Defensores de familia. Tomar medidas de protección establecidas en el Art. 5 del decreto 1108 de 1994 para los menores o mujeres embarazadas que posean o consuman sustancias psicoactivas (Decreto 1108 de 1994. Art. 5 y 6).
- Trabajar por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias colombianas (Decreto 987 de 2012).
- Brindar un curso sobre prevención del alcoholismo para los menores de edad que sean hallados consumiendo bebidas embriagantes o en estado de beodez, al cual deberán asistir con sus padres o acudientes (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.9)

### **Ministerio de Trabajo**

- Junto con el Min. Salud, determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la ley 1616. (21/01/13 – 21/07/13).
- Ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención de la salud mental en el ámbito laboral (Ley 1616 de 2013. Art. 9. Ley 1562 de 2012. Art 8)

### **Administradoras de Riesgos Laborales**

- Implementarán el proyecto institucional preventivo del consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, en el ámbito laboral (Ley 1566 de 2012. Art. 6.Ley 1616 de 2013. Art. 9).
- Desarrollarán estrategias para brindar permanentemente, información y educación a sus afiliados para evitar el consumo abusivo de alcohol. (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.6)

### **Empresa Privada**

- Realizar programas y campañas de responsabilidad social que propenda por la prevención del consumo, abuso y adicción a las SPA. Estos programas y campañas son voluntarias y tienen un reconocimiento por parte del Estado con el premio nacional "Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas" creado por la Ley 1556 de 2012 (Ley 1566 de 2012. Art. 8).

### **Ministerio de Comunicaciones**

- Determinar la intensidad de las campañas contra el comercio y consumo de SPA por medios de comunicación junto con el CNE (Ley 30 de 1986. Art. 10. Y Decreto 1108 de 1994. Art. 46).

### **Departamento para la Prosperidad Social**

- Promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo con la asesoría de Min. Salud (Ley 1616 de 2013. Art. 7).
- Con la asesoría del Min. Salud, constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental (Ley 1616 de 2013. Art. 7).

### **Procuraduría General de la Nación**

- Ejercer vigilancia a la implementación de la Ley 1566 y rendir informes anuales a las comisiones séptimas del Congreso de la República (Ley 1566 de 2012. Art. 11).

### **Policía Nacional**

- Regular, controlar y disminuir el acceso y disponibilidad de las sustancias psicoactivas (Decreto 1108 de 1994. Capítulo 4 y Ley 1801 de 2016).
- Establecer controles de alcoholemia y de uso de estupefacientes, estimulantes o de sustancias análogas en los estadios de fútbol y en sus alrededores. (Ley 1270 de 2009. Artículo 3, numeral 10)

## **Departamento Administrativo de la Presidencia de la República - Programa Colombia Joven**

- Participar en la elaboración de políticas que propendan por el desarrollo integral de los jóvenes (Decreto 822 del 2000 y Decreto 1919 de 2013. Art. 2)

### **Autoridad Nacional de Televisión**

- Trabajar junto con el Ministerio de comunicaciones (Min TICS) en el desarrollo de campañas de prevención a través de los medios de comunicación, en este caso televisión (Ley 1507 de 2012).
- Facilitar y propiciar la emisión de mensajes de alto impacto sobre prevención del consumo abusivo de alcohol en televisión. De igual manera, se deberán destinar espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales. (Decreto 780 de 2016. Artículo 2.8.6.2.4)

### **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses**

- Producir datos estadísticos para conocer la realidad de la mortalidad por consumo de SPA en aplicación de la Ley 938 de 2004. Art. 36).
- Fijar los parámetros científicos y técnicos relacionados con el examen de embriaguez y alcoholemia. (Resolución 414 de 2002)
- Adoptar el reglamento técnico forense para la determinación clínica del estado de embriaguez aguda. (Resolución 1183 del 14 de 2005)
- Adoptar la Guía para la Medición Indirecta de Alcoholemia a Través de Aire Espirado. (Resolución 184 de 2015)
- Establecer el contenido mínimo del Plan de Estudios para certificar la capacitación de los operadores de analizadores de alcohol en aire espirado (alcohosensores). (Resolución 625 de 2015)

### **COLDEPORTES**

- Promover la adopción de medidas educativas que conduzcan a la erradicación del consumo de sustancias alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicas en los partidos de fútbol (Ley 1270 de 2009. Artículo 3, numeral 15)
- Proponer a las autoridades competentes que en los espectáculos de alto riesgo, se prohíba el expendio de bebidas alcohólicas en las zonas aledañas a los estadios. Esta medida podrá regir desde antes del inicio del evento hasta después de su finalización. (Ley 1270 de 2009. Artículo 3, numeral 16)

### **UNODC - Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen. Descentraliza Drogas.**

- Trabajar con los Estados y la sociedad civil para prevenir que las drogas y el delito amenacen la seguridad, la paz y las oportunidades de desarrollo de los ciudadanos.

### 6.3 OBJETIVO DEL PLAN

Reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

### 6.4 LÍNEAS Y COMPONENTES DEL PLAN

Con el propósito de armonizar las líneas del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, con el Plan Decenal de Salud Pública, se plantean cinco componentes, ordenados en articulación con tres líneas, tal como se observa en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Líneas del Plan Decenal de Salud Pública y componentes del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

Plan Decenal	Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas
Gestión de la salud pública	Fortalecimiento interinstitucional
Promoción de la salud	Promoción de la salud
Gestión del riesgo	Prevención Tratamiento Reducción de riesgos y daños

Como se observa, se proponen cinco componentes, que se articulan con las tres líneas del Plan Decenal de Salud Pública, los cuales se desarrollan a continuación.

Los lineamientos generales son:



1. Gestión del conocimiento y fundamentación en evidencia, que incluye el fortalecimiento de los procesos de seguimiento al consumo de sustancias psicoactivas y sus afectaciones a la salud, además de la evaluación a las políticas, planes y programas correspondientes.
2. Abordaje intersectorial, articulado en instancias nacionales y territoriales que establezcan acciones concretas, con cronograma y financiamiento.
3. Fortalecimiento territorial, de manera que el Plan se adapte a las características regionales y sea más efectivo en la llegada directa a los beneficiarios.

## **COMPONENTES DEL PLAN**

El Plan consta de cinco componentes que se describen a continuación.

### **6.4.1 Fortalecimiento institucional**

Por fortalecimiento institucional se entiende el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones institucionales tendientes al fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales para la reducción del consumo de SPA.

Así como la salud es el resultado de un conjunto de determinantes de distinta naturaleza, que en el orden social actual son atendidos por distintos sectores del Estado, verbigracia los económicos y ambientales, entre otros, la salud es a la vez un determinante de la manera como la gente de una nación, nace, crece, estudia, produce. Esta realidad lleva a plantear que los asuntos de salud pública deben ser abordados desde distintos sectores (Chan, 2013).

Las cabezas sectoriales suelen ser los ministerios, y es común que sean los ministerios de salud quienes asuman las consecuencias de decisiones políticas de otros sectores (Chan, 2013). Hoy cuando se habla del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública, deben resaltarse los impactos del consumo también sobre la convivencia, la seguridad y el desarrollo. El caso de las políticas alrededor del consumo de tabaco y de alcohol, sirven como casos de estudio acerca de la necesidad de acciones conjuntas y concertadas entre sectores que aparentemente cumplen funciones distintas en la organización social.

El asunto de las drogas está particularmente surcado por la política criminal de los países, la política educativa y por supuesto, lo propio del sector salud. En Colombia existe una Política para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto que parte del reconocimiento de que el asunto debe ser concebido y atendido desde una perspectiva intersectorial. Uno de los objetivos estratégicos de la política establece la importancia de intervenir “sobre un mayor número de condiciones y factores macro sociales, micro sociales y personales que incrementan la vulnerabilidad al consumo de SPA”. Sin embargo, las realizaciones nacionales en términos de este enunciado requieren de una renovación del compromiso intersectorial, del fortalecimiento de las acciones conjuntas.

Un Plan Nacional que haga efectiva la Política de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, debe retomar la agenda intersectorial al más alto nivel, tanto para concertar los contenidos, establecer los presupuestos, así como para hacerle seguimiento y evaluación a lo ejecutado.

En lo que corresponde al ámbito nacional, se buscará el fortalecimiento del trabajo intersectorial con los ministerios, institutos y demás entidades nacionales para lograr una afrontamiento integral del asunto del consumo de sustancias psicoactivas.

Se trabajará en concordancia con el Ministerio de Justicia y del Derecho para que esta entidad, como rectora de la política de drogas en Colombia, convoque a las instancias correspondientes para el desarrollo intersectorial del Plan Nacional.

En las instancias territoriales se trabajará en el desarrollo de un modelo de gestión integral que integre los planes de oferta y demanda, de manera que se avance en una aproximación integral al asunto de las drogas, teniendo como eje de articulación los fenómenos de microtráfico y narcomenudeo.

Este componente del Plan integra además las acciones correspondientes a investigación, evaluación, gestión política, gestión administrativa y gestión comunitaria.

**Tabla 5.** Estrategias y líneas de acción del componente Fortalecimiento Institucional

Componente 1. Fortalecimiento institucional		
OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS
Fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales para la reducción del consumo de SPA	1.1 Desarrollo de un modelo integrado de gestión de servicios para la promoción de la salud, prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños del consumo de SPA	1.1.1 Asistencia técnica territorial integrada para el desarrollo de planes de oferta y demanda de SPA
		1.1.2 Formación para el mejoramiento de las capacidades individuales e institucionales
	1.2 Mejoramiento del conocimiento nacional sobre consumo de SPA	1.2.1 Desarrollo del programa nacional de investigaciones sobre SPA
		1.2.2 Fortalecimiento de los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública
		1.2.3 Registro de Programas en el marco de la Política Nacional de Reducción del Consumo y Plan Nacional
	1.2.4 Implementación del sistema de evaluación de la Política Nacional de Reducción del Consumo y el plan Nacional	

#### 6.4.2 Promoción de la convivencia social y la salud mental

**Objetivo:** Fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo, y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.

Se entiende por este componente al conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a proveer oportunidades y entornos que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social.

El componente promocional de este plan se desarrollará con base en acciones en los ámbitos familiares (hogar), comunitarios (espacio público) y escolares. En el ámbito familiar, se espera que el fortalecimiento de factores de comunicación y de patrones de cuidado por parte de los adultos, promuevan comportamientos saludables que a su vez repercutan en habilidades los niños, niñas y adolescentes para manejar el asunto de las drogas con solvencia.

Hay una relación de continuidad entre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud mental. El lugar más común corresponde a la consideración del abuso y la dependencia a sustancias como trastornos mentales. Así mismo, se conoce la asociación entre el uso de drogas y diferentes enfermedades mentales. Sin embargo, esta relación va más allá. El ámbito de la salud mental es propicio para la comprensión y acción alrededor de factores que promueven comportamientos saludables.

Es necesario considerar los factores como el acceso a educación, a empleo, la calidad de vida y de vivienda, el entorno comunitario. La valoración positiva de la propia salud, del equilibrio entre las demandas del medio y la capacidad de responder adecuadamente.

La Organización Mundial de la Salud definió salud mental como el “estado de bienestar en el cual un individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su comunidad”(OMS, 2001, p.1).

Según la OMS, la salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad psiquiátrica, está afectada por factores ambientales y socioeconómicos y está asociada a eventos como el abuso de sustancias, la violencia y enfermedades crónicas. A su vez, este conjunto de eventos son más difíciles de afrontar en condiciones críticas de ingreso, educación, inadecuados ambientes laborales, discriminación por diferentes condiciones (género, etnia), en general, estilos y condiciones de vida no saludables, así como vulneraciones a los derechos humanos (Herrman, Saxena, Moodie, & Walker, 2005).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, estableció como uno de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental. Dentro del Plan se contempla la estrategia de entornos protectores de la salud mental; las redes socio institucionales protectoras de la salud mental y la información, educación y comunicación para la convivencia, que se constituyen en pilares promocionales desde donde se debe fundamentar el abordaje en salud pública al asunto del consumo de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, se conoce que la inclusión de componentes de promoción de la salud en contextos escolares, encaja con los contenidos de prevención basados en preceptos

generales como el conocimiento de sí mismo, el cuidado de la salud y las habilidades para la vida (De Vincenzi & Bareilles, 2011).

**Tabla 6.** Estrategias y líneas de acción del componente de Promoción de la Convivencia Social y Salud Mental

Componente 2. Promoción de la convivencia y salud mental			
OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS	ENTORNOS PRIORIZADOS
Fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes	2.1 Fortalecimiento de entornos protectores para la convivencia social y la salud mental	2.1.1 Gestión de políticas que impacten determinantes del desarrollo, desde acciones intersectoriales para la promoción de entornos protectores y la conciliación de la vida laboral y la vida familiar	Familiar Comunitario Escolar Laboral
		2.1.2 Promoción de políticas públicas para la creación, recuperación y fortalecimiento de espacios públicos para la convivencia social, la recreación, el deporte, el uso del tiempo libre y de ocio, con énfasis en espacios para niños, niñas y adolescentes.	Familiar Comunitario Escolar
	2.2 Desarrollo de habilidades, comportamientos y actitudes para la vida en niños, niñas y adolescentes, cuidadores/as, sus familias y comunidades	2.2.1 Incorporación de contenidos en planes y programas del sector social para el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes para la vida en la población sujeto de intervención	Familiar Comunitario Escolar
	2.3 Movilización social para la promoción de la salud mental y la convivencia social	2.3.1 Implementación de procesos de gestión del conocimiento para la identificación y divulgación de estrategias y experiencias de promoción de entornos que potencien la salud mental y la convivencia en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.	Institucional Comunitario
		2.3.2 Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación para la promoción de la salud mental y la convivencia social	Institucional Comunitario
		2.3.3. Promoción de redes socio institucionales y comunitarias que fortalezcan el tejido social	Institucional Comunitario

### 6.4.3 Prevención del consumo de sustancias psicoactivas

**Objetivo:** Disminuir la incidencia de contacto temprano con las sustancias psicoactivas, y las afectaciones al bienestar y desarrollo y la progresión hacia patrones de consumo de abuso y dependencia.

La prevención de las afectaciones al bienestar y el desarrollo es una de las tareas más importantes desde la salud pública. Este componente del plan tendrá énfasis en los ámbitos escolares y familiares.

En el ámbito escolar se desarrollará un contenido específico de prevención, con participación de la comunidad educativa. Igualmente, en el ámbito familiar, como involucramiento de los padres y cuidadores en actividades que desarrollen habilidades preventivas en los niños, niñas, adolescentes y adultos.

Como se expuso en las líneas anteriores, el consumo de sustancias psicoactivas aumenta por una labor industriosa llevada a cabo por quienes hacen fortuna con esta práctica. Por otra parte, el conjunto de la población particularmente los adolescentes, están expuestos a la oferta de drogas sin que desde su familia, las entidades educativas, la sociedad en su conjunto o el Estado, haya una oferta organizada de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

La prevención es una de las tareas fundamentales de la salud pública y en el caso del consumo de sustancias psicoactivas, desde la década de 1970 se viene recabando evidencia acerca de qué funciona y qué no en este campo, gracias a la realización de encuestas nacionales periódicas y estudios longitudinales con cohortes de niños y adolescentes. Adicionalmente, es un hecho que está constituido por adolescentes el segmento poblacional donde crece el consumo de sustancias psicoactivas. Debe ser una prioridad nacional contrarrestar este incremento mediante la adopción de una estrategia nacional de prevención. La evidencia internacional muestra que los programas basados en la escuela son los más adecuados para los fines propuestos, debido a la condición de ese escenario como entorno protector y favorecedor del desarrollo(Sloboda, 2008).

Hace tiempo se logró establecer que las acciones basadas en la comunicación general, dirigidas a plantear un mensaje a la comunidad acerca de los riesgos inherentes al

consumo de sustancias psicoactivas, son insuficientes aunque necesarias. En otras palabras, las acciones de información y comunicación deben estar insertadas dentro de un programa de prevención, de las cuales estas deben ser complemento (Paglia & Room, 1998).

Por otra parte, el uso de tecnologías computacionales ha demostrado ser útil como parte de los programas preventivos del uso de sustancias psicoactivas, esto por la afinidad de los adolescentes con estos mecanismos de intercambio social (Schinke, Fang, & Kristin, 2009).

Por lo anterior, un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigido a reducir los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, podría plantearse como objetivos disminuir la probabilidad de contacto temprano con las sustancias psicoactivas, comenzando por el alcohol y el cigarrillo.

Las características de la intervención estarían definidas en buena medida por las buenas prácticas reconocidas internacionalmente y las indicaciones que resultan de los estudios nacionales, así:

1. Tengan base en la escuela secundaria.
2. Se dirijan con énfasis a la población de grado sexto y séptimo.
3. Incluyan actividades con los padres o adultos responsables (en el hogar).
4. Utilicen un marco amplio de fortalecimiento de habilidades para la vida en lugar de un marco restrictivo centrado únicamente en el asunto de las drogas.
5. Se desarrollen con un esquema dinámico y participativo de actividades.
6. Involucre actividades entre pares.
7. Tenga en cuenta el entorno comunitario.
8. Involucre a los maestros.
9. Incluya el uso de tecnologías de la comunicación.
10. Tengan definido un proceso de evaluación.

Adicionalmente, con el propósito de mejorar el conocimiento nacional acerca de la oferta de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se desarrollará un sistema de registro voluntario, que además permita una mejor aproximación a la cobertura de estas acciones.

**Tabla 7. Estrategias y líneas de acción del componente de Prevención**

<b>Componente 3. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: Acciones y programas basados en la evidencia encaminados a reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA (lícitas e ilícitas), interviniendo de manera integral los factores más predictivos del consumo, mediante la creación y fortalecimiento de las condiciones que promuevan estilos de vida saludable y conductas saludables</b>			
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATEGIAS PLANTEADAS</b>	<b>LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS</b>	<b>ENTORNOS PRIORIZADOS</b>
Disminuir la prevalencia de consumo de SPA, el contacto temprano las afectaciones al bienestar y al desarrollo	3.1 Análisis de viabilidad de la articulación interinstitucional para la prevención del consumo de SPA	3.1.1 Concertación intersectorial para el análisis de la articulación	
		3.1.2 Desarrollo de marco técnico y normativo de la viabilidad de la articulación interinstitucional	
	3.2 Diseño e implementación de programas preventivos que reduzcan la posibilidad de contacto con las sustancias lícitas e ilícitas, así como el reconocimiento y afrontamiento ante situaciones de consumo	3.2.1 Desarrollo de habilidades y competencias en los diferentes actores de la comunidad educativa, que les permita afrontar situaciones relacionadas con el consumo de SPA (expendio, experimentación, uso, estigma, entre otros.	Escolar
		3.2.2 Diseño y desarrollo de herramientas para el fortalecimiento de los factores protectores y disminución de factores de riesgo en NNAJ frente al consumo de SPA, haciendo uso de las tecnologías de la información y la comunicación y de acciones de información, educación y comunicación (IEC)	Escolar Familiar Comunitario
		3.2.3 Creación y fortalecimiento de espacios de información, sensibilización, detección temprana e intervenciones breves del consumo de SPA, y reducir la progresión a consumos problemáticos	Universitario Comunitario Laboral Carcelario
		3.2.4 Diseño de lineamientos que guíen las acciones, planes, programas y proyectos de prevención en diferentes contextos.	Escolar Universitario Comunitario Laboral Carcelario Familiar
		3.2.5 Desarrollo y promoción en el entorno familiar de prácticas de crianza positivas y de baja hostilidad que retarden el contacto con las sustancias lícitas y prevengan el consumo de éstas y las ilícitas.	Familiar
		3.2.6 Desarrollo de conocimientos y habilidades en las comunidades, que les permitan potenciar su rol preventivo y de afrontamiento al consumo.	Comunitario



#### 6.4.4 Tratamiento

**Objetivo:** Mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los consumidores de sustancias psicoactivas.

El número de personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas es relativamente alto. Según NIDA<sup>15</sup>, solamente el 10% de las personas que requieren tratamiento por abuso de alcohol y drogas ilícitas, solicitaron tratamiento en los Estados Unidos de América (NIDA, 2009). La proporción de personas atendidas en Colombia por asuntos asociados al consumo de sustancias psicoactivas no se conoce. Sin embargo, el conocimiento de la dinámica de la demanda de tratamiento, hace suponer que se trataría de una fracción relativamente baja.

En Colombia, la mayor parte de la oferta de tratamiento es prestada por operadores privados; del tipo ONG, con un modelo de financiación basado en la gestión de donaciones, la oferta de cupos al Estado, especialmente en el caso de menores de edad bajo condiciones de protección y pago por parte del usuario.

El establecimiento del mecanismo de habilitación de servicios para el tratamiento del abuso y la dependencia a sustancias, es un paso en firme para el mejoramiento de la calidad. Es necesario, sin embargo, mejorar notoriamente en los mecanismos de información y evaluación acerca de los prestadores de servicios, así como de la efectividad de los tratamientos ofrecidos en el país

**Tabla 8.** Estrategias y líneas de acción del componente de Prevención

<b>Componente 4. Tratamiento:</b> Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones de atención y asistencia basados en recomendaciones que arroja la evidencia, para quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias, o presentan un patrón de consumo problemático en ausencia de dependencia.			
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATEGIAS PLANTEADAS</b>	<b>LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS</b>	<b>ENTORNOS PRIORIZADOS</b>
Mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los	4.1 Fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios de tratamiento	4.1.1 Censo Nacional de prestadores de atención al consumo de SPA	Institucional
		4.1.2 Construcción de lineamientos nacionales de tratamiento al consumo de SPA que comprenda estándares, guías y protocolos de intervención basados en la evidencia científica, desde las acciones institucionales y el tratamiento de base comunitaria en	Institucional Comunitario Carcelario

<sup>15</sup> National Institute on Drug Abuse.

consumidores de sustancias psicoactivas		diferentes entornos con enfoque integral y de inclusión social		
		4.1.3 Orientación a las entidades territoriales para impulsar el proceso de certificación de habilitación de servicios para el tratamiento del abuso o la dependencia a sustancias psicoactivas en el marco de la normatividad vigente.	Institucional	
	4.2 Mejoramiento de la oferta de servicios con atributos de calidad	4.2.1	Generación de mecanismos con las aseguradoras que permitan la prestación de servicios de atención a consumidores de sustancias psicoactivas, como garantía al derecho de la salud.	Institucional
		4.2.2	Incorporación de sistemas de evaluación y de calidad a la red de prestación de servicios de tratamiento, que incorporen la valoración de los usuarios y sus familias, así como las incluidas en el marco normativo.	Institucional Carcelario Familiar
		4.2.3	Promoción y fortalecimiento de las redes de apoyo a través de la creación de un banco de buenas prácticas de tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas, que incluyan aquellas iniciativas que cumplan con criterios de calidad previamente definidos.	Comunitario Institucional Carcelario

#### 6.4.5 Reducción de daños

Por reducción de daños se entiende la prevención de afectaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas que no tienen la voluntad o la capacidad para dejar el uso de drogas (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013).

El componente de reducción de daños aplica a diferentes ámbitos, especialmente al comunitario, particularmente a espacios públicos, aunque tiene implicaciones para el ámbito de prestadores de servicios.

Sobre reducción de daño se viene hablando hace tiempo en Colombia y en la región de las Américas, especialmente por el auge de la epidemia por VIH/SIDA asociada al consumo de drogas inyectadas, aunque esta posibilidad de atención a los consumidores fue casi proscrita por la prevalencia de los enfoques represivos del consumo de sustancias psicoactivas (Castaño, 1999). Los reportes de los sistemas de vigilancia que se inauguraban en el país mostraban, una tendencia creciente al consumo de heroína

desde comienzos de la década de 1990 en el país, asociada a la siembra y procesamiento de la amapola (Castaño, 2002; Ministerio de la Protección Social, 2010).

Aunque el consumo de heroína en Colombia se da con mayor frecuencia por la inhalación de la sustancia previamente llevada a calentamiento, su utilización por vía inyectada es parte de la evolución del consumo individual en muchos casos (Ministerio de la Protección Social & UNFPA, 2011). Alrededor de la práctica de la inyección de drogas se presentan múltiples riesgos para la salud como las sobredosis, las afectaciones circulatorias y cardíacas, infección por VIH, hepatitis y otras enfermedades. El conjunto de comportamientos de riesgo comprende el manejo de los artículos asociados a la administración de las drogas (parafernalia) o a otras conductas vinculadas a la adquisición de la sustancia y a sus efectos, como la actividad sexual sin protección (Mejía & Pérez, 2005; Ministerio de la Protección Social & UNFPA, 2011; Berbesi, Segura, Montoya, & Mateu, 2013).

Si bien el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2008 mostró que solamente un 0,2% de la población habría estado expuesta al uso de heroína (Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, et al., 2009) y el Estudio en Población Escolarizada de 2011 indicó que el 0,5% de este subgrupo habría usado esa sustancia alguna vez en la vida (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011)<sup>16</sup>, es un hecho que el consumo de heroína se presenta de manera continua en Bogotá, Medellín, Cali, Armenia, Pereira y Santander de Quilichao (para este último caso, ver Universidad Nacional de Colombia, 2009), según diferentes investigaciones referenciadas aquí.

La aproximación a partir de la reducción de daños se enfoca en sustancias como la heroína, pero también puede llevarse al caso del consumo de otras sustancias, particularmente de aquellas que producen una alta compulsión como el basuco en Colombia.

---

<sup>16</sup>Aunque son estimaciones afectadas por el margen de error de las encuestas, resulta claro que los porcentajes de uso de la sustancia son muy bajos. Debe considerarse en todo caso que el cálculo del consumo de heroína como de basuco tiende a subestimarse puesto que los consumidores de estas sustancias no tienden a permanecer en los hogares, base del muestreo de este tipo de estudios, y son poco dados a contestar cuestionarios largos en los contextos metodológicos más tradicionales.

El basuco es una sustancia con bajos porcentajes de consumo en el país. Un 1,1% de la población general (Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, et al., 2009) y un 0,7% de los estudiantes de secundaria (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011) lo habrían usado alguna vez. Por su proceso de fabricación que incorpora bases (en el sentido químico), produce una fuerte compulsión, además se asocia con sentimientos de pánico, paranoia y agresividad. El basuco también se asocia con procesos avanzados de consumo y con marginalidad. Es más común en poblaciones de habitantes de la calle y en personas que han sido afectadas socioeconómicamente por la dependencia a otras sustancias (Castaño, 2000).

Dadas las implicaciones sanitarias y el compromiso de los derechos humanos de las personas afectadas por la dependencia a heroína y basuco, se adelantará una estrategia nacional de reducción de daño con asiento en las secretarías de salud de Bogotá DC., Antioquia, Medellín, Valle del Cauca, Cali, Risaralda, Caldas, Cauca, Norte de Santander y Quindío.

La estrategia nacional se basará en el conocimiento sobre la situación en Colombia, e incluirá la entrega de elementos de administración segura de sustancias, monitoreo en salud, y acceso a servicios de bajo umbral, basados en la experiencia lograda en el eje de mitigación de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

**Tabla 9. Estrategias y líneas de acción del componente de Reducción de Daños y Riesgos**

<b>Componente 5. Reducción de riesgos y daños:</b> Acciones orientadas a reducir los efectos negativos del uso de drogas, los riesgos asociados a las prácticas de consumo; y favorecer la accesibilidad a la red asistencial de éstos usuarios, mejorando su calidad de vida.			
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATEGIAS PLANTEADAS</b>	<b>LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS</b>	<b>ENTORNOS PRIORIZADOS</b>
Reducir los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas	5.1 Fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias	5.1.1 Desarrollo de lineamientos técnicos y operativos para la implementación de acciones en torno a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA.	Institucional
		5.1.2 Implementación del Plan Nacional de respuesta al consumo de Heroína.	Institucional Comunitario Carcelario
		5.1.3. Implementación del proceso de	Institucional

	psicoactivas	habilitación de servicios para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.	
		5.1.4 Implementación del Plan Nacional de respuesta integral al consumo de alcohol	Familiar Educativo Comunitario Laboral Institucional

## REFERENCIAS

- Berbesí, D., Segura, Á., Montoya, L., & Mateu, P. (2013). Consumo de heroína inyectada en Colombia y comportamientos de riesgo. *Salud Mental*, 36(1), 27-31.
- Bernard, O. (2013). Harm Reduction: between a humanist approach and innovation. En C. Debaulieu, N. Luhmann, & O. Maguet (Eds.), *The history & principles of harm reduction. Between public health and social change*. Francia: Médecins du Monde.
- Camacho, A., Gaviria, A., & Rodríguez, C. (2011). El consumo de droga en Colombia. En A. Gaviria & D. Mejía (Eds.), *Política antidrogas en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*. Bogotá DC.: Universidad de los Andes.
- Castaño, G. (1999). Drogas en América latina y los programas de reducción del daño. *Adicciones*, 11(4), 387-393.
- Castaño, G. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*, 12(4), 541-550.
- Castaño, G. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones*, 14(1), 87-90.
- Chan, M. (2013). Foreword by the Director-General of WHO. En K. Leepo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar, & S. Cook (Eds.), *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Malta: Ministry of Social Affairs and Health of Finland.
- Choque, R., & Chirinos, J. (2009). Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública*, 11(1), 169-181.
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (2013). Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas.
- De Vincenzi, A., & Bareilles, G. (2011). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educ.Educ*, 14(3), 577-600.

- Feinberg, M., Jones, D., Greenberg, M., Osgood, W., & Bontempo, D. (2010). Effects of the Communities That Care Model in Pennsylvania on Change in Adolescent Risk and Problem Behaviors. *Prevention Science, 11*, 163-171.
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., & Walker, L. (2005). Introduction: promoting mental health as a public health priority. En H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.
- Kumpfer, K., Xie, J., & O'Driscoll, R. (2012). Effectiveness of a Culturally Adapted Strengthening Families Program 12-16 Years for High Risk Irish Family. *Child Youth Care Forum, 41*, 173-195.
- Mejía, I. E., & Pérez, A. (2005). La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente, *17*(3), 251-260.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2011). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia 2011*. Bogotá DC.: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2014). *El problema de las drogas en Colombia. Acciones y resultados 2011-2013* (Observatorio de Drogas de Colombia.). Bogotá DC.: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, & Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá DC.: Unodc.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en*

*los servicios de salud amigable para adolescentes y jóvenes*. Bogotá DC.: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupeficientes. (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia*. Bogotá DC.: Dirección Nacional de Estupeficientes.

Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupeficientes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá DC.: Editorial Guadalupe.

Ministerio de la Protección Social, & UNFPA. (2011). *Contexto de vulnerabilidad al VIH/Sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (Codar) en las ciudades de Medellín y Armenia* (Fondo de Población de las Naciones Unidas.). Bogotá DC.

NIDA. (2009). DrugFacts: Enfoques de tratamiento para la drogadicción. Recuperado a partir de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>

Observatorio Interamericano de Drogas. (2011). *Uso de drogas en Las Américas, 2011*. Washington DC.: Organización de Estados Americanos.

OEA. (2005). *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar*. Washington DC.: Organización de Estados Americanos.

OEA. (2013). *El problema de las drogas en Las Américas: Estudios. Drogas y salud pública*. Washington DC.: Organización de Estados Americanos.

OMS. (1967). *Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



- Paglia, A., & Room, R. (1998). Preventing substance use problems among youth: a literature review & recommendations. *Research Document No. 142. Addiction Research Foundation Division Centre for Addiction and Mental Health.*
- Pérez, A., & Scoppetta, O. (2008). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia 2008.* Bogotá DC.: Corporación Nuevos Rumbos.
- Pérez, A., Scoppetta, O., & Flórez, L. (2011). Age at onset of alcohol consumption and risk of problematic alcohol and psychoactive substance use in adulthood in the general population in Colombia. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research, 1(1), 19-24.*
- Pérez de La Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones, 24(2), 153-160.*
- Rodríguez, E. (1996). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1996.* Bogotá DC.: Carrera 7.
- Schinke, S., Fang, L., & Kristin, C. (2009). Computer-Delivered, Parent-Involvement Intervention to Prevent Substance Use among Adolescent Girls. *Preventive Medicine, 49(5), 429-435.*
- Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias.* Bogotá DC.: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Single, E., Christie, P., & Ali, R. (2000). The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy, 21(2), 157-186.*
- Sloboda, Z. (2008). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. En S. Rödner, B. Olsson, & R. Room (Eds.), *A cannabis reader: global issues and local experiences Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe.* Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

Universidad Nacional de Colombia. (2009). Evaluación rápida de la situación de consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca. Ministerio de la Protección Social; Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

UNODC, & OMS. (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

West, S., & O'Neal, K. (2004). Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *American Journal of Public Health, 24(6)*, 1027-1029.



# Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Profamilia



PROSPERIDAD  
PARA TODOS



# “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”

EDM COMUNICACIONES  
**Corrección de textos**

Agencia Alma Digital S.A.S

JESÚS ALBERTO GALINDO PRADA  
**Dirección de Arte/ Diseño Gráfico**

SEBASTIÁN RODRÍGUEZ ZALDÚA  
**Diseño Gráfico**

KARLOS F. BAKKA R.  
**Ilustración**

Profamilia



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS



---

## Ministerio de Salud y Protección Social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE  
**Ministro de Salud y Protección Social**

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ  
**Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios**

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ  
**Viceministro de Protección Social**

GERARDO BURGOS BERNAL  
**Secretario General**

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA  
**Director de Promoción y Prevención**

RICARDO LUQUE NÚÑEZ  
**Asesor Dirección de Promoción y Prevención**  
**Coordinador Grupo SSR**

LAURA PAREJA AYERBE  
**Jefe Oficina de Comunicaciones**

---

## Equipo Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos MinSalud

CARLOS MAURO VANEGAS  
CIELO RÍOS  
DIEGO QUIROGA  
DIEGO OTERO  
DIVA MORENO  
GERMÁN GALLEGO  
GLORIA PUERTA  
JOHANNA BLANCO  
LILIANA ANDRADE  
LILIANA GUARÍN  
LORENZA OSPINO  
MARCELA ENCISO  
MARGARITA BERNAL  
PILAR CARDONA  
RICARDO LUQUE  
ROBERTO PUA  
SIDIA CAICEDO  
SOFÍA JARAMILLO

## Profamilia

MARTA ROYO  
**Directora Ejecutiva**

JUAN GONZALO LÓPEZ C.  
**Gerente de Salud**

LUZ JANETH FORERO M.  
**Directora del Equipo  
Técnico para la Política**

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ.  
**Asesora Experta**

JUAN CARLOS CASTELLANOS  
**Coordinador Administrativo  
para la Política**

ALBA IRINA SERNA

ALICIA COTES

ÁNGELA GONZÁLEZ

ARISMELDY MEDINA

BEATRIZ MORENO

CARLOS VARGAS

CARMEN CECILIA VIDES

CATALINA MARÍA MUÑOZ

CLAUDIA GÓMEZ

DAIDY REDONDO S.

DARLY NAYIBE PEÑA

DORIAN JULIET GÓMEZ O.

FERNANDO RUIZ V.

ISABEL CRISTINA ESCOBAR

KAREN APARICIO

MARCELA MEDINA

MARCELA MERCADO

MARÍA CRISTINA CALDERÓN

PAOLA GUTIÉRREZ

PATRICIA OSPINA

RONAL ANDRÉS JIMÉNEZ

SANTIAGO PÁEZ F.

XIOMARA HERNÁNDEZ

**Equipo Técnico**

ANDREA DEL PILAR ACERO A.

CARLOS IVÁN PACHECO

HENRY EDUARDO VARGAS A.

**Revisores**

LUZ HELENA SÁNCHEZ A.  
**Oficina de Comunicaciones**

## Organización Internacional para las Migraciones - OIM

MARCELO PISANI CODOCEO  
**Jefe de Misión**

ALEJANDRO GUIDI  
**Jefe de Misión Adjunto**

BEATRIZ GUTIÉRREZ RUEDA  
**Oficial de Salud y Migración**

ALEJANDRO RODRÍGUEZ AGUIRRE  
**Oficial Adjunto de Salud y Migración**

DANIEL FERNÁNDEZ  
**Oficial de Prensa e Información Pública**

LUZ MARINA MUÑOZ IGLESIAS  
**Monitora Política Nacional de  
Salud Sexual y Reproductiva.**

## Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

LUCY WARTENBERG  
**Representante Auxiliar**

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ.  
**Asesora en salud sexual  
y reproductiva**

MARTHA LUCÍA RUBIO M.  
**Asesora en VIH/Sida y juventud**





# Contenido

<b>Presentación</b> .....	9
<b>Agradecimientos</b> .....	11
<b>Introducción</b> .....	13
<b>1. Antecedentes</b> .....	23
1.1 Reseña Histórica.....	25
1.2 Marco Jurídico internacional y nacional que la sustenta.....	29
1.3 Contexto epidemiológico.....	31
<b>2. Marco conceptual</b> .....	35
<b>3. Principios</b> .....	47
3.1 La sexualidad es una condición humana.....	48
3.2 Igualdad y Equidad.....	49
3.3 Diversidad y no discriminación.....	49
3.4 Diferenciación entre sexualidad y reproducción.....	50
3.5 Libertad sexual y libertad reproductiva.....	50
3.6 Vinculación entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y el marco normativo.....	51
3.7 Reconocimiento de las acciones para la garantía de los derechos.....	32
3.8 Responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción.....	32
3.9 Integralidad y no fragmentación para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.....	52
3.10 Armonización.....	52
<b>4. Visión</b> .....	53
<b>5. Propósito</b> .....	55
<b>6. Alcance</b> .....	57
<b>7. Componentes y temáticas de especial interés</b> .....	59
<b>8. Objetivos y Acciones</b> .....	65
8.1 General.....	66
8.2 Objetivos Específicos y Acciones.....	67
8.2.1 Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.....	67
8.2.1.1 Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación.....	67

8.2.1.2	Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental.....	68
8.2.1.3	Proteger la privacidad de las personas.....	70
8.2.1.4	Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria .....	71
8.2.1.5	Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía.....	72
8.2.2	Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva.....	73
8.2.2.1	Garantizar el acceso de las personas a los beneficios de los avances científicos.....	73
8.2.2.2	Facilitar el acceso permanente a la información .....	75
8.2.2.3	Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables para posibilitar la decisión sobre la paternidad y la maternidad .....	76
8.2.3	Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva .....	76
8.2.3.1	Fortalecer los mecanismos y sistemas de respuesta para la atención de eventos adversos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción .....	76
8.2.3.2	Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción.....	78
<b>9.</b>	<b>Estrategias .....</b>	<b>79</b>
9.1	<b>Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud .....</b>	<b>80</b>
9.1.1	Políticos y normativos .....	81
9.1.2	Capacidad de las instituciones .....	82
9.1.3	Excelencia del talento humano .....	82
9.1.4	Sistemas de información y registro de eventos.....	82
9.1.5	Gestión del control, ajuste y rediseño.....	83
9.2	<b>Generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados ..</b>	<b>83</b>
9.2.1	Coordinación intersectorial e interinstitucional .....	84
9.2.2	Generación de acuerdos y alianzas.....	84
9.2.3	Promoción de sinergias.....	84
9.3	<b>Movilización social .....</b>	<b>85</b>
9.3.1	Promoción de la participación social.....	85
9.3.2	Fortalecimiento de la organización social de base .....	86
9.3.3	Formación de redes sociales solidarias.....	86
9.4	<b>Gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.....</b>	<b>87</b>
9.4.1	Generación de estrategias de comunicación masiva e interpersonal.....	87
9.4.2	Fortalecimiento de las manifestaciones comunicativas sociales .....	88
9.4.3	Fortalecimiento del uso de redes sociales comunicativas .....	89

9.5 Gestión de conocimiento.....	90
9.5.1 Fortalecimiento de los sistemas de información, seguimiento y evaluación.....	91
9.5.2 Fortalecimiento de los sistemas de investigación.....	92
<b>10. Seguimiento, monitoreo y evaluación.....</b>	<b>93</b>
10.1 Control Institucional.....	95
10.2 Control Social.....	95
10.3 Rendición de Cuentas:.....	95
<b>11. Responsabilidad de los Agentes.....</b>	<b>97</b>
11.1 Superintendencia de Salud.....	98
11.2 Ministerio de Salud y Protección Social.....	99
11.3 Organismo Territorial de Salud.....	99
11.4 Empresas Promotoras de Servicios de Salud o su equivalente.....	99
11.5 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o su equivalente en todos los regímenes.....	100
11.6 Instituto Nacional de Salud.....	100
11.7 Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y otras asociaciones y facultades de formación de personal de la salud.....	100
11.8 Sector Educativo.....	101
11.9 Sector Cultura.....	102
11.10 Sector Comunicaciones.....	103
11.11 Sector Recreación y Deportes.....	104
11.12 Sector Protección.....	104
11.13 Sector Justicia.....	104
11.14 Sector Defensa.....	105
11.15 Sector Ambiente.....	105
11.16 Sector Hacienda.....	105
11.17 Ministerio Público.....	105
11.18 Registraduría Nacional del Estado Civil.....	106
11.19 DANE.....	106
11.20 Empresa Privada.....	106
<b>12. Financiación.....</b>	<b>107</b>
<b>13. Plan Operativo.....</b>	<b>109</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>135</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>145</b>



# Presentación

**L**a construcción de políticas públicas que transformen profundamente las realidades sociales es el mayor anhelo de las instituciones verdaderamente comprometidas con la población como depositaria real de la acción del Estado. La complejidad de este propósito exige aplicar todos los recursos humanos, conceptuales y metodológicos posibles, para que esas políticas se conviertan en el camino que debe ser recorrido, marquen el norte de un presente y un futuro mejor y apalanquen diversos procesos centrados en el desarrollo de las personas.

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, se concibió como idea, para desarrollar una de las dimensiones prioritarias definida en el Plan Decenal de Salud Pública, por ello tiene como vocación concreta y la preocupación constante del Ministerio de Salud y Protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios.

Este ha sido el propósito que ha inspirado de manera esencial todos los momentos de construcción de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que hoy se presenta a Colombia, en la cual la combinación del conocimiento surgido de la revisión de fuentes secundarias, con la información primaria, recabada de diferentes agentes sectoriales e intersectoriales nacionales y territoriales, las organizaciones de la sociedad civil y los expertos temáticos, marcaron los derroteros y proporcionaron el soporte a todas y cada una de las apuestas que se plasmaron en la presente Política, las cuales pretenden darle un nuevo sentido y resignificar la vivencia de la sexualidad como condición esencialmente humana y su pleno disfrute, desde una visión ampliada que incluye lo relacional-comunicacional, erótico,

afectivo y reproductivo, donde se entienda el cuerpo como el espacio para el desarrollo político y social en el ejercicio de la ciudadanía.

Se espera entonces que esta Política dirija el salto cualitativo, que desde su formulación pretende, en la manera como se aborda la sexualidad y la reproducción en el sector salud, e incida de manera decidida en la acción intersectorial como pilar fundamental para la efectividad de los modelos de Atención Primaria en Salud; también se tiene la confianza en que la Política pueda motivar profundamente al recurso humano encargado de su implementación, para que cada día incremente aún más su conocido compromiso con la defensa y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos para todas y todos.

**Ministerio de Salud y Protección Social**

# Agradecimientos

**L**a Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos reproductivos, es una realidad, gracias al apoyo decidido, comprometido y generoso de cerca de seiscientas personas pertenecientes a Instituciones del orden nacional y territorial, entre las que se destacan las Entidades Territoriales de Salud, Educación, Ministerio Público, Mecanismos de Género, EPS, IPS, en los departamentos y municipios que fueron focalizados y quienes desde su experiencia enriquecieron este documento con sus invaluable ideas.

Así mismo, contó con la participación de representantes de las Organizaciones de la Sociedad Civil, emplazados en las cuatro principales ciudades del país, quienes desde su entrega a las causas ciudadanas, precisaron muchos de los contenidos que abarca esta Política, al igual que lo hicieron los Organismos Internacionales de cooperación, representados en UNFPA, OPS, ONU mujeres y OIM.

Tampoco se puede olvidar el apoyo personal de expertas y expertos procedentes, en su mayoría de la academia y ampliamente reconocidos por su trasegar histórico en la defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de mujeres y hombres entre los que se cuentan doctoras y doctores como: Argelia Londoño, Carlos Iván Pacheco, Luz Helena Monsalve, Olga Restrepo, Juan Guillermo Londoño, Ana Cristina González, Claudia Valencia, Rafaela Voss, Alexandra Marthe, Ana Inés Ricaurte, Gloria Penagos, Gloria Soto, Sara Fernández, Jorge Martín Hernández, Esperanza Blandón, Javier Omar Ruiz, Mercedes Borrero, Bibiana Pazmiño, Bernardo Agudelo, Piedad Osorio; Teresa Aristizábal, Ana Ríos, Pío Iván Gómez, Karen García, Vanessa Sánchez, Alejandra Moreno, Darlin Ayala, Yaneth Martínez, Dilia Rodríguez, Juliana Restrepo, José Méndez, Judith Botero, Clara Restrepo, Joaquín Gómez, Nancy Gallo, Diana Molina, Diana Martínez, Felix Quitiana, María Tránsito Díaz del Castillo, Jorge Encizo, Adriana Isaza, Víctor Manuel Zuluaga, Jacqueline Acosta de la Hoz y Martha Ospina.

De manera especial es preciso resaltar el liderazgo permanente del Dr. Ricardo Luque, Coordinador del Grupo de SSR del Ministerio;

el incondicional acompañamiento experto de la Dra. Mary Luz Mejía G; la inigualable diligencia de la Dra. Luz Marina Muñoz I. y la dirección comprometida de la Dra. Luz Janeth Forero M., Directora del Equipo Técnico de Profamilia, quienes permitieron consolidar este proyecto.

A todos ellos que aportaron significativamente para hacer posible la construcción de esta apuesta de país, nuestro más sincero reconocimiento y gratitud.





# Introducción



# Introducción



**A**nivel internacional existe consenso sobre las rápidas transformaciones en el abordaje de la vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como de los avances en algunos indicadores relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en Colombia, lo cual ha significado reducción de la fecundidad general, control en la expansión de algunas infecciones de transmisión sexual, el fortalecimiento de la capacidad para ejercer la autonomía sobre el uso de anticonceptivos modernos, la apertura de servicios especiales para adolescentes o para la atención de eventos como las violencias sexuales y la atención integral del VIH, entre otros.

Estos avances también han implicado la apropiación e incorporación efectiva, en ciertos ámbitos, del enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos, proceso que ha develado condiciones que estuvieron ocultas socialmente como las violencias basadas en género, las distintas formas de discriminación ligadas a la orientación sexual, la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad de cualquier tipo, o en el conflicto armado y la identificación de aspectos para los cuales aún no hay total comprensión o capacidad de respuesta y que se traducen en perpetuación de inequidades concentradas en eventos que perviven en la realidad actual del país, como la muerte materna, el embarazo en la infancia y la adolescencia, la lenta reducción de la mortalidad por cánceres relacionados con la sexualidad y la reproducción de hombres y mujeres; la poca atención a la salud sexual de personas adultas mayores.

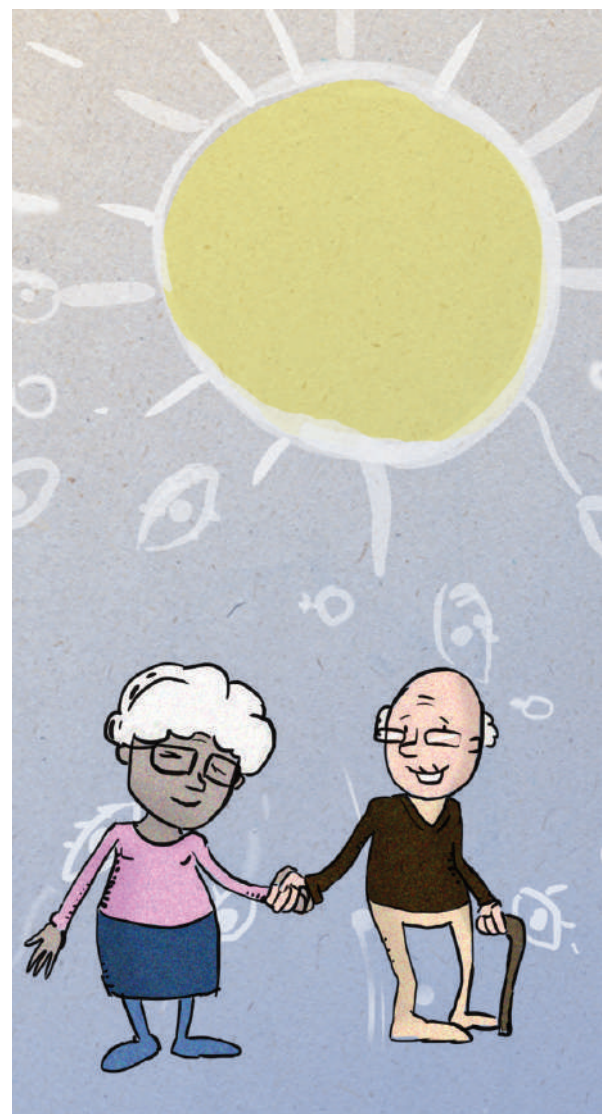
A nivel internacional existe consenso sobre las rápidas transformaciones en el abordaje de la vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como de los avances en algunos indicadores relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en Colombia.

Estas dos caras muestran, por una parte, el interés del Estado colombiano para tomar decisiones en este aspecto, pero de otro lado, evidencian la urgencia de enfrentar los retos que se deben asumir y que no pueden seguir siendo aplazados.

La historia del país ha transcurrido por significativos cambios sociales y económicos que han dado espacio y curso a acciones de promoción, abordaje, exigibilidad y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, situación que ofrece ventajas, pero que también exige al Estado construir políticas, propuestas y líneas de acción sobre la sexualidad y la reproducción fundamentadas en la solidaridad, el bienestar y el desarrollo humano sostenible. Por ello, y pasados más de diez años de haber sido formulada la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce la necesidad de revisarla y actualizarla, ratificando así su compromiso con los más importantes avances y desafíos que estas cruciales visiones proponen al ejercicio efectivo de los derechos y la garantía integral de las demandas en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

La actualización de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) se estructura a partir de los postulados que el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021 propone, al definir la sexualidad como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos. Otra condición recogida del Plan, se relaciona con la superación del paradigma prevalente sobre el cual gravitaba la salud sexual, asociada a las patologías que la afectan, posición que ha restringido logros sustanciales, para que la población colombiana, independientemente de su edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, cultura, situación económica, nivel educativo, la viva plenamente dentro de un marco de derechos.

Otras formas de conculcación de derechos ocurren en grupos poblacionales que se encuentran inmersos en las condiciones de vulnerabilidad dadas para las personas con discapacidad, privadas de la libertad o en custodia; así como para los habitantes de calle, personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas (comunidades LGBTI) o en situación de trabajo



Por ello, y pasados más de diez años de haber sido formulada la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce la necesidad de revisarla y actualizarla.

sexual, víctimas del conflicto armado y desplazamiento. Estos grupos por diversos factores encuentran limitación grave para el disfrute de la sexualidad o la reproducción de manera plena, satisfactoria, informada, libre y responsable; estas condiciones inducen el señalamiento sobre la necesidad permanente de aplicación del enfoque diferencial en todos los procesos de atención a la salud sexual y la salud reproductiva que permitan la consideración de sus necesidades específicas.

Por ello, la apuesta del Ministerio en primer orden es posicionar la dimensión de “Sexualidad” dentro del discurso y la práctica de los Derechos Humanos, donde se desarrollen los derechos sexuales y los derechos reproductivos, lo cual exige tanto explicitar el enfoque como encontrar los caminos para su instrumentalización o materialización efectiva a través de la prestación de los servicios de manera decidida dentro del sector salud, en coordinación con los otros sectores y la comunidad, los cuales son fundamentales para el logro de este propósito, como lo establece el modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

Es importante señalar también que esta Política encuentra sustentación y vínculos en los instrumentos de derecho internacional y las declaraciones de tales escenarios en los cuales el país se ha comprometido como, por citar solo algunos, la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 (Informe de la III Conferencia sobre Población y Desarrollo, 1994), su plan de acción y los distintos encuentros regionales y globales que de ella se desprenden poniendo de relieve el reciente “Consenso de Montevideo”, donde entre otros, se señalaron los obstáculos para el logro de los objetivos en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos a pesar del reconocimiento de que estos derechos *“son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza”*. (Informe del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, 2013)

La necesidad de concretar las anteriores ideas en el escenario nacional y su coincidencia con la Ley 1438 de 2011 que ordena el diseño del PDSP y su desarrollo a través de políticas sectoriales que apliquen enfoques, concepciones y temáticas específicas de la salud, para que en el país se alcance el más alto nivel de bienestar, es lo que sustenta el empeño del Ministerio por revisar y actualizar la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

La apuesta del Ministerio en primer orden es posicionar la dimensión de “Sexualidad” dentro del discurso y la práctica de los Derechos Humanos, donde se desarrollen los derechos sexuales y los derechos reproductivos.





En esa perspectiva, se diseñó un proceso de revisión y actualización de la PNSSR 2003-2007, con vigencia hasta la fecha. En cuanto a la revisión y la determinación del grado de implementación se realizaron acciones valorativas las cuales permitieron luego proceder a su actualización. Para ello, se aplicó una metodología de investigación cualitativa basada fundamentalmente en: 1) Revisión y análisis de información secundaria referida a los últimos diez años de existencia de la Política. 2) Entrevista de agentes sectoriales nacionales y de otros sectores con competencia en temas de derechos sexuales y derechos reproductivos; igualmente, entrevista de agentes sectoriales y de otros sectores del nivel territorial en diez departamentos y treinta y dos municipios seleccionados a través de un método basado en el comportamiento más dinámico o menos dinámico de algunos indicadores de las ENDS 2005, 2010, relacionados con sexualidad y reproducción. 3) Conversación con la sociedad civil organizada a través de mesas de trabajo en las cuatro principales ciudades del país, con el objeto de recoger su sentir y sus propuestas para la actualización, y en las cuales participaron de manera especial organizaciones de personas con discapacidad. 4) Consulta a expertos, también en las mismas cuatro ciudades para explorar percepciones frente a la Política 2003-2007, identificar prioridades de actualización y validación del documento propuesto.

La estrategia metodológica que puede ser consultada en el anexo No. 1, buscó responder a preguntas relacionadas, con los principales avances, barreras y retos de la implementación de la PNSSR 2003-2007, lo cual no se trató de una evaluación de resultados y menos de impacto, pero sí de una revisión de procesos misionales, de gestión y apoyo relacionados con esa implementación, a través de las percepciones de las personas entrevistadas, cuyos resultados orientaron la actualización.

Entre los procesos en los cuales se centró la revisión de la Política se destacan: los misionales

como la identificación de enfoques aplicados a la promoción y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; mecanismos para la adopción y adaptación del marco normativo y programático; identificación de beneficiarios; diseño de las estrategias y realización de las acciones que definía la Política; procesos de direccionamiento, seguimiento y gestión como el uso de la información para tomar decisiones y desarrollo de la investigación y finalmente los procesos de apoyo atinentes al recurso humano y financiero dedicado a su implementación. Así mismo, se exploraron las expectativas de los diferentes voceros sectoriales y de la sociedad civil frente a los contenidos imprescindibles que debería señalar la Política en su actualización para el período 2014-2021.

A partir de la aplicación de la estrategia metodológica se establecen como principales resultados, los cuales se presentan a través de 14 estudios de caso en el anexo No. 2, que la PNSSR 2003-2007, que ha tendido continuidad hasta hasta la fecha, abrió un importante camino y marcó derroteros, en especial para la prestación de los servicios según las líneas de acción que fueron definidas por ella, lo cual permite afirmar que fue una política exitosa y que algunos desarrollos normativos se apalarcaron en ella; sin embargo, también es preciso señalar que su implementación en el territorio nacional y por ende sus logros son dispares y heterogéneos tanto desde lo geográfico como lo poblacional. No obstante, se valora especialmente el direccionamiento que la Política proporcionó para la inclusión de nuevos programas de promoción y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo departamentales y municipales, aspecto que se identifica coincidente en los territorios de mayores avances en estos temas.

En lo misional, las personas participantes critican el abordaje biologista de la sexualidad; del mismo modo encuentran una amplia identificación, desde lo teórico, con el enfoque



de derechos y diferencial en todos sus componentes, al tiempo que estos se observan como un elemento conceptual clave pero con baja instrumentalización o puesta en práctica. La acción y beneficiarios de la Política se centró en la población adolescente, las mujeres gestantes y las mujeres víctimas de violencia, de ahí la alta frecuencia de acciones nacionales y territoriales en materia de prevención del embarazo adolescente y la mortalidad materna, probablemente también jalonadas por otros referentes normativos y políticos que las impulsan como el CONPES 147 de 2012. Pero también se identifica que la línea de violencia doméstica y sexual, redefinida como violencias de género, si bien se reconoce ampliamente, se advierte sobre las dificultades para la precisión en la aplicación de acciones en el sector salud.

Las personas entrevistadas señalaron las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) y la búsqueda de articulación intersectorial como las de especial desarrollo, al tiempo que evidencian su mayor peso por la condición de ser las más propias de la gestión, pero no las relacionan con cambios en los perfiles epidemiológicos o con la producción de impacto. Frente a la participación social, si bien la entienden como uno de los pilares de la atención primaria en salud, consideran que no alcanzó un importante dinamismo.

A pesar de lo antes dicho, los procesos de gestión fueron relatados como de limitado alcance y con pobres mecanismos de seguimiento y evaluación. Se identifican procedimientos de recaudo de datos para los eventos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en el Sistema de Vigilancia en Salud, SIVIGILA y en otros sistemas de información en salud; aunque poco avance en la investigación a nivel nacional, con excepción de las grandes ciudades. Sin embargo, se reconoce la gestión de conocimiento a través del seguimiento a los indicadores y los análisis de situación de salud. Finalmente, en lo relacionado con los procesos de apoyo, se acusa escasez de recurso humano permanente, calificado, cualificado técnica y éticamente, así como, la limitación del recurso financiero.

En virtud de lo anterior, la actualización de la PNSDSDR, para lograr una concepción ampliada de la sexualidad, que la sitúe como condición humana y humanizante que se da en un contexto relacional, centra su propósito en el reconocimiento de las vivencias de la sexualidad vinculada a la autobiografía, el afecto, el erotismo, el disfrute, el placer y su influencia directa sobre el bienestar y la salud física, mental, social y el ejercicio de los derechos y la ciudadanía plena.

Esto contribuirá a superar los paradigmas de la sexualidad como riesgo y la gestión de salud solo limitada a evitar la ocurrencia de eventos negativos o patologías. La nueva Política asume la sexualidad desde su potencialidad en la realización de los seres humanos y como insumo en la creación de transformaciones políticas y sociales para el logro de la calidad de vida, la solidaridad humana y la ciudadanía.

La PNSDSDR 2014-2021 se fundamenta en el enfoque de derechos, aplicados a lo sexual y a lo reproductivo y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado al enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según se contempla en la Ley Estatutaria. También se demanda que los derechos sexuales y los derechos reproductivos se consideren de manera independiente, sin desconocer sus múltiples interrelaciones, tanto en la garantía como en el ejercicio y que sea posibilitada su realización en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en dos sentidos: 1) Analizar e identificar los factores que los determinan y 2) Precisar las intervenciones que favorezcan la superación de las inequidades, aspectos para los que se requiere aplicación de estrategias de promoción, alianzas, diseño de planes intersectoriales, que rompan el ciclo que perpetúa esas inequidades y falta de garantía de derechos dentro de un enfoque sistémico de la gestión.

En esta medida, la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos tiene como propósito el bienestar de todas y todos, con sus implicaciones positivas sobre el desarrollo de las personas, a partir de la libertad e igualdad para salvaguardar la dignidad humana y donde el cuidado de sí se tenga como una práctica social mediante la cual la solidaridad y el respeto mutuo sean faros que orienten la búsqueda de la realización integral del sentido de lo humano.

En cuanto a los ejes y mecanismos de adopción, esta Política se presenta como una directriz general, de orden nacional, que reconoce temáticas habituales relacionadas con la sexualidad y la reproducción, sobre las cuales desde una apuesta por su integración, se debe seguir avanzando; aunque también propone la incorporación de nuevos temas desde una visión de futuro. Igualmente, la Política se ampara en normas de carácter vinculante, e insta a la adopción y adaptación en los territorios a través de su inclusión en las agendas y planes operativos acordes con las realidades y contextos históricos, políticos, económicos, sociales, poblacionales, culturales y territoriales específicos.

La garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos tiene como propósito el bienestar de todas y todos, con sus implicaciones positivas sobre el desarrollo de las personas, a partir de la libertad e igualdad para salvaguardar la dignidad humana.

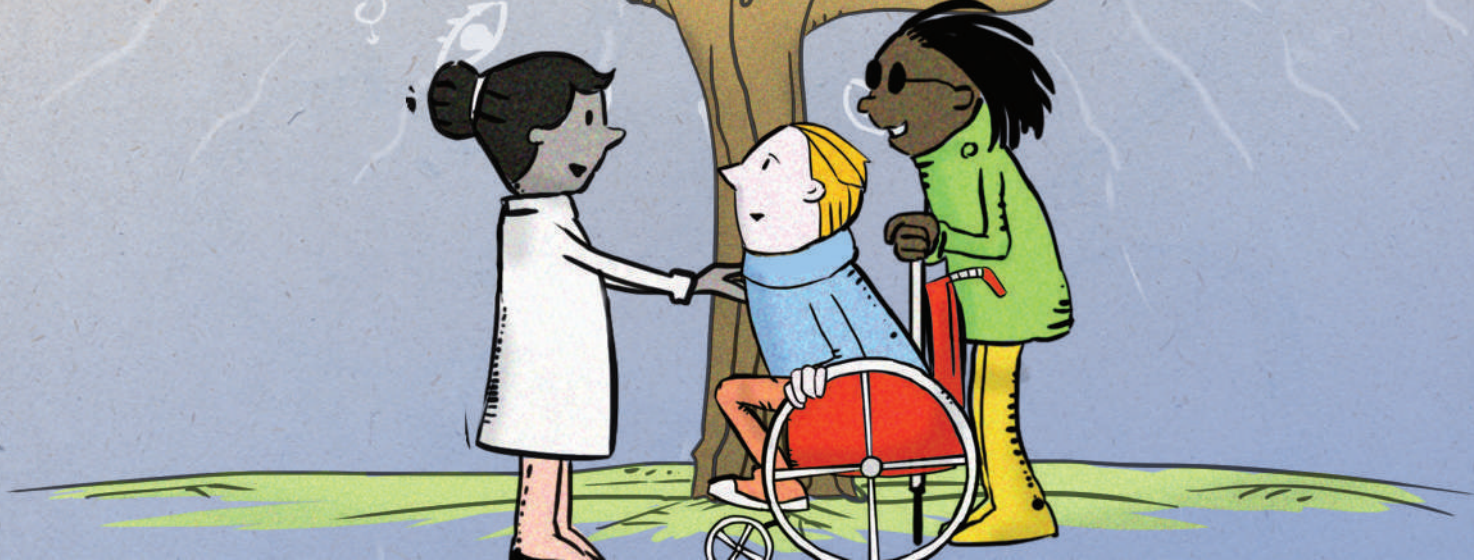
Por lo tanto, la nueva Política se dirige a la totalidad de los habitantes del territorio nacional, independientemente de sus circunstancias de diversidad, armonizada con los enfoques de derechos, género, diferencial, entre otros, dentro de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud. En este aspecto, es preciso reconocer que hombres y mujeres tienen requerimientos diferentes en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, por lo tanto, deben prepararse respuestas institucionales para unos y otras; de igual modo, es importante resaltar el esfuerzo que debe hacerse para incluir aspectos relacionados con las masculinidades. Esta es una manera de lograr equidad en las relaciones de género, formando a hombres y mujeres en el cuidado de su salud sexual y su salud reproductiva y en la corresponsabilidad que del ejercicio de la sexualidad se desprenda.

También se pretende el reconocimiento de las necesidades de abordar los derechos relacionados con la vivencia de la sexualidad en todas las etapas del ciclo vital en especial en niños, niñas y personas adultas mayores, para que la garantía de estos derechos se alcance en términos de realización y el disfrute que ella conlleva. Del mismo modo, se hace énfasis en las víctimas de la violencia basada en género y la violencia sexual, ocurra esta en el marco del conflicto armado o fuera de él y que afecta principalmente a mujeres, niñas y adolescentes, pero que también compromete a los hombres quienes de manera oculta sufren por su condición de masculinidad y se ven limitados en reconocerse como víctimas.

La nueva Política se dirige a la totalidad de los habitantes del territorio nacional, independientemente de sus circunstancias de diversidad, armonizada con los enfoques de derechos, género, diferencial, entre otros, dentro de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud. ■

Los componentes que desarrolla la Política son los definidos por el PDSP en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos: 1) Promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género y 2) Prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derechos que se desarrollan a través de tres líneas operativas señaladas en el mismo PDSP: 1) Promoción de la salud; 2) Gestión del riesgo en salud y 3) Gestión de la salud pública; las cuales serán desarrolladas con diferentes acciones en función de estrategias como: 1) Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud; 2) Generación de alianzas y sinergias entre sectores y agentes competentes e interesados, determinante para el éxito de una Política de esta naturaleza; 3) Movilización social, como uno de los pilares de la Atención Primaria en Salud; 4) Gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que involucra el componente educativo y 5) Gestión de conocimiento.





Estas deben ser enriquecidas con las estrategias derivadas de la armonización con otras políticas que le son afines, como las de género, salud mental, discapacidad, convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar; la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, políticas de reparación de víctimas o prevención de la criminalidad, restitución de tierras, entre otras políticas económicas y sociales como las de equidad que incluye vivienda, calidad de la educación, hábitat y medio ambiente y toda la inversión del Estado en los procesos sociales para potenciar el desarrollo humano.

Dado que esta Política orienta el desarrollo de las acciones relacionadas con la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos dentro del SGSSS, motiva a la convergencia entre las acciones individuales y de carácter meramente asistencial que el Sistema propone, con el redireccionamiento hacia ejercicios más holísticos, integrales e integrados con las acciones colectivas que demanda el trabajo en salud pública.

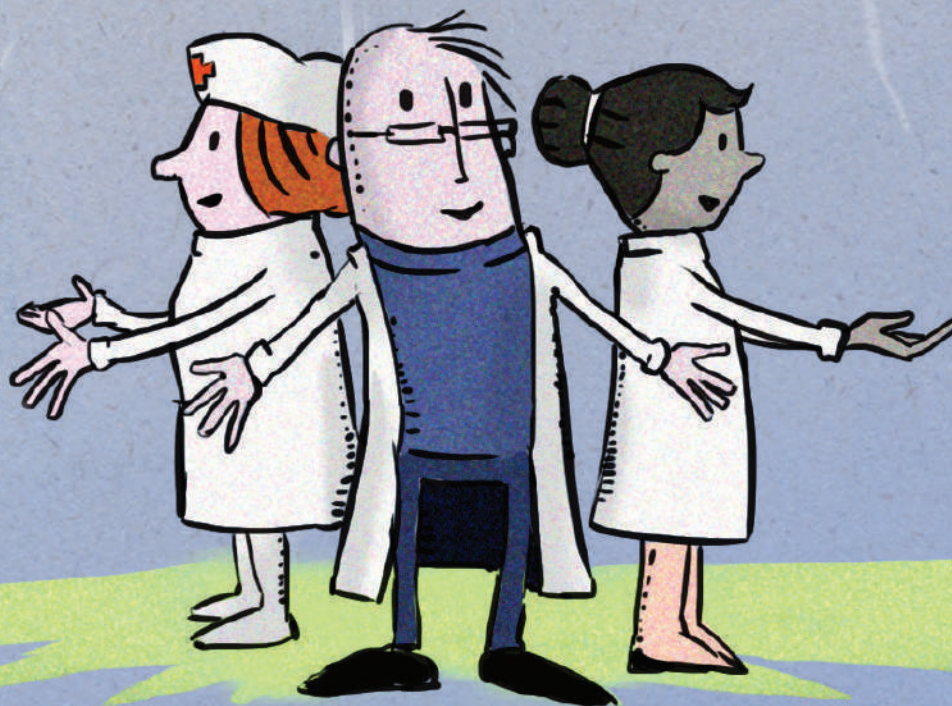
La presente Política, se instrumentaliza en el Plan Operativo que la desarrolla, el cual se espera sea utilizado como herramienta para la planeación territorial en los aspectos de responsabilidad sectorial y transectorial en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Además, se requiere la implementación de modelos de gestión, seguimiento y evaluación, basados en un enfoque sistémico que privilegien las acciones interinstitucionales, la obtención de sinergias, la retroalimentación y la auto-recomposición del sistema, que a su vez adviertan sobre los avances en su implementación, sus resultados e impacto. Frente a la necesidad de medición de los logros se apunta a que el actual sistema de indicadores sea paulatinamente complementado con otros tipos de registros que den cuenta del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y de las brechas prevalentes e inequidades que deben ser abordadas desde la atención básica, en las condiciones que ya han sido enfatizadas.

La presente Política, se instrumentaliza en el Plan Operativo que la desarrolla, el cual se espera sea utilizado como herramienta para la planeación territorial en los aspectos de responsabilidad sectorial y transectorial en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

En cuanto a los procesos de apoyo, la orientación se dirige a la consolidación de un talento humano capacitado en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, con actitud para brindar atención solidaria y de calidad y con estándares de excelencia en la práctica profesional. Los recursos financieros requeridos para la implementación de la Política, se encuentran en diversas fuentes entre las cuales se destacan: el Plan Obligatorio de Salud (POS), que contempla todos los elementos normativos para el desarrollo de acciones individuales relacionadas principalmente con la prestación de servicios y la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; y en los recursos destinados al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las cuales deben ser distribuidas de manera equitativa, según las dimensiones prioritarias que contempla el PDSP; adicionalmente y como un componente fundamental de ese universo, se encuentran los recursos para la Gestión de la Salud Pública, a cargo de los gobiernos locales y desarrollada a través de las diferentes agencias con competencia para ello.

Finalmente, la Política coincide con buena parte de las recomendaciones que la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), ha entregado al país, especialmente en la necesidad de trabajar en su ejecución y evaluación bajo enfoques sistémicos que propicien una verdadera y efectiva coordinación interinstitucional, el uso racional y efectivo de recursos y la disposición de robustos y confiables sistemas de información, al tiempo que se fortalezcan los procesos de planeación técnica, aspectos que tal y como se ha consagrado en la Política fueron referenciados y analizados a lo largo de todo su proceso de diseño.

Dentro de este marco de referencia se desarrollarán todos los procesos necesarios en el sector de la salud, para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos durante los próximos años, con lo cual buscará que todas y todos los habitantes del territorio nacional en Colombia, disfruten de una vida sexual y una vida reproductiva, digna, libre, igualitaria y autónoma.



# 1. Antecedentes



# 1. Antecedentes



## 1.1 Reseña Histórica

La revisión de la PNSSR 2003 - 2007 y su actualización como PNSDSDR 2014 - 2021, es una oportunidad de revivir la historia cursada para la defensa de estos derechos en Colombia. Si bien las expresiones *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Salud Reproductiva* se han generalizado a partir de la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas<sup>1</sup> (Informe de la III Conferencia sobre Población y Desarrollo, 1994), y su interpretación se ha llenado de contenido en los últimos veinte años, de modo tal que al abordar el tema de la reproducción, se reconocen momentos diferentes que se documentan a partir de la aplicación de las estrategias para controlar el crecimiento acelerado de la población o “*explosión demográfica*”. Los datos relataban que los habitantes del mundo entre 1930 y 1945 se habían duplicado (Echeverry, 1991), por lo que se pensó en la reducción de los nacimientos.

En la década del 70, en la cual se llevó a cabo la I Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1974), algunos países iniciaron la aplicación de políticas de “*control de la natalidad*” en consideración a que se sostenía que el crecimiento demográfico obstaculizaba el desarrollo. Sin embargo, esta postura se moderó promoviendo políticas que

La revisión de la PNSSR 2003 - 2007 y su actualización como PNSDSDR 2014 - 2021, es una oportunidad de revivir la historia cursada para la defensa de estos derechos en Colombia.

<sup>1</sup> En 1967 se creó en Naciones Unidas el Fondo para las Actividades en Materia de Población - UNFPA, que ha organizado tres Conferencias Mundiales de Población: en Bucarest (1974), en México (1984) y en Cairo (1994)

se inscribieran en estrategias de desarrollo más amplias, y se basaran en el derecho de las familias a la planificación familiar. De la II Conferencia celebrada en 1984 se destaca el reconocimiento de los estrechos vínculos existentes entre la población, los recursos, el medio ambiente y el desarrollo, pero se mantuvo la presión a los países pobres para que redujeran sus tasas de natalidad.

A partir de este momento, los movimientos sociales preocupados por las temáticas de la sexualidad, la reproducción, el estatus de la mujer y el ecologismo estrechan sus vínculos y alianzas con los sectores académicos afines, de tal modo que es imprescindible reconocer el papel central del movimiento social de mujeres en las elaboraciones que conjuntamente se llevaron a la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), que representa un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos, como derechos humanos; allí se inscriben los asuntos de la sexualidad y la reproducción en las personas como sujetos morales y seres autónomos con capacidad para decidir, sin presiones, incentivos o violencia. Se superó así el enfoque netamente demográfico y se visibilizó la estrecha relación entre las políticas de población y el desarrollo económico, social, medioambiental y de los derechos humanos. Bajo esta perspectiva ya no es pertinente usar expresiones como “*explosión demográfica*” y “*control de la natalidad*” las cuales, bajo el enfoque de derechos, resultan inadecuadas. Un año más tarde en la IV Conferencia de la Mujer en Beijín, este mismo movimiento introduce el concepto de derechos sexuales de las mujeres, que posteriormente se reconocen como derechos sexuales de las personas.

Esta preocupación mundial, también trasciende en el país, y es así como en 1959 se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME (Echeverry, 1991), primera institución en

promover la planificación familiar, a la cual se le incorporó en 1964 una División de Estudios de Población (DEP). Simultáneamente se creó la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población ACEP; dos entidades privadas atentas al acontecer internacional en cuanto al crecimiento de la población y sus desafíos y se inició la formación de personal en diversas disciplinas para adquirir conocimientos sobre población y planificación familiar, apoyado con la cooperación de México, Chile y Estados Unidos.

A la par con el análisis demográfico, el movimiento feminista empezó a generar demandas en materia de planificación familiar, salud reproductiva y derechos sexuales. Uno de sus requerimientos era separar la reproducción de la sexualidad y la popularización de métodos anticonceptivos, como derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y la maternidad. La búsqueda de autonomía reproductiva se afianza en la aparición de la píldora anticonceptiva (Brigerio, 2014) que llega a Colombia en 1960.

En 1965 nace la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia, de carácter privado, sin ánimo de lucro, con inspiración solidaria y filantrópica hacia la promoción y defensa del derecho humano a la planificación familiar<sup>2</sup>, prestando servicios a los pobres, vulnerables y marginados, y al desarrollo de investigaciones sociodemográficas que contribuyan al bienestar de la población, respetando los derechos del individuo y la pareja dentro del marco normativo vigente<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Además de las píldoras anticonceptivas trae al país los dispositivos intrauterinos – DIU y más adelante inicia sus programas de esterilización definitiva, primero para hombres, luego para mujeres.

<sup>3</sup> *Hasta el período 1965-1970, la tasa global de fecundidad en Colombia se mantuvo en valores altos, esto es más de 6 hijos por mujer. A partir de ese momento descendió. . . hasta 1985 y a partir de ese año. . . se desaceleró de manera notable. . . Colombia, con una tasa de fecundidad, que actualmente se aproxima al nivel de reemplazo, ha pasado a ubicarse en la etapa de transición avanzada. . . de fecundidad baja (entre 1.5 y 2.5 hijos por mujer) y esperanza de vida intermedia (entre 71 años y 76 años)”. Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990/2010, Profamilia – Bogotá 2013 “Descenso de la fecundidad, bono demográfico y crecimiento económico en Colombia 1990 – 2010” Martínez, Giro. Pág. 7*

Profamilia estableció en 1970 el primer programa de vasectomías y en 1972 el de ligadura de trompas por laparoscopia.

La primera incursión del Ministerio de Salud en estos temas data de 1967, a través de un contrato con ASCOFAME, para organizar un proceso de capacitación en fundamentos de demografía, sus implicaciones para el desarrollo y la salud, y métodos para regular las altas tasas de natalidad, bajo la expresión de “*paternidad responsable*”, para no usar el término “*Planificación familiar*”<sup>4</sup>. En 1969 este Ministerio incluyó actividades de planificación familiar en sus programas de protección materna e infantil.

Así mismo, Profamilia estableció en 1970 el primer programa de vasectomías y en 1972 el de ligadura de trompas por laparoscopia. Es lamentable destacar cómo en la práctica médica hizo carrera la “precaución” de que las cirugías de esterilización femenina, debían contar con la autorización de la pareja, no así las de esterilización masculina. Con esta limitación, no era posible que una mujer optara por este método, haciendo uso de su capacidad legal para decidir en otros ámbitos. Este requisito, sin sustento legal, que le restaba autonomía a la mujer, perduró hasta hace poco en prestadores públicos y privados de servicios.

El Ministerio de Salud expidió en 1984 la Resolución 8514 “*Por la cual se establecen algunas normas de “Regulación de la fertilidad”*”, la primera reglamentación en el tema, donde se plasman los principios<sup>5</sup> que la regirían, estableciendo que los servicios deberán estar integrados a otros aspectos de atención de salud dirigidos a personas en edad reproductiva, señala la forma como debe darse la información y otorgarse el consentimiento<sup>6</sup>, así como la responsabilidad del Ministerio de emitir el Manual para la prestación de la atención y capacitar a los prestadores de los servicios de regulación de la fertilidad, quienes no podrán ejercer ningún tipo de presión, ni podrán recibir incentivo alguno por el estímulo al uso de un determinado método.

En la Constitución Política de 1991, erigida como una Carta de Derechos basada en la dignidad y respeto de todas las personas,

<sup>4</sup> Planificación familiar ha sido el sinónimo de la anticoncepción a través de métodos modernos, hoy conocidos como temporales, de emergencia y definitivos.

<sup>5</sup> “*Que es derecho fundamental del individuo y/o de la pareja la libre decisión sobre el ejercicio de la reproducción decidir tener hijos o no; cuántos y en qué momento; Que es deber del Estado, [...] ofrecer información veraz y completa en relación a todos y cada uno de los métodos y prácticas de regulación de la fertilidad, siempre y cuando éstos no produzcan efectos secundarios comprobados para la salud de los individuos;*”

<sup>6</sup> “*Los usuarios de métodos irreversibles deberán llenar... “consentimiento informado” que significa la aceptación consciente y voluntaria del individuo, otorgada después de haber sido ilustrado sobre los procedimientos... las molestias y riesgos... los beneficios... la disponibilidad de métodos alternativos... su irreversibilidad, las indicaciones fisiológicas y sociales... y el hecho de que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento antes de la operación. [...] se considera voluntario si está basado en el ejercicio de la libre elección y no... por elementos de fuerza, engaño, u otras formas de coacción.*”

se consagran los derechos fundamentales, los cuales permiten avanzar en la eliminación de la discriminación y por ende el reconocimiento de la diversidad, por razones étnicas, culturales, religiosas, sexuales, entre otras. En consecuencia, el desarrollo de la vida sexual y las decisiones sobre la reproducción, configuran los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que como derechos humanos, están íntimamente relacionados con el ejercicio del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la intimidad personal y familiar, al desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, a formar una familia, a la atención en salud, a la educación, entre otros.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contenido en la Ley 100 de 1993 aprobada con base en el artículo 49 de la Constitución, da lugar a una amplia reglamentación en todos los aspectos. Es así como el Plan de Atención Básica, hoy Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación. Los servicios en el campo de la salud sexual y de la salud reproductiva, que están cubiertos en la actualidad por el PIC y el POS, son: Inmunizaciones (vacunas Hepatitis B y Virus del Papiloma Humano), atención integral a las ITS -VIH/ Sida, atención de embarazo y parto, detección temprana de las alteraciones del desarrollo de los jóvenes, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno y cánceres en el aparato reproductivo masculino, consejería y suministro de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, adultos y jóvenes temporales de barrera (condón y espermicidas), hormonales (orales, inyectables e implante subdérmico), dispositivo intrauterino, esterilización definitiva para hombres y mujeres mayores de edad e interrupción voluntaria del embarazo, en los casos despenalizados por la Corte Constitucional (sentencia C-355 de 2006).

La Política *"Salud para las mujeres, mujeres para la salud"* del año 1992 expresó como propósito la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar su calidad de vida y responder de manera integral a su problemática de salud. Se presentó como un instrumento para fortalecer el protagonismo femenino en el sistema de salud a través de su participación como sujetos de las decisiones que competen a su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud; como justificación, puso de presente los temas más significativos relacionados con los roles de la mujer en la familia, en el sector educativo y laboral, la mortalidad materna, la violencia contra







las mujeres y su salud mental, así como los compromisos internacionales con las mujeres, y los retos impuestos por la Constitución Política. Como precedente, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 de 1992 a través de la cual se asoció a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer mediante el reconocimiento de una serie de derechos relacionados con su salud, vida, cuerpo y sexualidad.

En la década de los 90, el Ministerio de Salud con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Asociación Voluntaria para la Contracepción Quirúrgica (AVSC), por sus siglas en inglés, la academia y otro tipo de prestadoras como Profamilia, adelantaron un prolongado proceso para la expedición de directrices sobre Planificación Familiar, que concluyó con la Resolución 412 de 2000<sup>7</sup>, que contiene las normas técnicas y guías de atención integral relacionadas con los métodos de Planificación Familiar para hombres y mujeres, la atención del embarazo, parto y al recién nacido, la detección temprana de alteraciones de desarrollo de adolescentes, las ITS-VIH/Sida, el cáncer de cuello uterino y de seno, así como la atención a la mujer y niño maltratado.

En 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007 mediante la cual se fijaron las prioridades para guiar la intervención del Estado en seis áreas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual.

De otra parte, la Corte Constitucional ha realizado importantes desarrollos normativos en temas relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de diversas sentencias relacionadas con la integración de la Educación Sexual como una cátedra obligatoria en la educación formal; el reconocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo; los derechos a la salud y a la no discriminación de

El Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 de 1992 a través de la cual se asoció a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer mediante el reconocimiento de una serie de derechos relacionados con su salud, vida, cuerpo y sexualidad.

<sup>7</sup> Actualizada por la Resoluciones 3442 de 2006, 769 y 1973 de 2008 del Ministerio de la Protección Social



las personas que viven con VIH; los derechos a la autonomía reproductiva de las personas con discapacidad y el reconocimiento de derechos a las parejas del mismo sexo, entre otras.

El devenir de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, de más de medio siglo, su conocimiento y ejercicio por parte de la población, en su mayoría mujeres, ha estado acompañado de obstáculos de carácter político, religioso y sociocultural, tales como el patriarcado que tienen como trasfondo la negación de la autonomía y la capacidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, lo cual, ha constituido la vulneración de los derechos de las personas y en particular de las mujeres, a decidir sobre cómo conformar su familia, sus relaciones sexuales, si son madres o no y a decidir cuántos hijos tener y cuándo.

## 1.2 Marco Jurídico internacional y nacional que la sustenta

La PNSDSDR 2014-2021, se encuentra enmarcada en un conjunto de principios, reglas y normas de carácter jurídico, que en lo esencial comprende los siguientes componentes estructurales, de aquello que se denomina el Marco Jurídico. Ellos son: 1) La Constitución Política Colombiana, y de manera especial los importantes desarrollos de la Corte Constitucional a través de sus sentencias en la materia, 2) El Derecho Internacional de los Derechos Humanos, 3) El Derecho Internacional Humanitario; 4) Los principios consagrados en las declaraciones internacionales, emanadas de los denominados Sistema Universal y Sistema Interamericano, que a instancias de la ONU y de la OEA respectivamente, han planteado orientaciones y recomendaciones de carácter temático y sectorial, para los países miembros en su calidad de sujetos

de derecho internacional público y estadosparte de aquellas organizaciones y 5) El conjunto de normas, resoluciones, directivas y documentos técnicos, especialmente los sectoriales de salud y del Departamento Nacional de Planeación -CONPES-, que constituyen el ordenamiento jurídico interno nacional en relación con la Política aquí construida.

La Constitución política, es un referente de principal importancia, para el diseño de toda política pública, pues en ella se encuentran no solo los principios generales que orientan y regulan la acción del Estado y sus agentes, sino porque además y esto es fundamental, consagra en su título II, los derechos, garantías y deberes, del cual deriva esta Política su enfoque y perspectiva de derechos humanos. En particular conviene mencionar, el concepto de Estado Social de Derecho, mecanismo primordial para obtener la efectiva realización de los derechos consagrados en ella. En ese mismo sentido la figura del bloque de constitucionalidad, opera como una noción clave para entender y aplicar cómo y por qué los instrumentos de derecho internacional, ratificados por Colombia, se incorporan al ordenamiento jurídico interno con el mismo estatus de la norma constitucional y sobre todo por qué adquieren un efecto vinculante para todos los operadores jurídicos, esto es, por qué son de obligatorio acatamiento y aplicación. Finalmente, porque consagra en los capítulos 1, 2 y 3, del título mencionado las clásicas generaciones de derechos, a saber: fundamentales; sociales, económicos y culturales; colectivos y del ambiente.

El derecho internacional de los derechos humanos, es un componente normativo, que tal como quedó mencionado en precedencia, en virtud de la noción de bloque de constitucionalidad, reviste un carácter fundante de la Política Pública en tanto tiene efectos vinculantes y con ello sello de obligatoriedad para el Estado y sus

agentes. Tales instrumentos son básicamente tratados, convenciones, planes de acción y protocolos, cuyo contenido, prescribe obligaciones y no meramente orientaciones o recomendaciones, tal y como ocurre con otros instrumentos detallados más adelante. Este conjunto normativo tiene su origen en los órganos y organismos especializados que hacen parte de la ONU y la OEA, y que conforman los denominados: Sistema Universal e Interamericano de derechos humanos, respectivamente.

El derecho internacional humanitario, como componente normativo, tiene una especial importancia para la PNSDSDR, por varias razones, entre las cuales vale mencionar: Colombia es un país en conflicto desde hace varias décadas, que en el reciente devenir histórico ha padecido un escalamiento y degradación que ha tenido como centro a las mujeres, niños, niñas y adolescentes, basta mencionar el desplazamiento forzado y la afectación diferencial de las mujeres en la guerra. En segundo lugar, por cuanto la Política diseñada contiene, el conjunto de afectaciones, vulneraciones y agresiones que las mujeres o personas con orientación sexual diversa soportan en general y en particular en el marco del conflicto armado. Finalmente, porque este componente normativo, abarca bajo la denominación de conflicto armado no internacional o interno, la situación del país a lo largo de varias décadas. Y es precisamente en este ámbito, en el cual Colombia ha suscrito y ratificado los cuatro convenios de Ginebra, sus dos protocolos adicionales, su artículo tercero común a los convenios y el estatuto de Roma o Corte Penal Internacional. Este último estatuto tiene una singular trascendencia para la Política no solo por establecer responsabilidades individuales en cabeza de los victimarios, sino porque además ha creado tipos penales nuevos y autónomos que explicitan el tránsito condenable de las mujeres como botín y arma de guerra.

También en el marco de los sistemas universal e interamericano de derechos humanos, se han producido múltiples pronunciamientos y declaraciones que progresivamente han enriquecido este marco jurídico, aun cuando cabe advertir, sin el carácter vinculante de los instrumentos ratificados por los estados nacionales, en su calidad de sujetos de derecho internacional público. Como se expresa en el anexo normativo de esta Política, estos pronunciamientos son útiles por su carácter orientador e indicativo, en la medida en que posibilitan a los Estados y entes gubernamentales transformar, actualizar y contemporizar sus acciones, traducidas en planes, programas y proyectos al incorporar los significativos avances globales en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. En concreto se refiere a cómo tales documentos han permitido superar los paradigmas vigentes en los años 60, centrados exclusivamente en la relación demografía-desarrollo y lograr incluir en las agendas gubernamentales las perspectivas de género, inclusión y derechos humanos, entre otras.

Esta síntesis del marco jurídico, el cual puede ser consultado en extenso en el anexo No. 3, no puede dejar de lado un componente sustantivo, que sin contar con el estatus o los alcances generales de la ley, ni de los tratados internacionales, ratificados por Colombia, constituyen un conjunto de avances significativos, que de manera puntual han desarrollado y previsto estrategias y acciones que se convierten en referente pertinentes, para el diseño de la Política, pero sobre todo para la elaboración, ejecución y evaluación de la misma y de su plan de acción, referencia concreta a los documentos CONPES, entre los cuales cabe mencionar el de embarazo adolescente, equidad de género y violencias contra las mujeres.

Así mismo, siempre resultará conveniente, en el plano de la formulación de planes

sectoriales, institucionales y de acción para la ejecución de la Política Pública aquí diseñada, referenciar continuamente, el Plan de Desarrollo, tanto el actualmente en vigencia, así como aquel que deberá formularse para la próxima administración.

En este mismo sentido, la Política ha considerado que las etapas de ejecución, evaluación y elaboración de futuros y necesarios diagnósticos, debe contemplar las correspondientes reestructuraciones institucionales y administrativas, con el propósito de garantizar, por un lado el pleno funcionamiento del enfoque sistémico de sus acciones y de otro, la imprescindible coordinación interinstitucional e intersectorial, sin la cual no será posible avanzar hacia el logro de impactos positivos de sus estrategias y objetivos. Todo ello requerirá de ajustes que la ley deberá regular y establecer a la luz de lo aquí previsto, pero adicionalmente con arreglo a los diferentes componentes antes resumidos.

### 1.3 Contexto Epidemiológico

Para la construcción de la PNSDSDR, se realizó un análisis epidemiológico, tratando de abordar criterios de equidad, inclusión social y enfoque de derechos, a partir de los indicadores tradicionales sobre salud sexual y salud reproductiva generados oficialmente por el sector salud y otros sectores durante el periodo 2003 a 2013.

- La tasa general de fecundidad ha descendido, con una disminución de 16,8 nacidos vivos por cada mil mujeres, aunque su comportamiento en población joven y adolescente mantiene otra tendencia. El número promedio de hijos de mujeres entre 15 a 19 años, es de 154.707; de niñas de 10 a 14 años, nacen en promedio 6.292 cada año. Los departamentos con mayor fecundidad adolescentes son Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá. Sin embargo, el mayor número de atenciones relacionadas con el
- cuidado de la salud de las mujeres gestantes, a nivel nacional se concentran en madres de 20 a 49 años (Media 671.167) que en las de 10 a 19 años (Media 171.630).
- La tasa de fecundidad de las mujeres menores de 20 años fue de 70 nacimientos por mil habitantes en 1990, 89 en 1995, 90 para el 2005 y 84 para el 2010. Esto debe ser tenido en cuenta, en consideración a que el embarazo en adolescente tiene implicaciones para la acumulación del capital social y económico del país, y para el desarrollo individual de mujeres y hombres adolescentes, sus familias y sus hijos.
- La tasa global de fecundidad presenta las mayores cifras en los departamentos con indicadores altos de pobreza y es posible afirmar que en el país existe una relación directa entre el aumento de la tasa de fecundidad y el bajo nivel de los indicadores de desarrollo social. Las cifras muestran descenso en la tasa general de natalidad. Por departamentos, Atlántico, Huila y Cauca superan ampliamente el indicador nacional.
- La decisión en pareja o individual frente a la maternidad, la paternidad y la planificación familiar, pasa por la información y educación recibida; según la ENDS 2010 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos alcanza el 79,1% de las mujeres actualmente unidas, mientras que las adolescentes que se encuentran unidas a una pareja sexual, solo el 55.1% de ellas utiliza un método anticonceptivo moderno; el 70.5% de las adolescentes no unidas pero sexualmente activas hace uso de estos métodos anticonceptivos quedando un porcentaje alto de adolescentes que no se protegen con métodos modernos.
- La mortalidad materna como indicador proxy de la calidad en la atención en salud, para Colombia muestra una tendencia de descenso en la tasa por cien mil nacidos vivos de 104,9 en 2003 a 65,8 en 2012. Los departamentos con mayores privaciones sociales como el Chocó, Vichada, Vaupés, Amazonas, Guainía y La Guajira, han mostrado



durante la última década tasas de mortalidad muy por encima del promedio nacional y que se comparan, con las de África Subsahariana, como resultado de múltiples factores como la baja inversión social, escaso desarrollo educativo, violencia y otras.

- En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta los indicadores de mortalidad materna. A esta situación se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas.
- En los determinantes de la mortalidad materna se han descrito debilidades en el acceso a servicios de salud de calidad, (ONU, 2010). En Colombia la atención institucional del parto aumentó un 2,0% entre los años 2005 y 2010. Aunque todas las regiones han incrementado la cobertura de atención es más notable en las regiones Oriental y Pacífica donde el incremento fue de 3,4% y 3,1% respectivamente. La región con menor incremento fue Bogotá-Cundinamarca con un 0,22% (ENDS, 2010).
- En Colombia la pobreza genera desigualdades en la distribución de la mortalidad materna. El 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad. Los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba están dentro de los que tienen mayor proporción de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas y a la vez experimentan alta mortalidad materna. Los departamentos de Putumayo y Caquetá donde a pesar de que el porcentaje de personas con NBI no es de los más altos, las razones de mortalidad materna si lo son. La educación también se comporta como determinante de esta causa de muerte, la mitad de la población menos educada experimenta el 53% de la mortalidad materna.
- El acceso a métodos anticonceptivos también incide en la reducción de los embarazos no deseados y por lo tanto en la práctica de

aborto en condiciones de riesgo, los cuales son a su vez una de las causas de la mortalidad materna. Se estima que en Colombia se producen alrededor de 440.000 abortos al año aproximadamente (Guttmacher, 2013).

- La cobertura de control prenatal también se ha incrementado en Colombia un 3,9% durante el quinquenio 2005-2010. Todas las regiones han aumentado el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales a excepción de Amazonía-Orinoquía donde la cobertura descendió en un 6,3%. Las regiones con mayor aumento son Central, Pacífica y Oriental con un 5,8%, 5,0% y 4,2% respectivamente (ENDS, 2010). El 77,0% de las mujeres encuestadas refirieron haber iniciado sus controles prenatales antes del cuarto mes de embarazo, el 15,0% lo hizo entre el cuarto y el quinto mes y el restante 8% lo hizo pasados los cinco meses.
- Una de los temas con mayor brecha es la responsabilidad que asumen mujeres y hombres en torno a la consulta de asesoría en planificación familiar, las cifras registran una escasa participación de los hombres, de tal manera que mientras en promedio cerca de un millón de mujeres entre 18 y 44 años consultan cada año, solo lo hacen 50.000 hombres y en la población menor de 18 años consultan aproximadamente 171.000 mujeres y 20.000 hombres.
- Para el VIH/Sida las cifras muestran descensos en la mortalidad por el complejo sindromático que los caracteriza, pasando la tasa por cien mil personas de 5,3 en 2003 a 4,9 en 2011. La mortalidad por VIH/Sida presenta mayores valores en departamentos con mejores condiciones de desarrollo.
- La situación del VIH/Sida en Colombia, para el período 2003 – 2013, es el de una epidemia concentrada, dado que la tasa de prevalencia en población general fue inferior al 1%. La tendencia general del VIH/Sida es de incremento paulatino en la frecuencia de casos notificados. Estos se concentran en el grupo de 20 a 39 años (52.7%) y el grupo de edad más afectado es

el de 25 a 29 años; se observa incremento de casos en personas de 60 y más años desde 2005. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C., seguido por Valle del Cauca y Antioquia; los cuales concentran más del 50% de los casos.

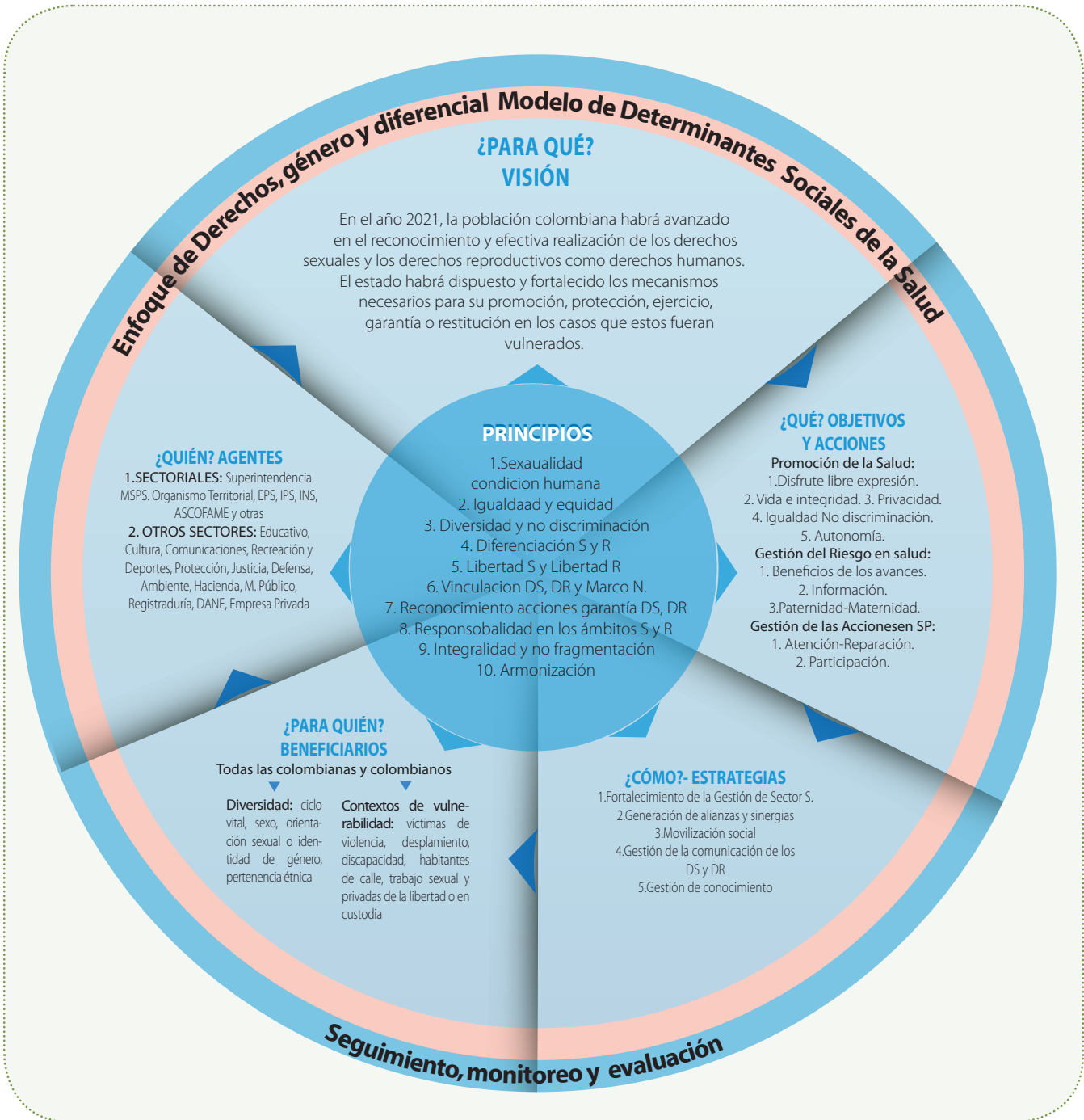
- Para el año 2003, el Ministerio de la Protección Social informa una prevalencia de VIH en gestantes de 0.65%; en el año 2009, el Instituto Nacional de Salud, realizó el VII estudio centinela en gestantes, encontrando una prevalencia de 0.22% la baja prevalencia en este grupo, representa un logro para el país en el periodo de valoración 2003-2013.
- Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) son el grupo más afectado hasta 2010. Los estudios realizados en 2010 por el MSPS y UNFPA, en poblaciones vulnerables del grupo HSH alcanzaron prevalencias superiores al 5%. Esta prevalencia varía entre 5 y 24% en estas poblaciones, con diferencias regionales significativas: Barranquilla: 13,6%; Cartagena: 10,0%; Medellín 9,1%; Pereira 5,6%; Bogotá: 15%; Cali: 24,1% y Cúcuta: 10,9%.
- Los estudios realizados en el grupo de Mujeres Trabajadoras Sexuales MTS, entre 2005 y 2011, por MSPS y UNFPA en diferentes ciudades del país, han mostrado prevalencias entre 0.6 y 4,5 %. La población de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) también fue estudiada en este periodo, un estudio de comportamientos de riesgo asociados en este grupo de población, realizado en Pereira y Medellín en el 2010, muestra prevalencias de 1.9 y 3.8% respectivamente. El estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en Mujeres Transgénero en cuatro ciudades de Colombia, realizado en 2012 por el Proyecto VIH del Fondo Mundial, muestra prevalencias por encima del 10% en todas las ciudades: 17,1% en Bogotá, 10% en Medellín; 18,8% en Cali y 13.1% en Barranquilla.
- La Sífilis congénita es otro indicador que aproxima a la valoración de la calidad de la

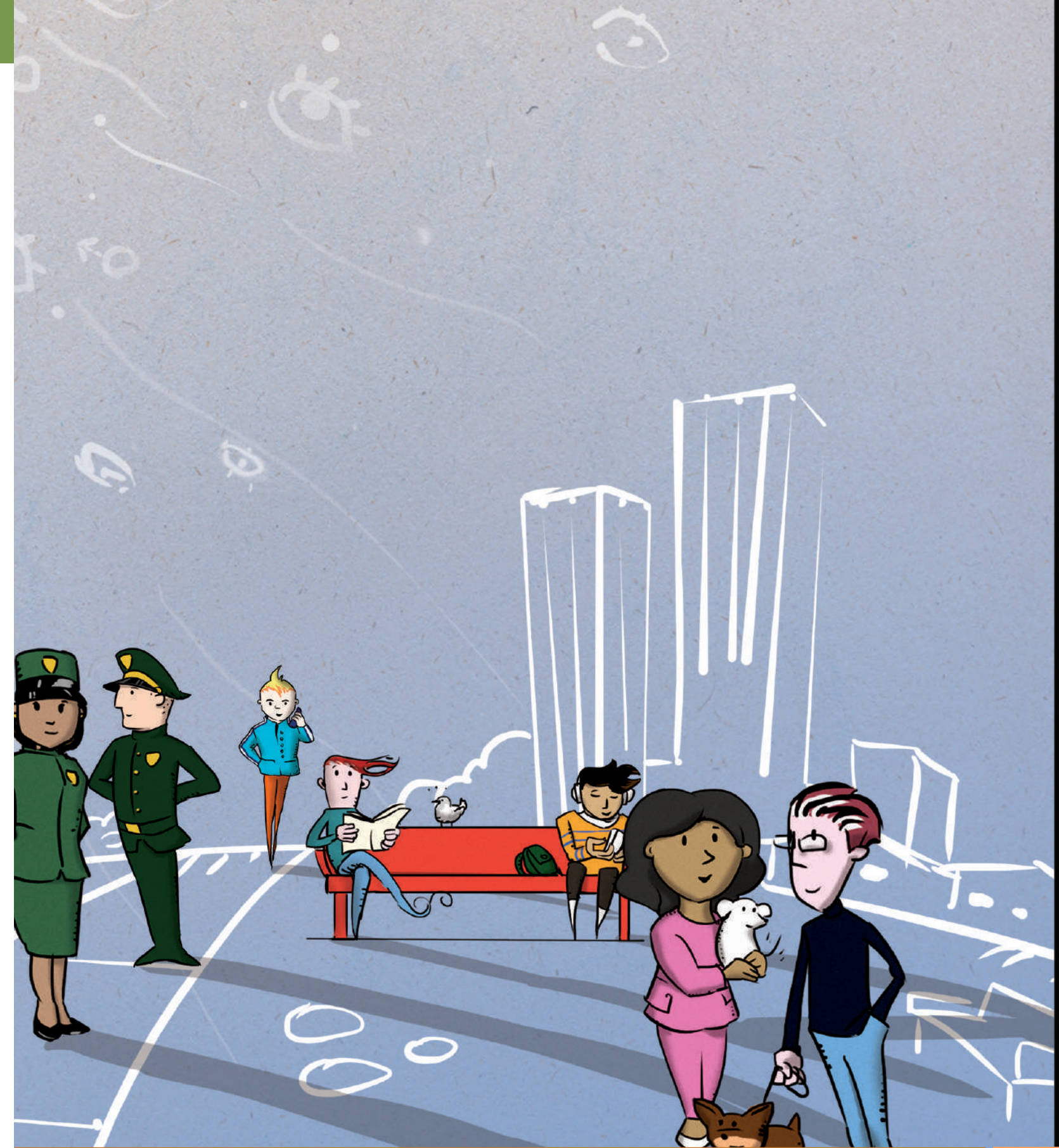
atención que reciben las gestantes dentro de su proceso de control prenatal. Según datos de vigilancia en salud pública, se notifican en promedio 1.721 casos al año, cifra que tiende al aumento, concentrándose en los departamentos del Valle del Cauca, Bogotá D.C. y Antioquia. En general y tal como sucede con la notificación de los eventos que hacen parte de la Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (VIH/Sida, Hepatitis B, Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita). Salvo los tres departamentos mencionados, el resto del territorio nacional mantiene un comportamiento estable a pesar de sus grandes diferencias socio-económicas. La Sífilis Gestacional ha aumentado en el número de casos que se notifican al sistema nacional de vigilancia, mostrando que se han duplicado entre 2005 y 2013.

- La violencia de género, los delitos sexuales cuantificados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses muestra tendencia aumentada con tasas por cien mil personas que crecen de 40 en 2004 a 46 en 2012 afectando más a mujeres y las menores de edad. Los datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública permiten resaltar que las mujeres (73%), con residencia habitual en ámbito urbano (83%), afiliadas al régimen subsidiado (49%) son las más afectadas durante el 2012. Los departamentos de Antioquia, Santander, Valle del Cauca, Guainía y La Guajira presentan cifras que superan ampliamente el promedio nacional.
- Los cánceres relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en hombres y mujeres muestran que: el cáncer de seno pasó de 4,6 muertes por cien mil mujeres en 2003 a 4,5 en 2011, mientras el de cuello uterino pasó de 4,2 a 3 muertes por cien mil mujeres en el mismo período; para los hombres, las cifras muestran que el cáncer de próstata pasa de 5,5 a 4,7 muertes por cien mil entre 2003 y 2011. La enfermedad testicular presenta incidencias bajas en los últimos años. Anexo No. 4.



## Política Nacional de “Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”





## 2. Marco conceptual



## 2. Marco conceptual



**E**l derecho fundamental a la salud, es definido en la Ley Estatutaria como un “derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”, cuya forma de garantía por parte del Estado abarca “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.

Hablar de la salud como un derecho<sup>8</sup> supone el reconocimiento de su carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, inherente a los derechos humanos e implica una interdependencia con otros derechos, pues no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades o dolencias, sino que alude al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Se trata del nivel de salud que le permite a la persona vivir dignamente, sin que sea aceptable la distinción o discriminación por edad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual o identidad de género, religión, ideología política, situación económica, social o cualquier otra razón.

La forma como el Estado estructura su garantía, según lo establece la misma Ley Estatutaria, es mediante la adopción de políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas; en cumplimiento de sus obligaciones el Estado es

<sup>8</sup> El PDSP se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991 artículo 49, en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, y en la Ley 1450 de 2011.

La salud como un derecho supone el reconocimiento de su carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, inherente a los derechos humanos e implica una interdependencia con otros derechos.

responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los que de este se deriven.

Esta concepción de la salud adoptada por Colombia debe ser asumida en todas las condiciones relacionadas con la salud de las personas y las comunidades, dentro de las que se encuentra la salud sexual y la salud reproductiva. En consecuencia, el derecho a la salud tal y como se ha establecido hoy, indica un alcance que va más allá del previsto en las regulaciones que sustentaron la PNSSR 2003-2007.

Las regulaciones actuales, y en especial la Ley 1438 de 2011, que direccionan la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, en el cual una de sus dimensiones prioritarias está definida como *“Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos”*, es la cadena teórica y normativa en la que se soporta los contenidos, definiciones y narrativas de la PNSDSDR 2014-2021.

En cuanto a los contenidos conceptuales que adopta la presente Política son los mismos aceptados por los consensos internacionales y las normas de más alta jerarquía del ordenamiento interno colombiano; conceptos que son reconocidos como enfoque de derechos, el enfoque de género; el enfoque diferencial; y el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

El PDSP define que *“El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujeto de derechos, a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no solo en función de una atención en salud oportuna y apropiada sino también en el desarrollo y promoción de los principales Determinantes Sociales de la Salud, teniendo en cuenta el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia”* (MSPS, 2013).

Este enfoque enfatiza la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación; resalta el respeto a la diversidad cultural o el pluralismo; al igual, que la importancia de la promoción de la salud como un cometido de los gobiernos. Pone de relieve la mejora de las condiciones de vida y la protección del medio ambiente, incluyendo la biósfera y la biodiversidad; y señala que se deben promover la evaluación y la gestión apropiada de los factores relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

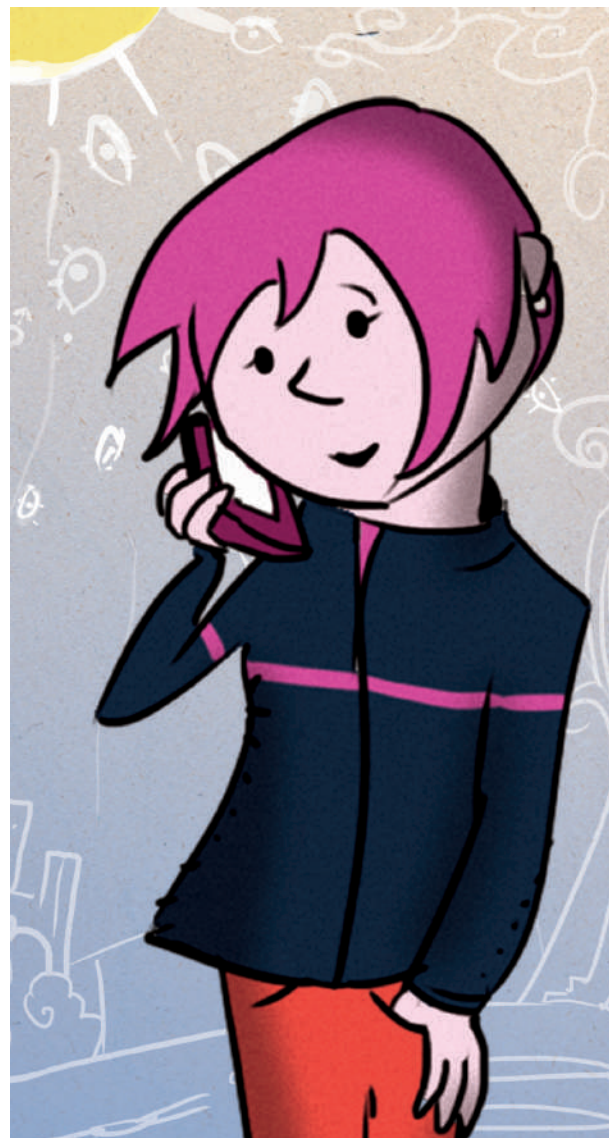
El enfoque de derechos enfatiza la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación; resalta el respeto a la diversidad cultural o el pluralismo.

Así mismo, el artículo 13 de la Constitución Política<sup>9</sup> consagra la igualdad de todas las personas y en reconocimiento de la desigualdad real, prevé que el Estado tome medidas que promuevan las condiciones para que esa igualdad sea real y efectiva, al reducir inequidades y diferencias, y pueda garantizar a los ciudadanos condiciones de vida digna, a través de medidas afirmativas. De esta manera, adopta la equidad como un valor relacionado con los derechos fundamentales, entendida como darle a cada quien lo que necesita, aplicando el principio de la justicia. En definitiva, la salud por ser un derecho fundamental interrelacionada con el derecho a la igualdad y por ende a la equidad, debe garantizarse a todas las personas.

Algunos de los abordajes del enfoque de derechos hacen referencia a su aplicación en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva. Es así como en los derechos sexuales y en los derechos reproductivos se plasman todos los derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción, y se desarrollan en el derecho a la libertad sexual, a la intimidad, a la libertad de pensamiento, a la vida e integridad personal, a la información, a la autonomía reproductiva y a la salud, entre otros. La dignidad como derecho básico y principio de derechos se fortalece en el reconocimiento de su aporte a los procesos de desarrollo humano. El respeto a la dignidad de las personas, su protección, promoción y garantía en la interrelación con todos los derechos humanos es requisito para el mejoramiento de la vida, el bienestar, el desarrollo, la paz y condición para el derecho a la vida humana, que para que sea humana ha de ser digna. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres, sin discriminación, riesgos, amenazas, coerción o violencia en la toma de decisiones y que disfruten de su sexualidad o de su reproducción, ocurra esta por vía natural o por procedimientos asistidos científicamente.

Frente a los derechos reproductivos, incluyen las decisiones en este aspecto sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, según lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, hombres y mujeres deben considerar las necesidades y derechos de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad, por ello, su promoción debe ser la base de las políticas en la esfera de la salud reproductiva.

<sup>9</sup> "Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".



La dignidad como derecho básico y principio de derechos se fortalece en el reconocimiento de su aporte a los procesos de desarrollo humano.

También se requiere la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres y de todas las personas en todas las edades y atender particularmente las necesidades educativas y de servicios de niños, niñas los y las adolescentes con el objeto que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. Las mujeres y los hombres de mayor edad tienen problemas especiales en salud reproductiva y salud sexual, que no suelen encararse de manera adecuada según lo contempla el Programa de Acción de El Cairo.

Los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad son interdependientes con el derecho a la dignidad, la libertad y la igualdad, esto implica que las personas, hombres y mujeres, deben ser autónomos sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, tales como la actividad sexual, la orientación sexual o la identidad de género y su relación con la salud sexual y la salud reproductiva. Los derechos sexuales como derechos humanos, determinan la capacidad de decidir libremente en los aspectos de la sexualidad sin coerción, discriminación o violencia. Incluyen las relaciones igualitarias entre personas hombres y mujeres cuando se trate de relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto a las personas, y a su integridad, lo cual exige consentimientos recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias derivadas del comportamiento sexual, tal como se desprende de la interpretación de la Plataforma de Acción de Beijing.

La consolidación conceptual del enfoque de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos ha permitido observar por separado el componente reproductivo del sexual y ha dado pie para la identificación de los diferentes tipos de derechos que los atañen y sus formas de materialización, en el reconocimiento permanente de la sexualidad como condición humana y el cuerpo humano como espacio de vivencia

de la sexualidad, son simultáneamente el soporte de la comprensión de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos como propiedad del sujeto titular. En la comprensión no debe perderse de vista que este enfoque, combina dos principios esenciales, consagrados en la Carta Política, a saber, la noción de Estado social de derecho, según el cual este debe garantizar la efectiva realización de los derechos consagrados en ella, pero sin desconocer el segundo de tales principios relativo a la corresponsabilidad, según el cual además del Estado, deben concurrir a su realización la sociedad y las familias en aspectos como el autocuidado, la prevención y la promoción de aquellos

En esta misma perspectiva, el **enfoque de género**, como componente del enfoque de derechos, parte del reconocimiento de la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que alude al sistema de relaciones sociales, a partir de las cuales se establecen normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres, atributos y actitudes sociales y psicológicas para el ser femenino y para el ser masculino; además construye un sistema de relaciones simbólicas que proveen ideas y representaciones para unas y otros.

El género y las relaciones de género, han sido internalizados por medio de procesos de socialización, que han variado históricamente y de una sociedad a otra, y han dependido de lo que en cada una de ellas se conciba como autoridad, poder o prestigio. Es así como el género se puede considerar como "uno de los ejes fundamentales que organizan la vida social, pues hace una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, sumando o restando oportunidades. De ahí que sea un determinante social de la salud" (García, 2010,p.26)

Históricamente, las mujeres ocuparon el ámbito de lo privado debido a su función reproductiva, en donde su representación





Las diferencias e inequidades de género en el campo de la salud se han manifestado en la presencia de enfermedades, o eventos negativos como la violencia.

o núcleo simbólico se centraba en la maternidad y el rol doméstico se constituía en eje principal de los contenidos de lo femenino, pero esto se ha ido transformado. Así mismo, los hombres destinados al espacio de lo público; donde se tejen los contenidos de la cultura y de las relaciones sociales y donde se materializa la transacción y el intercambio; ocuparon el rol central de proveedores económicos, jefes del hogar, dueños de bienes, lo que constituye la potestad de lo masculino para ejercer el dominio, incluidas la vida, el cuerpo y la sexualidad de las mujeres y la representación de lo masculino, lo cual también se ha ido transformando.

En consecuencia, las representaciones sociales actuales admiten hombres cuidadores ocupando el ámbito de lo privado e induce mujeres proveedoras dueñas de sus cuerpos ocupando los espacios y los roles de lo público. En los núcleos más evolucionados hombres y mujeres independientemente de su identidad de género asumen y realizan indistintamente roles femeninos o masculinos que anteriormente se consideraban exclusivos de mujeres o de hombres, respectivamente.

La estructuración de relaciones más simétricas entre lo femenino y lo masculino debe producir, como ya se muestra en algunas comunidades, superación de las violencias, de las desigualdades y discriminaciones, que han afectado principalmente al mundo de lo femenino y atenúan las repercusiones negativas que pagan las masculinidades por su poder hegemónico. Lo anterior señala el sentido de las nuevas relaciones basadas en nuevas representaciones, aunque es necesario admitir que en muchos núcleos persisten asimetrías de género que es necesario reducir.

Las diferencias e inequidades de género en el campo de la salud se han manifestado en la presencia de enfermedades, o eventos negativos como la violencia, al igual que en las formas como se establecen los sistemas de salud en términos de la prevención y atención, con mayor asignación de responsabilidades a lo femenino en los procesos de prevención, recuperación de la salud y cuidado de los enfermos; mientras que el conocimiento por su condición de dominio se ha reconocido como valor simbólico de lo masculino, tendencia claramente también en transformación, como lo muestran los perfiles por sexo de los profesionales de la salud en ejercicio. De igual manera, en otros terrenos de lo social los roles ejercidos por hombres y mujeres han tenido implicaciones positivas en las relaciones de género y de poder.

Específicamente, en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva, el enfoque de género permite reflexionar sobre los mecanismos históricos y socio-culturales que ponen a hombres o mujeres, pero particularmente a estas últimas, en una situación de vulnerabilidad frente al riesgo de enfermar o morir, en cuanto están sujetas a procesos biológicos particulares como: el embarazo, el parto, el aborto; a procesos sociales relacionados con la planificación familiar vista como un asunto femenino, o a la violencia, discriminación y abuso sexual que se ejerce en su contra por el simple hecho de ser mujeres o de identificarse con el género femenino, entre otros.

Por su parte, el rol masculino frente a la salud sexual y la salud reproductiva señala contenidos y representaciones que los inducen a asumir otros riesgos en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, así como del goce y del disfrute de la sexualidad. Respecto a las personas con identidad transgénero, las representaciones de la sexualidad y la reproducción, implican grandes retos, en cuanto estas categorías se vinculan con la orientación sexual y a la representación icónica de lo femenino o de lo masculino, que exige respuestas del sector salud, como cuando una persona decide asumir transformaciones corporales que pueden llegar al cambio de sexo o un rol de género diferente al esperado socialmente.

Resulta fundamental tener en cuenta que el género se articula con otras categorías como: pertenencia étnica, orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual), identidad de género, momento del ciclo vital y situaciones como la discapacidad, la victimización por el conflicto armado u otras formas de violencia, desplazamiento forzado, los procesos migratorios, entre muchas otras, las cuales sumadas o agregadas potencian condiciones de disparidad, asimetría e inequidad, que afectan especialmente a las mujeres, así las mujeres pobres de grupos étnicos, sufren mayores inequidades y son mayormente vulneradas cuando se encuentra en contextos de guerra.

Por ello, con el fin de atender a los principios de la salud como derecho humano, y dar cuenta de las necesidades diversas que tienen algunos grupos poblacionales para el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, esta Política también adopta el **enfoque diferencial**. El PDSP señala que *“La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena*

Por su parte, el rol masculino frente a la salud sexual y la salud reproductiva señala contenidos y representaciones que los inducen a asumir otros riesgos en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, así como del goce y del disfrute de la sexualidad.

*política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero, 2009).*

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia. Así mismo, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de condiciones sociales como ser víctimas de violencia, conflicto o de desplazamiento.

Partiendo entonces del reconocimiento de la diversidad por ciclo de vida, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y especiales situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza), el enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación.

Para la atención de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, el enfoque diferencial considera la adecuación de servicios y acciones por parte de la institucionalidad, para el reconocimiento de particularidades sociales, culturales, religiosas, entre otras y ofrecer respuesta a las demandas sociales de garantía de los derechos fundamentales de la población. Esto implica la consulta y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades.

La incorporación del enfoque diferencial también implica distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho, y en ese mismo contexto de especial protección, y las desigualdades injustas y evitables que

generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto” (MSPS). El enfoque señala que las desigualdades que constituyen desventajas deben tenerse en cuenta al diseñar políticas o proveer servicios sensibles a esas diferencias; es así como este enfoque se constituye en una condición sin la cual no es aplicable el enfoque de derechos en la actuación del Estado.

En cuanto a la diversidad, su reconocimiento y el análisis de necesidades diferenciales de los sujetos y colectivos supone *“la materialización de intervenciones que den cuenta de las mismas, e incluso señalen explícitamente acciones afirmativas que generen condiciones de equidad y de efectiva superación de vulneraciones al momento de definir la actuación institucional y social”*. (MSPS, 2013)

Para la PNSDSDR 2014 – 2021 el enfoque diferencial comprende a su vez los sub-diferenciales: orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales como le ocurre a las víctimas del conflicto armado, entre otras.

Así mismo, y debido a que la salud sexual y la salud reproductiva se expresan de forma diferente a lo largo del transcurrir vital y por lo tanto requieren atenciones diferentes, el cuarto enfoque considerado explícitamente para la presente política es el de **ciclo de vida**, también llamado transcurso de vida. Dicho enfoque *“es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores”* (MSPS, 2013).

Hablar del ciclo vital es un concepto que puede diferenciar las etapas del desarrollo, aunque no



debe tomarse en forma absoluta ya que el transcurrir vital y las condiciones de diversidad individual y cultural lo relativizan. El PDSP explica cómo: *“Desde la perspectiva del enfoque diferencial, el ciclo de vida atraviesa todos los demás sub-diferenciales. Para cada momento vital es de especial relevancia reconocer los roles y relaciones de poder derivados del género, de la pertenencia étnica, de la existencia de una situación de discapacidad o de situaciones que generan un conjunto de características que exigen un reconocimiento real de los sujetos y sus necesidades, y no solo una división de grupos de edad homogéneos. El ciclo de vida aborda el continuo vital y sus momentos, en términos de potencialidades y capacidades permanentes y adecuadas a las exigencias de cada uno de ellos y al logro de acumulados que les permitan a cada individuo y a los colectivos tener una vida plena y con las mejores condiciones posibles de salud”* (MSPS, 2013).

De tal manera que el ciclo de vida pone de relieve interacciones propias que cada momento vital implica para los individuos y grupos sociales, en relación con los Determinantes Sociales de la Salud que se abordan más adelante.

Todo lo señalado en precedencia permite entender la **sexualidad** como un concepto dinámico que agrega contenidos de construcción sociocultural sobre las condiciones biológicas, psico-emocionales y sociales, es decir, de los contenidos que se estructuran y de los modos como estos se realizan en las interacciones que se dan cuando se relacionan las personas entre sí. La sexualidad comprende la actividad sexual, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción (IPPF, 2008), las relaciones, la comunicación, entre muchas otras.

En el PDSP el Ministerio de Salud y Protección Social le apuesta a una visión afirmativa y amplia de la sexualidad cuando define esta dimensión como un *“conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades”*(MSPS, 2013).

En palabras de Alice Miller *“Integrar la sexualidad a los derechos humanos, poniendo énfasis en afirmar que es común a todos los seres humanos, exige un compromiso consciente en cuanto a estar más alerta para detectar los “constructos ideológicos”* (Rubin, 1989) *que rigen nuestros supuestos*



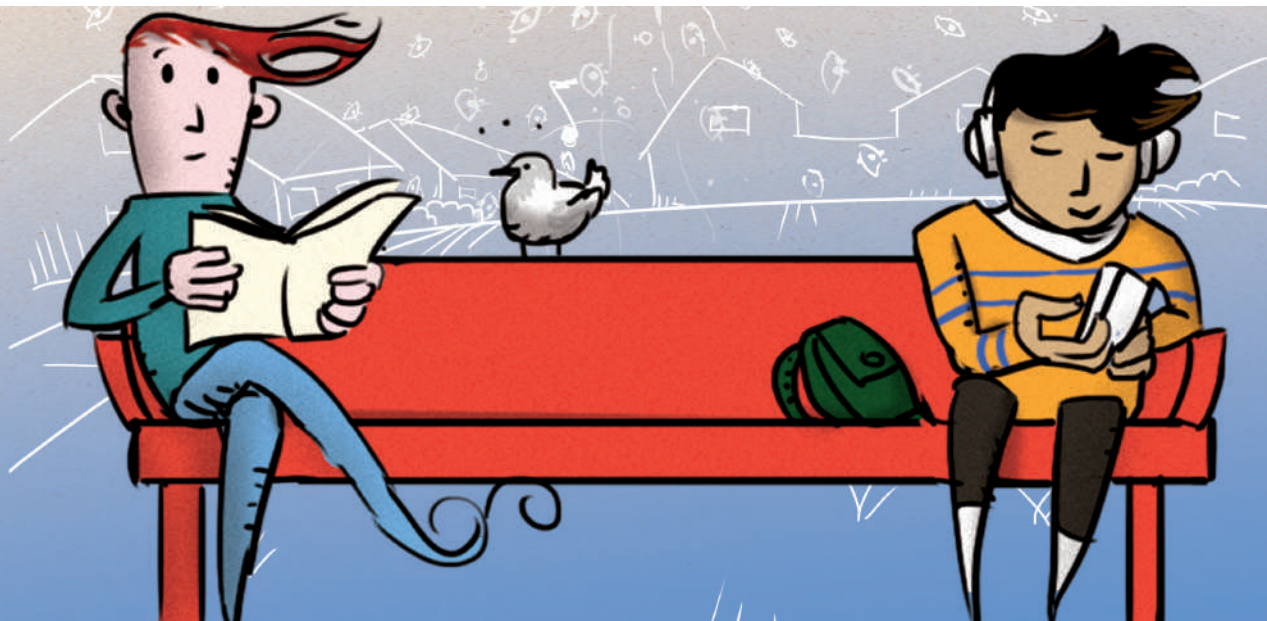
Entender la sexualidad como un concepto dinámico que agrega contenidos de construcción sociocultural sobre las condiciones biológicas, psico-emocionales y sociales.

*acerca de las conductas y expresiones sexuales, así como la disposición a analizar los supuestos que subyacen a los diferentes argumentos políticos, religiosos y culturales sobre la sexualidad”(Miller,2010, p.2).*

En conclusión, **el enfoque de derechos**, que sustenta esta Política, se orienta a crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana. Supone el cumplimiento de estándares relacionados con el derecho a la dignidad, libertad, igualdad, la vida y la integridad, la autonomía, confidencialidad, e intimidad y que la oferta institucional para la promoción, ejercicio y realización del derecho a vivir una sexualidad plena se encuentre disponible, accesible, sea adaptable a las particularidades de los diferentes grupos; y prestada con calidad y solidaridad.

Lo anterior implica observar la desigualdades producto de la conversión de la diversidad y las diferencias que ella comporta en relaciones y operaciones abusivas de poder, desde las intersecciones con el género, orientación sexual, identidad genérica, ancestro étnico, ciclo de vida, cultura, territorio, como también a los grupos poblacionales inmersos en condiciones de vulnerabilidad que incluye a las personas con discapacidad, personas privadas de la libertad o en custodia, habitante de calle, o con dedicación al trabajo sexual y víctimas de la violencia especialmente la sexual, por el conflicto o en situación de desplazamiento; sin que esto signifique una fragmentación o atomización del ser humano, por lo tanto, las instituciones deben generar modelos de gestión de la sexualidad y los

El enfoque de derechos, que sustenta esta Política, se orienta a crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana.



derechos sexuales y los derechos reproductivos que respondan a esta diversidad y sus intersecciones.

Los enfoques hasta aquí mencionados sustentan el abordaje de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde y para la condición individual; y se potencian con una lectura que aproxima la expresión de las mismas condiciones y características en el mundo de lo colectivo, como lo permite el **Modelo de Determinantes Sociales de la Salud**, que la misma Ley Estatutaria refiere en su artículo nueve como una forma para lograr la equidad en salud, al señalar que es deber del Estado reducir las desigualdades de los determinantes sociales que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.

Sin olvidar que el Sistema de Atención Sanitario actúa como un determinantes más, en la medida que responda o no, a las necesidades en salud de la población.

Este modelo parte de la premisa que la justicia social afecta la forma como las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su probabilidad de enfermar o morir, por lo cual el desarrollo de una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población, por la manera como se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección que se otorga y gozan las personas enfermas (OMS, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que *solo si el desarrollo económico se acompaña de políticas sociales que aseguren el reparto equitativo de sus beneficios, se podrá alcanzar la equidad sanitaria*. También recomienda mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, los recursos y contar con un sistema de información que permita medir y analizar la inequidad en salud y evaluar las intervenciones (OMS, 2008), actuando sobre los determinantes sociales.

Para mejorar las condiciones de vida, se requiere fortalecer programas de salud y educación de calidad para la infancia y la adolescencia; garantizar y promover entornos y hábitos saludables y la disminución de violencia y delitos; establecer políticas sociales y económicas que garanticen prácticas justas en materia de empleo, trabajo digno y protección social y; establecer sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago (OMS, 2008).

El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud parte de la premisa que la justicia social afecta la forma como las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su probabilidad de enfermar o morir, por lo cual el desarrollo de una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población.



La OMS recomienda para luchar contra la distribución desigual del poder y los recursos, que la equidad sanitaria sea criterio de evaluación de la intervención de los gobiernos y que, entre otras medidas de política pública para los países, las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen indicadores de los determinantes sociales, para medir los progresos realizados, por lo que finalmente la OMS plantea la necesidad de disponer de sistemas de datos básicos sobre las inequidades sanitarias y los DSS, que puedan ser interpretados y utilizados en la construcción de políticas, sistemas y programas más eficaces.

En ese orden de ideas, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS *"combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud"* (OMS, 2008).

Los Determinantes Sociales de la Salud conforman, un modelo que reconoce cómo el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente, por ello, la relación entre los Determinantes Sociales

de la Salud y el estado de salud es compleja, e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental.

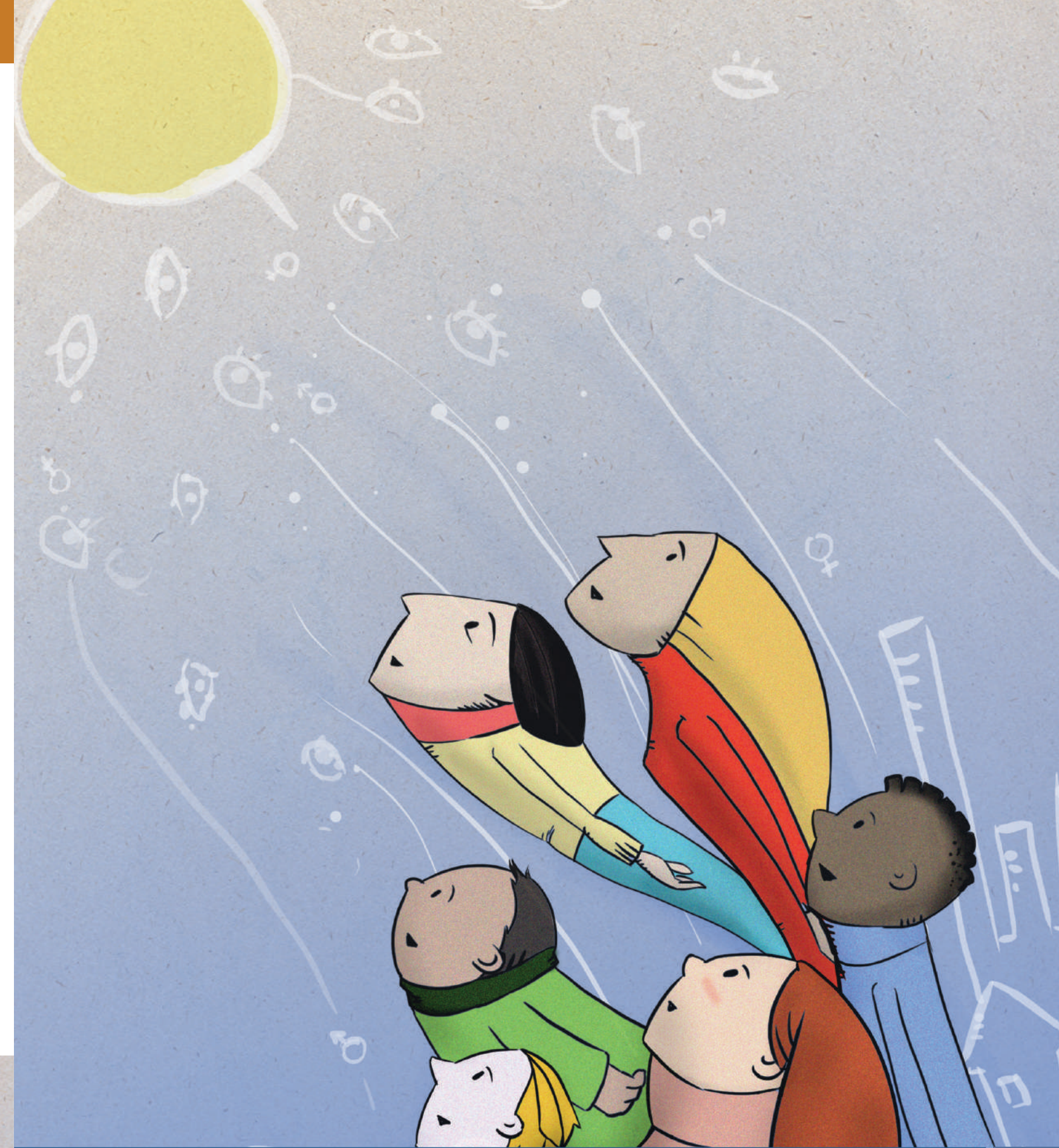
Igualmente, el PDSP indica la necesidad de precisar los intercambios entre las dinámicas de la población y las condiciones que ella vive en lo social, económico, educativo, cultural y ambiental, para identificar y señalar las tensiones o las ventajas comparativas de cada territorio. Estos son elementos básicos que debe ser integrados a la promoción y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, especialmente cuando se propone la igualdad en su garantía desde el **Enfoque Poblacional**.

Si bien, la presente Política es sectorial, al considerar el modelo de Determinantes Sociales de la Salud se hace necesario involucrar y coordinar acciones con otros sectores y agentes sociales, quienes tienen la responsabilidad de convertirse en agentes de cambio, para la garantía de los derechos fundamentales en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, y por lo tanto, al goce de la sexualidad y del derecho a la salud.

Finalmente, la construcción de esta Política se estructura en el enfoque sistémico, donde capacidades y requerimientos se reconocen como entradas, objetivos y modos de acción como procesos y la realización de logros como las salidas, que a su vez de forma dinámica se constituirán en los nuevos requerimientos sociales en el campo de la sexualidad y la reproducción.







### 3. Principios



# 3. Principios



**E**n razón a que la PNSDSDR se sustenta, entre otras, en la Ley 1438/11, la cual a su vez determina la exigencia de formulación para el país de un Plan Decenal de Salud Pública, este documento contiene implícitamente los principios plasmados en esta ley.

Así mismo, los principios como conceptos que se convierten en orientación ética de la acción, en tanto que clarifican el sentido y alcance de la Política o sus contenidos, también son la base que permite sus posteriores desarrollos sin alejarse de los intereses que le dieron origen, por lo tanto deben ser interiorizados por toda la población en su doble función de demandante de servicios y garantes de derechos. Los principios específicos que rigen el desarrollo de las acciones en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos se concretan en:

## 3.1 La sexualidad es una condición humana:

Implica entender la sexualidad como condición prioritaria para el desarrollo humano, por lo tanto debe ser liberada de carga moral y observarse desde el ámbito de los derechos y **el respeto por las personas**, quienes son el centro alrededor del cual gravitan las políticas en el marco de una moral laica. Se asume que la sexualidad es una condición característica individual, que se construye en una condición social en permanente proceso de transformación en el tiempo, y que se mantiene por imperativos sociales que son asumidos por las personas quienes la expresan de manera diversa.

La sexualidad ha sido entendida desde una postura filosófica como: *“un universo simbólico construido sobre una realidad biológica: el sexo. Se trata de una complicada mezcla de estructuras fisiológicas, conductas, experiencias, sentimentalizaciones, interpretaciones, formas sociales, juegos de poder. Simplificando mucho podríamos decir que la sexualidad es sexo + cultura, es decir, la modulación que una cultura hace del sexo”* (Marina, 2010. p. 9)

La sexualidad también se define desde una postura más comprensiva como *“un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones”* (IPPF, 2008. p.11).

En este sentido, el Estado a través de sus instituciones debe propiciar, facilitar y proveer las condiciones necesarias y favorables para el disfrute de la sexualidad, el libre y responsable ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que de ella se originen, ya que la sexualidad así entendida, comporta un especial contenido y alcance trascendente, por lo cual los espacios tradicionales de socialización, esto es, la familia y la escuela, están llamadas a desempeñar roles de especial significado e impacto.

### 3.2 Igualdad y Equidad:

Se desarrollan como principios a partir de la igualdad reconocida como cualidad primordial de las personas. Es la aceptación de la condición humana, donde todas las personas al mismo tiempo son iguales, únicas y diversas, es decir, iguales en la diferencia. Históricamente la

construcción social ha establecido contenidos de las relaciones que al reconocer la diferencia, por ejercicio del poder las convierten en desigualdades y las estructuran con sentidos de preminencia y dominación. El contenido estructurado socialmente para resolver la asimetría propuesta al interior de las relaciones jerárquicas, se configura en la búsqueda de un trato diferencial a lo que es diferente y se conoce como equidad. La equidad es una característica del abordaje de diferentes aspectos de las relaciones humanas que comprenden las relaciones intergeneracionales, conocida como equidad de género; las relaciones económicas y sociales y se alude a la equidad social y política.

En este sentido, la Ley Estatutaria en Salud afirma 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.

### 3.3 Diversidad y no discriminación:

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. Esto configura el concepto de “cero discriminación” por condición de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, cultura y otros, por lo tanto, no es aceptable la más mínima forma de estigma o violencia derivada de estas condiciones.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como cualquier derecho





humano, son inherentes a cada persona desde su diversidad y están asociados al derecho a la **intimidad y respeto a la confidencialidad**, lo cual se encuentra especialmente regulado desde la Ley Estatutaria, donde se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona.

### **3.4 Diferenciación entre sexualidad y reproducción:**

La sexualidad y la reproducción son dos realidades y conceptos que aunque están muy ligados representan dos ámbitos diferentes en la vida humana, por lo tanto, los derechos sexuales son independientes de los derechos reproductivos. Desde hace algunos años, la construcción social ha posibilitado que a todas las personas les asista el disfrute de la sexualidad al margen de la reproducción o a ejercer su derecho a la reproducción al margen de la sexualidad. La sexualidad es de suyo un campo de la autonomía personal modelada en lo social, por ello reconocida como construcción social. Así mismo, la reproducción desde una condición biológica ha estado ligada a la sexualidad, pero cada vez los avances de la ciencia en materia de fertilidad, (reproducción asistida, adopción, etc.) la hacen posible sin esta mediación.

Sin embargo, estas opciones, como toda práctica en la sexualidad, deben ligarse a unos mínimos éticos de respeto y del cuidado del sí, entendido como “práctica social” que siempre tiene en consideración el cuidado y el respeto por el otro.

La sexualidad y la reproducción son dos realidades y conceptos que aunque están muy ligados representan dos ámbitos diferentes en la vida humana, por lo tanto, los derechos sexuales son independientes de los derechos reproductivos.

### **3.5 Libertad sexual y libertad reproductiva:**

Este principio afirma la independencia entre sexualidad y reproducción, desde la autodeterminación sexual y la autodeterminación reproductiva, cuyo núcleo de realización es la anticoncepción y cuya expresión más formal es el respeto a la dignidad humana. Por ello, 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 de las consecuencias de la decisión. El cumplimiento de estas condiciones activan los sistemas de protección basados en la información y educación.

La salud sexual y la salud reproductiva entrañan a su vez, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y la libertad para decidir procrear o no hacerlo, o cuando y con qué frecuencia<sup>10</sup>.

### 3.6 Vinculación entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y el marco normativo:

Las disposiciones legales, interpretadas a la luz del contexto o caso concreto y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las otras personas, son el único limitante al ejercicio de estos derechos humanos, dentro de un marco ético y de principios como **la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia**, propios de una sociedad democrática que garantiza la libertad, igualdad y respeto por las diferencias.

El límite para el ejercicio de algunos de los derechos sexuales, también está determinado por el momento evolutivo de niñas y niños, cuyo acceso es gradual según la madurez física y mental, su empoderamiento y autonomía. En tanto en las relaciones entre personas de diferentes edades, la determinación del límite corresponde al más adulto, en tanto comporte mayor madurez; esto es, la edad con las capacidades plenas, permite en sí misma mayor poder de decisión. Corresponde a los mayores la protección de las personas con menor edad, en todos los casos de ejercicio de derechos.

Así mismo, el encuentro sexual debe ser entre pares, sin asimetría en relaciones de poder, e interpretado en la condición y circunstancias específicas de las personas, protegiendo la posibilidad de vulneración de los derechos sexuales, por lo tanto, todos los encuentros sexuales consensuados y entre iguales están exentos de valoración de violencia. Entre tanto, debe considerarse condición violatoria, el acto sexual de mayores con niños y niñas cuando estas diferencias se marquen en la etapa del desarrollo, infancia, adolescencia; al igual, que el encuentro sexual de personas con plenas facultades que acceden a otras y otros con discapacidad mental o intelectual de cualquier grado; el derecho a la vivencia de la sexualidad de las personas con este tipo de discapacidad debe ser protegido mediante procesos de educación que las preparen para encuentros con pares en su misma condición.

El límite para el ejercicio de algunos de los derechos sexuales, también está determinado por el momento evolutivo de niñas y niños, cuyo acceso es gradual según la madurez física y mental, su empoderamiento y autonomía.

<sup>10</sup> Informe de la III Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Capítulo 7, párrafo 7,2. 1994

### **3.7 Reconocimiento de las acciones para la garantía de los derechos:**

La promoción, respeto, protección, exigibilidad y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es un *continuum* para asegurar la garantía que parte desde su conocimiento hasta su materialización o restablecimiento en los casos que son vulnerados.

### **3.8 Responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción:**

El ejercicio libre de los derechos conlleva responsabilidades individuales y sociales que deben ser previstas, entendidas e interiorizadas por las personas y las instituciones a partir de adecuados procesos de información y garantía de tales libertades. Este principio también implica corresponsabilidad y la necesidad de concurrencia del Estado, las familias y la sociedad, para el logro de los objetivos y propósitos de la PNSDSDR.

### **3.9 Integralidad y no fragmentación para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:**

Estos derechos mantienen las características de universalidad, interrelacionabilidad, interdependencia e indivisibilidad y deben ser proveídos en condiciones de reconocimiento de la integridad de las personas. En concordancia con esta postura, los servicios y la atención deben ser organizados y prestados de forma integral a sujetos integrales, situación especialmente

aplicable a los servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva, a partir del reconocimiento de las múltiples interrelaciones que existen entre las temáticas habituales en que actualmente se dividen los procesos de atención en esta materia. Esto es, la integralidad de los servicios se hace efectiva a través de del establecimiento de rutas y modelos de atención.

En este sentido, la Ley Estatutaria en Salud señala que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia de su origen, condición de salud, sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

### **3.10 Armonización:**

Esta Política potencia, articula, complementa y hace sinergias con los demás desarrollos contenidos en instrumentos nacionales e internacionales, normas, planes y programas con que cuenta el país en torno a la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, no entra en contradicción con ellos y procura el logro de los objetivos comunes.

De la misma manera, y en el plano de la Atención Primaria en Salud (APS), se debe propender por la armonización e integralidad entre la oferta de servicios individuales y las acciones colectivas definidos en el PIC, para el logro consensuado de las metas propuestas, de acuerdo a las prioridades establecidas en los niveles territoriales y los contextos particulares.

# 4. Visión

# 4. Visión



**E**n el año 2021, la población colombiana habrá avanzado en el reconocimiento y efectiva realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. Los derechos a la libertad, a la igualdad, a la privacidad, a la autonomía e integridad de las personas están íntimamente relacionados con la sexualidad y la reproducción y apuntan a salvaguardar la dignidad de la persona humana, por lo tanto, el Estado en su conjunto habrá dispuesto y fortalecido los mecanismos necesarios para su promoción, protección, ejercicio, garantía o restitución en los casos que estos fueran vulnerados.

Esto posibilitará, para todas y todos, la vivencia de una sexualidad satisfactoria y placentera, entendida como un aspecto positivo y base de su desarrollo humano, su bienestar y su calidad de vida, de acuerdo con la diversidad, determinada por el momento del ciclo vital, el sexo, la orientación sexual o identidad de género, su pertenencia étnica o cultural, el nivel educativo, la situación económica o los contextos de vulnerabilidad como los que enfrentan las personas víctimas de la violencia o en situación de desplazamiento, con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, los habitantes de calle, los trabajadores o trabajadoras sexuales, las personas privadas de la libertad o en custodia, entre otras, en cualquier parte del territorio nacional.

Se orienta a que todas las personas tengan autodeterminación sobre sus propios cuerpos y, por lo tanto, de sus destinos, lo que incluye libertad para procurar una vida sexual y una vida reproductiva con bienestar, construida desde la noción del disfrute y las relaciones igualitarias entre los seres humanos, para la realización plena de su proyecto de vida, donde las diferencias y diversidades no sean causa de desigualdad, discriminación, estigma o violencia; y donde las decisiones frente a la vivencia de la sexualidad y la opción o no de la maternidad y la paternidad sean conscientes, informadas y libres.

En el año 2021, la población colombiana habrá avanzado en el reconocimiento y efectiva realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos.

# 5. Propósito



# 5. Propósito



**E**sta Política tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la **Atención Primaria en Salud (APS)**<sup>11</sup>, y coincide con la estructura y las indicaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión prioritaria de “*Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*”, para que todas las personas a lo largo y ancho del país se desarrollen en condiciones de bienestar.

La APS es una estrategia que incluye los servicios de salud desde la más baja complejidad y las acciones de promoción de la salud y prevención primaria del riesgo y el daño, hasta la disposición y uso del más alto nivel del conocimiento técnico y científico para superarlos o atenuarlos y mantener la salud, incluidos los procesos de rehabilitación; todos estos entran en relación dinámica con la estructura comunitaria, que establecida en red social, red de apoyo y organización social soporta los elementos psicosociales que el proceso de promoción, prevención y atención institucional no otorga, en cuanto a contenido y calidad en los aspectos emocionales y afectivos. La diada de atención y soporte que se reconoce en la relación de la institucionalidad de salud con la comunidad es potenciada a través del establecimiento de relaciones con los demás agentes institucionales, los cuales además de fortalecer y facilitar procesos, agregan acciones propias de su competencia que crean bienestar, atenúan riesgos y erradican factores causales de eventos mórbidos. Es decir la APS implica la interrelación directa, permanente y dinámica del trinomio servicios de salud, comunidad y agentes de la estructura formal del Estado, para la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, e impactar los determinantes sociales que afectan la salud.

Esta Política tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

<sup>11</sup> Ley 1438 de 2011.



# 6. Alcance

# 6. Alcance



**L**os contenidos definidos en la PNSDSDR comprometen al sector salud como ente rector, y a otros agentes intersectoriales que por sus responsabilidades y competencias están involucrados en la ejecución de las acciones, en cualquier parte del territorio nacional; quienes en sintonía con sus funciones deben establecer o construir los contactos, conexiones, coordinaciones, alianzas y sinergias pertinentes, para incidir sobre los logros en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y apuntar al desarrollo de los territorios y de las diversas poblaciones que los habitan.

# **7. Componentes y temáticas de especial interés**

# 7. Componentes y temáticas de especial interés



La vocación de la PNSDSDR es la promoción y prevención, con el objeto que estos derechos se reconozcan, exijan, adopten y ejerzan, por ello, está dirigida a que toda la población vivencie la sexualidad o la reproducción, como ejercicio de su libertad, igualdad, autonomía, privacidad y dignidad.

No obstante, si la promoción y prevención fallan, o si los derechos sexuales y los derechos reproductivos son vulnerados, la institucionalidad del sector salud y en asocio con otros sectores según su competencia, proveerá los mecanismos necesarios para la atención, el cuidado de las personas afectadas, la reparación del daño y la reivindicación, en procura de la integridad física, mental, social y el restablecimiento del bienestar.

En consecuencia, se asumen los dos componentes definidos para la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en el PDSP, definida como *“Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades (MSPS,*

La vocación de la PNSDSDR es la promoción y prevención, con el objeto que estos derechos se reconozcan, exijan, adopten y ejerzan.

2013. P47); alrededor de estos componentes se construyen las acciones para el logro de los objetivos relacionados con la promoción, protección, atención y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la atención primaria en salud, que son:

**“a) Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género:** cuyo objetivo es garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la reproducción libre de violencia en el marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, étnica, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima de conflicto armado.

**b) Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos:** cuyos objetivos se orientan a la garantía de la salud sexual y la salud reproductiva, con atención integrada, humanizada y de calidad, la atención oportuna y de calidad a la mujer gestante y lactante y la prevención del aborto inseguro; el empoderamiento del acceso a los servicios integrales y de los sistemas de seguimiento y evaluación, priorizando la población de 10 a 19 años; la atención a las víctimas de violencia de género y sexual; la intervención en Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones vulnerables. Todo en el marco de los enfoques de derecho, género y diferencial”. (MSPS, 2013)

El Plan desarrolla los componentes a través de las tres líneas operativas: 1) Promoción de la salud<sup>12</sup>; 2) Gestión del riesgo en salud<sup>13</sup>; 3) Gestión de la Salud Pública<sup>14</sup>; las cuales son retomadas en esta Política como ordenadores de los diez objetivos, los cuales se distribuyen así: cinco en la primera línea operativa; tres en la segunda y dos en la tercera, todo con el fin de guiar la planificación de la Política en función de los resultados que se esperan de ella.

Así mismo, en esta materia se identifica un abanico de **temáticas de especial interés** que son constitutivas y se

<sup>12</sup> “Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, dirigidas a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable”. (MSPR, 2014. P. 28)

<sup>13</sup> “Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo” (MSPR, 2014. P. 28)

<sup>14</sup> “Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminados a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, administración, vigilancia y fiscalización de recursos” (MSPR, 2014. P. 28)



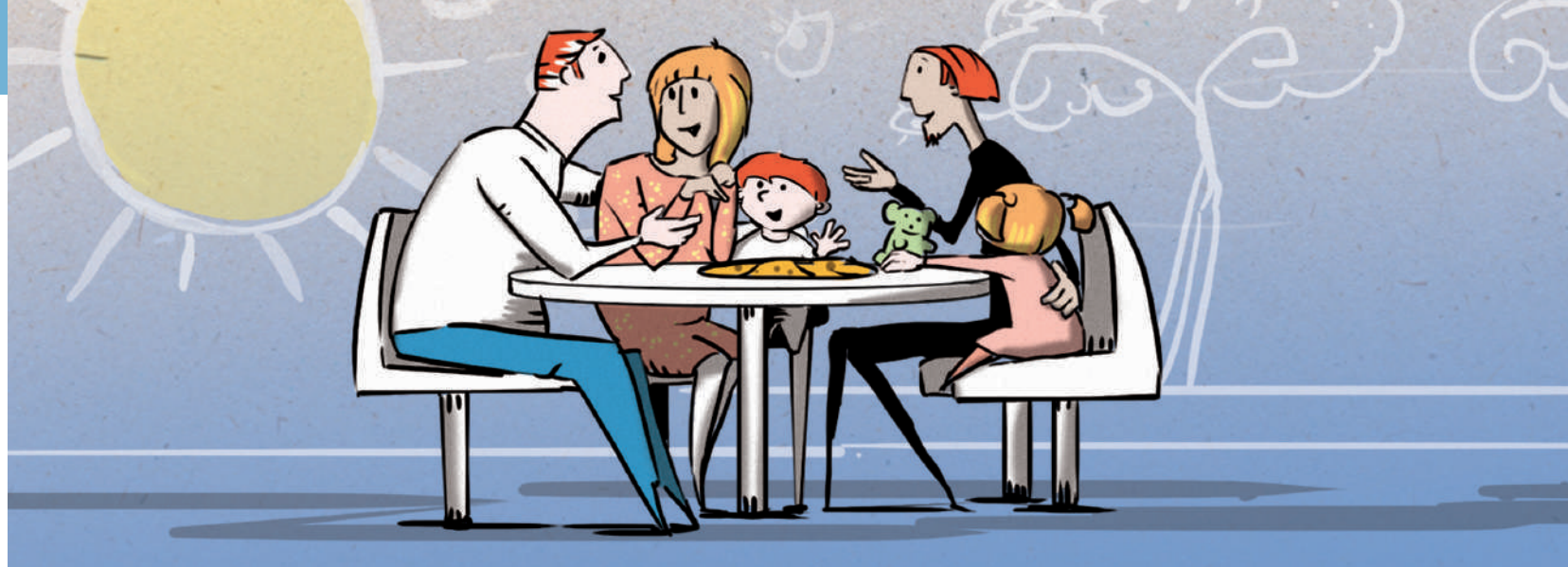


vienen desarrollando, como parte de las acciones en salud sexual y salud reproductiva, pero requieren ser profundizadas, reflexionadas, actualizadas, potenciadas, sinergizadas, en los procesos de prevención y atención como parte de una visión ampliada de la sexualidad, que incluye temas habituales que han sido priorizados y muestran importantes avances que no pueden decaer, como son: salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes; la atención integral a la mujer antes, durante y después del evento obstétrico que incluye aspectos claves como la anticoncepción y la prevención del aborto inseguro, el acceso universal a prevención y atención integral de las ITS, VIH/Sida; el abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales; o los avances que se realizan desde la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles en cuanto a la prevención de los cánceres relacionados con la sexualidad y la reproducción; observadas desde sus interrelaciones con la salud de la población general y la adolescencia como una etapa especialmente focalizada.

La propuesta reta también al abordaje de otras condiciones que deben ser tenidas en cuenta como las disfunciones sexuales de mujeres y hombres, la adaptación del cuerpo a la identidad de género, la prevención del aborto inseguro, la fertilidad, la sexualidad en la niñez y la vejez y muchas otras. Si bien algunas de estas temáticas no son consideradas prioritarias en términos de la Salud Pública, dentro del marco de la Atención Primaria en Salud, por su aparente baja prevalencia, sin embargo, el Estado y la sociedad en su conjunto deben viabilizar las condiciones, para que las personas que las requieran en el ejercicio de sus derechos puedan ver materializadas sus aspiraciones a través de la disponibilidad de servicios en concordancia con los planes de beneficios y la oferta de atención, dentro de la normatividad vigente.

La III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, señala que el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva en el contexto de la Atención Primaria en Salud abarca, información, educación, asesoramiento y servicios, según sea apropiado y necesario sobre sexualidad humana, la salud reproductiva, la maternidad y la paternidad responsable; lo cual supone disponibilidad de todos los anticonceptivos, atención prenatal, partos sin riesgos y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud de la madre y el niño, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad, la interrupción del embarazo de conformidad con las leyes de cada país, haciendo énfasis en la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias, tratamiento de las

La propuesta reta también al abordaje de otras condiciones que deben ser tenidas en cuenta como las disfunciones sexuales de mujeres y hombres, la adaptación del cuerpo a la identidad de género, la prevención del aborto inseguro, la fertilidad, la sexualidad en la niñez y la vejez y muchas otras.



infecciones del aparato reproductor, las Infecciones de Transmisión Sexual y otras afecciones de la salud reproductiva. Se debe disponer de sistemas de remisión a servicios de mayor complejidad, cuando sea necesario en planificación familiar, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de seno y del aparato reproductor de hombres y mujeres, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. Del mismo modo, se deben prever acciones de disuasión para superar prácticas lesivas y atentatorias de los derechos humanos, como la mutilación genital de las mujeres, la violencia sexual, explotación sexual comercial, trata y tráfico de personas con fines de explotación sexual y todas las otras formas de violencias basadas en género.

En la misma Conferencia, se enuncia como las políticas nacionales en la materia deben construirse sobre la comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable, placentera y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual, esto sustenta las nuevas temáticas a incorporar ahora y en el futuro.

Del mismo modo, el Programa de Acción de El Cairo, ratificado por el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5: mejorar la salud materna), también recomienda el acceso universal a la salud sexual y a la salud reproductiva, entendido como posibilitar la atención en todos los campos y a todas las personas. Bajo esta misma orientación la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 11, considera sujetos de especial protección: los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas, personas con discapacidad y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. A lo anterior y en términos de la Política actual y por extensión del concepto podemos agregar las mujeres víctimas de las violencias de género, según lo contempla la Ley 1438.

Las políticas nacionales en la materia deben construirse sobre la comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable, placentera y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual, esto sustenta las nuevas temáticas a incorporar ahora y en el futuro.





# 8. Objetivos y Acciones

# 8. Objetivos y Acciones



## 8.1 General

**E**sta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no solo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos.

Las acciones fundamentales requeridas para la realización de este objetivo serán orientadas por el nivel directivo del MSPS a la divulgación e implementación de la Política en todo el territorio nacional, mediante el uso de los instrumentos indicados en el PDSP, así como al fortalecimiento de los modelos de gestión, seguimiento, evaluación y control, a través de las metodologías desarrolladas para la utilización de los datos arrojados por los sistemas de información del sector.

Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad.

**8.1.1.** Desarrollar los mecanismos para la gestión política de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como para la socialización, divulgación, apropiación e interiorización de los contenidos de esta Política en los Planes de Desarrollo Territoriales de acuerdo a la metodología PASE a la Equidad en los niveles territoriales y con los agentes del SGSSS.

**8.1.2** Asistir técnicamente a los territorios y demás agentes del SGSSS en los procesos de adaptación e implementación de la PNSDSDR según las prioridades establecidas y los diversos contextos territoriales definidos.

**8.1.3** Fortalecer los modelos de gestión, seguimiento, evaluación y control a los avances en la implementación y logro de los objetivos propuestos en la Política a través de los datos recolectados por el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).

## 8.2 Objetivos Específicos y Acciones

La definición de los objetivos y las acciones que permiten materializar la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, implica su identificación según las líneas operativas consonantes con el PDSP, por lo tanto, para facilitar su comprensión, se describen en este orden, enfatizando que no corresponde a algún criterio de priorización:

### 8.2.1 Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos

**8.2.1.1** Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en un marco de referencia laico y una ética civilista, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar el respeto a la libertad de pensamiento y a la libre expresión en torno a la sexualidad y la reproducción, minimizando la posibilidad de señalamiento o juzgamiento en los procesos de atención inducidos por posturas políticas, religiosas o culturales de los prestadores.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la construcción de una mirada holística frente al disfrute de la sexualidad, que permeen la prestación de los servicios y la acción intersectorial e interinstitucional. Para ello es necesario:

1. Gestionar la promoción del reconocimiento de la sexualidad y la reproducción, en el marco de respeto de las libertades de pensamiento, opinión y expresión de la orientación sexual, la identidad de género y los derechos sexuales, dentro del sector salud y en la comunidad, sin juzgamientos o discriminación, a través de medidas inclusivas, apropiadas a los diferentes contextos.
2. Convocar a la conformación de grupos y organizaciones sociales, interculturales, ecuménicas y otras, para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la libertad de pensamiento, asociación y la interlocución directa con la institucionalidad del sector salud y de otros sectores.
3. Coordinar espacios, en asocio con otros sectores, para intercambiar información entre la comunidad y la institucionalidad de salud respecto de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre el alcance y la interpretación de los instrumentos legales, para que la expresión de la sexualidad y la reproducción cursen sin temor, vergüenza, culpa, falsas creencias y otras restricciones sociales, sobre formas de expresión de la sexualidad como el vestir o el modo de hablar, entre otras.



El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que la vida, la integridad física o mental de las personas no se vean afectadas por hechos de violencia o de fallas en los servicios.

4. Fortalecer procesos de educación sexual integral, para los prestadores de servicios de salud, orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, que permitan el abordaje y respuestas con acciones y servicios dentro de un enfoque laico<sup>15</sup> y de ética civilista<sup>16</sup> para garantizar el ejercicio de derechos, el bienestar y la calidad de vida.
5. Desarrollar los mecanismos para asegurar el liderazgo apropiado del sector salud en la construcción de las intervenciones, las medidas y los instrumentos sectoriales e intersectoriales necesarios y efectivos de orden legislativo, sanitario, educativo, judicial, de protección, reparación integral y comunicacional en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva, de forma coordinada y en el respeto de las competencias que facilite la garantía de los derechos.
6. Impulsar la aplicación de acciones administrativas y disciplinarias a que hubiere lugar, por atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión frente a la sexualidad o la reproducción, registrados en la prestación de los servicios o en la institucionalidad del sector salud.

**8.2.1.2** Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que la vida, la integridad física o mental de las personas no se vean afectadas por hechos de violencia o de fallas en los servicios, que afecten el ejercicio de los derechos humanos, de los cuales hacen parte los derechos sexuales y los derechos reproductivos, lo cual como máxima expresión de la libertad, deben desarrollarse dentro de un ambiente de seguridad y protección y donde el derecho a la salud actúa como elemento vinculante y fundamental. Para garantizar la vida e integridad en el ejercicio de los derechos humanos el Estado tiene la responsabilidad de las acciones de prevención,

<sup>15</sup> La laicidad se define "como un régimen de convivencia, cuyas instituciones políticas están legitimadas por la soberanía popular y no por elementos o instituciones religiosas" Blancarte R. (2006). En: Marco ético de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional. (MSPS y UNFPA, 2010. p. 40)

<sup>16</sup> Definida como "el conjunto de valores y normas que comparte una sociedad pluralista y que permite a los distintos grupos, cualquiera que sean sus creencias. . . no solo convivir unos con otros, sino también construir juntos la vida, a través de proyectos compartidos y descubrir respuestas comunes a los desafíos a los que se ven abocados" Marco ético de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional. (MSPS y UNFPA, 2010. p.39).

protección, atención, rehabilitación y búsqueda de medidas de reparación, hasta donde sea posible.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento de las prácticas del sector mediante las cuales se pueden legitimar la violencia (ONU Mujeres, 2010), en cualquiera de sus formas incluidas las que ejercen las Instituciones de salud (Rueda, 2010) y otras. Esto conduce a la aplicación de las medidas necesarias para erradicarlas como condición para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y como medio para lograr el bienestar de las personas y las comunidades y el desarrollo humano integral. Lo cual también incluye el diseño de estándares de atención integral para la identificación, reparación y rehabilitación del daño a la salud sexual y la salud reproductiva, especialmente en los casos cuando se presentan hechos de violencia sexual o basada en género, independiente de su autor o forma. Para ello es necesario:

1. Establecer procesos sistemáticos de promoción del derecho a una vida libre de violencia física, psicológica o sexual; de tipo social, político o económico; por causas asociadas a la vivencia de la sexualidad y la reproducción; identificando los eventos violentos y emitiendo alertas, especialmente cuando afecta a personas o grupos en contextos de vulnerabilidad.
2. Diseñar mecanismos orientados a la prevención de las torturas y los tratos crueles, inhumanos o degradantes -como la ablación de clítoris, el negar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos establecidos por la Corte Constitucional, los feminicidios o los crímenes de odio motivados por la intolerancia a las diferentes vivencias de la sexualidad, la orientación, las identidades de género, entre otros- y difundirlos ampliamente por medios sociales a toda la comunidad.
3. Integrar a los grupos sociales y a los actores de la comunidad en la construcción de acciones sectoriales y comunitarias, orientadas a la erradicación de prácticas culturales o tradicionales que según la evidencia científica son lesivas, relacionadas con la forma de vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como, la eliminación de prácticas culturales que se configuran en riesgos desde el concepto de derechos, como algunos ritos de paso y de iniciación al ejercicio sexual que viven niños, niñas y adolescentes.
4. Establecer dentro del sector, sistemas de alerta temprana y detección de riesgos o amenaza a la vida y la integridad personal asociada al ejercicio de la sexualidad, la identidad o expresión de género y el ejercicio de los derechos reproductivos; así como, los modos de respuesta integral inmediata.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento de las prácticas del sector mediante las cuales se pueden legitimar la violencia en cualquiera de sus formas incluidas las que ejercen las Instituciones de salud (Rueda, 2010) y otras.



5. Identificar y erradicar las prácticas institucionales que legitiman o promueven cualquier forma de violencia asociada al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como es el caso del trato sexista a las mujeres en la atención de los diferentes eventos obstétricos o por la iniciación temprana del ejercicio sexual o el estigma y discriminación a las personas viviendo con VIH, a las y los trabajadores sexuales, entre otros.

### **8.2.1.3 Proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre los ciudadanos y las instituciones del sector salud.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que las opciones, decisiones o condiciones en materia de sexualidad y reproducción se mantengan dentro de la órbita de la privacidad y confidencialidad definida por cada persona y por el reconocimiento de las normas de conducta social. Lograr esta condición desde la institucionalidad permitirá el fortalecimiento de las relaciones de confianza y la legitimidad del sector salud como garante del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al fortalecimiento de posturas éticas frente al respeto a la privacidad y manejo de la información, relacionada con la sexualidad o la reproducción de las personas, en el personal asistencial y el fortalecimiento de mecanismos de seguridad de la información. Para ello es necesario:

1. Difundir dentro de la comunidad y el personal prestador de servicios de salud el derecho

a la privacidad y confidencialidad como elemento esencial para ejercer la autonomía sexual, la autonomía reproductiva y la toma de decisiones en estos aspectos, sin ser objeto de amenaza o riesgo y en cumplimiento del compromiso ético profesional y del mandato legal del secreto profesional.

2. Promover la aplicación de los mecanismos para hacer efectivos el debido reconocimiento y respeto del derecho a la intimidad y a la privacidad, dentro del personal del sector y hacia los titulares del derecho a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, en cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno reglamentado por la Superintendencia de Salud e incluido como norma en los procesos de habilitación y acreditación (Normas de aseguramiento de la calidad de la atención).
3. Establecer procesos para garantizar la reserva y el sigilo de la información sobre los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción de las personas, incluido el fortalecimiento de los principios éticos que exige el derecho a la intimidad por parte de los prestadores de servicios de salud y la adecuación de los espacios de forma que las consultas puedan llevarse a cabo en condiciones de reserva e intimidad.
4. Fortalecer los protocolos para garantizar la seguridad de la información producida por el sector, así como para controlar la divulgación o fuga de información en relación con las preferencias, la historia, los comportamientos sexuales o reproductivos de las personas, así como otros asuntos relacionados con la atención en salud o la investigación y la inclusión de los temas de sexualidad en reglamentaciones existentes para asegurar la confidencialidad de la, información y fortalecer su vigilancia.
5. Diseñar los mecanismos para el restablecimiento del derecho a la privacidad de la vida sexual o reproductiva de las personas cuando este fuera vulnerado en razón de la prestación de los servicios de salud.

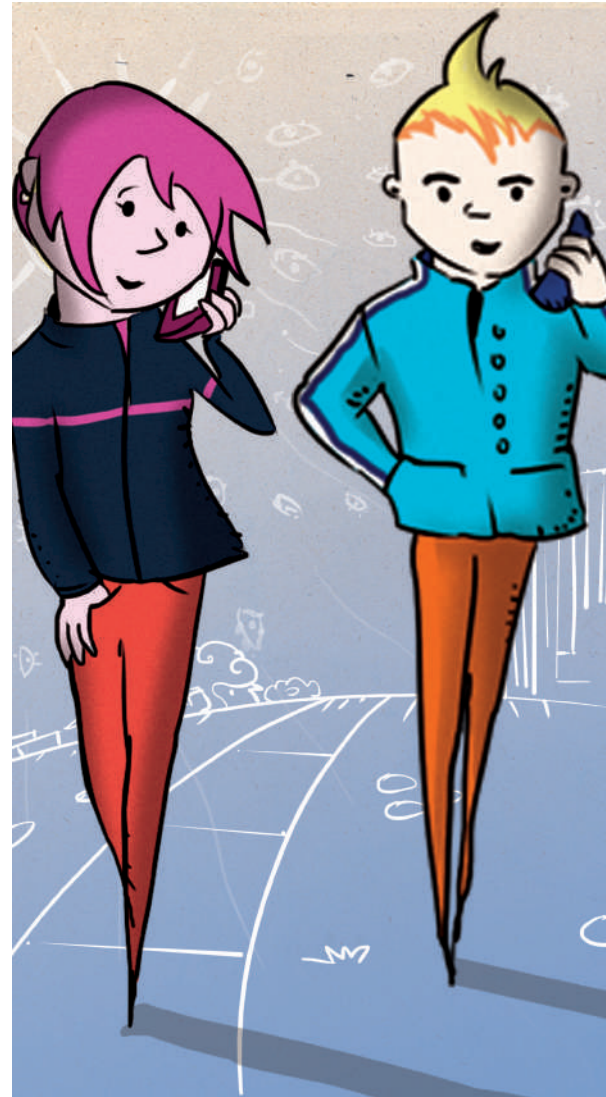


**8.2.1.4 Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria entre hombres y mujeres mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la transformación de prácticas culturales discriminatorias que vulneran los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la visibilización de las posibles discriminaciones y al cumplimiento de los desarrollos normativos para superarlas, el ejercicio de las competencias sectoriales y la distribución eficiente de los recursos. Para ello es necesario:

1. Propiciar espacios y mecanismos de reconocimiento de la diversidad y la igualdad de las personas, para que los servidores del sector salud, superen las distintas formas de discriminación ante los comportamientos, usos y costumbres asociados a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, manteniendo el respeto por los rasgos culturales dentro del reconocimiento de los límites establecidos en el ejercicio del derecho.
2. Identificar y remover las prácticas sociales e institucionales del sector salud, que basadas en estereotipos o estigmas, son abiertamente discriminatorias en relación con la sexualidad o la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en condiciones de igualdad.
3. Facilitar y exigir la formación del recurso humano del sector, con la inclusión de contenidos educativos sobre relacionamiento igualitario, convivencia social y superación del estigma y la discriminación, en los currículos de enseñanza de diferentes profesionales, especialmente en los que ejercerán como prestadores o como entes de control.
4. Establecer mecanismos de identificación, seguimiento, control y sanción, de los servicios de prevención, atención, protección, rehabilitación, restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que vulneran el derecho a la igualdad y garantizar las acciones de vigilancia, inspección y control en los casos de estigma y discriminación.



El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la transformación de prácticas culturales discriminatorias que vulneran los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

**8.2.1.5** Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía personal a través de acciones que reconozcan a las personas y su diversidad, para que se direccionen respuestas del sector salud adecuadas a sus necesidades como forma de garantía del derecho.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la inclusión de toda la ciudadanía desde su diversidad, en los diferentes niveles de acción estatal, social, comunitaria e institucional del sector salud, para la materialización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como el ejercicio pleno de la autonomía de todas las personas.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento, aceptación, y respeto de las diferencias y adecuación de los servicios de salud en función de estas, conservando la integridad del ser humano. Para ello es necesario:

1. Gestionar y diseñar procesos pedagógicos que permitan reconocer la libertad sexual y la libertad reproductiva, que incluye la resignificación del cuerpo, diversidad de opciones disponibles para la vivencia de la sexualidad y la reproducción, la elección de parejas sexuales; experimentar el potencial de la sexualidad a plenitud, disfrutar del erotismo, dentro de un marco de no discriminación y consideración de los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según el momento del ciclo vital, para el personal del sector y la comunidad en general.
2. Fortalecer los procedimientos relacionados con definición de marcos éticos de la atención e investigación, para que ninguna persona de manera involuntaria pueda ser sujeta a estudios, procedimientos médicos de diagnóstico, atención, intervención



farmacológica o quirúrgica o confinamiento, sobre la base de una expresión sexual protegida, orientación sexual, historia o comportamiento sexual, identidad o expresión de género o situación reproductiva.

3. Fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que en el marco de respeto a las normas y principios de los derechos humanos sean posibles. Estas acciones darán especial atención al cuidado de la sexualidad en la niñez, la adolescencia y la vejez y de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, así como, a los mecanismos para el control de posibles formas de conculcación o persecución legal basadas en la vivencia de la sexualidad o la reproducción cuando median circunstancias étnicas o culturales y otras formas que requieran manejos excepcionales ante la ley.
4. Diseñar oferta de servicios de salud, específicamente sensibles a la diversidad y las necesidades de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, y en especial para adolescentes y jóvenes, que requieren atención a su salud sexual y salud reproductiva de forma integral, lo cual incluye su derecho a acceder a los servicios de consejería sin el consentimiento de los padres (Ley 1098, 2006), el apoyo y protección para insistir en prácticas sexuales y reproductivas más seguras.
5. Adaptar los procedimientos administrativos del sistema de salud a la identidad de género que indique o defina la propia persona, ello implica procesos de identificación a través de la gestión de documentos de identidad dentro del sistema, carné y otras certificaciones oficiales, coherentes con ello, sitios de hospitalización, reclusión, custodia entre otros.

### **8.2.2 Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva**

**8.2.2.1 Garantizar el acceso de las personas a los beneficios de los avances científicos disponibles para el disfrute de la sexualidad y la reproducción y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como forma de materialización del derecho a la salud física, mental y social.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional, hombres, mujeres y personas intersexuales o transgénero, puedan gozar del más alto estándar posible de salud física y mental en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, superando restricciones y brechas derivadas de las condiciones de inequidad, reconocidas como Determinantes Sociales de la Salud, para la garantía de los derechos sexuales

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional, hombres, mujeres y personas intersexuales o transgénero, puedan gozar del más alto estándar posible de salud física y mental en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

y los derechos reproductivos, de su ejercicio y del acceso a la atención en materia de salud sexual y salud reproductiva, en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las condiciones que lo requieran.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la identificación y democratización del uso de diferentes avances de la ciencia y la tecnología en salud, en los casos que las posibilidades diagnósticas y otros determinantes lo permitan. Para ello es necesario:

1. Desarrollar contenidos y reglamentaciones que desde la integración en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, evidencien las interrelaciones e interdependencias entre los diferentes contenidos y componentes definidos desde la ciencia hasta hoy y los que se desarrollen en el futuro.
2. Facilitar la disponibilidad y acceso a la información u orientación sobre sexualidad y reproducción en su relación con la salud, el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible; así como promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.
3. Organizar la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva que incluyan los componentes de la atención definidos como condición básica para la aproximación al ser humano en su condición de integridad y que permitan superar condiciones restrictivas al goce de los derechos desde la prestación de los servicios de salud.
4. Fortalecer los sistemas de apropiación de las tecnologías en salud, para atender las necesidades relacionadas con la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, en condiciones de seguridad, así como para prevenir la aparición de eventos no deseados y atender los problemas relacionados con la vulneración de los derechos sexuales o los derechos reproductivos, a través de la identificación, protocolización y normalización de esas tecnologías.
5. Mantener el más alto nivel de acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se encuentran incluidos en el POS y los que la normatividad vaya introduciendo.
6. Fomentar la participación, construcción colectiva e incidencia de todos los agentes del SGSSS y de la comunidad en el diseño de los nuevos programas, servicios e intervenciones referentes a la salud pública en la dimensión de la sexualidad y la reproducción, para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.



**8.2.2.2 Facilitar el acceso permanente a la información, apropiación de contenidos y significados relacionados con sexualidad, reproducción, derechos sexuales, derechos reproductivos y salud, a través de la disposición de todos los medios pedagógicos y de democratización del conocimiento desde el sector de la salud y otros sectores como el educativo, que faciliten la comprensión integral de la sexualidad y la reproducción y sus relaciones con los determinantes sociales y culturales.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proporcionar los recursos y medios que garanticen la apropiación de la información, así como la entrega de insumos para el desarrollo de procesos educativos, pedagógicos y comunicacionales, para orientar a la ciudadanía en sexualidad, reproducción y el ejercicio de derechos, reconociendo las condiciones del contexto en cual se desenvuelven.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al análisis reflexivo, crítico y evaluativo permanente de las estrategias comunicativas masivas e interpersonales, desarrolladas en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. Para ello es necesario:

1. Fortalecer programas de información y educación integral sobre sexualidad, fecundidad y reproducción, dirigidos a la comunidad y liderados desde el sector salud, aplicables según el ciclo de vida, que permita dotar a todas las personas de opciones frente a la maternidad y la paternidad, el pleno ejercicio de la ciudadanía, y de manera especial de habilidades para relacionarse en el reconocimiento de las diversidades de forma solidaria.
2. Promover en alianza con otros sectores, la apertura de oportunidades que permitan a los y las adolescentes y jóvenes el desarrollo de sus capacidades para la apropiación de la titularidad de sus derechos, asumir de manera progresiva la autonomía, el reconocimiento

de las libertades, posibilidades y límites en las esferas de su vida sexual y reproductiva como base para la realización de sus anhelos y la construcción de su ciudadanía.

3. Reconocer y respetar la cosmovisión y la permanencia de algunos usos y costumbres del conocimiento y las prácticas ancestrales, relacionadas con sexualidad y reproducción, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en los casos que ellas no contradigan el concepto, ejercicio y garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y contribuyan al cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva, desde un diálogo intercultural.
4. Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de la sexualidad y la reproducción, dirigida a los prestadores de servicios de salud, como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconcepcionales, de anticoncepción, IVE, control prenatal, atención del parto y postparto, detección temprana y atención integral de las ITS, VIH/Sida y violencia sexual y basada en género, entre muchos otros.
5. Incorporar lógicas ancestrales, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en la construcción de nuevas ofertas de servicios de salud sexual y salud reproductiva, como forma para superar inequidades y garantizar el ejercicio de derechos para todas y todos.
6. Establecer mecanismos de reconocimiento de las condiciones y manifestaciones de la sexualidad y la reproducción en los grupos y comunidades que permitan establecer acciones oportunas en materia de información para la prevención, atención, protección y rehabilitación.

**8.2.2.3 Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables que posibiliten la decisión sobre la paternidad y la maternidad, desde el reconocimiento de las particularidades de los diferentes grupos, como forma de respeto de la diversidad individual, social y cultural.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer escenarios

que faciliten las decisiones sobre la paternidad y la maternidad dentro de los diferentes formas de familias, que estimulen la construcción de relaciones basadas en la solidaridad y la igualdad, como medio para superar paradigmas y modelos de poder hegemónico que afectan la salud sexual y la salud reproductiva.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento, en los prestadores, de la posibilidad de existencia de diferentes formas de familia, y la preparación y empoderamiento de estas para recibir a las nuevas generaciones. Para ello es necesario:

1. Promover en coordinación con otros sectores, el respeto por parte de los prestadores de servicios, a la libre decisión de las personas frente a la formación de un tipo determinado de familia, la elección de pareja, el ejercicio autónomo de la fecundidad, mediante acciones que les permitan la posibilidad de control sobre la vivencia de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, dentro de un marco de no discriminación y consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según ciclo vital.
2. Impulsar marcos normativos exigibles que aseguren el cumplimiento de estándares para la asesoría personalizada en procesos de promoción, prevención, atención y reparación, como requisito para la entrega de información educación y servicios relacionados con la regulación de la fecundidad y la disponibilidad de métodos efectivos, aceptables y asequibles; la oferta de tecnologías o tratamientos reproductivos; la oferta de insumos de protección contra las ITS y el VIH/Sida; incluyendo preservativos y elementos para la reducción del daño en Usuarios de Drogas Inyectables, tratamiento de la disfunción sexual, prácticas sexuales durante la gestación y otras temáticas, independientemente de las condiciones de la relación o de la vida en pareja en el marco de garantía de los derechos, la no discriminación, y el cumplimiento de la normatividad.

3. Asegurar que los sistemas de atención a la salud sexual y a la salud reproductiva, cumplan con los requisitos de calidad en la atención en salud definidos dentro del marco normativo vigente, los cuales incluyen seguridad del paciente, provisión de los recursos científicos disponibles, respeto y acatamiento por las opciones y decisiones y aseguramiento de ambientes protectores durante todo el lapso y manifestación en los eventos de paternidad y maternidad.
4. Garantizar la atención de los procesos reproductivos, incluido el parto, por personal debidamente formado y graduado en los conocimientos y técnicas específicas disponibles desde la ciencia y la tecnología, para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención en espacios institucionales o alternativos debidamente dotados para responder a las contingencias posibles, facilitando la participación de la familia y la expresión afectiva de los roles de la paternidad y la maternidad desde el inicio.
5. Apoyar la garantía de los derechos de los usuarios en los procesos de adopción, custodia legal, tutela legal, paternidad, entre otros, mediante el establecimiento de servicios de salud con protocolos y normas estandarizadas, que cuenten con mecanismos de vigilancia, control y punición, en los casos en los cuales el sector salud coordina la realización de estas actividades.

### 8.2.3 Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva

**8.2.3.1 Fortalecer los mecanismos y sistemas de respuesta para la atención de eventos adversos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción y la reparación de los daños en los casos que los derechos relacionados fueran vulnerados, mediante la alineación de todas las Instituciones del Estado según sus**

**competencias, para el restablecimiento o reivindicación de los derechos con atención en salud de calidad y con el trato digno, humano y solidario a las personas.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe exigir el trabajo armónico, articulado y planificado entre los distintos sectores Instituciones o Entidades responsables de garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; en consecuencia debe alinear a la institucionalidad responsable hacia el logro de este ideal, bajo condiciones favorecedoras de la **prestación competente, humanizada y el trato solidario**; tendiente a la garantía y la integralidad de la atención.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la necesidad de incidir sobre todos los actores del sector y otros sectores que guardan alguna relación con la promoción y atención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para la prestación de servicios con calidad, trato digno, humanizado y solidario; la activación, revisión o depuración de los distintos mecanismos creados formalmente como los modelos, comités y las rutas de atención y para la articulación con otras políticas relacionadas como las de género, salud mental, discapacidad, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la criminalidad, violencia, entre otras. Para ello es necesario:

1. Generar, mejorar y adoptar protocolos y estándares de prestación de servicios con calidad y la formación del talento humano para ofrecer trato digno, humanizado y solidario a la comunidad por parte de todos los agentes e instituciones del sector salud relacionado con la protección, garantía o restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
2. Implementar modelos para gestión de conocimiento que incluye el uso de los sistemas de información, la investigación, los diferentes tipos de evaluación, en especial la de impacto, análisis de situación y producción de conocimiento a partir de procesos sistemáticos de la acción participativa los cuales adecuadamente documentados, generan conocimiento y son reconocidos como procesos de investigación, acción participación, así como de inclusión de otras fuentes cualitativas sobre salud sexual y salud reproductiva, como sustento a la toma de decisiones y la gestión institucional y sectorial en orden a la garantía de derechos.
3. Diseñar sistemas de restitución, compensación y rehabilitación, en casos de eventos adversos a la salud sexual y la salud reproductiva que tengan relación con la prestación de los servicios de salud.

Incidir sobre todos los actores del sector y otros sectores que guardan alguna relación con la promoción y atención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para la prestación de servicios con calidad, trato digno, humanizado y solidario.





4. Desarrollar estrategias de articulación y complementación de los servicios de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en la atención individual y los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), lo cual permitirá un uso más racional y eficiente de los recursos del SGSSS y facilitará el logro del impacto social de las acciones.

**8.2.3.2 Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción; sin limitación derivada de juicios valorativos sobre el sexo, el género y el ejercicio de la sexualidad, mediante la movilización de expresiones y contenidos afirmativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.**

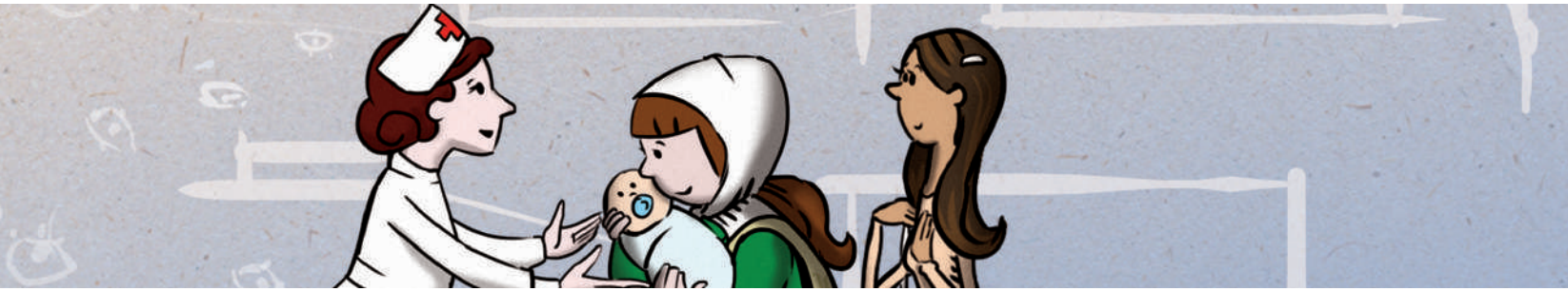
El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer escenarios para la formación de las personas, grupos y comunidades en derechos sexuales y derechos reproductivos, que faciliten la construcción de una ciudadanía activa para la toma de decisiones en aspectos de la sexualidad y la reproducción, según el momento vital por el cual transita el ser humano y la apropiación de los instrumentos diseñados para facilitar la participación social, como apoyo a la garantía y exigencia de estos derechos y la rendición de cuentas desde los gobernantes sobre el uso de los recursos y el costo de sus decisiones y resultados. Promover el derecho a la participación en escenarios sociales y políticos en estos aspectos, es una oportunidad de fortalecimiento de los movimientos sociales que buscan la reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y de las relaciones entre Estado y ciudadanía como aliados en la misma causa.

Las acciones orientadas por este objetivo se dirigen a promover el valor de las personas, las comunidades y el tejido social que ellas significan y a rescatar las capacidades y el derecho a decidir sobre su propio destino en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción, la orientación sexual y la identidad de género, así como también a movilizar su capacidad de exigencia de resultados y rendición de cuentas a sus líderes y gobernantes, mediante el ejercicio de la ciudadanía y el establecimiento de sistemas de veeduría social y mecanismos consolidados de control en los aspectos de esta Política. Para ello es necesario:

1. Promover en asocio con otros sectores, la participación en condición de igualdad de oportunidades, para todas las personas, grupos, organizaciones y redes y en especial para las poblaciones adolescentes y jóvenes, en los procesos sociales, relacionados con el disfrute de los derechos y el mantenimiento de la salud sexual y la salud reproductiva.
2. Cimentar la participación libre y activa de la comunidad en la construcción de las acciones relacionadas con aspectos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, para asegurar la implementación de esta y otras políticas afines a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
3. Establecer instrumentos para monitorear el cumplimiento de las propuestas y recomendaciones al sector salud, provenientes de los mecanismos de participación social que estén relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con énfasis en la toma de decisiones para la atención integral y la reivindicación de los mismos.

# 9. Estrategias

# 9. Estrategias



**E**ntendidas como el conjunto de pasos, pautas o técnicas que deben ser aplicadas para el logro de los objetivos y que en conjunto representan una forma de actuar. En el contexto de la promoción, protección, ejercicio, garantía, restablecimiento y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las acciones, en clave de derechos señaladas en precedencia, pueden ser desarrolladas a través de diversas estrategias, las cuales son transversales a todos los objetivos o las acciones y coincidentes con algunas de las también propuestas en el PDSP<sup>17</sup>.

Estas estrategias tienen el sentido de proponer una forma de organización en la realización de las acciones y el logro de los objetivos y deben ser desarrolladas a todos los niveles del Estado y por el sector salud, en lo nacional, departamental y local en los territorios y las Instituciones.

## 9.1 Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud

El fortalecimiento a la gestión de lo público es una de las demostraciones del esfuerzo de los gobiernos para lograr los niveles estructurales del desarrollo. Para el sector salud esto significa observar y analizar los procesos y logros en el

El fortalecimiento a la gestión de lo público es una de las demostraciones del esfuerzo de los gobiernos para lograr los niveles estructurales del desarrollo.

<sup>17</sup> Promoción: Formulación de políticas públicas; Movilización social; Generación de entornos saludables; Generación de capacidades sociales e individuales; Participación ciudadana; Educación en salud. Prevención: Análisis de riesgo de la población; Planeación de la atención según riesgos; Modificación del riesgo; Vigilancia de la gestión del riesgo; Gestión de la calidad de la atención; Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes. Atención: Conducción; Sostenibilidad del financiamiento; Garantía del aseguramiento; Fiscalización; Intervenciones colectivas; Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía (MSPS, 2013).

conocimiento y en práctica de la complejidad que significa la salud sexual y la salud reproductiva, para con esta información proponer los ajustes a que hubiere lugar.

Esto implica una mirada reflexiva y crítica de los modelos de gestión aplicados en el sector salud y de su evolución hasta la actualidad, así como de los contenidos que se han dado a cada uno de los actores sectoriales, a través de diferentes medios o con asistencias técnicas, para determinar barreras de acceso, insatisfacción con la calidad de los servicios y los esquemas de discriminación y exclusión prevalentes, percibidos por los titulares de derechos de servicio y recibidos por los prestadores y que se ha traducido en vulneraciones de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Por lo tanto el fortalecimiento de la gestión en virtud de esta Política puede ser desarrollada con acciones a través de componentes o actividades como:

### 9.1.1 Políticos y normativos

Como Política sectorial de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, es menester que todos los agentes del SGSSS, desde sus competencias se encuentren alineados con ella como prioridad, compartan el sentido de sus contenidos y armonicen sus apuestas para que la dinámica operativa se refleje del mismo modo tanto en las acciones individuales y colectivas. En consecuencia, el nivel político debe concretarla en contenidos que hagan factible su aplicación en las estructuras de dirección, asesoría, aseguramiento, prestación y vigilancia según su competencia.

Las Direcciones Territoriales de Salud, en cumplimiento de sus funciones de coordinación, asesoría, vigilancia y control, requieren el desarrollo de liderazgo, concertación y cooperación técnica para el desarrollo de capacidades, mediante el diálogo permanente y otros mecanismos para la aplicación de los contenidos adaptándolos a las prioridades territoriales en sexualidad y reproducción. Los aseguradores a su vez, con su red de prestadores, operacionalizan los contenidos a través de la entrega de servicios. En este proceso, la gestión de las entidades de vigilancia, inspección y control garantizan la realización de acciones y el logro de resultados, en los contenidos territoriales priorizados.

De igual manera, la concertación, construcción y expedición de estándares, protocolos y demás modelos normativos guardarán coincidencia con los contenidos políticos y los avances técnicos y científicos para proveer el bienestar y la calidad de

Como Política sectorial de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, es menester que todos los agentes del SGSSS, desde sus competencias se encuentren alineados con ella como prioridad.





Los actuales postulados de la ciencia y los derechos evidencian la necesidad de asumir los nuevos retos que signa la Atención Primaria en Salud en un país diverso como Colombia.

vida en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción. Los marcos normativos, así contruidos mantendrán un alcance de cumplimiento y obligatoriedad que incluye la totalidad de la población que habita el territorio del país.

### 9.1.2 Capacidad de las instituciones

El mejoramiento de esta capacidad implica que las Instituciones desarrollen al máximo la suficiencia para entregar servicios, en el marco de las definiciones de la política de calidad, para lo cual se requiere desarrollo, aplicación y exigencia de los estándares, en términos de infraestructura, dotación, equipamiento, organización y sistemas administrativos necesarios para el cumplimiento de las normas de atención en salud sexual y salud reproductiva por parte del personal cualificado. Así como la existencia de desarrollos de información, vigilancia y control para la gestión institucional, la integración de los registros administrativos y la aplicación de las medidas de control.

### 9.1.3 Excelencia del talento humano

La atención a los aspectos de la sexualidad y la reproducción, como materialización de la garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, requiere de un talento humano formado en los contenidos actuales de la ciencia y la técnica y con desarrollos de su capacidad relacional para el reconocimiento de la legitimidad de todos los seres humanos, sin que haya causal alguna de exclusión o discriminación y por el contrario toda la posibilidad de realización de la dignidad mediante trato digno, humanizado y solidario.

Garantizar profesionales que cumplan los rasgos y perfiles antes descritos implica que la formación, capacitación y entrenamiento del personal de salud, en especial desde la educación formal, incluya nuevos contenidos y desarrollo de capacidades que requiere la transformación de currículos, modelos pedagógicos y la resignificación de las relaciones entre servidor y ciudadano demandante de servicios de salud sexual y de salud reproductiva. Los actuales postulados de la ciencia y los derechos evidencian la necesidad de asumir los nuevos retos que signan la Atención Primaria en Salud en un país diverso como Colombia.

### 9.1.4 Sistemas de información y registro de eventos

La adecuada gerencia se basa en la posibilidad de contar con datos e información de calidad sobre el cumplimiento de los procesos, las condiciones de la demanda, las características de

la entrega de servicios, la calidad y los niveles de satisfacción relacionada con la atención en salud sexual y salud reproductiva. Los sistemas de información requieren apropiación, uso y análisis para la toma de decisiones en todos los niveles, además de caracterizarse por ser sistemas estructurados en doble vía en tanto recolección ascendente, análisis de situación, comparación simétrica en los niveles y capacidad de proveer evidencia para la vigilancia, control y ajuste necesario de la gestión, a través de indicadores, igualmente en todos los niveles.

### 9.1.5 Gestión del control, ajuste y rediseño

El diseño e implementación de nuevos modelos de gestión de la salud pública en sexualidad y reproducción implica poner a dialogar las Políticas Públicas con el marco normativo, e involucrar la unidad de desarrollo de servicios para garantizar la integralidad en el flujo entre lo discursivo, el lineamiento, la norma y la realidad de la atención.

Para ello, es indispensable el reconocimiento y la apropiación permanente de los postulados políticos, y de los referentes normativos que los desarrollan, al igual que la implementación de mecanismos de control, que incluyan el autocontrol, para el monitoreo, seguimiento y la evaluación de las acciones en sexualidad y reproducción, incorporadas en la cotidianidad institucional y sectorial, abiertos y útiles a la supervisión y evaluación externa de los niveles competentes, de los órganos de control y Ministerio Público.

## 9.2 Generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados

Encontrar las coincidencias de los principios, objetivos y medios en el propósito del bienestar humano y la calidad de vida, a través de la realización y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos entre organizaciones públicas y privadas, constituye una fuerza de aceleración del logro que es reconocida en los procesos sociales como generación de alianzas y búsqueda de sinergias. Saber aprovechar esta condición en la ejecución de acciones y procesos propuestos, significa un esfuerzo especial de acercamiento y construcción de acuerdos que faciliten la eficiencia y la mayor aproximación al cumplimiento de las metas de impacto en el disfrute de la sexualidad y la reproducción como condición característica del bienestar y la calidad de vida humana.

El diseño e implementación de nuevos modelos de gestión de la salud pública en sexualidad y reproducción implica poner a dialogar las Políticas Públicas con el marco normativo, e involucrar la unidad de desarrollo de servicios para garantizar la integralidad.

De ahí que el trabajo intersectorial, sea uno de los pilares de la APS y la base para el ejercicio del derecho a la salud bajo el modelo de los determinantes sociales. En este entendido son innumerables las entidades de otros sectores que deben ser convocadas para la generación de alianzas y sinergias y hacer un frente común con el sector salud para la materialización de esta Política, y dentro de los más destacados se encuentra el sector educativo que se considera un socio al mismo nivel, dada la ampliamente conocida responsabilidad y pertinencia en la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que le atañe.

### 9.2.1 Coordinación intersectorial e interinstitucional

La coordinación interinstitucional se alcanza mediante la construcción de alianzas y sinergias orientadas al logro permanente de los contenidos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, al reconocimiento y respeto de las diferencias y la identificación de las coincidencias en las estrategias y compromisos con la realización de esos derechos en las diferentes instancias.

En este sentido, y pese al carácter sectorial de esta Política, el sector salud desde su competencia puede incidir y dinamizar la acción intersectorial, como supuesto de la atención básica en salud, para la interlocución con otras políticas y acciones de sectores afines, en un amplio sentido de corresponsabilidad como fundamento de la intersectorialidad. En este propósito es indispensable vincular otros sectores, con mayor o menor grado de presencia, pero todos necesarios, para el abordaje integral de la sexualidad y la reproducción y la promoción de los derechos relacionados, en un modelo de determinantes. En este orden de ideas, esta estrategia direcciona la integración de sectores como cultura, comunicaciones, defensa, protección, justicia, recreación y

deporte, hacienda y la empresa privada entre otros, quienes a la par con el sector salud y educación y bajo la rectoría de la Comisión Intersectorial para la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos creada por el Decreto 2968 de 2010 posibilitaran la concertación de planes intersectoriales orientados a la transformación de los Determinantes Sociales de la Salud, que actúan como limitantes para la realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Para potenciar lo anterior, se recomienda la inclusión de las prioridades en sexualidad y reproducción en los planes de desarrollo territoriales como principio que favorece la integración de los sectores mencionados y hace posible la movilización de recursos para este efecto.

### 9.2.2 Generación de acuerdos y alianzas

La generación de acuerdos y alianzas, entre el sector salud y los otros sectores, alude a la formalización de los compromisos adquiridos, el logro de los objetivos, la apropiación de recursos y la sostenibilidad de los procesos. Estos mecanismos se facilitan al clarificarse el beneficio social, el progreso en términos de desarrollo y el reconocimiento de los agentes que participan en su diseño, implementación, movilización política y social, y la consolidación para la sostenibilidad.

El crédito que alcanza el concurso de actores y voluntades es la vía para la inclusión permanente de aquellos que han sido históricamente alejados de los beneficios sociales, por causa de sus condiciones diversas, al tiempo que demuestra el mayor grado de desarrollo humano.

### 9.2.3 Promoción de sinergias

La conjunción de fuerzas para potenciar la posibilidad de alcanzar un objetivo es reconocida en los procesos sociales como



sinergias de la acción. Este proceso ha sido reconocido como un mecanismo que adecuadamente utilizado abrevia esfuerzos o recorridos y reduce la inversión de recursos y los costos efectivos y sociales dedicados al logro de las metas.

En el campo de la sexualidad, la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la aplicación de este mecanismo se recomienda para superar las barreras, mediante la identificación de los puntos de consenso para el logro de los objetivos, así mismo, es la forma para la flexibilización y aceptación de los disensos y minimizar la tensión que los separa.

### 9.3 Movilización social

El sustento y objetivo del Estado descansa en la cohesión de elementos que construyen el tejido social, así el principio y fin de la existencia y accionar de ese Estado y sus estructuras están constituidos por los ciudadanos, sus relaciones, sus anhelos y logros de bienestar y realización. Esta dinámica social y su producto pueden ser propiciados de forma casual o política, esta última reconocida como movilización social.

Toda acción del Estado, con sus estructuras y agentes son adecuadas sí y solo sí siguen este itinerario. Por lo tanto, el Estado debe responder a las demandas de sus asociados y cimentar su accionar en la vinculación del tejido social, que desde el fortalecimiento de sus liderazgos y como actor y receptor de los beneficios de la acción estatal, presiona por el reconocimiento de derechos y en este caso, de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

#### 9.3.1 Promoción de la participación social

La realización de los derechos propicia nuevas miradas de las condiciones humanas de sexualidad y reproducción y cambia los usos y las costumbres; lo cual dependerá del ritmo que la sociedad se permita en la medida que asuma como propia y legítima la propuesta construida como nueva práctica al interior del núcleo social. Estas nuevas miradas, emergen de la necesidad de satisfacer anhelos de expresar las realidades en una sociedad que incorpora estos modos diversos como alternativas posibles, lo cual contribuye al establecimiento de nuevas formas de relacionamiento. Cuando las personas se comprometen con la realización de acciones para el logro de un fin común se denomina participación social.

El sustento y objetivo del Estado descansa en la cohesión de elementos que construyen el tejido social, así el principio y fin de la existencia y accionar de ese Estado y sus estructuras están constituidos por los ciudadanos, sus relaciones, sus anhelos y logros de bienestar y realización.

La dinámica social de apropiación cuenta con sentidos más directos si las bases sociales son motivadas a la reflexión sobre sus propias ideas, vivencias, metas vitales y medios posibles para alcanzarlas. También facilita que los grupos excluidos, negados, discriminados, o las nuevas ideas, se integren, aporten y tengan oportunidades igualitarias en el seno de sus propias comunidades. Así la participación social es una acción propia del ordenamiento de los Estados democráticos y es el mecanismo adecuado de reafirmación del estatus de ciudadanía.

### 9.3.2 Fortalecimiento de la organización social de base

El término organización social alude al desarrollo de procesos de cohesión e integración de una comunidad alrededor de principios, contenidos e imaginarios propios, que permiten potenciar fuerzas en búsqueda de la realización de sus anhelos y la superación de sus necesidades. El efecto de nucleación de la comunidad en pequeños grupos sociales, con objetivos y metas que los comprometen y por los cuales luchan, ha estado presente desde los anales más antiguos de la humanidad y son reconocidos como organización social de base.

Estas organizaciones requieren ser fortalecidas principalmente a través de procesos pedagógicos alrededor de los contenidos que en ellas circulan, y han sido identificados como alternativas de solución y crecimiento para sus propias tensiones. Basar el fortalecimiento de las organizaciones en la educación es una de las formas más ciertas y sostenibles para conseguirlo.

La movilización de los grupos organizados de base social es una alternativa para materializar la presencia del Estado y el cumplimiento de su función de garante de derechos que puede lograr máxima efectividad en tiempos cortos, si se realiza como potenciación para la superación de

problemáticas y necesidades. De igual manera, propicia la construcción social de los nuevos derroteros de una comunidad, al tiempo que se producen procesos de desarrollo sostenible y cualificación de las condiciones de vida. De este modo la propuesta de realizar fortalecimiento de la organización social alrededor de los contenidos y doctrinas en sexualidad y derechos sexuales y derechos reproductivos producen efectos de desarrollo humano y social sostenible.

### 9.3.3 Formación de redes sociales solidarias

La interconexión de los núcleos de cohesión de fines y propósitos sociales, identificados como organizaciones sociales de base, se entiende como formación de redes sociales, concepto recientemente fortalecido por el desarrollo de la tecnología de la comunicación, pero que debe ser mantenido con su función social de producir vasos comunicantes, que bajo el principio de solidaridad, realicen un intercambio de buenas prácticas de modos de resolver limitaciones y problemas.

La formación de redes sociales solidarias es un medio para fortalecer la dinámica de garantía del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. En las redes sociales, el sector salud, al igual que otros sectores en especial el educativo, cultura y comunicaciones, pueden encontrar los caminos para la transformación de los conocimientos, actitudes, prácticas, usos y costumbres de la vivencia de la sexualidad y la reproducción como modo de afirmación de los derechos.

Como estrategia integral, los distintos procesos de participación social deben establecer sus propios sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación, así como los de vigilancia a la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, mediante la definición y desarrollo de las agendas propias que serán materializadas en los espacios de implementación de ésta Política.

## 9.4 Gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos

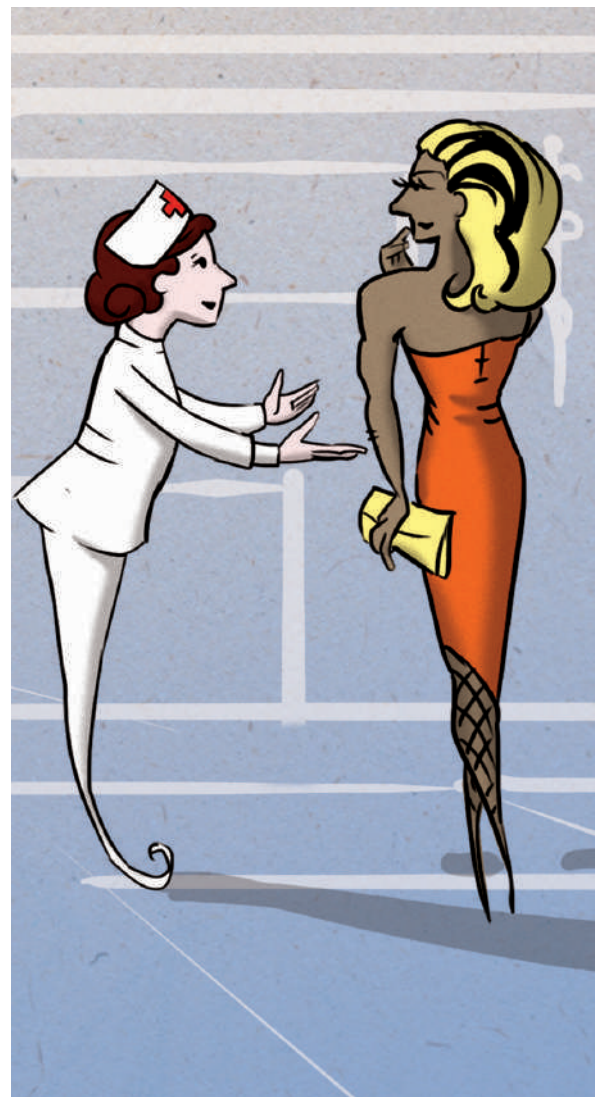
La comunicación como proceso básico para la construcción de la vida social y esencial para el desarrollo de relaciones, muy especialmente de las afectivas, emocionales, eróticas, propositivas, solidarias y de convivencia, debe ser tenida en cuenta como la forma humana de conocer, compartir, acordar, construir y resolver las diferencias y tensiones que la vivencia social produce. Bajo esta óptica la comunicación es un medio para el establecimiento de interacciones en el campo de la sexualidad, al tiempo que permite la expresión de los contenidos del mundo tanto afectivo como racional en tanto que facilita la consolidación del yo individual y el establecimiento de relaciones con otros y otras.

El uso de la comunicación es mandatorio en los procesos de promoción, prevención, atención y protección de los derechos, acciones de cuidado y la resolución de conflictos individuales y sociales que se relacionen con ellos. La comunicación como desarrollo de la inteligencia humana, ha logrado la producción de diversas formas para vehicular sin límites, los contenidos de la ciencia, la cultura, el afecto, la emoción, la dedicación y el relato de la cotidianidad. Estas condiciones de la comunicación le han dado el carácter de ciencia y técnica con sus propios parámetros, instrumentos, estándares y normas. Es por ello que la comunicación es reconocida tanto en sus formas de interacción masiva e interpersonal desarrollada entre otras a través de la educación, como disciplina del conocimiento y del desarrollo tecnológico.

Por ello, el uso de estrategias de gestión de la comunicación y el uso de tecnologías de información y comunicación, debe hacer parte de los planes de desarrollo y las propuestas sociales relacionadas con la sexualidad y la reproducción en sus formas masiva e interpersonal, dependiendo de las necesidades identificadas y de los alcances pretendidos.

### 9.4.1 Generación de estrategias de comunicación masiva e interpersonal

El principal objetivo de la comunicación masiva es el uso de ciertos medios para la entrega de información rápida, donde a pesar del direccionamiento para franjas poblacionales, no es posible saber su alcance, si no incorpora procesos de evaluación; condición que le da características positivas en lo



El uso de la comunicación es mandatorio en los procesos de promoción, prevención, atención y protección de los derechos, acciones de cuidado y la resolución de conflictos individuales y sociales que se relacionen con ellos.

social y otras que deben ser tenidas en cuenta. De otra parte, la comunicación interpersonal, es más referida a procesos donde se requiere fortalecer contenidos especiales que hacen parte de procesos educativos y de formación en grupos específicos.

La comunicación desarrollada para grupos específicos tiene la ventaja de ser progresiva, fácilmente evaluada en sus logros y asegura los resultados; como limitaciones se encuentra su baja cobertura en el corto plazo y requerir mayor esfuerzo y tiempo para alcanzar a una gran proporción de la población. Sin embargo, la propuesta de uso de estos modos en la promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos y la garantía de servicios que ello conlleva, debe ser apoyada por estrategias de comunicación que en simultánea combine el uso de estructuras masivas, con las formas de comunicación interpersonal como mecanismo para afirmar contenidos y apropiar los principios y sentidos de la interpretación de la sexualidad y la reproducción como rasgo característico de los grupos sociales.

#### 9.4.2 Fortalecimiento de las manifestaciones comunicativas sociales

La dinámica social produce la conformación de grupos por identidades e intereses que comparten sus propuestas, preocupaciones y anhelos para validarse y atraer nuevos miembros. En la época actual, los grupos de base social han constituido movimientos que proponen reivindicaciones y superación de prácticas que identifican como limitantes a





su desarrollo. El medio de expresión que en la actualidad es más usado se da a través de manifestaciones comunicativas en las cuales cada vez más está presente el uso adecuado de los diferentes medios de comunicación con características que superan los marcos estáticos del establecimiento comunicacional y proponen el manejo de contenidos más cercanos y aprehensibles para los grupos sociales en los cuales habitan.

Estas manifestaciones no pocas veces están referidas a contenidos de la sexualidad y la reproducción. La propuesta desde la Política es hacer la mayor aproximación y fortalecimiento para la apropiación de los contenidos reales, aprobados acerca de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, más que utilizar, como en algunos casos ocurre, modos coercitivos de acallamiento. Las manifestaciones comunicativas que emergen espontáneamente en los grupos sociales, pueden ser el vehículo más cierto para la promoción de los derechos.

Por lo anterior, el sector de la salud al integrar de forma coherente y continua la comunicación como estrategia de promoción de los contenidos de los derechos, también debe incidir sobre las empresas de medios de comunicación, especialmente masivos, para que asuman y respeten las definiciones y contenidos del discurso de los derechos, en vez de adoptar posturas discriminatorias, irrespetuosas, abusadoras de la dignidad humana y la diferencia del otro y en casos extremos violatorias de los derechos sexuales y reproductivos que pueden ocurrir desde marcos ideológicos, opuestos al Estado Social de Derecho, laico, democrático y civilista, que define al Estado colombiano.

### 9.4.3 Fortalecimiento del uso de redes sociales comunicativas

El auge de la conectividad o interacción en medios virtuales en el siglo actual propicia la aparición de grupos sociales que interconectados se denominan redes sociales, construidas sobre las plataformas de la comunicación virtual. Por la identidad que los seres humanos hacen alrededor de la inmediatez de la información, la proliferación de estas redes es hoy una realidad. Estas como redes sociales que son, han sido utilizadas para la estructuración de fuerzas, alrededor de ideologías, identidades, problemáticas e intereses y en ellos han demostrado contar con niveles de eficiencia útiles, por lo tanto esta Política valora su uso como medio para los fines de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.



La dinámica social produce la conformación de grupos por identidades e intereses que comparten sus propuestas, preocupaciones y anhelos para validarse y atraer nuevos miembros.

La Política igualmente reconoce la exigencia que la utilización de estos instrumentos propone, dada la gran dificultad de aplicar formas de control o veedurías, o incluso su utilización para prácticas contrarias a los derechos sexuales como el comercio sexual, por lo cual advierte que la promoción de los contenidos de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos a través de redes sociales virtuales debe ser asumido a través de profesionales responsables de la preminencia de los contenidos válidos, así como de la centralidad de los interrogantes y ataques que ellas puedan generar.

## 9.5 Gestión de conocimiento

La gestión de conocimiento en el sector salud parte de la necesidad de registrar y explicar la ocurrencia de eventos, procesos, causalidades e impactos, de donde se desprenden varias formas de producir conocimiento de forma intencional. La primera aproximación a la gestión de conocimiento en salud ha sido empírica centrada en la observación, la cual genera las preguntas de causalidad del evento e identifica los itinerarios, manifestaciones, signos y síntomas del mismo, es decir la primera forma de generación de conocimiento en salud es social; esto no debe perderse y hoy se encuentran elementos claros que permiten recuperar de la misma forma conocimientos que son necesarios para la adecuada aproximación y generación de hipótesis con otras técnicas. En el campo de la sexualidad el rescate de estas metodologías reconocidas como “Investigación, Acción, Participación” es un imperativo actual para el país. Otra forma de aprendizaje que fundamenta los conocimientos en salud es la observación permanente, la cual a través de la documentación y sistematización de condiciones repetidas en la propia experiencia, genera conocimiento empírico y fundamenta hipótesis de investigación.

El registro permanente y consistente de datos sobre la realidad, su agregación, depuración y análisis a través de marcos metodológicos estructurados y estandarizados, lo cual se reconoce como sistemas de información constituyen otra forma. También el uso de las técnicas de investigación científica, a través de las cuales se apropian modos y técnicas más especializadas en la demostración de la relación causa-efecto se definen y categorizan por sí mismas. Para los objetos de la presente Política se prevé el uso al menos de estas tres formas estructuradas de gestionar conocimiento en el campo de la sexualidad y la reproducción.

La gestión de conocimiento en el sector salud parte de la necesidad de registrar y explicar la ocurrencia de eventos, procesos, causalidades e impactos, de donde se desprenden varias formas de producir conocimiento de forma intencional.

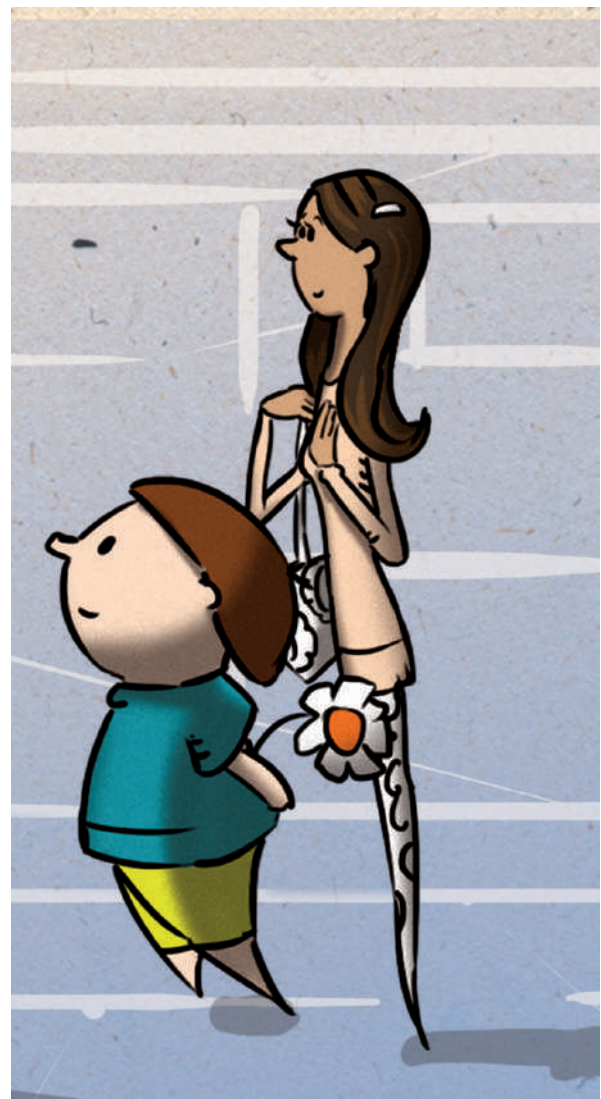
### 9.5.1 Fortalecimiento de los sistemas de información, seguimiento y evaluación

Si bien el sector salud, cuenta con importantes y robustos sistemas de información útiles para el seguimiento de los procesos, la gestión administrativa, la vigilancia epidemiológica o en salud pública, la evaluación de la calidad, la pertinencia, la eficiencia y el impacto de las acciones que al interior del sector se producen; el uso de estos sistemas para los fines de la gestión y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, requiere de la adecuada inclusión de todos los contenidos y componentes de la sexualidad y la reproducción en la forma de variables, indicadores, técnicas y metodologías ya definidas por el sistema de información del sector de la salud almacenados en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

De este modo el fortalecimiento de los sistemas para la gestión de los procesos del cuidado de la sexualidad y la reproducción de la población colombiana, requiere revisar los contenidos relacionados con ellos ya existentes en los mismos, proponer, abogar y sustentar la inclusión de los nuevos contenidos en caso de ser necesario, el mantenimiento y desarrollo de observatorios, y participar en los procesos técnicos que deben cumplirse para que el sistema reconozca y de cuenta de variables e indicadores y sus modos a todos los niveles del territorio.

Consecuente con lo anterior, se requiere promover el mayor uso, aprovechamiento y adecuado análisis e interpretación de las salidas del sistema, en los niveles descritos, ello implica, fortalecimiento de capacidades para la interpretación, análisis y divulgación, los cuales en diferentes momentos han sido reclamados como una de las graves debilidades del sector en lo referente a la sexualidad y la reproducción.

Se advierte que esta Política no propone la creación de nuevos sistemas de información, sino el máximo aprovechamiento de los ya existentes, el respeto a sus estructuras, el seguimiento de la normatividad de registro, la vigilancia a la calidad del dato y el cumplimiento de procedimientos para uso y gestión de las consultas. El análisis sistemático de la información recaudada a través de los instrumentos regulares es el mecanismo propuesto desde la visión del sistema de información sectorial, como la fuente más importante de seguimiento al desarrollo de la gestión y la calidad en la prestación de los servicios, al tiempo que es la forma de demostrar el logro de los resultados propuestos y direccionar el mejoramiento de los mismos.



El fortalecimiento de los sistemas para la gestión de los procesos del cuidado de la sexualidad y la reproducción de la población colombiana, requiere revisar los contenidos relacionados con ellos.





Finalmente, es importante enfatizar que de ser necesaria la agregación de variables, datos o indicadores en los aspectos de la Política, esta sugerencia debe realizarse en la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud.

Una de las razones por las cuales esta Dirección definió la conformación del Observatorio Nacional de la Política de sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

### 9.5.2 Fortalecimiento de los sistemas de investigación

El desarrollo de la investigación en sexualidad en un país diverso y multicultural como Colombia es una urgencia que debe ser abordada a través de los diferentes métodos y procesos propios de la ciencia y la tecnología. Para ello, la combinación de las metodologías cuantitativas, junto con abordajes cualitativos con lo cual pueden realizarse triangulaciones es esencial para sustentar las transformaciones, la inclusión de nuevas acciones y la urgencia de respuestas adecuadas para la garantía de derechos y la consistencia con los principios de calidad de vida y su sostenibilidad.

El sector salud requiere que estos procesos únicos para la construcción de abordajes integrales y holísticos de la sexualidad, incluyan todos los ámbitos que la constituyen como el erótico, afectivo, comunicacional relacional y reproductivo.

No menos importante para el sector y la adecuada identificación de necesidades, problemas y construcción de respuestas, es la evaluación de impacto que no solamente tiene la capacidad de sustentar las nuevas propuestas políticas y programáticas, sino que también son el fundamento de la demostración del logro de resultados y la rendición de cuentas en el campo de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para lo cual se han establecido desde hace más de cuatro décadas instrumentos sistemáticos, periódicos, consistentes que deben ser totalmente asumidos por el Estado como parte de su función en estos aspectos, en alianza con otros sectores competentes.

Actualmente, Colombia cuenta con una agenda de investigación, organizada en dos categorías, los estudios poblacionales y los estudios temáticos. En consecuencia, cualquier iniciativa investigativa que surja desde los territorios debe ser validada y aprobada en el Ministerio, de acuerdo con las prioridades investigativas establecidas, las necesidades de profundizar en el conocimiento en cada materia, el acompañamiento metodológico y la vigilancia a los aspectos éticos. Igualmente, cualquier investigación en sexualidad debe ser alojada en el Repositorio Institucional Nacional, creado con el propósito de acopiar y poner a disposición de la comunidad los avances en el saber que se produzcan en el país.

# 10. Seguimiento, monitoreo y evaluación

# 10. Seguimiento, monitoreo y evaluación



**D**ado el reconocimiento, institucional y social, sobre la prioridad que representa la dimensión de sexualidad y reproducción, para la Salud Pública del país; la PNSDSDR incluye mecanismos que garanticen el seguimiento permanente a su implementación. En ese mismo orden las acciones derivadas de esta, deberán estar sujetas a procesos de monitoreo y evaluación, con los cuales será posible: medir su impacto y como consecuencia de tales procesos, mantener el curso de las acciones o reorientarlas, en función de los más altos objetivos de toda política pública, cuales son, resolver problemas o satisfacer necesidades, en procura del bienestar de los asociados y de la ciudadanía en general.

Estos se desarrollarán a partir de procedimientos sectoriales e institucionales, de gestión y control, así como de la proyección comunitaria y del papel de veeduría que juega la sociedad civil, ya sea de manera individual o a través de organizaciones y asociaciones de usuarios, con base en la aplicación de los diferentes instrumentos y normatividades de participación social.

La PNSDSDR incluye mecanismos que garanticen el seguimiento permanente a su implementación.

### 10.1 Control Institucional:

La institucionalidad del sector salud diseñará e implementará un modelo de gestión que permita realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación al logro de los objetivos y desarrollo de las acciones a través de las diferentes estrategias planteadas, tanto en el nivel nacional, como territorial, el cual a su vez estará supeditado a los mecanismos y órganos de control, a partir de la incidencia para la inclusión de estas temáticas en las líneas rutinarias de inspección, vigilancia y control desde la Superintendencia Nacional de Salud, en las líneas de auditoría de la Contraloría General de la Nación y en el seguimiento por parte del Ministerio Público.

Igualmente, se establece dentro de los procedimientos ordinarios relacionados con la implementación de la PNSDSDR, la revisión bienal del avance en la implementación y el logro de los resultados; al igual que la evaluación quinquenal del impacto.

### 10.2 Control Social:

Como ya se señaló desde las estrategias, la ciudadanía en general y la sociedad civil organizada, en un sentido amplio de corresponsabilidad, debe permanecer atenta y vigilante al logro de resultados en la implementación de esta Política, al tiempo que ejerce una veeduría proactiva y constructiva que estimule el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos relacionados con la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

### 10.3 Rendición de Cuentas:

De otra parte, el sector salud debe adecuar lo pertinente para que en sus procesos de rendición de cuentas a la ciudadanía, se presenten y visibilicen los avances y logros en la promoción, garantía y realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como las barreras o dificultades que le impiden a los y las habitantes del territorio nacional, gozar de una vida sexual plena.









## 11. Responsabilidad de los Agentes

# 11. Responsabilidad de los Agentes



## Agentes Sectoriales

**L**a mayor responsabilidad sobre el desarrollo de las acciones y estrategias enmarcadas en los contenidos de esta Política, recae directamente sobre los agentes del sector salud quienes tienen la importante tarea de propiciar las oportunidades para que el disfrute de la sexualidad a partir del completo ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos sea una realidad, para todas las personas desde su diversidad en todo el territorio nacional.

### 11.1 Superintendencia Nacional de Salud:

En su calidad de ente rector de la Política de Inspección, Vigilancia y Control dentro del SGSSS, debe acompañar de manera directa los procesos de habilitación de los prestadores de servicios relacionados con la promoción y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como la generación de las herramientas que faciliten la vigilancia de los prestadores frente al cumplimiento de las normas en esta materia, en especial a través de la implementación de sistemas de información que permitan conocer la negación del derecho en tiempo real, lo que permitiría la generación de alertas tempranas. De otra parte, un tópico sobre el que sería muy pertinente el accionar de esta entidad, se relaciona con verificación de la calidad de la información entregada a los usuarios.

La mayor responsabilidad sobre el desarrollo de las acciones y estrategias enmarcadas en los contenidos de esta Política, recae directamente sobre los agentes del sector salud.



Esto es posible si las temáticas relacionadas con la garantía que el sector salud debe proveer para el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos son inscritas en un sistema de vigilancia o supervisión con orientación más preventiva, que actúe antes de que el derecho sea vulnerado y que permita sancionar incluso cuando se presenta un riesgo, aunque este no sea materializado.

### **11.2 Ministerio de Salud y Protección Social:**

Su responsabilidad se concentra en definir las líneas estratégicas relacionadas con la salud pública y por ende en sexualidad, reproducción, derechos sexuales y derechos reproductivos, tal como se ha hecho con esta Política; acompañar a los territorios en los procesos de planeación y fortalecimiento de la capacidad territorial de acuerdo con sus necesidades y circunstancias particulares, adaptando y adecuando la directriz general; definir los modelos de gestión para el desarrollo de esa planeación, según las prioridades establecidas en cada territorio en un ejercicio democrático; y establecer los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación.

### **11.3 Organismo Territorial de Salud:**

Adoptar y adaptar los contenidos nacionales según las prioridades locales y garantizar la implementación a través de los distintos agentes según las competencias y responsabilidades. Generar los espacios para la coordinación, planeación conjunta y comunicación permanente y directa entre los distintos responsables sectoriales e intersectoriales, en relación con sexualidad y reproducción, y en especial promover los mecanismos para que se desarrollen los procesos de integración entre la atención individual y las acciones colectivas.

### **11.4 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o su equivalente:**

Asegurar la adopción y adaptación en su red de prestadores de servicios de salud, de todos los contenidos, guías, protocolos, estándares y cualquier normatividad actuales y futuras que les sea aplicable, que en materia de sexualidad y reproducción se emitan en el ámbito nacional y territorial.

Adoptar y adaptar los contenidos nacionales según las prioridades locales y garantizar la implementación a través de los distintos agentes según las competencias y responsabilidades. Generar los espacios para la coordinación.

### **11.5 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o su equivalente en todos los regímenes:**

Prestar los servicios de salud en materia de sexualidad y reproducción en concordancia con los contenidos emitidos en esta Política, además de las guías, protocolos, estándares y cualquier normatividad actuales o futuras que les sea aplicable.

### **11.6 Instituto Nacional de Salud:**

Como responsable de coordinar la operación del sistema de vigilancia de los eventos de interés para la salud pública, dentro de las cuales se encuentran algunos relacionados con la sexualidad y la reproducción; debe explorar nuevas formas de seguimiento y vigilancia de esta temática, desde el reconocimiento de las brechas en el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, e impulsar el desarrollo de investigación cualitativa y cuantitativa orientada a identificar y proponer intervenciones sobre los determinantes sociales que impactan el ejercicio de esos derechos.

### **11.7 Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y otras asociaciones y facultades de formación de personal de la salud:**

Dado el gran reclamo social evidenciado en la revisión de la PNSSR 2003-2007, frente a la actuación de los profesionales de la salud y en especial del personal médico, en materia de promoción del ejercicio pleno, autónomo e informado de la sexualidad, la prevención o atención de los eventos relacionados con el ejercicio de la sexualidad o la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; explicada en la falta de solidaridad para la atención o de información, entrenamiento y conocimiento sobre las temáticas señaladas; se hace necesario que las instituciones formadoras del personal de la salud incluyan dentro de los programas académicos una mirada más profunda, cualificada, sistemática, integrada y frecuente sobre derechos y sexualidad, que los doten de todas las competencias necesarias para brindar, consejería, asesoría, asistencia y atención solidaria en un marco de derechos.

El Instituto Nacional de Salud como responsable de coordinar la operación del sistema de vigilancia de los eventos de interés para la salud pública, dentro de las cuales se encuentra algunos relacionados con la sexualidad y la reproducción; debe explorar nuevas formas de seguimiento y vigilancia de esta temática.

## Agentes Intersectoriales Responsables

Si bien se entiende esta Política como de carácter sectorial, también se subraya que para la preservación de la salud en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, como derecho humano fundamental, es indispensable el concurso de todos los sectores que componen la estructura del Estado. Por ello, se incorporan elementos de la intersectorialidad y se precisan algunas de las responsabilidades que le asisten a otros sectores en la promoción de una sexualidad sana, satisfactoria y plena; la prevención de atentados al pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; la asistencia integral, protección y reparación en los casos que hayan sido vulnerados para el total restablecimiento de la salud física, mental y social dentro del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

En consecuencia, el sector salud debe propiciar la concurrencia de esos otros sectores, directa o indirectamente relacionados con el ejercicio de estos derechos, y generar alianzas estratégicas y sinergias, para que participen activamente, y desde su campo de competencia, en la construcción de una ciudadanía comprometida con el disfrute de la sexualidad y la reproducción en un marco de dignidad, libertad, igualdad, autonomía, responsabilidad y respeto por todas las personas desde su diversidad.

Se espera que el país logre la aplicación del Decreto 859/14 que reglamenta la Ley 1438/11 y crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables del desarrollo del PDSP, para la definición de objetivos comunes y apuestas conjuntas intersectoriales. Cada uno de estos agentes deben asumir las responsabilidades que según su competencia, aquí se enuncian:

### 11.8 Sector Educativo:

Fortalecimiento y ampliación de cobertura del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía a través de la educación laica; la consolidación de un cuerpo docente entrenado con la capacidad de superar posturas moralistas y más bien apuntar a realizar reflexiones de carácter ético desde una perspectiva de derechos sexuales y derechos reproductivos; la incorporación de nuevas tecnologías de educación, en especial los medios virtuales; y el involucramiento en los procesos a toda la comunidad educativa, lo que permitirá la definición y trasmisión de contenidos de manera segura, ética y eficaz de acuerdo a los contextos específicos y particularidades socioculturales.

Lo anterior en cumplimiento del mandato del artículo 13 de la Ley 115 de 1994, literal "d" donde señala como objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos, el desarrollo integral de los educandos mediante acciones estructuradas encaminadas a: "a) *Formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes; b) Proporcionar una sólida formación ética y moral, y fomentar la práctica del respeto a los derechos humanos; c) Fomentar..., prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación y organización ciudadana y estimular la autonomía y la responsabilidad; d) Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable; e) Crear y fomentar una conciencia de solidaridad internacional...*". Lo cual, como lo señala el artículo 14, en su literal "e" entre otros, puede ser posible a través de la enseñanza obligatoria de la educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos



La Ley 1620 estructura, con representación a nivel nacional, territorial y escolar, el sistema nacional de convivencia escolar y formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, del cual hace parte el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras Instituciones.

según su edad, lo cual no exige asignatura específica, al contrario, debe incorporarse al currículo y desarrollarse a través de todo el plan de estudios.

Igualmente, la Ley 1620 de 2013 señala que la *“Educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: es aquella orientada a formar personas capaces de reconocerse como sujetos activos titulares de derechos humanos sexuales y reproductivos con la cual desarrollarán competencias para relacionarse consigo mismo y con los demás, con criterios de respeto por sí mismo, por el otro y por el entorno, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social que les posibilite tomar decisiones asertivas, informadas y autónomas para ejercer una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana; en torno a la construcción de su proyecto de vida y a la transformación de las dinámicas sociales, hacia el establecimiento de relaciones más justas democráticas y responsables”*.

La misma Ley estructura, con representación a nivel nacional, territorial y escolar, el sistema nacional de convivencia escolar y formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, del cual hace parte el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras Instituciones, las cuales tienen bajo su responsabilidad: *“3. Armonizar y articular las acciones del Sistema Nacional con las políticas nacionales, sectoriales, estrategias y programas relacionados con la construcción de ciudadanía, la convivencia escolar y los derechos humanos sexuales y reproductivos y la prevención y mitigación de la violencia escolar...7. Coordinar con la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos las acciones que le son propias en el ámbito escolar, en particular aquellas que en el marco de las funciones de la Comisión estén orientadas al logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, específicamente los referidos a incidir en la reducción del embarazo juvenil y de las enfermedades de transmisión sexual, como un indicador integral de desarrollo social”*.

### **11.9 Sector Cultura:**

Este sector, al igual que el educativo, juega un importante papel en la transformación de los imaginarios personales y los significados sociales que impiden asumir la sexualidad desde una concepción ampliada. Su principal reto se orienta a la identificación e implementación de mecanismos favorecedores para la transformación de las condiciones que

perpetúan la vivencia limitada de la sexualidad, en algunos grupos y comunidades, ello a partir de la movilización social, de modelos culturales que permitan la resignificación de contenidos en relación con el cuerpo, el concepto de familias, los roles de género y otros muy relacionados con la sexualidad y la reproducción. Esto también puede ser observado como una forma de incidir sobre ciertos determinantes de la salud,

Por ello, la apuesta por la transformación de los paradigmas que hasta ahora han dominado el discurso sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos encuentran en las intervenciones de contenidos culturales una forma de realización. A través de la cultura se puede fortalecer una concepción ampliada y compleja de la sexualidad y la reproducción en la que se conjuguen diversas variables relacionadas con el erotismo, las relaciones con el otro, los afectos como uno de los aspectos más sensible de la condición humana, la capacidad de decidir, la autonomía, la percepción del cuerpo propio y ajeno, el placer, el goce, el disfrute y el ejercicio de la ciudadanía, por citar solo algunos.

En esta medida, se deben impulsar los procesos culturales que median la construcción de nuevas formas de interrelación con el propio cuerpo y el de los demás, donde los preceptos culturales, determinados por las posiciones moralistas, en lógicas de poder o tradiciones religiosas, o hegemónicas le den paso al discurso del derecho y la responsabilidad.

### **11.10 Sector Comunicaciones:**

Los procesos comunicativos en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos deben ser asertivos, evitando las discriminaciones, estigmatizaciones y los usos idiomáticos que subvaloran y perpetúan paradigmas sobre las mujeres y otros grupos diversos. Así mismo, la sexualidad debe ser abordada a través de los medios de comunicación de manera abierta y respetuosa, como cualquier dimensión natural de la existencia humana, evitando los contenidos que la cargan de misterio, tabú o banalización. Por ello, el compromiso de los medios de comunicación y la formación en derechos de las personas dedicadas a la comunicación social es fundamental.

En este mismo aspecto, las entidades responsables de la emisión de contenidos y regulaciones sobre el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, deben fortalecer sus protocolos de seguridad; generar sistemas de alerta sobre los

La apuesta por la transformación de los paradigmas que hasta ahora han dominado el discurso sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos encuentran en las intervenciones de contenidos culturales una forma de realización.



atentados al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos utilizando este tipo de tecnologías y en especial para la prevención del comercio sexual a través de las distintas redes.

### **11.11 Sector Recreación y Deportes:**

El diseño de programas y estrategias para el adecuado manejo del tiempo libre, a través de actividades deportivas y recreativas, es una forma de potencializar el desarrollo de las personas y el ejercicio de la ciudadanía, mediante la conformación de nuevas formas de relación y lógicas del respeto por todas las personas desde su diversidad, de ahí que sobre este sector recae un importante desafío en cuanto a la construcción, con el acompañamiento del sector salud, de iniciativas que permitan la vivencia de lo lúdico y recreacional como otro componente de la sexualidad y el desarrollo humano.

### **11.12 Sector Protección:**

En cabeza del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, tiene bajo su responsabilidad importantes obligaciones frente a los desarrollos nacionales para la protección de la infancia y en particular para la promoción y protección de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y en especial en el restablecimiento de los derechos vulnerados.

Esta Entidad, en cumplimiento a las disposiciones del Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), y las obligaciones de las familias, la sociedad debe contribuir a la formación, orientación y estímulo al ejercicio informado, libre y responsable de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de niños, niñas y adolescentes y para lograrlo puede

fortalecer las acciones comunicativas masivas e interpersonales con énfasis educativo para brindar herramientas a padres y madres que les permitan la comprensión y el respeto frente al ejercicio de la sexualidad al interior de las familias colombianas, lo cual también puede hacerse extensivo a otros agentes socializadores como son las y los servidores públicos, agentes educativos institucionales y comunitarios, entre otros, que pueden coadyuvar a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Frente al restablecimiento del derecho a víctimas de violencia sexual, no se debe olvidar el importante rol que juega esta entidad, a la que se le debe dar aviso de la ocurrencia de un caso que comprometa a una persona en la niñez o la adolescencia para activar los mecanismos de protección; así mismo en algunos casos de IVE y en los procesos de adopción.

### **11.13 Sector Justicia:**

Son bien conocidas las responsabilidades sectoriales dentro de la ruta de atención de las violencias de género, ya sea esta producto o no del conflicto armado y los procedimientos para la IVE, las cuales deben ser fortalecidos con el objeto de disminuir las barreras de acceso a la Justicia. No obstante, en el Código Penal Colombiano se tipifican muchos otros delitos, en los cuales ante su ocurrencia se puede encontrar una flagrante violación a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas. Por lo tanto, el sector justicia, debe reforzar la preparación de los operadores judiciales para el reconocimiento y tipificación penal de los casos, la adecuada judicialización, investigación criminal y sanción, como precedente sobre las graves implicaciones que esta afectación específica conlleva a la vida de las personas.

### 11.14 Sector Defensa:

Dado que este sector cuenta con la “Política en derechos sexuales y reproductivos, equidad y violencia basada en género, salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH” sustentada en la promoción del sano ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población perteneciente a la Fuerza Pública, estos contenidos específicos encontrarán importantes puntos de coincidencia con la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos los cuales requieren ser armonizados a la luz de los nuevos desafíos y el salto cualitativo que esta última impone.

### 11.15 Sector Ambiente:

Las economías extractivas y todo el accionar para la explotación de los recursos naturales, trae consigo situaciones favorecedoras a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, de ahí la importancia de la vinculación de este sector para que posicione en su agenda interna, mecanismos de protección a estos derechos en distintas áreas de desarrollo de proyectos mineros o de impacto ambiental, especialmente dirigidas a la prevención de la explotación sexual, la prevención de embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual, entre muchas otras posibilidades.

### 11.16 Sector Hacienda:

Un factor determinante para el ejercicio de los derechos es la disposición de los recursos materiales para su ejercicio o exigibilidad, por lo tanto, el sector puede acompañar los aprendizajes de las estrategias posibles para la movilización de recursos con estos propósitos.

### 11.17 Ministerio Público:

Como Instituciones garantes de los derechos humanos por excelencia, este sector debe contribuir en la formación en derechos e interiorización en las personas que la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos son violación a los derechos humanos que no pueden ser permitidas y por lo tanto deben ser visibilizadas para activar la acción del Estado, para lo cual todas las entidades competentes deben adecuar su oferta institucional en favor del restablecimiento de los derechos vulnerados.



Las economías extractivas y todo el accionar para la explotación de los recursos naturales, trae consigo situaciones favorecedoras a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.



### **11.18 Registraduría Nacional del Estado Civil:**

Esta entidad debe adecuar los mecanismos para que registros como el documento de identificación, sean actualizados según la identidad de género definida por la propia persona. Procesos similares deben ser desarrollados para otros tipos de certificados y documentos oficiales como el pasaporte, los carnés de afiliación a bienes y servicios.

### **11.19 DANE:**

Como ente rector del Sistema Estadístico Nacional y responsable de la producción de estadísticas de los nacimientos y defunciones en Colombia, debe proponer los contenidos para fortalecer el adecuado registro, interpretación y análisis de los hechos, eventos o entidades relacionados con la sexualidad y la reproducción desde un enfoque de derechos y como base para el desarrollo de los procesos de seguimiento, evaluación y control.

### **11.20 Empresa Privada:**

Esta debe cumplir la normatividad y en especial los principios constitucionales y legales que comprometen la salud sexual y la reproducción en su ámbito de competencia, propiciando espacios de solidaridad para su realización. Igualmente, en desarrollo de sus funciones de responsabilidad social empresarial, debe utilizar sus estructuras de administración de personal para desarrollar programas que promuevan el ejercicio de estos derechos, los cuales pueden hacerse extensivos a las comunidades, en convenio con las entidades públicas con responsabilidades específicas.

# 12. Financiación

# 12. Financiación



**E**n coherencia con lo ya señalado en otros componentes de la Política, la asignación de recursos, debe concordar y articularse con procesos técnicos de planeación sectorial, institucional y territorial, junto al diseño, montaje y funcionamiento de sólidos y confiables sistemas de información.

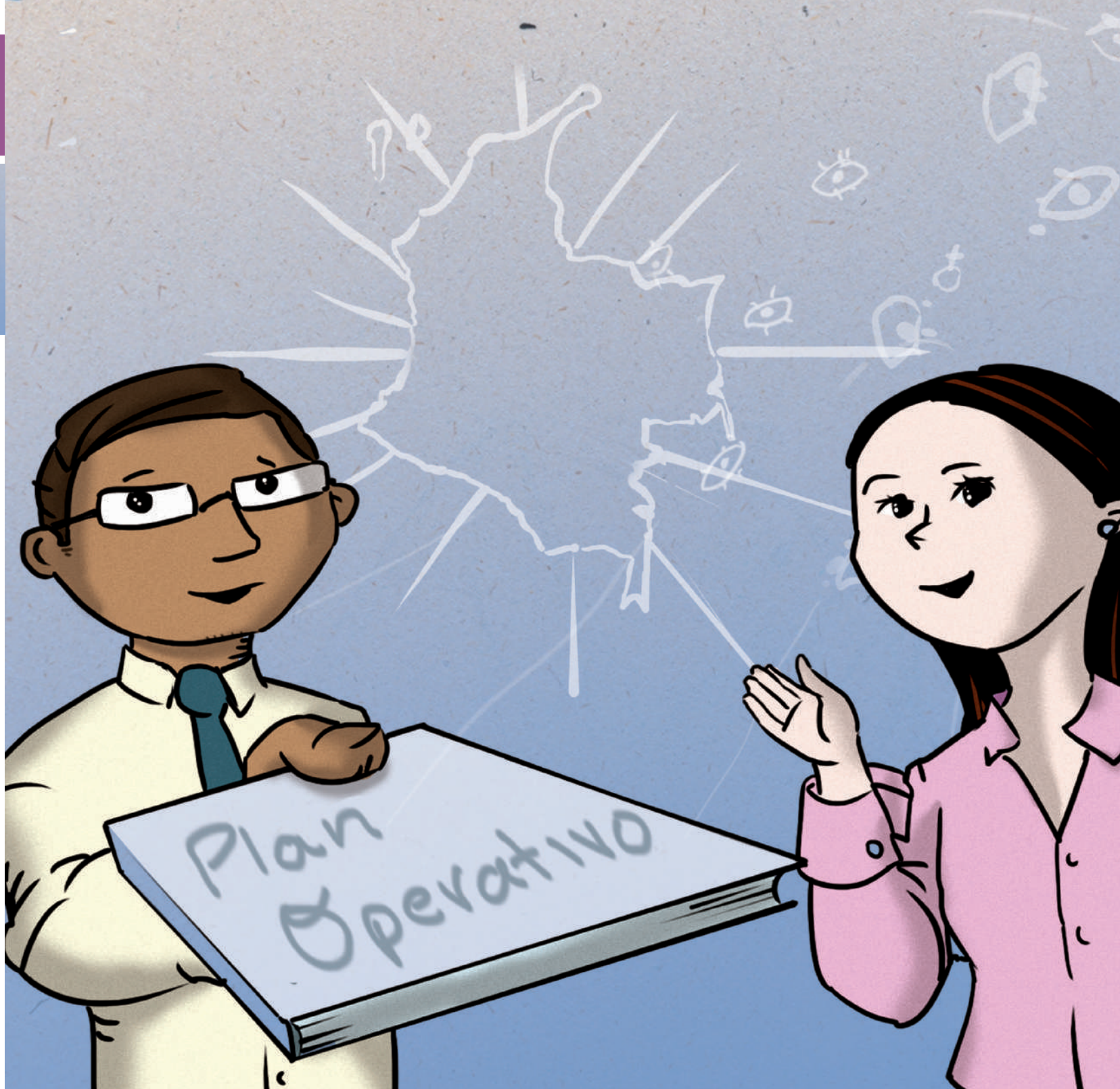
Bajo un modelo de gestión de la salud pública y la sexualidad, los recursos destinados al desarrollo de las acciones en esta materia se encuentran en tres grandes fuentes. Por un lado, en los planes de beneficios que son los recursos más grandes del sistema ejecutables a través del POS, por lo tanto, los gestores de la salud pública en cabeza de los gobernantes territoriales, deben convocar a sus aseguradores y prestadores, para alinear la oferta de servicios en cuanto a acciones individuales.

La segunda fuente de financiación está disponible en las transferencias ejecutables con los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) que contemplan algunas tecnologías en salud sexual y salud reproductiva como contenidos complementarios a las acciones individuales, que en muchos casos son contratados por fuera del ente territorial. Finalmente, se dispone de los recursos para la gestión de la salud pública (Osorio, 2014) que provienen de la misma fuente del PIC, pero que no se debe confundir con este, y que representan otra posibilidad de financiamiento de acciones para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que no pueden ser contratadas por fuera del Ente Territorial.

Igualmente, se debe tener en cuenta lo dispuesto en el decreto 859/14 mediante el cual se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la cual define rutas de vinculación de otros recursos nacionales y territoriales, para cofinanciar las acciones que están bajo la línea operativa de promoción de la salud.

Así mismo, se deben tener presentes otras posibilidades de obtención de recursos a partir de las propias fuentes locales en los municipios, las regalías, los recursos extraordinarios, la movilización de fondos por responsabilidad social, que si bien pueden no ser permanentes para cada vigencia, si se constituyen en fuentes para el desarrollo de procesos de transformación, investigación e innovación que la implementación de la Política requiere.





## 13. Plan Operativo

# 13. Plan Operativo



**E**n concordancia con el PDSP, y su organización por dimensiones prioritarias y transversales, la PNSDSDR desarrolla la dimensión prioritaria 7.5 y por esta razón la presente Política es un instrumento para la planeación territorial que la autoridad sanitaria puede apropiarse y aplicar una vez realizados los Análisis de Situación en Salud Territorial y el establecimiento de sus prioridades, para construir las respuestas en salud apropiadas y concordantes con el marco estratégico del Plan Decenal. Es importante resaltar que por las mismas razones, la Política es un medio útil para la integración de las acciones de sus temáticas en la estrategia PASE a la Equidad en Salud, para la formulación y gestión integral de los Planes Territoriales de Salud.

Para facilitar el uso de la Política, se diseñó un Plan Operativo que señala las acciones para el logro de cada objetivo de acuerdo a las tres líneas operativas del PDSP a saber: 1) Promoción de la salud; 2) Gestión del riesgo en salud y 3) Gestión de la Salud Pública, los cuales a su vez se corresponden con los dos componentes establecidos para esta dimensión como son: 1) Promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la equidad de género y 2) prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde el enfoque de derechos.

La Política es un medio útil para la integración de las acciones de sus temáticas en la estrategia PASE a la Equidad en Salud, para la formulación y gestión integral de los Planes Territoriales de Salud.



<b>Objetivo General</b>	Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no sólo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos.			
<b>Meta</b>	A 2021, el 80% de las entidades territoriales de salud y otros agentes del SGSSS habrán desarrollado acciones de promoción del ejercicio libre, autónomo, igualitario y responsable de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Indicador</b>	Porcentaje de entidades territoriales de salud y de otros agentes del SGSSS que desarrollan acciones que promueven el ejercicio libre, autónomo, igualitario y responsable de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Desarrollar los mecanismos para la gestión política de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como para la socialización, divulgación, apropiación e interiorización de los contenidos de esta Política en los Planes de Desarrollo Territoriales de acuerdo a la metodología PASE a la Equidad en los niveles territoriales y con los agentes del SGSSS.	Gestión política de la Salud Pública, incluida la producción normativa y otros instrumentos que sean necesarios, en los aspectos de la sexualidad y la reproducción que la desarrollen como responsabilidad del Estado en el marco de su función de garante de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.	<b>META 1.</b> A 2021, el 80% de las entidades territoriales contarán por lo menos con un espacio transectorial y comunitario que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. PDSP- D5  <b>META 2.</b> A 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros. PDSP - D5	Porcentaje de entidades nacionales y departamentales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP- D5 Porcentaje de entidades municipales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP - D5	MSPS
	Desarrollo de procesos intersectoriales e interinstitucionales, con la "Comisión Intersectorial de Derechos sexuales y reproductivos", y otras, para el análisis de las relaciones y la armonización de los contenidos de esta Política, con otras que son afines a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, atendiendo lo normado en la Ley 152/94 frente a la planeación territorial.			MSPS, Mecanismos Intersectoriales, DTS, COMPOS
	Diseño y ejecución de la agenda para la socialización, difusión y apropiación en los diferentes niveles territoriales, los agentes del SGSSS y otros sectores e instituciones de los lineamientos definidos en la PNSDSDR.			MSPS
	Realización de actividades de incidencia política, para que las acciones de promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos sean incluidas en los Planes de Desarrollo Territoriales y se desarrollen a través de los instrumentos de planeación del sector salud y otros sectores involucrados, haciendo uso de de la metodología PASE A LA EQUIDAD y otras que se generen para tal fin.			DTS
	Fomento de espacios sociales convocados por el sector salud, para formación en sexualidad, equidad de género, nuevas masculinidades, feminidades, derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidos a personas, grupos y comunidades y demás estamentos de la sociedad civil.			MSPS

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
2. Asistir técnicamente a los territorios y demás agentes del SGSSS en los procesos de adaptación e implementación de la PNSDSDR según las prioridades establecidas y los diversos contextos territoriales definidos.	Desarrollo de programas y propuestas pedagógicas para la abogacía y la asistencia técnica a los territorios, para acompañar la adopción y adaptación de esta Política.	<b>META 1.</b> A 2021, el 80% de las entidades territoriales contarán por lo menos con un espacio transectorial y comunitario que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. PDSP- D5  <b>META 2.</b> A 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros. PDSP - D5  <b>META3.</b> A 2021, Colombia consolidará el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública, utilizado como la fuente única de información en salud por las Entidades Territoriales, las aseguradoras o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, y los organismos de control, y como fuente principal para los investigadores y la academia. PDSP - D10	Porcentaje de entidades nacionales y departamentales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP- D5 Porcentaje de entidades municipales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP - D5  Número de Informes/ reportes generados desde los Observatorios del Min salud disponibles para guiar políticas e intervenciones. PDSP - D10	MSPS
	Diseño de modelos y rutas de atención, o fortalecimiento o rediseño de las existentes, que faciliten la prestación de servicios en materia de sexualidad y reproducción entre los que se destacan la conformación de unidades móviles, o las estrategias de promotoras de la salud sexual y la salud reproductiva que facilitan el fortalecimiento de la atención primaria y la expansión de la normatividad vigente en la materia, a nivel territorial.			MSPS
Aplicación de metodologías para el monitoreo, seguimiento y evaluación de procesos, evaluación de resultados de la implementación, así como de los efectos e impactos de la presente Política, a través del uso de los registros e indicadores almacenados en el SISPRO y los relacionados con la transformación de la realidad actual de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que incluyan la valoración de la participación social.	MSPS			
Establecimiento y cálculo de las líneas de base para el seguimiento a las metas y los indicadores de resultado e impacto definidos en esta Política, a través de los datos alojados en el SISPRO.	MSPS			
Implementación de procedimientos para la gestión de conocimiento e investigación sobre sexualidad, derechos Sexuales y derechos Reproductivos, que debieran incluir entre otros, los relacionados con la documentación y difusión de las buenas prácticas y la preservación de la memoria institucional sobre estas temáticas, desarrolladas en los territorios y que fueron detectadas en los estudios de caso realizados para la revisión de la PNSSR 2003-2007, las cuales deben ser almacenadas en el repositorio que para el efecto construye el MSPS.	MSPS DTS			
Realización de investigaciones cualitativas que den cuenta de los imaginarios y los significados sociales prevalentes en el sector salud y otros sectores frente a la sexualidad y la reproducción, tomando como punto de partida los análisis del discurso a partir de las entrevistas practicadas en el marco de revisión de la PNSSR 2003-2007	MSPS			
Diseño e implementación o fortalecimiento de los Observatorios Nacionales en SSR y observatorios territoriales de garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en articulación con otros observatorios para temáticas específicas y relacionadas existentes en el país.	MSPS			
Identificación de los estancamientos, retrocesos o condiciones nuevas relacionados con la salud sexual y salud reproductiva, que requieran la intervención del Estado como forma de garantía de derechos.	MSPS			
Publicación permanente los avances de la Política y de los resultados de la gestión a través de tableros de control.	MSPS			
Desarrollo de los mecanismos para posibilitar la participación de las distintas organizaciones sociales desde su diversidad, en los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación de los contenidos propuestos en esta Política.	MSPS			



**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.1.1 Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en un marco de referencia laico y de ética civilista, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables.			
<b>Meta:</b>	A 2021, el 80% del personal de las instituciones de salud (públicas y privadas) y el sector educativo habrán participado en procesos de educación sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, con el fin de contribuir a la prestación de servicios dentro de un enfoque laico y de ética civilista y disminuir las posibilidades de atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión en relación con la sexualidad y la reproducción.			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje del personal de las instituciones de salud (públicas y privadas) y educativas que han participado en procesos de educación sobre derechos sexuales y derechos reproductivos.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Gestionar la promoción del reconocimiento de la sexualidad y la reproducción, en el marco de respeto de las libertades de pensamiento, opinión y expresión de la orientación sexual, la identidad de género y los derechos sexuales, dentro del sector salud y en la comunidad, sin juzgamientos o discriminación, a través de medidas inclusivas, apropiadas a los diferentes contextos.	Desarrollo de procesos de formación y capacitación dirigidos al personal del sector salud y otros sectores para el reconocimiento de la dimensión de la sexualidad como característica humana relacionada con el desarrollo de las personas.	<b>META 3.</b> A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP-D5	Indicador de Gestión 3. Porcentaje de instituciones educativas públicas que cuentan con educación sexual basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP-D5	Mecanismos Intersectoriales
	Realización de actividades de promoción de los contenidos para el abordaje de la sexualidad como una dimensión humana fundamental para el desarrollo, en los diversos espacios interinstitucionales, donde el sector salud tenga participación.			MSPS DTS
2. Convocar a la conformación de grupos y organizaciones sociales, interculturales, ecuménicas y otras, para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la libertad de pensamiento, asociación y la interlocución directa con la institucionalidad del sector salud y de otros sectores.	Conformación y fortalecimiento de organizaciones de base social y grupos interculturales, mujeres, colectivos de nuevas masculinidades, LGTBI, ecuménicos, asociaciones de personas con discapacidad, para la apropiación de contenidos relacionados con la sexualidad y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			Mecanismos Intersectoriales
	Implementación de metodologías lúdicas y artísticas que fomenten la expresión social y la recreación de mensajes en favor de los derechos sexuales y reproductivos, que induzcan prácticas de control social, concilien las diversas posturas y fortalezcan la red social.			Mecanismos Intersectoriales

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
3. Coordinar espacios, en asocio con otros sectores, para intercambiar información entre la comunidad y la institucionalidad de salud respecto de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre el alcance y la interpretación de los instrumentos legales, para que la expresión de la sexualidad y la reproducción cursen sin temor, vergüenza, culpa, falsas creencias y otras restricciones sociales, sobre formas de expresión de la sexualidad como el vestir o el modo de hablar, entre otras.	Desarrollo de contenidos sobre sexualidad, acordados en las diferentes instancias intersectoriales relacionadas con la formación ciudadana, para su difusión apropiación y tratamiento, al igual que sobre el alcance y apropiación de instrumentos legales, con énfasis en grupos vulnerables.	<b>META 3.</b> A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP-D5	Indicador de Gestión 3. Porcentaje de instituciones educativas públicas que cuentan con educación sexual basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP-D5	Mecanismos Intersectoriales
	Fortalecimiento e innovación de las acciones comunicativas, dirigidas a los habitantes del territorio, orientadas a la promoción y ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmatización ni discriminación relacionadas con las diferencias en su vivencia.			Mecanismos Intersectoriales
4. Fortalecer procesos de educación sexual integral, para los prestadores de servicios de salud, orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, que permitan el abordaje y respuestas con acciones y servicios dentro de un enfoque laico y de ética civilista para garantizar el ejercicio de derechos, el bienestar y la calidad de vida.	Concertación de alianzas con el sector educativo para el desarrollo de jornadas de formación dirigidas a educadores y prestadores de servicios de salud, sobre educación sexual integral, que les permita el desarrollo de capacidades para el manejo de las distintas organizaciones de base social y grupos interculturales, mujeres, colectivos de nuevas masculinidades, LGTBI, ecuménicos, asociaciones de personas con discapacidad, entre otros.			Mecanismos Intersectoriales
	Medición de los efectos, en los educadores y prestadores de salud, sobre la valoración de la sexualidad y la forma de aplicarla en su trabajo institucional, a partir de la formación en educación sexual integral recibida.			Mecanismos Intersectoriales
5. Desarrollar los mecanismos para asegurar el liderazgo apropiado del sector salud en la construcción de las intervenciones, las medidas y los instrumentos sectoriales e intersectoriales necesarios y efectivos de orden legislativo, sanitario, educativo, judicial, de protección, reparación integral y comunicacional en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva, de forma coordinada y en el respeto de las competencias que facilite la garantía de los derechos.	Establecimiento de procesos de defensa de las acciones propuestas en el marco de la Política, en escenarios legislativos y de coordinación intersectorial con educación, justicia y protección, para el establecimiento formal y funcionamiento efectivo y dinámico de los mecanismos de coordinación en materia de sexualidad y reproducción.			MSPS DTS
	Coordinación de las acciones en los niveles operativos para la aplicación de los instrumentos de planificación, gestión y de los mecanismos interinstitucionales e intersectoriales relacionados con la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			DTS y Mecanismos intersectoriales Territoriales
	Generación de alianzas en los niveles territoriales que permitan la garantía de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la reparación integral cuando fuere necesario, o el seguimiento a la misma, según lo definan los instrumentos e instancias formales establecidas.	DTS y Mecanismos intersectoriales Territoriales		
6. Impulsar la aplicación de acciones administrativas y disciplinarias a que hubiere lugar, por atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión frente a la sexualidad o la reproducción, registrados en la prestación de los servicios o en la institucionalidad del sector salud.	Diseño o fortalecimiento de procedimientos para la detección en los servicios de salud, de los atentados a la libertad de pensamiento, opinión o expresión frente a la sexualidad y la reproducción.	MSPS DTS, EPS, IPS		
	Realización de procesos dirigidos al fortalecimiento de las capacidades para el control social y la veeduría en las organizaciones de base social y grupos interculturales, mujeres, colectivos de nuevas masculinidades, LGTBI, ecuménicos, asociaciones de personas con discapacidad, en relación con los contenidos señalados y la conculcación que sobre ellos se diere en los espacios de prestación de servicios.	DTS y Comunidad organizada		

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.1.2 Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social.			
<b>Meta:</b>	A 2021, en el país se habrá brindado atención integral al 50% de los casos de violencias basadas en el género y en las orientaciones sexuales no hegemónicas; y habrá reducido en 80% los hechos de violencia institucional por causas asociadas a la sexualidad y la reproducción.			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de víctimas con atención integral. Tasa de violencia institucional.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Establecer procesos sistemáticos de promoción del derecho a una vida libre de violencia física, psicológica o sexual; de tipo social, político o económico; por causas asociadas a la vivencia de la sexualidad y la reproducción; identificando los eventos violentos y emitiendo alertas, especialmente cuando afecta a personas o grupos en contextos de vulnerabilidad.	Diseño o actualización de protocolos para la identificación y análisis sectorial e intersectorial de las violencias de género, por causas asociadas a la sexualidad y la reproducción, en los diferentes ámbitos de la vida, incluido el laboral, o cualquier otra forma coercitiva dentro o fuera de las relaciones sociales, laborales y de pareja, así como a las manifestaciones de violencia que ejerzan las instituciones de salud sobre los usuarios titulares del derecho a los servicios.	<b>META 14.</b> A 2021, el 80% de los municipios desarrollan procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral. PDSP- D5	Porcentaje de municipios que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar. PDSP- D5	Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia
	Implementación de proyectos sectoriales e interinstitucionales de prevención y atención de las violencias de género, por causas asociadas a la sexualidad y la reproducción y consolidación del trato humanizado, digno y solidario a las víctimas.	<b>META 18.</b> A 2021, el 100% de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia, incluyen en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, género y diferencial. PDSP- D5	Porcentaje de instituciones públicas del sector salud, justicia y protección con planes de formación y actualización en planes y programas de atención de víctimas de alguna forma de violencia. PDSP- D5	Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia
	Establecimiento y realización de una agenda de investigación sobre las afectaciones tempranas y tardías a la salud, derivadas de los diferentes hechos victimizantes de género en el conflicto armado y establecimiento de las medidas de prevención y afrontamiento.			Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia
	Formación a la comunidad para la organización social y el uso de mecanismos de prevención, control, emisión de alertas y denuncias que adviertan la posibilidad de ocurrencia de estas violencias, en especial si ocurren contra personas y grupos en contextos de vulnerabilidad como es el caso de las mujeres transgénero, personas de orientación sexual diversa y trabajadoras o trabajadores sexuales y muy especialmente, contra las mujeres en gestación, en la atención de cualquier evento reproductivo u otros daños a la salud sexual o la salud reproductiva, incluida la violencia ejercida por Instituciones de Salud.			Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia
	Construcción de espacios de encuentro, para la expresión de las manifestaciones comunicativas sociales orientadas a la prevención de la violencia basada en género por causas asociadas a la sexualidad o la reproducción.			Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia
	Utilización activa, permanente y creativa de las redes sociales comunicativas y otros medios, para la difusión, exigencia y garantía del derecho a la salud física y mental, a través de la erradicación de prácticas violentas de género o institucionales, así como de los mecanismos para su protección.			Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
2. Diseñar mecanismos orientados a la prevención de las torturas y los tratos crueles, inhumanos o degradantes -como la ablación de clítoris, el negar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos establecidos por la Corte Constitucional, los feminicidios o los crímenes de odio motivados por la intolerancia a las diferentes vivencias de la sexualidad, la orientación, las identidades de género, entre otros- y difundirlos ampliamente por medios sociales a toda la comunidad.	Concertación con los representantes de los grupos de base social, establecidos en el territorio, las formas de identificación, atención y control de las manifestaciones y comportamientos degradantes e inhumanos de tortura o crueldad, relacionados con la vivencia de la sexualidad o la reproducción.	<b>META 13.</b> A 2021, el 80% de los municipios del país operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar. PDSP- D5	Indicador de Gestión 9. Porcentaje de municipios que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar. PDSP- D5	MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad
	Instalación de redes de información que visibilicen y emitan alertas frente a la aparición de comportamientos riesgosos o manifestaciones de violencia, para activar el control social como mecanismos para la mitigación de los riesgos y daños a la salud sexual y salud reproductiva por estas causas.			MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad
3. Integrar a los grupos sociales y a los actores de la comunidad en la construcción de acciones sectoriales y comunitarias, orientadas a la erradicación de prácticas culturales o tradicionales que según la evidencia científica son lesivas, relacionadas con la forma de vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como, la eliminación de prácticas culturales que se configuran en riesgos desde el concepto de derechos, como algunos ritos de paso y de iniciación al ejercicio sexual que viven niños, niñas y adolescentes.	Elaboración de una base de evidencia científica que incluya información sobre los riesgos a la salud y la capacidad de daño de algunas prácticas tradicionales en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción; que deberá ser utilizada como soporte de las actividades de capacitación para el personal del sector y de otros sectores involucrados (justicia, protección, educación) y para el diseño de las estrategias educativas más apropiadas.	<b>META 12.</b> A 2021, incrementar como mínimo quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de géneros y violencias sexuales. PDSP- D5	Proporción de mujeres que solicitan ayuda para la atención a víctimas de violencia de género y violencias sexuales. PDSP - D5	MSPS DTS
	Sensibilización y formación, de manera concertada con la comunidad, para la adopción y mantenimiento de nuevos significados a cerca de la sexualidad y la reproducción y la deconstrucción de prácticas lesivas en estos aspectos.			MSPS Mecanismo Intersectorial DTS Comunidad
	Creación de redes intersectoriales e interculturales que faciliten la formulación de estrategias y el intercambio de información sobre proyectos que han dado resultados y lecciones aprendidas en relación con la resignificación y deconstrucción de prácticas lesivas a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, con las comunidades.			MSPS Mecanismo Intersectorial DTS Comunidad
	Aplicación de las metodologías para medir los logros de las mejores prácticas; y llevar a cabo evaluaciones participativas y estudios etnográficos locales para comprender mejor las causas que llevan a la continuación de este tipo de prácticas y que contribuyan a la identificación de grupos de riesgos y acciones preventivas con sensibilidad cultural.			MSPS DTS

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
4. Establecer dentro del sector, sistemas de alerta temprana y detección de riesgos o amenaza a la vida y la integridad personal asociada al ejercicio de la sexualidad, la identidad o expresión de género y el ejercicio de los derechos reproductivos; así como, los modos de respuesta integral inmediata.	Desarrollo y aplicación de protocolos para el reconocimiento de perfiles de consultas y demandas reiterada y alerta sobre servicios que difícilmente estructuran cuadros clínicos reconocibles y que la evidencia muestra asociados a la vivencia de la sexualidad y la reproducción.	<b>META 15.</b> A 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas reciben una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados. PDSP - D5	Porcentaje víctimas de las violencias de género y violencias sexuales identificadas con atención integral. PDSP - D5	MSPS DTS
	Estandarización de los procesos para la identificación de signos y condiciones de violencia en los contextos familiares, educativo y grupal que se convierten en trabas al ejercicio pleno de la sexualidad y la reproducción.			MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad
	Actualización de los sistemas de información de casos de vulneración de derechos sexuales y derechos reproductivos, que permitan el registro de condiciones que de manera indirecta alerten sobre la ocurrencia de violencias de género y otras.			MSPS DTS
	Implementación de mecanismos para el fortalecimiento de los acuerdos interinstitucionales y sectoriales requeridos en la sostenibilidad del sistemas de alerta temprana de atentados a la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en relación con la vida y la integridad.			MSPS Mecanismo Intersectorial
	Fortalecimiento a la participación activa de la comunidad local que permita desarrollar una respuesta multidimensional ante los problemas y necesidades existentes en relación con las violencias de género y sexual.			MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad
5. Identificar y erradicar las prácticas institucionales que legitiman o promueven cualquier forma de violencia asociada al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como es el caso del trato sexista a las mujeres en la atención de los diferentes eventos obstétricos o por la iniciación temprana del ejercicio sexual o el estigma y discriminación a las personas viviendo con VIH, a las y los trabajadores sexuales, entre otros.	Establecimiento de sistemas para la identificación y concertación con los funcionarios de niveles directivos y operativos, de las posibles prácticas institucionales violatorias del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.	<b>META 16.</b> A 2021, el 100% de las EPS (o quien haga sus veces) en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, cuentan con una red de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente. PDSP - D5	Porcentaje de EPS con red de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales. PDSP - D5	MSPS DTS
	Realización de pactos para el control y abolición de prácticas legitimadoras de la violencia en las que se establezcan las formas de identificación y los apoyos debidos a las personas afectadas.			MSPS DTS

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.1.3 Proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre los ciudadanos y las instituciones del sector salud.			
<b>Meta:</b>	A 2021, el país habrá reducido en 90% la vulneración al derecho a la privacidad de las personas originado en la prestación de los servicios de salud y en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción.			
<b>Indicador:</b>	Tasa de violación al derecho a la privacidad de las personas en la prestación de servicios de salud.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Difundir dentro de la comunidad y el personal prestador de servicios de salud el derecho a la privacidad y confidencialidad como elemento esencial para ejercer la autonomía sexual, la autonomía reproductiva y la toma de decisiones en estos aspectos, sin ser objeto de amenaza o riesgo y en cumplimiento del compromiso ético profesional y del mandato legal del secreto profesional.	Difusión, a todos los niveles de dirección y prestación de servicios del SGSSS, sobre los derechos, obligaciones y responsabilidades que le asisten al personal de salud frente al secreto profesional y las acciones administrativas disciplinarias y legales de las que pueden ser objeto ante su violación.	<b>META 17.</b> En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5	Número de mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes que reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5	MSPS DTS
	Medición de la asimilación de los contenidos transmitidos en relación con el derecho a la privacidad, por medio de los sistemas regulares de control.			MSPS DTS
2. Promover la aplicación de los mecanismos para hacer efectivos el debido reconocimiento y respeto del derecho a la intimidad y la privacidad, dentro del personal del sector y hacia los titulares del derecho a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, en cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno reglamentado por la Superintendencia de Salud e incluido como norma en los procesos de habilitación y acreditación (Normas de aseguramiento de la calidad de la atención).	Fortalecimiento a los sistemas de quejas, demandas y otros mecanismos administrativos, para la identificación, seguimiento y atención de las vulneraciones al derecho a la intimidad y privacidad en la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva.			MSPS DTS, EPS, IPS
	Diseño y aplicación de procedimientos para la selección de representantes de la comunidad, caracterizados por su neutralidad e imparcialidad, para la canalización de quejas relacionadas con la vulneración del derecho a la privacidad, así como, para vigilar la investigación y sanción, en los casos que lo amerite.			DTS, EPS, IPS Comunidad

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
3. Establecer procesos para garantizar la reserva y el sigilo de la información sobre los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción de las personas, incluido el fortalecimiento de los principios éticos que exige el derecho a la intimidad por parte de los prestadores de servicios de salud y la adecuación de los espacios de forma que las consultas puedan llevarse a cabo en condiciones de reserva e intimidad.	Realización de jornadas de actualización al personal de salud sobre los contenidos de Ley 23/81 relacionada con las Normas en materia de Ética Médica, su aplicación en los contextos institucionales en los casos de atención en salud sexual y salud reproductiva y difusión de estos principios a la comunidad.	<b>META 17.</b> En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5	Número de mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes que reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5	DTS, EPS, IPS Comunidad
	Conformación de comisiones institucionales para el análisis y control de casos de violación al derecho a la intimidad y privacidad en la atención en salud sexual y salud reproductiva e inclusión de la comunidad para el establecimiento de los mecanismos de control social.			DTS, EPS, IPS Comunidad
4. Fortalecer los protocolos para garantizar la seguridad de la información producida por el sector, así como para controlar la divulgación o fuga de información en relación con las preferencias, la historia, los comportamientos sexuales o reproductivos de las personas, así como otros asuntos relacionados con la atención en salud o la investigación y la inclusión de los temas de sexualidad en reglamentaciones existentes, para asegurar la confidencialidad de la información y fortalecer su vigilancia.	Implementación de los mecanismos que garanticen la aplicación de las reglamentaciones existentes y los protocolos institucionales de seguridad de la información, para prevenir la pérdida o uso indebido de datos sobre la salud sexual y la salud reproductiva de los usuarios de los servicios de salud.			DTS, EPS, IPS
	Desarrollo de procedimientos informáticos de vigilancia, documentación y afrontamiento de los casos de vulneración del derecho a la intimidad en relación con la sexualidad y la reproducción.			DTS, EPS, IPS
5. Diseñar los mecanismos para el restablecimiento del derecho a la privacidad de la vida sexual o reproductiva de las personas cuando este fuera vulnerados en razón de la prestación de los servicios de salud.	Establecimiento de mecanismos institucionales para la realización de actos simbólicos y de exculpación para quien el derecho a la intimidad y la privacidad le ha sido vulnerado, con ocasión de la prestación de servicios relacionados con la sexualidad y la reproducción.			DTS, EPS, IPS
	Socialización de los procedimientos establecidos para la reparación simbólica a la vulneración del derecho a la privacidad, en relación con la sexualidad y la reproducción.	DTS, EPS, IPS		



**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.1.4 Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria entre hombres y mujeres mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género.			
<b>Meta:</b>	A 2021, se habrá eliminado en los servicios de salud, la discriminación fundada en la forma como las personas viven la sexualidad o la reproducción.			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de quejas, reclamos o sugerencias por el desarrollo de prácticas discriminatorias en los servicios de salud.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Propiciar espacios y mecanismos de reconocimiento de la diversidad y la igualdad de las personas, para que los servidores del sector salud, superen las distintas formas de discriminación ante los comportamientos, usos y costumbres asociados a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, manteniendo el respeto por los rasgos culturales dentro del reconocimiento de los límites establecidos en el ejercicio del derecho.	Formación y capacitación del personal, del nivel directivo y de prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva del sector y de otros sectores en el reconocimiento de las diversidades y el imperativo humanista de trato digno e igualitario.	<b>META 5.</b> En 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el curso de vida, género, etnicidad, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto implementado. PDSP - D9	Modelo de Atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el curso de vida, género, etnicidad, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto implementado. PDSP - D9	MSPS Mecanismos Intersectorial DTS, EPS, IPS
	Adopción de metodologías lúdicas y artísticas que fomenten el reconocimiento de las diversidades, dentro de los profesionales del sector y para la comunidad, como mecanismos de prevención de discriminación basada en las diferencias.			DTS, EPS, IPS Comunidad
2. Identificar y remover las prácticas sociales e institucionales del sector salud, que basadas en estereotipos o estigmas, son abiertamente discriminatorias en relación con la sexualidad o la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en condiciones de igualdad.	Implementación de protocolos investigativos, reflexivos y observacionales entre los profesionales del sector salud y a diferentes niveles, para la detección, identificación y medición de las prácticas discriminatorias presentadas en los servicios de salud, con ocasión de las diversidades relacionadas con la vida sexual y reproductiva de las personas.			DTS, EPS, IPS
Desarrollo de procesos que induzcan la transformación de prácticas y comportamientos discriminatorios, frente a las diversas vivencias de la sexualidad y la reproducción, reconocidos como prevalentes en los servicios de salud.	DTS, EPS, IPS			
3. Facilitar y exigir la formación del recurso humano del sector, con la inclusión de contenidos educativos sobre relacionamiento igualitario, convivencia social y superación del estigma y la discriminación, en los currículos de enseñanza de diferentes profesionales, especialmente en los que ejercerán como prestadores o como entes de control.	Diseño y aplicación de guías e instrumentos normativos que direccionen los modelos de relacionamiento entre prestadores y usuarios, los marcos éticos y de consentimiento informado para el manejo de la información y el compromiso de la reserva sobre ella, especialmente en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva.			MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad
	Gestión e incidencia ante las facultades de formación de los profesionales de salud en todos los niveles, los colegios médicos y sociedades científicas, para la concertación de contenidos curriculares que faciliten la capacitación adecuada del personal sanitario, sobre el derecho a la igualdad en los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.			MSPS
4. Establecer mecanismos de identificación, seguimiento, control y sanción, de los servicios de prevención, atención, protección, rehabilitación, restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que vulneran el derecho a la igualdad y garantizar las acciones de vigilancia, inspección y control en los casos de estigma y discriminación.	Aplicación o adaptación de las reglamentaciones existentes y los protocolos institucionales, para prevenir la discriminación y la promoción del trato igualitario a los usuarios de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.			DTS, EPS, IPS
	Establecimiento de procedimientos investigativos y reparativos de la vulneración, en los servicios de salud, del derecho a la igualdad en relación con la sexualidad y la reproducción.			DTS, EPS, IPS Comunidad

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.1.5 Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía personal a través de acciones que reconozcan a las personas y su diversidad, para que se direccionen respuestas del sector salud adecuadas a sus necesidades como forma de garantía del derecho.			
<b>Meta:</b>	A 2021, se habrá incrementado en 70% los prestadores de de servicios de salud que han realizado procesos de adaptación de su oferta orientada por la garantía al respeto de la autonomía personal.			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de prestadores que han implementado procesos de adaptación de su oferta para garantizar el respeto a la autonomía de las personas.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Gestionar y diseñar procesos pedagógicos que permitan reconocer la libertad sexual y la libertad reproductiva, que incluye la resignificación del cuerpo, diversidad de opciones disponibles para la vivencia de la sexualidad y la reproducción, la elección de parejas sexuales; experimentar el potencial de la sexualidad a plenitud, disfrutar del erotismo, dentro de un marco de no discriminación y consideración de los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según el momento del ciclo vital, para el personal del sector y la comunidad en general.	Participación del sector salud en el diseño de contenidos pedagógicos, aplicables al sector y a otros sectores, para la cualificación permanente de su recurso humano en cuanto al reconocimiento de la autonomía de todas las personas para la vivencia de la sexualidad y la reproducción.	<b>META 7.</b> En 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9	Número de modelos de educación y comunicación en salud en temas de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9 Modelo de salud dirigido a la infancia implementado.	DTS, EPS, IPS
	Gestión y obtención de recursos humanos, técnicos y financieros que garanticen el diseño de procesos pedagógicos, para el personal de salud y la comunidad, orientados al reconocimiento de la libertad sexual, la libertad reproductiva, la responsabilidades derivadas de su ejercicio y los contenidos que esto incluye.	<b>META 11.</b> A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia. PDSP - D9	<b>META 12.</b> A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia. PDSP - D9	Modelo de salud dirigido a la adolescencia implementado Modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado para Colombia. PDSP- D9 Documento que describa el Modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades PDSP - D9.
2. Fortalecer los procedimientos relacionados con definición de marcos éticos de la atención e investigación, para que ninguna persona de manera involuntaria pueda ser sujeta a estudios, procedimientos médicos de diagnóstico, atención, intervención farmacológica o quirúrgica o confinamiento, sobre la base de una expresión sexual protegida; orientación sexual; historia o comportamiento sexual, identidad o expresión de género o situación reproductiva.	Aplicación de la normatividad sobre las condiciones y requerimientos éticos y de consentimiento informado en los procesos de atención e investigación relacionados con la sexualidad y la reproducción.	<b>META 23.</b> A 2021 Colombia contará con un modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el MSPS. PDSP - D9	Modelo de salud dirigido a la adolescencia implementado Modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado para Colombia. PDSP- D9 Documento que describa el Modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades PDSP - D9.	DTS, EPS, IPS
	Establecimiento de mecanismos de control y exigibilidad relacionados con las condiciones éticas de ley, para la realización de investigaciones por terceros a nivel de la institucionalidad del sector, en temáticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.	<b>META 41.</b> A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades. PDSP - D9	<b>META 43.</b> A 2021, Colombia contará con un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9	Documento que describa el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuentan con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
3. Fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que en el marco de respeto a las normas y principios de los derechos humanos sean posibles. Estas acciones darán especial atención al cuidado de la sexualidad en la niñez, la adolescencia y la vejez, y de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, así como, a los mecanismos para el control de posibles formas de conculcación o persecución legal basadas en la vivencia de la sexualidad o la reproducción cuando median circunstancias étnicas o culturales y otras formas que requieran manejos excepcionales ante la ley.	Diseño de procedimientos aplicables en espacios de atención, para el conocimiento y la interpretación adecuada de la sexualidad de grupos diversos, según el ciclo de vida, que incluyan el respeto por la cultura y la diferencia, cuando se interactúa con la cosmovisión, prácticas, usos y costumbres de la vida sexual y la vida reproductiva de las personas.	<b>META 7.</b> En 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9  <b>META 11.</b> A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia. PDSP - D9  <b>META 12.</b> A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia. PDSP - D9  <b>META 23.</b> A 2021 Colombia contará con un modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el MSPS. PDSP - D9  <b>META 41.</b> A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades PDSP - D9. Documento que describa el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuentan con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9	Número de modelos de educación y comunicación en salud en temas de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9 Modelo de salud dirigido a la infancia implementado. Modelo de salud dirigido a la adolescencia implementado Modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado para Colombia. PDSP- D9 Documento que describa el Modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades PDSP - D9.	DTS, EPS, IPS
	Desarrollo de condiciones institucionales y sociales que posibiliten prácticas en las relaciones interpersonales, afectivas y sexuales, para los grupos que así lo requieran por su condición de discapacidad.			DTS, EPS, IPS
4. Diseñar oferta de servicios de salud, específicamente sensibles a la diversidad y las necesidades de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, y en especial para adolescentes y jóvenes, que requieren atención a su salud sexual y salud reproductiva de forma integral, lo cual incluye su derecho a acceder a los servicios de consejería sin el consentimiento de los padres (Ley 1098 de 2006), el apoyo y protección para insistir en prácticas sexuales y reproductivas más seguras.	Reconocimiento y aplicación efectiva de la normatividad vigente para poblaciones focalizadas como el código de infancia y adolescencia, según lo señala la Ley 1098/06; las sentencias de la Corte Constitucional, entre otras, para la adecuada interpretación de la autonomía y la capacidad progresiva de autodeterminación que tienen los niños, niñas y adolescentes en relación con la sexualidad y la reproducción y otras especificidades aplicables a diferentes grupos.	<b>META 43.</b> A 2021, Colombia contará con un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9	Documento que describa el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuentan con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9	DTS, EPS, IPS
	Exigencia de formación certificada y actualización permanente, sobre asesoría, consejería en los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción a los prestadores de estos servicios.			DTS, EPS, IPS
	Adecuación y preparación de ofertas de servicios según los marcos normativos y los protocolos vigentes en materia de sexualidad y reproducción			DTS, EPS, IPS
	Establecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial requeridos, para el fortalecimiento de las metodologías para la educación sexual integral a la comunidad.			DTS, EPS, IPS Comunidad
5. Adaptar los procedimientos administrativos del sistemas de salud a la identidad de género que indiquen o defina la propia persona, ello implica procesos de identificación a través de la gestión de documentos de identidad dentro del sistema, carné y otras certificaciones oficiales, coherentes con ello, sitios de hospitalización, reclusión, custodia entre otros.	Adecuación de los procesos y espacios de atención, según la identidad de género definida por las personas.	<b>META 43.</b> A 2021, Colombia contará con un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9	Documento que describa el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9	DTS, EPS, IPS
	Flexibilización de los procedimientos administrativos de registro y carnetización de usuarios del SGSSS en relación con la identidad de género.			DTS, EPS, IPS

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.2.1 Garantizar el acceso de las personas a los beneficios de los avances científicos disponibles para el disfrute de la sexualidad y la reproducción y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como forma de materialización del derecho a la salud física, mental y social.			
<b>Meta:</b>	A 2021, se habrá actualizado el 100% de los protocolos relacionados con la atención en salud sexual y salud reproductiva, según los avances y desarrollos de la ciencia y la tecnología.			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de protocolos actualizados.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Desarrollar contenidos y reglamentaciones que desde la integración en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, evidencien las interrelaciones e interdependencias entre los diferentes contenidos y componentes definidos desde la ciencia hasta hoy y los que se desarrollen en el futuro.	Desarrollo de modelos de atención integral para la divulgación, educación, atención en los aspectos de la sexualidad y la reproducción, siguiendo los marcos normativos y los avances de la ciencia y la tecnología, para los niveles de gestión, prestación de servicios, seguimiento y control establecidos en el SGSSS.	<b>META 38</b> A 2021, Colombia contará con la adecuación del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud, con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación. PDSP - D9	Documento que describa la adecuación realizada del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud, con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación. PDSP - D9	MSPS
	Diseño de guías de manejo que orienten la atención en salud sexual y salud reproductiva de manera integral, que trasciendan el motivo de consulta, al tiempo que se exploren otros aspectos de la sexualidad y la reproducción que puedan estar correlacionados; lo anterior con el apoyo del sector académico y lo que demuestra la evidencia científica.			MSPS
2. Facilitar la disponibilidad y acceso a la información u orientación sobre sexualidad y reproducción en su relación con la salud, el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible; así como promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.	Implementación desde las EPS e IPS de estrategias, procesos y sistemas regulares de información sobre salud sexual y salud reproductiva al público en general, por vías de fácil acceso y amplia cobertura como los medios masivos y virtuales, a personas y grupos que lo requieran a través de servicios de asesoría y consejería y en el sistema PQR, en el marco de la integración descrita.			MSPS DTS, EPS, IPS
	Adaptación de los servicios y la atención en sexualidad y reproducción según las recomendaciones propuestas por los estudios e investigaciones, la medicina basada en la evidencia y los distintos avances técnicos y científicos en la materia.			DTS, EPS, IPS
	Desarrollo de acciones informativas para que las organizaciones sociales y la comunidad conozcan las ventajas y desventajas de los avances técnicos y científico relacionados con la vivencia de la sexualidad, y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			DTS, EPS, IPS Comunidad
	Utilización de enfoques participativos que permitan trabajar con las comunidades, las instituciones del sector público y privado y las organizaciones no gubernamentales, en la superación de los obstáculos relacionados con la disponibilidad, acceso, orientación y uso de la información y servicios sobre sexualidad y reproducción.			DTS, EPS, IPS
3. Organizar la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva que incluyan los componentes de la atención definidos como condición básica para la aproximación al ser humano en su condición de integridad y que permitan superar condiciones restrictivas al goce de los derechos desde la prestación de los servicios de salud.	Organización de los servicios de salud sexual y salud reproductiva atendiendo los direccionamientos del marco normativo que define la atención integral y fortalecimiento de la red de servicios donde el profesional que atiende inicialmente una entidad en este ámbito la aborde desde la integración de la oferta con niveles de referencia e interconsulta.			DTS, EPS, IPS

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
3. Organizar la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva que incluyan los componentes de la atención definidos como condición básica para la aproximación al ser humano en su condición de integridad y que permitan superar condiciones restrictivas al goce de los derechos desde la prestación de los servicios de salud.	Aplicación de estándares a la organización, recurso humano e infraestructura, que iniciando con la atención a la salud sexual de hombres y mujeres, indague no solamente los procesos clínicos, sino que promueva el ejercicio pleno y satisfactorio de esta condición humana, teniendo en cuenta todas las diversidades de su ejercicio. Además atienda de forma relacionada aspectos de la ginecología general, la infantojuvenil, la preconcepcional, la anticoncepción y a mujeres adulta mayores; la obstetricia que incluya la reproducción asistida, infectología en aspectos de atención integral a las ITS y el VIH/Sida; la oncología en relación con órganos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres y la atención a los eventos físicos, psíquicos y emocionales de la vivencia de la sexualidad y la reproducción y en especial los derivados de la violencia basada en género. En todos la red de servicios se deben clarificar acciones de detección temprana, atenuación de riesgos, daños, tratamiento y recuperación. Esto debe ser interpretado en el reconocimiento y características de todas las etapas del ciclo de vida en la integración de las acciones que se desarrollan.	<b>META 19.</b> A 2021, se ha logrado mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años. PDSP - D5	Prevalencia de VIH/Sida. PDSP - D5	DTS, EPS, IPS
		<b>META 20.</b> A 2021, se ha logrado el Acceso Universal a Terapia Anti retroviral ARV a todas las personas en necesidad de tratamiento. PDSP - D5	Cobertura de Tratamiento Antirretroviral. PDSP - D5	DTS, EPS, IPS
		<b>META 21.</b> A 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad. (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitante de calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad). PDSP - D5	Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad. PDSP - D5	DTS, EPS, IPS
		<b>META 22.</b> A 2015, el 100% de las mujeres en control prenatal han sido tamizadas para Hepatitis B. PDSP Porcentaje de mujeres con tamizaje para Hepatitis B en control prenatal. PDSP	Porcentaje de mujeres con tamizaje para Hepatitis B en control prenatal. PDSP - D5.	DTS, EPS, IPS
		<b>META 23.</b> A 2015, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%. PDSP - D5	Porcentaje de donantes VIH (+). PDSP - D5	DTS, EPS, IPS
		<b>META 1.</b> A 2021, reducir la mortalidad prematura por ENT en el 25% en población entre 30 y 70 años. PDSP - D2	Mortalidad por tumor maligno de mama. Mortalidad por tumor maligno de cuello uterino. Mortalidad por tumor maligno de próstata. PDSP - D2	DTS, EPS, IPS
4. Fortalecer los sistemas de apropiación de las tecnologías en salud, para atender las necesidades relacionadas con la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, en condiciones de seguridad, así como para prevenir la aparición de eventos no deseados y atender los problemas relacionados con la vulneración de los derechos sexuales o los derechos reproductivos, a través de la identificación, protocolización y normalización de esas tecnologías.	Aplicación de la normatividad existente sobre uso y apropiación del conocimiento científico y nuevas tecnologías en el campo de la sexualidad y la reproducción, respetando las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia y los marcos éticos; direccionando su uso inicial en los niveles de más alta complejidad que cuentan con la capacidad de conectarse con la red científica de apoyo y como condición previa a su disponibilidad en los servicios regulares de atención. Estos desarrollos requieren su inclusión en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología.	<b>META 24.</b> A 2015 se habrá fortalecido el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología para el desarrollo de estudios e investigaciones e innovación y desarrollo de tecnologías para atender el envejecimiento y vejez. PDSP - D9	Número de investigaciones y proyectos avalados por COLCIENCIAS concentrado en el tema de vejez y envejecimiento. PDSP - D9	MSPS DTS, EPS, IPS
	Entrenamiento del talento humano del sector en la aplicación de nuevas tecnologías en salud relacionadas con la vivencia de una sexualidad segura, así como con el cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva en cualquier momento del ciclo vital.			DTS, EPS, IPS



**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
5. Mantener el más alto nivel de acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se encuentran incluidos en el POS y los que la normatividad vaya introduciendo.	Aplicación ágil de los estándares del sistemas de monitoreo a las condiciones de acceso y calidad de los servicios en salud sexual y salud reproductiva definidos en el POS.	<b>META 36.</b> A 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con otros sectores, habrá diseñado un sistema de garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores, teniendo en cuenta sus diferentes componentes: i) registro institucional, ii) autorización de funcionamiento, iii) seguridad del usuario, iv) auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, v) acreditación, vi) sistema de información para la calidad. PDSP - D9	Sistema de Garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores. PDSP - D9	DTS, EPS, IPS
	Revisión permanente y actualización del POS en consonancia con los avances tecnico-científicos en salud sexual, salud reproductiva y los ASIS relacionados y difusión amplia a la comunidad de los nuevos beneficios que en la materia se van incorporando.			DTS, EPS, IPS Comunidad
6. Fomentar la participación, construcción colectiva e incidencia de todos los agentes del SGSSS y de la comunidad en el diseño de los nuevos programas, servicios e intervenciones referentes a la salud pública en la dimensión de la sexualidad y la reproducción, para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.	Análisis de la estructura normativa y concertación con los agentes del SGSSS y la comunidad, sobre el grado de desarrollo con el que deben contar los servicios de salud sexual y salud reproductiva, de acuerdo al nivel de necesidad y complejidad de cada institución y territorio.	<b>META 25.</b> A 2015 se habrán establecido y aplicado las metodologías de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del curso de vida, para sustentar las estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social. PDSP - D9	Número de metodologías implementadas de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del curso de vida, para sustentar las estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social. PDSP - D9	DTS, EPS, IPS Comunidad
	Concertación con la comunidad sobre la oferta de servicios en materia de sexualidad y reproducción y la adopción gradual de los mismos, en sintonía con los contextos culturales, las necesidades y prioridades particulares de los territorios.			DTS, EPS, IPS Comunidad

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva			
<b>Objetivo:</b>	8.2.2.2 Facilitar el acceso permanente a la información, apropiación de contenidos y significados relacionados con sexualidad, reproducción, derechos sexuales, derechos reproductivos y salud, a través de la disposición de todos los medios pedagógicos y de democratización del conocimiento desde el sector de la salud y otros sectores como el educativo, que faciliten la comprensión integral de la sexualidad y la reproducción y sus relaciones con los determinantes sociales y culturales.			
<b>Meta:</b>	A 2021, el 90% las personas aseguradas y beneficiarias del SGSSS habrán recibido educación sexual y educación reproductiva.			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de cobertura con educación sexual y educación reproductiva.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Fortalecer programas de información y educación integral sobre sexualidad, fecundidad y reproducción, dirigidos a la comunidad y liderados desde el sector salud, aplicables según el ciclo de vida, que permita dotar a todas las personas de opciones frente a la maternidad y la paternidad, el pleno ejercicio de la ciudadanía, y de manera especial de habilidades para relacionarse en el reconocimiento de las diversidades de forma solidaria.	Organización y desarrollo, para la comunidad en general, los grupos organizados de base social y poblaciones en contextos de vulnerabilidad, de nuevos programas de educación sexual o redireccionamiento de los existentes, dentro de los conceptos y contenidos propuestos en esta Política, desde los niveles más básicos de las IPS y otros actores del sistema, en coordinación con los postulados del PESCC desde el sector educativo.	<b>META 17.</b> A 2021, el 100% de las secretarías de educación certificadas del país definen planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género, derechos y diferencial; sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales. PDSP - D5	Porcentaje de secretarías de educación certificadas con planes territoriales de formación para docentes en servicio. PDSP - D5	DTS, EPS, IPS Comunidad Mecanismo interinstitucional
	Gestión con otros sectores sociales como cultura, comunicación y TICS para su involucramiento en la actualización y difusión de los programas de educación sexual integral y construcción de ciudadanía de acuerdo con los lineamientos de esta política y la normatividad vigente.			DTS, EPS, IPS Comunidad Mecanismo interinstitucional
	Utilización de formas pedagógicas interpersonales, tecnologías de la comunicación y las redes sociales comunicativas, para la difusión de contenidos que promuevan la garantía y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la comunidad en general.	<b>META 3.</b> A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP - D5	Porcentaje de instituciones educativas públicas que cuentan con educación sexual basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP - D5	DTS, EPS, IPS Comunidad Mecanismo interinstitucional
	Desarrollo de procesos de identificación e investigación de tecnologías de comunicación útiles y efectivas para la implementación de estrategias comunicacionales masivas e interpersonales, información y comunicación sobre sexualidad y reproducción en concordancia con las diferencias culturales.			DTS, EPS, IPS Comunidad Mecanismo interinstitucional



**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
2. Promover en alianza con otros sectores, la apertura de oportunidades que permitan a los y las adolescente y jóvenes el desarrollo de sus capacidades para la apropiación de la titularidad de sus derechos, asumir de manera progresiva la autonomía, el reconocimiento de las libertades, posibilidades y límites en las esferas de su vida sexual y reproductiva como base para la realización de sus anhelos y la construcción de su ciudadanía.	Desarrollo y aplicación de la normatividad que exija la existencia de espacios de atención integral a la salud sexual y la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes con los enfoques propuestos en el modelo de los servicios amigables.	<b>META 20.</b> A 2016 se tendrá una línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes. PDSP - D9	Línea base de las brechas de equidad en los resultados de salud de niñas, niños y adolescentes. PDSP - D9	MSPS DTS, EPS, IPS
	Revisión y actualización del modelo de servicios amigables para incluir temáticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción que deben recibir la misma consideración en la prevención y atención como el uso de SPA, introducción de comportamientos ciudadanos de convivencia, estilos de vida y apropiación de hábitos saludables para la prevención de las patologías crónicas, prevención de comportamientos autodestructivos como anorexia, bulimia y conductas suicidas, entre otros.			MSPS DTS, EPS, IPS
	Acompañamiento y promoción de las organizaciones juveniles de base social, para que a través de procesos culturales, lúdicos y recreativos, apropien la titularidad de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.			DTS, EPS, IPS Comunidad
	Gestión con el sector educativo, cultura y comunicaciones para la potenciación de los procesos de eduentreñamiento a través de su adaptación a la diversidad de las personas, de los grupos y de las condiciones de los territorios.			DTS, EPS, IPS Comunidad Mecanismo interinstitucional
3. Reconocer y respetar la cosmovisión y la permanencia de algunos usos y costumbres del conocimiento y las prácticas ancestrales, relacionadas con sexualidad y reproducción, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en los casos que ellas no contradigan el concepto, ejercicio y garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y contribuyan al cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva, desde un diálogo intercultural.	Gestión de procesos que permitan la construcción de actitudes de respeto y comprensión frente a la cosmovisión y las prácticas de las diferentes grupos culturales en torno a la sexualidad y la reproducción, en los profesionales de salud.	<b>META 39.</b> A 2014, Colombia cuenta con un capítulo étnico que desarrolla la ruta de la salud pública para esta población. PDSP - D9	Documento que describa la ruta de la salud pública de grupos étnicos a incluir dentro del capítulo étnico. PDSP D - 9	DTS, EPS, IPS Comunidad
	Desarrollo con las diferentes comunidades y grupos, de procesos investigativos para la identificación, reconocimiento y análisis de diferentes prácticas ancestrales existentes en el país, en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción y determinar su condición protectora, inocua o nociva en las personas o los grupos.			DTS, EPS, IPS Comunidad

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
4. Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de la sexualidad y la reproducción, dirigida a los prestadores de servicios de salud, como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconceptionales, de anticoncepción, IVE, control prenatal, atención del parto y postparto, detección temprana y atención integral de las ITS, VIH/Sida y violencia sexual y basada en género, entre muchos otros.	Diseño y aplicación de programas de formación en sexualidad por medios presenciales, virtuales y mixtos, dirigidos al personal de prestación de servicios en salud sexual y salud reproductiva, para que desarrollen capacidades, conocimientos y habilidades en la comprensión de la relaciones existentes entre el ejercicio de la sexualidad y las acciones de prevención, cuidado y protección de riesgos y daños, en el marco de las normas de gestión de los factores de riesgo, atención y atenuación del daño.	<b>META 6.</b> A 2021, Colombia cuenta con talento humano suficiente y calificado para responder a la demanda de servicios de salud. PDSP - D10	Disponibilidad / concentración de talento humano en salud en el país. PDSP D10	DTS, EPS, IPS
	Concertación con los centros académicos, para la inclusión de contenidos de formación en sexualidad de manera regular en los currículos de pre y posgrado, de los distintos profesionales de la salud, en consonancia con los avances del conocimiento y los contenidos normativos.			MSPS
5. Incorporar lógicas ancestrales, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en la construcción de nuevas ofertas de servicios de salud sexual y salud reproductiva, como forma para superar inequidades y garantizar el ejercicio de derechos para todas y todos.	Difusión y rescate de las prácticas ancestrales sobre sexualidad y reproducción que son inocuas o protectoras y que no van en contravía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.	<b>META 40.</b> A 2021, Colombia cuenta con modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural. PDSP - D9	Documento que contenga el Modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural. PDSP - D9	DTS, EPS, IPS Comunidad
	Preparación de los servicios de salud para la asimilación y uso de prácticas ancestrales, valoradas como protectoras de la sexualidad y la reproducción en los contextos territoriales y que esto pueda ser exigible en concordancia con las normas.			DTS, EPS, IPS Comunidad
6. Establecer mecanismos de reconocimiento de las condiciones y manifestaciones de la sexualidad y la reproducción en los grupos y comunidades que permitan establecer acciones oportunas en materia de información para la prevención, atención, protección y rehabilitación.	Identificación de factores que inciden positiva o negativamente en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, que se desprenden de la cosmovisión, usos y las prácticas culturales en los grupos étnicos y de las organizaciones sociales.	<b>META 6.</b> En 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de las personas y colectivos PDSP - D9	Número de publicaciones disponibles para consulta sobre la atención diferencial de las personas y colectivos. PDSP - D9	DTS, EPS, IPS Comunidad
	Diseño y aplicación de mecanismos de concertación y refrendación de practicas positivas a la sexualidad y la reproducción, o transformación de las prácticas negativas que permita establecer acciones oportunas de prevención, atención, protección y rehabilitación, hasta la superación de su uso.			DTS, EPS, IPS Comunidad

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.2.3 Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables que posibiliten la decisión sobre la paternidad y la maternidad, desde el reconocimiento de las particularidades de los diferentes grupos, como forma de respeto de la diversidad individual, social y cultural.			
<b>Meta:</b>	A 2021, se habrán incrementado en 90% los servicios favorecedores del libre ejercicio de la maternidad y la paternidad según la diversidad territorial.			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de demandas al sector elevadas en relación con la presencia de condiciones desfavorables al ejercicio libre de la maternidad y la paternidad.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Promover en coordinación con otros sectores, el respeto por parte de los prestadores de servicios, a la libre decisión de las personas frente a la formación de un tipo determinado de familia, la elección de pareja, el ejercicio autónomo de la fecundidad, mediante acciones que les permitan la posibilidad de control sobre la vivencia de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, dentro de un marco de no discriminación y consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según ciclo vital.	Implementación de procesos pedagógicos, dirigidos a los prestadores, para que profundicen en el sentido, contenidos y significados que tiene el ejercicio de la libertad sexual y la libertad reproductiva, como fuente de bienestar, goce, realización y calidad de vida, y a través de lo anterior, promuevan el respeto por estos asuntos y lo apliquen en el marco de la prestación de servicios.	<b>META 4.</b> A 2021, disminuir en 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años. PDSP- D5 <b>META 5.</b> A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años). PDSP- D5 <b>META 6.</b> A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años). PDSP- D5 <b>META 11.</b> A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%. PDSP- D5	Tasa específica de fecundidad de mujeres adolescentes de 15 a 19 años. PDSP- D5 Porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que usan métodos modernos de anticoncepción. PDSP - D5 Prevalencia de usos de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes. PDSP - D5 Proporción de mujeres adolescentes alguna vez embarazadas. PDSP- D5	DTS, EPS, IPS
	Establecimiento de sistemas de detección de posibles vulneraciones dentro del sector salud, al derecho de libre ejercicio de la maternidad y la paternidad o de la conformación de tipos específicos de familias.			
2. Impulsar marcos normativos exigibles que aseguren el cumplimiento de estándares para la asesoría personalizada en procesos de promoción, prevención, atención y reparación, como requisito para la entrega de información educación y servicios relacionados con la regulación de la fecundidad y la disponibilidad de métodos efectivos, aceptables y asequibles; la oferta de tecnologías o tratamientos reproductivos; la oferta de insumos de protección contra las ITS y el VIH/Sida; incluyendo preservativos y elementos para la reducción del daño en Usuarios de Drogas Inyectables, tratamiento de la disfunción sexual, prácticas sexuales durante la gestación y otras temáticas, independientemente de las condiciones de la relación o de la vida en pareja en el marco de garantía de los derechos, la no discriminación, y el cumplimiento de la normatividad.	Desarrollo y aplicación de las normas que direccionan los estándares en la atención en materia de salud reproductiva en los temas y condiciones señaladas.	<b>META 20.</b> A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos. PDSP - D5	Porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 2 años. PDSP - D5	MSPS DTS, EPS, IPS
	Evaluación a los resultados de aplicación de los estándares de cumplimiento y exigibilidad en cuanto a los contenidos relacionados con la salud reproductiva en los temas y condiciones referidas en el focus.		<b>META 21.</b> A 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por x 1.000 nacidos vivos. PDSP - D5	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita. PDSP - D5

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
3. Asegurar que los sistemas de atención a la salud sexual y la salud reproductiva, cumplan con los requisitos de calidad en la atención en salud definidos dentro del marco normativo vigente, los cuales incluyen seguridad del paciente, provisión de los recursos científicos disponibles, respeto y acatamiento por las opciones y decisiones y aseguramiento de ambientes protectores durante todo el lapso y manifestación en los eventos de paternidad y materna.	Fortalecimiento del uso de protocolos de atención en materia de salud sexual y salud reproductiva que tiene incluida la visión de calidad, como el modelo de seguridad clínica del paciente en la atención materna.	<b>META 8.</b> A 2021, la mortalidad materna evitable es inferior a 150 muertes anuales en el país. PDSP META 9. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales. PDSP- D5 META 10. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional. PDSP- D5	Razón de mortalidad Porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales. PDSP- D5 . Porcentaje de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional. PDSP- D5	DTS, EPS, IPS
	Revisión y actualización, según la medicina basada en la evidencia, de todos los protocolos relacionados con la atención a la salud sexual y la salud reproductiva, para garantizar la seguridad de los y las pacientes.			DTS, EPS, IPS
	Aplicación de los modelos de atención basados en la evidencia, dirigidos a intervenciones en condiciones críticas de la salud sexual y la salud reproductiva, como los modelos de vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extremas, atención integral a las víctimas de la violencia sexual, provisión adecuada de anticoncepción de emergencia, entre otros actuales y futuros.			DTS, EPS, IPS
4. Garantizar la atención de los procesos reproductivos, incluido el parto, por personal debidamente formado y graduado en los conocimientos y técnicas específicas disponibles desde la ciencia y la tecnología, para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención en espacios institucionales o alternativos debidamente dotados para responder a las contingencias posibles, facilitando la participación de la familia y la expresión afectiva de los roles de la paternidad y la maternidad desde el inicio.	Identificación de las necesidades, gustos y deseos frente a las opciones de atención en los procesos de la maternidad y la paternidad, para el diseño de nuevas ofertas de servicios como gestación planificada, trabajo de parto y parto acompañados, puerperio y adaptación del recién nacido supervisados por personal debidamente entrenado.			MSPS DTS, EPS, IPS
	Formación del personal asistencial, a todos los niveles, para la atención tradicional o alternativa y abordaje solidario de las familias en los procesos de la paternidad y maternidad			MSPS DTS, EPS, IPS
	Involucramiento de las comunidades para la construcción de ofertas de servicio en relación con la atención a la gestación, parto y puerperio, más cercanas a sus realidades y los contextos territoriales. Coexistencia de formas ancestrales y occidentales en la atención de estos eventos.			MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad
	Utilización de la evidencia científica relacionada con las diferentes opciones y alternativas para la atención del parto, incluida la educación formal a parteras, en las Instituciones legalmente constituidas para el efecto, y los partos en casa para la adecuación de la norma de atención y superación de la exclusividad médica.			MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial
5. Apoyar la garantía de los derechos de los usuarios en los procesos de adopción, custodia legal, tutela legal, paternidad, entre otros, mediante el establecimiento de servicios de salud con protocolos y normas estandarizadas, que cuenten con mecanismos de vigilancia, control y punición, en los casos en los cuales el sector salud coordina la realización de estas actividades.	Desarrollo de normas que reglamenten la participación del sector salud en los aspectos legales necesarios para el pleno disfrute de la vida reproductiva y conformación de las distintas formas de familias en la población colombiana.	<b>META 9.</b> A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los "Primeros Mil días de vida" desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida implementado en el territorio nacional. PDSP - D9	Documento que contenga Marco estratégico y operativo de los "Primeros Mil días de vida" desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida implementado en el territorio nacional. PDSP - D9	MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial
	Formación de personal de salud para responder a las demandas de asesoría, asistencia psicológica y expedición de conceptos médicos en procesos de adopción, custodia legal, tutela legal, paternidad, entre otros, como facilitación a procesos de conformación de los diferentes tipos de familias.			MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial
	Aplicación, vigilancia y control de las normas definidas para el sector en relación con la sexualidad y la reproducción, como mecanismo de garantía de los derechos.			MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

Línea Operativa del PDSP	Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva.			
Objetivo:	8.2.3.1 Fortalecer los mecanismos y sistemas de respuesta para la atención de eventos adversos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción y la reparación de los daños en los casos que los derechos relacionados fueran vulnerados, mediante la alineación de todas las Instituciones del Estado según sus competencias, para el restablecimiento o reivindicación de los derechos con atención en salud de calidad y con el trato digno, humano y solidario a las personas.			
Meta:	A 2021, se habrán disminuido al 90% las barreras de acceso para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población colombiana.			
Indicador:	Porcentaje de demandas al sector elevadas en relación con barreras de acceso a servicios o atención en las dimensiones de la sexualidad y la reproducción.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Generar, mejorar y adoptar protocolos y estándares de prestación de servicios con calidad y la formación del talento humano para ofrecer trato digno, humanizado y solidario a la comunidad por parte de todos los agentes e instituciones del sector salud relacionado con la protección, garantía o restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.	Construcción de guías y protocolos o actualización de las existentes para los eventos habituales o emergentes en relación con la vulneración a derechos sexuales y derechos reproductivos, entre los que se destacan casos de violencias de género, como las quemaduras por agentes químicos y de prevención de la violencia institucional, entre otros.	<b>META 10.</b> A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas. PDSP - D9 META 16. En 2021 las acciones territoriales en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia forman parte de la ruta integral de atenciones definida por el marco de política nacional. PDSP - D9	Documento que contenga Marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas. PDSP - D9 Número de acciones territoriales en salud para la infancia y adolescencia integradas a la ruta de atención definida en el marco de la política nacional. PDSP - D9	MSPS DTS, EPS, IPS
	Adecuación de los sistemas de organización y prestación de servicios de atención en salud a las necesidades y contextos, para la garantía de derechos sexuales y derechos reproductivos.			DTS, EPS, IPS
	Entrenamiento y desarrollo de habilidades en el personal asistencial, para la aplicación integral de las normas, la atención de calidad, trato digno y solidario de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción.			DTS, EPS, IPS
	Aplicación de instrumentos estandarizados para la medición de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, en materia de sexualidad y reproducción, según las normas específicas de seguridad del paciente, así como herramientas de sanción en los casos que sean necesarios.			DTS, EPS, IPS
	Revisión y ajuste a los modelos y dinámicas de trabajo interinstitucional, relacionados con la atención sectorial e intersectorial, para la garantía a los derechos sexuales y los derechos reproductivos, según la normatividad vigente.			DTS, EPS, IPS Mecanismos Interinstitucional
	Diseño y aplicación de modelos de análisis de situación de salud, en relación con la sexualidad y la reproducción, para la toma de decisiones y la satisfacción de necesidades consideradas prioritarias.			DTS, EPS, IPS

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

**Plan Operativo**

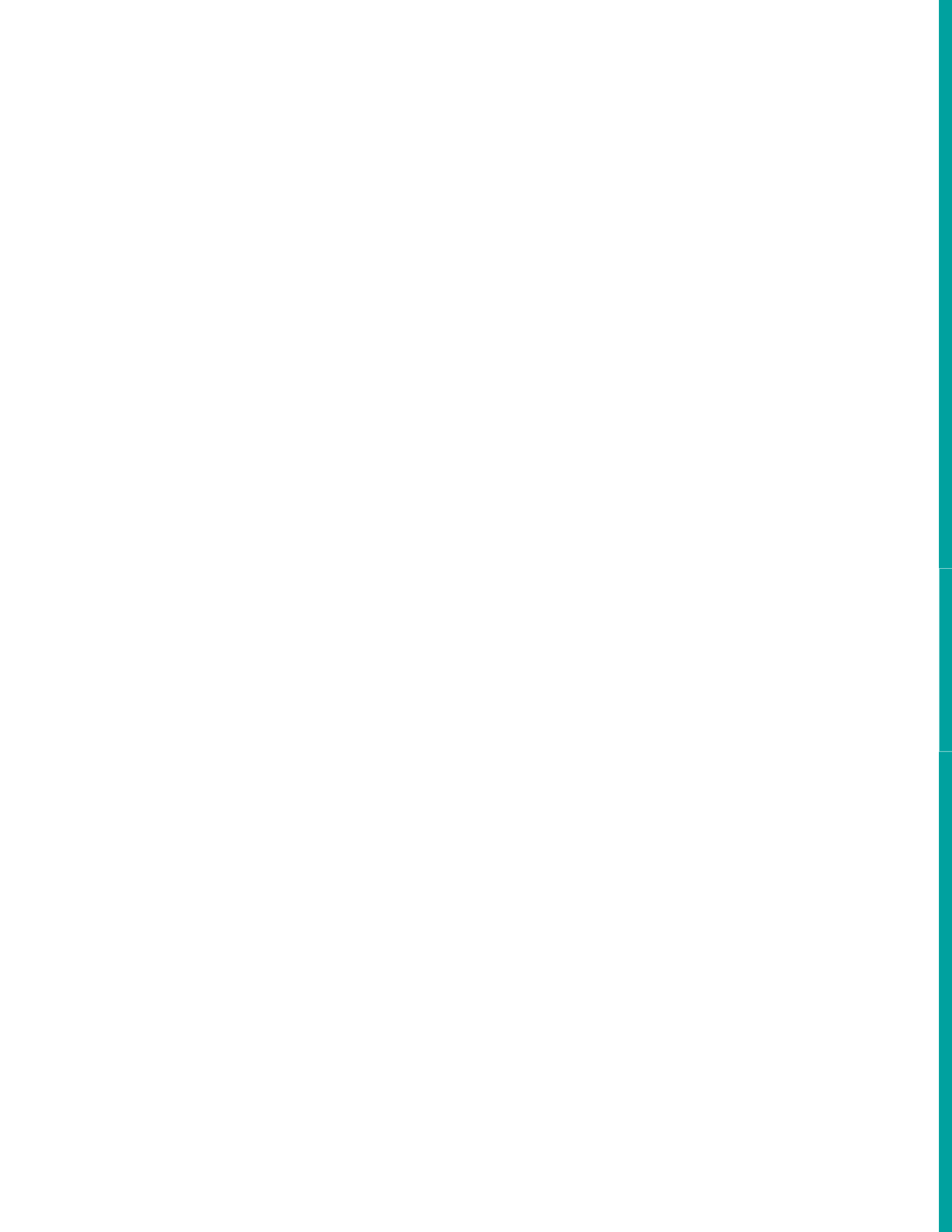
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
2. Implementar modelos para gestión de conocimiento que incluye el uso de los sistemas de información, la investigación, los diferentes tipos de evaluación, en especial la de impacto, análisis de situación y producción de conocimiento a partir de procesos sistemáticos de la acción participativa los cuales adecuadamente documentados, generan conocimiento y son reconocidos como procesos de investigación, acción participación, así como de inclusión de otras fuentes cualitativas sobre salud sexual y salud reproductiva, como sustento a la toma de decisiones y la gestión institucional y sectorial en orden a la garantía de derechos.	Impulso al uso y control a la adecuada aplicación de las nomenclaturas y clasificaciones internacionales estandarizadas y actualizadas en los RIPS, sobre los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción.	<b>META 2.</b> A 2021, Colombia dispone de información y evidencia sobre desigualdades sociales y económicas e inequidades en salud, por departamentos, necesaria para orientar políticas e intervenciones en los territorios y grupos vulnerables. PDSP - D10	Número de Informes/ reportes generados desde los Observatorios del Min salud disponibles para guiar políticas e intervenciones. PDSP - D10	DTS, EPS, IPS
	Diseño y aplicación de procedimientos estandarizados para el seguimiento, estudio y análisis a los eventos individuales relacionados con la sexualidad y la reproducción, como base para la identificación e inicio de la atención a cuadros clínicos, eventos críticos o emergente, la transformación y organización de los servicios.	<b>META 7.</b> A 2021 Colombia consolida y desarrolla el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional, y lo integra a los sistemas de vigilancia y control sanitario, e inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en coordinación con las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud EPS o las que hagan sus veces, Prestadores de Servicios de Salud, organismos de control e institutos adscritos. PDSP - D10	Porcentaje de aseguradoras con planes de mejoramiento de cobertura implementados en áreas rurales y dispersas. PDSP - D10	MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad
	Análisis regular y sistemático de la información recolectada en el sector sobre sexualidad y reproducción, los cuales deben ser compartidos con los niveles de gobernabilidad y de asignación de recursos y con la comunidad y las estructuras de control social.	<b>META 21.</b> En el 2016 el 100% de los actores del sector salud implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud, de las niñas, los niños y las y los adolescentes. PDSP - D9 <b>META 3.</b> A 2021, Colombia consolidará el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública, utilizado como la fuente única de información en salud por las Entidades Territoriales, las aseguradoras o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, y los organismos de control, y como fuente principal para los investigadores y la academia. PDSP - D10	Porcentaje de actores del sector salud que implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud de la infancia y la adolescencia. PDSP D9 Porcentaje de consultas realizadas a la Bodega de Datos del SISPRO. PDSP - D10	DTS, EPS, IPS Comunidad
3. Diseñar sistemas de restitución, compensación y rehabilitación, en casos de eventos adversos a la salud sexual y la salud reproductiva que tengan relación con la prestación de los servicios de salud.	Difusión y publicación de los análisis y resultados de informes e investigaciones sobre salud sexual y salud reproductiva que sean la base a los procesos de rendición de cuentas, así como consignación en el repositorio construido para el efecto.			MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad
	Establecimiento de protocolos que orienten sobre la aplicación de los mecanismos para la restitución, compensación y rehabilitación en los casos que los procesos de atención a hechos críticos en sexualidad y reproducción conlleven a intervenciones que impactan negativamente la vida sexual y la reproductiva como la histerectomía de emergencia, adquisición transfusional de VIH, terminación inducida de la gestación, entre muchos otros.	<b>META 4.</b> A 2021, Colombia ha implementado el sistema de garantía de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos. PDSP - D10	Sistema de garantía de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos implementado. PDSP - D10	DTS, EPS, IPS
4. Desarrollar estrategias de articulación y complementación de los servicios de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en la atención individuales y los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), lo cual permitirá un uso más racional y eficiente de los recursos del SGSSS y facilitará el logro del impacto social de las acciones.	Fortalecimiento de los Comités Institucionales de Ética Médica para la realización de análisis, autorización, concepto y defensa, en casos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva.			DTS, EPS, IPS
	Diseño y aplicación de estándares de atención que permitan la simultaneidad en el abordaje de eventos y replicabilidad de acciones tradicionalmente reconocidas como individuales a grupos y comunidades, como lo son las asesorías grupales para prueba voluntaria de VIH, anticoncepción y vacunación contra VPH, entre otras.	<b>META 5.</b> A 2021, Colombia basa su modelo de atención en salud en la Estrategia de Atención Primaria en Salud. PDSP - D10	Porcentaje de departamentos con acciones enmarcadas en la Estrategia de Atención Primaria en Salud adelantada. PDSP - D10	DTS, EPS, IPS
	Desarrollo de mecanismos de registro de las actividades individuales en sexualidad y reproducción, aplicadas a colectivos y de mecanismos de vigilancia y control de la calidad y suficiencia.			DTS, EPS, IPS



**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**  
**Plan Operativo**

<b>Línea Operativa del PDSP</b>	Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva.			
<b>Objetivo:</b>	8.2.3.2 Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción; sin limitación derivada de juicios valorativos sobre el sexo, el género y el ejercicio de la sexualidad, mediante la movilización de expresiones y contenidos afirmativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Meta:</b>	A 2021, se habrá incrementado en 80% los niveles de participación social en la construcción de iniciativas territoriales con el sector salud para la promoción y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.			
<b>Indicador:</b>	Proporción de planes territoriales de salud que se apoyan en procesos de participación social para la definición de acciones en materia de salud sexual y salud reproductiva.			
Foco Institucional / Acciones	Actividad según estrategia	Metas o indicadores del PDSP relacionados		Responsable
		Meta	Indicador	
1. Promover en asocio con otros sectores, la participación en condición de igualdad de oportunidades, para todas las personas, grupos, organizaciones y redes y en especial para las poblaciones adolescentes y jóvenes, en los procesos sociales, relacionados con el disfrute de los derechos y el mantenimiento de la salud sexual y la salud reproductiva.	Promoción y fortalecimiento de conformación de organizaciones y redes en igualdad de oportunidades para los diversos grupos, orientados al mantenimiento y disfrute de la salud sexual y la salud reproductiva.	<b>META 8.</b> En 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud PDSP - D9 <b>META 13.</b> A 2021, por lo menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud, habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación. PDSP - D9	Número de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud PDSP - D9 Porcentaje de planes territoriales anuales de salud que cuentan con la participación activa de niños, niñas y adolescentes en su implementación, monitoreo y evaluación. PDSP - D9	DTS, EPS, IPS Comunidad
	Fortalecimiento de las organizaciones de adolescentes y jóvenes, mujeres, hombres para facilitar el desarrollo de sus iniciativas en la gestión de derechos sexuales y derechos reproductivos y el logro de oportunidades de desarrollo humano			DTS, EPS, IPS Comunidad
2. Cimentar la participación libre y activa de la comunidad en la construcción de las acciones relacionadas con aspectos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, para asegurar la implementación de esta y otras políticas afines a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.	Promoción y fortalecimiento de todas las formas de organización social orientadas al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como de las actividades que con proyección comunitaria ellas desarrollen.			DTS, EPS, IPS Comunidad
	Desarrollo de mecanismos para posibilitar que las distintas organizaciones sociales desde su diversidad participen en los procesos de implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de los contenidos sobre derechos sexuales y derechos reproductivos propuestos en esta Política.			DTS, EPS, IPS Comunidad
3. Establecer instrumentos para monitorear el cumplimiento de las propuestas y recomendaciones al sector salud, provenientes de los mecanismos de participación social que estén relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con énfasis en la toma de decisiones para la atención integral y la reivindicación de los mismos.	Aplicación de los mecanismos de seguimiento, para la identificación del nivel de avance y los ajustes necesarios a los procesos de implementación y resultados de la Política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos con el apoyo y participación de la comunidad.			DTS, EPS, IPS Comunidad
	Utilización de los informes de seguimiento en salud sexual y salud reproductiva como insumo para el diseño de planes de desarrollo, con la participación social.			DTS, EPS, IPS Comunidad
	Inclusión en los procesos de rendición de cuentas del sector, los avances en la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos alcanzados por el sector salud, así como las barreras y retos.	DTS, EPS, IPS Comunidad		





# Referencias bibliográficas:

# Referencias bibliográficas

Allan, L. (2006). "Consideraciones en torno al enfoque, los conceptos y los términos que rigen con referencia a la reducción del riesgo y la atención de desastres en los países Andinos miembros del CAPRADE". Predecán POA aprobado en Mérida, Venezuela, 20 de Julio. Consulta en Internet [www.comunidadandina.org](http://www.comunidadandina.org) mayo 2014.

Aprofe-Ecuador, Aplafa-Panamá, Plafam – Venezuela. "Salud sexual y reproductiva para adolescentes. Convenio Sur – Sur. Profamilia Colombia 2001.

Baquero, Torres, M. I. (2009). El enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético en la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. Bogotá.

Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. 1978. Asamblea General de las Naciones Unidas.

Cook, R. y Dikens, B. (2003) "Salud reproductiva y derechos humanos: Integración de la medicina, la ética y el derecho"

Cook, R. y Cusack, S. (1997) Estereotipos de género. Profamilia Bogotá.

Daza, S. y Quinche, R. (2011). *Finalidad de los principios y valores constitucionales en contexto del Estado Social de Derecho en Colombia*. Universidad Libre.

Defensoría del Pueblo, PROFANILIA, OIM. (2007). *Módulo de la A a la Z en derechos sexuales y reproductivos*.

- Echeverry, G. (1991). *Contra viento y marea-25 años de la Planificación en Colombia*. Bogotá: Profamilia. Escuela Andaluza de Salud Pública. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación de la Salud. Consejería de Salud. Serie monográfica EASP No. 48 2010 P.26.Granada, España.
- Facundo, A. y Brigeiro, M (2014). *Sexualidad, Ciencia y Profesión en Colombia*. Obtenido de Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos y la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. Disponible en línea en: [http://www.clam.org.br/uploads/archivo/Sexualidad\\_ciencia\\_profesion\\_Colombia.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/archivo/Sexualidad_ciencia_profesion_Colombia.pdf)
- Flórez, C. y Soto, V. (2008). *El Estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión Global*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- García, C. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación de la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- González, A. (2004). Aproximación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia. Profamilia Colombia.
- Gudynas, E. (2012). Buen vivir: germen de nuevas alternativas de desarrollo. *Developement et civilisations*. Revisado el 2 de julio de 2014 desde internet: <http://www.lebret-irfed.org/spip.php?article822#ar>.
- IPPF, (2008). *Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar)* Londres. Página web [www.ippf.org](http://www.ippf.org).
- Marina, J. (2013). *El rompecabezas de la sexualidad*, Anagrama. Barcelona. P. 9.
- Miller, A. (2010). Tomado de "Sexualidad y Derechos Humanos" Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos ICHRP.P.2, Ginebra.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MPS) y UNFPA. (2010). *La violencia estructural en el sistema de salud colombiano como problema ético: Bases de un programa de investigación en "Violencia, Bioética y Salud Pública*. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021*. La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional. Bogotá D.C. Noviembre.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021*. La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional. Bogotá D.C. Noviembre.

Ministerio de Salud y Protección Social (MPS) y UNFPA. (2010). *Marco ético de los Derechos humanos sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional*. Bogotá D.C.

ONU Mujeres. (2010). *Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia*. Bogotá D.C.

Organización Mundial de la Salud (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Ediciones Journal S.A, pp. 1, 22. Revisado el 10 de octubre de 2013 desde internet: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es)

Osorio, E. (2014). *La Gestión de la Salud Pública*. Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994 Capítulo VII, párrafo 7.2

Plata, M. y Calderón, M. (2003). El protocolo facultativo de la convención de la mujer. Profamilia Colombia.

Plataforma para la Acción, Párrafo 96, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing (China), septiembre 1995, Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer, 1996

Profamilia, (2013). *Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990/2010, "Descenso de la fecundidad, bono demográfico y crecimiento económico en Colombia 1990 – 2010"* Martínez, Ciro. Pág. 7. Bogotá, Colombia.

Profamilia (2007). Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos. Para población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994 Capítulo VII, párrafo 7.2

Rubin, G. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad*. Biblioteca virtual de Ciencias Sociales

Sánchez, F. y León N. (2006). *“Territorio y salud: una mirada para Bogotá”*. En: *Región, Espacio y Territorio*. Comp. Luis Carlos Jiménez Reyes. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ingeniería. Departamento de Geografía. Disponible en internet en: <http://www.lebret-irfed.org/spip.php?article822#ar> (Consulta web realizada el 2 de julio de 2014).

# Definiciones

**Bienestar humano:** está entendido, no como la posesión de bienes o el nivel de ingreso, sino en un sentido mucho más amplio de “satisfacción de vida” (Veenhoven, 2000). Ésta concepción está asociada a un buen estado de SSR, lo que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, pero al mismo tiempo involucra la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Estos últimos basados en el por consenso internacional en la CIPD de El Cairo 1994 en el párrafo 7.3. (Flórez y Soto, 2008).

**Calidad de vida:** es definida como la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Es en este sentido, que la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de las persona (OMS).

**Derechos sexuales:** incluyen el derecho de mujeres y hombres a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sin verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia. Supone unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual (Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing, 1995).

**Derechos reproductivos:** son el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

**Desarrollo sostenible:** hace referencia a la satisfacción de las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. El desarrollo sostenible ha emergido como el principio rector para el desarrollo mundial a largo plazo, y trata de lograr, de manera equilibrada, el desarrollo económico, el desarrollo social y la protección del medio ambiente (Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, 1978).



**Género:** El género es la construcción social que existe sobre los cuerpos o el conjunto de reglas y convenciones establecidas por la sociedad que definen las pautas de comportamiento a seguir por hombres y mujeres, de tal forma que usualmente las mujeres se identifican con el género femenino y los hombres con el género masculino. Sin embargo, la construcción del género es diversa y existen personas que transitan por diversas manifestaciones del género y que no necesariamente se corresponden con las características del sexo biológico. Hombres transgénero y mujeres transgénero tienen identidades masculinas o femeninas que no necesariamente se ajustan al sexo asignado biológicamente.

Este concepto se refiere a los estereotipos sociales y culturales que cada sociedad asigna al comportamiento, las características y valores que se atribuyen a los hombres y las mujeres, y que los símbolos, las leyes y regulaciones, las instituciones y la percepción reafirman. Detrás de esos estereotipos subyace la idea de que tales características son naturales o intrínsecas y, por ende, inalterables. Por el contrario, los estereotipos de género se construyen sobre la base de factores ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales, que luego se traducen en desigualdades sociales, económicas y políticas, en las cuales las actividades de los hombres y los atributos relativos a su género se perciben necesariamente como superiores a los de las mujeres.

Es importante aclarar que la palabra género no significa en sí misma hombre o mujer. Para referirse a las características biológicas que los distinguen se utiliza la palabra 'sexo', que remite a las diferencias de los órganos sexuales y la anatomía. En cambio, el concepto de género se utiliza para comprender las relaciones sociales y personales entre hombres y mujeres y la forma en que se construyen los conceptos de feminidad y masculinidad. Muchas veces, los atributos asociados al género se justifican basándose en las diferencias sexuales o biológicas. ([www.apcwomen.org/gemkit/esp/para\\_entender/analisis.htm](http://www.apcwomen.org/gemkit/esp/para_entender/analisis.htm))

**Orientación sexual:** La orientación sexual hace referencia a la atracción afectiva y erótica que experimentan las personas hacia otras personas. La persona homosexual dirige su atracción hacia personas del mismo sexo. En la persona heterosexual la atracción afectiva y erótica se presenta hacia personas del sexo contrario y en las personas bisexuales tal atracción y afecto puede darse indistintamente con personas tanto del mismo sexo como del sexo contrario.

**Salud Sexual:** se refiere al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales. Por esto, los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. (Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing, 1995).

**Salud Reproductiva:** es definida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994).

En la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe se aprobó el Consenso de Montevideo en agosto de 2013, en el cual se decidió adoptar medidas prioritarias para reforzar la implementación del Programa de Acción de El Cairo y su seguimiento. Entre ellas, en el acápite D de Acceso Universal a los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva, se acordó: “Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva.” (Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013. P. 14-15.)

**Sexo:** hace referencia a las características biológicas que componen los cuerpos de las personas, y que caracteriza a los hombres por poseer pene y testículos y a las mujeres por su vagina y ovarios. También existe igualmente la categoría intersexual, anteriormente conocida como hermafroditismo. Las personas intersexuales tienen características biológicas de los dos sexos, que se manifiestan en el cuerpo en forma más o menos definida.

**Sexualidad:** es un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos, entre otros (IPPF, 2008).

**Territorio:** comienza a ser un concepto fundamental para el análisis en disciplinas tales como medicina, salud pública y epidemiología. “El concepto de territorio, está íntima e inseparablemente ligado con el de espacio y por lo tanto la forma en que se comprenda el territorio está estrechamente relacionada con la forma como se conciba el espacio. Tradicionalmente, el espacio ha sido comprendido a partir de las formulaciones surgidas desde disciplinas como la física y la geometría, las cuales han sido trasladadas al conjunto de las demás disciplinas, por lo que se encuentra difundido y arraigado en casi todas las personas e instituciones, dentro de las cuales se incluye la salud pública. Dicha concepción considera que el espacio, junto con el tiempo, son elementos independientes y separables de la sociedad. Esto se demuestra en la afirmación obvia que cualquier evento sucede en un lugar y en un momento determinado, el cual es fácil y objetivamente localizable. El espacio se reduce así a una visión física como un espacio contenedor, que puede entenderse como un escenario donde se desarrolla la sociedad” (Sánchez y León, 2006: 204)

Esta visión, sin embargo cambia en los últimos veinte años del siglo XX, en los cuales hay un importante movimiento de las conceptualizaciones de la teoría social a escala mundial, en la cual el espacio desde una visión social se comienza asumir no como contenedor de objetos y sujetos, ni como una porción de superficie terrestre sino como un espacio social donde se producen relaciones sociales y las relaciones entre la sociedad y el espacio son un producto social históricamente constituido por la dinámica de los modos de producción.

Es así que el territorio es una construcción social. Decir que es una construcción social, y por construcción social no se hace referencia a una representación mental, puesto que el territorio es la materialización del proceso permanente de reproducción social. Dado que dicho proceso no se desarrolla aislado de las condiciones naturales, sino que éstas están permanentemente condicionando y permitiendo dicho proceso, se debe tener claridad que aunque el territorio no pueda ser reducido a las condiciones geo-ecológicas presentes (sean originarias o transformadas), no se podría hablar de territorio (ni de sociedad) sin tener en cuenta dichas condiciones (Moreira 1982, 41). “El territorio -entonces- es una expresión compleja que conjuga al medio y a los componentes y procesos que contiene: grupos sociales, relaciones, conflictos; es decir no se reduce a la complejidad de lo meramente físico -natural, no es la naturaleza ni la sociedad, ni su articulación; sino naturaleza, sociedad y articulaciones juntas, en una espacialidad o formación socio-espacial particular (Sánchez y León, 2006, p. 206).

# Acrónimos

<b>ACEP</b>	Asociación Colombiana para el Estudio de la Población
<b>ACOFAEN</b>	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>ASCOFAME</b>	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
<b>AVSC</b>	Asociación Voluntaria para la Contracepción Quirúrgica
<b>CAPRADE</b>	Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo
<b>CONPES</b>	Consejo Nacional de Política Económica y Social
<b>CRES</b>	Comisión de Regulación en Salud
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>DEP</b>	División de Estudios de Población
<b>DIU</b>	Dispositivo Intrauterino
<b>DSS</b>	Determinantes Sociales de la Salud
<b>DSS</b>	Derechos Salud Sexual
<b>ENDS</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>IPPF</b>	Federación Internacional de Planificación Familiar
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>IVE</b>	Interrupción Voluntaria del Embarazo
<b>LGBTI</b>	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>ODM</b>	Objetivo de Desarrollo del Milenio
<b>OEA</b>	Organización de Estados Americanos
<b>OIH</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>PASE</b>	Población, ambiente, social y económico
<b>PDSP</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>PIC</b>	Plan de Intervenciones Colectivas
<b>PNSDSDR</b>	Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
<b>PNSSR</b>	Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual
<b>POS</b>	Plan Obligatorio de Salud
<b>PREDECAN</b>	Prevención de Desastres en la Comunidad Andina
<b>PROFAMILIA</b>	Asociación Probienestar de la Familia Colombiana
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SISPRO</b>	Sistema Integral de Información de la Protección Social
<b>SIVIGILA</b>	Sistema de Vigilancia en Salud,
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana

# ANEXOS

# ANEXOS



## **Anexo No.**

1 Diseño Metodológico para la Revisión y Valoración de la Política.

## **Anexo No.**

2 Resultados de la revisión para la actualización de la Política. Catorce Estudios de Caso.

## **Anexo No.**

3 Marco Jurídico y Normativo que sustenta la PNSDSDR.

## **Anexo No. 4**

Contexto Epidemiológico en SSR.





# Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos



Profamilia



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS



La salud  
es de todos

Minsalud



# Política Nacional de Salud Mental

Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental

## EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en el artículo 31 de la Ley 1616 de 2013, y en desarrollo de lo establecido en el artículo 2° del Decreto ley 4107 de 2011 y la Resolución 1841 de 2013 y,

### CONSIDERANDO

Que la Ley 1616 de 2013 contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental, en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política.

Que de acuerdo con el artículo 31 *ibídem*, la política deberá ser expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá que ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes.

Que, de igual manera, la precitada ley establece los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, todo ello con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Que, adicionalmente, conforme con la Agenda 2030 definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, se insta a que los Estados Partes a formular políticas y acciones a partir del *"...consenso cada vez mayor en la necesidad de hacer más esfuerzos para reducir la estigmatización de los enfermos mentales y ofrecer servicios de salud mental a la población..."*

Que la Ley 1414 de 2010 establece en su artículo 5 que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular la Política Pública de atención integral a las personas que padecen epilepsia.

Que en relación con las Estrategias y Planes de Acción sobre Salud Mental 2013-2021 y Epilepsia 2012 – 2021, la Organización Mundial de la Salud –OMS exhorta a que, en la esfera de la salud, se incorpore, entre otras cosas, una perspectiva de derechos humanos en la salud mental, recordando el compromiso de los Estados de lograr este objetivo.

Que mediante la Resolución 1841 de 2013 este Ministerio adoptó el Plan Decenal de Salud Pública, estableciendo como parte de sus dimensiones, la de Convivencia y Salud Mental, como eje prioritario dentro de la cual propone la meta *f* del Componente de Promoción de la convivencia social y de la salud mental, que *"a 2021 el 100% de Departamentos y municipios del país adopten y adapten la Política Pública Nacional de Salud Mental acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social"*.

Que la Ley 1751 de 2015 “*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*” establece en su artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, adoptada por la Resolución 429 de 2016, tiene como objetivo la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Que dicha Política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, este último corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, que comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del Sistema, con una visión centrada en las personas, para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad.

Que se hace necesario adoptar la política pública de salud mental, como parte de la garantía y protección del derecho fundamental a la salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

**Artículo 1.** *Objeto.* Adoptar la Política Nacional de Salud Mental, contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 2.** *Ámbito de aplicación.* La presente disposición será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

**Artículo 3.** *Plan Nacional de Salud Mental Quinquenal.* El primer Plan Nacional de Salud Mental Quinquenal corresponde a las dimensiones y estrategias previstas en materia de salud mental en el Plan Decenal de Salud Pública, adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013.

**Artículo 4.** *Derogatoria y vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 2358 de 1998.

## PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., el 15 de noviembre de 2018

**JUAN PABLO URIBE RESTREPO**  
Ministro de Salud y Protección Social





## ANEXO TÉCNICO POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

1. Visión .....	4
2. Antecedentes normativos .....	4
3. Análisis de la situación .....	6
3.1. Afectaciones en la salud mental .....	7
3.1.1 Problemas y trastornos mentales .....	7
3.1.2 Conducta suicida .....	8
3.1.3 Consumo de sustancias psicoactivas .....	10
3.1.4 Violencias y convivencia social .....	12
3.1.5 Epilepsia .....	14
3.2 Factores que limitan el ejercicio de la salud mental .....	14
3.3 Oferta y demanda de los servicios de salud mental (análisis de capacidad de respuesta) .....	15
4. Enfoques .....	17
4.1 Enfoque de desarrollo basado en derechos humanos .....	17
4.2 Enfoque de curso de vida .....	17
4.3 El Enfoque de género.....	17
4.4 Enfoque diferencial poblacional – territorial .....	18
4.5 Enfoque psicosocial .....	18
5. Modelo de determinantes sociales de la salud: relaciones con la salud mental .....	18
6. Principios de la política nacional de salud mental .....	19
7. Objetivos .....	20
7.1 Objetivo general .....	20
7.2 Objetivos específicos .....	20
8. Ejes de la política nacional de salud mental .....	20
8.1 Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos .....	20
8.2 Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia .....	22
8.3 Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral) .....	24
8.4 Rehabilitación integral e Inclusión social .....	24
8.5 Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial .....	25
9. Monitoreo, evaluación y seguimiento de la política nacional de salud mental .....	27
10. Bibliografía .....	28

## 1. Visión

La Política Nacional de Salud Mental busca posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país, tal como lo promulga la Ley 1616 de 2013 retomando lo propuesto en el Plan Hemisférico de la Salud Mental 2015 – 2020 que recomienda<sup>1</sup>:

1. Orientar programas de promoción que fortalezcan las habilidades psicosociales individuales y colectivas, la cohesión social y gestionen entornos saludables, resilientes y protectores.
2. Orientar programas de prevención que articulen los sistemas y servicios de salud mental con los dispositivos de base comunitaria.
3. Fortalecer la respuesta de los servicios de salud con enfoque de atención primaria en salud.
4. Promover la rehabilitación basada en comunidad y la inclusión social.
5. Optimizar los sistemas de información y de gestión del conocimiento, así como la articulación sectorial e intersectorial.

En este orden de ideas, esta política propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, y reconoce la salud como un derecho fundamental en consonancia con lo establecido por la Ley 1751 de 2015 -Estatutaria de Salud- y con la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016.

La presente Política integra lo dispuesto por Ley 1414 de 2010, Ley de epilepsia, acogiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de gestionar los trastornos mentales y la epilepsia de manera conjunta en la atención primaria de salud, debido a las altas comorbilidades entre epilepsia y trastornos mentales y desenlaces comunes tales como la discapacidad mental o psicosocial y el deterioro cognitivo. De tal manera, la presente política será el insumo con el cual los departamentos y distritos del país realizarán los procesos de adopción y adaptación que permitirán su implementación.

Finalmente, tal como lo dispuso la Ley 1616 de 2013 en su artículo 41, se expedirá el documento Conpes de Salud Mental (2018 – 2022).

## 2. Antecedentes Normativos

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, a través del Informe de Desarrollo Humano 2016, recomienda incorporar en las políticas públicas los principios internacionales de los derechos humanos, tales como: la garantía, la protección y la pro-



moción, los cuales inciden positivamente en las condiciones de salud de las poblaciones.

De igual manera, la inclusión de la salud mental dentro de las políticas públicas es parte esencial de los beneficios sociales de toda la población, así como factor clave en el establecimiento de redes de apoyo y relaciones sociales con las cuales se logra reducir la discriminación y el empobrecimiento, y mejorar el acceso a otros servicios con los que se disminuye parte de la carga de enfermedad<sup>2</sup>.

Otros estudios reconocen la promoción de la salud mental y la rehabilitación, mediante servicios basados en la comunidad y su integración en la atención sanitaria general, como parte de los principales ejes de las políticas de salud mental, para reducir las brechas y mejorar las respuestas de los sistemas de salud mental en<sup>3</sup>:

1. Falta de consistencia interna entre la estructura y el contenido de las políticas públicas.
2. Superficialidad de los conceptos internacionales claves.
3. Falta de evidencia para sustentar orientaciones de la política.
4. Ausencia de apoyo político y deficiente integración de la política de salud mental dentro de la política nacional.
5. Marco legislativo nacional carente de especificidad presupuestal sectorial y de recursos (humanos, financieros).

Derivado de lo anterior, los estudios mencionados han recomendado intervenciones relacionadas con: i) el fortalecimiento de la capacidad de los actores clave en salud mental y el desarrollo de políticas públicas, ii) la creación de una cultura de desarrollo de políticas incluyentes y dinámicas, y iii) una acción coordinada para optimizar el uso de los recursos disponibles. Estas estrategias son tenidas en cuenta en la presente Política Nacional de Salud Mental para Colombia.

De otra parte, estudios regionales como el realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013, evidencian dificultades relacionadas con la formulación de políticas de salud mental y con los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe, así como problemas en la recopilación de la información, la implementación de planes y otras políticas de salud, que reconozcan la salud mental como derecho humano y reduzcan el estigma al que se enfrentan las personas con trastornos mentales<sup>4,5</sup>.

De tal manera, uno de los hitos relevantes para Colombia ha sido la atención primaria en salud como avance hacia una visión integral de la salud, la cual ha sido acogida por el país desde mediados de los años 70 y 80 orientando acciones para la promoción y prevención en salud mental a partir del abordaje colectivo e integral de las diferentes intervenciones en salud, mediante la adopción paulatina de algunos instrumentos internacionales tales como: el Plan Decenal para la Salud de las



Américas 1972 -1982 y la Declaración de Alma Ata de 1978, así como en la normatividad nacional a través de las Resoluciones 2417 y 8186 de 1982, 14130 y 14129 de 1985, en las que se resaltan decisiones de política pública en salud mental, principalmente en materia de cobertura y desarrollo de servicios de atención en el marco de la Ley 100 de 1993.

Con base en lo anterior, se han realizado los siguientes desarrollos en materia de política de salud mental:

1. En 1998, con la expedición por parte del Ministerio de Salud de la Resolución 2358, se formuló la Política de Salud Mental, cuyo objetivo se orientó a *promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, así como mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases*, a través de la cual se establecieron las relaciones entre la salud mental desde una perspectiva integral y se definieron las atenciones para las personas con padecimientos mentales:
2. En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, elaboraron los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia con “...*el propósito de facilitar el debate público sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social, para la formulación y desarrollo de una Política Nacional...*”.
3. En 2007, el Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría – ACP, formularon el documento “*Política Pública del Campo de la Salud Mental, Propuesta para la discusión y acuerdos*”, el cual enfatizó la gestión integral de la salud mental y los aspectos relacionados con el enfoque de determinantes de sociales de la salud y el deterioro de esta.
4. En 2013, con la Resolución 1841, se publicó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que integra la dimensión transversal “*Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables*” y acoge lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 en su componente “*Víctimas de Conflicto Armado Interno*”.
5. En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Universidad Nacional de Colombia, construyeron el documento “*Propuesta de Ajuste a la Política Pública de Salud Mental 2014 y su respectivo Plan de Acción 2014 – 2021*”, que hizo énfasis en “... *garantizar plenamente el disfrute efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la generación de acciones transectoriales de protección y promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación integral de los problemas y trastornos relacionados con la salud mental...*”.



### 3. Análisis de la situación

En Colombia se han realizado tres grandes estudios descriptivos de corte transversal: Encuestas de Salud Mental de 1993, 2003 y 2015, que han reconocido la necesidad de contextualizar la recolección y análisis de la información para poder captar los cambios en la dinámica de la sociedad y su influencia en la salud mental.

Para entender el perfil epidemiológico y avanzar en el análisis de la situación de salud mental en Colombia es preciso tener en cuenta los conceptos de problema mental, trastornos mentales y epilepsia. En ese sentido la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 definió **problema mental** como el malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental. En esta categoría se encuentran las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas y las reacciones emocionales ante las pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo alimentario (no comer aunque se tenga hambre, malestar con el acto de comer, atracones, vómito después de comer) y alteraciones en el sueño, entre otros.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, versión 5 por sus siglas en inglés) define el **trastorno mental** como *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”*. Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado de la disfuncionalidad psicosocial que originan.

Por su parte, el ABCÉ sobre la Epilepsia, publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 define la epilepsia como *“un síndrome cerebral crónico, caracterizado por crisis recurrentes (que se repitan en el tiempo), autolimitadas (se detienen solas), de causa variada (condiciones maternas, falta de control prenatal, consumo de sustancias, desnutrición, infecciones, accidentes, causas genéticas, entre otras), con manifestaciones clínicas diversas (motoras, sensoriales, vegetativas) que puede tener o no, hallazgos paraclínicos (en electroencefalogramas, resonancias y otras)”*.

#### 3.1. Afectaciones en la salud mental.

##### 3.1.1 Problemas y trastornos mentales

De acuerdo con el Atlas Mundial de Salud Mental los trastornos mentales más prevalentes en el mundo son la depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

El informe regional sobre los sistemas de salud en América Latina y el Caribe de 2013, menciona que la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación con todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más prevalentes son el trastorno depresivo unipolar (13,2%) y los producidos por el consumo excesivo de alcohol (6,9%).<sup>4</sup>

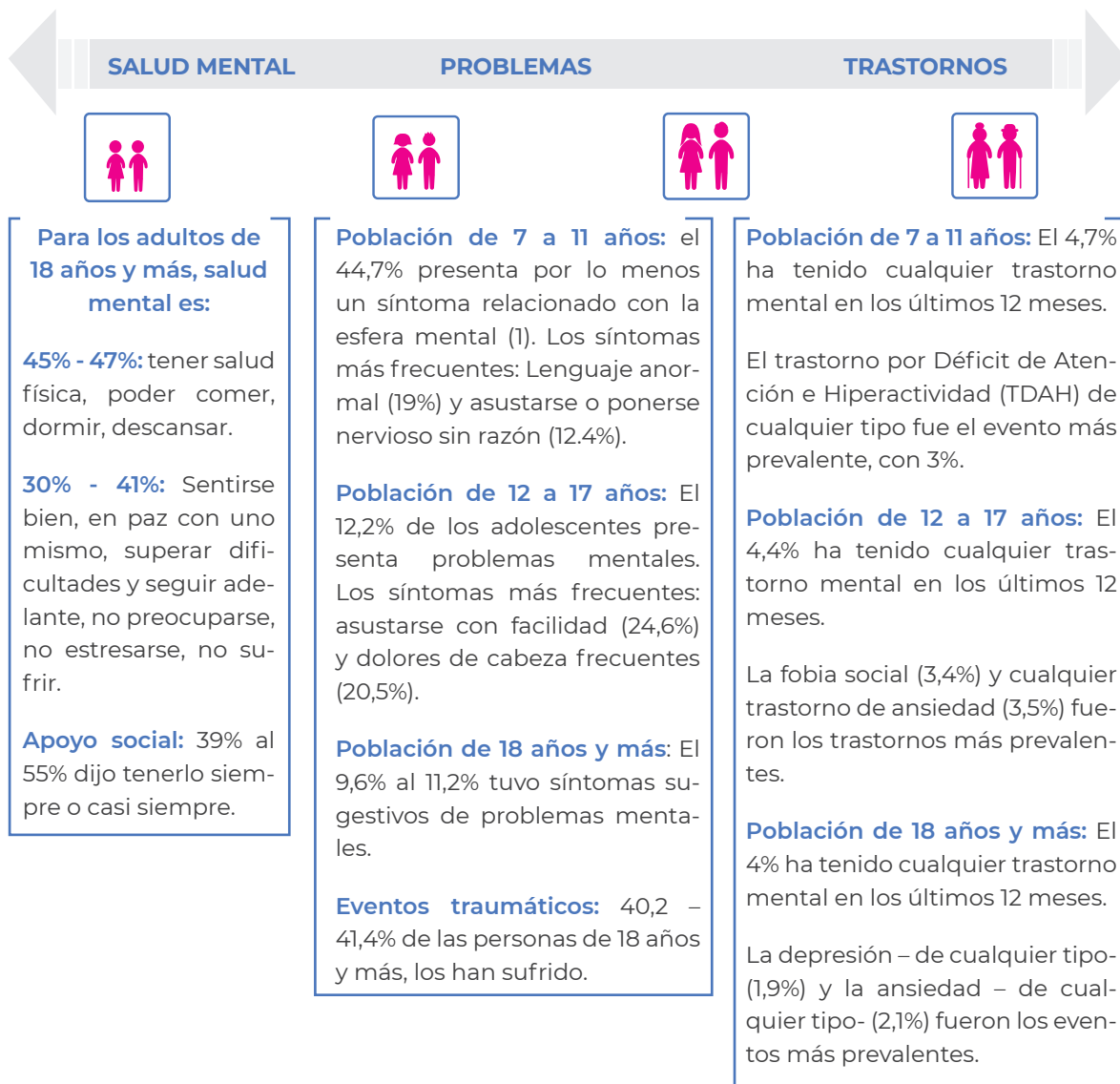
Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. En Colombia, la depresión mayor unipolar (13,17), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (8,06), los trastornos de ansiedad (6,16) y la epilepsia (3,35), se encuentran entre las primeras veinte causas por Años Vividos con Discapacidad AVD (tasa x 1.000)<sup>5</sup>.

Por otra parte, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las tasas de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por trastornos mentales y del comportamiento han venido creciendo desde 2009 con 4,63 AVPP, hasta 17,42 AVPP por 100 mil habitantes en 2016.

En Colombia en 2015, se realizó la Encuesta de Salud Mental, la cual visitó a 16.147 personas, el 95,1% respondió completamente el formulario; definió 4 grupos poblacionales: Los niños de 7 a 11 años, adolescentes de 12 a 17 años, el grupo de 18 a 44 años y los de 45 años y más. La percepción sobre la salud mental de los colombianos está en relación con tener una adecuada salud física, comer, dormir y descansar bien, así como también disfrutar de tranquilidad, paz y poder ser capaces de superar las dificultades de la vida diaria. La encuesta también exploró el apoyo social frente a dificultades o problemas (“se refiere a los intercambios entre los miembros de una red o entramado de relaciones”, sean familiares, amigos, vecinos u otras personas) y se encontró que entre el 39% y el 55%, lo tienen siempre o casi siempre. (Ver figura)

A los niños y niñas de 7 a 11 años se les aplicó en el tamizaje el RQC (cuestionario de síntomas para niños), se encontró que el 44,7% requiere de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos. Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: lenguaje anormal (19,6%), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4 %), presentar cefaleas frecuentes (9,7 %) y jugar poco con otros niños (9,5 %).

## Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, en Colombia.



Fuente: MSPS - Dirección de Promoción y Prevención, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

En adolescentes y adultos se aplicó el cuestionario de síntomas SRQ (por sus siglas en inglés: Self-Reporting Questionnaire), el cual evalúa presencia de síntomas de ansiedad, depresión psicosis y epilepsia. En los adolescentes, el 12,2% ha presentado síntomas de problemas mentales en el último año, la prevalencia de cualquier trastorno mental fue de 4,4%, la fobia social (3,4%) y cualquier trastorno de ansiedad (3,5%) fueron los trastornos más prevalentes. En los adultos, la prevalencia de problemas mentales fue de 9,6% a 11,2% y los trastornos mentales (cualquiera en los últimos 12 meses) fue de 4%. La depresión de cualquier tipo, y la ansiedad de cualquier tipo, fueron los eventos más prevalentes. (Ver figura 1.)



En lo que se refiere a la mortalidad, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (Códigos CIE10: F00 a F99), se ha incrementado en los últimos años, pasando de 0,32 por 100.000 habitantes en 2009 a 1,53 en 2016. Adicionalmente, es importante señalar que la tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento también ha tenido una tendencia ascendente, en 2009 fue de 4,63 por 100.000 habitantes, mientras que, en 2016, fue de 17,42.

### 3.1.2 Conducta suicida.

La conducta suicida es un resultado no deseado en salud mental, no considerada como un diagnóstico en sí mismo. Tiene origen multifactorial y se ha definido como *“una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”*. Su espectro incluye la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y el suicidio<sup>7</sup>.

La Organización Mundial de la Salud-OMS en su Boletín de salud mental 2018 estima que *“la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se encuentra entre 3% y 5 %; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio.”*

En Colombia, el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria desde 2016. La información que se tiene antes de esta fecha proviene de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Las cifras muestran un incremento substancial en la tasa nacional del intento de suicidio. En 2009 fue de 1,8 por 100.000 habitantes y en 2017, de 52,4, según la cifra preliminar reportada por el SIVIGILA, lo cual podría tener su origen en el subregistro así como también en un incremento real del evento. Para el año 2017, los departamentos con tasas más altas fueron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila, y Arauca. El SIVIGILA reportó en el 2016 que se presentaron 17.587 intentos de suicidio, y en el 2017 fueron 28.835, con un incremento del 47% de un año a otro. El 32,1% tienen intentos previos, motivo por el cual cobra tanta importancia el seguimiento a los casos en el sistema de salud<sup>8,9</sup>

De los 25.835 casos reportados al SIVIGILA en 2017, el 62,7% fueron de sexo femenino. En general, las mujeres son quienes intentan suicidarse con mayor frecuencia en razón de 2 mujeres por cada hombre. El 29,7% ocurrió en población de 15 a 19 años (48,5% entre los 15 y 24 años), el 79,9% proceden de cabeceras municipales, el 2,2% fueron indígenas y el 3,7% afrocolombianos. (Ver tabla.)<sup>9</sup>

En la población privada de la libertad se reportaron 412 casos (1,6%), en gestantes, que hubo 288 casos (1,1%). El 49,5% de todos los casos reportados en 2017 presentaba algún

trastorno mental, el más frecuente fue la depresión (4.867 casos, 38%). El principal mecanismo utilizado para el hecho fue la intoxicación (68,7%) y el factor desencadenante más frecuente fue los conflictos recientes con la pareja (51,2%)<sup>8,9</sup>.

### Distribución de los intentos de suicidio en Colombia en 2017, según variables de interés

Variable	Categoría	Casos	%
<b>Sexo</b>	Femenino	16199	62,8
	Masculino	9615	37,2
<b>Área de procedencia</b>	Cabecera municipal	20633	79,9
	Centro poblado	1847	7,2
	Rural disperso	3334	12,9
<b>Pertenencia étnica</b>	Indígena	580	2,2
	ROM (gitano)	119	0,5
	Raizal	24	0,1
	Palenquero	15	0,1
	Afrocolombiano	938	3,6
	Otros	24138	93,5

Fuente: SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intento de suicidio, 2017.

El suicidio es un tema de gran relevancia en salud pública. Es un evento prevenible y de gran impacto en el individuo, la familia y la sociedad. Son muchos los años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura por esta causa y afecta en mayor magnitud a la población joven, entre 15 y 29 años. Existen otros grupos específicos de riesgo como son las personas con antecedentes de intento de suicidio, los campesinos, las personas que consumen sustancias psicoactivas, personas pertenecientes a grupos étnicos, personas bajo custodia y personas en condición de desplazamiento<sup>9</sup>.

El número de defunciones por suicidios en Colombia, entre 2009 y 2016, fue de 17.522, con un promedio anual de 2.190 casos, en 2017 la cifra de suicidios (preliminar) fue de 2.097, esto es 377 casos menos que en 2016. La tasa ajustada de mortalidad por suicidio más baja que ha tenido Colombia en los últimos 9 años fue la de 2013, con 4,42 por 100000 habitantes, desde entonces se ha venido incrementando y en 2016 fue de 5,07 con tendencia al incremento. Los departamentos con tasa más altas por 100000 en 2016 fueron Vaupés (12,21), Arauca (11,67), Putumayo (9,22), Guainía (9,15), Amazonas (8,37) y Quindío (8,07).<sup>10</sup>

El grupo poblacional más afectado por el suicidio fue el de hombres entre los 20 y 24 años, estado civil soltero. En general, el suicidio es más frecuente en hombres, con una razón aproximada de 4 a 1 en relación con las mujeres, es decir, por cada 4 hombres que se suicidan, 1 mujer lo hace.

El mecanismo de asfixia es el más común adoptado por hombres y mujeres (61,52 %), seguido por la ingesta de tóxicos (19,35 %). En cuanto a la razón del suicidio se reporta que las enfermedades físicas y mentales son las primeras causas para asumir esta determinación (29,09 %). El conflicto de pareja o expareja es la segunda causa (25,91 %), de acuerdo con los Datos para la Vida del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del 2017.

### Resultados poblacionales sobre conducta suicida en Colombia, 2015

Población	Plan suicida	Ideación suicida	Intento de suicidio
12 a 17 años	1,8%* (IC <sub>95%</sub> :1%-3,1%)	6,6% (IC <sub>95%</sub> :5%-8,6%)	2,5%** (IC <sub>95%</sub> :1,5%-4,1%)
18 años en adelante	2,3% (IC <sub>95%</sub> :1,8%-2,9%)	6,5% (IC <sub>95%</sub> :5,8%-7,3%)	2,5% (IC <sub>95%</sub> :2,1%-3,1%)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. \*Resultado estadísticamente no significativo \*\* Resultado con Coeficiente de Variación Estimado (CVE) mayor de 20

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 exploró la conducta suicida en la población colombiana, los resultados fueron similares en adolescentes y adultos, con una frecuencia de ideación suicida de 6,6% y de intento de suicidio de 2,5%. Los resultados en relación con el plan suicida en adolescentes fueron estadísticamente no significativos.

Algunas de las recomendaciones que propusieron los investigadores en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, para mejorar la salud mental de los colombianos fueron:

1. Realizar actividades de promoción y prevención en salud mental a nivel individual, familiar y comunitario, en articulación con otros sectores corresponsables, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.
2. Desarrollar acciones dirigidas a la transformación cultural en el largo plazo, realizar demanda inducida y gestión del conocimiento.
3. Intervenir los entornos en los diferentes ámbitos, implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, con participación intersectorial de todos los actores corresponsables de la salud mental, teniendo en cuenta los diferentes enfoques, realizar acciones para la detección temprana de problemas y trastornos mentales en los entornos.
4. Formular de protocolos y guías de práctica clínica.
5. Fortalecer las competencias del personal de salud y educación, desde la atención primaria en salud.



### 3.1.3 Consumo de sustancias psicoactivas.

El país cuenta, desde el año 1992, con estudios nacionales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en la población general, escolares y universitarios y poblacionales como los realizados con adolescentes en el sistema de responsabilidad penal, en población con comportamientos de alto riesgo para adquirir o transmitir Infecciones de transmisión sexual y sanguínea por su impacto en salud pública y sistemas de información que permiten hacer seguimiento a este fenómeno.

Se considera que las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas son variables y acorde al tipo de sustancia. La prevalencia del consumo de último año de tabaco disminuyó en todas las poblaciones, frente al consumo de alcohol se reporta disminución en la población escolar y estabilización en la población universitaria y general. Finalmente, frente al consumo de sustancias ilícitas se identificó disminución de un punto porcentual en la población escolar, sin embargo, el consumo aumenta en la población universitaria y en población general, especialmente a expensas del aumento del consumo en mujeres.

#### Prevalencias de último año de consumo de sustancias psicoactivas. Estudios nacionales.

Alcohol									
Estudio	Población general			Población escolar			Población Universitaria		
Año	1996	2008	2013	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	61,65%	61,18%	58,78%	65,61%	64,21%	56,23%	81,77%	85,01%	81,83%
Tabaco									
Estudio	Población general			Población escolares			Población Universitaria		
Año	1996	2008	2013	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	21,40%	21,46%	16,21%	31,71%	20,23%	14,47%	31,53%	34,06%	28,28%
Sustancias ilícitas									
Estudio	Población general			Población escolares			Población Universitaria		
Año	1996	2008	2013	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	1,60%	2,74%	3,60%	10,96%	8,58%	9,67%	Sin reporte	16,40%	22,40%

Fuente. Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social. 2018.

Las causas del consumo de sustancias psicoactivas son múltiples, se vinculan a factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales, de orden individual, familiar y comunitario. El consumo sustancias psicoactivas en la infancia y adolescencia afecta determinantemente el desarrollo cerebral, así mismo, su uso es un factor de riesgo importante para la salud, lo cual se refleja principalmente en la pérdida de años vividos sin salud, en la mortalidad asociada a eventos como la violencia, enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas como cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer,

enfermedades mentales, entre otras, con efectos desproporcionados en poblaciones específicas como gestantes, habitantes de calle, personas privadas de la libertad y personas que se inyectan drogas<sup>11</sup>.

Existen patrones de consumo de sustancias psicoactivas que en ocasiones transitan a consumos de riesgo o perjudiciales para la salud del consumidor y su familia. De acuerdo con los tiempos y tipos de exposición a la sustancia, los factores de riesgo y protección, pueden o no desencadenar problemáticas sociales asociadas a la convivencia social y a la vida en comunidad.

Estos consumos también pueden transitar a ser trastornos mentales que requieren atención integral, demanda de servicios de salud, sociales y recursos económicos para la atención de las personas que sufren esta patología.

La transición de los consumos problemáticos está configurada según los determinantes sociales de la salud, y de acuerdo con los entornos donde las personas que consumen sustancias psicoactivas se desarrollan. Así mismo, el uso crónico del alcohol está vinculado con problemas psiquiátricos, familiares, médicos y sociales, que se magnifican en los niños y niñas que han sido expuestos a un ser cercano que abuse del alcohol<sup>12</sup>.

Teniendo en cuenta la complejidad de esta problemática, que trasciende a la salud mental y su impacto a nivel sanitario, económico y social, se desarrollará la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas, en complementariedad al presente instrumento.

### **3.1.4 Violencias y convivencia social.**

La Organización Mundial de la Salud en su informe mundial sobre la violencia y la salud - 2012 clasifica la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal, -que incluye la violencia intrafamiliar-, y violencia colectiva, por lo cual la violencia es un fenómeno social de origen multicausal, con consecuencias económicas, políticas, sociales y de salud pública.

Según cifras de Naciones Unidas, el costo de la violencia doméstica en América Latina y el Caribe equivale al 2% del PIB de la región. México (44%), Colombia (41%), Perú (41%) y Chile (40%) son los países con los índices más altos de violencia contra la mujer, incidiendo negativamente en la productividad y el desarrollo de los países latinoamericanos.

Del mismo modo, el estudio reciente del Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina encontró una relación directa entre la violencia doméstica y la afectación de la salud de la mujer y de sus hijos a corto plazo. Perú y Colombia cuentan con las tasas más altas de violencia física (aproximadamente 40%), mientras en los demás países este indicador registra un menos del 20%.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, cada año en el mundo más de un millón de personas pierden su vida y muchos más sufren de heridas no fatales

como resultado de estas tres categorías, y además existen dificultades para abarcar todo el espectro de la violencia en el país.

Por lo tanto, en las metas establecidas para la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se priorizaron la violencia interpersonal y la violencia intrafamiliar.

De otro lado, las lesiones causadas por la violencia interpersonal son un problema de salud pública, por su alta frecuencia y la discapacidad que generan, con la consecuente disminución de la calidad de vida y el incremento del número de años de vida potencialmente perdidos por mortalidad prematura. Sus efectos se relacionan también con la sobrecarga al sistema judicial, sobrecostos y aumento en la demanda por prestación de los servicios al sistema de salud, ausentismo laboral e impactos negativos a nivel psicológico, social, familiar, económico y cultural.

En los últimos años la violencia interpersonal se ha constituido en la principal causa de años de vida saludable perdidos por lesiones de causa externa no fatales en Colombia. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reportó que en 2017 se perdieron 337.360 años de vida saludable, 159.989 en hombres y 177.300 en mujeres<sup>13</sup>.

En cuanto al momento del curso de vida, el grupo de edad en los que más se presentan estos eventos, es en jóvenes de 20 a 24 años (18,34%) y entre los 25 y 29 años (16,50%), entre otros factores, los jóvenes cuentan con menor aversión al riesgo y son más proclives a la transgresión de normas que personas de otros grupos de edades; además para los hombres jóvenes, la violencia se constituye como uno de los principales medios para afrontar las dificultades y reaccionar frente a los conflictos, al percibirla como un mecanismo simbólico de reconocimiento y realización personal<sup>13</sup>.

Entre las causas más relevantes de este tipo de violencia se presentan determinantes estructurales relacionados con el género, el capital, la cohesión social, los valores sociales y la cultura. Dentro de esta última, las normas sociales, prejuicios, estereotipos, creencias e imaginarios justifican, validan y reproducen el uso de la violencia, la ruptura en el tejido social, la baja solidaridad ciudadana y la confianza interpersonal<sup>13</sup>.

También se presentan determinantes intermedios y proximales, que inciden en las violencias, como el déficit en las habilidades sociales, el mal manejo de las emociones y del estrés, inadecuadas pautas de crianza, el bajo involucramiento parental y las débiles pautas educativas para formación de competencias y cultura ciudadana.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, como fenómeno social con consecuencias que trascienden el ámbito individual y familiar, son las mujeres, los niños y las niñas, las víctimas más frecuentes. Los principales desencadenantes de los hechos de violencia intrafamiliar son la intolerancia y el machismo. Conforme al estudio de Rivero y Sánchez, publicado en el 2004 por el Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes, la violencia intrafamiliar impacta negativamente los ingresos laborales de las mujeres, reduciendo su participación en el mercado laboral y limitando sus opciones

de encontrar un empleo satisfactorio. De igual forma, afecta la salud y el rendimiento escolar de los niños y las niñas.

La ENSM 2015 exploró la presencia de eventos traumáticos en la población, producidos por algún tipo de violencia, o por situaciones sumamente estresantes, entre ellas: maltrato físico, abuso sexual, accidente de tránsito, robo o atraco, ataque de un animal, conflicto armado, enfermedad grave o potencialmente mortal, haber sido testigo de serias lesiones o fallecimiento inesperado de los padres, cuidadores u otro ser querido.

Se encontró que el 11,7% de la población infantil (de 7 a 11 años), ha presentado al menos un evento traumático, en los adolescentes el 29,3 % y alrededor del 41% de los adultos ha estado expuesto a estos eventos, con afectaciones importantes en su salud mental. El desplazamiento forzado es un evento que también afecta a la población en todas las edades, con una frecuencia entre 13,7% y 18,7%, y se da con mayor frecuencia en los adultos jóvenes de 18 a 44 años.

En los adultos los síntomas de psicológicos secundarios a la exposición a eventos traumáticos que se presentan con mayor frecuencia en los últimos 12 meses, en los adultos son, la presencia de recuerdos, pensamientos o imágenes del evento (20,8% al 23,7%) y evitar pensar o hablar de la experiencia (12,9% al 19,6%).

Según cifras de 2017 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en 2017 la tasa estimada de violencia intrafamiliar fue de 55,87 casos por cada 100.000 habitantes. Se presentaron en total 27.538 casos, el 59,78% de las víctimas (16.463 casos) corresponde a mujeres y el 40,22% (11075 casos) a los hombres. Se reportaron 10.385 (37,71%) casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, 1.944 (7,06%) contra el adulto mayor y 15209 (55,23%) correspondieron a casos de violencia entre otros familiares.

De lo anterior se infiere que existen varias relaciones entre la violencia y la salud mental. La primera relación reconoce los problemas y trastornos mentales como posibles causas de la violencia. La segunda relación señala que algunas de las víctimas de violencia por lo general presentan trastornos emocionales y psicológicos agudos como ansiedad y depresión, o crónicos como estrés postraumático. En la tercera relación, los victimarios presentan factores de riesgo emocional o psicológico que los conducen a cometer hechos violentos, por lo cual las violencias hacen parte de lo que se denominan eventos traumáticos.

### 3.1.5 Epilepsia

Esta enfermedad genera un impacto importante en la salud mental de quienes la padecen, por la discapacidad que produce y el estigma y la discriminación que con frecuencia se asocian a ella.

Según la OMS, en todo el mundo, unos 50 millones de personas padecen epilepsia, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes. Anualmente se diagnostican 2,4 millones. En Colombia, según el Sistema Integral de Información de la

Protección Social, SISPRO, de 2009 a 2017, se atendieron 1'070.898 personas con diagnóstico de epilepsia, Adicionalmente, en el Estudio de Carga de Enfermedad para Colombia 2010, se identificó que la epilepsia se encuentra en puesto 19 de las primeras 20 causas de carga de enfermedad en ambos sexos y en todas las edades, con 1671 AVISAS por discapacidad y 0,4 AVISAS por mortalidad.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la epilepsia fue visibilizada en el componente “Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia” y se definió dentro de los objetivos del mismo, la necesidad de “Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral” de las personas que padecen epilepsia.

### 3.2 Factores que limitan el ejercicio de la salud mental

Este análisis enmarca todas aquellas condiciones o factores que causan problemas y trastornos mentales a nivel poblacional generando riesgos o dificultades para el manejo de emociones, habilidades sociales, pensamientos, percepciones, comportamientos y situaciones negativas para el bienestar de la persona, su comunidad y entorno.

Algunas de las condiciones o factores de riesgos que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyen trastornos mentales y de comportamiento, asociados a problemas en la alimentación y nutrición inadecuada, la falta de actividad física, dificultades para el uso del tiempo libre y condiciones medioambientales como la calidad del aire, el estrés urbano, y las exposiciones ocupacionales, determinan condiciones que impiden el derecho a una buena salud mental; así mismo la movilización y asentamiento de las personas en las zonas urbanas, donde habita el 76% de la población colombiana, las hace particularmente vulnerables a estos factores de riesgo.

La Encuesta del Uso del Tiempo del 2012 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN del 2015, señalan los patrones de uso del tiempo libre, sedentarismo y hábitos alimentarios como determinantes asociados con las prevalencias de cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y trastornos mentales. Por otro lado, dicha encuesta encontró que solo el 31% de los escolares y 13.4% de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física y 67.9% y 76.6%, respectivamente, tienen tiempo excesivo frente las pantallas. En Colombia, solo el 18.9% de los hombres y el 9.2% de las mujeres dedican tiempo diario a realizar actividades de tipo cultural, deportivas o dedicadas a sus aficiones.

Por otra parte, se pudo observar un aumento del exceso de peso para escolares (5.6 puntos porcentuales (pp.)), adolescentes (2.4 pp.) y adultos (5.2 pp.) en comparación con los resultados de la ENSIN 2010, con mayor prevalencia en el área urbana que en el área rural y con mayores riesgos para las poblaciones entre los 18 a 64 años, afectando más a las mujeres que a los hombres.

La Asociación Americana de Psicólogos encontró que la obesidad en las mujeres se asocia con una “tasa estimada del 37% mayor de depresión que sus pares de peso normal”



y una relación estrecha con un alto índice de masa corporal y pensamientos suicidas frecuentes. Asimismo, las personas con un diagnóstico previo de depresión mayor, tienen más probabilidad de tener sobrepeso u obesidad, por lo tanto, existe una correlación entre la obesidad y la depresión que es cada vez más frecuente<sup>14,15</sup>.

En 2015, la ENSIN reportó que el 30% de preescolares hombres (entre 3 y 4 años) y solo el 20% de preescolares mujeres tenían acceso a juego activo. Estos datos resaltan la importancia de articular y garantizar acceso a actividades durante el tiempo libre más enfocadas en las interacciones sociales, eventos recreativos y culturales y de desarrollo de aptitudes y hobbies que enriquezcan el capital humano de la sociedad.

Otros aspectos relacionados con la salud mental y el establecimiento de habilidades y vínculos sociales son los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y el uso del tiempo libre. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, del 2016, se evidenció que hay menor consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes cuyos padres se interesan en saber en dónde se encuentran, así como de los padres que están pendientes en los programas de televisión que ve el adolescente, las actividades que se hace en el colegio o del control de los horarios de llegada a casa durante los fines de semana y el conocimiento acerca de los lugares que frecuenta, al igual que el compartir espacios de comida y el interés frecuente sobre los amigos más cercanos que frecuente el adolescente<sup>16</sup>.

Por otra parte, el estado de los espacios físicos y el estrés urbano tienen una relación importante con la salud mental. Por ejemplo, la OMS recomienda un promedio de 10 a 15 m<sup>2</sup> de espacio público por habitante, como la medida que garantiza el Objetivo 11 de los ODS y su importancia para *“hacer que las ciudades sean inclusivas, seguras, resilientes, sostenibles”* ya que con ello se fomenta la salud de las personas.

Otro aspecto que condiciona negativamente la salud mental de las personas es el estrés urbano y las relaciones con las condiciones laborales, ya que los cambios en los tipos de contratación, la informalidad y los trabajos temporales representan mayores prevalencia de problemas de salud mental con mayor afectación en los hombres que en las mujeres. Así mismo, las largas jornadas laborales y los altos tiempos de desplazamiento de la casa hacia los lugares de trabajo limitan el tiempo libre para realizar actividades de esparcimiento y de actividad física, afectando negativamente la salud mental.

### **3.3 Oferta y demanda de los servicios de salud mental (análisis de capacidad de respuesta).**

El país reconoce la importancia de la atención y del fortalecimiento de programas y estrategias integrales e integradas para dar respuesta a los problemas y trastornos mentales. De tal manera, el Ministerio de Salud y Protección Social viene avanzando en la cualificación de la oferta institucional y comunitaria, junto al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del talento humano.



Uno de los aspectos a tener en cuenta es el desarrollo de acciones de atención primaria con enfoque social comunitario, a través de la atención y rehabilitación basadas en la comunidad, consiste en la detección y abordaje inicial por parte de actores sociales y comunitarios. Estos determinan una primera respuesta mediante los primeros auxilios en salud mental y remisión oportuna hacia los servicios de salud. Posteriormente, la atención integral e integrada deriva el involucramiento interdisciplinar del talento humano conformado tanto por los profesionales de la salud, como por los profesionales de otras áreas del conocimiento, y del desarrollo de competencias intersectoriales con el fin de garantizar acciones de atención secundaria para la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación mediante la red de servicios que atienda oportunamente<sup>17</sup>.

Dichos procesos de atención integral e integrada en salud mental, deben tener en cuenta el entrenamiento de los profesionales de la salud, lo cual supone la cualificación de los programas de educación y capacitación de las diferentes categorías de profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en el sistema de salud<sup>17</sup>.

Aproximadamente el 4% de los médicos especialistas en Colombia son psiquiatras, en 2016 había 938 psiquiatras pero se necesitaban al menos 1.442, lo cual implicaba un déficit de 504 (35%). En el país, “la densidad de médicos (generales y especialistas) por cada 10.000 habitantes es inferior a los países de la Unión Europea, inclusive, se ubicó por debajo de Brasil, Chile y España”, en 2015, había 20 médicos (generales y especialistas) por cada 10.000 habitantes<sup>18</sup>.

En Colombia se estima que hay 2 psiquiatras por cada 100000 habitantes, en relación con otros profesionales, existe insuficiente información, por ejemplo sobre el número de profesionales de apoyo como enfermeras, profesores, y trabajadores sociales entrenados en salud mental. El Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud estimó que en 2017 había cerca de 25.000 médicos especialistas, que equivale a 5,1 por cada 10.000 personas; alrededor del 66% de los profesionales de la salud se concentra en: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Santander. De lo anterior se infiere que hay un problema de acceso para las personas que deben desplazarse hacia las ciudades capitales para recibir atención, y en muchos casos no logran acceder a un especialista debido a la distancia, esto afecta la consulta inicial y la continuidad del tratamiento, que es crucial para la atención de los problemas y trastornos mentales<sup>19</sup>.

Además, existen barreras asociadas con el estigma sobre solicitar los servicios de salud mental, relacionados con imaginarios como: “no considerar” “no es necesario ir”, “descuido” o “no querer ir”; también esto también afecta la adherencia a los medicamentos<sup>20</sup>.

A su vez, las debilidades en la detección temprana aumentan la probabilidad de mortalidad, más aún en personas que sufren de otras enfermedades crónicas no transmisibles.

En ese sentido, una oportunidad de mejora es facilitar el acceso a la atención y la adherencia a los tratamientos de las personas con problemas o trastornos mentales, fortalecer los procesos de seguimiento y adherencia a los tratamientos, principalmente de aquellos





con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, ausencia de redes de apoyo familiares, sociales o comunitarias que faciliten la rehabilitación.

Por su parte, la rehabilitación integral en salud mental requiere de acciones intersectoriales que promuevan el acceso a oportunidades laborales, educativas, culturales, recreativas y de vivienda, entre otras. Es necesario que, desde el presente instrumento de Política, se oriente la gestión articulada de servicios sociales y sanitarios para promover la inclusión social, reducir el estigma y la discriminación y favorecer el desarrollo de las personas con trastornos mentales y epilepsia.

## 4. Enfoques

### 4.1 Enfoque de desarrollo basado en derechos humanos

Comprende el reconocimiento de los sujetos individuales y colectivos como titulares de derechos. Reconoce el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades para el alcance de su bienestar físico, mental y social, ampliando sus libertades y posibilidades de elección para vivir una vida plena de sentido, según el momento de curso de vida en el que se encuentran, las características y condiciones poblacionales que los identifica, y los territorios específicos que habitan y construyen subjetivamente. Así, *“los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una misma visión y un mismo objetivo: garantizar, para todo ser humano, libertad, bienestar y dignidad”*<sup>21</sup>.

El desarrollo basado en derechos humanos tiene una estrecha relación con la salud mental, toda vez que dichos problemas afectan la esperanza de vida, los años de instrucción esperados y el Ingreso Nacional Bruto per cápita, siendo a su vez causa y consecuencia de la pobreza; por otra parte, las personas con trastornos mentales deben enfrentar numerosas barreras para el acceso a la educación, a las oportunidades de empleo y otras fuentes de generación de ingresos, debido a la estigmatización, discriminación y marginación que históricamente han vivido<sup>22</sup>.

### 4.2 Enfoque de curso de vida

Derivado de la relación descrita entre desarrollo y derechos, el enfoque de curso de vida se considera importante desde el reconocimiento de las trayectorias de vida, los sucesos y transiciones en el vivir de los seres humanos. Permite a su vez, identificar ventanas de oportunidad que inciden en la vida cotidiana de los sujetos en el marco de sus relaciones, la toma de decisiones y su proyecto de vida. Por tanto, el desarrollo en relación con los derechos, y el reconocimiento del curso de vida de los sujetos individuales y colectivos, constituye un fundamento clave para la comprensión y abordaje tanto de la promoción y sostenimiento de la salud mental como el abordaje de los problemas y trastornos mentales; toda vez que es sabido que una misma patología puede generar sintomatología

de diferentes características en niños, niñas y adolescentes, adultos, o adultos mayores, como ocurre en la depresión o en el riesgo suicida.

### 4.3 El Enfoque de género

El género es un estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de éstos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas construcciones sociales difieren entre sociedades, culturas y se transforman en el tiempo y parten de expectativas colectivas de género que se modifican dependiendo de la condición de clase, el periodo del curso de vida y el lugar que ocupen los sujetos sociales en el ordenamiento socio-racial. Las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas; y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos. Lo anterior resalta la necesidad de que en la atención en salud mental se reconozcan las identidades de género y las orientaciones sexuales, como también los roles de género desde una perspectiva de igualdad.

Las necesidades en salud mental son diferenciales cuando se considera este enfoque. Es así como en el país el mayor riesgo de depresión, ansiedad y conducta suicida lo presentan las mujeres, en tanto que el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio consumado es mayor para los hombres. Por su parte algunas condiciones asociadas a reconocerse como LGTBI, tales como la discriminación y la estigmatización, son factores de riesgo para depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida.

### 4.4 Enfoque diferencial poblacional – territorial

Visibiliza la importancia de las particularidades de los sujetos individuales y colectivos, considerando su situación, y su contexto con las variables sociales, políticas y culturales que les son inherentes. Implica el reconocimiento de condiciones constitutivas de edad, etnia, discapacidad, así como sociales, políticas, culturales, religiosas y económicas, las afectaciones por violencias (social y política), de ubicación geográfica (urbana o rural), y la condición legal, entre otras. Del mismo modo, promover universalidad de los derechos, lo multicultural, lo étnico y promueve la lectura en contexto. En este sentido, el enfoque diferencial reconoce la importancia de la relación población – territorio, como categorías que promueven la formulación, implementación y evaluación de políticas que tengan como punto de partida tanto a los sujetos individuales y colectivos de derechos, como las condiciones poblacionales y territoriales que les son propias.

Junto con la implementación del enfoque diferencial, es necesario considerar el enfoque interseccional entendido como la comprensión de los procesos complejos que derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos en cada contexto. Permite también examinar las diferentes dimensiones de la vida social que resultan distorsionadas cuando se adopta un eje de análisis único<sup>23</sup>.



Las particularidades territoriales en salud mental según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, evidencia claras diferencias en las frecuencias de aparición de problemas y trastornos mentales en todas las edades, ligadas al territorio. A manera de ejemplo, dicha encuesta muestra como en la Región Pacífica se encuentran las mayores prevalencias en tanto que la Región Atlántica se denotan las prevalencias más bajas. El análisis de estas diferencias es imprescindible para focalizar las intervenciones en salud mental, adaptándolas a las características de las poblaciones para lograr aceptabilidad y pertinencia.

#### 4.5 Enfoque psicosocial

La Política Nacional de Salud Mental adopta el enfoque psicosocial como una herramienta de la atención en salud que permite reconocer la integralidad de las personas teniendo en cuenta el contexto en el que se han desenvuelto, los hechos que han vivido, el significado que les han dado a estos hechos, el sufrimiento que han experimentado y las capacidades con las que cuentan las personas y comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida. Este enfoque se materializa en la humanización de la atención en salud mental, para la cual es indispensable la sensibilidad frente a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.

### 5. Modelo de determinantes sociales de la salud: relaciones con la salud mental

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas.

En el Plan de Acción sobre Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud destaca que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Se definen así determinantes estructurales como la educación, el ingreso, la cohesión social, la etnia o el género, y determinantes intermedios como las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, los apoyos comunitarios, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. La evidencia latinoamericana corrobora lo anterior al indicar que, por lo general, el estatus socioeconómico se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales, y la falta de escolaridad se relaciona con síntomas de depresión, intento de suicidio, trastornos mentales, del estado del ánimo y ansiedad<sup>24</sup>.

Por tal razón, esta política atiende al modelo de determinantes sociales de la salud contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública, que plantea el análisis de las desigualda-



des sociales y su incidencia en los logros en salud, incluyendo la salud mental. Implica reconocer que *“las diferencias en salud producidas socialmente, se distribuyen de forma sistemática entre la población y son injustas”*, y busca promover la adopción de políticas que generen movilización y participación social, así como condiciones de igualdad en salud; reafirmando el derecho de las personas a lograr el grado máximo de salud posible y procurando cerrar brechas y diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente, mediante la implementación de estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación<sup>25</sup>.

## 6. Principios de la política nacional de salud mental

La Política Nacional de Salud Mental se rige por los siguientes principios orientadores:

- 6.1 La salud mental como parte integral del derecho a la salud.** La Organización de Naciones Unidas, a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, reconoce la salud mental como elemento constitutivo del derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental.
- 6.2 Abordaje intercultural de la salud.** Como lo define la Ley 1751 de 2015, implica el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.
- 6.3 Participación social:** Como lo indica la Política de Participación Social en Salud todos los actores sociales hacen parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad en el entendido que la salud es un bien público.
- 6.4 Política pública basada en la evidencia científica.** Implica usar la mejor evidencia posible producto de las investigaciones para el desarrollo e implementación de las políticas públicas; de acuerdo con un enfoque racional, riguroso y sistemático.

## 7. Objetivos

### 7.1 Objetivo General:

Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y



colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

## 7.2 Objetivos específicos:

- 7.1.1. Desarrollar acciones promocionales para el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidades.
- 7.1.2. Orientar acciones para la prevención de los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.
- 7.1.3. Promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.
- 7.1.4. Implementar acciones de rehabilitación basada en comunidad para la inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, epilepsia y víctimas de violencias interpersonales.
- 7.1.5. Fortalecer los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud pública en salud mental.

## 8. Ejes de la política nacional de salud mental.

Los ejes de política orientan estratégicamente las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud. A continuación, se enuncia y describe cada uno de ellos, así como se plantean líneas de acción que permitirán la materialización operativa de esta Política.

Considerando que esta Política se armoniza con la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, los ejes que se describen a continuación se desarrollarán a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS-, toda vez que estas son las herramientas que orientan a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, acerca de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de acciones para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. En tal virtud, se plantean los siguientes ejes de la Política<sup>26</sup>:



## 8.1 Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos

### 8.1.1 Definición y alcance:

Agrupar todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental para afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos.

Lo anterior implica comprender la salud mental como un proceso histórico, dinámico y contextualizado, en el que se pone en juego la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas que se construyen y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas que se desarrollan cuando se decide libre y conscientemente relacionarse con otros y otras.

### 8.1.2 Objetivo:

Crear las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social.

### 8.1.3 Estrategias:

#### 8.1.3.1. Generación y fortalecimiento de entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables

Se refiere a los escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Para esto, se requiere:

- a. Fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario: En general, se usa el término red para designar estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre diferentes actores o miembros de un territorio que pueden ser instituciones (públicas y privadas), organizaciones y grupos de diferentes tipos, comunidades, familias o personas, que coordinan acciones conjuntas a través de las cuales comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales) para generar alternativas novedosas que potencian esos recursos (generar sinergias) para alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada.
- b. Articulación de las actividades de salud con las iniciativas de los distintos sectores a fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población: La promoción de la salud mental exige del concurso activo de sectores como educación, trabajo, vivienda, cultura, deporte, entre otros, toda vez que están estrechamente relacionados con el bienestar y la calidad de vida, con la participación intersectorial en los territorios donde las personas, familias y comunidades se desarrollan.

### 8.1.3.2 Promoción del involucramiento parental

Se entiende como la presencia y participación regular de los padres en la vida y cotidianidad de los hijos, que implica:

- a. Diálogo y concertación permanente con fines de acompañamiento, apoyo, control y supervisión a las actividades de los niños, niñas y adolescentes.
- b. Construcción de afecto y confianza, vínculos y relaciones, en un ambiente de respeto y libertad.

### 8.1.3.3 Educación en habilidades psicosociales para la vida

Son las competencias que permiten a los individuos afrontar las exigencias de la vida cotidiana y tener relaciones que posibiliten el mayor desarrollo del capital humano. La OMS/OPS ha definido diez habilidades básicas, a saber:

- a. **Autoconocimiento:** Reconocimiento de la propia personalidad, características, fortalezas, debilidades, aspiraciones, expectativas y otros. Construir sentidos sobre sí mismo, los demás y los entornos. Saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo.
- b. **Empatía:** Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y desde esa posición comprender sus sentimientos para responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias.
- c. **Comunicación efectiva o asertiva:** Habilidad para expresarse en los diferentes contextos relacionales y sociales afirmando su ser y estableciendo límites en las relaciones sociales.
- d. **Relaciones interpersonales:** Competencia para interactuar positivamente con las demás personas, y establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que bloqueen el crecimiento personal.
- e. **Toma de decisiones:** Capacidad para evaluar diferentes posibilidades, teniendo en cuenta necesidades, valores y posibles consecuencias, tanto en la propia vida como en la de otras personas.
- f. **Solución de problemas y conflictos:** Destreza para manejar los conflictos de forma creativa y flexible, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.
- g. **Pensamiento creativo:** Utilizar los procesos de pensamiento para buscar respuestas innovadoras a los diversos desafíos vitales.
- h. **Pensamiento crítico:** Usar la razón, sentimientos y emociones, para ver la realidad desde perspectivas diferentes, para abordarla de formas novedosas.



- i. **Manejo de emociones y sentimientos:** Reconocer y gestionar positivamente las emociones y sentimientos en las diferentes personas y contextos.
- j. **Manejo de la tensión y el estrés:** Identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.

#### **8.1.3.4 Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental**

Implica, de una parte, el reconocimiento de otras culturas o prácticas culturales en razón de la diversidad regional y local, y de otra, promover las cosmovisiones, valores, rituales y creencias que favorezcan los procesos propios de interacción a nivel comunitario, familiar e individual, así como la identidad de los grupos étnicos.

El desarrollo de este eje desde el sector salud se dará a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida; con la participación de los demás sectores según su competencia. Esta ruta, de carácter individual y colectivo, promueve la salud mental, previene los riesgos asociados a los trastornos mentales y genera cultura del cuidado de la salud mental en las personas, familias y comunidades e incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica, y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

### **8.2 Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia.**

#### **8.2.1 Definición y alcance:**

Se refiere a las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo y las dirigidas a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida. En salud mental, la prevención se enfoca primordialmente en la modificación de conductas y condiciones de riesgo en personas, familias y comunidades, tales como la vivencia de hechos traumáticos, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el bajo apoyo social y la disfuncionalidad familiar.

#### **8.2.2 Objetivo:**

Mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia en los entornos donde las personas se desarrollan.



### **8.2.3 Estrategias:**

#### **8.2.3.1 Cualificar los dispositivos de base comunitaria adaptándolos,**

cuando sea necesario, a la medicina tradicional y las formas organizativas propias. Estos dispositivos son espacios relacionales en los entornos educativo, laboral, comunitario e institucional donde se realizan procedimientos de:

- a. Detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia.
- b. Primeros Auxilios Psicológicos e intervención en crisis.
- c. Educación en salud mental.
- d. Remisión oportuna a los servicios sanitarios y sociales.

#### **8.2.3.2 Prevención de la conducta suicida**

- a. Restringir el acceso a medios letales, tales como sustancias tóxicas, armas de fuego y disponer barreras mecánicas para evitar caídas desde la altura.
- b. Ampliar la cobertura territorial de las líneas telefónicas de ayuda, y cualificar las existentes.
- c. Capacitar a los actores de los medios de comunicación acerca de cómo informar sobre suicidio.

#### **8.2.3.3 Fortalecer las acciones de prevención de la epilepsia:**

- a. Identificar y gestionar oportunamente la salud materno-perinatal para evitar secuelas neurológicas derivadas de alteraciones en ese periodo crítico de la vida.
- b. Prevención de accidentes de movilidad vial para evitar secuelas neurológicas y psiquiátricas
- c. Ampliar las coberturas del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) para prevenir infecciones del sistema nervioso central.
- d. Reducir la infección del sistema nervioso central por parásitos como el cisticerco.
- e. Mejorar el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y del riesgo cerebrovascular para evitar las secuelas neurológicas asociadas.



#### **8.2.3.4 Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en salud mental y epilepsia en la atención de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna.**

El desarrollo de este eje desde el sector salud se dará a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida; con la participación de los demás sectores según su competencia.

### **8.3 Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral)**

#### **8.3.1 Definición y alcance.**

Se refiere a la organización y complementariedad de las acciones de los actores de sistema de salud para responder a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades. Según la Política Integral de Atención en Salud, la integralidad en la atención comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad. Para su desarrollo requiere adicionalmente de la integración exitosa de la salud mental a la atención primaria de salud mental que promueve el respeto de los derechos humanos.

#### **8.3.2 Objetivo:**

Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental.

#### **8.3.3 Estrategia:**

***Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia.***

- a. Mejorar los servicios de baja complejidad que faciliten el acceso y la atención integral en salud mental y epilepsia de las personas en el territorio, vinculando a gestores comunitarios.
- b. Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran.
- c. Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial.
- d. Realizar los procesos de gestión necesarios para el funcionamiento de las redes integrales de atención, tales como la formación continua y suficiencia del talento

humano, habilitación y acreditación, definición de procesos y procedimientos de atención, definición de mecanismos de contratación y pago, adaptación intercultural participativa de los servicios en salud mental y epilepsia para la atención de población étnica.

- e. Fortalecer el sistema de información para el seguimiento y monitoreo de la provisión de servicios.

Este eje se desarrollará a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental; con intervenciones individuales y colectivas dirigidas tanto a evitar la aparición de condiciones específicas en salud mental como a realizar el diagnóstico y la remisión oportuna para el tratamiento.

## **8.4 Rehabilitación integral e Inclusión social.**

### **8.4.1 Definición y alcance:**

Es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima en los aspectos funcionales físicos, psicológicos, educativos, sociales, y ocupacionales, con el fin de lograr equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Incluye la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud local.

La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia. Implica de esta manera, la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación.

### **8.4.2 Objetivo:**

Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional), hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros.

### **8.4.3 Estrategia**

Ampliar la cobertura y cualificar la implementación de la Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental:

- a. Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia.
- b. Remitir oportunamente los casos detectados a los servicios de salud y a otros sectores, y realizar seguimiento con la familia y la comunidad.
- c. Apoyar y acompañar a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales incluyendo el fortalecimiento de capacidades para el manejo del trastorno mental.
- d. Conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua.
- e. Fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social.
- f. Fortalecer redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales.
- g. Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.

El desarrollo de este eje se dará mediante la implementación Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida y las Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental.

## **8.5 Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.**

### **8.5.1 Definición y alcance:**

Se refiere, en principio, a la integración de varios sectores con una visión conjunta para resolver problemas sociales; es así que todas las políticas públicas que busquen el desarrollo global y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, deben ser planeadas e implementadas intersectorialmente. Desde la perspectiva de las políticas en salud se considera que la articulación y coordinación entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales aprovechando productivamente los recursos (saberes, experiencias, medios de influencia, recursos económicos, etc.) y las diferencias existentes.

La articulación intersectorial debe considerar:

- a. Descripción de las acciones y estrategias dirigidas a la identificación y transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida.
- b. Diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.
- c. La promoción, fortalecimiento y gestión de lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fun-

damental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos (parágrafo del artículo 33, L. 1616/13)

Dichas acciones, por su naturaleza, son susceptibles de convocar a otros entes o autoridades, siempre teniendo presente el principio de colaboración armónica y la necesidad de concertación previa, sin que la expedición de la política pública sea el escenario para atribuir funciones o hacer mención de aquellas ya previstas en el ordenamiento.

### 8.5.2 Objetivo

Promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo mediante la articulación de los diferentes procesos de gestión de la salud pública a los objetivos, principios y alcance de la presente Política Nacional de Salud Mental.

### 8.5.3 Estrategia

**Gobernanza multinivel:** Responsabilidad compartida entre los distintos niveles de gobierno y permite a las autoridades públicas combinar sus experiencias para un mejor resultado del proceso de planificación e implementación de las políticas públicas. Para el caso del presente instrumento de política precisa responsabilidades por niveles, con la participación del Consejo Nacional y los consejos departamentales de salud mental, así:

- a. **Municipal, distrital y departamental:** Incluye la adopción y adaptación de la Política en lo territorial, la formulación, evaluación y seguimiento de planes de acción quinquenales, y la gestión de acciones y recursos para la implementación efectiva, vinculando dichas acciones a los instrumentos de planeación territorial.
- b. **Nacional sectorial:** Formulación, evaluación y seguimiento de los planes nacionales sectoriales quinquenales en salud mental, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública y el CONPES de salud mental cuando este sea expedido.
- c. **Nacional intersectorial:** Formulación y seguimiento al CONPES salud mental.
- d. **Gestión del conocimiento local y nacional** mediante el fortalecimiento de líneas de investigación con actores académicos, el fortalecimiento del observatorio nacional de salud mental y la vigilancia es salud pública de la conducta suicida y las violencias.

Este eje se desarrollará a través de los procesos de gestión de la salud pública descritos en la Resolución 518 de 2015 expedida por este Ministerio.

Como prioridad para la implementación de la presente política se deben considerar los siguientes sujetos de especial protección: mujeres, niños, niñas y adolescentes, grupos étnicos, población LGBTI, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, población en emergencias y desastres, población privada de la libertad, migrantes y otras poblaciones vulnerables.



## 9. Monitoreo, evaluación y seguimiento de la política nacional de salud mental

La metodología para el monitoreo, evaluación y seguimiento de la presente política será la propuesta por la Guía para la Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social del Ministerio de Salud. Los indicadores y metas a utilizar en este proceso serán los definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y en los posteriores planes quinquenales, y deberán ser incluidos en el Observatorio Nacional de Salud Mental.

Para el periodo comprendido entre la expedición de la presente política y el 2021 el monitoreo, seguimiento y evaluación se realizarán con base en las siguientes metas:

### Metas de Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Promoción de la salud mental y la convivencia	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia
a. A 2021 aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en la población general.	a. A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.
b. A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población general.	b. A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.
c. A 2021 aumentar en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población general.	c. A 2021 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.
d. A 2021 aumentar al 60% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.	d. A 2021 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal.
e. A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	e. A 2021 el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar.
f. A 2021, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.	f. A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.

El Consejo Nacional de Salud Mental, como instancia técnica consultiva bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, será el responsable de hacer el seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.





## 10. Bibliografía

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020. Ginebra, 2013.
2. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). Panorama general, Informe sobre Desarrollo humano 2016. Estados Unidos, 2016.
3. FAYDI Edwige, et al. An assessment of mental health policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia [en línea]. *Send to Health Res Policy Syst.* 2011 Apr 8; 9:17. doi:10.1186/1478-4505-9-17. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477285>
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, 2013.
5. JENKINS, Rachel. Supporting governments to adopt mental health policies [en línea]. *World Psychiatry.* 2003 Feb; 2(1): 14–19. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525068/>.
6. RODRIGUEZ GARCÍA, J. et al. Estimación de la carga global de enfermedad en Colombia 2012: nuevos aspectos metodológicos [en línea]. *Rev. Salud Pública.* 19 (2): 235-240, 2017. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n2/0124-0064-rsap-19-02-00235.pdf>
7. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015 [en línea]. Bogotá, 2016. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
8. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Boletín de Salud Mental, Conducta Suicida [en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
9. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe de Evento, Intento de Suicidio 2017, Colombia [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%202017.pdf>
10. Bodega de datos SISPRO, Estadísticas vitales, DANE. Consultado en septiembre de 2018.
11. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias



- psicoactivas, 2018 [en línea]. Disponible en Internet: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052018\\_lineamientos\\_nacional\\_prevention\\_spa.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052018_lineamientos_nacional_prevention_spa.pdf)
12. Moss, H.B. The impact of alcohol on society: a brief overview. *Send to Soc Work Public Health*. 2013; 28(3-4):175-7. doi: 10.1080/19371918.2013.758987.
  13. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. *Forensis 2017* [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82>
  14. FUNDACIÓN ESCUELA PARA LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN DIABETES Y NUTRICIÓN. *Relación entre la obesidad y la salud mental* [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/obesidad.aspx>
  15. Tamayo, D. y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112 [en línea]. Disponible en Internet: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21619/17807>
  16. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA. *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia, 2016* [en línea]. Disponible en Internet: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016\\_estudio\\_consumo\\_escolares\\_2016.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf)
  17. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* [en línea]. Disponible en Internet: <https://amsm.es/2017/07/21/naciones-unidas-informe-del-relator-especial-sobre-el-derecho-de-toda-persona-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-de-salud-fisica-y-mental/>
  18. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Observatorio de Talento humano en Salud. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015-2030 (trabajo en discusión)* [en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>
  19. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. Información del talento humano en salud para la gente*



[en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/rethus-observatorio.pdf>

20. GONZÁLEZ L. M, PEÑALOZA R.E, MATA LLANA M. A, GIL F, GÓMEZ RESTREPO C, VEGA LANDAETA A.P. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia [en línea]. Revista colombiana de psiquiatría. 2016;45(S1):89–95. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80650839012.pdf>
21. Martha Nusbaum. Crear Capacidades propuesta para el desarrollo. 2016
22. SARMIENTO SUÁREZ MJ. Salud Mental y Desarrollo. ISSN: 0120-5498 · Med. 39 (3) Sep: 246-254 · Julio - septiembre 2017. Consultado en [revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/download/118-7/1488/](http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/download/118-7/1488/)
23. EXPÓSITO MOLINA Carmen. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. 2012
24. ORTIZ HERNÁNDEZ L.; LÓPEZ MORENO I S.; BORGES G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. Cad. Saúde Pública vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2007.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [en línea]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
26. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las RIAS. Bogotá, 2016.



## 11. Siglas

<b>AMS</b>	Asamblea Mundial de la Salud
<b>APD</b>	Años de Vida Sana Perdidos por Discapacidad
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>ASIS</b>	Análisis Situacional de Salud
<b>AVAD</b>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<b>AVPP</b>	Años de Vida Potencialmente Perdidos
<b>CNSM</b>	Consejo Nacional de Salud Mental
<b>DSS</b>	Determinantes social de salud
<b>FAP</b>	Fracción o el porcentaje de Riesgo Atribuible a la Población.
<b>ENSM</b>	Encuesta Nacional de Salud Mental
<b>ENT</b>	Enfermedades No Transmisibles
<b>EVS</b>	Estilos de Vida Saludable
<b>LGTBI</b>	Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONS</b>	Observatorio Nacional de Salud Mental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PDSP</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>PNSM</b>	Política Nacional de Salud Mental
<b>SENT</b>	Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SM</b>	Salud Mental
<b>SND</b>	Sistema Nacional de Discapacidad



## TIEMPO PROMEDIO DE DURACIÓN DE UN PROCESO EN LA JURISDICCIÓN AGRARIA

Para dar respuesta a esta pregunta primero hay que advertir que los procesos agrarios se manejan por dos tipos de procedimientos: Los procesos adelantados por la normativa establecida en el Decreto Único 1071 de 2015 y los procesos que se rigen por el Procedimiento Único establecido en el Decreto Ley 902 de 2017.

Pues bien, frente al procedimiento contemplado en el Decreto Único y que involucra aquellos casos de rezago podemos exponer que dicho procedimiento contempla tres etapas:

### PROCEDIMIENTO DECRETO ÚNICO 1071 DE 2015

#### 1. ETAPA PREVIA: CONFORMACIÓN DE EXPEDIENTE

Es la etapa en donde la ANT busca definir si corresponde dar inicio o no al proceso agrario conforme a un análisis del material probatorio recabado en primera instancia.

Aquí se identifica la situación física, jurídica, cartográfica, catastral, registral y de explotación del inmueble.

Se puede ordenar vista al predio de manera opcional, pero para el proceso de extinción de dominio es obligatoria.

**No hay término legal establecido para esta etapa** y se comunica a los interesados el auto de conformación, sin embargo, si la decisión es no conformar el expediente, los solicitantes y el ministerio público podrán interponer recurso de reposición dentro de los tres días de expedido el acto administrativo.

Después de valoradas las pruebas si hay mérito, la administración expide la **Resolución de Inicio**, la cual se ordena inscribir en el folio de matrícula del bien objeto de estudio y **se notifica** personalmente o por aviso a los titulares de derecho real, ocupantes del predio, Autoridad Ambiental.

Contra este acto **procede recurso de reposición.**

#### 2. ETAPA PROBATORIA

En firme la resolución de inicio, las partes tendrán 5 días para solicitar y aportar las pruebas pertinentes, útiles y conducentes.

La carga de la prueba corresponde a los particulares, pero la ANT podrá de oficio decretar o practicar las pruebas que considere necesarias.



Pasado los 5 días, la ANT deberá expedir el **Auto de Pruebas** en el cual se decretarán las pruebas solicitadas por las partes que resulten pertinentes útiles y conducentes, así como las que de oficio considere el Instituto mediante auto contra el que no procede recurso alguno.

Posteriormente se expide **Auto** que fija fecha y hora para la inspección ocular. Esta providencia se comunicará a las partes, a los solicitantes que sean sujetos de reforma agraria y a los terceros interesados, mediante oficio al que se le anexará copia del acto y el cual se remitirá a la dirección que obre en el expediente, así mismo se enviará a la Procuraduría General de la Nación, al Procurador Delegado para Asuntos Ambientales que corresponda.

Una vez realizada la inspección, se levanta un acta de la diligencia y posteriormente se debe elaborar un informe técnico.

### CIERRE DE ETAPA PROBATORIA

El periodo probatorio no podrá exceder los treinta (30) días. Vencido dicho término y practicadas las pruebas decretadas, el INCODER dictará auto, que se comunicará por estado y frente al cual no cabe recurso alguno, en este se dispondrá el cierre de la etapa probatoria y se ordenará remitir el expediente al despacho, para sustanciar y proferir la decisión final.

### 3. ETAPA FINAL

Expedido el auto que cierra la etapa probatoria y marca el inicio de la fase decisoria del procedimiento respectivo, el expediente entrará al despacho por un término de quince (15) días, dentro de los cuales se proferirá la decisión de fondo que ponga fin a las actuaciones.

Esta decisión admite serán notificadas a quienes intervinieron en el proceso y al Procurador Ambiental y Agrario en la forma prevista en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y contra las mismas sólo procede el recurso de reposición ante el mismo funcionario que dictó la providencia en los términos del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**NOTA:** Contra las resoluciones dictadas en los procedimientos agrarios de extinción del derecho de dominio, recuperación de baldíos indebidamente ocupados, clarificación de la propiedad y deslinde de tierras de la Nación también procede la acción de revisión ante el Consejo de Estado en única instancia, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la firmeza de la respectiva resolución.

Ahora bien, atendiendo a la cantidad de casos que se adelantan en el marco de los distintos procesos agrarios es importante mencionar que el Ministerio de Agricultura y Desarrollo rural para el año de 2015 adelantó una consultoría con la UPRA que permitió adelantar una *“Evaluación de operaciones y resultados de los procedimientos administrativos especiales agrarios”* durante la vigencia de la ley 160 de 1994, dando



como resultado que el proceso de Extinción del derecho de dominio ha tardado en promedio **17,5 años**, y los de Deslinde de tierras de la Nación con una duración media de **15,6 años**.

Por su parte, los procesos relacionados con recuperación de tierras de la Nación y clarificación de la propiedad son los que menos han demorado con **5 y 4,7 años**, respectivamente (UPRA, 2015).

## PROCEDIMIENTO ÚNICO DECRETO LEY 902 DE 2017

El Procedimiento Único es un trámite administrativo dispuesto en el Decreto-Ley 902 de 2017 que tiene por objeto definir la ritualidad procesal que ha de surtir para el desarrollo de los trámites de carácter administrativo competencia de la Agencia Nacional de Tierras – ANT, conforme las disposiciones del artículo 58<sup>1</sup> de la señalada norma.

Este procedimiento se caracteriza por contar con dos fases. La primera de ellas se denomina “*Fase Administrativa*” y corresponde a las actuaciones que gestiona de manera directa la Agencia Nacional de Tierras. La segunda parte del procedimiento se denomina “*Fase Judicial*” y comprende las actuaciones de carácter jurisdiccional a las que se pueden ver sometidas los asuntos atendidos, siempre que estos no puedan ser resueltos por parte de la Agencia dentro de la Fase Administrativa.

Para efectos del presente documento, se realizará el análisis de la denominada “*Fase Administrativa*” dentro del trámite de formalización de la propiedad rural.

Inicialmente, es de anotar que lo correspondiente a la fase administrativa del Procedimiento Único de Ordenamiento Social de la Propiedad se encuentra reglado por lo contenido en el Decreto Ley 902 de 2017 y la Resolución No. 740 de 2017, junto con sus resoluciones de modificación y adición<sup>2</sup>.

Esta Fase se compone de dos etapas que se denominan la “*Etapas Preliminar*” y la “*Etapas Administrativa*”. Dichas etapas se caracterizan por lo siguiente:

➤ *Etapas Preliminar*

<sup>1</sup> A través del Procedimiento Único se adelantarán los siguientes asuntos:

1. Asignación y reconocimiento de derechos de propiedad sobre predios administrados o de la Agencia Nacional de Tierras.
2. Asignación de recursos subsidiados o mediante crédito para la adquisición de predios rurales o como medida compensatoria.
3. Formalización de predios privados.
4. Clarificación de la propiedad, deslinde y recuperación de baldíos de que trata la Ley 160 de 1994.
5. Extinción judicial del dominio sobre tierras incultas de que trata la Ley 160 de 1994.
6. Expropiación judicial de predios rurales de que trata la Ley 160 de 1994.
7. Caducidad administrativa, condición resolutoria del subsidio, reversión y revocatoria de titulación de baldíos de que trata la Ley 160 de 1994.
8. Acción de resolución de controversias sobre la adjudicación de que trata el presente decreto ley.
9. Acción de nulidad agraria de que trata el presente decreto ley.
10. Los asuntos que fueren objeto de acumulación procesal conforme al artículo 56.

<sup>2</sup> Resolución 3234 de 2018 y 12096 de 2019





El objeto de esta etapa es definir la pertinencia y conducencia de dar inicio al procedimiento único respecto de un caso particular, mediante el acopio de la información que permita a la Agencia determinar si la problemática que se pretende atender encuadra con alguna de las pretensiones enlistadas en el artículo 58 del Decreto-Ley 902 de 2017.

Se compone de las siguientes actividades:

- *Recepción de la solicitud de Inicio:* Corresponde a la recepción y valoración de la solicitud de inicio de actuación administrativa. Dicha solicitud puede provenir de cualquier persona natural o jurídica, de derecho privado o público. Si se identifica que la solicitud se encuentra incompleta, conforme lo dispuesto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, puede requerirse al peticionario la complementación de la información.
- *Elaboración del Documento Previo de Análisis Predial – DPAP:* es el documento con el cual se da la apertura al respectivo expediente. Además, en este se consignará de manera breve y sucinta la situación física, jurídica y de tenencia del bien inmueble, para su identificación y verificación de posible asunto a tratar.
- *Acto Administrativo de Conformación o no conformación del expediente:* Realizado el DPAP y conforme los hallazgos realizados en el mismo, se procederá a la expedición del acto administrativo que da apertura a la actuación preliminar, el cual ordenará la conformación del expediente y el desarrollo de las actividades que se consideren necesarias para el progreso de esta, entre ellas, la práctica de la visita de campo al predio o la justificación de su no realización.

Así mismo, y solo para el desarrollo procesos administrativos<sup>3</sup> en zonas no focalizadas, si se identifica con la información del DPAP que no es pertinente ni conducente el inicio de actuación administrativa alguna respecto del predio objeto de la solicitud, se procederá a la expedición del acto administrativo que dispondrá la no conformación del expediente y posterior archivo de la solicitud. Frente a este acto administrativo proceden los recursos de ley.

- *Realización de visitas de campo:* Una vez identificada la necesidad del adelantamiento de la visita de campo, se llevará a cabo la misma por parte de funcionarios de la Agencia Nacional de Tierras, quienes realizarán la identificación física, jurídica, social y de tenencia del predio (opcional)
- *Informe Técnico Jurídico Preliminar:* con la información recopilada en campo y/o la información documental obrante en el expediente, se realizará la proyección del informe técnico jurídico preliminar el cual contendrá los aspectos sustanciales relevantes para ordenar la apertura de alguno de los asuntos contenidos en el artículo 58 del Decreto-Ley 902 de 2017. En caso de que se considere necesario, el informe técnico jurídico preliminar también podrá sugerir la recopilación de más información, aclarar alguna de las pruebas inicialmente recopiladas y/o establecer la inexistencia de supuestos de hecho y de derecho para el inicio del procedimiento administrativo y en consecuencia concluir el archivo de la actuación.

<sup>3</sup> De aquellos que tratan los numerales 3, 4, 5, 7 y 8 del artículo 58 del Decreto Ley 902 de 2017.



- *Acto Administrativo de no Inicio de Ruta:* Cuando el informe técnico jurídico preliminar identifique la inexistencia de supuestos de hecho y de derecho para el inicio del procedimiento administrativo y en consecuencia concluya el archivo de la actuación, se expedirá un acto administrativo para tal fin que dará por terminada la actuación administrativa adelantada. Contra dicho acto administrativo proceden los recursos de Ley.

Así las cosas, y siempre que sea viable el inicio del estudio de cualquiera de los asuntos objeto de su competencia (contenidos en el artículo 58 del Decreto Ley 902 de 2017), se continuará con la siguiente parte de la fase administrativa la cual se denomina “*Etapa Administrativa*”.

➤ Etapa Administrativa

Una vez agotada la etapa preliminar, se da inicio a la “*Etapa Administrativa*”, en la que se desarrolla el procedimiento propiamente dicho, y se adoptan los actos administrativos tendientes a atender y resolver la pretensión u ordenar la presentación de la demanda frente a la jurisdicción correspondiente, para que el juez en sede judicial resuelva la problemática objeto de estudio, según el caso.

La “*Etapa Administrativa*” se compone de las siguientes actuaciones:

- *Acto Administrativo de apertura o inicio:* mediante el presente acto administrativo se da apertura a la etapa administrativa del procedimiento único. Dentro del mismo ha de incluirse de manera primordial la naturaleza del asunto a atender, así como las partes que se identificaron como intervinientes dentro del proceso a causa de la posible afectación de derechos existentes o como titulares de los mismos.

Además, debe contener la información más relevante del Informe Técnico Jurídico preliminar, haciendo hincapié en la identificación clara y precisa del predio que será objeto de estudio y ordenará su inscripción dentro del respectivo folio de matrícula inmobiliaria, cuando lo hubiere, a fin de dar publicidad a la actuación.

El acto administrativo de apertura o inicio se debe notificar a los interesados identificados, comunicar al ministerio público y publicar en la página electrónica de la Agencia y del municipio donde se ubique el predio, así como en un medio masivo de comunicación local, con el fin de salvaguardar los derechos de terceros que puedan llegar a verse afectados con el procedimiento que se adelantará.

Es de señalar que contra el acto administrativo de apertura o inicio no procede recurso alguno.

Cumplidas las anteriores formalidades, encontrándose ejecutoriado el acto administrativo de apertura, se correrá traslado de este por un término de diez (10) días a los intervinientes, en el cual podrán solicitar las pruebas que consideren pertinentes y conducentes para el asunto respectivo.

- *Acto administrativo de pruebas:* una vez cumplido el término del traslado, se procederá a la expedición del acto administrativo que decreta las pruebas que tendrán en cuenta dentro del proceso. Estas pruebas pueden ser formuladas a



solicitud de parte o requeridas de oficio, siempre que las mismas se consideren pertinentes, conducentes y útiles para el esclarecimiento de la pretensión formulada. Si se identifica que alguna de las pruebas solicitadas no cumple con los requisitos señalados, podrá ser desestimada.

Se intentará evitar la realización de visitas de campo adicionales, no obstante, podrá realizarse la práctica de una diligencia de inspección ocular siempre que se identifique la necesidad de practicar estudios técnicos de campo adicionales y/o complementarios, o cuando alguno de los intervinientes así lo solicite. Sin embargo, en el segundo de los casos, el solicitante deberá sufragar los gastos que se generen de la misma dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del acto administrativo que la decreta, dejando de presente que, si el pago no se realiza en dicho término, se entenderá desistida la solicitud<sup>4</sup>.

El acto administrativo que decreta pruebas será susceptible de recurso de reposición en los términos del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

- *Informe Técnico Jurídico Definitivo:* corresponde al informe en el que se consignarán los hallazgos realizados del estudio adelantado del predio particular conforme las pruebas practicadas.

Además, y cuando haya lugar, se incluirá en este informe los resultados obtenidos del estudio de las oposiciones presentadas por los intervinientes en la Audiencia de Exposición Pública de Resultados.

Por último, dentro del presente informe se sugerirá la decisión a adoptar dentro del procedimiento adelantado, partiendo del análisis de todos los elementos probatorios obrantes en el expediente.

- *Acto administrativo de Cierre del trámite administrativo:* dentro del acto administrativo de cierre se identificará la procedencia de continuar con la actuación y ordenará la presentación de la demanda frente a la jurisdicción correspondiente.

Dicho acto administrativo de cierre puede ser objeto de los recursos de ley, conforme las disposiciones del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Frente a los términos que dura el procedimiento único es importante advertir que la Agencia Nacional de Tierras ha manifestado en diferentes escenarios que el mismo transcurre en 18 meses desde la solicitud de inicio. Pues bien, la realidad operativa de la Subdirección de Procesos Agrarios y Gestión Jurídica no ha llegado a la fecha a la etapa de cierre de ningún caso adelantado por dicho procedimiento y esto en razón al volumen de casos y su limitada estructura operativa, por lo cual el término establecido entra en discusión frente a la realidad de la Entidad.

<sup>4</sup> Lo aquí señalado no aplicará para las personas que hayan sido identificadas como sujetos de acceso a tierras y formalización a título gratuito.






El campo  
es de todos

Minagricultura



Calle 43 No.57-41 Bogotá, Colombia  
**Sede Servicio al Ciudadano**  
Cra 13 No. 54-55 Piso 1, Torre SH, Bogotá  
**Línea de atención en Bogotá**  
(+57 1) 5185858, opción 0

 /agencianacionaldetierras  
 /agenciatierrez  
 /AgenciaTierras

<https://www.agenciadetierras.gov.co/>

**Anexo. Tablas de datos Derecho a la Alimentación**

**COMPONENTE: Acceso a alimentos**

ENTIDAD	No. Proyectos	Inv. Transversal (Millones\$)	Ejecución Transversal (Obli/Aprop)	Avance Metas	VER
Agricultura y Desarrollo Rural: UPRA	1	\$9.800,00	0,0%	45	Ver
Inclusión Social y Reconciliación: DPS	3	\$972.000,07	35,8%	92,66	Ver
Presidencia de la República: Presidencia	1	\$ 1.000,00	12,2%	5	Ver
Salud y Protección Social: MinSalud	1	\$ 996,00	17,3%	38	Ver
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>\$ 983.796,07</b>	35,4%	92,04	

**COMPONENTE: Calidad e inocuidad**

ENTIDAD	No. Proyectos	Inv. Transversal (Millones\$)	Ejecución Transversal (Obli/Aprop)	Avance Metas	VER
Agricultura y Desarrollo Rural: ICA	1	10072,5741	0,040127	53	Ver
Salud y Protección Social: INS	1	410	0	66	Ver
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>10482,5741</b>	0,038558	53,51	

**COMPONENTE: Consumo y aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos**

ENTIDAD	No. Proyectos	Inv. Transversal (Millones\$)	Ejecución Transversal (Obli/Aprop)	Avance Metas	VER
Inclusión Social y Reconciliación: ICBF	2	328023,7216	0,143498	61,9	Ver
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>328023,7216</b>	0,143498	61,9	

**COMPONENTE: Disponibilidad de alimentos**

ENTIDAD	No. Proyectos	Inv. Transversal (Millones\$)	Ejecución Transversal (Obli/Aprop)	Avance Metas	VER
Inclusión Social y Reconciliación: DPS	1	1000	0	0	Ver
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1000</b>	0	0	

## CONSOLIDADO

Dimensión	Valor (Millones\$)
1_ Acceso	\$ 983.796
2_ Calidad e inocuidad	\$ 10.483
3_ Consumo y aprovechamiento	\$ 328.024
4_ Disponibilidad	\$ 1.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.323.302</b>

Estimación con base en PGN	
Valor en \$ - Trazador PSAN	\$ 1.323.302.364.287
Valor PGN 2020 (inversión)	\$ 48.000.000.000.000

<b>Participación PSAN en PGN</b>	<b>2,8%</b>
----------------------------------	-------------

## Población atendida en servicios de primera infancia en los cuales se brinda complementación alimentaria

Año	Niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses					
	Total	Sin información*	Sin autoreconocimiento étnico	Indígenas	NARP **	Rrom o gitanos
2015	1872102	145919	1503401	99593	12308 2	107
2016	1911787	10859	1636138	135273	12944 7	70
2017	2055164	12820	1790917	135505	11585 4	68
2018	2083927	13514	1881769	134694	53921	29
2019	1962861	128876	1607307	144321	82342	15

Año	Mujeres gestantes y lactantes					
	Total	Sin información*	Sin autoreconocimiento étnico	Indígenas	NARP **	Rrom o gitanos
2015	319585	38519	238525	18823	23670	48
2016	344112	4871	276669	32924	29645	3
2017	273363	3230	219209	23885	27036	3
2018	243064	1056	206766	19813	15427	2
2019	225722	2914	186236	19596	16974	2

\* Datos reportados en el Sistema Cuéntame en los que la pertenencia étnica no fue registrada.

\*\* NARP: Comunidad Negros, Afroscolombianos, Raizales y Palenqueros

**Población atendida en servicios de nutrición en los cuales se brinda complementación alimentaria**

Año	Modalidad	Niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses					
		Pertenencia Étnica					
		Total	Sin información <sup>a</sup>	Sin autoreconocimiento étnico	Indígenas	NARP <sup>b</sup>	Rrom o gitanos
2015	Centros de recuperación Nutricional	14.196	1.652	4.555	6.738	1.250	1
	1000 días para cambiar el mundo	40.095	7.434	13.950	15.639	3.071	1
2016	Centros de recuperación Nutricional	14.019	967	5.206	6.144	1.701	1
	1000 días para cambiar el mundo	19.496	1.774	9.606	5.585	2.531	-
2017	Centros de recuperación Nutricional	1.702	1.364	191	102	45	-
	1000 días para cambiar el mundo	19.421	8.154	8.824	2.053	154	-
2018	Centros de recuperación Nutricional	1.384	-	457	731	196	-
	1000 días para cambiar el mundo	25.195	121	17.089	6.618	1.367	-
2019	Centros de recuperación Nutricional	1.361	-	304	844	213	-
	1000 días para cambiar el mundo	30.690	-	19.528	9.263	1.899	-

Año	Modalidad	Mujeres gestantes y lactantes					
		Pertenencia Étnica					
		Total	Sin información <sup>a</sup>	Sin autoreconocimiento étnico	Indígenas	NARP <sup>b</sup>	Rrom o gitanos
2015	Centros de recuperación Nutricional	6	-	1	4	1	-
	1000 días para cambiar el mundo	17.257	4.758	6.937	3.765	1.796	1
2016	Centros de recuperación Nutricional	98	-	1	95	2	-
	1000 días para cambiar el mundo	14.736	1.758	8.453	2.803	1.721	1



2017	Centros de recuperación Nutricional	-	-	-	-	-	-
	1000 días para cambiar el mundo	9.390	6.774	2.146	359	347	-
2018	Centros de recuperación Nutricional	-	-	-	-	-	-
	1000 días para cambiar el mundo	7.679	74	5.502	1.668	1.668	-
2019	Centros de recuperación Nutricional	-	-	-	-	-	-
	1000 días para cambiar el mundo	12.593	-	8.496	3.303	793	1

<sup>a</sup> Datos reportados en el Sistema Cuéntame en los que la pertenencia étnica no fue registrada

<sup>b</sup> NARP: Comunidad Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros

**En el marco de los programas de ICBF se presentan las siguientes prevalencias de retraso en talla en los niños y niñas beneficiarios de estos programas**

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Población con retraso en talla en los servicios de Primera Infancia	208,476	206,272	234,137	228,317	224,369	153961
% Población con retraso en talla en los servicios de Primera Infancia	16,2%	16,2%	16,6%	15,9%	15,9%	14,10%
Población con retraso en talla en Centros de Recuperación Nutricional	1,921	1,857	1,143	996	1,094	460
% Población con retraso en talla en Centros de Recuperación Nutricional	61,3%	67,4%	60,9%	65,1%	67%	72,1%
Población con retraso en talla en 1.000 días para cambiar el mundo**	-	-	5,809	7,646	9,269	6,504
% Población con retraso en talla en 1.000 días para cambiar el mundo**	-	-	30,8%	30,7%	30,3%	28,1%

**Fuente:** Sistema de Información Misional Cuéntame Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

\* Para la vigencia 2020, se reporta los datos consolidados al primer trimestre con corte a 15 de abril de 2020 para Primera Infancia y 31 de mayo para CRN y 1000 días para cambiar el mundo.

\*\* Su implementación se lleva a cabo desde el año 2017

Frente a la inseguridad alimentaria en el hogar, medida desde la Escala Latinoamericana de Seguridad Alimentaria – ELCSA a través de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN, se reporta la siguiente prevalencia a nivel nacional y departamental

Categoría	Prevalencia de hogares en seguridad/inseguridad alimentaria 2015																		
	n <sup>a</sup>	Seguros			Inseguridad alimentaria			Grado de inseguridad alimentaria											
								Leve				Moderado		Severo					
		Leve marginal		Leve total		%	IC <sup>b</sup>	%	IC <sup>b</sup>	%	IC <sup>b</sup>					%	IC <sup>b</sup>		
%	IC <sup>b</sup>		%	IC <sup>b</sup>		%	IC <sup>b</sup>	%	IC <sup>b</sup>	%	IC <sup>b</sup>	%	IC <sup>b</sup>		%	IC <sup>b</sup>			
<b>Nacional</b>	44135	45,8	44,5	47,0	54,2	53,0	55,5	16,3	15,5	17,1	31,9	31,0	32,8	13,8	13,1	14,5	8,5	8,0	9,1
<b>Región Orinoquía Amazonía</b>	6416	36,0	33,8	38,3	64,0	61,7	66,2	16,4	13,8	19,4	35,3	33,6	37,0	18,0	16,2	20,0	10,6	9,4	11,9
<b>Departamentos</b>																			
Amazonas	837	41,0	37,7	44,5	59,0	55,5	62,3	^22,5	15,6	31,4	40,2	35,4	45,1	13,9	12,4	15,4	*4,9	3,1	7,7
Arauca	826	36,2	30,9	41,9	63,8	58,1	69,1	14,1	11,3	17,6	33,3	30,4	36,3	19,0	15,7	22,8	11,5	9,7	13,6
Casanare	803	41,1	35,4	47,0	58,9	53,0	64,6	17,6	15,2	20,4	36,8	33,0	40,8	15,2	12,9	17,8	*6,9	4,4	10,7
Guainía	647	43,0	39,6	46,5	57,0	53,5	60,4	10,6	8,8	12,7	26,1	23,3	29,1	20,4	17,9	23,1	10,5	8,5	13,0
Guaviare	792	38,6	34,6	42,8	61,4	57,2	65,4	19,5	17,0	22,2	39,6	36,1	43,2	15,2	12,8	18,0	6,6	5,3	8,1
Putumayo	1000	31,3	27,7	35,2	68,7	64,8	72,3	*15,1	9,5	23,2	34,2	31,1	37,4	20,7	16,5	25,6	13,8	11,7	16,3
Vaupés	609	43,3	39,3	47,4	56,7	52,6	60,7	25,7	20,0	32,5	38,3	34,7	42,1	9,7	7,3	12,8	8,6	6,6	11,3
Vichada	902	29,9	28,9	31,0	70,1	69,0	71,1	18,5	17,8	19,3	39,8	39,0	40,6	19,2	18,5	20,0	11,0	10,4	11,7
<b>Región Atlántica</b>	10812	35,0	32,5	37,5	65,0	62,5	67,5	16,0	14,8	17,2	29,9	28,4	31,5	18,7	17,5	20,1	16,3	14,6	18,2
<b>Subregiones:</b>																			
Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte	2214	34,0	28,8	39,5	66,0	60,5	71,2	18,4	15,4	21,8	32,2	28,8	35,8	19,4	16,7	22,4	14,5	11,6	17,9
Barranquilla Área Metropolitana	1132	42,7	36,3	49,4	57,3	50,6	63,7	13,6	11,4	16,1	27,9	24,5	31,6	16,5	13,5	20,0	12,9	10,4	15,8
Bolívar Sur, Córdoba, Sucre	3537	30,5	26,5	34,8	69,5	65,2	73,5	17,7	15,7	19,9	31,8	29,3	34,5	19,5	17,4	21,8	18,2	14,2	23,0
Cesar, La Guajira, Magdalena	3929	33,4	30,4	36,7	66,6	63,3	69,6	14,4	12,6	16,4	27,9	25,6	30,3	19,5	17,4	21,7	19,2	16,1	22,6
<b>Departamentos</b>																			
Atlántico	1549	41,2	35,7	46,9	58,8	53,1	64,3	13,4	11,6	15,5	27,5	24,5	30,6	17,4	14,8	20,4	13,9	11,6	16,6
Bolívar	1540	31,5	26,1	37,5	68,5	62,5	73,9	18,1	15,0	21,6	31,8	28,0	35,8	19,5	16,8	22,5	^17,2	12,4	23,3
Cesar	1380	35,7	32,0	39,6	64,3	60,4	68,0	16,5	14,1	19,2	29,0	25,9	32,3	17,9	15,7	20,3	17,5	13,7	22,0
Córdoba	1430	33,8	28,2	40,0	66,2	60,0	71,8	19,1	15,5	23,4	32,6	29,2	36,2	17,4	13,9	21,6	16,1	13,0	19,8

La Guajira	1224	30,7	26,1	35,8	69,3	64,2	73,9	10,6	8,0	13,9	24,5	20,3	29,2	19,3	15,6	23,7	25,5	20,8	30,8
Magdalena	1325	33,3	27,7	39,4	66,7	60,6	72,3	14,9	11,7	18,7	28,9	24,9	33,3	20,6	17,2	24,6	^1 7,1	11,9	24,0
San Andrés y Providencia	856	53,7	46,5	60,8	46,3	39,2	53,5	10,8	8,5	13,8	30,9	25,9	36,3	10,5	8,5	12,8	^4, 9	3,4	7,0
Sucre	1508	26,1	19,9	33,3	73,9	66,7	80,1	20,7	18,0	23,7	36,8	33,7	40,1	22,4	18,6	26,7	14, 7	12, 5	17, 2
<b>Región Central</b>	10802	50,7	48,5	52,8	49,3	47,2	51,5	13,3	12,3	14,3	28,2	26,8	29,6	13,2	12,1	14,4	8,0	7,1	9,0
<b>Subregiones:</b>																			
Antioquia sin Medellín	1432	40,9	34,8	47,4	59,1	52,6	65,2	11,8	9,6	14,4	28,2	25,2	31,4	17,9	14,9	21,4	12, 9	10, 0	16, 5
Caldas, Quindío, Risaralda	3762	56,0	53,1	58,8	44,0	41,2	46,9	13,8	12,3	15,4	28,4	26,5	30,4	11,3	9,9	12,9	4,3	3,5	5,3
Caquetá, Huila, Tolima	3865	44,0	39,7	48,3	56,0	51,7	60,3	16,1	14,4	17,9	31,1	28,2	34,2	16,9	14,6	19,4	8,0	6,3	10, 1
Medellín Area Metropolitana	1743	55,2	51,2	59,1	44,8	40,9	48,8	12,2	10,4	14,1	26,4	23,8	29,2	10,3	8,4	12,5	8,2	6,6	10, 1
<b>Departamentos</b>																			
Antioquia	3175	50,8	47,4	54,1	49,2	45,9	52,6	12,1	10,7	13,6	27,0	24,9	29,1	12,6	11,0	14,5	9,7	8,2	11, 3
Caldas	1245	60,2	54,8	65,4	39,8	34,6	45,2	12,8	10,6	15,3	26,9	23,6	30,5	10,0	7,7	13,0	*2. 9	1,9	4,4
Caquetá	993	44,5	37,3	52,1	55,5	47,9	62,7	13,4	11,4	15,7	31,0	26,6	35,7	16,3	13,4	19,7	8,2	6,0	10, 9
Huila	1492	46,4	40,8	52,1	53,6	47,9	59,2	16,5	14,2	19,1	31,2	27,9	34,7	14,4	11,7	17,5	8,0	6,4	10, 0
Quindío	1248	49,2	44,8	53,5	50,8	46,5	55,2	9,6	7,9	11,6	32,3	29,3	35,5	13,2	10,7	16,1	5,3	4,2	6,7
Risaralda	1269	55,3	51,2	59,3	44,7	40,7	48,8	16,4	13,9	19,2	28,0	25,1	31,1	11,6	9,4	14,3	^5, 1	3,7	6,9
Tolima	1380	42,2	35,4	49,3	57,8	50,7	64,6	16,4	13,8	19,5	31,2	26,3	36,5	18,7	14,9	23,1	*8, 0	5,2	12, 0
<b>Región Oriental</b>	6786	48,0	45,0	51,1	52,0	48,9	55,0	17,0	14,6	19,6	34,5	31,8	37,3	12,9	11,1	15,0	4,6	3,7	5,6
<b>Subregiones:</b>																			
Boyacá, Cundinamarca, Meta	3858	45,8	42,0	49,7	54,2	50,3	58,0	16,8	14,9	18,8	35,2	32,1	38,4	13,8	11,2	16,8	5,2	4,1	6,5
Norte de Santander, Santander	2928	51,2	46,9	55,6	48,8	44,4	53,1	^17,3	12,4	23,5	33,4	28,7	38,5	11,6	9,4	14,3	*3, 7	2,4	5,7
<b>Departamentos</b>																			
Boyacá	1376	40,3	33,9	47,2	59,7	52,8	66,1	16,4	14,4	18,7	37,5	34,2	40,9	^17,6	12,1	24,9	^4, 6	3,2	6,4
Cundinamar ca	1395	49,3	44,3	54,4	50,7	45,6	55,7	17,2	14,5	20,4	34,4	29,7	39,4	11,3	8,5	15,0	^4, 9	3,3	7,1
Meta	1087	41,5	32,2	51,4	58,5	48,6	67,8	15,1	11,8	19,2	33,6	28,1	39,7	16,9	13,6	20,7	^8, 0	5,9	10, 9
Norte de Santander	1441	51,8	44,8	58,9	48,2	41,1	55,2	13,7	11,9	15,8	29,1	23,9	34,9	13,0	10,6	15,8	6,1	4,7	8,0
Santander	1487	51,0	45,8	56,2	49,0	43,8	54,2	^18,8	12,5	27,3	35,3	30,4	40,5	11,1	8,2	14,8	*2. 7	1,6	4,4

<b>Región Pacífica</b>	6661	42,6	40,1	45,1	57,4	54,9	59,9	17,9	16,4	19,5	34,5	32,6	36,5	13,1	11,9	14,5	9,8	8,4	11,3
<b>Subregiones:</b>																			
Cali Area Metropolitana	1314	48,7	44,1	53,4	51,3	46,6	55,9	19,6	16,8	22,8	34,3	30,9	37,9	10,0	8,0	12,6	7,0	5,2	9,2
Cauca sin litoral, Nariño sin litoral	2243	38,6	34,3	43,1	61,4	56,9	65,7	16,1	13,1	19,7	35,8	30,9	41,0	17,4	14,9	20,3	*8,1	4,7	13,7
Litoral Pacífico	1942	25,5	21,0	30,5	74,5	69,5	79,0	8,6	6,8	11,0	24,3	21,1	27,9	20,8	18,5	23,2	29,5	24,7	34,8
Valle sin Cali ni litoral	1162	47,1	43,1	51,1	52,9	48,9	56,9	23,1	20,8	25,6	40,5	37,7	43,3	8,8	6,6	11,6	^3,6	2,6	5,1
<b>Departamentos</b>																			
Cauca	1306	36,1	28,3	44,8	63,9	55,2	71,7	17,4	14,5	20,6	37,3	32,3	42,5	17,1	14,1	20,5	*9,5	5,3	16,5
Chocó	1338	^23,2	17,0	30,9	76,8	69,1	83,0	8,3	6,3	10,9	23,9	19,7	28,8	19,4	16,4	22,7	^3,5	23,8	44,8
Nariño	1301	38,1	34,1	42,3	61,9	57,7	65,9	13,2	9,8	17,5	30,1	25,1	35,7	18,2	15,2	21,7	13,5	11,2	16,3
Valle del Cauca	2716	46,4	43,1	49,6	53,6	50,4	56,9	20,0	18,0	22,1	36,0	33,6	38,4	10,6	9,0	12,4	7,1	5,8	8,7
<b>Región Bogotá D.C.</b>	2658	49,8	46,0	53,6	50,2	46,4	54,0	19,3	17,2	21,6	33,9	31,2	36,7	11,3	9,6	13,3	4,9	3,7	6,6

a Número total de hogares en cada categoría sin ponderar.

^ Coeficiente de variación igual o mayor a 15 % y menor a 20 %, la precisión es aceptable

(\*) Coeficiente de variación igual o mayor a 20 % y menor a 30 %, la precisión es regular y por lo tanto la estimación debe ser usada con precaución.

### INDICE DE RURALIDAD Y ASIGNACIÓN PERCÁPITA DE TRANSFERENCIAS TERRITORIALES 2020

Código departamental	Departamento	Código municipal	Municipio	Índice ruralidad certificado 2020	SGP 2020*	Población DANE 2020	Per Cápita
05	Antioquia	05001	Medellín	0,238843098	1.019.548.876.854	2.533.424	402.439
05	Antioquia	05002	Abejorral	0,532980084	9.297.493.530	20.287	458.298
05	Antioquia	05004	Abriaquí	0,541802704	2.458.589.241	2.735	898.936
05	Antioquia	05021	Alejandría	0,449584246	3.356.152.489	4.698	714.379
05	Antioquia	05030	Amagá	0,497692883	7.832.312.011	31.283	250.370
05	Antioquia	05031	Amalfi	0,463349432	11.166.058.001	27.071	412.473
05	Antioquia	05034	Andes	0,517740250	16.704.985.529	44.199	377.949
05	Antioquia	05036	Angelópolis	0,511124372	4.337.410.172	5.841	742.580
05	Antioquia	05038	Angostura	0,584529579	8.612.835.019	11.536	746.605

05	Antioquia	05040	Anorí	0,513338923	10.990.757.110	19.104	575.312
05	Antioquia	05042	Santa Fé de Antioquia	0,431123167	10.799.907.099	27.002	399.967
05	Antioquia	05044	Anzá	0,594844520	6.432.763.670	7.169	897.303
05	Antioquia	05045	Apartadó	0,381059915	95.545.752.367	127.744	747.947
05	Antioquia	05051	Arboletes	0,565832078	19.385.008.321	30.510	635.366
05	Antioquia	05055	Argelia	0,487020165	5.511.386.161	7.545	730.469
05	Antioquia	05059	Armenia	0,529482543	3.917.414.727	5.074	772.057
05	Antioquia	05079	Barbosa	0,546364427	12.627.169.802	54.347	232.343
05	Antioquia	05086	Belmira	0,558940947	3.770.458.354	6.116	616.491
05	Antioquia	05088	Bello	0,249308258	191.767.002.508	552.154	347.307
05	Antioquia	05091	Betania	0,531980217	5.573.392.563	10.284	541.948
05	Antioquia	05093	Betulia	0,569082081	10.936.133.240	15.896	687.980
05	Antioquia	05101	Ciudad Bolívar	0,443335742	11.145.712.955	26.313	423.582
05	Antioquia	05107	Briceño	0,537301958	7.698.454.644	8.120	948.086
05	Antioquia	05113	Buriticá	0,575626552	7.141.954.258	9.634	741.328
05	Antioquia	05120	Cáceres	0,631537557	17.827.011.515	30.356	587.265
05	Antioquia	05125	Caicedo	0,588913977	7.973.030.502	8.536	934.048
05	Antioquia	05129	Caldas	0,376443148	12.468.320.791	83.423	149.459
05	Antioquia	05134	Campamento	0,558910012	8.848.958.566	9.243	957.369
05	Antioquia	05138	Cañasgordas	0,547357142	10.703.780.527	15.552	688.257
05	Antioquia	05142	Caracolí	0,429022282	3.352.368.229	4.532	739.711
05	Antioquia	05145	Caramanta	0,481770068	3.682.635.796	4.648	792.305
05	Antioquia	05147	Carepa	0,411152929	17.624.649.473	51.143	344.615
05	Antioquia	05148	El Carmen de Viboral	0,482361108	11.577.032.096	62.581	184.993
05	Antioquia	05150	Carolina	0,374086618	2.033.533.729	3.972	511.967
05	Antioquia	05154	Caucasia	0,346679360	42.657.335.175	95.427	447.015
05	Antioquia	05172	Chigorodó	0,358750135	24.477.819.926	59.836	409.082

05	Antioquia	05190	Cisneros	0,326863497	5.691.921.493	9.936	572.858
05	Antioquia	05197	Cocorná	0,501374304	8.913.411.043	14.833	600.918
05	Antioquia	05206	Concepción	0,499653846	2.979.750.373	4.758	626.261
05	Antioquia	05209	Concordia	0,548608184	10.118.115.648	21.688	466.531
05	Antioquia	05212	Copacabana	0,357183695	13.300.148.727	81.820	162.554
05	Antioquia	05234	Dabeiba	0,533806682	16.792.095.265	23.509	714.284
05	Antioquia	05237	Donmatías	0,421589166	6.655.850.031	19.709	337.706
05	Antioquia	05240	Ebéjico	0,600345492	6.572.307.899	12.134	541.644
05	Antioquia	05250	El Bagre	0,451220542	26.517.394.469	53.846	492.467
05	Antioquia	05264	Entrerríos	0,469877958	3.676.349.124	11.728	313.468
05	Antioquia	05266	Envigado	0,212107286	52.407.674.086	242.197	216.384
05	Antioquia	05282	Fredonia	0,560319006	7.161.587.974	24.754	289.310
05	Antioquia	05284	Frontino	0,515317559	14.170.394.461	20.700	684.560
05	Antioquia	05306	Giraldo	0,516350508	4.634.377.874	5.750	805.979
05	Antioquia	05308	Girardota	0,476097733	11.826.380.675	54.439	217.241
05	Antioquia	05310	Gómez Plata	0,464057565	6.153.078.438	9.921	620.207
05	Antioquia	05313	Granada	0,456837177	5.859.601.445	9.764	600.123
05	Antioquia	05315	Guadalupe	0,528901219	5.348.134.473	6.665	802.421
05	Antioquia	05318	Guarne	0,596815228	10.210.663.584	58.159	175.565
05	Antioquia	05321	Guatapé	0,411775678	2.993.106.836	8.709	343.680
05	Antioquia	05347	Heliconia	0,492736280	4.452.645.243	5.395	825.328
05	Antioquia	05353	Hispania	0,415484011	3.333.448.349	5.591	596.217
05	Antioquia	05360	Itagüí	0,000000000	102.097.075.835	289.994	352.066
05	Antioquia	05361	Ituango	0,594160616	13.044.900.583	27.789	469.427
05	Antioquia	05364	Jardín	0,465080827	7.425.850.058	14.830	500.732
05	Antioquia	05368	Jericó	0,449733078	5.699.526.772	13.706	415.842
05	Antioquia	05376	La Ceja	0,338651478	11.209.481.464	68.325	164.061
05	Antioquia	05380	La Estrella	0,307474971	9.283.929.447	75.517	122.938

05	Antioquia	05390	La Pintada	0,320653111	4.735.834.622	8.460	559.791
05	Antioquia	05400	La Unión	0,439633578	7.917.847.958	22.391	353.617
05	Antioquia	05411	Liborina	0,581038833	5.936.379.987	10.090	588.343
05	Antioquia	05425	Maceo	0,518823028	5.909.590.265	8.248	716.488
05	Antioquia	05440	Marinilla	0,418522865	12.931.954.998	67.893	190.476
05	Antioquia	05467	Montebello	0,551283360	4.410.772.763	6.641	664.173
05	Antioquia	05475	Murindó	0,528205633	9.332.519.422	5.234	1.783.057
05	Antioquia	05480	Mutatá	0,528645396	15.164.061.448	14.389	1.053.865
05	Antioquia	05483	Nariño	0,546953499	7.572.340.864	9.947	761.269
05	Antioquia	05490	Necoclí	0,617689908	31.372.812.727	44.118	711.111
05	Antioquia	05495	Nechí	0,484598696	16.615.913.439	27.354	607.440
05	Antioquia	05501	Olaya	0,630235553	3.387.568.988	3.175	1.066.951
05	Antioquia	05541	Peñol	0,468997866	8.187.656.087	21.769	376.115
05	Antioquia	05543	Peque	0,552435815	9.220.500.420	8.285	1.112.915
05	Antioquia	05576	Pueblorrico	0,462152958	5.217.386.169	8.735	597.297
05	Antioquia	05579	Puerto Berrío	0,347273111	16.189.635.561	40.713	397.653
05	Antioquia	05585	Puerto Nare	0,551419914	7.181.631.976	14.440	497.343
05	Antioquia	05591	Puerto Triunfo	0,621729851	8.461.048.803	18.970	446.023
05	Antioquia	05604	Remedios	0,529101372	14.518.852.383	29.629	490.022
05	Antioquia	05607	Retiro	0,471642077	5.397.211.520	24.757	218.007
05	Antioquia	05615	Rionegro	0,511683762	60.151.341.453	142.995	420.653
05	Antioquia	05628	Sabanalarga	0,537716746	8.199.469.630	9.278	883.754
05	Antioquia	05631	Sabaneta	0,224974170	26.078.516.000	87.981	296.411
05	Antioquia	05642	Salgar	0,532107949	9.456.026.776	18.261	517.826
05	Antioquia	05647	San Andrés de Cuerquí	0,506992400	5.014.271.982	7.281	688.679
05	Antioquia	05649	San Carlos	0,499931633	8.558.202.991	15.811	541.282
05	Antioquia	05652	San Francisco	0,491559446	5.459.384.297	5.889	927.048



05	Antioquia	05656	San Jerónimo	0,502097189	6.571.183.814	16.017	410.263
05	Antioquia	05658	San José de La Montaña	0,416434705	2.275.952.486	3.765	604.503
05	Antioquia	05659	San Juan de Urabá	0,553210735	18.380.937.149	20.950	877.372
05	Antioquia	05660	San Luis	0,440388858	7.435.792.988	13.123	566.623
05	Antioquia	05664	San Pedro de Los Milagros	0,461560100	8.225.406.353	22.885	359.423
05	Antioquia	05665	San Pedro de Urabá	0,529658675	20.602.680.935	32.147	640.890
05	Antioquia	05667	San Rafael	0,478327870	7.945.984.442	15.663	507.309
05	Antioquia	05670	San Roque	0,563113987	9.786.315.839	21.597	453.133
05	Antioquia	05674	San Vicente Ferrer	0,585679948	8.964.621.531	22.469	398.977
05	Antioquia	05679	Santa Bárbara	0,505133271	8.582.358.944	27.186	315.690
05	Antioquia	05686	Santa Rosa de Osos	0,474651694	10.734.428.526	37.869	283.462
05	Antioquia	05690	Santo Domingo	0,585726023	5.652.478.514	12.324	458.656
05	Antioquia	05697	El Santuario	0,396356404	10.239.747.642	36.605	279.736
05	Antioquia	05736	Segovia	0,363856524	15.229.657.611	39.379	386.746
05	Antioquia	05756	Sonsón	0,511289418	14.764.084.100	36.625	403.115
05	Antioquia	05761	Sopetrán	0,504642606	6.932.407.812	15.512	446.906
05	Antioquia	05789	Támesis	0,496503681	8.048.333.692	16.201	496.780
05	Antioquia	05790	Tarazá	0,502333820	18.827.729.606	27.995	672.539
05	Antioquia	05792	Tarso	0,450344771	5.015.814.027	6.231	804.977
05	Antioquia	05809	Titiribí	0,493084580	5.339.652.037	10.719	498.148
05	Antioquia	05819	Toledo	0,528250873	6.022.000.119	5.043	1.194.131
05	Antioquia	05837	Turbo	0,660396695	147.723.092.979	130.191	1.134.664
05	Antioquia	05842	Uramita	0,543592513	6.935.609.887	6.899	1.005.307
05	Antioquia	05847	Urrao	0,478965670	16.492.639.278	30.876	534.157
05	Antioquia	05854	Valdivia	0,570118129	11.324.671.317	14.102	803.054
05	Antioquia	05856	Valparaíso	0,441913784	3.520.464.790	6.472	543.953
05	Antioquia	05858	Vegachí	0,397460520	8.201.149.913	12.039	681.215

05	Antioquia	05861	Venecia	0,495429784	5.209.430.782	11.715	444.680
05	Antioquia	05873	Vigía del Fuerte	0,535952091	9.913.290.350	9.423	1.052.031
05	Antioquia	05885	Yalí	0,481786311	5.585.003.177	7.681	727.119
05	Antioquia	05887	Yarumal	0,409866214	17.025.333.247	42.678	398.925
05	Antioquia	05890	Yolombó	0,573529601	10.660.982.335	23.501	453.640
05	Antioquia	05893	Yondó	0,478197008	11.921.398.779	20.110	592.809
05	Antioquia	05895	Zaragoza	0,507657468	15.869.890.245	25.703	617.433
08	Atlántico	08001	Barranquilla	0,122256376	807.508.250.267	1.274.250	633.713
08	Atlántico	08078	Baranoa	0,359118789	23.572.876.444	67.050	351.572
08	Atlántico	08137	Campo de La Cruz	0,337844759	15.892.646.836	23.567	674.360
08	Atlántico	08141	Candelaria	0,396443307	11.677.354.458	17.195	679.113
08	Atlántico	08296	Galapa	0,307221115	19.287.795.439	67.021	287.787
08	Atlántico	08372	Juan de Acosta	0,436526716	10.267.509.362	22.752	451.279
08	Atlántico	08421	Luruaco	0,494065404	14.875.667.612	30.314	490.719
08	Atlántico	08433	Malambo	0,301594079	88.471.707.241	139.566	633.906
08	Atlántico	08436	Manatí	0,333428144	11.996.230.041	21.442	559.473
08	Atlántico	08520	Palmar de Varela	0,295716554	11.285.301.306	31.038	363.596
08	Atlántico	08549	Piojó	0,503138363	5.986.436.860	7.089	844.468
08	Atlántico	08558	Polonuevo	0,348194599	8.952.718.312	19.545	458.057
08	Atlántico	08560	Ponedera	0,462342322	12.787.380.592	25.728	497.022
08	Atlántico	08573	Puerto Colombia	0,328976780	11.235.336.712	53.649	209.423
08	Atlántico	08606	Repelón	0,422584057	13.172.763.880	28.102	468.748
08	Atlántico	08634	Sabanagrande	0,288516223	12.853.505.085	35.084	366.364
08	Atlántico	08638	Sabanalarga	0,424062550	38.008.087.437	100.049	379.895
08	Atlántico	08675	Santa Lucía	0,335926563	9.988.098.868	17.104	583.963
08	Atlántico	08685	Santo Tomás	0,299339592	10.948.472.863	32.000	342.140
08	Atlántico	08758	Soledad	0,074878477	331.899.811.546	665.021	499.082
08	Atlántico	08770	Suan	0,304614216	9.153.514.525	12.572	728.087

08	Atlántico	08832	Tubará	0,485005885	7.174.352.992	18.846	380.683
08	Atlántico	08849	Usiacurí	0,309438944	6.560.490.659	13.144	499.124
11	Bogotá, D.C.	11001	Bogotá, D.C.	0,240338862	2.827.090.956.456	7.743.955	365.071
13	Bolívar	13001	Cartagena de Indias	0,517606556	665.649.046.512	1.028.736	647.055
13	Bolívar	13006	Achí	0,604742527	17.868.565.002	24.900	717.613
13	Bolívar	13030	Altos del Rosario	0,533833027	10.680.388.744	11.585	921.915
13	Bolívar	13042	Arenal	0,435930073	9.125.250.381	7.775	1.173.666
13	Bolívar	13052	Arjona	0,394712389	31.823.874.977	73.730	431.627
13	Bolívar	13062	Arroyohondo	0,450893968	8.759.889.787	8.710	1.005.728
13	Bolívar	13074	Barranco de Loba	0,525181770	13.826.375.320	15.181	910.768
13	Bolívar	13140	Calamar	0,460031509	16.466.277.584	23.097	712.918
13	Bolívar	13160	Cantagallo	0,457117766	7.504.398.742	8.696	862.971
13	Bolívar	13188	Cicuco	0,422943771	11.767.190.529	14.302	822.765
13	Bolívar	13212	Córdoba	0,585073352	11.605.463.993	16.474	704.472
13	Bolívar	13222	Clemencia	0,347090304	14.779.668.868	15.453	956.427
13	Bolívar	13244	El Carmen de Bolívar	0,423676252	42.273.392.481	72.595	582.318
13	Bolívar	13248	El Guamo	0,462163001	7.264.470.689	8.984	808.601
13	Bolívar	13268	El Peñón	0,524435341	9.001.769.631	8.075	1.114.770
13	Bolívar	13300	Hatillo de Loba	0,576146483	12.447.920.942	13.012	956.649
13	Bolívar	13430	Magangué	0,485643208	131.540.636.922	140.156	938.530
13	Bolívar	13433	Mahates	0,554908931	15.418.374.349	29.355	525.238
13	Bolívar	13440	Margarita	0,607365727	10.841.609.087	11.110	975.842
13	Bolívar	13442	María La Baja	0,543063581	27.507.584.539	48.457	567.670
13	Bolívar	13458	Montecristo	0,590070367	12.074.881.437	17.604	685.917
13	Bolívar	13468	Mompós	0,509464741	26.060.458.232	46.408	561.551
13	Bolívar	13473	Morales	0,563189089	14.833.257.286	23.348	635.312
13	Bolívar	13490	Norosí	0,575312257	9.190.268.342	9.953	923.367
13	Bolívar	13549	Pinillos	0,635263324	17.968.038.255	24.706	727.274

13	Bolívar	13580	Regidor	0,425958663	7.021.292.197	7.227	971.536
13	Bolívar	13600	Río Viejo	0,481305122	9.931.921.066	10.736	925.104
13	Bolívar	13620	San Cristóbal	0,370437741	6.454.965.959	8.569	753.293
13	Bolívar	13647	San Estanislao	0,417613715	11.918.527.001	19.128	623.093
13	Bolívar	13650	San Fernando	0,609285951	10.039.125.260	13.025	770.758
13	Bolívar	13654	San Jacinto	0,342379481	20.119.585.147	24.552	819.468
13	Bolívar	13655	San Jacinto del Cauca	0,573050022	13.629.723.631	10.643	1.280.628
13	Bolívar	13657	San Juan Nepomuceno	0,399618477	20.303.072.174	38.529	526.956
13	Bolívar	13667	San Martín de Loba	0,486047149	12.898.044.418	14.897	865.815
13	Bolívar	13670	San Pablo	0,369002700	17.952.471.315	28.741	624.629
13	Bolívar	13673	Santa Catalina	0,523378134	11.064.155.045	14.948	740.176
13	Bolívar	13683	Santa Rosa	0,321620792	16.689.423.333	22.409	744.764
13	Bolívar	13688	Santa Rosa del Sur	0,456390113	20.355.687.043	34.568	588.859
13	Bolívar	13744	Simití	0,555797815	14.595.871.486	19.143	762.465
13	Bolívar	13760	Soplaviento	0,290161043	7.278.389.561	10.839	671.500
13	Bolívar	13780	Talaigua Nuevo	0,488142878	10.093.230.898	13.181	765.741
13	Bolívar	13810	Tiquisio	0,550441027	16.791.136.334	19.034	882.165
13	Bolívar	13836	Turbaco	0,323927253	31.094.357.870	113.440	274.104
13	Bolívar	13838	Turbaná	0,384836704	11.299.308.063	17.412	648.938
13	Bolívar	13873	Villanueva	0,338954687	13.224.236.170	25.231	524.127
13	Bolívar	13894	Zambrano	0,336234957	11.279.260.503	12.322	915.376
15	Boyacá	15001	Tunja	0,284628958	98.505.302.249	179.263	549.502
15	Boyacá	15022	Almeida	0,586389601	2.891.344.935	1.807	1.600.080
15	Boyacá	15047	Aquitania	0,528914869	9.524.065.877	15.546	612.638
15	Boyacá	15051	Arcabuco	0,506018221	4.303.574.926	5.978	719.902
15	Boyacá	15087	Belén	0,431273252	4.776.253.986	7.532	634.128
15	Boyacá	15090	Berbeo	0,554107547	3.341.385.733	1.582	2.112.128

15	Boyacá	15092	Betéitiva	0,590117514	5.228.286.141	1.935	2.701.957
15	Boyacá	15097	Boavita	0,481324226	5.207.436.234	4.797	1.085.561
15	Boyacá	15104	Boyacá	0,601362288	5.649.485.818	5.118	1.103.846
15	Boyacá	15106	Briceño	0,569688499	3.323.862.643	2.163	1.536.691
15	Boyacá	15109	Buenavista	0,592121482	4.633.488.660	4.396	1.054.024
15	Boyacá	15114	Busbanzá	0,507198036	4.601.491.602	1.153	3.990.886
15	Boyacá	15131	Caldas	0,626491010	3.734.921.559	3.126	1.194.793
15	Boyacá	15135	Campohermoso	0,560476542	3.874.761.368	3.061	1.265.848
15	Boyacá	15162	Cerinza	0,487494737	2.932.202.688	3.706	791.204
15	Boyacá	15172	Chinavita	0,512619495	3.376.355.282	3.194	1.057.093
15	Boyacá	15176	Chiquinquirá	0,336010754	18.242.544.915	57.935	314.880
15	Boyacá	15180	Chiscas	0,575303078	5.248.619.506	3.887	1.350.301
15	Boyacá	15183	Chita	0,569390059	10.151.983.292	7.793	1.302.705
15	Boyacá	15185	Chitaraque	0,584822953	5.463.716.642	5.865	931.580
15	Boyacá	15187	Chivatá	0,591935158	5.132.554.057	2.834	1.811.064
15	Boyacá	15189	Ciénega	0,557838559	4.218.396.815	4.655	906.208
15	Boyacá	15204	Cómbita	0,636255205	7.301.121.662	13.280	549.783
15	Boyacá	15212	Coper	0,564456046	4.366.000.223	3.571	1.222.627
15	Boyacá	15215	Corrales	0,424446702	2.536.090.609	2.545	996.499
15	Boyacá	15218	Covarachía	0,588117301	5.622.423.605	2.702	2.080.838
15	Boyacá	15223	Cubará	0,590265214	9.158.873.380	10.750	851.988
15	Boyacá	15224	Cucaita	0,506728232	4.967.255.430	3.787	1.311.660
15	Boyacá	15226	Cuítiva	0,600582540	4.214.161.890	1.810	2.328.266
15	Boyacá	15232	Chíquiza	0,632872522	5.485.593.088	4.744	1.156.322
15	Boyacá	15236	Chivor	0,555515945	2.829.213.536	2.526	1.120.037
15	Boyacá	15238	Duitama	0,344187945	77.311.389.587	126.670	610.337
15	Boyacá	15244	El Cocuy	0,458893806	5.199.953.485	4.115	1.263.658
15	Boyacá	15248	El Espino	0,489810228	4.317.080.087	3.054	1.413.582

15	Boyacá	15272	Firavitoba	0,522739887	4.296.664.493	6.802	631.677
15	Boyacá	15276	Floresta	0,519641280	4.898.275.151	3.231	1.516.024
15	Boyacá	15293	Gachantivá	0,578888774	4.621.129.277	2.778	1.663.473
15	Boyacá	15296	Gámeza	0,557573020	4.525.018.281	4.851	932.801
15	Boyacá	15299	Garagoa	0,403820664	6.878.947.701	18.322	375.447
15	Boyacá	15317	Guacamayas	0,527975619	4.234.275.276	1.834	2.308.765
15	Boyacá	15322	Guateque	0,390832841	4.728.602.710	10.904	433.658
15	Boyacá	15325	Guayatá	0,532360911	5.051.364.622	3.391	1.489.639
15	Boyacá	15332	Güicán de La Sierra	0,542431056	7.423.556.976	4.301	1.726.007
15	Boyacá	15362	Iza	0,430418581	2.088.069.373	1.995	1.046.651
15	Boyacá	15367	Jenesano	0,571179450	5.755.348.820	7.338	784.321
15	Boyacá	15368	Jericó	0,538515329	5.744.317.895	3.889	1.477.068
15	Boyacá	15377	Labranzagran de	0,532670438	6.325.687.185	3.493	1.810.961
15	Boyacá	15380	La Capilla	0,512210429	2.601.311.497	2.691	966.671
15	Boyacá	15401	La Victoria	0,516421914	3.137.018.231	1.117	2.808.432
15	Boyacá	15403	La Uvita	0,488645971	3.806.357.235	2.730	1.394.270
15	Boyacá	15407	Villa de Leyva	0,485544562	7.218.598.882	16.973	425.299
15	Boyacá	15425	Macanal	0,573261440	3.933.155.945	5.072	775.465
15	Boyacá	15442	Maripí	0,609468102	5.905.234.426	5.683	1.039.105
15	Boyacá	15455	Miraflores	0,434943944	4.406.663.286	9.015	488.815
15	Boyacá	15464	Mongua	0,498391777	5.304.798.210	4.619	1.148.473
15	Boyacá	15466	Monguí	0,458800912	3.441.644.071	4.292	801.874
15	Boyacá	15469	Moniquirá	0,480795681	10.852.256.848	23.036	471.100
15	Boyacá	15476	Motavita	0,607710779	6.327.205.838	5.703	1.109.452
15	Boyacá	15480	Muzo	0,413538992	7.040.584.258	8.394	838.764
15	Boyacá	15491	Nobsa	0,550027251	5.103.122.077	16.446	310.296
15	Boyacá	15494	Nuevo Colón	0,584712148	4.367.333.182	5.217	837.135
15	Boyacá	15500	Oicatá	0,601828635	3.777.584.562	2.890	1.307.123

15	Boyacá	15507	Otanche	0,495996982	7.581.770.225	8.004	947.248
15	Boyacá	15511	Pachavita	0,575150907	3.174.576.454	2.441	1.300.523
15	Boyacá	15514	Páez	0,497318119	3.376.157.243	3.244	1.040.739
15	Boyacá	15516	Paipa	0,452876955	9.452.878.357	34.679	272.582
15	Boyacá	15518	Pajarito	0,503531575	3.828.562.717	2.414	1.585.983
15	Boyacá	15522	Panqueba	0,471566826	3.380.373.114	1.697	1.991.970
15	Boyacá	15531	Pauna	0,552117407	7.055.737.502	7.212	978.333
15	Boyacá	15533	Paya	0,581092775	8.055.200.991	2.635	3.057.002
15	Boyacá	15537	Paz de Río	0,413917869	3.336.658.066	4.198	794.821
15	Boyacá	15542	Pesca	0,537587345	5.707.391.131	6.730	848.052
15	Boyacá	15550	Pisba	0,538759351	5.215.610.010	1.793	2.908.873
15	Boyacá	15572	Puerto Boyacá	0,416587472	18.328.249.337	48.271	379.695
15	Boyacá	15580	Quípama	0,556855679	7.418.070.035	4.982	1.488.974
15	Boyacá	15599	Ramiriquí	0,508911908	6.098.422.480	10.076	605.242
15	Boyacá	15600	Ráquira	0,546901107	7.692.583.740	8.028	958.219
15	Boyacá	15621	Rondón	0,558507264	3.932.411.900	2.373	1.657.148
15	Boyacá	15632	Saboyá	0,649405599	8.277.031.610	13.849	597.663
15	Boyacá	15638	Sáchica	0,480480254	4.479.060.841	5.677	788.984
15	Boyacá	15646	Samacá	0,526157439	9.324.010.187	18.818	495.484
15	Boyacá	15660	San Eduardo	0,484774798	2.606.930.517	1.660	1.570.440
15	Boyacá	15664	San José de Pare	0,583511591	4.868.633.963	4.999	973.922
15	Boyacá	15667	San Luis de Gaceno	0,493323028	3.942.737.415	5.473	720.398
15	Boyacá	15673	San Mateo	0,519169033	4.250.011.615	3.131	1.357.398
15	Boyacá	15676	San Miguel de Sema	0,604308665	3.284.056.918	3.011	1.090.686
15	Boyacá	15681	San Pablo de Borbur	0,620616734	6.791.776.537	6.716	1.011.283
15	Boyacá	15686	Santana	0,535036981	6.097.126.631	7.710	790.808
15	Boyacá	15690	Santa María	0,437892407	3.869.092.696	3.498	1.106.087



15	Boyacá	15693	Santa Rosa de Viterbo	0,436753839	4.506.484.329	13.325	338.198
15	Boyacá	15696	Santa Sofía	0,535301507	3.190.548.543	3.212	993.321
15	Boyacá	15720	Sativanorte	0,538283646	4.225.787.386	2.153	1.962.744
15	Boyacá	15723	Sativasur	0,550078809	3.066.647.262	1.105	2.775.246
15	Boyacá	15740	Siachoque	0,600747824	6.353.417.752	6.774	937.912
15	Boyacá	15753	Soatá	0,390333623	5.415.069.038	8.832	613.119
15	Boyacá	15755	Socotá	0,587915659	6.274.164.874	7.211	870.082
15	Boyacá	15757	Socha	0,460786283	4.698.259.791	8.086	581.036
15	Boyacá	15759	Sogamoso	0,344935924	79.110.247.869	131.105	603.411
15	Boyacá	15761	Somondoco	0,570982575	3.654.659.303	2.880	1.268.979
15	Boyacá	15762	Sora	0,595356941	4.097.851.657	3.077	1.331.768
15	Boyacá	15763	Sotaquirá	0,625308931	5.809.530.221	8.305	699.522
15	Boyacá	15764	Soracá	0,564273775	5.458.392.357	6.068	899.537
15	Boyacá	15774	Susacón	0,572627604	5.413.464.341	2.704	2.002.021
15	Boyacá	15776	Sutamarchán	0,527085364	5.389.796.619	6.228	865.414
15	Boyacá	15778	Sutatenza	0,591510892	4.802.398.648	4.222	1.137.470
15	Boyacá	15790	Tasco	0,555640101	4.639.517.099	5.792	801.022
15	Boyacá	15798	Tenza	0,545302033	3.656.946.316	3.821	957.065
15	Boyacá	15804	Tibaná	0,593888342	6.424.472.063	9.119	704.515
15	Boyacá	15806	Tibasosa	0,545957386	5.337.052.596	13.396	398.406
15	Boyacá	15808	Tinjacá	0,570965409	3.966.150.137	3.351	1.183.572
15	Boyacá	15810	Tipacoque	0,550180197	5.007.058.643	3.290	1.521.902
15	Boyacá	15814	Toca	0,479252219	6.585.872.466	8.893	740.568
15	Boyacá	15816	Togüí	0,605450511	5.597.348.811	4.335	1.291.199
15	Boyacá	15820	Tópaga	0,546391129	3.577.234.911	3.697	967.605
15	Boyacá	15822	Tota	0,597625732	5.878.865.790	5.233	1.123.422
15	Boyacá	15832	Tununguá	0,590849042	2.686.207.772	1.576	1.704.447

15	Boyacá	15835	Turmequé	0,532367826	4.479.069.833	6.156	727.594
15	Boyacá	15837	Tuta	0,556201458	5.954.166.446	8.461	703.719
15	Boyacá	15839	Tutazá	0,623916566	4.281.594.898	2.039	2.099.850
15	Boyacá	15842	Úmbita	0,612050712	6.940.783.736	7.552	919.066
15	Boyacá	15861	Ventaquemada	0,620407581	8.154.775.798	16.093	506.728
15	Boyacá	15879	Viracachá	0,600439250	3.569.737.132	2.809	1.270.821
15	Boyacá	15897	Zetaquirá	0,562378347	4.311.775.655	4.625	932.276
17	Caldas	17001	Manizales	0,337160558	182.796.820.631	446.160	409.711
17	Caldas	17013	Aguadas	0,485866189	10.206.495.934	23.048	442.837
17	Caldas	17042	Anserma	0,471813023	12.517.339.411	36.691	341.156
17	Caldas	17050	Aranzazu	0,414706856	6.245.240.912	10.556	591.629
17	Caldas	17088	Belalcázar	0,499895722	6.420.138.929	10.650	602.830
17	Caldas	17174	Chinchiná	0,330247134	14.294.311.839	52.267	273.486
17	Caldas	17272	Filadelfia	0,539053857	5.999.993.326	11.400	526.315
17	Caldas	17380	La Dorada	0,347293854	21.718.419.050	74.006	293.468
17	Caldas	17388	La Merced	0,521013975	3.651.845.777	5.882	620.851
17	Caldas	17433	Manzanares	0,448907346	9.673.277.540	17.794	543.626
17	Caldas	17442	Marmato	0,623336434	5.862.521.185	9.167	639.525
17	Caldas	17444	Marquetalia	0,482206583	7.365.425.116	13.490	545.991
17	Caldas	17446	Marulanda	0,540401161	2.156.881.759	2.544	847.831
17	Caldas	17486	Neira	0,460709989	9.657.744.899	21.114	457.410
17	Caldas	17495	Norcasia	0,406886369	5.087.064.332	6.128	830.135
17	Caldas	17513	Pácora	0,485371381	6.863.696.924	15.324	447.905
17	Caldas	17524	Palestina	0,550105035	6.026.020.103	15.681	384.288
17	Caldas	17541	Pensilvania	0,527312934	9.690.632.497	19.755	490.541
17	Caldas	17614	Riosucio	0,584765077	27.641.036.038	51.956	532.009
17	Caldas	17616	Risaralda	0,510472357	5.768.363.030	10.568	545.833
17	Caldas	17653	Salamina	0,448576838	8.020.486.882	19.393	413.576

17	Caldas	17662	Samaná	0,566207826	11.344.159.140	19.967	568.145
17	Caldas	17665	San José	0,558190227	4.540.577.262	4.916	923.632
17	Caldas	17777	Supía	0,502896369	13.186.381.544	29.363	449.082
17	Caldas	17867	Victoria	0,505728841	5.007.954.634	10.351	483.814
17	Caldas	17873	Villamaría	0,342387855	10.674.213.278	67.429	158.303
17	Caldas	17877	Viterbo	0,342445254	5.097.020.802	12.853	396.563
18	Caquetá	18001	Florencia	0,368613958	145.791.601.876	173.011	842.672
18	Caquetá	18029	Albania	0,479650378	5.057.845.700	4.396	1.150.556
18	Caquetá	18094	Belén de Los Andaquies	0,431554258	7.704.244.537	11.181	689.048
18	Caquetá	18150	Cartagena del Chairá	0,489803046	18.530.623.281	31.151	594.864
18	Caquetá	18205	Curillo	0,400079101	7.440.443.614	7.772	957.340
18	Caquetá	18247	El Doncello	0,407280117	12.682.932.972	19.284	657.692
18	Caquetá	18256	El Paujíl	0,488821119	11.006.412.687	18.464	596.101
18	Caquetá	18410	La Montañita	0,610823572	13.430.517.619	14.692	914.138
18	Caquetá	18460	Milán	0,632324934	9.964.188.486	9.952	1.001.225
18	Caquetá	18479	Morelia	0,454529852	3.983.712.270	3.747	1.063.174
18	Caquetá	18592	Puerto Rico	0,469570547	16.548.282.046	26.282	629.643
18	Caquetá	18610	San José del Fragua	0,477240145	9.332.194.469	13.099	712.436
18	Caquetá	18753	San Vicente del Caguán	0,533849239	30.362.693.337	52.593	577.314
18	Caquetá	18756	Solano	0,578314245	15.254.798.710	11.503	1.326.158
18	Caquetá	18785	Solita	0,436428219	6.904.388.446	6.346	1.087.991
18	Caquetá	18860	Valparaíso	0,539828360	6.465.008.915	7.048	917.283
19	Cauca	19001	Popayán	0,453272343	193.785.452.032	325.477	595.389
19	Cauca	19022	Almaguer	0,658136427	14.236.802.023	18.177	783.232
19	Cauca	19050	Argelia	0,661731482	18.633.095.181	26.588	700.808
19	Cauca	19075	Balboa	0,589994192	13.378.598.439	21.437	624.089

19	Cauca	19100	Bolívar	0,667152584	20.215.568.316	36.994	546.455
19	Cauca	19110	Buenos Aires	0,698260963	16.152.912.821	32.049	504.007
19	Cauca	19130	Cajibío	0,713085473	21.270.096.104	42.833	496.582
19	Cauca	19137	Caldono	0,710101843	24.424.653.901	41.770	584.742
19	Cauca	19142	Caloto	0,635375559	12.898.856.394	30.216	426.888
19	Cauca	19212	Corinto	0,495512009	16.253.512.673	25.440	638.896
19	Cauca	19256	El Tambo	0,733258903	24.548.890.710	53.769	456.562
19	Cauca	19290	Florencia	0,572991431	6.052.342.314	5.303	1.141.305
19	Cauca	19300	Guachené	0,553850889	7.942.998.229	20.020	396.753
19	Cauca	19318	Guapí	0,494390011	19.232.595.499	27.696	694.418
19	Cauca	19355	Inzá	0,691290081	17.595.766.055	29.441	597.662
19	Cauca	19364	Jambaló	0,645524621	15.359.949.389	18.568	827.227
19	Cauca	19392	La Sierra	0,607327461	9.257.067.582	10.655	868.800
19	Cauca	19397	La Vega	0,682741404	17.274.453.821	24.642	701.017
19	Cauca	19418	López de Micay	0,649539590	12.434.461.304	18.932	656.796
19	Cauca	19450	Mercaderes	0,590762079	12.277.177.503	23.097	531.549
19	Cauca	19455	Miranda	0,467861295	13.002.739.250	32.082	405.297
19	Cauca	19473	Morales	0,702998042	18.872.180.937	40.084	470.816
19	Cauca	19513	Padilla	0,495924771	4.385.642.949	9.992	438.915
19	Cauca	19517	Páez	0,717856765	25.500.619.923	46.742	545.561
19	Cauca	19532	Patía	0,565762758	16.239.129.284	37.494	433.113
19	Cauca	19533	Piamonte	0,579382658	10.864.344.097	9.259	1.173.382
19	Cauca	19548	Piendamó - Tunía	0,576533377	18.473.523.364	41.837	441.559
19	Cauca	19573	Puerto Tejada	0,340142220	13.039.175.307	41.793	311.994
19	Cauca	19585	Puracé	0,647694647	12.318.262.374	17.569	701.136
19	Cauca	19622	Rosas	0,636230707	9.477.723.605	11.539	821.364
19	Cauca	19693	San Sebastián	0,649852574	10.490.127.988	11.062	948.303
19	Cauca	19698	Santander de Quilichao	0,597423375	38.710.538.740	113.001	342.568

19	Cauca	19701	Santa Rosa	0,615197957	8.327.710.047	5.383	1.547.039
19	Cauca	19743	Silvia	0,676181674	24.037.505.041	38.063	631.519
19	Cauca	19760	Sotara	0,663881481	10.102.011.689	14.210	710.909
19	Cauca	19780	Suárez	0,632507324	13.583.492.280	32.526	417.620
19	Cauca	19785	Sucre	0,603917480	8.673.122.735	9.669	897.003
19	Cauca	19807	Timbío	0,543441236	14.780.493.344	36.287	407.322
19	Cauca	19809	Timbiquí	0,605865180	16.017.133.139	26.607	601.989
19	Cauca	19821	Toribío	0,694467306	23.517.985.174	36.694	640.922
19	Cauca	19824	Totoró	0,679989398	14.358.837.684	25.612	560.629
19	Cauca	19845	Villa Rica	0,410786510	7.573.686.522	21.328	355.105
20	Cesar	20001	Valledupar	0,458340943	370.578.104.848	532.956	695.326
20	Cesar	20011	Aguachica	0,361602515	41.288.760.008	118.652	347.982
20	Cesar	20013	Agustín Codazzi	0,392515719	28.401.759.814	64.676	439.139
20	Cesar	20032	Astrea	0,475233316	14.617.052.147	21.062	694.001
20	Cesar	20045	Becerril	0,390137792	12.661.008.408	23.308	543.204
20	Cesar	20060	Bosconia	0,312835515	20.040.863.341	43.326	462.560
20	Cesar	20175	Chimichagua	0,548081696	17.914.795.520	36.229	494.488
20	Cesar	20178	Chiriguana	0,457438946	14.168.638.233	29.632	478.153
20	Cesar	20228	Curumaní	0,416347086	17.992.690.311	39.667	453.593
20	Cesar	20238	El Copey	0,391925424	14.269.683.654	31.650	450.859
20	Cesar	20250	El Paso	0,651664138	16.121.312.292	40.858	394.569
20	Cesar	20295	Gamarra	0,421947956	10.479.325.515	15.864	660.573
20	Cesar	20310	González	0,545463324	6.981.740.298	4.568	1.528.402
20	Cesar	20383	La Gloria	0,546192467	10.993.412.553	18.448	595.914
20	Cesar	20400	La Jagua de Ibirico	0,392024398	16.354.363.684	50.946	321.014
20	Cesar	20443	Manaure Balcón del Cesar	0,349913329	9.691.569.726	10.835	894.469
20	Cesar	20517	Pailitas	0,387086093	12.417.335.584	19.705	630.162

20	Cesar	20550	Pelaya	0,410582989	12.675.559.096	22.291	568.640
20	Cesar	20570	Pueblo Bello	0,574246168	23.285.904.013	29.437	791.042
20	Cesar	20614	Río de Oro	0,498882651	9.218.058.473	17.793	518.072
20	Cesar	20621	La Paz	0,410246730	13.763.464.551	29.603	464.935
20	Cesar	20710	San Alberto	0,369701684	10.351.026.237	28.453	363.794
20	Cesar	20750	San Diego	0,469977528	11.105.075.545	20.470	542.505
20	Cesar	20770	San Martín	0,477052122	11.332.817.889	28.769	393.925
20	Cesar	20787	Tamalameque	0,522902548	11.790.610.962	16.189	728.310
23	Córdoba	23001	Montería	0,584516168	384.888.873.670	505.334	761.652
23	Córdoba	23068	Ayapel	0,475667000	26.557.291.912	47.247	562.095
23	Córdoba	23079	Buenavista	0,543831170	14.648.931.907	21.451	682.902
23	Córdoba	23090	Canalete	0,581072211	17.431.431.119	15.437	1.129.198
23	Córdoba	23162	Cereté	0,536936700	39.638.577.539	108.409	365.639
23	Córdoba	23168	Chimá	0,601779640	12.294.417.268	17.905	686.647
23	Córdoba	23182	Chinú	0,557466984	22.200.118.095	48.694	455.911
23	Córdoba	23189	Ciénaga de Oro	0,591434479	31.863.147.971	60.521	526.481
23	Córdoba	23300	Cotorra	0,558099210	11.834.589.704	19.549	605.381
23	Córdoba	23350	La Apartada	0,379668593	9.567.742.069	15.218	628.712
23	Córdoba	23417	Lorica	0,599644423	127.243.834.104	115.461	1.102.050
23	Córdoba	23419	Los Córdoba	0,608493328	14.676.044.871	19.314	759.866
23	Córdoba	23464	Momil	0,450009167	11.364.592.435	20.117	564.925
23	Córdoba	23466	Montelíbano	0,423557222	37.125.928.676	85.885	432.275
23	Córdoba	23500	Moñitos	0,619902670	17.025.777.775	30.580	556.762
23	Córdoba	23555	Planeta Rica	0,464727759	31.403.866.041	64.776	484.807
23	Córdoba	23570	Pueblo Nuevo	0,599723876	18.102.801.804	36.486	496.157
23	Córdoba	23574	Puerto Escondido	0,626593113	20.273.232.925	24.364	832.098
23	Córdoba	23580	Puerto Libertador	0,597985744	26.581.480.240	43.573	610.045

23	Córdoba	23586	Purísima de La Concepción	0,520244539	11.986.016.654	17.587	681.527
23	Córdoba	23660	Sahagún	0,583729804	103.078.618.168	110.233	935.098
23	Córdoba	23670	San Andrés de Sotavento	0,647296071	33.041.395.384	48.042	687.761
23	Córdoba	23672	San Antero	0,518076837	16.534.661.261	35.035	471.947
23	Córdoba	23675	San Bernardo del Viento	0,616066217	18.810.874.544	37.075	507.374
23	Córdoba	23678	San Carlos	0,633306265	13.236.752.889	27.368	483.658
23	Córdoba	23682	San José de Uré	0,529407203	12.874.232.976	13.814	931.970
23	Córdoba	23686	San Pelayo	0,673459828	23.618.164.755	52.994	445.676
23	Córdoba	23807	Tierralta	0,588025331	53.491.009.992	95.177	562.016
23	Córdoba	23815	Tuchín	0,682982147	30.176.581.026	54.958	549.084
23	Córdoba	23855	Valencia	0,521820247	21.671.350.591	36.343	596.301
25	Cundinamarca	25001	Agua de Dios	0,365414977	4.586.229.422	12.325	372.108
25	Cundinamarca	25019	Albán	0,559716880	3.519.770.200	6.879	511.669
25	Cundinamarca	25035	Anapoima	0,513674736	6.148.002.375	16.064	382.719
25	Cundinamarca	25040	Anolaima	0,556553364	6.095.259.407	14.577	418.142
25	Cundinamarca	25053	Arbeláez	0,503925025	4.999.666.334	10.959	456.216
25	Cundinamarca	25086	Beltrán	0,576877058	3.777.907.521	1.885	2.004.195
25	Cundinamarca	25095	Bituima	0,587312222	2.732.506.365	2.568	1.064.060
25	Cundinamarca	25099	Bojacá	0,355859697	4.096.591.989	11.092	369.329
25	Cundinamarca	25120	Cabrera	0,573231041	3.942.875.040	5.062	778.916
25	Cundinamarca	25123	Cachipay	0,530395985	4.434.763.046	10.703	414.348
25	Cundinamarca	25126	Cajicá	0,419966251	9.896.321.441	92.967	106.450
25	Cundinamarca	25148	Caparrapí	0,578050256	10.013.817.368	12.990	770.887
25	Cundinamarca	25151	Cáqueza	0,497277170	8.712.826.653	17.956	485.232
25	Cundinamarca	25154	Carmen de Carupa	0,552684009	5.467.633.921	7.940	688.619
25	Cundinamarca	25168	Chaguani	0,572019756	4.073.925.634	4.364	933.530



25	Cundinamarca	25175	Chía	0,356204689	49.008.251.293	149.570	327.661
25	Cundinamarca	25178	Chipaque	0,556286395	6.002.917.148	10.058	596.830
25	Cundinamarca	25181	Choachí	0,519088626	5.999.370.774	11.528	520.417
25	Cundinamarca	25183	Chocontá	0,468396246	9.877.536.356	22.278	443.376
25	Cundinamarca	25200	Cogua	0,545186698	5.846.387.109	24.434	239.273
25	Cundinamarca	25214	Cota	0,420156956	5.616.561.135	36.992	151.832
25	Cundinamarca	25224	Cucunubá	0,608553112	4.464.186.299	8.257	540.655
25	Cundinamarca	25245	El Colegio	0,513855040	7.638.138.882	26.176	291.799
25	Cundinamarca	25258	El Peñón	0,611657739	5.187.539.658	4.789	1.083.220
25	Cundinamarca	25260	El Rosal	0,317821980	6.207.250.483	24.768	250.616
25	Cundinamarca	25269	Facatativá	0,312209249	61.929.139.817	155.978	397.038
25	Cundinamarca	25279	Fómeque	0,496125549	6.308.133.522	12.803	492.707
25	Cundinamarca	25281	Fosca	0,568912029	5.759.897.674	6.038	953.941
25	Cundinamarca	25286	Funza	0,263754636	37.076.948.706	105.086	352.825
25	Cundinamarca	25288	Fúquene	0,647863150	3.730.003.312	5.211	715.794
25	Cundinamarca	25290	Fusagasugá	0,364037812	72.458.782.907	154.143	470.075
25	Cundinamarca	25293	Gachalá	0,527452350	3.837.956.351	4.405	871.273
25	Cundinamarca	25295	Gachancipá	0,397483587	4.342.366.457	19.376	224.111
25	Cundinamarca	25297	Gachetá	0,505421579	5.656.236.849	8.539	662.400
25	Cundinamarca	25299	Gama	0,565945089	3.186.296.170	3.214	991.380
25	Cundinamarca	25307	Girardot	0,288256049	53.312.530.261	109.792	485.578
25	Cundinamarca	25312	Granada	0,561653256	4.316.157.650	7.931	544.214
25	Cundinamarca	25317	Guachetá	0,497895092	5.444.854.040	14.241	382.336
25	Cundinamarca	25320	Guaduas	0,510892868	11.546.548.789	33.212	347.662
25	Cundinamarca	25322	Guasca	0,515658915	4.665.365.337	16.934	275.503
25	Cundinamarca	25324	Guataquí	0,485018104	4.473.579.326	2.772	1.613.845
25	Cundinamarca	25326	Guatavita	0,525152028	3.709.450.529	6.811	544.626
25	Cundinamarca	25328	Guayabal de Síquima	0,570394278	2.876.859.236	4.743	606.548

25	Cundinamarca	25335	Guayabetal	0,540192783	4.137.235.603	6.744	613.469
25	Cundinamarca	25339	Gutiérrez	0,546403229	4.086.695.905	3.567	1.145.696
25	Cundinamarca	25368	Jerusalén	0,520857155	3.859.550.591	2.315	1.667.192
25	Cundinamarca	25372	Junín	0,606512606	4.634.975.849	6.074	763.085
25	Cundinamarca	25377	La Calera	0,509742975	5.184.863.781	32.917	157.513
25	Cundinamarca	25386	La Mesa	0,480766743	9.393.873.632	36.129	260.009
25	Cundinamarca	25394	La Palma	0,497874945	7.114.952.796	9.810	725.276
25	Cundinamarca	25398	La Peña	0,594967008	7.458.914.564	6.095	1.223.776
25	Cundinamarca	25402	La Vega	0,531425059	6.894.591.483	18.642	369.842
25	Cundinamarca	25407	Lenguazaque	0,560173094	5.152.988.255	10.794	477.394
25	Cundinamarca	25426	Machetá	0,556557894	5.868.893.270	6.278	934.835
25	Cundinamarca	25430	Madrid	0,293731272	13.908.317.039	127.138	109.395
25	Cundinamarca	25436	Manta	0,553818226	3.577.066.929	3.893	918.846
25	Cundinamarca	25438	Medina	0,450557888	5.827.555.798	8.211	709.725
25	Cundinamarca	25473	Mosquera	0,263981879	47.986.262.000	150.665	318.496
25	Cundinamarca	25483	Nariño	0,388421744	4.170.991.216	2.464	1.692.772
25	Cundinamarca	25486	Nemocón	0,481566876	4.259.557.931	14.532	293.116
25	Cundinamarca	25488	Nilo	0,566688240	5.469.407.865	12.028	454.723
25	Cundinamarca	25489	Nimaima	0,578614235	3.806.288.343	3.763	1.011.504
25	Cundinamarca	25491	Nocaima	0,541270316	4.128.070.107	6.562	629.087
25	Cundinamarca	25506	Venecia	0,549597263	3.604.423.641	4.449	810.165
25	Cundinamarca	25513	Pacho	0,473376483	9.382.312.336	25.803	363.613
25	Cundinamarca	25518	Paime	0,614214778	5.366.545.704	4.279	1.254.159
25	Cundinamarca	25524	Pandi	0,575575590	4.491.981.727	5.334	842.141
25	Cundinamarca	25530	Paratebueno	0,501869500	4.874.588.417	9.218	528.812
25	Cundinamarca	25535	Pasca	0,547517598	5.664.598.080	9.626	588.469
25	Cundinamarca	25572	Puerto Salgar	0,388393581	6.612.837.541	16.671	396.667
25	Cundinamarca	25580	Pulí	0,577582002	3.451.173.923	3.438	1.003.832

25	Cundinamarca	25592	Quebradaneg ra	0,624684632	4.044.806.562	4.927	820.947
25	Cundinamarca	25594	Quetame	0,555129290	4.913.214.247	5.315	924.405
25	Cundinamarca	25596	Quipile	0,623745978	5.153.219.871	6.536	788.436
25	Cundinamarca	25599	Apulo	0,499766827	4.900.930.766	8.747	560.298
25	Cundinamarca	25612	Ricaurte	0,453790098	6.018.107.869	14.367	418.884
25	Cundinamarca	25645	San Antonio del Tequendama	0,642789960	5.331.972.984	12.829	415.619
25	Cundinamarca	25649	San Bernardo	0,503487587	5.181.915.335	8.984	576.794
25	Cundinamarca	25653	San Cayetano	0,609346747	4.717.845.308	4.978	947.739
25	Cundinamarca	25658	San Francisco	0,509745777	4.927.161.635	11.844	416.005
25	Cundinamarca	25662	San Juan de Rioseco	0,525244832	6.292.807.792	8.537	737.122
25	Cundinamarca	25718	Sasaima	0,576170802	4.996.675.979	11.521	433.702
25	Cundinamarca	25736	Sesquilé	0,551589787	4.559.320.121	12.645	360.563
25	Cundinamarca	25740	Sibaté	0,400817513	9.374.246.885	36.658	255.722
25	Cundinamarca	25743	Silvania	0,557579517	10.181.689.633	23.489	433.466
25	Cundinamarca	25745	Simijaca	0,435372651	5.763.372.704	14.062	409.854
25	Cundinamarca	25754	Soacha	0,210395083	242.223.399.054	753.548	321.444
25	Cundinamarca	25758	Sopó	0,397993118	4.177.030.277	28.999	144.040
25	Cundinamarca	25769	Subachoque	0,480960995	5.008.467.672	16.743	299.138
25	Cundinamarca	25772	Suesca	0,498328596	4.820.604.232	18.741	257.222
25	Cundinamarca	25777	Supatá	0,540476084	4.283.923.585	5.543	772.853
25	Cundinamarca	25779	Susa	0,528041661	5.395.743.294	7.067	763.513
25	Cundinamarca	25781	Sutatausa	0,533916235	3.371.467.556	6.441	523.439
25	Cundinamarca	25785	Tabio	0,567268491	5.663.418.609	24.206	233.968
25	Cundinamarca	25793	Tausa	0,597311378	4.600.106.865	8.654	531.558
25	Cundinamarca	25797	Tena	0,643171608	4.406.554.622	10.531	418.436
25	Cundinamarca	25799	Tenjo	0,518029213	5.621.707.334	24.096	233.305
25	Cundinamarca	25805	Tibacuy	0,612399220	3.623.215.973	4.639	781.034

25	Cundinamarca	25807	Tibirita	0,595121026	3.730.971.868	3.285	1.135.760
25	Cundinamarca	25815	Tocaima	0,430786550	7.568.280.452	16.611	455.619
25	Cundinamarca	25817	Tocancipá	0,544955492	6.558.445.230	45.714	143.467
25	Cundinamarca	25823	Topaipí	0,593254149	5.055.582.046	4.284	1.180.108
25	Cundinamarca	25839	Ubalá	0,594448805	7.453.621.835	7.789	956.942
25	Cundinamarca	25841	Ubaque	0,599259913	4.347.928.139	7.067	615.244
25	Cundinamarca	25843	Villa de San Diego de Ubaté	0,380945474	10.339.061.794	46.911	220.397
25	Cundinamarca	25845	Une	0,456809640	5.065.410.364	7.371	687.208
25	Cundinamarca	25851	Útica	0,442900538	4.774.585.027	4.434	1.076.812
25	Cundinamarca	25862	Vergara	0,596015215	5.978.667.760	7.167	834.194
25	Cundinamarca	25867	Vianí	0,529737771	3.521.924.121	4.667	754.644
25	Cundinamarca	25871	Villagómez	0,522016525	3.246.033.675	1.826	1.777.675
25	Cundinamarca	25873	Villapinzón	0,530238092	8.813.455.408	18.433	478.135
25	Cundinamarca	25875	Villeta	0,411369205	8.182.698.156	29.128	280.922
25	Cundinamarca	25878	Viotá	0,545476854	7.313.621.285	13.878	526.994
25	Cundinamarca	25885	Yacopí	0,578624368	10.901.000.385	12.564	867.638
25	Cundinamarca	25898	Zipacón	0,555842042	3.851.769.109	5.022	766.979
25	Cundinamarca	25899	Zipaquirá	0,379653960	53.573.327.364	146.352	366.058
27	Chocó	27001	Quibdó	0,373503536	162.615.658.890	130.825	1.243.001
27	Chocó	27006	Acandí	0,498143643	9.377.068.605	14.159	662.269
27	Chocó	27025	Alto Baudó	0,654740810	22.973.884.408	28.293	811.999
27	Chocó	27050	Atrato	0,485030204	7.915.775.919	6.208	1.275.093
27	Chocó	27073	Bagadó	0,588110209	12.262.413.979	11.262	1.088.831
27	Chocó	27075	Bahía Solano	0,438367516	7.830.521.307	10.279	761.798
27	Chocó	27077	Bajo Baudó	0,615621269	16.173.990.106	30.472	530.782
27	Chocó	27099	Bojayá	0,639446676	15.624.374.836	12.326	1.267.595
27	Chocó	27135	El Cantón del San Pablo	0,488502651	6.997.190.273	6.286	1.113.139

27	Chocó	27150	Carmen del Darién	0,641942978	11.996.935.761	19.509	614.944
27	Chocó	27160	Cértegui	0,444167495	7.851.833.708	5.760	1.363.166
27	Chocó	27205	Condoto	0,371718615	12.884.642.026	12.367	1.041.857
27	Chocó	27245	El Carmen de Atrato	0,550913215	7.405.427.906	8.212	901.781
27	Chocó	27250	El Litoral del San Juan	0,663555861	15.936.963.878	22.890	696.241
27	Chocó	27361	Istmina	0,401859581	20.807.058.698	30.806	675.422
27	Chocó	27372	Juradó	0,527946770	8.513.630.260	6.841	1.244.501
27	Chocó	27413	Lloró	0,539034188	11.812.960.653	9.913	1.191.664
27	Chocó	27425	Medio Atrato	0,638721466	11.345.568.224	10.930	1.038.021
27	Chocó	27430	Medio Baudó	0,623444498	15.051.094.571	15.683	959.708
27	Chocó	27450	Medio San Juan	0,576134861	12.160.944.012	10.826	1.123.309
27	Chocó	27491	Nóvita	0,521158874	7.966.798.259	9.105	874.992
27	Chocó	27495	Nuquí	0,646526098	9.912.284.320	16.642	595.619
27	Chocó	27580	Río Iró	0,556042254	9.205.517.708	5.592	1.646.194
27	Chocó	27600	Río Quito	0,562430680	10.003.380.954	8.448	1.184.112
27	Chocó	27615	Riosucio	0,631841779	23.049.483.404	55.232	417.321
27	Chocó	27660	San José del Palmar	0,568904817	5.319.003.788	4.961	1.072.164
27	Chocó	27745	Sipí	0,571574092	5.724.422.914	3.220	1.777.771
27	Chocó	27787	Tadó	0,446277857	17.034.342.956	17.913	950.949
27	Chocó	27800	Unguía	0,553731203	10.034.083.073	12.822	782.568
27	Chocó	27810	Unión Panamericana	0,501353621	8.661.046.970	6.982	1.240.482
41	Huila	41001	Neiva	0,352511942	241.129.731.759	364.408	661.703
41	Huila	41006	Acevedo	0,623501182	19.725.253.407	25.298	779.716
41	Huila	41013	Agrado	0,421810329	6.945.077.129	8.937	777.115
41	Huila	41016	Aipe	0,423007399	9.834.431.498	16.546	594.369
41	Huila	41020	Algeciras	0,496440411	15.112.124.950	22.575	669.419

41	Huila	41026	Altamira	0,451398343	3.236.805.708	4.367	741.197
41	Huila	41078	Baraya	0,487360179	8.698.599.964	8.269	1.051.953
41	Huila	41132	Campoalegre	0,387368381	13.538.479.948	31.357	431.753
41	Huila	41206	Colombia	0,554713488	8.871.779.708	7.064	1.255.914
41	Huila	41244	Elías	0,532663345	4.746.707.005	4.300	1.103.885
41	Huila	41298	Garzón	0,523965061	31.756.685.674	74.136	428.357
41	Huila	41306	Gigante	0,533807516	12.594.965.562	24.726	509.381
41	Huila	41319	Guadalupe	0,565505803	12.417.544.211	18.302	678.480
41	Huila	41349	Hobo	0,373428047	6.378.540.796	7.387	863.482
41	Huila	41357	Íquira	0,561019957	8.390.189.135	9.345	897.827
41	Huila	41359	Isnos	0,599714875	15.433.616.218	25.719	600.086
41	Huila	41378	La Argentina	0,529289782	9.855.389.694	13.162	748.776
41	Huila	41396	La Plata	0,569548428	28.566.679.329	62.380	457.946
41	Huila	41483	Nátaga	0,508806288	6.321.504.624	6.573	961.738
41	Huila	41503	Oporapa	0,595721960	9.087.222.363	11.920	762.351
41	Huila	41518	Paicol	0,505393922	5.692.955.337	6.722	846.914
41	Huila	41524	Palermo	0,506252944	11.764.103.786	26.881	437.636
41	Huila	41530	Palestina	0,612393737	8.456.339.586	11.395	742.110
41	Huila	41548	Pital	0,537724674	8.767.041.592	13.927	629.500
41	Huila	41551	Pitalito	0,540250123	113.848.256.055	128.630	885.083
41	Huila	41615	Rivera	0,502000213	9.459.575.093	25.131	376.411
41	Huila	41660	Saladoblanco	0,603025734	8.765.840.355	10.567	829.549
41	Huila	41668	San Agustín	0,573457241	17.127.635.913	33.727	507.832
41	Huila	41676	Santa María	0,578511178	7.755.679.519	10.462	741.319
41	Huila	41770	Suaza	0,612929702	13.749.112.263	22.729	604.915
41	Huila	41791	Tarqui	0,559767365	11.117.580.404	17.729	627.084
41	Huila	41797	Tesalia	0,480799407	6.607.859.985	10.923	604.949
41	Huila	41799	Tello	0,501471043	8.461.471.195	11.800	717.074

41	Huila	41801	Teruel	0,464601427	5.586.237.047	8.094	690.170
41	Huila	41807	Timaná	0,548282743	11.139.906.768	22.070	504.753
41	Huila	41872	Villavieja	0,540092349	5.931.185.202	7.240	819.224
41	Huila	41885	Yaguará	0,349201590	4.828.660.223	7.824	617.160
44	La Guajira	44001	Riohacha	0,493569493	259.331.781.302	201.839	1.284.845
44	La Guajira	44035	Albania	0,463743150	13.747.672.200	32.265	426.086
44	La Guajira	44078	Barrancas	0,514421821	16.032.237.849	38.348	418.072
44	La Guajira	44090	Dibulla	0,673932135	21.799.405.840	42.060	518.293
44	La Guajira	44098	Distracción	0,486519426	9.177.336.281	14.248	644.114
44	La Guajira	44110	El Molino	0,305455387	7.383.322.751	7.879	937.089
44	La Guajira	44279	Fonseca	0,333531588	16.131.915.858	44.544	362.157
44	La Guajira	44378	Hatonuevo	0,433045059	11.425.744.939	22.033	518.574
44	La Guajira	44420	La Jagua del Pilar	0,412965596	4.664.632.834	3.834	1.216.649
44	La Guajira	44430	Maicao	0,548043072	219.012.623.754	185.072	1.183.391
44	La Guajira	44560	Manaure	0,772266030	57.082.021.331	93.431	610.954
44	La Guajira	44650	San Juan del Cesar	0,421129137	19.134.298.146	49.584	385.897
44	La Guajira	44847	Uribia	1,000000000	205.460.290.861	190.084	1.080.892
44	La Guajira	44855	Urumita	0,323029608	8.233.268.907	11.261	731.131
44	La Guajira	44874	Villanueva	0,304760098	11.695.188.226	29.236	400.027
47	Magdalena	47001	Santa Marta	0,428129494	370.858.711.606	538.612	688.545
47	Magdalena	47030	Algarrobo	0,426768661	9.036.077.536	16.785	538.342
47	Magdalena	47053	Aracataca	0,465979487	18.958.303.894	41.492	456.915
47	Magdalena	47058	Ariguani	0,442521065	17.987.852.687	31.794	565.762
47	Magdalena	47161	Cerro de San Antonio	0,458363891	8.438.472.870	9.941	848.856
47	Magdalena	47170	Chivolo	0,439494282	14.855.297.038	23.388	635.167
47	Magdalena	47189	Ciénaga	0,353258520	104.862.291.826	124.339	843.358
47	Magdalena	47205	Concordia	0,518895030	9.383.859.228	11.227	835.830
47	Magdalena	47245	El Banco	0,481381983	34.741.580.182	69.701	498.437



47	Magdalena	47258	El Piñón	0,563320994	12.917.269.136	24.083	536.365
47	Magdalena	47268	El Retén	0,372578770	12.600.808.750	21.052	598.556
47	Magdalena	47288	Fundación	0,360798478	34.884.581.992	70.491	494.880
47	Magdalena	47318	Guamal	0,574770927	15.417.064.948	27.918	552.227
47	Magdalena	47460	Nueva Granada	0,526148319	16.385.222.364	21.166	774.129
47	Magdalena	47541	Pedraza	0,542977810	8.405.280.074	9.290	904.766
47	Magdalena	47545	Pijiño del Carmen	0,493718326	11.063.027.681	12.908	857.068
47	Magdalena	47551	Pivijay	0,470492154	18.877.763.380	38.973	484.381
47	Magdalena	47555	Plato	0,400608510	32.571.276.716	64.017	508.791
47	Magdalena	47570	Puebloviejo	0,575165272	15.541.639.744	32.188	482.840
47	Magdalena	47605	Remolino	0,422389209	7.188.954.894	11.929	602.645
47	Magdalena	47660	Sabanas de San Ángel	0,568365693	12.890.888.726	16.724	770.802
47	Magdalena	47675	Salamina	0,414090276	8.328.491.060	11.295	737.361
47	Magdalena	47692	San Sebastián de Buenavista	0,566367626	14.665.842.932	20.696	708.632
47	Magdalena	47703	San Zenón	0,627495468	9.073.867.096	12.439	729.469
47	Magdalena	47707	Santa Ana	0,468109310	13.740.206.172	26.075	526.949
47	Magdalena	47720	Santa Bárbara de Pinto	0,432585835	9.964.146.811	11.295	882.173
47	Magdalena	47745	Sitionuevo	0,490666419	15.785.436.128	29.159	541.357
47	Magdalena	47798	Tenerife	0,486001402	9.914.679.406	13.503	734.258
47	Magdalena	47960	Zapayán	0,523210704	9.215.093.722	10.613	868.284
47	Magdalena	47980	Zona Bananera	0,764916420	25.092.633.485	73.933	339.397
50	Meta	50001	Villavicencio	0,393216968	308.963.930.577	545.302	566.592
50	Meta	50006	Acacias	0,416663885	21.564.101.033	91.829	234.829
50	Meta	50110	Barranca de Upía	0,393130988	4.978.085.946	6.578	756.778
50	Meta	50124	Cabuyaro	0,474624693	4.912.050.722	6.192	793.290
50	Meta	50150	Castilla La Nueva	0,520356476	6.294.883.897	15.906	395.755

50	Meta	50223	Cubarral	0,414624989	4.757.333.235	7.068	673.081
50	Meta	50226	Cumaral	0,426396340	8.791.648.847	23.195	379.032
50	Meta	50245	El Calvario	0,520378709	2.188.093.536	1.652	1.324.512
50	Meta	50251	El Castillo	0,520330429	6.007.365.983	7.408	810.930
50	Meta	50270	El Dorado	0,523197293	3.755.859.593	3.971	945.822
50	Meta	50287	Fuente de Oro	0,451828063	7.892.157.236	12.388	637.081
50	Meta	50313	Granada	0,363451272	30.268.914.135	70.577	428.878
50	Meta	50318	Guamal	0,413508445	5.221.302.787	14.462	361.036
50	Meta	50325	Mapiripán	0,533653438	11.045.100.507	7.156	1.543.474
50	Meta	50330	Mesetas	0,508874178	10.457.767.666	10.430	1.002.662
50	Meta	50350	La Macarena	0,635659695	12.673.128.937	28.052	451.773
50	Meta	50370	Uribe	0,582530141	11.041.935.904	9.482	1.164.515
50	Meta	50400	Lejanías	0,509958923	7.045.399.171	11.162	631.195
50	Meta	50450	Puerto Concordia	0,512726545	13.071.842.802	8.569	1.525.481
50	Meta	50568	Puerto Gaitán	0,513363600	21.464.358.661	43.605	492.245
50	Meta	50573	Puerto López	0,452124834	13.721.336.069	30.312	452.670
50	Meta	50577	Puerto Lleras	0,522054195	7.762.037.093	10.354	749.666
50	Meta	50590	Puerto Rico	0,477692157	13.973.397.481	12.874	1.085.397
50	Meta	50606	Restrepo	0,418918937	6.291.450.359	18.658	337.199
50	Meta	50680	San Carlos de Guaroa	0,476650894	6.913.091.515	12.875	536.939
50	Meta	50683	San Juan de Arama	0,476912588	5.819.743.265	8.865	656.485
50	Meta	50686	San Juanito	0,450490206	2.659.659.559	1.243	2.139.710
50	Meta	50689	San Martín	0,401016086	9.564.333.726	26.499	360.932
50	Meta	50711	Vistahermosa	0,507868290	11.969.965.973	16.790	712.922
52	Nariño	52001	Pasto	0,535815716	274.550.028.015	392.589	699.332
52	Nariño	52019	Albán	0,557225883	9.177.939.402	9.320	984.757
52	Nariño	52022	Aldana	0,583687365	6.621.256.761	7.361	899.505
52	Nariño	52036	Ancuyá	0,573441744	6.818.786.680	8.603	792.606

52	Nariño	52051	Arboleda	0,613342106	7.854.072.694	8.420	932.788
52	Nariño	52079	Barbacoas	0,660664678	30.114.430.504	56.526	532.754
52	Nariño	52083	Belén	0,466398150	5.226.944.532	6.301	829.542
52	Nariño	52110	Buesaco	0,585004985	12.964.544.068	23.910	542.223
52	Nariño	52203	Colón	0,615257740	6.923.014.971	8.316	832.493
52	Nariño	52207	Consacá	0,615778983	8.596.501.513	13.738	625.746
52	Nariño	52210	Contadero	0,594023168	6.909.498.156	7.236	954.878
52	Nariño	52215	Córdoba	0,602827489	12.649.606.269	15.477	817.316
52	Nariño	52224	Cuaspúd	0,552834928	8.885.158.558	9.198	965.988
52	Nariño	52227	Cumbal	0,644697487	23.011.254.162	37.033	621.372
52	Nariño	52233	Cumbitara	0,556198478	11.352.173.107	5.768	1.968.130
52	Nariño	52240	Chachagüí	0,565742791	8.295.152.262	15.303	542.061
52	Nariño	52250	El Charco	0,562710762	20.875.885.979	22.550	925.760
52	Nariño	52254	El Peñol	0,595479369	6.030.693.639	7.442	810.359
52	Nariño	52256	El Rosario	0,618027627	10.026.745.246	12.062	831.267
52	Nariño	52258	El Tablón de Gómez	0,635798395	11.157.013.655	14.261	782.344
52	Nariño	52260	El Tambo	0,531036794	9.080.882.968	13.809	657.606
52	Nariño	52287	Funes	0,501304567	7.810.926.676	7.135	1.094.734
52	Nariño	52317	Guachucal	0,625932455	12.878.861.068	19.339	665.953
52	Nariño	52320	Guaitarilla	0,524159610	8.393.222.379	11.325	741.123
52	Nariño	52323	Gualmatán	0,500281036	6.314.733.760	7.040	896.979
52	Nariño	52352	Iles	0,558717668	8.271.474.626	7.632	1.083.789
52	Nariño	52354	Imués	0,613257766	6.003.793.468	7.446	806.311
52	Nariño	52356	Ipiales	0,485099494	109.981.509.375	115.836	949.459
52	Nariño	52378	La Cruz	0,514481723	13.474.986.490	18.643	722.791
52	Nariño	52381	La Florida	0,592893302	8.596.212.209	9.911	867.341
52	Nariño	52385	La Llanada	0,479639858	4.818.820.860	6.470	744.795
52	Nariño	52390	La Tola	0,517816246	11.114.559.625	7.460	1.489.887

52	Nariño	52399	La Unión	0,539193749	14.561.053.334	31.751	458.601
52	Nariño	52405	Leiva	0,549892604	9.573.035.977	9.571	1.000.213
52	Nariño	52411	Linares	0,585903585	8.360.365.170	10.012	835.034
52	Nariño	52418	Los Andes	0,488968790	10.895.988.577	9.268	1.175.657
52	Nariño	52427	Magüí	0,579133153	10.796.806.716	25.543	422.691
52	Nariño	52435	Mallama	0,616503954	7.798.959.471	8.946	871.782
52	Nariño	52473	Mosquera	0,495037049	11.303.585.711	12.582	898.393
52	Nariño	52480	Nariño	0,430861712	4.328.325.469	4.346	995.933
52	Nariño	52490	Olaya Herrera	0,522899866	18.001.643.648	25.210	714.068
52	Nariño	52506	Ospina	0,556910813	7.378.383.627	6.993	1.055.110
52	Nariño	52520	Francisco Pizarro	0,527571499	9.035.334.608	14.158	638.179
52	Nariño	52540	Policarpa	0,568095684	10.205.762.289	9.779	1.043.641
52	Nariño	52560	Potosí	0,590849042	8.844.048.634	10.058	879.305
52	Nariño	52565	Providencia	0,558300376	7.090.516.855	5.553	1.276.880
52	Nariño	52573	Puerres	0,510474861	6.683.651.044	8.365	799.002
52	Nariño	52585	Pupiales	0,539946914	11.749.785.828	17.219	682.373
52	Nariño	52612	Ricaurte	0,643441021	18.353.759.055	20.057	915.080
52	Nariño	52621	Roberto Payán	0,572590649	11.184.878.369	12.694	881.115
52	Nariño	52678	Samaniego	0,563364089	17.565.333.221	27.742	633.168
52	Nariño	52683	Sandoná	0,480242133	11.085.709.555	19.770	560.734
52	Nariño	52685	San Bernardo	0,558795452	9.160.838.061	9.171	998.892
52	Nariño	52687	San Lorenzo	0,639434099	11.319.006.456	18.399	615.197
52	Nariño	52693	San Pablo	0,573305488	9.432.172.981	14.793	637.611
52	Nariño	52694	San Pedro de Cartago	0,617063403	7.649.789.549	6.820	1.121.670
52	Nariño	52696	Santa Bárbara	0,572933495	14.150.885.688	13.242	1.068.637
52	Nariño	52699	Santacruz	0,620056987	13.310.755.300	11.074	1.201.983
52	Nariño	52720	Sapuyes	0,591576457	5.734.371.935	7.232	792.916
52	Nariño	52786	Taminango	0,596465349	12.209.049.368	17.878	682.909

52	Nariño	52788	Tangua	0,596045017	8.183.254.808	13.321	614.312
52	Nariño	52835	San Andrés de Tumaco	0,871473074	183.568.951.901	257.052	714.132
52	Nariño	52838	Túquerres	0,561303496	20.870.148.937	44.575	468.203
52	Nariño	52885	Yacuanquer	0,553869247	8.608.069.101	10.955	785.766
54	Norte de Santander	54001	San José de Cúcuta	0,340536773	514.620.879.869	777.106	662.227
54	Norte de Santander	54003	Ábrego	0,494171053	18.681.898.845	33.931	550.585
54	Norte de Santander	54051	Arboledas	0,581646442	8.229.503.632	10.056	818.368
54	Norte de Santander	54099	Bochalema	0,526948452	4.889.307.696	8.845	552.776
54	Norte de Santander	54109	Bucarasica	0,633518875	6.019.061.369	6.614	910.049
54	Norte de Santander	54125	Cácota	0,530868471	4.510.015.034	2.914	1.547.706
54	Norte de Santander	54128	Cáchira	0,609160721	7.068.093.101	11.198	631.192
54	Norte de Santander	54172	Chinácota	0,427475482	7.671.413.999	18.858	406.799
54	Norte de Santander	54174	Chitagá	0,528795481	8.805.649.223	12.394	710.477
54	Norte de Santander	54206	Convención	0,529037654	13.237.601.521	19.647	673.772
54	Norte de Santander	54223	Cucutilla	0,597159624	7.149.045.334	8.475	843.545
54	Norte de Santander	54239	Durania	0,477467090	4.955.952.908	4.812	1.029.915
54	Norte de Santander	54245	El Carmen	0,615676522	11.237.102.073	14.043	800.192
54	Norte de Santander	54250	El Tarra	0,517768979	14.827.534.638	21.926	676.254
54	Norte de Santander	54261	El Zulia	0,449859381	13.250.612.337	29.392	450.824
54	Norte de Santander	54313	Gramalote	0,537559152	4.673.587.868	7.694	607.433
54	Norte de Santander	54344	Hacarí	0,619544864	11.515.261.773	10.603	1.086.038
54	Norte de Santander	54347	Herrán	0,597478688	4.855.765.488	7.326	662.813
54	Norte de Santander	54377	Labateca	0,565255761	5.546.386.315	6.574	843.685
54	Norte de Santander	54385	La Esperanza	0,618741810	9.843.716.345	12.373	795.580
54	Norte de Santander	54398	La Playa	0,624531448	7.908.050.433	8.003	988.136
54	Norte de Santander	54405	Los Patios	0,283317715	22.490.262.672	97.220	231.334
54	Norte de Santander	54418	Lourdes	0,481053889	4.101.570.234	4.191	978.661
54	Norte de Santander	54480	Mutiscua	0,589680612	3.956.537.328	4.530	873.408

54	Norte de Santander	54498	Ocaña	0,342973620	41.311.588.984	129.308	319.482
54	Norte de Santander	54518	Pamplona	0,315858781	15.012.922.034	53.909	278.486
54	Norte de Santander	54520	Pamplonita	0,584694386	4.798.725.428	5.793	828.366
54	Norte de Santander	54553	Puerto Santander	0,305455238	8.779.498.169	9.262	947.905
54	Norte de Santander	54599	Ragonvalia	0,479221404	6.358.919.499	6.339	1.003.142
54	Norte de Santander	54660	Salazar	0,524576902	7.571.821.046	10.728	705.800
54	Norte de Santander	54670	San Calixto	0,604990065	10.084.137.672	12.174	828.334
54	Norte de Santander	54673	San Cayetano	0,543349624	4.806.983.859	7.790	617.071
54	Norte de Santander	54680	Santiago	0,462143958	3.645.025.063	3.667	994.007
54	Norte de Santander	54720	Sardinata	0,544099629	14.472.117.952	26.804	539.924
54	Norte de Santander	54743	Silos	0,611162484	5.416.814.580	6.546	827.500
54	Norte de Santander	54800	Teorama	0,623883128	13.010.552.066	17.670	736.307
54	Norte de Santander	54810	Tibú	0,592443526	25.588.158.236	58.721	435.758
54	Norte de Santander	54820	Toledo	0,545969367	11.203.037.236	16.325	686.250
54	Norte de Santander	54871	Villa Caro	0,493456036	5.710.815.543	5.303	1.076.903
54	Norte de Santander	54874	Villa del Rosario	0,277178556	41.812.289.820	111.254	375.827
63	Quindío	63001	Armenia	0,253521860	151.503.192.363	304.764	497.116
63	Quindío	63111	Buenavista	0,510368705	2.868.807.253	3.129	916.845
63	Quindío	63130	Calarcá	0,391550392	19.707.651.074	74.890	263.155
63	Quindío	63190	Circasia	0,382495046	8.432.740.996	29.060	290.184
63	Quindío	63212	Córdoba	0,433969527	4.039.363.155	5.739	703.844
63	Quindío	63272	Filandia	0,453943014	5.485.632.951	12.259	447.478
63	Quindío	63302	Génova	0,447785378	5.155.123.196	7.447	692.242
63	Quindío	63401	La Tebaida	0,318062425	12.744.712.518	34.803	366.196
63	Quindío	63470	Montenegro	0,356393129	14.447.506.614	37.518	385.082
63	Quindío	63548	Pijao	0,445492983	4.166.638.589	5.121	813.638
63	Quindío	63594	Quimbaya	0,357894510	11.678.628.291	31.142	375.012
63	Quindío	63690	Salento	0,508004606	3.679.968.852	9.529	386.186

66	Risaralda	66001	Pereira	0,487827361	264.172.313.033	477.027	553.789
66	Risaralda	66045	Apía	0,498712301	7.550.708.404	12.221	617.847
66	Risaralda	66075	Balboa	0,572832286	4.762.781.125	6.297	756.357
66	Risaralda	66088	Belén de Umbría	0,483675689	12.606.544.864	24.708	510.221
66	Risaralda	66170	Dosquebradas	0,263046354	104.584.641.940	223.782	467.351
66	Risaralda	66318	Guática	0,554985702	7.551.523.473	12.110	623.577
66	Risaralda	66383	La Celia	0,515903354	4.710.122.006	7.426	634.274
66	Risaralda	66400	La Virginia	0,279238701	10.623.390.429	27.981	379.664
66	Risaralda	66440	Marsella	0,472471029	8.970.131.500	16.716	536.619
66	Risaralda	66456	Mistrató	0,593626142	13.742.274.915	17.257	796.330
66	Risaralda	66572	Pueblo Rico	0,616046131	14.079.722.012	16.450	855.910
66	Risaralda	66594	Quinchía	0,589593828	12.707.504.458	27.274	465.920
66	Risaralda	66682	Santa Rosa de Cabal	0,367724866	20.085.981.363	79.372	253.061
66	Risaralda	66687	Santuario	0,474945903	6.812.854.443	12.434	547.921
68	Santander	68001	Bucaramanga	0,227448612	282.648.729.288	607.428	465.321
68	Santander	68013	Aguada	0,589372456	3.778.615.388	1.867	2.023.897
68	Santander	68020	Albania	0,605259120	4.701.089.980	4.336	1.084.200
68	Santander	68051	Aratoca	0,554170787	6.448.874.566	8.487	759.853
68	Santander	68077	Barbosa	0,379922539	9.684.933.404	32.653	296.602
68	Santander	68079	Barichara	0,556154847	5.171.301.219	10.815	478.160
68	Santander	68081	Barrancabermeja	0,383459449	147.136.401.115	210.729	698.226
68	Santander	68092	Betulia	0,578934669	4.656.717.559	6.061	768.308
68	Santander	68101	Bolívar	0,619705617	7.373.729.665	10.980	671.560
68	Santander	68121	Cabrera	0,578623712	3.737.064.678	2.021	1.849.117
68	Santander	68132	California	0,490136236	2.240.936.204	2.232	1.004.004
68	Santander	68147	Capitanejo	0,418063968	4.760.096.737	5.479	868.789
68	Santander	68152	Carcasí	0,607448578	6.202.888.064	4.259	1.456.419



68	Santander	68160	Cepitá	0,554720283	3.394.411.604	2.025	1.676.253
68	Santander	68162	Cerrito	0,472462654	5.725.773.254	6.933	825.872
68	Santander	68167	Charalá	0,438951224	5.921.076.074	12.272	482.487
68	Santander	68169	Charta	0,561343133	2.963.113.295	2.888	1.026.009
68	Santander	68176	Chima	0,546915233	3.754.171.829	2.866	1.309.899
68	Santander	68179	Chipatá	0,612897933	5.227.867.956	5.093	1.026.481
68	Santander	68190	Cimitarra	0,527474403	17.365.418.629	34.403	504.765
68	Santander	68207	Concepción	0,475449741	5.209.785.353	5.757	904.948
68	Santander	68209	Confines	0,574188709	3.183.866.307	3.294	966.565
68	Santander	68211	Contratación	0,371564537	3.654.134.082	3.699	987.871
68	Santander	68217	Coromoro	0,604675829	5.451.642.438	5.024	1.085.120
68	Santander	68229	Curití	0,534223974	6.959.786.161	13.283	523.962
68	Santander	68235	El Carmen de Chucurí	0,635499477	11.255.158.728	21.820	515.818
68	Santander	68245	El Guacamayo	0,528422773	3.078.523.809	2.085	1.476.510
68	Santander	68250	El Peñón	0,610892236	6.292.289.605	5.507	1.142.598
68	Santander	68255	El Playón	0,470936298	8.799.463.543	14.038	626.832
68	Santander	68264	Encino	0,575856686	3.369.525.921	2.583	1.304.501
68	Santander	68266	Enciso	0,560452819	4.087.520.857	3.445	1.186.508
68	Santander	68271	Florián	0,575394869	6.326.120.866	5.589	1.131.888
68	Santander	68276	Floridablanca	0,259206772	119.174.399.370	307.896	387.061
68	Santander	68296	Galán	0,549296498	3.760.395.343	2.891	1.300.725
68	Santander	68298	Gámbita	0,596000373	5.552.107.779	4.013	1.383.530
68	Santander	68307	Girón	0,360310614	103.875.816.739	171.904	604.266
68	Santander	68318	Guaca	0,561572433	5.899.270.527	5.909	998.353
68	Santander	68320	Guadalupe	0,516280234	3.910.638.349	4.468	875.255
68	Santander	68322	Guapotá	0,548532307	2.448.878.791	2.413	1.014.869
68	Santander	68324	Guavatá	0,564762354	3.492.390.770	4.191	833.307
68	Santander	68327	Güepsa	0,427908063	4.025.691.284	5.309	758.277

68	Santander	68344	Hato	0,547450900	3.710.227.467	2.370	1.565.497
68	Santander	68368	Jesús María	0,576248109	4.472.033.416	3.339	1.339.333
68	Santander	68370	Jordán	0,623844922	4.006.918.520	1.336	2.999.191
68	Santander	68377	La Belleza	0,553912163	5.946.300.432	6.178	962.496
68	Santander	68385	Landázuri	0,548835099	8.995.206.527	10.588	849.566
68	Santander	68397	La Paz	0,602324724	4.875.721.420	4.917	991.605
68	Santander	68406	Lebrija	0,484463394	14.188.101.671	44.169	321.223
68	Santander	68418	Los Santos	0,633911431	7.592.607.438	14.787	513.465
68	Santander	68425	Macaravita	0,604470909	5.821.181.000	2.104	2.766.721
68	Santander	68432	Málaga	0,332765609	9.854.019.451	21.672	454.689
68	Santander	68444	Matanza	0,552125752	3.670.531.141	5.035	729.003
68	Santander	68464	Mogotes	0,516767442	7.401.899.221	10.647	695.210
68	Santander	68468	Molagavita	0,601755142	5.122.972.990	4.106	1.247.680
68	Santander	68498	Ocamonte	0,606145024	3.816.319.476	5.810	656.854
68	Santander	68500	Oiba	0,497328073	6.704.301.437	11.175	599.937
68	Santander	68502	Onzaga	0,543990970	5.137.950.685	4.082	1.258.685
68	Santander	68522	Palmar	0,523625493	4.176.499.323	1.407	2.968.372
68	Santander	68524	Palmas del Socorro	0,539562643	2.763.947.881	2.626	1.052.532
68	Santander	68533	Páramo	0,555450737	3.525.953.567	4.869	724.164
68	Santander	68547	Piedecuesta	0,408002675	102.656.824.210	182.959	561.092
68	Santander	68549	Pinchote	0,578960001	3.124.359.326	5.385	580.197
68	Santander	68572	Puente Nacional	0,529728293	6.744.330.856	14.844	454.347
68	Santander	68573	Puerto Parra	0,534450650	5.842.893.367	8.017	728.813
68	Santander	68575	Puerto Wilches	0,502920091	14.838.541.412	34.206	433.799
68	Santander	68615	Rionegro	0,602852762	11.479.170.916	27.062	424.180
68	Santander	68655	Sabana de Torres	0,420869619	11.276.106.208	34.556	326.314
68	Santander	68669	San Andrés	0,526306033	5.571.770.509	8.596	648.182
68	Santander	68673	San Benito	0,619600534	3.536.659.629	2.972	1.189.993

68	Santander	68679	San Gil	0,340561271	14.350.766.108	59.670	240.502
68	Santander	68682	San Joaquín	0,515040100	3.384.135.494	2.208	1.532.670
68	Santander	68684	San José de Miranda	0,580176294	5.000.851.796	4.289	1.165.972
68	Santander	68686	San Miguel	0,557278574	4.613.044.258	2.478	1.861.600
68	Santander	68689	San Vicente de Chucurí	0,555010438	12.605.475.325	33.593	375.241
68	Santander	68705	Santa Bárbara	0,613777339	3.022.953.041	2.448	1.234.866
68	Santander	68720	Santa Helena del Opón	0,569570005	4.804.629.236	3.411	1.408.569
68	Santander	68745	Simacota	0,584833264	7.574.545.376	10.226	740.714
68	Santander	68755	Socorro	0,356047094	9.420.909.206	33.628	280.151
68	Santander	68770	Suaita	0,588311791	6.756.618.878	10.158	665.152
68	Santander	68773	Sucre	0,635970294	6.343.103.843	7.064	897.948
68	Santander	68780	Suratá	0,571736753	4.546.494.227	3.987	1.140.330
68	Santander	68820	Tona	0,638582706	4.765.869.351	7.718	617.501
68	Santander	68855	Valle de San José	0,510644257	4.141.909.215	6.336	653.710
68	Santander	68861	Vélez	0,471537977	7.997.183.489	25.219	317.109
68	Santander	68867	Vetas	0,532066822	1.943.781.120	2.168	896.578
68	Santander	68872	Villanueva	0,435386062	5.337.020.711	7.982	668.632
68	Santander	68895	Zapatoca	0,414943755	4.582.037.225	9.566	478.992
70	Sucre	70001	Sincelejo	0,376702607	250.577.377.192	293.951	852.446
70	Sucre	70110	Buenavista	0,365433514	8.158.241.120	10.964	744.093
70	Sucre	70124	Caimito	0,584577560	10.335.436.380	16.028	644.836
70	Sucre	70204	Colosó	0,501101255	10.383.566.054	8.732	1.189.139
70	Sucre	70215	Corozal	0,404891670	25.698.085.569	70.853	362.696
70	Sucre	70221	Coveñas	0,441990495	9.823.685.100	19.516	503.366
70	Sucre	70230	Chalán	0,421641290	7.276.179.692	4.604	1.580.404
70	Sucre	70233	El Roble	0,504204810	8.553.931.523	10.439	819.421
70	Sucre	70235	Galeras	0,475026250	13.354.463.057	23.238	574.682

70	Sucre	70265	Guaranda	0,526907265	16.000.956.523	18.601	860.220
70	Sucre	70400	La Unión	0,489771515	9.227.987.578	12.994	710.173
70	Sucre	70418	Los Palmitos	0,497899085	13.953.491.776	23.884	584.219
70	Sucre	70429	Majagual	0,602435291	22.385.760.411	38.306	584.393
70	Sucre	70473	Morroa	0,443320781	10.755.652.652	15.858	678.248
70	Sucre	70508	Ovejas	0,491942704	16.069.790.016	23.436	685.688
70	Sucre	70523	Palmito	0,545174837	12.521.638.137	15.056	831.671
70	Sucre	70670	Sampués	0,511916697	26.128.141.297	48.819	535.204
70	Sucre	70678	San Benito Abad	0,622729182	15.552.301.069	29.774	522.345
70	Sucre	70702	San Juan de Betulia	0,480408311	10.314.461.756	14.191	726.831
70	Sucre	70708	San Marcos	0,503620625	31.605.038.774	60.566	521.828
70	Sucre	70713	San Onofre	0,572771370	32.087.572.063	51.109	627.826
70	Sucre	70717	San Pedro	0,426832139	12.895.593.623	19.210	671.296
70	Sucre	70742	San Luis de Sincé	0,402282238	17.655.657.520	31.903	553.417
70	Sucre	70771	Sucre	0,611898065	15.149.414.000	30.814	491.641
70	Sucre	70820	Santiago de Tolú	0,368112594	14.838.628.195	34.117	434.934
70	Sucre	70823	Tolú Viejo	0,570025861	13.295.089.704	22.289	596.487
73	Tolima	73001	Ibagué	0,382996678	314.900.474.737	541.101	581.962
73	Tolima	73024	Alpujarra	0,491775483	3.957.404.678	4.458	887.709
73	Tolima	73026	Alvarado	0,523396671	6.323.979.755	8.715	725.643
73	Tolima	73030	Ambalema	0,363769472	4.471.131.583	6.561	681.471
73	Tolima	73043	Anzoátegui	0,616047800	11.601.538.921	10.006	1.159.458
73	Tolima	73055	Armero	0,429727882	6.076.760.572	12.038	504.798
73	Tolima	73067	Ataco	0,587486863	14.606.569.389	19.117	764.062
73	Tolima	73124	Cajamarca	0,480791211	10.277.092.136	18.442	557.266
73	Tolima	73148	Carmen de Apicalá	0,379962444	4.887.588.690	10.448	467.801
73	Tolima	73152	Casabianca	0,563449562	4.703.877.329	6.297	747.003
73	Tolima	73168	Chaparral	0,486046016	22.599.193.667	50.741	445.383

73	Tolima	73200	Coello	0,598327100	6.559.229.431	8.320	788.369
73	Tolima	73217	Coyaima	0,625237823	17.836.812.482	22.490	793.100
73	Tolima	73226	Cunday	0,559898019	6.413.981.385	8.372	766.123
73	Tolima	73236	Dolores	0,510124028	5.988.106.068	8.185	731.595
73	Tolima	73268	Espinal	0,421041399	24.043.240.119	71.015	338.566
73	Tolima	73270	Falan	0,574495435	5.493.595.360	7.386	743.785
73	Tolima	73275	Flandes	0,336295992	6.653.714.842	28.615	232.525
73	Tolima	73283	Fresno	0,493570715	13.031.539.739	31.191	417.798
73	Tolima	73319	Guamo	0,496785194	12.547.105.131	32.772	382.861
73	Tolima	73347	Herveo	0,550959229	4.696.735.798	7.213	651.149
73	Tolima	73349	Honda	0,305635422	9.256.318.630	24.542	377.162
73	Tolima	73352	Icononzo	0,555536866	5.983.436.045	11.893	503.106
73	Tolima	73408	Lérida	0,386191517	8.698.549.930	18.617	467.237
73	Tolima	73411	Líbano	0,439748287	15.048.745.849	36.231	415.356
73	Tolima	73443	San Sebastián de Mariquita	0,399201870	13.048.082.619	38.333	340.388
73	Tolima	73449	Melgar	0,363473177	9.447.785.514	37.682	250.724
73	Tolima	73461	Murillo	0,500572979	4.244.835.597	4.143	1.024.580
73	Tolima	73483	Natagaima	0,466866434	12.451.516.297	14.672	848.658
73	Tolima	73504	Ortega	0,630956590	16.692.513.560	34.320	486.379
73	Tolima	73520	Palocabildo	0,547794759	6.829.025.322	9.814	695.845
73	Tolima	73547	Piedras	0,535024345	3.446.499.784	6.761	509.762
73	Tolima	73555	Planadas	0,592767596	18.096.215.349	25.799	701.431
73	Tolima	73563	Prado	0,496590704	6.032.203.095	8.415	716.839
73	Tolima	73585	Purificación	0,462954551	11.424.862.259	23.538	485.379
73	Tolima	73616	Rioblanco	0,628458142	15.446.128.841	22.617	682.943
73	Tolima	73622	Roncesvalles	0,533281207	4.582.668.016	5.479	836.406
73	Tolima	73624	Rovira	0,499888450	14.607.529.557	21.491	679.705

73	Tolima	73671	Saldaña	0,445995271	8.166.084.605	14.473	564.229
73	Tolima	73675	San Antonio	0,543480754	9.316.179.143	12.570	741.144
73	Tolima	73678	San Luis	0,567794025	7.887.196.873	13.451	586.365
73	Tolima	73686	Santa Isabel	0,519893825	4.113.576.313	5.673	725.115
73	Tolima	73770	Suárez	0,504512250	4.613.260.362	3.772	1.223.028
73	Tolima	73854	Valle de San Juan	0,511331975	5.651.784.525	5.360	1.054.437
73	Tolima	73861	Venadillo	0,408156097	8.191.587.682	12.723	643.841
73	Tolima	73870	Villahermosa	0,529040277	5.568.496.000	9.186	606.194
73	Tolima	73873	Villarrica	0,517124236	4.395.686.254	4.960	886.227
76	Valle del Cauca	76001	Cali	0,300534666	918.986.689.110	2.252.616	407.964
76	Valle del Cauca	76020	Alcalá	0,383987308	7.842.049.335	14.295	548.587
76	Valle del Cauca	76036	Andalucía	0,372078001	7.286.419.818	22.594	322.494
76	Valle del Cauca	76041	Ansermanuevo	0,443708092	8.472.402.287	17.316	489.282
76	Valle del Cauca	76054	Argelia	0,457841337	4.759.539.684	5.177	919.363
76	Valle del Cauca	76100	Bolívar	0,570203602	7.794.357.161	15.714	496.014
76	Valle del Cauca	76109	Buenaventura	0,518429101	287.103.830.321	311.827	920.715
76	Valle del Cauca	76111	Guadalajara de Buga	0,375631958	67.137.164.585	128.945	520.665
76	Valle del Cauca	76113	Bugalagrande	0,485000581	9.138.809.563	24.465	373.546
76	Valle del Cauca	76122	Caicedonia	0,354784757	9.935.983.762	28.521	348.374
76	Valle del Cauca	76126	Calima	0,431131244	7.175.657.709	18.266	392.842
76	Valle del Cauca	76130	Candelaria	0,693989575	21.237.405.894	94.211	225.424
76	Valle del Cauca	76147	Cartago	0,295971662	75.913.110.229	137.302	552.892
76	Valle del Cauca	76233	Dagua	0,644928217	15.962.392.902	49.015	325.663
76	Valle del Cauca	76243	El Águila	0,562473059	5.304.972.317	8.562	619.595
76	Valle del Cauca	76246	El Cairo	0,482227951	4.787.087.895	6.506	735.796
76	Valle del Cauca	76248	El Cerrito	0,459604561	14.915.604.277	57.133	261.068
76	Valle del Cauca	76250	El Dovio	0,427433640	6.291.064.332	8.616	730.161

76	Valle del Cauca	76275	Florida	0,428821504	17.619.392.286	57.961	303.987
76	Valle del Cauca	76306	Ginebra	0,509262085	8.095.339.449	23.046	351.269
76	Valle del Cauca	76318	Guacarí	0,447169572	10.316.453.721	33.578	307.238
76	Valle del Cauca	76364	Jamundí	0,435558736	73.764.371.601	167.147	441.314
76	Valle del Cauca	76377	La Cumbre	0,611534834	6.266.516.602	16.509	379.582
76	Valle del Cauca	76400	La Unión	0,366439790	11.910.462.225	34.493	345.301
76	Valle del Cauca	76403	La Victoria	0,378785163	5.556.112.587	11.867	468.199
76	Valle del Cauca	76497	Obando	0,379213452	5.980.683.907	12.042	496.652
76	Valle del Cauca	76520	Palmira	0,506856143	160.759.114.379	354.285	453.756
76	Valle del Cauca	76563	Pradera	0,341522872	14.745.903.171	48.165	306.154
76	Valle del Cauca	76606	Restrepo	0,416552812	7.115.663.535	15.304	464.954
76	Valle del Cauca	76616	Riofrío	0,492967784	7.495.712.028	15.463	484.751
76	Valle del Cauca	76622	Roldanillo	0,386323750	11.769.670.694	36.786	319.950
76	Valle del Cauca	76670	San Pedro	0,503258228	6.405.791.664	17.201	372.408
76	Valle del Cauca	76736	Sevilla	0,391349137	16.285.403.791	41.153	395.728
76	Valle del Cauca	76823	Toro	0,405208319	7.443.942.880	14.389	517.336
76	Valle del Cauca	76828	Trujillo	0,496595800	9.446.904.749	18.982	497.677
76	Valle del Cauca	76834	Tuluá	0,430471927	120.787.865.259	218.812	552.017
76	Valle del Cauca	76845	Ulloa	0,486235350	3.093.249.073	5.381	574.847
76	Valle del Cauca	76863	Versalles	0,441921651	4.218.513.876	6.950	606.980
76	Valle del Cauca	76869	Vijes	0,428585112	4.991.133.085	12.884	387.390
76	Valle del Cauca	76890	Yotoco	0,475824803	7.704.399.112	16.197	475.668
76	Valle del Cauca	76892	Yumbo	0,355992377	65.085.969.958	110.069	591.320
76	Valle del Cauca	76895	Zarzal	0,391509652	12.546.154.078	42.407	295.851
81	Arauca	81001	Arauca	0,363823503	35.138.964.874	96.814	362.953
81	Arauca	81065	Arauquita	0,631029785	22.291.313.766	56.209	396.579
81	Arauca	81220	Cravo Norte	0,396012187	5.064.579.895	4.143	1.222.443
81	Arauca	81300	Fortul	0,467518449	15.360.845.780	20.148	762.401



81	Arauca	81591	Puerto Rondón	0,408289075	4.498.846.158	4.919	914.586
81	Arauca	81736	Saravena	0,404685348	27.556.053.427	63.004	437.370
81	Arauca	81794	Tame	0,477713555	29.781.126.479	48.969	608.163
85	Casanare	85001	Yopal	0,387151539	126.350.871.068	177.688	711.083
85	Casanare	85010	Aguazul	0,404498070	12.347.542.220	38.010	324.850
85	Casanare	85015	Chámeza	0,435319930	3.585.721.541	2.634	1.361.322
85	Casanare	85125	Hato Corozal	0,501137495	9.406.166.158	12.108	776.855
85	Casanare	85136	La Salina	0,474739432	3.939.008.462	1.369	2.877.289
85	Casanare	85139	Maní	0,418776065	7.976.533.771	17.463	456.768
85	Casanare	85162	Monterrey	0,402498573	7.271.009.447	18.009	403.743
85	Casanare	85225	Nunchía	0,581457913	7.315.802.095	8.713	839.642
85	Casanare	85230	Orocué	0,502650023	8.588.091.712	12.652	678.793
85	Casanare	85250	Paz de Ariporo	0,427851617	17.413.272.070	37.347	466.256
85	Casanare	85263	Pore	0,446279466	7.705.045.009	12.059	638.946
85	Casanare	85279	Recetor	0,587653935	4.612.599.828	1.796	2.568.263
85	Casanare	85300	Sabanalarga	0,473983467	2.821.491.572	3.569	790.555
85	Casanare	85315	Sácama	0,464429587	4.312.757.712	2.059	2.094.588
85	Casanare	85325	San Luis de Palenque	0,530493259	6.621.862.535	8.346	793.418
85	Casanare	85400	Támara	0,575343907	7.718.067.258	6.567	1.175.281
85	Casanare	85410	Tauramena	0,440344363	8.823.667.886	25.173	350.521
85	Casanare	85430	Trinidad	0,467684805	8.942.080.953	13.449	664.888
85	Casanare	85440	Villanueva	0,396125972	10.843.102.571	36.184	299.666
86	Putumayo	86001	Mocoa	0,434522033	21.742.193.953	58.938	368.899
86	Putumayo	86219	Colón	0,426938772	3.724.185.026	5.530	673.451
86	Putumayo	86320	Orito	0,491063476	20.432.179.636	38.744	527.364
86	Putumayo	86568	Puerto Asís	0,484081000	29.859.183.939	67.211	444.260
86	Putumayo	86569	Puerto Caicedo	0,524290621	8.729.381.016	16.007	545.348
86	Putumayo	86571	Puerto Guzmán	0,667988241	13.941.887.815	36.665	380.251

86	Putumayo	86573	Puerto Leguizamo	0,519232094	13.526.389.954	29.494	458.615
86	Putumayo	86749	Sibundoy	0,417007387	8.744.326.307	15.473	565.135
86	Putumayo	86755	San Francisco	0,438491166	4.400.759.457	5.567	790.508
86	Putumayo	86757	San Miguel	0,581903338	13.054.870.636	19.434	671.754
86	Putumayo	86760	Santiago	0,487494022	7.662.359.777	7.308	1.048.489
86	Putumayo	86865	Valle del Guamuez	0,523170710	20.657.429.628	34.660	596.002
86	Putumayo	86885	Villagarzón	0,448754579	14.065.561.371	24.096	583.730
88	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	88001	San Andrés	0,363548577	14.485.068.773	57.433	252.208
88	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	88564	Providencia	0,442939490	2.729.285.735	6.259	436.058
91	Amazonas	91001	Leticia	0,421790898	23.718.341.853	49.737	476.875
91	Amazonas	91263	El Encanto	0,655740738	368.202.149	2.077	177.276
91	Amazonas	91405	La Chorrera	0,657515526	585.211.678	2.955	198.041
91	Amazonas	91407	La Pedrera	0,659521520	893.540.980	3.947	226.385
91	Amazonas	91430	La Victoria	0,652872920	-	662	-
91	Amazonas	91460	Mirití - Paraná	0,655341864	294.993.755	1.879	156.995
91	Amazonas	91530	Puerto Alegría	0,653101265	341.502.836	771	442.935
91	Amazonas	91536	Puerto Arica	0,653649688	204.901.702	1.042	196.643
91	Amazonas	91540	Puerto Nariño	0,529097736	8.441.038.867	10.239	824.401
91	Amazonas	91669	Puerto Santander	0,655125320	229.295.463	1.772	129.399
91	Amazonas	91798	Tarapacá	0,659501195	556.421.436	3.939	141.260
94	Guainía	94001	Inírida	0,432813406	20.609.439.189	33.683	611.865
94	Guainía	94343	Barranco Minas	0,627391400	11.749.703.881	9.054	1.297.736
94	Guainía	94883	San Felipe	0,655057013	341.192.379	1.743	195.750

94	Guainía	94884	Puerto Colombia	0,655553997	303.936.158	1.984	153.194
94	Guainía	94885	La Guadalupe	0,652137041	37.345.665	296	126.168
94	Guainía	94886	Cacahual	0,653361976	149.382.659	903	165.429
94	Guainía	94887	Pana Pana	0,655607045	184.614.418	2.011	91.802
94	Guainía	94888	Morichal	0,653487146	132.295.256	962	137.521
95	Guaviare	95001	San José del Guaviare	0,432444423	26.839.250.493	55.820	480.818
95	Guaviare	95015	Calamar	0,494713783	7.233.112.994	10.069	718.355
95	Guaviare	95025	El Retorno	0,576817036	15.347.314.564	13.722	1.118.446
95	Guaviare	95200	Miraflores	0,566041112	8.406.635.016	7.046	1.193.107
97	Vaupés	97001	Mitú	0,580719113	18.701.564.649	32.793	570.291
97	Vaupés	97161	Carurú	0,480419695	8.605.269.149	3.201	2.688.307
97	Vaupés	97511	Pacoa	0,660480917	270.122.412	4.422	61.086
97	Vaupés	97666	Taraira	0,499975979	7.749.881.025	2.423	3.198.465
97	Vaupés	97777	Papunahua	0,653110266	89.840.986	776	115.774
97	Vaupés	97889	Yavaraté	0,653757632	190.470.637	1.097	173.629
99	Vichada	99001	Puerto Carreño	0,377679825	13.012.513.833	20.294	641.200
99	Vichada	99524	La Primavera	0,430405289	12.188.768.353	9.608	1.268.606
99	Vichada	99624	Santa Rosalía	0,423904151	5.310.935.811	4.193	1.266.620
99	Vichada	99773	Cumaribo	0,788548052	37.736.192.700	78.863	478.503

\*Sistema General de Participaciones. Corresponde a Doce Doceavas parciales para educación y Once Doceavas para el Resto. Recursos asignados a la fecha.

\*\*El índice de ruralidad fue certificado por la Dirección de Desarrollo Rural Sostenible del DNP



## ANEXO 1.

### RATIFICACIÓN Y ENTRADA EN VIGOR DE TRATADOS INTERNACIONALES

Ratificación y entrada en vigor de los convenios fundamentales de la OIT, entre otros:

No.	PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS	LEY APROBATORIA	SENTENCIA	ENTRADA EN VIGOR
1.	Convenio Relativo al Trabajo Forzoso u Obligatorio, 1930 (núm. 29)	Ley 23 del 14 de junio de 1967.	NA	Colombia: 04/03/1970  A nivel internacional: 01/05/1932
2.	Convenio Relativo a la Abolición del Trabajo Forzoso, 1957 (núm. 105)	Ley 54 del 31 de octubre de 1962.  Decreto 1280 de 1995 (promulgación).	NA	Colombia: 07/06/1964  A nivel internacional: 17/01/1959
3.	Convenio sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo, 1973 (núm. 138)	Ley 515 del 4 de agosto de 1999.  Decreto 882 de 2001 (promulgación).	C-325/2000 del 22/03/2000	Colombia: 02/02/2002  A nivel internacional: 19/06/1976
4.	Convenio Sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación, 1999 (núm. 182)	Ley 704 del 27 de noviembre de 2001.  Decreto 1547 de 2005 (promulgación).	C-535/2002 del 16/07/2002	Colombia: 28/01/2006  A nivel internacional: 19/11/2000
5.	Convenio Relativo a la Igualdad de Remuneración entre la Mano de Obra Masculina y la Mano de Obra Femenina por un Trabajo de Igual Valor, 1951 (núm. 100)	Ley 54 de 1992.	NA	Colombia: 07/06/1964  A nivel internacional: 23/05/1953
6.	Convenio Relativo a la Discriminación en Materia de Empleo y Ocupación, 1958 (núm. 111)	Ley 22 del 14 de junio de 1967. Decreto 1270 de 1997 (promulgación).	NA	Colombia: 04/03/1969 A nivel internacional: 15/06/1960
7.	Convenio Relativo a la Libertad Sindical y a la Protección del Derecho de Sindicación, 1948 (núm. 87)	Ley 22 del 15 de septiembre de 1967.  Decreto 1272 de 1997 (promulgación).	NA	Colombia: 16/11/1977  A nivel internacional: 04/07/1950



No.	PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS	LEY APROBATORIA	SENTENCIA	ENTRADA EN VIGOR
8.	Convenio Relativo a la aplicación de los principios del Derecho de Sindicación y de Negociación Colectiva, 1949 (núm. 98)	Ley 27 del 9 de octubre de 1967.  Decreto 1265 de 1997 (promulgación).	NA	Colombia: 16/11/1977  A nivel internacional: 18/07/1951
9.	Convenio sobre la representación de los trabajadores, 1971 (núm. 135)			
10.	Convenio sobre las organizaciones de trabajadores rurales, 1975 (núm. 141)			
11.	Convenio sobre las relaciones laborales de los servidores públicos, 1978 (núm. 151)	Ley 411 del 5 de noviembre de 1997.  Decreto 424 de 2001 (promulgación).	C-377/1998 del 27/07/1998	Colombia: 08/12/2001  A nivel internacional: 25/02/1981
12.	Convenio sobre negociación colectiva, 1981 (núm. 154)	Ley 524 del 19 de junio de 1999.  Decreto 425 del 2001 (promulgación).	C-161/2000 del 14/03/2000	Colombia: 08/12/2001  A nivel internacional: 11/08/1983
13.	Convenio sobre las consultas tripartitas, 1976 (núm. 144)	Ley 410 del 4 de noviembre de 1997.  Decreto 108 de 2001 (promulgación).	C-376/1998 del 27/07/1998	En Colombia: 09/11/2000  A nivel internacional: 16/05/1978

### Apoyo y/ratificación de los Principales instrumentos OEA:

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Si.	Ley 38 del 20 de febrero de 1936.	NA	En Colombia: 22/07/1936
Convención Americana sobre Derechos Humanos, Carta de la OEA	Si.	Ley 16 del 30 de diciembre de 1972.	NA	En Colombia y a nivel internacional: 18/07/1978
Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo de Buenos Aires"	Si.	Ley 15 del 28 de noviembre de 1969.  Decreto 1640 de 1990 (promulgación).	NA	En Colombia y a nivel internacional: 27/02/1970
Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo de Cartagena de Indias"	Si.	Ley 77 del 30 de noviembre de 1986.  Decreto 1640 de 1990 (promulgación).	NA	En Colombia: 12/03/1987  A nivel internacional: 16/11/1988



Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo de Washington"	Si.	Ley 210 del 15 de septiembre de 1995.  Decreto 2061 de 1999 (promulgación).	C-187/1996 del 08/05/1996	En Colombia 03/07/1996  A nivel internacional: 25/09/1997
Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo de Managua"	Si.	Ley 215 del 7 de noviembre de 1995.  Decreto 1268 de 1997 (promulgación).	C-283/1996 del 27/06/1996	En Colombia: 15/11/1996  A nivel internacional: 29/01/1996
Información sobre Tratado de Escazú				



## Anexo 2. TABLAS COMPLEMENTARIAS Y AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN

### Informe de Colombia del Protocolo de San Salvador

#### DERECHO AL TRABAJO

##### **Impulso de medidas de acción positiva en materia de género, etnia, raza, personas con discapacidad y adolescentes trabajadores.**

a. Fomentar estrategias de acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo, la diversificación ocupacional y profesional, y el cierre de brechas en calidad educativa combatiendo los estereotipos de género.

Según lo establece, el informe “Colombia: la hora de la paridad”, “(...) El liderazgo y la plena participación de las mujeres en las decisiones políticas son un claro acelerador para el logro de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en todos los ámbitos; son fundamentales para la gobernanza democrática, el desarrollo sostenible y beneficia a toda la sociedad” (PNUD - ONU Mujeres Colombia, 2019, pág. 9).

Incrementar la participación de las mujeres en espacios de toma de decisión, escenarios políticos y cargos directivos de primer nivel dentro de la administración pública, es uno de los objetivos trazados por el Gobierno nacional; reflejo de ello es que por primera vez Colombia cuenta con un gabinete ministerial paritario, con mujeres en carteras que, a diferencia de la tendencia de la región, son clave en el ámbito económico y productivo.

Como reflejo de lo anterior, el PND enfatizó en la ampliación de la participación de las mujeres en los cargos del nivel directivo, con una meta que se anticipa a la establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el año 2030. Es decir, alcanzando el 50% de mujeres en cargos directivos del Estado al 2022.

En esta línea, de acuerdo con lo establecido por la Ley 581 de 2000, se ha marcado una tendencia que permite apreciar la evolución y crecimiento de la participación de la mujer en los cargos del nivel directivo. La última medición (2019) representa el porcentaje de participación más alto con un (44,7%), superando lo señalado en la Ley de Cuotas (30%); la meta ODS para el 2019 (44,5%) y acercándose a la meta señalada en el Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022 (50%).

Como medida adicional y con el objetivo de avanzar en este propósito, se expidió el Decreto 455 de 2020, a través del cual se busca garantizar la paridad de género en los cargos directivos de la Rama Ejecutiva en Colombia.

b. Inclusión productiva para las Personas con Discapacidad, sus familias y personas cuidadoras

El crecimiento y el desarrollo sostenible de los países, también pasa por la inclusión de las personas con discapacidad en el mercado laboral. Además de garantizar sus derechos sociales, la participación laboral mejora el poder adquisitivo de esta población que, según





datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD del Ministerio de Salud y Protección Social, a 30 de septiembre de 2019 contaba con (1'521.114) personas registradas.

Las estrategias del Gobierno Nacional para seguir abriendo espacios en la vida económica y laboral de esta población están descritas en el “Pacto por la Inclusión de todas las Personas con Discapacidad” del PND. Así y en línea con lo establecido en el Decreto 2011 de 2017 (que constituye el porcentaje de vinculación de personas con discapacidad en el sector público) se estableció que al 2022, se tendrán vinculados (12.000) servidores públicos con discapacidad en las Plantas de empleos del Estado. Durante la vigencia 2019, se contaba con (4.144) personas vinculadas en (631) entidades públicas y al 30 de junio de 2020, con (4.367) personas con discapacidad vinculadas en (701) entidades públicas.

#### c. Construyendo un país de oportunidades para los jóvenes

La estrategia de ingreso de jóvenes al servicio público, tiene como propósito reducir la tasa de desempleo juvenil, mitigando con ello las barreras de acceso al mercado laboral a través de su vinculación en entidades públicas cuando se adelanten modificaciones en sus plantas de personal, e incentivar en ellos la vocación por el servicio público.

Para lograr lo anterior, el artículo 196 la Ley 1955 de 2019[1] estableció que cuando se adelanten modificaciones en las plantas de personal de las entidades públicas, el diez por ciento (10%) de los nuevos empleos no requieran experiencia profesional, con el fin de que sean provistos con jóvenes egresados de programas técnicos, tecnológicos y de pregrado. Así, y con base en la regulación expedida en la materia,[2] con corte al primer trimestre del 2020 se han vinculado y contratado (8.610) jóvenes, (6.801) en entidades del orden nacional y (1.809) en entidades del orden territorial.

#### **Tasa de trabajo Infantil (% de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años ocupados sobre la población infantil en ese rango de edad).**

##### **Tasa de trabajo infantil\* (TTI)**

Total nacional

Anual

Periodicidad	Año	Geográfica	Valor
Anual	2019	Colombia	5,4
Anual	2018	Colombia	5,9
Anual	2017	Colombia	7,3
Anual	2016	Colombia	7,8
Anual	2015	Colombia	9,1
Anual	2014	Colombia	9,3
Anual	2013	Colombia	9,7
Anual	2012	Colombia	10,2

\* Todos los niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años de edad que durante la semana de referencia participaron en el proceso de producción de bienes y servicios.



Fuente: [filco.mintrabajo.gov.co/FILCO](http://filco.mintrabajo.gov.co/FILCO) a partir de DANE Encuesta Nacional de Trabajo Infantil y Módulos de trabajo infantil de la GEIH

## Tasa de desempleo desagregado por sexo, edad, nivel educativo.

### Tasa de Desempleo por Sexo

Total nacional

Trimestre abril - junio 2020

Para el trimestre abril - junio 2020 la tasa de desempleo para las mujeres fue 24,6% y para los hombres 17,4%.

Año	Hombres	Mujeres
2020	17,4	24,6
2019	8	12,9
2018	7,3	12,2
2017	7	11,7
2016	6,9	11,5
2015	6,8	11,7
2014	7	11,6
2013	7,6	12,3
2012	8,1	13,7
2011	8,7	14,4
2010	9,4	15,6
2009	9,3	15,2

### Tasa de Desempleo por Edad

Total Nacional

Trimestre abril - junio 2020

Año	10 a 17	18 a 28	29 a 40	41 a 60	61 y más
2020	14,6	30	19,5	16,1	11,5
2019	13,9	17,3	9	6,6	4,8
2018	12,1	16,2	8	6,4	4,2
2017	10	15,9	8	5,7	3,3
2016	15,3	15,5	7,7	5,4	4,5
2015	11,7	15,5	7,6	5,7	4
2014	14,2	15,4	7,3	5,9	4,4
2013	13	16,7	8	6,1	4,8
2012	15	17,8	8,2	7,2	5,2
2011	18,9	19,2	8,6	6,8	6
2010	19,7	20,5	9,5	7,4	6,8
2009	17,3	19,9	9,6	7,4	5,2
2008	20,2	19	8,7	6,7	4,5

### Tasa de Desempleo por Nivel Educativo

Total Nacional

Anual

Año	Basica secundaria	Hasta básica primaria	Media	Superior o universitaria
2019	10,7	6,3	12,3	12
2018	9,6	5,4	11,4	11,8
2017	9,4	5,2	11,3	11,4
2016	9,3	5,2	10,6	11,8
2015	9,2	5,5	10,6	10,8
2014	9,6	5,6	11,1	10,7
2013	9,8	6,1	12	11,3
2012	10,9	6,8	12,9	12,1
2011	11,4	7	13,9	12,3
2010	12,7	8,1	15	12,9
2009	13,2	8,4	15,6	12,8
2008	12	7,8	14,8	11,9

Fuente: [filco.mintrabajo.gov.co/FILCO](http://filco.mintrabajo.gov.co/FILCO) a partir de DANE Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)

## Porcentaje de trabajadores asalariados frente al total de ocupados, desagregado por sexo.

### Porcentaje Ocupados\* por Posición Ocupacional Junio (2020-2019):

Empleado Particular:	51,9%
Trabajador por Cuenta Propia:	37,8%
Empleado Doméstico:	1,8%



Patrón o Empleador:	2,7%
Empleado de Gobierno:	4,2%
Trabajador sin Remuneración:	1,6%

Fuente: DANE GEIH

### Tasa de informalidad (% de los ocupados que no cuentan con un trabajo registrado y no se le aplican descuentos a salud y/o pensiones) desagregado por sexo y edad

Tasa de Informalidad\*

Periodicidad	Año	Valor
Anual	2019	60,6
Anual	2018	60,8
Anual	2017	60,7
Anual	2016	61,2
Anual	2015	62,2
Anual	2014	62,5
Anual	2013	64,4
Anual	2012	67,4
Anual	2011	68,4
Anual	2010	68,6
Anual	2009	68,7
Anual	2008	67,9

Tasa de Informalidad\* por Sexo

Año	Hombres	Mujeres
2019	60,6	60,5
2018	61	60,7
2017	60,6	61
2016	61	61,6
2015	61,8	62,8
2014	62,1	63,1
2013	63,9	65
2012	67	68
2011	68,2	68,6
2010	68,6	68,4
2009	69,4	67,5
2008	69	66,2

Tasa de Informalidad\* por Edad

Año	10 a 17	18 a 28	29 a 40	41 a 60	61 y más
2019	71,9	61,6	53,1	61,1	77,7
2018	71,3	61,7	53,5	61,4	78,1
2017	67,8	59,9	53,8	62,3	78,5
2016	69,5	60,5	54,3	62,6	79,1
2015	69,7	61,6	55,4	63,7	79,5
2014	66,3	62	56,1	64,1	79,6
2013	67,2	64,6	58,6	65,3	79,9
2012	99,7	66,5	60,6	66,7	81,2
2011	99,8	68	61,8	67,6	81,6
2010	99,7	67,8	62,5	67,9	81,7
2009	99,6	67,9	63,6	67,4	82,9
2008	99,3	67,1	63,4	67,1	81,1

\*Se define como la relación porcentual entre la población ocupada que NO contribuye a pensión y la población total ocupada.

Fuente: [filco.mintrabajo.gov.co/FILCO](http://filco.mintrabajo.gov.co/FILCO) a partir de DANE Estimaciones y Proyecciones de Población

### -Proporción de trabajadores con empleo precario (% de los ocupados que ganan ingresos inferiores al salario mínimo) desagregado por sexo y edad.

sexo	Ocupados	%
------	----------	---



Hombre	5.650.345	55,73
Mujer	4.487.968	44,27
Total	10.138.313	100
<b>Rango de edad</b>	<b>Ocupados</b>	<b>%</b>
10 - 17 años	243.666	2,4
18 - 28 años	2.446.134	24,13
29 - 40 años	2.524.105	24,9
41 - 60 años	3.607.455	35,58
61 y más años	1.316.952	12,99
Total	10.138.313	100

Fuente: DANE-GEIH

### % de la masa salarial dentro del PIB. Participación de los ingresos del trabajo en la distribución funcional del ingreso (cuentas nacionales)

La participación de la remuneración a asalariados dentro del PIB de 2018<sup>1</sup> a precios corrientes fue de 34% según las cuentas económicas integradas publicadas por el DANE, en el Tabla 1 se observa la distribución entre los cinco diferentes sectores institucionales por el lado del ingreso.

Tabla 1: Distribución de la remuneración por el lado del ingreso

Operaciones y saldos contables	S15. ISFLSH*	S14. Hogares	S13. Gobierno	S12. Sociedades financieras	S11. Sociedades no financieras	S1. Economía total	PIB Corriente 2018
<b>Remuneración de los asalariados</b>	<b>860</b>	<b>56.519</b>	<b>72.720</b>	<b>18.169</b>	<b>187.208</b>	<b>335.476</b>	<b>985.931</b>
Sueldos y salarios	844	52.038	58.058	15.618	158.052	284.610	
Contribuciones sociales de los empleadores	16	4.481	14.662	2.551	29.156	50.866	
<b>Part % PIB</b>	<b>0,09</b>	<b>5,73</b>	<b>7,38</b>	<b>1,84</b>	<b>18,99</b>	<b>34,03</b>	

\*Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.

Fuente: Dirección General de Política Macroeconómica - MHCP

### Cobertura de los sistemas de protección social para personas con inserción precaria como porcentaje de la población no afiliada al aseguramiento tradicional



Año	Etnia	Porcentaje de no afiliados a pensiones	Porcentaje de afiliados a salud régimen subsidiado
2017	Indígena	38,0	74,0
	Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	29,0	59,4
	Gitano (a) (Rom), Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero (a) de San Basilio*	36,0	45,6
	Ninguno de los anteriores	27,9	44,7
2018	Indígena	38,2	74,8
	Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	28,5	59,6
	Gitano (a) (Rom), Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero (a) de San Basilio*	36,7	54,5
	Ninguno de los anteriores	27,8	44,7
2019	Indígena	35,8	75,5
	Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	28,1	60,7
	Gitano (a) (Rom), Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero (a) de San Basilio*	31,8	59,3
	Ninguno de los anteriores	27,2	44,0



## Anexo 3. TABLAS COMPLEMENTARIAS Y AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN

### Informe de Colombia del Protocolo de San Salvador

#### DERECHOS SINDICALES

Tasa de sindicalización (trabajadores afiliados a sindicatos/total de ocupados) por sexo y nivel educativo.

*Datos censo sindical, concertados con centrales sindicales a noviembre 28 de 2017*

Nombre	Organizaciones 2° Grado			Nivel y Afiliados		Otras organizaciones			
	Central	Federac	Seccional	Sectorial	1° Grado	Afiliados	ONGs	Comunal	Afiliados
CUT	-	32	8		587	577.532	-	-	-
CGT	22	-	8		988	606.073	19	34	2.836
CTC	20	9	18		465	169.291	-	-	-
CNT	15	4	-		76	31.153	-	-	-
CTU	14	-	-		44	32.126	-	-	-
CSPC	11	-	-		99	7.873	-	-	-
UTC	-	-	-		-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>45</b>	<b>34</b>		<b>2.259</b>	<b>1.424.048</b>	<b>19</b>	<b>34</b>	<b>2.836</b>



## TABLAS COMPLEMENTARIAS Y AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN

### Informe de Colombia del Protocolo de San Salvador

#### 1. RECEPCIÓN DEL DERECHO

- ESTRUCTURALES

Ratificación y entrada en vigor de acuerdos multilaterales sobre medio ambiente como los siguientes – Cancillería

TABLA 1

AMBIENTE SANO / MEDIO AMBIENTE						
1.	Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación	Protocolo de Basilea Sobre Responsabilidad e Indemnización por Daños Resultantes de los Movimientos de Desechos Peligrosos y su Eliminación. Colombia depositó instrumento de ratificación el 22 de julio del 2008 sin	Si.	Ley 253 del 09 de enero de 1992.  Decreto 2061 de 1999 (promulgación)	C-377/1996 del 22/08/1996	Colombia: 31/03/1997  A nivel internacional: 05/05/1992





		embargo, no han ratificados todos los necesarios para su entrada en vigor internacional.				
2.	Protocolo de Cartagena sobre seguridad en la biotecnología del convenio sobre la diversidad biológica		Si.	Ley 740 del 24 de mayo de 2002.	C-071/2003 del 04/02/2003	11/09/2003 (a nivel internacional y para Colombia)
3.	Convenio sobre la Diversidad Biológica		Si.	Ley 165 del 9 de noviembre 1994.  Decreto 205 de 1996	C-519/1994 del 21/11/1994	Colombia: 26/02/1995  A nivel internacional: 29/12/1993



				(promulgación) .		
4.	Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres		Si.	Ley 17 del 22 de enero de 1981.  Decreto 2492 de 1982 (promulgación) .	NA	Colombia: 29/11/1981  A nivel internacional: 01/07/1975
5.	Convenio sobre Especies Migratorias		No.			
6.	Convención sobre la Protección del Patrimonio Mundial Cultural y Natural		Si.	Ley 45 del 15 de diciembre de 1983.  Decreto 435 de 1997 (promulgación) .	NA	Colombia: 24/08/1983  A nivel Internacional: 17/12/1975
7.	Protocolo de Kyoto sobre cambio climático		Si.	Ley 629 del 27 de diciembre de 2000.	C-860/2001 del 15/08/2001	16/02/2005 (a nivel internacional y para Colombia)



				Decreto 1546 de 2005 (promulgación)		
8.	Protocolo de Montreal sobre sustancias que agotan la capa de ozono		Si.	Ley 29 del 28 de diciembre de 1992.  Decreto 2082 de 1995 (promulgación)	C-379/1993 del 09/09/1993	Colombia: 02/03/1994  A nivel Internacional: 01/01/1989
9.	Convención de Ramsar sobre los Humedales de Importancia Internacional especialmente como Hábitat de Aves Acuáticas		Si.	Ley 375 del 21 de enero de 1997.  Decreto 2052 de 1999 (promulgación)	C-582/1997 del 13/11/1997	Colombia: 18/06/1998  A nivel Internacional: 21/12/1975
10.	Convenio de Rotterdam sobre el Procedimiento de Consentimiento Fundamentado Previo Aplicable a		Si.	Ley 1159 del 20 de septiembre de 2007.  Decreto 3448 de 2011 (promulgación)	C-538/2008 del 28/05/2008	Colombia: 03/03/2009  A nivel Internacional: 24/02/2004



	Ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos Objeto de Comercio Internacional					
11.	Convenio de Estocolmo sobre los Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs)		Si.	Ley 1196 del 5 de junio de 2008.  Decreto 377 de 2009 (promulgación)	C-944/2008 del 01/10/2008	Colombia: 20/01/2009  A nivel Internacional: 17/05/2004
12.	Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación		Si.	Ley 461 del 04 de agosto de 1998.	C-229/1999 del 14/04/1999	Colombia: 06/09/1999  A nivel Internacional: 26/12/1996
13.	Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho del mar		No. Colombia firmó pero no ratificó.			
14.	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el		Si.	Ley 164 del 27 de octubre de 1994.	C-073/1995 del 23/02/1995	Colombia: 20/06/1995  A nivel



El ambiente  
es de todos

Minambiente

	Cambio Climático			Decreto 2081 de 1995(promulgación).		Internacional: 21/03/1994
--	------------------	--	--	-------------------------------------	--	---------------------------



El ambiente  
es de todos

Minambiente

## 2. CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS

- PROCESOS

% de ejecución de los recursos en los programas en materia de conservación de fuentes hídricas, conservación de recursos energéticos, Protección de la calidad del aire, Conservación de la capa de ozono, Reducción en la producción de residuos contaminantes y manejo de los mismos, Atención al cambio climático, Conservación de los recursos forestales, Promoción del desarrollo sostenible y Conservación de la biodiversidad. (% de recursos vs % del tiempo transcurrido de duración del programa).- DNP y Minambiente – OAP

**TABLA 2:**

PROGRAMAS		Recursos Invertidos	Tiempo del Programa	% de recursos vs % del tiempo transcurrido de duración del programa
1	Elaboración del Componente marino costero del Programa Nacional de monitoreo del recurso hídrico.	\$ 270.010.755	2019	100% vs 100%



El ambiente  
es de todos

Minambiente

2	Actualización del Programa para el uso sostenible, manejo y conservación de los ecosistemas de manglar en Colombia. Fase I.	\$ 23.283.603	2019	100% vs 100%
3	Actualización del Programa Nacional de tortugas en su componente marino	\$ 11.893.576	2019	100% vs 100%
4	Actualización del Programa Nacional de especies migratorias en su componente marino	\$ 16.925.173	2019	100% vs 100%
5	Propuesta de lineamientos técnicos como base para la implementación del Programa de legalización de usuarios del recurso hídrico marino	\$ 20.195.461	2019	100% vs 100%
6	Actualización del atlas de áreas coralinas de Colombia. Fase I.-INVEMAR	\$ 119.648.975	2019	100% vs 100%
7	Programa de articulación y armonización de instrumentos de planificación de cuencas hidrográficas y planificación territorial	\$ 503.847.410	12 años	16% Vs 83%
8	Programa Nacional de Aguas Subterráneas	\$ 90.350.289	9 años	3% Vs 78%





El ambiente  
es de todos

Minambiente

9	Programa Nacional de gestión de la demanda		\$ 178.242.838	12 años	6% Vs 83%
10	Programa Nacional de Control y Reducción de la Contaminación del Agua		\$ 351.963.176	12 años	11% Vs 83%
11	Programa Nacional de Monitoreo del Recurso Hídrico		\$ 352.011.216	20 años	11% Vs 45%
12	Programa Nacional de Cultura del Agua, Participación y Transformación de Conflictos Relacionados Con El Recurso Hídrico.		\$ 714.339.848	20 años	23% Vs 15%
13	Conservación de la capa de ozono,	Plan de gestión para la eliminación del consumo de HCFC	US \$1.769.974	2016-2021	49% vs 50%
14	Reducción en la producción de residuos contaminantes y manejo de los mismos	1. Fortalecimiento del desempeño ambiental de los sectores productivos	\$500.000.000	2019	100% vs 100%



El ambiente  
es de todos

Minambiente

15		Reducción de la Generación de Dioxinas y manejo de mercurio.	\$3.000.000.000	Cinco Años	20% vs 20%
16	Promoción del desarrollo sostenible y Conservación de la biodiversidad	Plan de Zonificación Ambiental	72.000.000	3 años	2.73% vs 33%
17	Conservación de la biodiversidad y los servicios ecosistémicos a nivel nacional		7.844.293.137	2019	99% vs 100%



El ambiente  
es de todos

Minambiente

Jueces pertenecientes a la jurisdicción medioambiental por cada 10.000 habitantes (desagregado por unidades político administrativas)

**TABLA 3. EVOLUCIÓN OFERTA DE JUSTICIA DISPONIBLE DE 2010 A 2019. ACCESIBILIDAD EN MATERIA MEDIO AMBIENTAL Y JUECES POR CADA 100.000 HABITANTES**

Año	Consejo de Estado	Tribunal Administrativo	Juzgados Administrativos	Total Jurisdicción Contenciosa	Sala Penal Corte Suprema de Justicia	Tribunal Superior Despachos penales y de decisión	Juzgados Ordinarios penales y promiscuos	J. Ordinaria penal y promiscuos	Oferta disponible para asuntos ambientales	Población	Jueces por cada 100.000 habitantes
2010	31	144	257	432	9	159	2.325	2.493	2.925	45.508.205	6
2011	31	144	257	432	9	174	2.361	2.544	2.976	46.043.696	6
2012	31	144	257	432	9	174	2.506	2.689	3.121	46.581.372	7
2013	31	144	257	432	9	174	2.505	2.688	3.120	47.120.770	7
2014	31	144	257	432	9	174	2.509	2.692	3.124	47.661.368	7
2015	31	144	257	432	9	174	2.509	2.692	3.124	48.202.617	6
2016	31	176	342	549	9	179	2.631	2.819	3.368	48.747.632	7
2017	31	176	342	549	9	179	2.631	2.819	3.368	49.291.925	7
2018	31	176	342	549	9	179	2.631	2.819	3.368	48.258.494	7



El ambiente  
es de todos

Minambiente

2019	31	176	342	549	9	179	2.633	2.821	3.370	49.395.678	7
------	----	-----	-----	-----	---	-----	-------	-------	-------	------------	---

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura – Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico y DANE, cálculos del indicador Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico.

**Cobertura de la oferta de formación a funcionarios judiciales sobre la relevancia de la protección al medio ambiente y de los defensores y defensoras del medio ambiente.**

**TABLA 4. ACTIVIDADES ACADÉMICAS EN LAS QUE SE ABORDARON TEMÁTICAS RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN AL MEDIO AMBIENTE**

Actividad	Servidores judiciales	Temáticas de la agenda académica
Seminario de formación para la aplicación de la justicia en asuntos ambientales.	40	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rol del Juez e importancia de las capacitaciones a Jueces en temas Ambientales.</li><li>✓ Importancia de la Macrocuena Magdalena Cauca y problemáticas.</li><li>✓ Derecho Internacional Ambiental.</li><li>✓ Enfocado en Principios.</li><li>✓ Legislación ambiental, política pública e Institucionalidad ambiental. (SINA).</li><li>✓ Taller basado en el caso del Río Atrato.</li><li>✓ Licencias y permisos ambientales.</li><li>✓ Ordenamiento territorial.</li><li>✓ Responsabilidad del Estado por daño ambiental.</li><li>✓ Derecho Procesal Ambiental y manejo de evidencia.</li><li>✓ Metodología de Cuantificación de Daños.</li></ul>



Conversatorio regional Consejo de Estado: Justicia Abierta, Multiculturalidad y Transparencia. Región Pacífico	63	✓ Principios de Derecho Ambiental y desarrollos jurisprudenciales.
Conversatorio regional Consejo de Estado: Justicia Abierta, Multicultural, participativa y transparente.	85	✓ Video: "Córdoba Hídrica y Biodiversa".
Conversatorio regional Consejo de Estado: Justicia Abierta, Multicultural, Participativa y Transparente.	80	✓ Consulta Popular – Subsuelo.
Seminario para la aplicación de la Justicia Ambiental en Colombia	29	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Importancia de la Macrocuenca Magdalena,</li><li>✓ Cauca y Amazonas. Problemáticas.</li><li>✓ Marco conceptual del Derecho Ambiental.</li><li>✓ Legislación Ambiental, política pública e institucionalidad ambiental (SINA).</li><li>✓ Derecho Internacional Ambiental.</li><li>✓ Licencias y permisos.</li><li>✓ Régimen sancionatorio ambiental.</li><li>✓ Participación ambiental.</li><li>✓ Ordenamiento territorial.</li><li>✓ Delito ambiental.</li><li>✓ Responsabilidad del Estado por daño ambiental.</li><li>✓ Manejo de evidencia científica.</li></ul>



El ambiente  
es de todos

Minambiente

		✓ Talleres de caso.
Conversatorio Consejo de Estado: Justicia Abierta: Multicultural, participativa y Transparente.	64	✓ La constitucionalización del derecho al ambiente y la importancia de protección de los humedales.

Fuente. Registro académico Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”.

**Número de denuncias penales por delitos contra el medio ambiente, la seguridad ambiental y en relación a ataques o amenazas a los defensores y defensoras de los de los derechos ambientales.-**

**TABLA 5. MOVIMIENTO DE PROCESOS EN LOS DESPACHOS JUDICIALES DE COLOMBIA POR DELITOS CONTRA LOS RECURSOS NATURALES Y EL MEDIO AMBIENTE, CON DESAGREGACIÓN DE LA GESTIÓN EN LAS ETAPAS DE CONTROL DE GARANTÍAS Y CONOCIMIENTO. PERIODO 2010 Y 2019**

Año	Sección	Ingresos Efectivo	Egresos Efectivos	Egresos por auto - decisión fondo	Egresos por sentencia	Personas condenadas	Personas absueltas
2010	Control de Garantías	429	429	238	0	0	0
2010	Conocimiento	201	202	0	117	78	28
2011	Control de Garantías	529	529	335	0	0	0
2011	Conocimiento	229	225	0	78	40	22
2012	Control de Garantías	1088	971	739	0	0	0
2012	Conocimiento	296	201	0	103	72	62
2013	Control de Garantías	1500	1389	1109	0	0	0



El ambiente  
es de todos

Minambiente

2013	Conocimiento	414	265	0	146	122	34
2014	Control de Garantías	1661	1544	1176	0	0	0
2014	Conocimiento	399	309	0	174	174	18
2015	Control de Garantías	1609	1380	1069	0	0	0
2015	Conocimiento	564	438	0	232	279	24
2016	Control de Garantías	2375	2178	1897	0	0	0
2016	Conocimiento	704	408	0	184	235	38
2017	Control de Garantías	630	631	238	117	78	28
2017	Conocimiento	3113	2786	1848	181	112	84
2018	Control de Garantías	2896	2615	2250	0	0	0
2018	Conocimiento	904	637	0	279	297	52
2019	Control de Garantías	2862	2803	2364	0	0	0
2019	Conocimiento	824	666	0	311	315	73

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura – SIERJU. Información año 2010; Información año 2011; Información año 2012; Información año 2013; Información año 2014; Información año 2015; Información año 2016; Información año 2017; Información año 2018; Información año 2019<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La demanda de justicia o ingresos corresponden a la información del total de entradas de procesos o asuntos en un despacho judicial. Es importante mencionar que desde el año 2012, la información corresponde a la demanda efectiva o nueva de justicia esto es, que no se tienen en cuenta los ingresos por reingresos, los ingresos por otros reingresos, los ingresos por descongestión, los ingresos por pérdida de competencia, los ingresos por cambio de radicación, los reingresos por nulidad, los reingresos por exclusión y los ingresos por renovación de actuaciones. Es decir, no se tienen en cuenta los procesos que han pasado de un despacho judicial a otro sin decisión en la instancia.

En cuanto a los egresos, éstos corresponden a las salidas del despacho judicial, el término efectivo corresponde a un auto o decisión que pone fin a la instancia, esto es, que no se tienen en cuenta las siguientes salidas como efectivas: egreso para descongestión, egresos remitidos a otros despachos, egresos por autos desiertos o desistidos, egresos por art. 9 ley 1395, egresos pérdida de competencia, egresos por rechazados o retirados y los egresos cambio de radicación. También aplica el término efectivo a partir del año 2012.



**Anexo.** Tablas de datos Derecho al medio ambiente sano

**Suscripciones reguladas por Departamento**

<b>UBICACION_GEOGRAFICA</b>	<b>MES</b>
<b>Departamento</b>	<b>dic / 2019</b>
05-ANTIOQUIA	1.324.121
08-ATLANTICO	596.761
11-BOGOTA, D.C.	2.063.158
13-BOLIVAR	386.908
15-BOYACA	220.826
17-CALDAS	198.716
18-CAQUETA	47.936
19-CAUCA	122.502
20-CESAR	221.074
23-CORDOBA	210.100
25-CUNDINAMARCA	685.938
27-CHOCO	823
41-HUILA	254.990
44-LA GUAJIRA	111.479
47-MAGDALENA	240.919
50-META	237.980
52-NARINO	36.857
54-NORTE DE SANTANDER	220.576
63-QUINDIO	153.778
66-RISARALDA	247.956
68-SANTANDER	502.594
70-SUCRE	137.320
73-TOLIMA	320.173
76-VALLE DEL CAUCA	1.086.328
81-ARAUCA	4.992
85-CASANARE	94.261
86-PUTUMAYO	19.850
95-GUAVIARE	4.953
<b>Total:</b>	<b>9.753.869</b>

### Suscripciones a la energía eléctrica por departamento al 2019

ENERGÍA ELÉCTRICA			
Número de Suscriptores	Año 2019		
DEPARTAMENTO	SIN	ZNI	Total
AMAZONAS		11890	11890
ANTIOQUIA	2402892	7837	2410729
ARAUCA	49432		49432
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA		23473	23473
ATLANTICO	690258	79	690337
BOGOTA, D.C.	2412374		2412374
BOLIVAR	576645	417	577062
BOYACA	362885		362885
CALDAS	340031		340031
CAQUETA	103739	6350	110089
CASANARE	123625	145	123770
CAUCA	402681	23623	426304
CESAR	326523		326523
CHOCO	99491	43380	142871
CORDOBA	443198	1896	445094
CUNDINAMARCA	1013290		1013290
GUAINIA	5	7497	7502
GUAVIARE	19044	1178	20222
HUILA	333491		333491
LA GUAJIRA	163480	250	163730
MAGDALENA	353178	397	353575
META	343916	716	344632
NARINO	441258	19644	460902
NORTE DE SANTANDER	451865		451865
PUTUMAYO	75915	4509	80424
QUINDIO	195025		195025
RISARALDA	340045		340045
SANTANDER	802478		802478
SUCRE	245681		245681
TOLIMA	506255		506255
VALLE DEL CAUCA	1335112	8376	1343488
VAUPES		2811	2811
VICHADA		11673	11673
<b>Total</b>	<b>14953812</b>	<b>176141</b>	<b>15129953</b>

**DETALLE DE LA EJECUCION DE GASTOS PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN SECTOR AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE**

**GOBIERNO CENTRAL Y ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS**

**Pesos**

AÑO	CÓDIGO UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE	SECTOR	TIPO DE GASTO	CUENTA	CTA/PROGRAMA	SUBCTA/SUBPROGRAMA	OBJ/PROYECTO	ORD	SUBORD	FUENTE	NOMBRE RUBRO	APROPIACIÓN	COMPROMISO	OBLIGACION	PAGO
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	24.369.416.000	23.950.035.223	23.886.583.085	23.886.583.085
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	9.865.323.000	9.865.162.720	8.196.026.686	7.699.715.690
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	3.403.188.000	3.251.329.549	3.247.689.526	3.247.689.526
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	25.000.000	22.294.739	22.294.739	22.294.739
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	8.363.212.378	8.264.209.205	7.188.772.668	7.188.772.668
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C- Transferencias	03	03	04	016		Nación	A INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN LEY 99 DE 1993	30.734.100.000	30.734.092.819	30.089.399.791	30.089.399.791
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE -	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	C- Transferencias	03	04	02	001		Nación	MESADAS PENSIONALES (DE PENSIONES)	15.624.957.000	15.523.669.845	15.523.669.845	15.523.669.845

		GESTION GENERAL	SOSTENIBLE													
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	002		Nación	CUOTAS PARTES PENSIONALES (DE PENSIONES)	673.718.000	628.227.096	628.227.096	628.227.096
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	004		Nación	BONOS PENSIONALES (DE PENSIONES)	1.697.400.000	1.696.447.000	1.696.447.000	1.696.447.000
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012		Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	200.000.000	33.626.107	33.626.107	33.626.107
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	205.489.622	205.489.622	-	-
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	131.000.000	131.000.000	124.190.485	124.190.485
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	002		Nación	CONCILIACIONES	61.800.000	40.000.000	40.000.000	40.000.000
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	109.363.000	84.003.899	84.003.899	84.003.899
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	500.322.500	275.302.800	275.302.800	275.302.800

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL DEL TERRITORIO EN EL MARCO DE LOS NEGOCIOS VERDES Y SOSTENIBLES. NIVEL NACIONAL	206.239.088	189.641.061	158.494.238	158.494.238
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL DEL TERRITORIO EN EL MARCO DE LOS NEGOCIOS VERDES Y SOSTENIBLES. NIVEL NACIONAL	509.242.386	508.854.903	486.854.903	486.854.903
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL DEL TERRITORIO EN EL MARCO DE LOS NEGOCIOS VERDES Y SOSTENIBLES. NIVEL NACIONAL	4.611.644.577	4.493.555.813	3.692.620.955	3.674.970.955
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	4			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN AMBIENTAL SECTORIAL Y URBANA A NIVEL NACIONAL NACIONAL	625.150.261	617.005.945	508.106.439	508.106.439
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	4			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN AMBIENTAL SECTORIAL Y URBANA A NIVEL NACIONAL NACIONAL	1.854.913.020	1.844.430.309	1.435.488.215	1.414.737.852

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	5			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS, INSTRUMENTOS Y RECOMENDACIONES DE LA OCDE EN MATERIA DE GESTIÓN AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL	400.444.258	399.844.258	382.303.540	382.303.540
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	5			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS, INSTRUMENTOS Y RECOMENDACIONES DE LA OCDE EN MATERIA DE GESTIÓN AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL	1.493.411.237	1.486.569.243	1.482.520.696	1.474.773.196
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	6			Nación	APOYO A LAS CORPORACIONES AUTÓNOMAS REGIONALES Y DE DESARROLLO SOSTENIBLE, BENEFICIARIAS DEL FONDO DE COMPENSACIÓN AMBIENTAL – FCA, NACIONAL-[DISTRIBUCION PREVIO CONCEPTO DNP]	500	-	-	-
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	CONSERVACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS A NIVEL NACIONAL	2.666.776.655	2.603.772.386	2.109.687.989	2.079.842.238
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	CONSERVACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS A NIVEL NACIONAL	2.575.516.482	2.553.905.525	2.201.242.217	2.195.242.217
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE -	AMBIENTE Y DESARROLLO	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	CONSERVACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS	2.602.000.000	2.593.041.688	2.214.880.287	2.198.008.803

		GESTION GENERAL	SOSTENIBLE								ECOSISTÉMICOS A NIVEL NACIONAL					
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	2			Nación	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RECURSO HÍDRICO NACIONAL	1.205.893.110	1.181.466.272	1.020.576.896	1.017.251.896
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	2			Nación	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RECURSO HÍDRICO NACIONAL	1.565.738.418	1.535.380.391	1.327.489.304	1.312.466.705
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	6			Nación	INVESTIGACIÓN GENERACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO SOBRE LA REALIDAD AMBIENTAL, SOCIO PRODUCTIVA Y CULTURAL DEL CHOCÓ BIOGEOGRÁFICO ANTIOQUIA, CAUCA, CHOCÓ, NARIÑO, VALLE DEL CAUCA, RISARALDA, CÓRDOBA	2.738.362.947	2.738.362.947	2.738.362.947	2.738.362.947
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	6			Nación	INVESTIGACIÓN GENERACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO SOBRE LA REALIDAD AMBIENTAL, SOCIO PRODUCTIVA Y CULTURAL DEL CHOCÓ	1.228.728.944	1.228.728.944	1.228.728.944	1.228.728.944



											BIOGEOGRÁFICO ANTIOQUIA, CAUCA, CHOCÓ, NARIÑO, VALLE DEL CAUCA, RISARALDA, CÓRDOBA				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	7		Nación	INVESTIGACIÓN CONSERVACIÓN Y APROVECHAMIENTO SOSTENIBLE DE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA, SOCIOECONOMICA Y CULTURAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO, GUAVIARE, VAUPÉS, GUAINÍA	3.874.670.568	3.874.670.568	3.874.670.568	3.874.670.568
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	7		Nación	INVESTIGACIÓN CONSERVACIÓN Y APROVECHAMIENTO SOSTENIBLE DE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA, SOCIOECONOMICA Y CULTURAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO, GUAVIARE, VAUPÉS, GUAINÍA	1.771.207.851	1.771.207.851	1.771.207.851	1.771.207.851
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	8		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA HACIA LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS DE INTERES DE LA NACIÓN NACIONAL	3.494.091.303	3.494.091.303	3.494.091.303	3.494.091.303
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Inversión	A-Inversión	3204	0900	8		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA HACIA LA GENERACIÓN	1.813.193.159	1.813.193.159	1.813.193.159	1.813.193.159

		SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	O SOSTENIBL E								DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS DE INTERES DE LA NACIÓN NACIONAL				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3204	0900	9		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS DE INTERÉS NACIONAL	6.159.947.89 8	6.159.947.89 8	6.159.947.89 8	6.159.947.89 8
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3204	0900	9		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS DE INTERÉS NACIONAL	2.775.941.74 2	2.775.941.74 2	2.715.368.46 4	2.715.368.46 4
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3204	0900	10		Nación	CONSOLIDACIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBIENTAL SIAC COMO EJE CENTRAL DE INFORMACIÓN AMBIENTAL OFICIAL Y SOPORTE PARA LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL Y CONOCIMIENTO EN MATERIA AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL BOGOTÁ	185.867.385	185.867.385	60.867.385	60.867.385

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	10		Nación	CONSOLIDACIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBIENTAL SIAC COMO EJE CENTRAL DE INFORMACIÓN AMBIENTAL OFICIAL Y SOPORTE PARA LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL Y CONOCIMIENTO EN MATERIA AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL BOGOTÁ	506.214.871	499.149.437	421.300.249	417.300.249
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	11		Nación	FORTELECIMIENTO DEL SISTEMA DE OPERACIONES ESTADÍSTICAS AMBIENTALES DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MARINAS Y COSTERAS - INVEMAR-NACIONAL	452.731.770	452.731.770	452.731.770	452.731.770
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3205	0900	2		Nación	GENERACIÓN CAPACIDADES PARA EL ADECUADO DESEMPEÑO AMBIENTAL DEL SINA EN EL TERRITORIO NACIONAL	2.088.971.388	2.037.780.072	1.264.959.275	985.945.430
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3205	0900	2		Nación	GENERACIÓN CAPACIDADES PARA EL ADECUADO DESEMPEÑO AMBIENTAL DEL SINA EN EL TERRITORIO NACIONAL	1.968.529.177	1.904.817.134	1.650.414.719	1.622.714.719
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y	AMBIENTE Y	Inversión	A-Inversión	3206	0900	3		Nación	FORTELECIMIENTO DE LA GESTIÓN	548.710.057	548.710.057	472.498.090	472.498.090

		DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	DESARROLLO SOSTENIBLE								DE CAMBIO CLIMÁTICO EN LA PLANEACIÓN SECTORIAL Y TERRITORIAL NACIONAL				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO EN LA PLANEACIÓN SECTORIAL Y TERRITORIAL NACIONAL	1.254.289.943	1.220.063.154	1.102.374.846	1.096.611.250
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3207	0900	2		Nación	FORTALECIMIENTO FORTALECER LA GESTIÓN AMBIENTAL DEL ESTADO COLOMBIANO SOBRE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS Y RECURSOS ACUÁTICOS NACIONAL	472.241.108	471.950.189	304.552.807	304.552.807
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3207	0900	2		Nación	FORTALECIMIENTO FORTALECER LA GESTIÓN AMBIENTAL DEL ESTADO COLOMBIANO SOBRE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS Y RECURSOS ACUÁTICOS NACIONAL	1.603.703.900	1.594.982.239	1.448.943.001	1.448.943.001
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3208	0900	2		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN HACIA LA GOBERNANZA AMBIENTAL EN COLOMBIA. NACIONAL	290.613.633	256.507.160	231.801.106	231.801.106

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3208	0900	2		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN HACIA LA GOBERNANZA AMBIENTAL EN COLOMBIA. NACIONAL	567.586.367	551.402.224	498.931.788	489.784.948
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	9		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE DIVULGACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL	154.776.967	141.469.799	52.392.665	52.392.665
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	9		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE DIVULGACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL	626.223.033	594.722.420	518.100.569	513.465.569
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	10		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA Y DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL INVEMAR NACIONAL	850.898.734	850.898.734	850.898.734	850.898.734
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	10		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA Y DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL INVEMAR NACIONAL	639.876.583	639.876.583	639.876.583	639.876.583
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y	AMBIENTE Y	Inversión	A-Inversión	3299	0900	11		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA	742.380.427	742.380.427	742.380.427	742.380.427

		DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	DESARROLLO SOSTENIBLE								CAPACIDAD DEL ENTORNO FISCO Y LOGÍSTICO REQUERIDO PARA EL LEVANTAMIENTO Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN AMBIENTAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA. AMAZONAS, CAQUETÁ, VAUPÉS, GUAVIARE, GUAINÍA				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	11		Nación	FORTEALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL ENTORNO FISCO Y LOGÍSTICO REQUERIDO PARA EL LEVANTAMIENTO Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN AMBIENTAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA. AMAZONAS, CAQUETÁ, VAUPÉS, GUAVIARE, GUAINÍA	333.113.008	333.113.008	333.113.008	333.113.008
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	12		Nación	ADECUACIÓN , OPTIMIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA EN LAS ESTACIONES DE INVESTIGACIÓN Y LAS SEDES DEL INSTITUTO ALEXANDER VON HUMBOLDT NACIONAL	278.151.870	278.151.870	278.151.870	278.151.870
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Inversión	A-Inversión	3299	0900	12		Nación	ADECUACIÓN , OPTIMIZACIÓN Y MANTENIMIENTO	124.809.333	124.809.333	124.809.333	124.809.333

		SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	O SOSTENIBL E								DE LA INFRAESTRUCTUR A FÍSICA Y TECNOLÓGICA EN LAS ESTACIONES DE INVESTIGACIÓN Y LAS SEDES DEL INSTITUTO ALEXANDER VON HUMBOLDT NACIONAL				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3299	0900	13		Nación	FORTEALECIMIENT O AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE INFRAESTRUCTUR A FÍSICA, TECNOLÓGICA Y ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES AMBIENTALES DEL PACÍFICO ANTIOQUIA, CAUCA, CHOCÓ, NARIÑO, RISARALDA, VALLE DEL CAUCA, CÓRDOBA	659.893.714	659.893.714	659.893.714	659.893.714
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3299	0900	13		Nación	FORTEALECIMIENT O AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE INFRAESTRUCTUR A FÍSICA, TECNOLÓGICA Y ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES AMBIENTALES DEL PACÍFICO ANTIOQUIA, CAUCA, CHOCÓ, NARIÑO, RISARALDA, VALLE DEL CAUCA, CÓRDOBA	296.100.452	296.100.452	296.100.452	296.100.452
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE -	AMBIENTE Y DESARROLL O	Inversión	A-Inversión	3299	0900	14		Nación	FORTEALECIMIENT O DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA	1.664.273.08 8	1.643.939.37 3	1.236.760.57 4	1.212.490.57 3



		GESTION GENERAL	SOSTENIBLE								GENERAL DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE. BOGOTÁ				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	14		Nación	FORTEALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA GENERAL DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE. BOGOTÁ	3.056.557.523	3.017.982.988	2.917.108.451	2.913.894.451
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	15		Nación	FORTEALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE TI Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE NACIONAL	400.000.000	399.999.999	306.338.365	301.338.365
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	15		Nación	FORTEALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE TI Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE NACIONAL	858.834.883	858.774.677	679.055.987	673.292.487
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	16		Nación	FORTEALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE PLANEACION, EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION ADELANTADA POR EL SECTOR AMBIENTAL NACIONAL	215.113.563	211.591.959	204.472.681	195.842.898

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	16			Nación	FORTEALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE PLANEACION, EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION ADELANTADA POR EL SECTOR AMBIENTAL NACIONAL	1.081.789.964	1.078.352.369	1.068.854.840	1.056.110.431
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	17			Nación	FORTEALECIMIENTO EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN ESCENARIOS INTERNACIONALES DE LA GESTIÓN AMBIENTAL. NACIONAL	598.121.323	582.187.578	582.187.578	582.187.578
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	17			Nación	FORTEALECIMIENTO EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN ESCENARIOS INTERNACIONALES DE LA GESTIÓN AMBIENTAL. NACIONAL	759.845.308	751.555.553	734.296.060	734.296.060
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	20.905.360.697	20.855.120.100	20.855.120.100	20.854.681.249
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	8.536.609.083	8.536.410.154	8.536.410.154	8.532.883.454
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	1.838.695.220	1.837.722.527	1.837.722.527	1.837.302.424

2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	9.000.000	7.292.576	7.117.894	7.117.894
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	8.738.583.158	8.552.260.276	7.232.947.807	7.232.947.807
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	03	01	034		Nación	FORTALECIMIENTO A LA CONSULTA PREVIA. CONVENIO 169 OIT, LEY 21 DE 1991, LEY 70 DE 1993	799.717.272	746.059.702	535.000.000	535.000.000
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012		Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	131.195.000	77.604.468	77.604.468	77.604.468
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	167.940.633	166.084.628	147.082.062	147.082.062
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	9.958.800	9.958.800	9.958.800	9.958.800
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	111.000.000	111.000.000	111.000.000	111.000.000
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	ADMINISTRACIÓN DE LAS ÁREAS DEL SISTEMA DE PARQUES NACIONALES NATURALES Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA	5.244.656.109	4.939.908.702	3.574.299.594	3.574.299.594

											NACIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS. NACIONAL					
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	ADMINISTRACIÓN DE LAS ÁREAS DEL SISTEMA DE PARQUES NACIONALES NATURALES Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS. NACIONAL	19.882.303.9 27	19.040.646.7 35	15.568.615.8 57	15.568.615.8 57
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	ADMINISTRACIÓN DE LAS ÁREAS DEL SISTEMA DE PARQUES NACIONALES NATURALES Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS. NACIONAL	8.087.016.07 5	7.382.521.56 4	3.279.754.26 8	3.279.754.26 8
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1			Nación	FORTALECIMIENT O DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA DE PARQUES NACIONALES NATURALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO MISIONAL NACIONAL	8.501.708.12 1	7.972.752.40 0	6.120.843.09 7	6.120.806.99 7
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1			Nación	FORTALECIMIENT O DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA DE PARQUES NACIONALES NATURALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO	8.838.668.51 9	8.449.628.28 4	7.299.340.87 7	7.299.340.87 7



2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	36.550.000	4.424.900	4.424.900	4.424.900
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES. NACIONAL	1.089.536.659	1.050.127.334	1.050.127.334	1.044.892.975
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	17.395.263.718	17.248.297.036	17.248.297.036	16.801.208.014
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	6.521.603.000	6.475.078.658	6.336.821.750	6.279.506.060
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	1.783.188.000	1.668.548.725	1.668.548.725	1.668.548.725
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	84.770.000	82.480.105	82.390.105	59.096.484
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	17.474.345.477	16.683.471.945	16.407.378.727	16.184.110.800
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C- Transferencias	03	04	02	002		Nación	CUOTAS PARTES PENSIONALES (DE PENSIONES)	200.000.000	194.687.582	-	-

2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012	Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	138.510.600	22.655.524	22.655.524	22.655.524
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	295.700.000	-	-	-
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	100.893.412	100.828.412	100.828.412	100.828.412
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	112.663.460	101.028.200	101.028.200	101.028.200
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO HIDROLÓGICO, METEOROLÓGICO Y AMBIENTAL NACIONAL	7.884.690.768	7.349.842.870	5.871.995.807	5.529.731.321
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO HIDROLÓGICO, METEOROLÓGICO Y AMBIENTAL NACIONAL	14.611.366.805	14.170.009.204	12.749.270.552	12.588.416.753
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN DEL INSTITUTO DE HIDROLOGÍA, METEOROLOGÍA Y ESTUDIOS AMBIENTALES NACIONAL	590.558.757	585.821.268	585.821.268	481.763.862



2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN DEL INSTITUTO DE HIDROLOGÍA, METEOROLOGÍA Y ESTUDIOS AMBIENTALES NACIONAL	1.050.000.000	986.690.726	979.590.726	944.086.843
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.288.402.000	1.287.730.615	1.287.730.615	1.287.730.615
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	110.972.146	110.833.367	110.833.367	110.833.367
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	484.737.000	484.691.009	484.691.009	484.691.009
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	20.295.279	20.176.900	20.176.900	20.176.900
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	218.119.000	217.300.377	217.300.377	217.300.377
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	17.220.755	17.220.755	17.220.755	17.220.755
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	627.142.000	620.336.025	595.784.900	595.784.900

2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012	Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	10.256.000	5.575.684	5.575.684	5.575.684
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	61.372.825	56.995.843	56.995.843	56.995.843
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	219.351.000	219.351.000	219.351.000	219.351.000
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	84.781.124	84.781.124	84.781.124	84.781.124
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	7.396.000	7.396.000	7.396.000	7.396.000
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.000.000	11.000.000	11.000.000	11.000.000
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	2		Nación	REHABILITACION ECOLOGICA DEL BOSQUE DE MANGLAR EN LOS MUNICIPIOS DE SAN BERNARDO DEL VIENTO Y MOÑITOS DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA	1.936.026.319	-	-	-
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO	Inversión	A-Inversión	3203	0900	1		Nación	ESTUDIOS DE MODELACIÓN HIDROLÓGICA, HIDRÁULICA Y DE SUELOS PARA	217.110.009	-	-	-

		SINU Y SAN JORGE (CVS)	SOSTENIBLE									DELIMITAR LAS RONDAS HÍDRICAS DE LOS HUMEDALES CARIBE Y FURATENA DEL MUNICIPIO DE MONTERÍA-CÓRDOBA				
2019	320900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO (CRQ)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	3.359.055.459	3.359.055.456	3.359.055.456	3.359.055.456
2019	320900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO (CRQ)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	835.041.437	834.166.368	834.166.368	834.166.368
2019	320900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO (CRQ)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	102.815.424	102.815.424	102.815.424	102.815.424
2019	320900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO (CRQ)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	238.542.000	207.575.291	202.246.548	202.246.548
2019	320900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO (CRQ)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	001		Nación	MESADAS PENSIONALES (DE PENSIONES)	274.508.390	255.991.745	255.991.745	255.991.745
2019	320900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO (CRQ)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	2.819.110	2.819.110	2.819.110	2.819.110
2019	320900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO (CRQ)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	10.970.767	10.970.767	10.970.767	10.970.767

2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	2.281.378.434	2.280.709.330	2.280.709.329	2.280.709.329
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	494.273.503	494.261.779	494.261.779	264.225.283
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	630.794.219	630.780.219	630.780.219	630.780.219
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	255.432.918	231.535.236	231.535.236	104.606.074
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	394.530.591	394.530.591	373.870.591	373.666.908
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	18.069.403	5.217.760	5.217.760	-
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	29.922.200	29.922.019	11.042.894	754.900
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	64.325.000	64.304.162	60.682.588	60.622.982
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	B- Adquisiciones	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	145.769.337	121.969.695	67.515.645	38.664.546

		SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	O SOSTENIBLE		s de Bienes y Servicios											
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	002	Nación	CUOTAS PARTES PENSIONALES (DE PENSIONES)	22.673.650	22.673.650	22.673.650	22.673.650	
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	18.207.310	18.207.310	18.207.310	18.207.310	
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	1		Nación	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE NEGOCIOS VERDES COMO ESTRATEGIA DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA JURISDICCIÓN DE CORPOURABA, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	500.000.000	484.693.532	326.093.219	323.213.219	
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	7		Nación	FORMULACIÓN DE PLANES DE MANEJO PARA ESPECIES DE FAUNA SILVESTRE EN CATEGORÍA DE AMENAZA Y CON PRESIÓN DE USO EN DOS ÁREAS PROTEGIDAS DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOURABA, ANTIOQUIA	300.000.000	299.999.909	279.999.909	279.999.909	
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	8		Nación	CONSERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL BOSQUE BAJO EL ESQUEMA P.S.A. EN JURISDICCIÓN DE CORPOURABA, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	1.300.000.000	1.300.000.000	1.085.654.329	1.084.542.093	

2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	9		Nación	REHABILITACION ECOLOGICA PARTICIPATIVA EN AREAS DE APTITUD AMBIENTAL Y FORESTAL EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE URABA DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	1.075.000.000	1.075.000.000	-	-
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	5		Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN PARA EL MANEJO SOSTENIBLE DE LA CUENCA DEL RIO SUCIO ALTO EN SUS FASES DE PROSPECTIVA Y FORMULACIÓN-ANTIOQUIA	776.391.879	776.390.000	776.390.000	776.390.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	2.507.981.000	2.507.981.000	2.507.981.000	2.507.981.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	760.504.000	760.504.000	760.504.000	760.504.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	231.424.000	231.424.000	231.424.000	231.424.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	35.872.000	35.872.000	35.872.000	35.872.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	9.275.000	9.275.000	9.275.000	9.275.000

		CALDAS (CORPOCALDAS)	SOSTENIBLE		Intereses de Mora										
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.416.000.000	1.416.000.000	1.416.000.000	1.416.000.000
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	306.314.235	306.314.235	306.314.235	306.314.235
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	355.694.956	355.694.956	355.694.956	355.694.956
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	201.799.697	201.799.697	201.799.697	133.215.516
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	35.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	68.869.990	68.307.989	68.307.989	46.995.357
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	86.842.287	86.842.287	50.921.974	30.443.782



2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	71.546.890	60.000.000	60.000.000	60.000.000
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	002	Nación	CONCILIACIONES	169.554.837	169.554.837	169.554.837	139.554.837
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	21.233.450	21.233.450	21.233.450	21.233.450
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD DE LOS NEGOCIOS VERDES (FASE II) EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ	1.699.030.388	1.699.030.388	1.699.030.388	1.699.030.388
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	5		Nación	DESARROLLO DE ACCIONES PARA LA PROTECCIÓN DE ECOSISTEMAS DE BOSQUES EN LA JURISDICCIÓN DE CODECHOCÓ, DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ	1.148.959.645	1.148.959.645	1.148.959.645	1.148.959.645
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6		Nación	RECUPERACION DE AREAS BOSCOSAS DEGRADADAS POR LA ACTIVIDAD MINERA EN EL MUNICIPIO DE CONDOTO EN EL	1.103.976.431	1.103.976.431	913.181.144	913.181.144

											DEPARTAMENTO DEL CHOCO				
2019	321300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA MESETA DE BUCARAMANGA CDMB	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.157.700.225	1.157.700.225	1.157.700.225	1.157.700.225
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.477.198.158	1.428.143.451	1.393.143.451	1.393.143.451
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	370.478.219	370.478.219	370.478.219	370.478.219
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	28.698.806	28.698.806	28.698.806	28.698.806
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	94.212.000	94.212.000	89.501.400	89.501.400
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	7.685.520	7.685.520	7.685.520	7.685.520
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	8.546.009	8.546.009	8.546.009	8.546.009
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.565.017.022	1.399.709.857	1.399.709.857	1.399.709.857

2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	455.898.022	455.898.022	455.898.022	455.898.022
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	407.400.000	342.816.752	342.816.752	342.816.752
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	82.173.000	73.149.605	73.149.605	73.149.605
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	38.194.000	38.194.000	38.194.000	38.194.000
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	12.525.125	12.525.125	12.525.125	12.525.125
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.632.746.128	1.632.746.128	1.632.746.128	1.632.746.128
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	155.170.214	155.170.214	155.170.214	155.170.214
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	482.988.447	482.988.447	482.988.447	482.988.447
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS	132.982.465	132.982.465	132.982.465	132.982.465



											CONTADERO, LOS ANDES SOTOMAYOR DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO				
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	2		Nación	DESARROLLO DE LA FASE PROSPECTIVA Y ZONIFICACION AMBIENTAL Y FORMULACION EN EL MARCO DE LA ACTUALIZACION DEL PLAN DE ORDENACION Y MANEJO DE LA CUENCA DEL RIO MAYO, DEPARTAMENTO DE NARIÑO	405.540.000	405.540.000	202.770.000	202.770.000
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	3		Nación	DESARROLLO DE LA FASE DE DIAGNOSTICO EN EL MARCO DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN Y MANEJO DE LA CUENCA DEL RÍO MIRA, DEPARTAMENTO DE NARIÑO	751.399.780	751.399.780	262.197.280	262.197.280
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	2.794.242.000	2.794.242.000	2.794.242.000	2.794.242.000
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	614.971.000	614.971.000	614.971.000	614.971.000
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	146.401.000	146.401.000	146.401.000	146.401.000

2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.439.000	11.439.000	11.439.000	-
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3205	0900	1			Nación	CONSTRUCCION OBRAS PARA LA REDUCCION DEL ESCENARIO DE RIESGO POR SOCAVACION LATERAL Y DE FONDO EN LA QUEBRADA LA CAÑADA ENTRE PUENTE BELISARIO Y CIUDADELA LOS ESTORAQUES, MUNICIPIO DE CUCUTA, NORTE DE SANTANDER	5.082.917.693	5.053.505.440	5.053.505.440	5.053.505.440
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	2.126.198.000	2.126.198.000	2.123.334.644	2.123.334.644
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	243.992.077	243.992.077	240.685.627	240.685.627
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	574.755.000	574.755.000	574.755.000	574.755.000
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	15.218.478	15.218.478	15.218.478	15.218.478
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS	400.153.000	400.153.000	391.830.690	391.830.690







		CESAR (CORPOCESAR)	SOSTENIBL E		Intereses de Mora											
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3203	0900	1		Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN Y MANEJO DE LA CUENCA 2802-03 DEL RÍO CHIRIAIMO Y MANAURE EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR	2.164.894.56 4	2.160.053.94 0	2.160.053.32 4	2.160.053.32 4	
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3204	0900	1		Nación	ADMINISTRACION, OPERACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA PARA LA CALIDAD DEL AIRE Y AGUA DE CORPOCESAR CESAR	842.147.285	841.846.487	336.738.595	336.738.595	
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	4.601.615.00 0	4.601.615.00 0	4.601.615.00 0	4.601.615.00 0	
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	883.594.000	883.594.000	825.107.300	825.107.300	
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONE S NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	62.626.000	62.626.000	62.626.000	62.626.000	
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	10.972.000	10.972.000	10.972.000	10.972.000	
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLL O	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	3.414.000.00 0	3.410.329.34 5	3.410.329.34 5	3.410.329.34 5	

			SOSTENIBLE													
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	924.600.000	924.600.000	924.600.000	924.600.000
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	74.000.000	74.000.000	74.000.000	74.000.000
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	63.700.000	63.700.000	60.515.000	60.515.000
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	2.700.000	2.700.000	2.700.000	2.700.000
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	14.500.000	14.500.000	14.500.000	14.500.000
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.157.472.000	1.157.472.000	1.157.472.000	1.157.472.000
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	315.991.461	315.991.461	315.991.461	315.991.461
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	481.417.000	481.417.000	481.417.000	481.417.000

		SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	O SOSTENIBLE													
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	65.462.000	65.462.000	65.462.000	65.462.000
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	25.535.434	25.535.434	25.535.434	25.535.434
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	395.856.000	395.856.000	305.440.334	305.440.334
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	554.406.818	548.994.918	467.230.233	467.230.233
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C- Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	72.990.467	72.990.467	72.990.467	72.990.467
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA -	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000

		CORPOAMAZONIA														
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	18.340.000	18.340.000	-	-
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	2			Nación	APOYO AL DESARROLLO EMPRESARIAL DE LOS NEGOCIOS VERDES DEL SUR DE LA AMAZONIA COLOMBIANA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO	1.155.500.000	1.151.533.617	1.058.480.558	1.058.480.558
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE ECOSISTEMAS EN EL MARCO DEL PLAN DE BIODIVERSIDAD REGIONAL, EN JURISDICCIÓN DE CORPOAMAZONIA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO	1.155.544.197	1.119.056.025	807.180.623	807.180.623
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	5			Nación	IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE RESTAURACION ECOLOGICA EN AREAS DE INFLUENCIA DE LA CUENCA ALTA DEL RIO PUTUMAYO, EN SANTIAGO, COLON, SIBUNDOY, SAN FRANCISCO	1.183.079.615	1.177.879.615	-	-
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Inversión	A-Inversión	3206	0900	1			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE MITIGACIÓN AL	729.983.076	728.810.664	687.010.664	687.010.664



		DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	DESARROLLO SOSTENIBLE								CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL				
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	18.160.000	17.479.832	17.479.832	17.479.832
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	522.208.979	505.645.111	415.077.664	396.111.576
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	2.731.560	-	-	-
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	12.000.000	11.494.449	11.494.449	11.494.449
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	7.469.560	7.469.560	7.469.560	7.469.560
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000



		ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	SOSTENIBLE		Intereses de Mora										
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3		Nación	FORTEALECIMIENTO DE SISTEMAS PRODUCTIVOS SOSTENIBLES ORIENTADOS A NEGOCIOS VERDES DEL DMI ARIARI – GUAYABERO GUAVIARE	1.000.000.000	999.990.000	988.925.720	988.925.720
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	4		Nación	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN REGIONAL DE NEGOCIOS VERDES AMAZONIA, A TRAVÉS DE LA OPERACIÓN DE LA VENTANILLA VERDE EN LA JURISDICCIÓN DE LA CDA 2019, SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, INIRIDA, MITU	1.654.953.050	1.654.953.050	827.476.525	827.476.525
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6		Nación	RECUPERACIÓN DE SUELOS DEGRADADOS POR CULTIVOS ILÍCITOS Y GANADERÍA EXTENSIVA ETAPA III. DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE,, MUNICIPIOS DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, EL RETORNO, CALAMAR	2.258.291.482	2.254.642.838	2.174.879.061	2.174.879.061
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	7		Nación	FORTEALECIMIENTO DEL SISTEMA REGIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS EN GUAVIARE, VAUPÉS	1.000.000.000	986.132.950	871.309.240	871.309.240

2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.315.813.707	1.315.813.707	1.315.813.707	1.315.813.707
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	241.109.960	241.109.960	241.109.960	241.109.960
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	343.373.332	343.041.232	341.903.156	341.903.156
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	82.185.786	82.185.785	82.185.785	82.185.785
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	295.449.363	293.062.839	293.062.839	293.062.839

2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	62.888.145	62.888.145	62.888.145	62.888.145
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	172.951.000	165.557.605	149.057.599	149.057.599
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	256.302.122	211.496.810	177.460.594	177.460.594
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	10.722.300	6.692.400	6.692.400	6.692.400
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.205.370	11.205.370	11.205.370	11.205.370

2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	3			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE LA FASE II DEL PLAN DE MANEJO INTEGRAL DE ACUIFEROS EN LA RESERVA DE LA BIOSFERA SEAFLOWER, JURISDICCIÓN DE CORALINA DEPARTAMENTO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	620.502.779	494.763.500	463.117.000	463.117.000
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3207	0900	2			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DEL PLAN ÚNICO A LARGO PLAZO PARA MARES, COSTAS Y RECURSOS ACUÁTICOS DE LA RESERVA DE BIOSFERA SEAFLOWER, DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	1.678.486.000	1.550.607.588	1.347.282.558	1.347.282.558
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.575.709.000	1.575.709.000	1.575.709.000	1.575.709.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	364.545.192	364.545.192	364.545.192	364.545.192
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	344.267.000	344.267.000	344.267.000	344.267.000

		AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	SOSTENIBLE													
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	182.272.596	182.272.596	182.272.596	182.272.596
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	274.062.000	274.062.000	274.062.000	274.062.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	91.136.298	91.136.298	91.136.298	91.136.298
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	116.540.000	116.540.000	73.000.000	73.000.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	209.818.920	209.813.566	209.813.566	209.813.566

2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	3.837.000	1.684.863	1.684.863	1.684.863
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.089.000	11.089.000	11.089.000	11.089.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	2			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PARA LA ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO EN EL MARCO DEL PLAN REGIONAL INTEGRAL DE CAMBIO CLIMÁTICO PARA LA ORINOQUÍA – PRICCO EN EL DEPARTAMENTO DEL META	1.405.469.724	1.405.469.724	1.405.469.724	1.405.469.724
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	3			Nación	IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA PARA ADAPTACION AL CAMBIO CLIMATICO EN AREAS PRIORIZADAS DEL DEPARTAMENTO DEL META	546.783.209	546.783.209	508.508.384	508.508.384
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.367.800.000	1.367.800.000	1.362.462.279	1.362.462.279

2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	191.383.801	191.383.801	191.383.801	191.383.801
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	397.100.000	397.100.000	397.099.700	397.099.700
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	127.891.430	127.891.430	127.891.430	127.891.430
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	180.500.000	173.883.153	173.695.811	173.695.811
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	64.249.977	61.138.946	61.138.946	61.138.946
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	6.575.400	6.575.400	6.575.400	6.575.400
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	148.600.000	148.598.466	129.084.351	129.084.351



2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	322.882.997	318.681.997	186.237.297	186.237.297
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	210.286.576	210.286.576	-	-
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	3.800.000	3.800.000	3.800.000	3.800.000
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	8.913.450	8.913.450	8.913.450	8.913.450
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	10.700.000	9.078.200	9.078.200	9.078.200
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	1			Nación	APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VENTANILLA DE NEGOCIOS VERDES SOSTENIBLES EN LA JURISDICCIÓN DE CORPOMOJANA DEPARTAMENTO DE SUCRE	1.448.500.000	1.448.193.395	193.243.395	193.243.395
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	10			Nación	MANTENIMIENTO DE PLANTACIONES PROTECTORAS EN ÁREAS CON	2.074.461.640	2.074.461.640	2.052.057.453	2.052.057.453

		LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	SOSTENIBLE								PROCESOS DE RESTAURACIÓN DE LA CUENCA BAJA DEL RIO SAN JORGE, JURISDICCIÓN DE CORPOMOJANA, SUCRE				
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	11		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y MANEJO SOSTENIBLE DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES, EN LA JURISDICCIÓN DE CORPOMOJANA, SUCRE	1.253.530.000	1.253.530.000	963.938.820	963.938.820
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	1		Nación	MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS DE LA REGIÓN DE LA MOJANA, DEPARTAMENTO DE SUCRE	395.400.000	395.191.800	191.800.000	191.800.000
2019	322900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA ORINOQUIA (CORPORINOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.338.684.000	1.337.035.958	1.337.035.958	1.337.035.958
2019	322900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA ORINOQUIA (CORPORINOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	415.243.000	415.243.000	415.243.000	415.243.000
2019	322900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA ORINOQUIA (CORPORINOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	251.925.000	251.925.000	251.925.000	251.925.000

2019	322900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA ORINOQUIA (CORPORINOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	63.945.000	63.945.000	63.945.000	63.945.000
2019	322900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA ORINOQUIA (CORPORINOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	5.836.000	5.836.000	5.836.000	5.836.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.643.119.000	1.643.119.000	1.643.091.128	1.643.091.128
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	59.050.361	59.050.361	59.050.361	59.050.361
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	340.364.000	340.364.000	340.364.000	340.364.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	346.729.587	346.729.587	346.729.587	346.729.587
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	192.368.000	192.368.000	192.368.000	192.368.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	141.422.000	141.421.999	134.350.896	134.350.896

		SUCRE (CARSUCRE)	O SOSTENIBLE		s de Bienes y Servicios											
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	78.437.763	78.437.763	78.437.763	49.000.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C- Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	135.205.591	135.205.591	135.205.591	135.205.591
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.181.000	11.181.000	11.181.000	11.181.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	1			Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS PELIGROSOS, EN LA JURISDICCIÓN DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SUCRE "CARSUCRE". SUCRE	550.834.001	548.720.052	493.848.047	493.848.047
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	5			Nación	MANTENIMIENTO A LAS ÁREAS EN PROCESO DE RESTAURACIÓN DE BOSQUE EN LAS ZONAS DE RECARGA DE ACUÍFEROS EN LA JURISDICCIÓN DE CARSUCRE SUCRE	1.294.197.400	1.294.197.400	1.294.197.400	1.294.197.400
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	RESTAURACIÓN DE BOSQUES EN LAS ZONAS DE RECARGA DE ACUÍFEROS EN EL MUNICIPIO DE	225.549.824	225.549.824	225.549.824	225.549.824



		MAGDALENA (CAM)	SOSTENIBLE																
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	1.510.000	1.510.000	-	-			
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	10.854.000	10.854.000	10.854.000	10.854.000			
2019	323200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CENTRO DE ANTIOQUIA (CORANTIOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.727.155.943	1.727.155.943	1.727.155.943	1.727.155.943			
2019	323200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CENTRO DE ANTIOQUIA (CORANTIOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	708.001.423	708.001.423	708.001.423	708.001.423			
2019	323200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CENTRO DE ANTIOQUIA (CORANTIOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	16.313.136	16.313.136	16.313.136	16.313.136			
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO - CRA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.460.200.000	1.460.200.000	1.460.200.000	1.460.200.000			
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO - CRA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	382.500.000	382.500.000	382.500.000	382.500.000			
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO - CRA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS	176.800.000	176.800.000	176.800.000	176.800.000			

		ATLANTICO - CRA	SOSTENIBLE								DE FACTOR SALARIAL					
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO - CRA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	9.300.000	9.300.000	9.300.000	9.300.000
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.546.528.693	1.546.528.693	1.546.528.693	1.546.528.693
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	366.244.985	366.244.985	366.244.985	366.244.985
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	189.426.375	189.426.375	189.426.375	189.426.375
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	81.981.000	81.981.000	77.881.950	77.881.950
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	4.301.412	4.301.412	4.301.412	4.301.412
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	13.109.840	13.109.840	13.109.840	13.109.840
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.392.416.855	1.392.416.855	1.388.931.289	1.388.931.289



2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	433.123.471	433.123.471	431.549.083	431.549.083
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	195.204.977	195.204.977	195.204.977	195.204.977
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	63.445.000	63.445.000	60.272.750	60.272.750
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	7.663.200	7.663.200	7.509.936	7.509.936
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	14.514.683	14.514.683	14.514.683	14.514.683
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.313.228.000	1.300.000.337	1.300.000.337	1.300.000.337
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	17.531.635	17.531.635	17.531.635	17.531.635
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	438.333.000	435.112.330	435.112.330	435.112.330
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	6.574.363	6.574.363	6.574.363	6.574.363

		CHIVOR (CORPOCHIVOR)	O SOSTENIBL E												
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONE S NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	174.923.000	174.923.000	174.923.000	174.923.000
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONE S NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	21.914.545	21.914.545	21.914.545	21.914.545
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	01			Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	207.335.525	207.289.510	-	-
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	120.629.000	115.606.491	98.249.659	98.249.659
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	109.729.018	80.829.355	39.301.229	39.301.229
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	14.405.000	14.405.000	14.405.000	14.405.000
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3		Nación	FORTALECIMIENT O DE LAS CADENAS PRODUCTIVAS DE BIOCOMERCIO Y AGROSISTEMAS SOSTENIBLES EN LAS COMUNIDADES LOCALES DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOCHIVOR,	1.138.754.57 6	1.132.921.27 6	773.947.728	694.273.620

											DEPARTAMENTO DE BOYACÁ BOYACÁ					
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	3			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES EN EL MARCO DE LA GOBERNANZA FORESTAL EN LA JURISDICCIÓN DE CORPOCHIVOR. BOYACÁ	995.652.885	981.033.343	879.118.397	873.691.843
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	CONSERVACION E IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA DE RESTAURACION ECOLOGICA BAJO EL ESQUEMA DE PAGOS POR SERVICIOS AMBIENTALES EN AREAS PRIORIZADAS DEL DRMI MAMAPACHA Y BIJAGUAL BOYACA	832.170.000	-	-	-
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	459.150.939	459.150.939	459.150.939	459.150.939
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	35.307.541	35.307.541	35.307.541	35.307.541
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	275.609.000	275.441.976	258.363.137	258.363.137
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	178.857.308	172.857.308	89.713.665	89.713.665

2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	601.000	601.000	601.000	601.000
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3			Nación	DESARROLLO DE ALTERNATIVAS PARA EL FOMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD SOSTENIBLE Y LOS NEGOCIOS VERDES EN LOS MUNICIPIOS DE MEDINA, UBALÁ B Y FÓMEQUE DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO – CUNDINAMARCA	520.000.000	519.556.882	258.695.264	258.695.264
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	4			Nación	FORTALECIMIENTO DE LOS NEGOCIOS VERDES A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN LOS MUNICIPIOS DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO CUNDINAMARCA	400.000.000	400.000.000	306.654.450	306.654.450
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS FORESTALES ESTABLECIDOS EN LOS MUNICIPIOS DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO - CUNDINAMARCA	528.289.417	527.088.882	-	-
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	7			Nación	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA “BOSQUE DE PAZ” EN LOS MUNICIPIOS DE JUNÍN, GACHALÁ Y MEDINA, JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO CUNDINAMARCA	4.497.568.557	4.497.568.556	1.673.174.812	1.673.174.812

2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	8		Nación	RECUPERACION DE AREAS DEGRADADAS EN LA CUENCA MEDIA DEL RIO GUAVIO EN LA JURISDICCION DE CORPOGUAVIO CUNDINAMARCA	669.729.854	669.729.796	-	-
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3208	0900	1		Nación	FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECTOS AMBIENTALES ESCOLARES -PRAE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE MEDINA DE LA JURISDICCION DE CORPOGUAVIO-CUNDINAMARCA	500.000.000	492.276.000	312.548.667	312.548.667
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.648.200.000	1.633.141.395	1.551.141.395	1.548.401.614
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	465.100.000	465.100.000	465.100.000	465.100.000
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	139.900.000	139.900.000	139.840.000	139.840.000
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	47.700.000	-	-	-
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012	Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000

		DIQUE (CARDIQUE)	SOSTENIBLE													
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	1.500.000	1.500.000	1.500.000	-
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	16.800.000	16.800.000	16.800.000	16.800.000
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.629.035.000	1.629.034.944	1.629.034.942	1.628.584.898
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	22.718.736	22.718.736	22.718.736	22.718.736
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	506.759.000	506.756.914	506.208.014	503.998.208
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	56.796.839	56.795.839	56.795.839	56.795.839
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	287.765.000	287.764.993	287.764.993	286.346.065
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	22.718.736	22.718.690	22.718.690	22.718.690

2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	53.602.000	53.601.990	50.921.899	50.921.899
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	439.370.322	375.322.727	257.822.727	257.822.727
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	53.925.864	-	-	-
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	6.687.000	6.687.000	6.687.000	6.687.000
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL PARA APOYAR LA SOSTENIBILIDAD DE LOS NEGOCIOS VERDES EN LA JURISDICCION DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR MAGANGUE	1.233.384.429	226.272.026	226.272.026	226.272.026
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	2			Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN FORESTAL EN LA JURISDICCION DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL	3.035.686.218	3.035.418.580	1.628.209.679	1.628.209.679





2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	004		Nación	BONOS PENSIONALES (DE PENSIONES)	1.697.400.000	1.696.447.000	1.696.447.000	1.696.447.000
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012		Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	200.000.000	33.626.107	33.626.107	33.626.107
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	205.489.622	205.489.622	-	-
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	131.000.000	131.000.000	124.190.485	124.190.485
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	002		Nación	CONCILIACIONES	61.800.000	40.000.000	40.000.000	40.000.000
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	109.363.000	84.003.899	84.003.899	84.003.899
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	500.322.500	275.302.800	275.302.800	275.302.800
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL DEL TERRITORIO EN EL MARCO DE LOS NEGOCIOS	206.239.088	189.641.061	158.494.238	158.494.238



2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	5			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS, INSTRUMENTOS Y RECOMENDACIONES DE LA OCDE EN MATERIA DE GESTIÓN AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL	1.493.411.237	1.486.569.243	1.482.520.696	1.474.773.196
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	6			Nación	APOYO A LAS CORPORACIONES AUTÓNOMAS REGIONALES Y DE DESARROLLO SOSTENIBLE, BENEFICIARIAS DEL FONDO DE COMPENSACIÓN AMBIENTAL – FCA, NACIONAL- [DISTRIBUCION PREVIO CONCEPTO DNP]	500	-	-	-
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	CONSERVACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS A NIVEL NACIONAL	2.666.776.655	2.603.772.386	2.109.687.989	2.079.842.238
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	CONSERVACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS A NIVEL NACIONAL	2.575.516.482	2.553.905.525	2.201.242.217	2.195.242.217
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	CONSERVACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS A NIVEL NACIONAL	2.602.000.000	2.593.041.688	2.214.880.287	2.198.008.803
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	2			Nación	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL	1.205.893.110	1.181.466.272	1.020.576.896	1.017.251.896



		SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	O SOSTENIBL E								TO SOSTENIBLE DE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA, SOCIOECONOMIC A Y CULTURAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO, GUAVIARE, VAUPÉS, GUAINÍA				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3204	0900	7		Nación	INVESTIGACIÓN CONSERVACIÓN Y APROVECHAMIE NTO SOSTENIBLE DE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA, SOCIOECONOMIC A Y CULTURAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO, GUAVIARE, VAUPÉS, GUAINÍA	1.771.207.85 1	1.771.207.85 1	1.771.207.85 1	1.771.207.85 1
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3204	0900	8		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA HACIA LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS DE INTERES DE LA NACIÓN NACIONAL	3.494.091.30 3	3.494.091.30 3	3.494.091.30 3	3.494.091.30 3
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3204	0900	8		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA HACIA LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS DE INTERES DE LA NACIÓN NACIONAL	1.813.193.15 9	1.813.193.15 9	1.813.193.15 9	1.813.193.15 9

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	9		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS DE INTERÉS NACIONAL	6.159.947.898	6.159.947.898	6.159.947.898	6.159.947.898
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	9		Nación	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS DE INTERÉS NACIONAL	2.775.941.742	2.775.941.742	2.715.368.464	2.715.368.464
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	10		Nación	CONSOLIDACIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBIENTAL SIAC COMO EJE CENTRAL DE INFORMACIÓN AMBIENTAL OFICIAL Y SOPORTE PARA LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL Y CONOCIMIENTO EN MATERIA AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL BOGOTÁ	185.867.385	185.867.385	60.867.385	60.867.385
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	10		Nación	CONSOLIDACIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBIENTAL SIAC COMO EJE CENTRAL DE INFORMACIÓN AMBIENTAL	506.214.871	499.149.437	421.300.249	417.300.249

											OFICIAL Y SOPORTE PARA LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL Y CONOCIMIENTO EN MATERIA AMBIENTAL A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL BOGOTÁ				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	11		Nación	FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE OPERACIONES ESTADÍSTICAS AMBIENTALES DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MARINAS Y COSTERAS - INVEMAR-NACIONAL	452.731.770	452.731.770	452.731.770	452.731.770
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3205	0900	2		Nación	GENERACIÓN CAPACIDADES PARA EL ADECUADO DESEMPEÑO AMBIENTAL DEL SINA EN EL TERRITORIO NACIONAL	2.088.971.388	2.037.780.072	1.264.959.275	985.945.430
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3205	0900	2		Nación	GENERACIÓN CAPACIDADES PARA EL ADECUADO DESEMPEÑO AMBIENTAL DEL SINA EN EL TERRITORIO NACIONAL	1.968.529.177	1.904.817.134	1.650.414.719	1.622.714.719
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO EN LA PLANEACIÓN SECTORIAL Y TERRITORIAL NACIONAL	548.710.057	548.710.057	472.498.090	472.498.090

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	3		Nación	FORTEALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO EN LA PLANEACIÓN SECTORIAL Y TERRITORIAL NACIONAL	1.254.289.943	1.220.063.154	1.102.374.846	1.096.611.250
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3207	0900	2		Nación	FORTEALECIMIENTO FORTALECER LA GESTIÓN AMBIENTAL DEL ESTADO COLOMBIANO SOBRE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS Y RECURSOS ACUÁTICOS NACIONAL	472.241.108	471.950.189	304.552.807	304.552.807
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3207	0900	2		Nación	FORTEALECIMIENTO FORTALECER LA GESTIÓN AMBIENTAL DEL ESTADO COLOMBIANO SOBRE LAS ZONAS MARINAS Y COSTERAS Y RECURSOS ACUÁTICOS NACIONAL	1.603.703.900	1.594.982.239	1.448.943.001	1.448.943.001
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3208	0900	2		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN HACIA LA GOBERNANZA AMBIENTAL EN COLOMBIA. NACIONAL	290.613.633	256.507.160	231.801.106	231.801.106
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3208	0900	2		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN	567.586.367	551.402.224	498.931.788	489.784.948





											Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN AMBIENTAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA. AMAZONAS, CAQUETÁ, VAUPÉS, GUAVIARE, GUAINÍA				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	11		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL ENTORNO FISCO Y LOGÍSTICO REQUERIDO PARA EL LEVANTAMIENTO Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN AMBIENTAL DE LA AMAZONIA COLOMBIANA. AMAZONAS, CAQUETÁ, VAUPÉS, GUAVIARE, GUAINÍA	333.113.008	333.113.008	333.113.008	333.113.008
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	12		Nación	ADECUACIÓN , OPTIMIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA EN LAS ESTACIONES DE INVESTIGACIÓN Y LAS SEDES DEL INSTITUTO ALEXANDER VON HUMBOLDT NACIONAL	278.151.870	278.151.870	278.151.870	278.151.870
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	12		Nación	ADECUACIÓN , OPTIMIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA EN LAS ESTACIONES DE	124.809.333	124.809.333	124.809.333	124.809.333

											INVESTIGACIÓN Y LAS SEDES DEL INSTITUTO ALEXANDER VON HUMBOLDT NACIONAL				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	13		Nación	FORTALECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA Y ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES AMBIENTALES DEL PACÍFICO ANTIOQUIA, CAUCA, CHOCÓ, NARIÑO, RISARALDA, VALLE DEL CAUCA, CÓRDOBA	659.893.714	659.893.714	659.893.714	659.893.714
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	13		Nación	FORTALECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA Y ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES AMBIENTALES DEL PACÍFICO ANTIOQUIA, CAUCA, CHOCÓ, NARIÑO, RISARALDA, VALLE DEL CAUCA, CÓRDOBA	296.100.452	296.100.452	296.100.452	296.100.452
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	14		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA GENERAL DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE. BOGOTÁ	1.664.273.088	1.643.939.373	1.236.760.574	1.212.490.573

2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	14		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA GENERAL DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE. BOGOTÁ	3.056.557.523	3.017.982.988	2.917.108.451	2.913.894.451
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	15		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE TI Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE NACIONAL	400.000.000	399.999.999	306.338.365	301.338.365
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	15		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE TI Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE NACIONAL	858.834.883	858.774.677	679.055.987	673.292.487
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	16		Nación	FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE PLANEACION, EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION ADELANTADA POR EL SECTOR AMBIENTAL NACIONAL	215.113.563	211.591.959	204.472.681	195.842.898
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	16		Nación	FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE PLANEACION, EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA GESTION ADELANTADA POR	1.081.789.964	1.078.352.369	1.068.854.840	1.056.110.431

											EL SECTOR AMBIENTAL NACIONAL				
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	17		Nación	FORTALECIMIENTO EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN ESCENARIOS INTERNACIONALES DE LA GESTIÓN AMBIENTAL NACIONAL	598.121.323	582.187.578	582.187.578	582.187.578
2019	320101	MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE - GESTION GENERAL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	17		Nación	FORTALECIMIENTO EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN ESCENARIOS INTERNACIONALES DE LA GESTIÓN AMBIENTAL NACIONAL	759.845.308	751.555.553	734.296.060	734.296.060
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	20.905.360.697	20.855.120.100	20.855.120.100	20.854.681.249
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	8.536.609.083	8.536.410.154	8.536.410.154	8.532.883.454
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	1.838.695.220	1.837.722.527	1.837.722.527	1.837.302.424
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01			Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	9.000.000	7.292.576	7.117.894	7.117.894

2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	8.738.583.158	8.552.260.276	7.232.947.807	7.232.947.807
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	03	01	034		Nación	FORTALECIMIENTO A LA CONSULTA PREVIA. CONVENIO 169 OIT, LEY 21 DE 1991, LEY 70 DE 1993	799.717.272	746.059.702	535.000.000	535.000.000
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012		Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	131.195.000	77.604.468	77.604.468	77.604.468
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	167.940.633	166.084.628	147.082.062	147.082.062
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	9.958.800	9.958.800	9.958.800	9.958.800
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	111.000.000	111.000.000	111.000.000	111.000.000
2019	320102	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	ADMINISTRACIÓN DE LAS ÁREAS DEL SISTEMA DE PARQUES NACIONALES Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS. NACIONAL	5.244.656.109	4.939.908.702	3.574.299.594	3.574.299.594

2019	320102	PARQUES NATIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	ADMINISTRACIÓN DE LAS ÁREAS DEL SISTEMA DE PARQUES NATIONALES Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS. NACIONAL	19.882.303.927	19.040.646.735	15.568.615.857	15.568.615.857
2019	320102	PARQUES NATIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	ADMINISTRACIÓN DE LAS ÁREAS DEL SISTEMA DE PARQUES NATIONALES Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS. NACIONAL	8.087.016.075	7.382.521.564	3.279.754.268	3.279.754.268
2019	320102	PARQUES NATIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA DE PARQUES NATIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO MISIONAL NACIONAL	8.501.708.121	7.972.752.400	6.120.843.097	6.120.806.997
2019	320102	PARQUES NATIONALES NATURALES DE COLOMBIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA DE PARQUES NATIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO MISIONAL NACIONAL	8.838.668.519	8.449.628.284	7.299.340.877	7.299.340.877
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	5.439.091.000	5.298.460.606	5.298.460.606	5.298.460.606

		AMBIENTALES ANLA	O SOSTENIBLE													
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	2.116.223.000	1.933.179.217	1.933.179.217	1.933.179.217
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	729.767.000	484.166.523	484.166.523	484.166.523
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	04			Nación	OTROS GASTOS DE PERSONAL - DISTRIBUCIÓN PREVIO CONCEPTO DGPPN	239.322.000	-	-	-
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	11.774.262.481	11.235.583.598	11.174.555.060	10.675.574.364
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012		Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	60.769.000	3.759.139	3.759.139	3.759.139
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	100.000.000	-	-	-
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	29.713.722	28.076.422	28.076.422	27.891.020
2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	36.550.000	4.424.900	4.424.900	4.424.900



2019	320104	AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES ANLA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1			Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES. NACIONAL	1.089.536.659	1.050.127.334	1.050.127.334	1.044.892.975
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	17.395.263.718	17.248.297.036	17.248.297.036	16.801.208.014
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	6.521.603.000	6.475.078.658	6.336.821.750	6.279.506.060
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	1.783.188.000	1.668.548.725	1.668.548.725	1.668.548.725
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	84.770.000	82.480.105	82.390.105	59.096.484
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	17.474.345.477	16.683.471.945	16.407.378.727	16.184.110.800
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	002		Nación	CUOTAS PARTES PENSIONALES (DE PENSIONES)	200.000.000	194.687.582	-	-
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012		Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	138.510.600	22.655.524	22.655.524	22.655.524

2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	295.700.000	-	-	-
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	100.893.412	100.828.412	100.828.412	100.828.412
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	112.663.460	101.028.200	101.028.200	101.028.200
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO HIDROLÓGICO, METEOROLÓGICO Y AMBIENTAL NACIONAL	7.884.690.768	7.349.842.870	5.871.995.807	5.529.731.321
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO HIDROLÓGICO, METEOROLÓGICO Y AMBIENTAL NACIONAL	14.611.366.805	14.170.009.204	12.749.270.552	12.588.416.753
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN DEL INSTITUTO DE HIDROLOGÍA, METEOROLOGÍA Y ESTUDIOS AMBIENTALES NACIONAL	590.558.757	585.821.268	585.821.268	481.763.862
2019	320200	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES-IDEAM	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3299	0900	1		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN DEL INSTITUTO DE HIDROLOGÍA, METEOROLOGÍA Y ESTUDIOS	1.050.000.000	986.690.726	979.590.726	944.086.843



2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	61.372.825	56.995.843	56.995.843	56.995.843
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	219.351.000	219.351.000	219.351.000	219.351.000
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	84.781.124	84.781.124	84.781.124	84.781.124
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	7.396.000	7.396.000	7.396.000	7.396.000
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.000.000	11.000.000	11.000.000	11.000.000
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	2		Nación	REHABILITACION ECOLOGICA DEL BOSQUE DE MANGLAR EN LOS MUNICIPIOS DE SAN BERNARDO DEL VIENTO Y MOÑITOS DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA	1.936.026.319	-	-	-
2019	320800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y SAN JORGE (CVS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	1		Nación	ESTUDIOS DE MODELACIÓN HIDROLÓGICA, HIDRÁULICA Y DE SUELOS PARA DELIMITAR LAS RONDAS HÍDRICAS DE LOS HUMEDALES CARIBE Y FURATENA DEL	217.110.009	-	-	-



2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	494.273.503	494.261.779	494.261.779	264.225.283
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	630.794.219	630.780.219	630.780.219	630.780.219
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	255.432.918	231.535.236	231.535.236	104.606.074
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	394.530.591	394.530.591	373.870.591	373.666.908
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	18.069.403	5.217.760	5.217.760	-
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	29.922.200	29.922.019	11.042.894	754.900
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	64.325.000	64.304.162	60.682.588	60.622.982
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	145.769.337	121.969.695	67.515.645	38.664.546
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	C- Transferencias	03	04	02	002		Nación	CUOTAS PARTES PENSIONALES (DE PENSIONES)	22.673.650	22.673.650	22.673.650	22.673.650

		SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	O SOSTENIBLE													
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	18.207.310	18.207.310	18.207.310	18.207.310
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	1			Nación	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE NEGOCIOS VERDES COMO ESTRATEGIA DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA JURISDICCIÓN DE CORPOURABA, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	500.000.000	484.693.532	326.093.219	323.213.219
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	7			Nación	FORMULACIÓN DE PLANES DE MANEJO PARA ESPECIES DE FAUNA SILVESTRE EN CATEGORÍA DE AMENAZA Y CON PRESIÓN DE USO EN DOS ÁREAS PROTEGIDAS DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOURABA, ANTIOQUIA	300.000.000	299.999.909	279.999.909	279.999.909
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	8			Nación	CONSERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL BOSQUE BAJO EL ESQUEMA P.S.A. EN JURISDICCIÓN DE CORPOURABA, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	1.300.000.000	1.300.000.000	1.085.654.329	1.084.542.093
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	9			Nación	REHABILITACION ECOLOGICA PARTICIPATIVA EN AREAS DE APTITUD AMBIENTAL Y FORESTAL EN EL MUNICIPIO DE	1.075.000.000	1.075.000.000	-	-

											SAN PEDRO DE URABA DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA					
2019	321000	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA - CORPOURABA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	5			Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN PARA EL MANEJO SOSTENIBLE DE LA CUENCA DEL RIO SUCIO ALTO EN SUS FASES DE PROSPECTIVA Y FORMULACIÓN-ANTIOQUIA	776.391.879	776.390.000	776.390.000	776.390.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	2.507.981.000	2.507.981.000	2.507.981.000	2.507.981.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	760.504.000	760.504.000	760.504.000	760.504.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	231.424.000	231.424.000	231.424.000	231.424.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	35.872.000	35.872.000	35.872.000	35.872.000
2019	321100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS (CORPOCALDAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	9.275.000	9.275.000	9.275.000	9.275.000
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.416.000.000	1.416.000.000	1.416.000.000	1.416.000.000



		CHOCO - CODECHOCO														
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	306.314.235	306.314.235	306.314.235	306.314.235
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	355.694.956	355.694.956	355.694.956	355.694.956
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	201.799.697	201.799.697	201.799.697	133.215.516
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONE S NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	35.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONE S NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	68.869.990	68.307.989	68.307.989	46.995.357
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	86.842.287	86.842.287	50.921.974	30.443.782
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	C- Transferenci as	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	71.546.890	60.000.000	60.000.000	60.000.000

2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	002	Nación	CONCILIACIONES	169.554.837	169.554.837	169.554.837	139.554.837
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	21.233.450	21.233.450	21.233.450	21.233.450
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD DE LOS NEGOCIOS VERDES (FASE II) EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCHÓ	1.699.030.388	1.699.030.388	1.699.030.388	1.699.030.388
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	5		Nación	DESARROLLO DE ACCIONES PARA LA PROTECCIÓN DE ECOSISTEMAS DE BOSQUES EN LA JURISDICCIÓN DE CODECHOCÓ, DEPARTAMENTO DEL CHOCHÓ	1.148.959.645	1.148.959.645	1.148.959.645	1.148.959.645
2019	321200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO - CODECHOCO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6		Nación	RECUPERACION DE AREAS BOSCOSAS DEGRADADAS POR LA ACTIVIDAD MINERA EN EL MUNICIPIO DE CONDOTO EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO	1.103.976.431	1.103.976.431	913.181.144	913.181.144
2019	321300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA MESETA DE	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.157.700.225	1.157.700.225	1.157.700.225	1.157.700.225

		BUCARAMANGA CDBM														
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.477.198.15 8	1.428.143.45 1	1.393.143.45 1	1.393.143.45 1
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	370.478.219	370.478.219	370.478.219	370.478.219
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONE S NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	28.698.806	28.698.806	28.698.806	28.698.806
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	94.212.000	94.212.000	89.501.400	89.501.400
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	7.685.520	7.685.520	7.685.520	7.685.520
2019	321400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL TOLIMA (CORTOLIMA)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	8.546.009	8.546.009	8.546.009	8.546.009
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.565.017.02 2	1.399.709.85 7	1.399.709.85 7	1.399.709.85 7
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	455.898.022	455.898.022	455.898.022	455.898.022

2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	407.400.000	342.816.752	342.816.752	342.816.752
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	82.173.000	73.149.605	73.149.605	73.149.605
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	38.194.000	38.194.000	38.194.000	38.194.000
2019	321500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE RISARALDA (CARDER)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	12.525.125	12.525.125	12.525.125	12.525.125
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.632.746.128	1.632.746.128	1.632.746.128	1.632.746.128
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	155.170.214	155.170.214	155.170.214	155.170.214
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	482.988.447	482.988.447	482.988.447	482.988.447
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	132.982.465	132.982.465	132.982.465	132.982.465
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARIÑO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	382.132.225	330.925.405	2.300.000	2.300.000

		NARINO (CORPONARINO)	O SOSTENIBLE		s de Bienes y Servicios											
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARINO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	001		Nación	MESADAS PENSIONALES (DE PENSIONES)	93.771.608	57.541.974	57.541.974	57.541.974
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARINO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012		Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARINO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	6.500.000	6.500.000	6.500.000	6.500.000
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARINO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	2			Nación	REHABILITACIÓN ECOLÓGICA EN ÁREAS DE INTERÉS AMBIENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE ANCUYA, YACUANQUER, CONTADERO, SANDONÁ Y OSPINA DE LA CUENCA DEL RIO GUAITARA DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	592.154.870	570.103.827	285.051.914	285.051.914
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARINO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	5			Nación	REHABILITACIÓN ECOLÓGICA EN ÁREAS DE INTERÉS AMBIENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE CUMBITARA, CUMBAL, SANTACRUZ DE GUACHAVES, PROVIDENCIA, CONTADERO, LOS ANDES SOTOMAYOR DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	768.781.548	674.443.567	-	-

2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	2			Nación	DESARROLLO DE LA FASE PROSPECTIVA Y ZONIFICACION AMBIENTAL Y FORMULACION EN EL MARCO DE LA ACTUALIZACION DEL PLAN DE ORDENACION Y MANEJO DE LA CUENCA DEL RIO MAYO, DEPARTAMENTO DE NARIÑO	405.540.000	405.540.000	202.770.000	202.770.000
2019	321600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE NARIÑO (CORPONARINO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	3			Nación	DESARROLLO DE LA FASE DE DIAGNOSTICO EN EL MARCO DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN Y MANEJO DE LA CUENCA DEL RÍO MIRA , DEPARTAMENTO DE NARIÑO	751.399.780	751.399.780	262.197.280	262.197.280
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	2.794.242.000	2.794.242.000	2.794.242.000	2.794.242.000
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	614.971.000	614.971.000	614.971.000	614.971.000
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	146.401.000	146.401.000	146.401.000	146.401.000
2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.439.000	11.439.000	11.439.000	-

2019	321700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA FRONTERA NORORIENTAL (CORPONOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3205	0900	1		Nación	CONSTRUCCION OBRAS PARA LA REDUCCION DEL ESCENARIO DE RIESGO POR SOCAVACION LATERAL Y DE FONDO EN LA QUEBRADA LA CAÑADA ENTRE PUENTE BELISARIO Y CIUDADELA LOS ESTORAQUES, MUNICIPIO DE CUCUTA, NORTE DE SANTANDER	5.082.917.693	5.053.505.440	5.053.505.440	5.053.505.440
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	2.126.198.000	2.126.198.000	2.123.334.644	2.123.334.644
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	243.992.077	243.992.077	240.685.627	240.685.627
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	574.755.000	574.755.000	574.755.000	574.755.000
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	15.218.478	15.218.478	15.218.478	15.218.478
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	400.153.000	400.153.000	391.830.690	391.830.690
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS	106.910.967	106.910.967	96.186.433	81.671.282

		(CORPOGUAJIRA )	SOSTENIBL E								DE FACTOR SALARIAL				
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA )	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	01			Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	20.000.000	-	-	-
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA )	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	299.066.000	299.066.000	284.112.700	284.112.700
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA )	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	61.268.542	43.163.150	-	-
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA )	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamien to	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	29.590.000	29.590.000	-	-
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA )	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamien to	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	30.410.000	30.410.000	13.687.097	13.687.097
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA )	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3201	0900	2		Nación	FORTALECIMIENT O DEL SISTEMA ESPECIAL DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AIRE SEGUNDA ETAPA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	2.216.575.889	-	-	-
2019	321800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA GUAJIRA (CORPOGUAJIRA )	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3205	0900	1		Nación	FORTALECIMIENT O DEL ORDENAMIENTO AMBIENTAL Y TERRITORIAL EN LA JURISDICCION DE CORPOGUAJIRA, LA GUAJIRA	579.289.389	566.151.115	497.951.025	468.131.025



2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.877.804.000	1.877.804.000	1.877.804.000	1.877.804.000
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	25.457.793	25.457.793	25.457.793	25.457.793
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	494.602.000	494.602.000	494.602.000	494.602.000
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	49.174.827	49.174.827	49.174.827	49.174.827
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	273.970.000	273.970.000	273.970.000	273.970.000
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	46.089.000	46.089.000	46.089.000	46.089.000
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	1.520.937	1.520.937	1.520.937	1.520.937
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	6.390.000	6.390.000	6.390.000	6.390.000
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO	Inversión	A-Inversión	3203	0900	1			Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN Y	2.164.894.564	2.160.053.940	2.160.053.324	2.160.053.324

		CESAR (CORPOCESAR)	O SOSTENIBLE								MANEJO DE LA CUENCA 2802-03 DEL RÍO CHIRIAIMO Y MANAURE EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR				
2019	321900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CESAR (CORPOCESAR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	1		Nación	ADMINISTRACION, OPERACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA PARA LA CALIDAD DEL AIRE Y AGUA DE CORPOCESAR CESAR	842.147.285	841.846.487	336.738.595	336.738.595
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	4.601.615.000	4.601.615.000	4.601.615.000	4.601.615.000
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	883.594.000	883.594.000	825.107.300	825.107.300
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	62.626.000	62.626.000	62.626.000	62.626.000
2019	322100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA (CRC)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	10.972.000	10.972.000	10.972.000	10.972.000
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	3.414.000.000	3.410.329.345	3.410.329.345	3.410.329.345
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	924.600.000	924.600.000	924.600.000	924.600.000

		MAGDALENA (CORPAMAG)	SOSTENIBLE														
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	74.000.000	74.000.000	74.000.000	74.000.000	
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	63.700.000	63.700.000	60.515.000	60.515.000	
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	2.700.000	2.700.000	2.700.000	2.700.000	
2019	322200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA (CORPAMAG)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	14.500.000	14.500.000	14.500.000	14.500.000	
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.157.472.000	1.157.472.000	1.157.472.000	1.157.472.000	
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	315.991.461	315.991.461	315.991.461	315.991.461	
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	481.417.000	481.417.000	481.417.000	481.417.000	

2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	65.462.000	65.462.000	65.462.000	65.462.000
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	25.535.434	25.535.434	25.535.434	25.535.434
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	395.856.000	395.856.000	305.440.334	305.440.334
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	554.406.818	548.994.918	467.230.233	467.230.233
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C- Transferencias	03	10	01	001		Nación	SENTENCIAS	72.990.467	72.990.467	72.990.467	72.990.467
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas,	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	18.340.000	18.340.000	-	-

		SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	O SOSTENIBLE		Sanciones e Intereses de Mora											
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	2			Nación	APOYO AL DESARROLLO EMPRESARIAL DE LOS NEGOCIOS VERDES DEL SUR DE LA AMAZONIA COLOMBIANA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO	1.155.500.000	1.151.533.617	1.058.480.558	1.058.480.558
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4			Nación	DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE ECOSISTEMAS EN EL MARCO DEL PLAN DE BIODIVERSIDAD REGIONAL, EN JURISDICCIÓN DE CORPOAMAZONIA AMAZONAS, CAQUETÁ, PUTUMAYO	1.155.544.197	1.119.056.025	807.180.623	807.180.623
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	5			Nación	IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE RESTAURACION ECOLOGICA EN AREAS DE INFLUENCIA DE LA CUENCA ALTA DEL RIO PUTUMAYO, EN SANTIAGO, COLON, SIBUNDOY, SAN FRANCISCO	1.183.079.615	1.177.879.615	-	-
2019	322300	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SUR DE LA AMAZONIA - CORPOAMAZONIA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	1			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE MITIGACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO POR MEDIO DE INSTALACIÓN DE ESTUFAS	729.983.076	728.810.664	687.010.664	687.010.664



		AMAZONIA - CDA															
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	18.160.000	17.479.832	17.479.832	17.479.832	
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	522.208.979	505.645.111	415.077.664	396.111.576	
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	2.731.560	-	-	-	
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	12.000.000	11.494.449	11.494.449	11.494.449	
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	7.469.560	7.469.560	7.469.560	7.469.560	
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	

2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS PRODUCTIVOS SOSTENIBLES ORIENTADOS A NEGOCIOS VERDES DEL DMI ARIARI – GUAYABERO GUAVIARE	1.000.000.000	999.990.000	988.925.720	988.925.720
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	4		Nación	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN REGIONAL DE NEGOCIOS VERDES AMAZONIA, A TRAVÉS DE LA OPERACIÓN DE LA VENTANILLA VERDE EN LA JURISDICCIÓN DE LA CDA 2019, SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, INIRIDA, MITU	1.654.953.050	1.654.953.050	827.476.525	827.476.525
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6		Nación	RECUPERACIÓN DE SUELOS DEGRADADOS POR CULTIVOS ILÍCITOS Y GANADERÍA EXTENSIVA ETAPA III. DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE,, MUNICIPIOS DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, EL RETORNO, CALAMAR	2.258.291.482	2.254.642.838	2.174.879.061	2.174.879.061
2019	322400	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL NORTE Y ORIENTE DE LA AMAZONIA - CDA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	7		Nación	FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA REGIONAL DE ÁREAS PROTEGIDAS EN GUAVIARE, VAUPÉS	1.000.000.000	986.132.950	871.309.240	871.309.240
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.315.813.707	1.315.813.707	1.315.813.707	1.315.813.707



		SOSTENIBLE DEL ARCHIPELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	O SOSTENIBLE													
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	241.109.960	241.109.960	241.109.960	241.109.960
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	343.373.332	343.041.232	341.903.156	341.903.156
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	82.185.786	82.185.785	82.185.785	82.185.785
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	295.449.363	293.062.839	293.062.839	293.062.839
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS	62.888.145	62.888.145	62.888.145	62.888.145



		DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	SOSTENIBLE								ACUIFEROS EN LA RESERVA DE LA BIOSFERA SEAFLOWER, JURISDICCIÓN DE CORALINA DEPARTAMENTO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA				
2019	322600	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA - CORALINA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3207	0900	2		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DEL PLAN ÚNICO A LARGO PLAZO PARA MARES, COSTAS Y RECURSOS ACUÁTICOS DE LA RESERVA DE BIOSFERA SEAFLOWER, DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	1.678.486.000	1.550.607.588	1.347.282.558	1.347.282.558
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.575.709.000	1.575.709.000	1.575.709.000	1.575.709.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	364.545.192	364.545.192	364.545.192	364.545.192
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	344.267.000	344.267.000	344.267.000	344.267.000

2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	182.272.596	182.272.596	182.272.596	182.272.596
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	274.062.000	274.062.000	274.062.000	274.062.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	91.136.298	91.136.298	91.136.298	91.136.298
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	116.540.000	116.540.000	73.000.000	73.000.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	209.818.920	209.813.566	209.813.566	209.813.566
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	3.837.000	1.684.863	1.684.863	1.684.863

		ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA														
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.089.000	11.089.000	11.089.000	11.089.000
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	2			Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PARA LA ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO EN EL MARCO DEL PLAN REGIONAL INTEGRAL DE CAMBIO CLIMÁTICO PARA LA ORINOQUÍA – PRICCO EN EL DEPARTAMENTO DEL META	1.405.469.724	1.405.469.724	1.405.469.724	1.405.469.724
2019	322700	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA - CORMACARENA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3206	0900	3			Nación	IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA PARA ADAPTACION AL CAMBIO CLIMATICO EN AREAS PRIORIZADAS DEL DEPARTAMENTO DEL META	546.783.209	546.783.209	508.508.384	508.508.384
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.367.800.000	1.367.800.000	1.362.462.279	1.362.462.279
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	191.383.801	191.383.801	191.383.801	191.383.801

2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	397.100.000	397.100.000	397.099.700	397.099.700
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	127.891.430	127.891.430	127.891.430	127.891.430
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	180.500.000	173.883.153	173.695.811	173.695.811
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	64.249.977	61.138.946	61.138.946	61.138.946
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	6.575.400	6.575.400	6.575.400	6.575.400
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	148.600.000	148.598.466	129.084.351	129.084.351
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	322.882.997	318.681.997	186.237.297	186.237.297

2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	210.286.576	210.286.576	-	-
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	3.800.000	3.800.000	3.800.000	3.800.000
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01			Nación	IMPUESTOS	8.913.450	8.913.450	8.913.450	8.913.450
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	10.700.000	9.078.200	9.078.200	9.078.200
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	1		Nación	APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VENTANILLA DE NEGOCIOS VERDES SOSTENIBLES EN LA JURISDICCIÓN DE CORPOMOJANA DEPARTAMENTO DE SUCRE	1.448.500.000	1.448.193.395	193.243.395	193.243.395
2019	322800	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA MOJANA Y EL SAN JORGE - CORPOMOJANA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	10		Nación	MANTENIMIENTO DE PLANTACIONES PROTECTORAS EN ÁREAS CON PROCESOS DE RESTAURACIÓN DE LA CUENCA BAJA DEL RIO SAN JORGE, JURISDICCIÓN DE	2.074.461.640	2.074.461.640	2.052.057.453	2.052.057.453





2019	322900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LA ORINOQUIA (CORPORINOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	5.836.000	5.836.000	5.836.000	5.836.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.643.119.000	1.643.119.000	1.643.091.128	1.643.091.128
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	59.050.361	59.050.361	59.050.361	59.050.361
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	340.364.000	340.364.000	340.364.000	340.364.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	346.729.587	346.729.587	346.729.587	346.729.587
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	192.368.000	192.368.000	192.368.000	192.368.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01				Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	141.422.000	141.421.999	134.350.896	134.350.896
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	78.437.763	78.437.763	78.437.763	49.000.000

		SUCRE (CARSUCRE)	O SOSTENIBLE		s de Bienes y Servicios											
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	135.205.591	135.205.591	135.205.591	135.205.591	
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	11.181.000	11.181.000	11.181.000	11.181.000	
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	1		Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS PELIGROSOS, EN LA JURISDICCIÓN DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SUCRE "CARSUCRE". SUCRE	550.834.001	548.720.052	493.848.047	493.848.047	
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	5		Nación	MANTENIMIENTO A LAS ÁREAS EN PROCESO DE RESTAURACIÓN DE BOSQUE EN LAS ZONAS DE RECARGA DE ACUÍFEROS EN LA JURISDICCIÓN DE CARSUCRE SUCRE	1.294.197.400	1.294.197.400	1.294.197.400	1.294.197.400	
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6		Nación	RESTAURACIÓN DE BOSQUES EN LAS ZONAS DE RECARGA DE ACUÍFEROS EN EL MUNICIPIO DE SAN ONOFRE JURISDICCIÓN DE CARSUCRE SUCRE	225.549.824	225.549.824	225.549.824	225.549.824	
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	5		Nación	FORMULACIÓN PLAN DE ORDENACIÓN Y	342.566.850	342.566.850	342.566.850	342.566.850	

		SUCRE (CARSUCRE)	O SOSTENIBLE								MANEJO AMBIENTAL DE LA CUENCA HIDROGRÁFICA DIRECTOS CARIBE GOLFO DE MORROQUILLO (FASE 3) SUCRE				
2019	323000	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE (CARSUCRE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3203	0900	6		Nación	IDENTIFICACION Y ACOTAMIENTO DE LAS RONDAS HIDRICAS DE LOS ARROYOS GRANDE, PECHILIN Y PALENQUILLO EN LA JURISDICCION DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SUCRE - CARSUCRE SUCRE	909.282.794	909.282.794	454.641.397	454.641.397
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.706.438.000	1.662.422.549	1.583.513.588	1.529.504.029
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	347.799.000	347.799.000	310.947.429	310.947.429
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	140.102.000	140.102.000	140.102.000	140.102.000
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	22.601.000	22.601.000	14.593.213	14.593.213
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e	08	01			Nación	IMPUESTOS	1.510.000	1.510.000	-	-

		MAGDALENA (CAM)	SOSTENIBLE		Intereses de Mora											
2019	323100	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	10.854.000	10.854.000	10.854.000	10.854.000
2019	323200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CENTRO DE ANTIOQUIA (CORANTIOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.727.155.943	1.727.155.943	1.727.155.943	1.727.155.943
2019	323200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CENTRO DE ANTIOQUIA (CORANTIOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	708.001.423	708.001.423	708.001.423	708.001.423
2019	323200	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CENTRO DE ANTIOQUIA (CORANTIOQUIA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	16.313.136	16.313.136	16.313.136	16.313.136
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO - CRA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.460.200.000	1.460.200.000	1.460.200.000	1.460.200.000
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO - CRA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	382.500.000	382.500.000	382.500.000	382.500.000
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO - CRA	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	176.800.000	176.800.000	176.800.000	176.800.000
2019	323300	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	9.300.000	9.300.000	9.300.000	9.300.000

		ATLANTICO - CRA	SOSTENIBLE		Intereses de Mora											
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.546.528.693	1.546.528.693	1.546.528.693	1.546.528.693
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	366.244.985	366.244.985	366.244.985	366.244.985
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	189.426.375	189.426.375	189.426.375	189.426.375
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	81.981.000	81.981.000	77.881.950	77.881.950
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	4.301.412	4.301.412	4.301.412	4.301.412
2019	323400	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER (CAS)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	13.109.840	13.109.840	13.109.840	13.109.840
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.392.416.855	1.392.416.855	1.388.931.289	1.388.931.289
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	433.123.471	433.123.471	431.549.083	431.549.083

2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	195.204.977	195.204.977	195.204.977	195.204.977
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	63.445.000	63.445.000	60.272.750	60.272.750
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	01				Nación	IMPUESTOS	7.663.200	7.663.200	7.509.936	7.509.936
2019	323500	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE BOYACA (CORPOBOYACA)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	14.514.683	14.514.683	14.514.683	14.514.683
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.313.228.000	1.300.000.337	1.300.000.337	1.300.000.337
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	17.531.635	17.531.635	17.531.635	17.531.635
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	438.333.000	435.112.330	435.112.330	435.112.330
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	6.574.363	6.574.363	6.574.363	6.574.363
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS	174.923.000	174.923.000	174.923.000	174.923.000

		CHIVOR (CORPOCHIVOR)	O SOSTENIBLE								DE FACTOR SALARIAL				
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	21.914.545	21.914.545	21.914.545	21.914.545
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	01			Nación	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	207.335.525	207.289.510	-	-
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	120.629.000	115.606.491	98.249.659	98.249.659
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	109.729.018	80.829.355	39.301.229	39.301.229
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	14.405.000	14.405.000	14.405.000	14.405.000
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LAS CADENAS PRODUCTIVAS DE BIOCOMERCIO Y AGROSISTEMAS SOSTENIBLES EN LAS COMUNIDADES LOCALES DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOCHIVOR, DEPARTAMENTO DE BOYACÁ BOYACÁ	1.138.754.576	1.132.921.276	773.947.728	694.273.620
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE	AMBIENTE Y DESARROLLO	Inversión	A-Inversión	3202	0900	3		Nación	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES EN EL MARCO DE	995.652.885	981.033.343	879.118.397	873.691.843

		CHIVOR (CORPOCHIVOR)	O SOSTENIBL E								LA GOBERNANZA FORESTAL EN LA JURISDICCÓN DE CORPOCHIVOR. BOYACÁ				
2019	323600	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CHIVOR (CORPOCHIVOR)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Inversión	A-Inversión	3202	0900	4		Nación	CONSERVACION E IMPLEMENTACIO N DE ESTRATEGIA DE RESTAURACION ECOLOGICA BAJO EL ESQUEMA DE PAGOS POR SERVICIOS AMBIENTALES EN AREAS PRIORIZADAS DEL DRMI MAMAPACHA Y BIJAGUAL BOYACA	832.170.000	-	-	-
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	459.150.939	459.150.939	459.150.939	459.150.939
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	35.307.541	35.307.541	35.307.541	35.307.541
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	275.609.000	275.441.976	258.363.137	258.363.137
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	B- Adquisicione s de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	178.857.308	172.857.308	89.713.665	89.713.665
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLL O SOSTENIBL E	Funcionamien to	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	601.000	601.000	601.000	601.000



2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3			Nación	DESARROLLO DE ALTERNATIVAS PARA EL FOMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD SOSTENIBLE Y LOS NEGOCIOS VERDES EN LOS MUNICIPIOS DE MEDINA, UBALÁ B Y FÓMEQUE DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO – CUNDINAMARCA	520.000.000	519.556.882	258.695.264	258.695.264
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	4			Nación	FORTALECIMIENTO DE LOS NEGOCIOS VERDES A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN LOS MUNICIPIOS DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO CUNDINAMARCA	400.000.000	400.000.000	306.654.450	306.654.450
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	6			Nación	MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS FORESTALES ESTABLECIDOS EN LOS MUNICIPIOS DE LA JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO - CUNDINAMARCA	528.289.417	527.088.882	-	-
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	7			Nación	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA “BOSQUE DE PAZ” EN LOS MUNICIPIOS DE JUNÍN, GACHALÁ Y MEDINA, JURISDICCIÓN DE CORPOGUAVIO CUNDINAMARCA	4.497.568.557	4.497.568.556	1.673.174.812	1.673.174.812
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3202	0900	8			Nación	RECUPERACION DE AREAS DEGRADADAS EN LA CUENCA MEDIA DEL RIO GUAVIO EN LA	669.729.854	669.729.796	-	-

											JURISDICCION DE CORPOGUAVIO CUNDINAMARCA				
2019	323700	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL GUAVIO (CORPOGUAVIO)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3208	0900	1		Nación	FORTELECIMIENTO DE LOS PROYECTOS AMBIENTALES ESCOLARES -PRAE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE MEDINA DE LA JURISDICCION DE CORPOGUAVIO-CUNDINAMARCA	500.000.000	492.276.000	312.548.667	312.548.667
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01		Nación	SALARIO	1.648.200.000	1.633.141.395	1.551.141.395	1.548.401.614
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02		Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	465.100.000	465.100.000	465.100.000	465.100.000
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03		Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	139.900.000	139.900.000	139.840.000	139.840.000
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	47.700.000	-	-	-
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	04	02	012	Nación	INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD (NO DE PENSIONES)	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL	AMBIENTE Y DESARROLLO	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e	08	01			Nación	IMPUESTOS	1.500.000	1.500.000	1.500.000	-

		DIQUE (CARDIQUE)	SOSTENIBL E		Intereses de Mora											
2019	323800	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE (CARDIQUE)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01			Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	16.800.000	16.800.000	16.800.000	16.800.000
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	1.629.035.000	1.629.034.944	1.629.034.942	1.628.584.898
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	01			Nación	SALARIO	22.718.736	22.718.736	22.718.736	22.718.736
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	506.759.000	506.756.914	506.208.014	503.998.208
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	02			Nación	CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NÓMINA	56.796.839	56.795.839	56.795.839	56.795.839
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	287.765.000	287.764.993	287.764.993	286.346.065
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	A-Gastos de Personal	01	01	03			Nación	REMUNERACIONES NO CONSTITUTIVAS DE FACTOR SALARIAL	22.718.736	22.718.690	22.718.690	22.718.690
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBL E	Funcionamiento	B- Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02				Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	53.602.000	53.601.990	50.921.899	50.921.899

2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	B-Adquisiciones de Bienes y Servicios	02	02			Nación	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	439.370.322	375.322.727	257.822.727	257.822.727
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	C-Transferencias	03	10	01	001	Nación	SENTENCIAS	53.925.864	-	-	-
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	6.687.000	6.687.000	6.687.000	6.687.000
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Funcionamiento	G-Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	08	04	01		Nación	CUOTA DE FISCALIZACIÓN Y AUDITAJE	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3201	0900	3		Nación	FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL PARA APOYAR LA SOSTENIBILIDAD DE LOS NEGOCIOS VERDES EN LA JURISDICCION DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR MAGANGUE	1.233.384.429	226.272.026	226.272.026	226.272.026
2019	323900	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR (CSB)	AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	Inversión	A-Inversión	3204	0900	2		Nación	FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENACIÓN FORESTAL EN LA JURISDICCION DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLÍVAR - CSB, BOLÍVAR	3.035.686.218	3.035.418.580	1.628.209.679	1.628.209.679

**PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL FISCAL 2019**  
**CONTRALORÍA DELEGADA PARA EL MEDIO AMBIENTE**

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
CORPONOR	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la Vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad, y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal de la vigencia 2018	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	7	1	1	0	0	Su modalidad de auditoria fue Financiera, teniendo como principales hallazgos los siguientes: Sobreestimación bienes inmuebles; Cuenta de Efectivo; subestimación de Deudores; Subestimación de la cuenta contable 1311 Deudores; liquidación y facturación intereses moratorios; Deuda de difícil cobro; Facturación sobretasa por uso de agua; Convenio Interadministrativo 003 de 2018
CORPORINOQUIA	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	22	4	18	5	807.215.908	Su modalidad de auditoria fue financiera, teniendo como principales hallazgos los siguientes: Cobro de comisiones bancarias vigencia 2018; Facturas anuladas; Contabilización de certificados de depósito de ahorro a término; Prescripción de la acción del cobro; Razonabilidad de la cuenta avances y anticipos entregados; Razonabilidad de las cuentas por cobrar; Convenio para construcción del sistema de tratamiento de aguas residuales del municipio de Labranza grande — departamento de Boyacá; Avances y anticipos entregados en administración; Razona
CDMB	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	8	0	4	0	0	Auditoria en la modalidad financiera, teniendo como principales hallazgos los siguientes: Deterioro de los Activos; Diferencias Conciliaciones de Cartera; Baja de Bienes; Cartera en Coactiva
CORPOGUAJIRA	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	16	1	10	0	0	La modalidad de auditoria fue financiera, teniendo como principales hallazgos los siguientes: Terreno Urbanos; Reclasificación Terreno "Estación Sede Campestre Operativa Tapias"; Diferencia saldos cuentas por pagar contabilidad y presupuesto; Causación de ingresos; Recaudo Tasa Retributiva; Permisos de vertimiento o Planes de saneamiento y manejo de vertimientos; Pagos Transferencias Sobretasa Ambiental Distrito Riohacha; Facturación Tasas por Uso de Agua; Recaudo Tasas de uso de Agua; Destinación de la Contribución Parafiscal del Sector Eléctrico; Cancelación de Reserva Presupuestal; Permisos Ambientales de ocupación de cauce, playas y lechos para la construcción de acueducto; Veedurías Ciudadanas Contrato 0120 de 015; Interventoría del Contrato 0120 de 2015; Permiso de ocupación de cause y licencias ambientales- con presunta incidencia disciplinaria contrato 062 de 2017; Planeación Estudios previos contrato 048 de 2018 — Con presunta incidencia disciplinaria

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
ANLA	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	NIVEL CENTRAL	FINANCIERA	20	0	11	0	0	Modalidad de auditoría financiera, cuyos hallazgos principales fueron: Gastos - Provisión Litigios y Demandas; Activos Intangibles—Software-; Revelación— Activos Intangibles; Revelación: Propiedad Planta y Equipo y Depreciación; Manual de Políticas Contables — Elementos de los Estados Financieros; Manual de Políticas Contables—Materialidad; Liberación de saldos; Constitución de Cuentas por Pagar; Estudios y documentos previos; Registro de los contratistas en el SIGEP; Pagos del contrato 793 de 2017; Afectación Presupuestal; Plazo de Ejecución de contrato; Seguridad y Privacidad de la Información; Radicación cuenta de cobro Vers. Prestación del servicio.
CORPOMOJANA	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	9	0	2	0	0	Teniendo como modalidad de auditoría Financiera con los siguientes hallazgos principales: Constitución de Reservas 2018-2019; Reserva Presupuestal Expirada 2017; Notas a los Estados Financieros 2018; Gastos Operacionales; Cuentas por Cobrar Tasa Retributiva; Cuentas por Cobrar Sobretasa Ambiental; Cuentas Por Pagar; Facturación Tasa Retributiva; Propiedades de Inversión.
CRA	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	10	0	2	0	0	La modalidad de auditoria fue financiera, sobresaliendo los siguientes hallazgos: Déficit Presupuestal; Deduciones a pagos; Constitución de Reserva Presupuestal; Registros Presupuestales; Publicación de Contratos en el SECOP; Propiedades, Planta y Equipo; Cuenta por Cobrar de Difícil Recaudo en Tasas por Uso de Agua, Tasas Retributivas y Transferencias sobre Tasa Ambiental.
CORPOCESAR	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	22	2	12	5	620.210.697	Teniendo como modalidad de auditoría la Financiera, cuyos hallazgos principales fueron: Reservas Presupuestales Principio de Anualidad - Vigencias Futuras; Situación fiscal; Inconsistencias en la rendición de la información presupuestal; inconsistencias en la información sobre Metas y reporte de Indicadores; Imputación Presupuestal Gastos de Inversión; Transferencias del Sector Eléctrico; Presupuesto para la Participación ciudadana; Garantías de cumplimiento; Suspensión de contratos; Contrato No. 19-6-0185-0-2018 Cumplimiento Objeto contractual; Inactividad contractual; Pago del IVA Contrato 19-6-0212-0-2017; Facturas de la tasa retributiva o compensatoria sin registrar en la contabilidad; Consignaciones por Identificar; Deterioro Cuentas por Cobrar; Legalización de Viáticos.
CORPOGUAVIO	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	NIVEL CENTRAL	FINANCIERA	22	2	13	2	133.972.043	La modalidad de auditoría fue Financiera, siendo sus principales hallazgos los siguientes: Manual de Políticas Contables; Clasificación de hechos económicos; Registro de Ingresos por concepto de multa; depuración contable permanente y sostenible; Información Financiera reportada en el SIRECI; Avances y Anticipos entregados; Gestión financiera — Gestión de cartera; Ejecución Presupuestal; Vigencias Expiradas; Perfil contratado; Fechas

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
										de Muestreos - Contrato 426 de 2018; Principios de la Contratación Estatal Cumplimiento Contractual.
CARDER	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	37	0	21	6	255.763.146	Teniendo como modalidad de auditoria la Financiera, siendo los hallazgos principales los siguientes: Control y seguimiento Porcentaje Ambiental — Municipio de la Celia; Transferencias Sobretasa Ambiental ; Tasas por Uso de Agua; Cumplimiento Fertirrigación Porcícolas; Actividades Agroindustriales; Sujetos cobro de Tasa Retributiva; Muestreos Puntuales; Causación de Ingresos — Sobretasa Ambiental; Reconocimiento de ingresos por concepto de porcentaje o sobretasa ambiental; Términos en el Cobro Persuasivo; investigación de bienes
CAR CUND	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	NIVEL CENTRAL	FINANCIERA	26	3	18	1	103.500.000	Siendo la modalidad de auditoria la Financiera con los siguientes hallazgos principales: Reconocimiento de provisiones por demandas en contra de la CAR; Cobro persuasivo; Porcentaje y sobretasa ambiental; Saldos iniciales cuentas por cobrar; Bienes de uso público en construcción; Bienes de uso público a valor de mercado; Edificaciones en curso; Registros impactos por transición al nuevo marco; Seguimiento y control a los recaudos de sobretasa y/0 porcentaje ambiental del impuesto predial; Planeación de la inversión; Permisos intervención predios río Neusa - quebrada el Chuscal; permisos ambientales río Teusacá; prospección arqueológica río Bogotá.
CORNARE	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	22	4	15	1	35.392.152	Tenia como modalidad de auditoría Financiera con los siguientes hallazgos principales: Transferencias sobretasa ambiental; Control transferencias sobretasa ambiental; Facturación tasa por uso de agua; Registró presupuestal de ingreso de la contribución parafiscal del sector eléctrico en CORNARE; Destinación de la contribución parafiscal del sector eléctrico; Reporte de información de la contribución parafiscal resolución reglamentaria orgánica no. 007 del 9 de junio de 2016; Libros de contabilidad presupuestal resolución reglamentaria orgánica No. 007 del 9 de junio de 2016; Compromiso presupuestal; Modificaciones al presupuesto – adiciones; Destinación de recursos generados por concepto de la tasa por utilización del agua — TUA.
CORPOURABA	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	25	3	14	4	2.233.230.068	Siendo la modalidad de auditoria la Financiera, se tienen como principales hallazgos los siguientes: Publicación contractual SECOP; Informes de ejecución contrato N°200-10-01-12-0083-2017; Plazos establecidos para los contratos; Cambio de diseño y sostenibilidad de la inversión; Manejo financiero Cuenta conjunta de los convenios administrativos; Planeación Presupuestal; Liquidación y pago Transferencias del Sector Eléctrico; Facturación Tasa por Uso de Agua; Diseños e instalación in situ del Proyecto de mejoramiento; Destinación de recursos generados por concepto de la Tasa por utilización del

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
										agua; Relación de Contratos con la destinación específica diferente por fuente: tasas por uso – TUA.
CORPOCHIVOR	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	22	0	6	5	268.768.563	La modalidad de auditoria fue Financiera con los siguientes hallazgos principales: Consignaciones no registradas contablemente; Provisión para litigios; Tasas por uso y retributivas; Anticipos sobre convenios y acuerdos criterio y fuente de criterio; Transferencias sector eléctrico; Intereses por mora tasas retributiva; Prescripciones sobretasa ambiental; Identificación y depuración de inventarios; Distribución transferencias del sector eléctrico; Porcentaje de las reservas presupuestales; cumplimiento de los fines contractuales.
CODECHOCO	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	17	0	0	0	0	Teniendo como modalidad de auditoria la Financiera, siendo los hallazgos principales los siguientes: Incorporación de Recursos al presupuesto de Ingresos; Porcentaje de Ejecución de las Reservas Presupuestales; Modificaciones al Presupuesto; Plan de amortización de anticipo; Principio de Planeación en los convenios de vigencia 2018; Gastos no previstos dentro del Plan de Inversión - Convenio 03 de 2018; Actividades no contempladas en el convenio de transporte multimodal- Convenio 04 de 2018; Funcionamiento del Comité Operativo en los convenios de Asociación; Recuperación de áreas degradadas por incendio forestal en el municipio de Unguía — Chocó.
CVC	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	31	0	16	6	538.355.890	Con modalidad de auditoria financiera, en donde se destacan los siguientes hallazgos: Prescripción recobros incapacidades ; Saldos cuentas por cobrar a 31 de diciembre de 2018; Cobro intereses moratorios sobre pagos de incapacidades médicas; Causación de intereses moratorios (principio de causación); Bienes reintegrados al almacén para baja; Actualización inventarios en cuentas personales; Saldos de anticipos sin legalizar contrato No. 252 de 2007; Saldos anticipos por legalizar a 31 de diciembre de 2018; Rendimientos financieros contratos y convenios; Ajuste del factor regional; Facturas de cobro tasas por uso - agua subterránea.
PATRIMONIO NATURAL	PATRIMONIO NATURAL FONDO PARA LA BIODIVERSIDAD Y ÁREAS PROTEGIDAS	2018	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	8	1	4	0	0	Teniendo como modalidad de auditoria de Cumplimiento, con los siguientes hallazgos principales: Constitución y articulación de patrimonio natural como entidad descentralizada indirecta en el sector ambiente y desarrollo sostenible; Cumplimiento objeto acuerdo 22 de 2014, en desarrollo del proyecto PNUD col88611; Participación de las comunidades en proyectos de reforestación y conservación, y cambios en las actividades inicialmente pactadas; Control y seguimiento de los contratos en el convenio 46/4209; Planeación de los contratos; Supervisión al cumplimiento de las obligaciones contraídas por patrimonio natural en el contrato 401 de 2015; Plan de manejo



ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
										ambiental específico del contrato de obra No. 401 de 2015; Liquidación del contrato de obra no. 2-01- 24300-00401 2015. Empresa de Agua, Alcantarillado y Aseo de Bogotá.
CVC	Proyecto Jarillón de Cali - CVC	2018	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	4	2	4	2	1.545.018.951	Teniendo modalidad de auditoria de cumplimiento, se establecieron los siguientes hallazgos principales: Cumplimiento del fin propuesto en los estudios y diseños Jarillón de Cali, Cumplimiento del fin propuesto en los estudios y diseños basuro de Navarro ; Diseño paisajístico — Jarillón Cali; inversión de los recursos transferidos para el proyecto Jarillón de Cali.
ANLA - CORTOLIMA	Triangulo del Tolima	2018	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	19	5	19	4	19.460.573.375	Teniendo modalidad de auditoria de cumplimiento se obtuvieron los siguientes hallazgos principales: Plan de Manejo Ambiental; Control y seguimiento Resoluciones 1222 de 1995 y 1043 de 1997; Licenciamiento ambiental del embalse Zanja Honda como elemento integral del Distrito de Riego Triángulo del Tolima; Remoción de la cobertura vegetal del área de inundación del embalse Zanja Honda; Implementación de las medidas de manejo ambiental para el llenado del embalse Zanja Honda; Tránsito de cuenca del río Saldaña a la cuenca del río Chenche; Seguimiento ambiental del objeto de la licencia presa Zanja Honda; Regulación de caudales del río Chenche, Presa Zanja Honda Distrito de Riego del Triángulo del Tolima; Impacto Ambiental por inadecuado uso de Descoles de los Canales 2, 3 y 4; Plan de Contingencia Presa Zanja Honda; Seguimiento Obligaciones Ambientales por parte de la ANLA; Seguimiento y control fase de operación.
ANLA	Tunel de la Línea	2018	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	17	5	16	5	61.701.900.013	Teniendo como modalidad de auditoria la de cumplimiento, se tienen los siguientes hallazgos principales: Licenciamiento ambiental Túnel Piloto – ANLA; -Conformación y estabilidad en zonas de disposición de sobrantes ZODMES - ANLA, INVIAS; Recurso hídrico subterráneo y superficial — ANLA; Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales Industriales — STARI INVIAS; Pago de la tarifa de seguimiento — INVIAS; Permisos de ocupación de cauce – CORTOLIMA; Seguimiento permisos otorgados – CRQ; Evaluación de permisos de vertimientos quebrada La Gata-CRQ; Cumplimiento medidas compensatorias- MADS; Aplicación artículo 43 de la Ley 99 de 1993 – ANLA; Cumplimiento compensaciones ambientales — INVIAS; Pago de sanciones por manejo ambiental del proyecto – INVIAS
CPB	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2017 y 2018	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	9	0	4	1	69.464.924	La modalidad de la auditoria fue de cumplimiento destacándose los siguientes hallazgos: Investigaciones y Sanciones a los Biólogos - Código de Ética; Plan Operativo Anual –POA; Estudios previos y/o términos de referencia; Proceso de Planeación; Registros en el SIRECI.

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
CPQ	Evaluar el cumplimiento de la misión que acredite la debida competencia y la adecuada inversión de los recursos	2017 y 2018	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	6	0	4	0	0	Tiene como modalidad de auditoria la de cumplimiento siendo los principales hallazgos los siguientes: Información pública en página web; Publicación contratación en SECOP; Régimen de contabilidad Pública; Reporte de Información Presupuestal; Registro de gastos financieros.
CORMACARENA	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	10	0	6	0	0	Con modalidad de auditoría financiera, se tienen como principales hallazgos los siguientes: Fundamentos Legales Autos Visitas Técnicas; Costos de Personal en Proceso de Visitas de Evaluación y Seguimiento; . Liquidación de Visitas de Evaluación y Seguimiento; Manual de Políticas y Procedimientos Contables; Tasa Retributiva.; Constitución de Reservas Presupuestales - Recursos Nación y Fondos de Compensación.; Refrendación de Reservas Presupuestales - Recursos Nación y Fondos de Compensación Ambiental.
CAS	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	20	0	11	0	0	Esta auditoria tenía la modalidad Financiera, donde se establecieron como principales hallazgos los siguientes: Período de preparación obligatoria - Saldos iniciales; Saldos Inicial; - Deterioro Cuentas por Cobrar; Recursos Recibidos en Administración; Conciliación entre áreas; Baja de Bienes; Presentación Estados Financieros; Cuentas Por Paga; Refre11dación Reservas Presupuesto les, Recursos Nación.
CORANTIOQUIA	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	50	3	38	3	114.307.409	Tiene como modalidad de auditoria la Financiera, destacándose los siguientes hallazgos: Depreciación edificios; Calificación procesos judiciales; Información a revelar provisiones; Provisiones litigios y demandas ; Constitución y aprobación programa anual mensualizado de caja (pac); Ejecución programa anual mensualizado de caja (pac); Generación de reportes de la ejecución del pac 2018; Registro de obligaciones sin el lleno de los requisitos; Registro del ingreso presupuestal y destinación de la inversión recursos por transferencias del sector eléctrico; Destinación recursos gravámenes a la propiedad inmueble.
CRC	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	32	2	9	3	246.645.088	Siendo la modalidad de esta auditoria la financiera , destacándose los siguientes hallazgos: Recaudo cartera por multas; Depreciación devolutivos no explotados; reconocimiento inmueble por dación de pago; Inmuebles propios entregados en comodato; Bienes devolutivos gasto recibidos en contratos de comodato; Ajustes de eliminación de provisiones en inversiones; Transferencias ambientales; Cartera de servicios vivero y laboratorio; Revelación de derechos por facturación periódica de tasa por uso de aguas y tasa por vertimientos líquidos; Pagos por comodante a cargo de comodatario; Inversión de re cursos de tasas; Cobro de tasa retributiva — vertimientos.

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
CAM	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	15	0	4	0	0	Esta auditoria tenía la modalidad de Financiera, en donde se tienen los siguientes hallazgos como principales: Registro del recaudo de ingresos; Saldos de vigencias anteriores sin ejecutar en cuentas bancarias; Conciliaciones bancarias ; Depuración de cartera; Otras cuentas por cobra; Manejo de cuentas corrientes; Actualización de inversiones; Clasificación de hechos económicos; Actualización de avalúos; Bienes muebles en bodega; Transferencias sobretasa ambiental; Anticipos sobre convenios y acuerdos.
CORPOAMAZONIA	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	12	5	12	5	802.115.935	La modalidad de auditoria fue financiera, teniendo como principales hallazgos los siguientes: Ajuste por deterioro de cartera; Deficiencias convenio internacional no. 6003573 15 septiembre de 2017; Convenio interadministrativo 596 del 30 de diciembre de 2014, suscrito entre CORPOAMAZONIA y gobernación del putumayo; Ejecución de recursos y programación presupuestal; Constitución reservas presupuestales; Concentración de la contratación entre CORPOAMAZONIA y la empresa distribuciones y servicios integrales y ambientales fys s.a.s; Incumplimiento contrato no. 348 de 2018 construcción de un inmueble para la operación de un cacv en Puerto Leguizamo; Contrato No. 459 de 2017 contrato de suministro de servicios actividades sin cumplimiento.
CARDIQUE	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	20	0	9	3	514.219.387	La presente auditoria tenía la modalidad financiera, siendo sus principales hallazgos los siguientes: Ingresos por Sobretasa Ambiental Distrital; Manual de Políticas contables - deterioro de cartera; Transferencia a la CAR — Porcentaje y Sobretasa Ambiental al Impuesto Predial; Multas Ambientales — Distrito de Cartagena de Indias; Ingresos por Porcentaje y Sobretasa Ambiental al Impuesto Predial Municipal; Cuentas por cobrar; Pasivos Contingentes — Provisiones; Ejecución de Gastos vigencia 2018; Cancelación de Reservas; Contrato de Obra No. 263-17; Convenio Interadministrativo de Cooperación N° 05 de 2018.
CSB	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	12	0	9	0	0	Auditoria en la modalidad financiera, se destacan dentro de sus hallazgos los siguientes: Publicidad en el SECOP; Saldos de Cuentas por Cobrar; Cobro Cartera Predial, Tasa Retributiva, Tasa por Uso del Agua; Pagos Procesos Judiciales; Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales — PTAR; Planes de saneamiento y manejo de vertimientos; Concesión de Aguas Superficiales y/o Subterráneas en la jurisdicción de la CSB.
CORPAMAG	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	11	0	5	1	144.588.400	Modalidad de la auditoría Financiera, destacándose los siguientes hallazgos: Cartera Sobretasa Ambiental al Predial; Constitución Reservas Presupuestales en 2017 y 2018; Ejecución de recursos de vigencias expiradas; Liquidación de

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
	control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.									la Sobretasa Ambiental al Peaje - YUMA Concesionaria S.A; Supervisión contratos de Prestación de Servicios, vigencia 2018.
CORPOCALDAS	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018.	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	24	4	15	2	1.868.474.004	Modalidad de la auditoría Financiera, teniendo los siguientes hallazgos más relevantes: Pagos Convenio 152-2017 entre el Municipio de San José y Corpocaldas; Reservas Presupuestales; Construcciones en Curso; Notas a los Estados Financieros; Gasto Público Social; Transferencias porcentaje sobretasa ambiental; Liquidación Tasa por Uso de Agua; Transferencias Sector Eléctrico; Pavimentación de calles - Construcción de alcantarillado - red domiciliaria; Valor liquidación convenio 135-2017; Determinación valor del contrato; Supervisión Financiera.
CRQ	Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros de la vigencia 2018 y establecer si cuentan con un control interno contable que les permita presentarlos conforme a lo previsto en la normatividad, y emitir concepto sobre la ejecución presupuestal vigencia 2018, y cumplimiento de los procesos de gestión de la corporación	2018	GERENCIAS	FINANCIERA	31	0	4	0	0	Teniendo como modalidad de auditoria la Financiera, se destacan en sus hallazgos los siguientes: inversión en descontaminación y monitoreo del recurso hídrico; Cobro Coactivo; Legalización de Anticipar; Identificación Deudores; Disposición final elemento dado de baja; Elementos pendientes de definir su disposición final; Utilización equipo de laboratorio; Ejecución presupuestal de gastos de inversión; Ejecución de Reservas.
ANLA	Verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la licencia ambiental del proyecto "Construcción Segunda Calzada Tramo El tablón-Chirajara de la Carretera Bogotá-Villavicencio", a cargo de la ANLA.	A Julio 2019	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	9	0	9	0	0	Auditoria con modalidad de cumplimiento destacándose los siguientes hallazgos: Seguimiento del Método Abiótico; Aplicación de medidas sancionatorias; Avance de medidas de manejo y obligaciones ambientales; - Deber de comunicar los procesos a Procuraduría General de la Nación; Cumplimiento de términos procesales, inactividad e impulso procesal.
MADS	Evaluar la gestión institucional en la implementación de la Política Nacional de Humedales Interiores de Colombia en las estrategias de manejo y uso sostenible, conservación y recuperación, concientización y socialización, así como de GIS instrumentos, por parte del MADS y las Autoridades Ambientales, conforme a los principios de economía, eficiencia y eficacia, en las vigencias 2011 a 2018.		NIVEL CENTRAL	DESEMPEÑO	33	0	0	0	0	La modalidad de esta auditoria era de desempeño, destacándose los siguientes hallazgos: Gestión Institucional zona Cenagosa de Chingaza; Gestión institucional Lago de Tata; Seguimiento al Plan de Mejoramiento Complejo Lagunar de Fúquene, Cucunubá y Palacio -CAR Cundinamarca; Gestión institucional Complejo Lagunar de Fúquene, Cucunubá y Palacio - CAR Cundinamarca; Ciénaga de Mallorquín- Aplicación de la PNHIC CRA - EPA - BARRANQUILLA VERDE; Complejo Cenagoso la Mojana Implementación y ejecución de la PNHIC - Concientización y Sensibilización – Corpomojana; Diseño y formulación de la PNHIC – MADS; . Concientización y sensibilización para la conservación y uso sostenible de los humedales – MADS; Medidas para

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
										el control de especies invasoras – MADS; Programas de conservación de especies amenazadas y ecosistemas de humedales – MADS; Manejo y conservación de humedales en la planeación sectorial – MADS; Inclusión de criterios sobre los humedales en los procesos de planificación y ordenamiento del territorio – MADS; Indicadores para determinar y evaluar el cambio en las características ecológicas de los humedales – MADS; Participación de las comunidades locales e indígenas en el manejo de humedales – MADS.
CAR CUND	Evaluar y conceptuar sobre el cumplimiento del objeto contractual de los Contratos  Terminados y Liquidados en las vigencias 2017 y 2018.		NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	22	1	18	7	8.292.120.330	La modalidad de esta auditoria era de cumplimiento, siendo uno de sus hallazgos principales los siguientes: Planeación , Supervisión y Ejecución contractual –contrato 151º de 2015; Actualización Plan de Gestión Integral de Residuos peligrosos de la CAR –contrato 1727 de 2017; Estudios de suelos en el contrato 1921 de 2017; Mantenimiento obras construidas bajo el Contrato 1440 de 2015 y riesgos derivados frente de obra Tocaipi; Viviendas situadas en zonas de riesgo-municipios de Guaduas Villeta y Topaipi.
CAR'S	CARs jurisdicción Cuenca del río Magdalena -		NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	10	0	2	1	399.232.270	La presente auditoria se desarrolló en la modalidad de cumplimiento, destacándose los siguientes hallazgos: Coherencia y articulación para la construcción de los instrumentos de planeación (POMIN y PMC) por parte de Cormagdalena y CAR's de la Jurisdicción de la Cuenca río Magdalena. (Cormagdalena y CAR's); Pertinencia y cumplimiento de la inversión para la gestión integral de ecosistemas estratégicos y recursos naturales por parte de Cormagdalena; Saneamiento básico en los municipios de la Cuenca Magdalena – Cauca (Car's, Ministerio); Plan de negocios y plan de siembra para la reforestación productiva de 2.000 hectáreas en el municipio de Barrancabermeja. —Cormagdalena; Control y Seguimiento a ejecución recursos de transferencia de Cormagdalena al municipio de Barrancabermeja. (Cormagdalena y municipio de Barrancabermeja); valuación Económica Ambiental de la L.A otorgada por la autoridad ambiental (ANLA) para la ejecución del proyecto vial denominado "Segundo Puente Plato — Zambrano, sobre el río Magdalena (ANLA); Plan de manejo del dragado al canal de acceso al puerto de Barranquilla - Río Magdalena (CORMAGDALENA-ANLA).
MADS	Evaluar el cumplimiento de los aspectos ambientales establecidos en las Sentencias de la Corte Constitucional T-622 de 2016 y T-445 de 2016, relacionadas con el desarrollo de actividades de minería en el Río Atrato.		NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	28	7	28	0	0	Modalidad de la auditoria de cumplimiento, destacándose los siguientes hallazgos: Aplicación del Principio de Valoración de Costos Ambientales en los PAS (MADS — Codechocó Corpourabá); Supervisión y coordinación Convenio 580 de 201719(MADS); supervisión Convenio No 575 de 2017 (MADS - IIAP); Medidas preventivas impuestas en actuaciones administrativas sancionatorias ambientales (Codechocó); Reporte de contingencias ambientales (Codechocó); D9. Imposición de medidas compensatorias en la sanción y

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
										responsabilidad ambiental (Codechocó); Medidas compensatorias (Corpourabá); Derecho de consulta previa, consentimiento libre, previo e informado (Codechocó); Declaratoria Distrito Regional de Manejo Integrado Cuenca Alta del Río Atrato (Codechocó); Sustracción de áreas Distrito Regional de Manejo Integrado (Codechocó); Publicación e inscripción de áreas declaradas (Codechocó); Ejecución de actividades de explotación y comercialización de material de construcción (Codechocó); Imposición de medidas preventivas y continuidad de las actuaciones (Corpourabá).
MADS - CDA . CORMACARENA - CORPOAMAZONIA - PNNC	CONTROL A LA DEFORESTACIÓN EN LA AMAZONÍA COLOMBIANA 2017-2019  Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible  Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y el Oriente Amazónico  Corporación para el Desarrollo Sostenible del Área de Manejo Especial La Macarena  Corporación para el Desarrollo Sostenible del Sur de la Amazonía  Parques Nacionales Naturales de Colombia	2017-2019	NIVEL CENTRAL	CUMPLIMIENTO	18	1	11	0	0	La modalidad de la presente auditoría fue la de cumplimiento, destacándose los siguientes hallazgos: Implementación del Servicio Nacional Forestal [MADS]; Plan Nacional de Desarrollo Forestal [MADS]; Plan Nacional de Restauración Ecológica, Rehabilitación y Recuperación de Áreas Disturbadas [MADS]; Políticas públicas ambientales y cooperación internacional [MADS]; Priorización de la Amazonía en el Fondo Nacional Ambiental [MADS]; Dependencia de recursos externos conservación [MADS]; Sustracción de áreas de la Zona de Reserva Forestal de la Amazonía [MADS]; Instrumentos para la gestión de ecosistemas compartidos [MADS]; Reporte de Información a la CGR [MADS]; Arreglo institucional Decreto 1257 de 2017. Comisión Intersectorial para el Control de la Deforestación y la Gestión Integral para la Protección de Bosques Naturales (CICOD) y otros [MADS]; Permisos de Aprovechamiento Forestales [CDA, Corpoamazonía]; Liderazgo y fortalecimiento de las corporaciones de desarrollo sostenible [MADS]; Sentencia STC4360 de 2018 — Orden segunda - PIVAC [MADS]; Información sobre Proyectos REDD+ [MADS]
CVC	Evaluar y conceptuar sobre el cumplimiento de las funciones de la CVC como autoridad ambiental, en relación con la calidad del agua del Río Cauca									La modalidad de la auditoría fue de cumplimiento, destacándose los siguientes hallazgos: Estructuración Plan de Acción; Calidad del agua del Río Cauca; Planes de Ordenamiento del Recurso Hídrico (PORH) cuencas tributarias del Río Cauca; Adopción del Plan de Ordenamiento del Recurso Hídrico (PORH) del río Vijes; Vertimientos a la Red de Alcantarillado Sanitario

ENTIDAD	Tema	Vigencia	NIVEL	TIPO AUDITORÍA	H. ADM	H. PEN	H. DISCIP	H. FISCAL	Cuantía H. Fiscal	Principales Hallazgos
										Municipal; Vertimientos de la industria de Fabricación de pulpas (pastas) celulósicas; papel y cartón; Modalidad de Selección del Contratista- Acto de Justificación y Contratación Directa.- (Convenios interadministrativos y/o Contratos Interadministrativos- vigencias fiscales 2016 - 2019); Capacidad Contractual, Planeación y Selección Objetiva del Contratista. (Contratos vigencias 2017, 2018 y 2019); Principios de la Contratación Estatal – Supervisión e Interventoría y Hechos Cumplidos. (Contratos 541 y 542 de 2014); Rendimientos Financieros Convenios 177 Y 178 DE 2017. Nota. El martes 26 de mayo se realiza comité para validación de informe.
OLACEFS	<p>Evaluar el desempeño institucional en la gestión del Sistema Nacional de Áreas protegidas por parte del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible - MADS, Parques Nacionales Naturales de Colombia - PNNC y las Corporaciones Autónomas Regionales y de Desarrollo Sostenible</p> <p>Analizar las acciones gubernamentales para la implementación de las políticas de conservación de la biodiversidad a nivel nacional/subnacional, relacionadas con la gestión de las AP, a fin de evaluar las condiciones normativas, institucionales y operativas necesarias para que dichas áreas alcancen los objetivos para los que fueron creadas, e identificar los riesgos y oportunidades de mejora, así como buenas prácticas que contribuyan a mejorar su gestión. Además, se analizará la contribución de la política nacional de áreas protegidas al alcance de algunas metas relacionadas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y del Convenio de la Diversidad Biológica (CDB) (también conocidas como metas de Aichi).</p>									
<b>Total</b>					<b>736</b>	<b>56</b>	<b>404</b>	<b>72</b>	<b>100.155.068.553</b>	



# PLAN NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES



PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA





## CONTENIDO

- I. PRESENTACIÓN
- II. INTRODUCCIÓN
- III. ANTECEDENTES

### **CAPÍTULO 1. GENERALIDADES**

#### 1. LA POLÍTICA NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES Y EL SISTEMA NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

- 1.1 MARCO LEGAL
- 1.2 MARCO CONCEPTUAL
- 1.3 MARCO DE SENDAI 2015 -2030
- 1.4 EL PLAN NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES CON ENFOQUE DE CAMBIO CLIMÁTICO

### **CAPÍTULO 2. COMPONENTE GENERAL DEL PNGRD**

#### 2. OBJETIVOS

##### 2.1 OBJETIVO GENERAL

##### 2.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 2.2.1 Mejorar el conocimiento del riesgo de desastres en el territorio nacional
- 2.2.2 Reducir la construcción de nuevas condiciones de riesgo en el desarrollo territorial, sectorial y ambiental sostenible
- 2.2.3 Reducir las condiciones existentes de riesgo de desastres
- 2.2.4 Garantizar un oportuno, eficaz y adecuado manejo de desastres
- 2.2.5 Fortalecer la gobernanza, la educación y comunicación social en la gestión del riesgo con enfoque diferencial, de género y diversidad cultural

##### 2.3 METAS

##### 2.4 ESTRATEGIAS

2.5 INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN Y ARMONIZACIÓN DEL PNGRD CON LOS PROCESOS DE PLANIFICACIÓN SECTORIAL Y TERRITORIAL

2.6 DIRECTRICES PARA ORIENTAR LA ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL FONDO NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO

### **CAPÍTULO 3. COMPONENTE PROGRAMÁTICO Y DE INVERSIONES**

3.1 PROGRAMAS Y PROYECTOS

### **CAPÍTULO CUATRO. FINANCIAMIENTO DEL PNGRD**

### **CAPÍTULO CINCO. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PNGRD**

## I. PRESENTACIÓN

El Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de Colombia, “una Estrategia de Desarrollo” es el instrumento de la Ley 1523, que define los objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante las cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo de desastres en el marco de la planificación del desarrollo nacional.

Producto del proceso adelantado por la UNGRD, el Plan Nacional de Gestión del Riesgo constituye una hoja de ruta para el país que convoca a los diferentes actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres SNGRD, a implementar acciones conjuntas para llevar a cabo el proceso social de la gestión del riesgo, contribuyendo a la seguridad, la calidad de vida y al desarrollo sostenible. Durante el proceso se consolidaron las iniciativas y propuestas de los diferentes actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres SNGRD, en especial, los tres Comités Nacionales de Gestión del Riesgo y sus respectivas Comisiones Técnicas Asesoras, Coordinadores Territoriales, representantes sectoriales y de entidades adscritas del nivel nacional, Autoridades Ambientales, sectores académicos y actores sociales, quienes contribuyeron con sus aportes a través de los diferentes mecanismos de consulta puesto al servicio del SNGRD durante los meses en que se llevó a cabo la formulación del plan.

La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, agradece a todos los integrantes del SNGRD que fueron partícipes de la construcción colectiva de este importante instrumento de planificación el cual orientará las acciones que el país deberá adelantar en materia de gestión del riesgo de desastres, aportando a la implementación de la política nacional para la reducción del riesgo de desastres en aras de contribuir a la construcción de un territorio ambientalmente sostenible y a mejorar la calidad de vida de una población colombiana menos vulnerable y más resiliente.

## II. INTRODUCCIÓN

El documento Plan Nacional de Gestión del Riesgo está estructurado en dos componentes: un Componente General el cual contiene el marco estratégico de la gestión del riesgo y un Componente Programático en el que se incorporan los programas, los proyectos, los objetivos de proyecto, las metas y responsables de la implementación para el periodo 2015-2025. El PNGRD reemplaza al actual Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres vigente, el cual fue adoptado mediante el Decreto 93 de 1998. Durante la formulación se identificaron aspectos positivos del PNPAD los cuales fueron re incorporados por guardar pertinencia con los propósitos del objetivo general del PNGRD y con el fin de asegurar su continuidad.

El componente general define los objetivos nacionales y sectoriales de las entidades del Estado, así como la acción privada, de los actores sociales y comunitarios; establece también las metas y las estrategias que guiarán al Estado para alcanzar los objetivos y los instrumentos de vinculación y armonización con la planeación del desarrollo territorial y sectorial. Uno de los insumos considerado en el componente general fue el documento Diagnóstico para el Plan Nacional de Gestión del Riesgo, producto de la consultoría realizada bajo la dirección del experto senior en gestión del riesgo de desastres, Dr. Omar Darío Cardona quien junto a su equipo de profesionales asesoró y acompañó a la UNGRD en la elaboración del componente general.

El componente programático y de inversiones establece para cada uno de los objetivos estratégicos del PNGRD, los programas y proyectos, así como los responsables de su implementación y las fuentes de financiación previstos para tal fin en el corto, mediano y largo plazo. Los programas están estructurados para cada uno de los objetivos y guardan relación directa con las estrategias, cada programa se deriva en una serie de proyectos que permiten evidenciar la participación de los sectores y demás entidades del SNGRD, en el nivel nacional y territorial, como responsables en el cumplimiento de las metas establecidas.

Finalmente el PNGRD enuncia los principales mecanismos que orientarán el seguimiento y evaluación del PNGRD como una forma de garantizar la ejecución del mismo y facilitar la interlocución y coordinación entre actores del SNGRD para el logro de los propósitos del Plan en cumplimiento de la política nacional de gestión del riesgo de desastres.

### III. ANTECEDENTES

Con el fin de fortalecer la capacidad nacional en los diferentes aspectos de la gestión del riesgo, en el año 2004 se emite el CONPES 3318: Programa de Reducción de la Vulnerabilidad Fiscal del Estado ante Desastres Naturales cuyos objetivos fueron: a) Mejorar el conocimiento sobre los riesgos, b) Fortalecer la capacidad institucional y financiera del SNPAD; y c) Fortalecer los procesos de planificación del desarrollo, sectorial y territorial.

En este contexto, le correspondió al Ministerio del Interior y de Justicia ejecutar el proyecto de Fortalecimiento de Políticas e Instrumentos Financieros del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres, a través de éste se llevó a cabo las acciones que permitieron la elaboración de proyecto de ley para el establecimiento de una política nacional de gestión del riesgo de desastres. A mediados del mes de agosto de 2011, el ministro del interior, Germán Vargas Lleras radicó ante la Secretaría de la Cámara de Representantes el proyecto de Ley. De manera paralela a partir de la Ley 1444 de 2011, el Presidente de la República Juan Manuel Santos, creó la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNGRD como una entidad adscrita a la presidencia de la república con el objetivo de dirigir la implementación de la gestión del riesgo de desastres, atendiendo las políticas de desarrollo sostenible, y coordinar el funcionamiento y el desarrollo continuo del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo. Con la expedición del Decreto 4147 de 2011 “Por el cual se crea la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, se establece su objeto y estructura”, se asignaron, entre otras, la función de “*formular y coordinar la ejecución de un Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, realizar el seguimiento y evaluación del mismo*”.

Le correspondió entonces a la UNGRD llevar a cabo el seguimiento y acompañamiento al proceso de discusión y conciliación de la resultante Ley 1523 del 24 de abril de 2012 “*por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones*”, derogando la Ley 46 de 1988 y el Decreto Ley 919 de 1989. Según el artículo 34 de la Ley 1523, la UNGRD, es la instancia encargada de elaborar el plan nacional de gestión del riesgo con los insumos provenientes de los tres comités nacionales de gestión del riesgo y de los consejos territoriales.

Mediante el Decreto 1974 de 11 de septiembre de 2013 se reglamentó el procedimiento para la expedición y actualización del Plan Nacional de Gestión del Riesgo, dicho Decreto constituye el conjunto de instrucciones mediante el cual la UNGRD formaliza ante las instancias del SNGRD la estructura lógica de cada uno de los pasos que deben seguirse en el proceso de formulación del PNGRD.

El actual Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un Nuevo País”, incluyó en el capítulo X denominado *Crecimiento Verde*, el objetivo: “Lograr un crecimiento resiliente y reducir la vulnerabilidad frente a los riesgos de desastres y al cambio climático”, así mismo, la Estrategia para Fortalecer los Procesos de la Gestión del Riesgo plantea como una de las acciones a realizar dentro de la estrategia, la formulación, socialización y seguimiento al Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. La apuesta de país es la de

avanzar hacia un modelo de desarrollo que contribuye a reducir pérdidas económicas, superar la condición de pobreza, mejorar las condiciones de vida de la población, aumentar la competitividad del país y, en el largo plazo, reducir la vulnerabilidad fiscal del Estado frente a los desastres.

## **CAPÍTULO 1. LA POLÍTICA NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES Y EL SISTEMA NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO**

### **1.1 MARCO LEGAL**

Como se había anticipado anteriormente, con la expedición de la Ley 1523 de 2012 fueron derogados los principales sustentos legales del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres SNPAD, para dar paso a la creación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD) y la adopción de una política pública en la materia.

La Ley 1523 se estructura alrededor de ocho capítulos así:

1. Gestión del riesgo, responsabilidad, principios, definiciones y Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres,
2. La definición de la estructura: organización, dirección y coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, que reemplaza la estructura del SNPAD y establece por esta vía necesidades específicas de organización a nivel de las diferentes entidades que hacen parte del Sistema.
3. Instrumentos de Planificación,
4. Sistemas de Información, que en la práctica reemplazó al Sistema Integrado para la Prevención y Atención de Desastres y la definición de un objetivo para el mismo orientado a “fomentar la generación y el uso de la información sobre el riesgo de desastres y su reducción y la respuesta a emergencias en el territorio nacional y ofrecer el apoyo de información que demandan los gestores del riesgo en todos los niveles de gobierno.”
5. Mecanismos de Financiación para la Gestión del Riesgo de Desastres,
6. Declaratoria de Desastre, Calamidad Pública y Normalidad,
7. Régimen Especial para Situaciones de Desastre y Calamidad Pública, y
8. Disposiciones finales

En su artículo 32 la Ley 1523 determinó que los tres niveles de gobierno (nacional, departamental y municipal) deben formular e implementar planes de gestión del riesgo para priorizar, programar y ejecutar acciones por parte de las entidades del sistema nacional, en el marco de los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y de manejo del desastre, como parte del ordenamiento territorial y del desarrollo, así como para realizar su seguimiento y evaluación.

De igual manera en su artículo 33 estableció que el PNGRD es el instrumento que define los objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante las cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y de manejo de desastres, en el marco de la planificación del desarrollo nacional.

De acuerdo con el artículo 34 de la Ley, la UNGRD es la instancia encargada de elaborar el plan nacional de gestión del riesgo con los insumos provenientes de los tres comités nacionales de gestión del riesgo y de los consejos territoriales.

El proceso de formulación del PNGRD se realizó siguiendo las fases establecidas en el Decreto 1974 de 2013 las cuales se describen a continuación:

1. **Formulación.** Consiste en el proceso secuencial y participativo por el cual se lleva a cabo la elaboración del PNGRD a través de las etapas de direccionamiento, consulta, sistematización, análisis y validación.
2. **Aprobación.** Corresponde al Consejo Nacional de Gestión del riesgo aprobar la propuesta de PNGRD.
3. **Adopción.** La adopción del PNGRD deberá hacerse a través de Decreto expedido por el presidente de la República

## 1.2 MARCO CONCEPTUAL

La Gestión del Riesgo de Desastres tal como se explicita en la Ley induce un cambio de paradigma en la forma de enfrentar la problemática asociada a los desastres. El enfoque de gestión por procesos permite implementar la gestión en un sentido transversal, e incluye así competencias y actividades que articulan a cada una de las entidades que integran el SNGRD. En un contexto más amplio se parte desde el conocimiento del riesgo de desastres para tomar medidas correctivas y prospectivas de reducción del riesgo y fortalece el proceso de manejo de desastres, el cual no sólo se limita a la atención y a la respuesta, sino a una recuperación que no reproduce las condiciones pre existentes al desastre sino que conduce a una transformación del escenario de riesgo a un territorio seguro y ambientalmente sostenible.

En términos generales, las transformaciones que se impulsan a través de la Ley son las siguientes:

- La definición del proceso general de la gestión del riesgo de desastres y, en particular, la insistencia en que el mismo “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”.
- En relación con el tema anterior, tales responsabilidades se resumieron en un objetivo general que establece como obligación para el Sistema “llevar a cabo el proceso social de la gestión del riesgo

con el propósito de ofrecer protección a la población en el territorio colombiano, mejorar la seguridad, el bienestar y la calidad de vida y contribuir al desarrollo sostenible”.

- La definición del proceso de conocimiento del riesgo como aquel compuesto por la identificación de escenarios de riesgo, el análisis y evaluación del riesgo, el monitoreo y seguimiento del riesgo y sus componentes y la comunicación para promover una mayor conciencia del mismo que alimenta los procesos de reducción del riesgo y de manejo de desastres.
- La reducción del riesgo, entendida como el proceso de la gestión del riesgo compuesto por la intervención dirigida a modificar o disminuir las condiciones de riesgo existentes (mitigación del riesgo) y a evitar la configuración de nuevos riesgos en el territorio (prevención del riesgo). Las medidas de mitigación y prevención que se adopten con antelación tienen el propósito de reducir la amenaza, la exposición y disminuir la vulnerabilidad de las personas, los medios de subsistencia, los bienes, la infraestructura y los recursos ambientales, para evitar o minimizar los daños y pérdidas en caso de producirse los eventos físicos peligrosos. Los componentes del proceso de reducción del riesgo son: la intervención correctiva del riesgo existente, la intervención prospectiva de nuevos escenarios de riesgo y la protección financiera.
- El manejo de desastres, se define como el proceso de la gestión del riesgo que se compone de la preparación para la respuesta a emergencias, la preparación para la recuperación postdesastre, la ejecución de dicha respuesta y la ejecución de la respectiva recuperación la cual comprende: rehabilitación y reconstrucción.

El PNGRD se convierte en una hoja de ruta para todos los actores del Sistema Nacional en cuanto a las acciones que en materia de gestión del riesgo, deberán ejecutarse en el país en el marco de desarrollo del mediano y largo plazo, se visualiza como un instrumento que se armoniza con los planes de desarrollo, los planes municipales de gestión del riesgo, los planes de ordenamiento territorial y la planificación ambiental del país.

### 1.3 MARCO DE SENDAI 2015-2030

En la ciudad de Sendai (Miyagi, Japón) se llevó a cabo la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción del Riesgo de Desastres durante los días comprendidos entre el 14 y el 18 de marzo del 2015, varios países entre ellos Colombia se reunieron con el propósito de concluir la evaluación y el examen de la aplicación del Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la Resiliencia de las Naciones y las Comunidades ante los Desastres, examinar la experiencia aprendida y aprobar un marco para la reducción del riesgo de desastres que estuviera orientado a la acción y con visión de futuro. El resultado de dicho encuentro de países se consolidó en el documento Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.

Siguiendo la línea y el enfoque del Marco de Acción Hyogo las acciones encaminadas a la reducción del riesgo de desastres en los próximos 15 años por parte de los Estados deberán precisarse en las siguientes cuatro prioridades:



1. Comprender el riesgo de desastres.
2. Fortalecer la gobernanza del riesgo de desastres para gestionar dicho riesgo.
3. Invertir en la reducción del riesgo de desastres para la resiliencia.
4. Aumentar la preparación para casos de desastre a fin de dar una respuesta eficaz, y “reconstruir mejor” en los ámbitos de la recuperación, la rehabilitación y la reconstrucción.

El Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de Colombia se encuentra desde su objetivo general y sus cinco objetivos específicos, alineado con las cuatro prioridades suscritas en el Marco de Sendai 2015-2030 y con el objetivo esperado en los próximos 15 años: La reducción sustancial del riesgo de desastres y de las pérdidas ocasionadas por los desastres, tanto en vidas, medios de subsistencia y salud como en bienes físicos, sociales, culturales y ambientales de las personas, las empresas, las comunidades y los países<sup>1</sup>

#### **1.4 EL PLAN NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES CON ENFOQUE DE CAMBIO CLIMÁTICO**

La meta fundamental que comparten la gestión del riesgo de desastres y las medidas de adaptación al cambio climático es la de reducir el riesgo de desastres y los efectos asociados a pérdidas y daños por la ocurrencia de eventos climáticos e hídricos con posibles aumentos en intensidades y recurrencias de futuros eventos extremos. En general, se encuentra que los efectos del Cambio Climático representados en el aumento de temperatura, deshielo de glaciares, aumento del nivel del mar, alteración de la frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos (lluvias, sequías, vientos y actividad ciclónica, etc.) exacerbaban las intensidades de los fenómenos amenazantes naturales y socio-naturales derivados y asociados con los agentes meteorológicos, como:

Atmosféricos: huracanes, vendavales, heladas, sequías;

Hidrológicos: Desbordamientos, inundaciones, avenidas torrenciales, lahares;

Socio-naturales: Inundaciones, avenidas torrenciales, movimientos en masa, incendios de la cobertura vegetal.

Estos fenómenos amenazantes configuran los principales escenarios de riesgo con manifestaciones recurrentes de desastres en el mundo, de forma tal que la Evaluación Global sobre la Reducción del Riesgo de Desastres - GAR 2015 editado por la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR) reporta que de los datos sobre pérdidas registrados en el ámbito local en 85 países y estados, el 96,4% está relacionado con eventos meteorológicos.

Por consiguiente, en el contexto de la gestión del riesgo de desastres asociado a los fenómenos meteorológicos amenazantes mencionados, el Cambio Climático es una de las variables que se consideran en el análisis de riesgos y la gran mayoría de acciones de Adaptación al Cambio Climático se relacionan directamente con las que se han venido adoptando en la planificación del desarrollo a través de la implementación de medidas de reducción del riesgo de desastres desde un enfoque prospectivo y correctivo.

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas. Marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres 2015-2030. Abril de 2015, versión en español, documento pdf. Extraído de: <http://www.eird.org/americas/>

La apuesta del Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres frente al enfoque del cambio climático es clara al definir la Estrategia: Gestión del Riesgo de Desastres y Medidas de Adaptación. Dicha estrategia propende por articular el PNGRD con el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y demás políticas sectoriales, entre estos el Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático, a partir del reconocimiento y entendimiento del riesgo como un problema de desarrollo y de la inclusión de la incertidumbre en lo que concierne a los promedios y los extremos del clima en la planeación del territorio.

Desde el marco establecido en el componente general del PNGRD, los objetivos específicos están formulados en función de lograr el desarrollo y la implementación de los procesos de la gestión del riesgo de desastres y el fortalecimiento de la gobernanza. Bajo el enfoque del Cambio Climático, los propósitos perseguidos en el PNGRD se integran en la práctica hacia una reducción de la vulnerabilidad dentro del contexto del desarrollo económico y social en el territorio, lo que implica considerar aspectos relacionados con las capacidades para incrementar la resiliencia de las comunidades y para ajustarse autónomamente al cambio climático. Asimismo, involucra la toma de decisiones en el nivel de la estimación de un riesgo residual en el cual las medidas deberán apuntar a la transferencia del riesgo para enfrentar las consecuencias en caso de presentarse una situación de desastres asociada a eventos extremos o condiciones de variabilidad climática.

En conclusión, la gestión del riesgo que se orienta desde el PNGRD tiene en cuenta la exacerbación de los fenómenos hidroclimáticos y sus concatenados en una escala territorial y sectorial, incidiendo en la reducción de la vulnerabilidad a través de medidas mitigación y de adaptación que en la práctica son las mismas que se han promovido en los esquemas y procesos de intervención en el marco de la planificación del desarrollo y de la sostenibilidad ambiental.

## CAPÍTULO 2. COMPONENTE GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO

### 2.1 Objetivo general

El Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, tiene como objetivo general *orientar las acciones del Estado y de la sociedad civil en cuanto al conocimiento del riesgo, la reducción del riesgo y el manejo de desastres en cumplimiento de la Política Nacional de Gestión del Riesgo, que contribuyan a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y el desarrollo sostenible en el territorio nacional.*

### 2.2 Objetivos estratégicos

2.2.1 Objetivo 1: Mejorar el conocimiento del riesgo de desastres en el territorio nacional.

Premisas:

- La investigación y el conocimiento sobre riesgos de origen natural, socio-natural, tecnológico y humano no intencional constituyen la base tanto para la toma de decisiones sobre inversión segura como para la incorporación de criterios de sostenibilidad los procesos de planificación del desarrollo, ordenamiento territorial y planificación ambiental. Por lo tanto su desarrollo debe ser una de las prioridades del SNGRD en todos sus niveles. Para el efecto se deben adelantar programas de investigación y evaluación de amenazas naturales por parte del Servicio Geológico Colombiano,

IDEAM, IGAC, CCO, DIMAR (CIOH, CCCP), Corporaciones Autónomas Regionales y demás integrantes del SINA, Universidades y otras instituciones técnicas y científicas del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, y con la participación de gremios y del sector privado.

- Se deben elaborar estudios y mapas de amenaza, identificando los peligros de origen natural, socio natural, tecnológico y humano no intencional, así como estudios sobre exposición y vulnerabilidad. Con base en la información disponible del DANE, del IGAC y a nivel de las Oficinas de Catastro, entre otras entidades, se deberán identificar las viviendas, infraestructura empresarial, comercial y hotelera, bienes públicos, equipamientos, servicios y medios de subsistencia sujetos a riesgo de desastres y se deberá promover la implementación de la normativa sismo resistente a nivel nacional, incluyendo la microzonificación sísmica como instrumento de gestión territorial, entre otros.
- Se deben fortalecer los servicios de vigilancia y alerta que permiten monitorear el comportamiento de fenómenos sísmicos, volcánicos e hidrometeorológicos, así como mejorar la instrumentación y los procesos de investigación aplicada. El Servicio Geológico Colombiano, el IDEAM y la DIMAR, deben tomar las medidas necesarias para la ampliación y consolidación de las redes de monitoreo existentes, así como determinar las necesidades de adecuación tecnológica. Se deberá fomentar el trabajo coordinado con universidades y centros de investigación de carácter regional.
- Se deben promover políticas que fomenten la producción de información técnica necesaria para abordar el conocimiento del riesgo; estas políticas deberán integrar aspectos financieros, técnicos y de procedimientos.
- Cada ministerio en lo sectorial, y cada municipio, departamento y distrito en lo territorial, deberá ser responsable de analizar el riesgo de desastres en el ámbito de sus competencias constitucionales; y deberá contar con el apoyo de entidades del nivel nacional, departamental y municipal, especialmente por parte de las Corporaciones Autónomas Regionales que a su vez integrarán información sobre riesgos en los diagnósticos, evaluaciones e impactos ambientales de su competencia. De igual forma, la UNGRD, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Ministerio de Minas y Energía, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud y de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, El Ministerio de Cultura y el Ministerio de Trabajo y las Corporaciones Autónomas Regionales y las alcaldías y gobernaciones, cada una en el ámbito de sus competencias constitucionales, y atendiendo lo establecido en el Artículo 38 de la Ley 1523 de 2012, deben garantizar que las entidades públicas o privadas encargadas de la prestación de servicios públicos, o que lleven a cabo obras civiles, minería o actividades industriales de otro tipo que puedan significar riesgo de desastre para la sociedad o que involucren tecnologías peligrosas, realicen los análisis de vulnerabilidad y riesgo de su infraestructura ante fenómenos naturales intensos o de eventos que puedan ocurrir con ocasión o causa de sus actividades, con el fin de que se tomen las medidas de protección necesarias para prevenir perjuicios en la población y el medio ambiente circundante y para garantizar la estabilidad de su proyecto. Adicionalmente, el análisis del riesgo de desastres deberá orientar el diseño y alcance de los planes de emergencia y contingencia correspondientes. (Ley 1523 de 2012, Art. 42).
- Asimismo, se deben implementar programas que proporcionen herramientas para el suministro e intercambio de información sobre amenazas, exposición y vulnerabilidad en escalas o niveles de resolución adecuados para la identificación de escenarios de riesgo y la formulación, diseño e implementación de medidas de prevención y mitigación de riesgos y manejo de desastres, así como

para su integración efectiva en los instrumentos de: Ordenamiento Ambiental y los Planes de Acción de las Corporaciones Autónomas Regionales; Ordenamiento del suelo Rural apto para el desarrollo agropecuario; los Planes o Esquemas de Ordenamiento Territorial (municipal y departamental) y en los Planes de Desarrollo Municipales y Departamentales. Se debe proveer asistencia técnica y apoyo a los Consejos Departamentales y Municipales para que progresivamente puedan mejorar el conocimiento de las técnicas y políticas de reducción del riesgo, el conocimiento sobre el riesgo de desastres y sus implicancias en el desarrollo sostenible.

- Además, se deben generar mecanismos que permitan a las organizaciones privadas con y sin ánimo de lucro identificar y analizar el riesgo de desastres dentro de su organización así como los impactos generados fuera de ésta, con el fin de tomar las medidas de protección pertinentes y se realicen los planes de contingencia correspondientes.

2.2.2 Objetivo 2: Reducir la construcción de nuevas condiciones de riesgo en el desarrollo territorial, sectorial y ambiental sostenible.

Premisas:

- El riesgo se está acumulando permanentemente en las ciudades y en las áreas rurales, debido a la falta de aplicación y control de las políticas e instrumentos de ordenamiento territorial municipal y la insuficiencia en el manejo de cuencas hidrográficas<sup>2</sup>.
- Si bien en el país existe un avance en la incorporación de la gestión del riesgo en los instrumentos rectores de la planificación y se ha otorgado relevancia política a la temática; se tiene que, en la práctica, esta incorporación es todavía deficiente y desarticulada.
- Específicamente en relación con la gestión prospectiva del riesgo, es necesario que todas las entidades públicas y privadas interioricen el concepto del desarrollo seguro; esto implica que las decisiones sobre la localización y el diseño de sus actividades en el ámbito de sus funciones, deberán estar informadas y ser consecuentes con la información que se disponga sobre el riesgo de desastres.
- La prevención y mitigación de riesgos derivados de eventos de origen natural, socio natural, tecnológico y humano no intencional, como criterio de planificación segura, debe estar presente en los procesos de toma de decisiones sobre el futuro económico, social y ambiental de los municipios, los departamentos y la nación. Los instrumentos de planificación existentes (sean regionales, urbanos o sectoriales) son fundamentales para garantizar inversiones seguras y benéficas desde el punto de vista social y económico. Por esta razón uno de los objetivos principales del Plan Nacional es garantizar que las distintas entidades de Planificación, especialmente del DNP, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Ministerio de Minas y Energía, las Corporaciones Autónomas Regionales, las oficinas de planeación, los Consejos Municipales y las entidades encargadas de la prestación de servicios públicos y las empresas privadas que desarrollen actividades riesgosas para la sociedad garanticen la incorporación de la reducción de riesgos en la planificación del desarrollo sostenible.

---

<sup>2</sup> Informe del Banco Mundial sobre la Gestión del Riesgo en Colombia (2012)

- En este contexto, los departamentos, municipios y Corporaciones Autónomas Regionales deberán incorporar los respectivos recursos para la financiación de los Planes programas y proyectos establecidos en los POT y POMCAS a través de los Planes Departamentales y municipales de Desarrollo y los Planes de Acción de las Corporaciones Autónomas Regionales.
- En consecuencia, el Gobierno debe impulsar la reglamentación de usos del suelo, promoviendo la incorporación de estos componentes en los planes de desarrollo territorial y ordenamiento, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 388 de 1997, la Ley 1454 de 2011 y el Decreto 1640 de 2012, entre otras. Esto permitirá introducir el riesgo como criterio de planificación para que se tenga en cuenta en la toma de decisiones sobre el futuro económico y social de los municipios, distritos, departamentos y la nación.
- Las oficinas de planeación municipal, así como las Curadurías Urbanas, deberían desarrollar mecanismos para asegurar la observancia de las previsiones técnicas por parte de constructores de naturaleza pública o privada, que garanticen una adecuada evaluación del riesgo de desastres como requisito insoslayable para el otorgamiento de licencias de construcción.
- Es necesario que se logre mayor articulación entre los diferentes sistemas nacionales existentes en el país (tales como el SINA, el Sistema Nacional de Planificación, de Salud, de Educación, de Ciencia y Tecnología, entre otros), con el SNGRD.

### 2.2.3 Objetivo 3: Reducir las condiciones existentes de riesgo de desastres

#### Premisas:

- Reducir el riesgo a través de intervenciones correctivas, que buscan disminuir el impacto probable de amenazas naturales, socio natural, tecnológico y humano no intencional, actuando sobre la amenaza, la exposición o la vulnerabilidad, son formas complementarias de contribuir al desarrollo sostenible del país. Una vez dimensionado el riesgo de desastres, todos los actores involucrados en el SNGRD, en función del principio de corresponsabilidad que establece la Ley 1523 de 2012, deberán establecer medidas tanto correctivas como prospectivas para enfrentarlo.
- La reducción del riesgo no debe ser entendida como un gasto sino como una inversión de gran utilidad y beneficio económico, social, ambiental e institucional para el país, ya que las inversiones que se dejan de hacer en prevención y reducción del riesgo luego son trasladados y aumentados en los procesos de respuesta y recuperación.
- Colombia debe ser un país que anteceda los desastres factibles según la información que se disponga, y como primera medida evitará las pérdidas sociales, económicas, ambientales y culturales.
- Todos los ministerios, municipios, departamentos y distritos, así como las empresas prestadoras de servicios públicos, empresas privadas y el sector productivo que puedan ser afectadas por eventos peligrosos o cuya actividad pueda generar peligros para la sociedad, deberán identificar acciones de reducción del riesgo correctivas (reducir riesgos ya existentes), deberán determinar el orden de

prioridad para las intervenciones y ejecutar los programas de reducción de riesgos como medidas costo eficientes de desarrollo.

- Como política de reducción de riesgos, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Departamento para la Prosperidad Social y en general las entidades encargadas de Vivienda, deben promover proyectos de mejoramiento del entorno, reasentamiento de población ubicada en zonas de alto riesgo no mitigable, la construcción de adecuados soportes urbanos (equipamientos, infraestructuras y servicios) en las zonas de recepción de la población que permitan la recuperación social, económica, cultural y ambiental de las comunidades, e implementar estrategias para el manejo de los suelos de protección por riesgo.
- Los programas de mejoramiento del entorno que integren la reducción del riesgo de desastres deberán tener un carácter integral y ser diseñados y adoptados por las administraciones locales y departamentales con lineamientos del gobierno nacional.
- La presentación de proyectos para acceder a recursos de cofinanciación debe contar con el apoyo y aval de los entes competentes de planificación y de concertación de proyectos del orden departamental y local. Con este fin, las entidades nacionales competentes que aplican o transfieren recursos a las regiones y los municipios, deben diseñar mecanismos eficientes para el tratamiento preferencial de proyectos de rehabilitación y reconstrucción y procesos como la refinanciación de créditos hipotecarios, de fomento (y modalidades de crédito que impacten directamente en el patrimonio o medios de subsistencia de la población, entre otros), principalmente para la zona rural. Para garantizar el adecuado desarrollo de los proyectos se debe establecer un sistema de monitoreo que permita conocer oportunamente los inconvenientes presentados durante la ejecución de los proyectos, a fin de salvar las dificultades y actuar rápidamente para asegurar el menor desfase en la programación inicial.

#### 2.2.4 Objetivo 4: Garantizar un oportuno, eficaz y adecuado manejo de desastres

##### *Premisas:*

- Al igual que los procesos de conocimiento y de reducción del riesgo, el manejo de desastres, la preparación y la recuperación posterior, deberán ser pilares importantes del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, con el fin de garantizar una oportuna, eficiente y eficaz labor del estado en pro del bienestar y la seguridad de la comunidad. El Sistema Nacional debe contar con protocolos, procedimientos y estrategias para la respuesta y planes de contingencia enmarcados en la Estrategia Nacional para la Respuesta a Emergencias, para los cuales es fundamental que las entidades operativas y técnicas con el apoyo de la UNGRD desarrollen instructivos, metodologías y diseñen ejercicios periódicos de simulación, simulacros y entrenamiento de acuerdo con la información factible de obtener de los sistemas de alerta y los escenarios de riesgo probables. Por otro lado, las entidades operativas, los municipios y departamentos, y las entidades prestadoras de servicios públicos, deberán progresivamente mejorar la dotación de equipos, herramientas y maquinaria necesaria para enfrentar escenarios de desastre factibles.

- Asimismo, todos los integrantes del SNGRD deberán aplicar los estándares que plantea el Manual de Ayuda Humanitaria de Colombia, de tal manera que les permita prestar una adecuada respuesta en situaciones de emergencia o desastre.
- Por otro lado, es fundamental que la UNGRD promueva la implementación de programas de autoprotección y de preparativos para emergencias y desastres a nivel comunitario y familiar, especialmente en áreas priorizadas de alto riesgo. Asimismo, organizaciones privadas con y sin ánimo de lucro, deben desarrollar planes de contingencia.
- Es importante resaltar la importancia de los Bomberos de Colombia, organización aprobada por la Ley 1575 de 2012 y la labor del Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta en cumplimiento de la Ley 1505 de 2012 en el marco del manejo eficiente y oportuno de desastres en el país.
- Adicionalmente, teniendo en cuenta que la recuperación implica un esfuerzo de las instituciones del Estado, de los organismos de la sociedad y en general de las propias comunidades, se deben desarrollar procedimientos especiales que garantice en todos los casos la realización de los programas de recuperación en el menor tiempo posible, con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población afectada, posibilitando así la capacidad de las regiones para que continúen su proceso de desarrollo. Es necesario que en el país se identifiquen los escenarios de riesgo según los eventos e impactos esperados a fin de poder planear las situaciones de recuperación de forma “ex ante” y con el propósito explícito de no reconstruir o aumentar la vulnerabilidad preexistente.

*2.2.5 Objetivo 5: Fortalecer la gobernanza, la educación y comunicación social en la gestión del riesgo con enfoque diferencial, de género y diversidad cultural*

*Premisas:*

- La mayoría de los municipios y departamento del país no cuentan con las suficientes capacidades técnicas y financieras para desarrollar sus procesos de gestión territorial sostenible; por lo tanto, es responsabilidad de todas las entidades nacionales y sectoriales del SNGRD adoptar una estrategia nacional de fortalecimiento municipal y regional de gestión del riesgo que responda a las diferencias que existen en las capacidades; asimismo, se deberán fortalecer las capacidades de las gobernaciones como instancias de coordinación de los municipios, aclarando sus competencias y corresponsabilidad en la gestión del riesgo de desastres de acuerdo con los criterios de concurrencia y subsidiariedad que establece la Constitución y La Ley 1523, así como las posibilidades que ofrece la Ley 1454 de 2011, Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial.
- Además, el fortalecimiento institucional de los integrantes del SNGRD implica un adecuado y permanente flujo de información vertical y horizontal, que permita una toma de decisiones eficaz frente a los procesos misionales de la gestión del riesgo de desastres. En este sentido, el fortalecimiento institucional también implica que el desarrollo continuo del Sistema de Información para la Gestión del Riesgo de Desastres, en cumplimiento a lo establecido en los artículos 45 y 46 de la Ley 1523, garantizando la disponibilidad de uso de la información por parte de todos los



integrantes del SNGRD, bajo la observancia de las limitaciones de acceso y uso que la Ley define. El mejoramiento de los canales y de los flujos de información entre todos los actores del SNGRD esto es, las entidades públicas, privadas y la comunidad, facilitará la transparencia en los procesos para la toma de decisiones.

- Todos los procesos de la gestión del riesgo requieren ser entendidos como procesos de desarrollo seguro y sostenible. La visión equivocada de la gestión del riesgo como un tema sectorial que atañe a unas pocas entidades (normalmente entidades de respuesta), no permite transformar las condiciones de riesgo en condiciones de desarrollo. En general, el sector privado y la sociedad civil no son conscientes de su responsabilidad frente al conocimiento del riesgo, la generación, la reducción y el control del mismo, obligando a que el Estado asuma responsabilidades y costos que van más allá de sus competencias.
- Las entidades en todos los niveles territoriales deben superar el enfoque reactivo ante la ocurrencia de emergencias y desastres y entender que la gestión de riesgos con todos sus subprocesos no es un asunto exclusivo de una oficina del gobierno en particular. Esto permitirá asumir en el conocimiento y la reducción del riesgo y el manejo de desastres, las responsabilidades intrínsecas que se derivan de sus competencias. Por su parte los particulares deben comprender sus derechos frente a la gestión del riesgo, pero especialmente reconocer y actuar respecto a sus deberes y responsabilidades en la materia, complementarias y necesarias del papel limitado del Estado.
- Para ello, todos los programas educativos que ponga en marcha el Estado a través de su estructura así como los particulares, deben estar plenamente identificados con los fines esenciales de la educación, en este sentido, los programas que incorporen la gestión del riesgo, deben contribuir a formar en el respeto a la vida, los derechos humanos, la paz, la solidaridad, la equidad; facilitar la participación informada de todos en las decisiones que los afectan, especialmente el riesgo de desastre y conducir al desarrollo de capacidades críticas, reflexivas y analíticas de los ciudadanos; a una mayor conciencia de la conservación, protección y mejora del medio ambiente y la prevención de desastres. Todo ello de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Constitución Política.
- Los programas educativos que podrán ser de naturaleza formal, informal o de educación para el trabajo y el desarrollo humano; serán desarrollados por establecimientos educativos, instituciones sociales (públicas o privadas) con funciones educativas, culturales y recreativas.
- La comunicación social del riesgo, así como la educación y la participación ciudadana forman parte de los procesos de apoyo de la gestión del riesgo. La información pública que propicie la acción y la toma de conciencia es fundamental para hacer visible las acciones que realicen los integrantes del SNGRD y deberá ser aplicada con rigor y altos estándares de calidad. Particularmente, le corresponde al Ministerio de Educación Nacional en coordinación con la UNGRD, establecer las estrategias, acciones, regulaciones y decisiones que garanticen la inclusión de la gestión del riesgo en los programas curriculares, la educación por niveles y grados, la educación informal y la educación para el trabajo y atender los factores que favorecen la calidad y el mejoramiento de la educación, especialmente la cualificación y formación de los educadores que comprendan el proceso de la gestión del riesgo, el desarrollo de recursos y métodos educativos, la innovación y la investigación educativa en esta temática y la evaluación de los procesos que se den en la materia.



- Por su parte la UNGRD, en coordinación con entidades públicas, ONG y privadas impulsará activamente el reconocimiento de las nociones de diversidad cultural, protección e igualdad de género en todos los procesos de participación ciudadana que se propongan para el cumplimiento de la Política de Gestión del Riesgo en Colombia.
- El trabajo con comunidades será respetuoso del enfoque diferencial, considerando los valores culturales, religiosos y sociales, y no debe existir discriminación de ningún tipo en las acciones que el SNGRD impulse en el territorio nacional, especialmente en relación con edad, sexo, condición social, etnias y grupos minoritarios, población indígena y comunidades afro-descendientes y personas en situación de discapacidad.
- Las comunidades en riesgo deben ser concebidas como grupos sociales, sujetos de derecho, transformadores sociales y aportantes en la construcción de conocimiento y la reducción del riesgo. El trabajo con comunidades corresponde en primera instancia al nivel local, y en casos particulares, donde sea procedente el principio de subsidiariedad positiva y concurrencia, intervendrán los niveles departamental y nacional. En este sentido corresponde al nivel nacional establecer estándares, lineamientos, herramientas e instrumentos generales y brindar asistencia técnica que puedan ser acondicionados y contextualizados a nivel territorial por las autoridades locales y organismos de la sociedad civil.
- En materia de comunicación del riesgo, la UNGRD con el apoyo técnico del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las comunicaciones diseñará y pondrá en marcha una estrategia nacional de comunicación social del riesgo, que comprenda el diseño, la conceptualización y la divulgación de instrumentos, herramientas, mensajes claves y mecanismos que garanticen el acceso a la información, particularmente lo relativo al conocimiento del riesgo, la reducción y el manejo de desastres, que permitan a los ciudadanos informarse y actuar en el marco de sus deberes y responsabilidades.

### 2.3 METAS

Para el logro de los objetivos propuestos en el Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres se definieron las siguientes metas:

<b>METAS NACIONALES</b>
Reducir la mortalidad nacional causada por desastres para 2025 y reducir la tasa de mortalidad nacional causada por desastres por cada 100.000 personas en el decenio 2015-2025, respecto del período 2005-2015.
Reducir el número de personas afectadas en el país para 2025 y reducir la tasa de personas afectadas por desastres por cada 100.000 personas en el decenio 2015-2025, respecto del período 2005-2015.
Reducir el número de viviendas destruidas y afectadas directamente por fenómenos recurrentes en el decenio 2015-2025 respecto del período 2005-2015.

Reducir el número de edificaciones escolares destruidas y afectadas en desastres en el decenio 2015-2025 respecto del período 2005-2015.	
Reducir los daños causados por desastres en los servicios de agua potable en el decenio 2015-2025 respecto del período 2005-2015.	
METAS POR OBJETIVO	
<b>Objetivo estratégico 1: Mejorar el conocimiento del riesgo de desastres en el territorio nacional</b>	45 ciudades con población mayor a 100.000 habitantes localizadas en amenaza alta y media con estudios de microzonificación sísmica elaborado y/o actualizado
	13 ciudades capitales con evaluación probabilista del riesgo por sismo realizados
	7 volcanes activos con estudios geológicos o de amenaza realizados o actualizados
	46 estudios de evaluación de la amenaza por tsunami elaborados para municipios de las costas Pacífica, Caribe y Áreas Insulares.
	Estudio del efecto de la variabilidad climática (ENOS) sobre las amenazas por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros extremos realizados.
	132 municipios con estudios de análisis del riesgo por inundación lenta y rápida
	353 municipios con estudios de amenaza por movimientos en masa
	400 municipios con estudios de susceptibilidad por incendio forestales elaborados.
	100% de los municipios del país con estudios de vulnerabilidad realizados en sus redes de acueducto y alcantarillado
	100% del territorio del país con monitoreo a través de las redes sismológicas, acelerográfica y de GNSS nacional

	100% del territorio del país afrente con redes y observatorios de vigilancia vulcanológica
	100% de la Costa Pacífica, Caribe y áreas insulares con sistemas de detección temprana por amenazas de origen marino
	78 sistemas de alerta por eventos hidrológicos extremos instaladas
	30 Sistemas de Monitoreo de fenómenos de movimientos en masa implementados
	Sistemas de información de entidades nacionales con información prioritaria integrada al Sistema Nacional de Información de Gestión del Riesgo de Desastres
<b>Objetivo estratégico 2: Reducir la construcción de nuevas condiciones de riesgo en el desarrollo territorial, sectorial y ambiental sostenible</b>	100% de municipios y departamentos con ajuste y actualización del PMGRD y PDGRD realizados
	100% de municipios y departamentos con incorporación de la gestión de riesgos de desastres en sus POT
	600 Planes de Desarrollo Municipales que incorporan proyectos para la reducción del riesgo
	35 POMCAS formulados con la incorporación del componente de gestión del riesgo
<b>Objetivo estratégico 3: Reducir las condiciones existentes de riesgo de desastres</b>	Banco de proyectos de reducción del riesgo
	50% de las edificaciones indispensables reforzadas estructuralmente frente a sismos
	48 municipios costeros con procesos de gestión del riesgo por fenómenos de origen marino implementados
	Plantas físicas institucionales ubicadas en zona de alto riesgo no mitigable reubicadas
	Obras de mitigación frente a amenazas por fenómenos de movimientos en masa, avenidas torrenciales e inundaciones definidas en los planes departamentales y municipales de gestión del riesgo.
	Municipios priorizados por el gobierno nacional con estrategia de protección financiera implementada
	Estrategia de Protección Financiera ante el Riesgo de Desastres implementada
<b>Objetivo estratégico 4: Garantizar un oportuno, eficaz y adecuado</b>	Centro Nacional Logístico con capacidad para responder ante desastres a nivel nacional y apoyar intervenciones a nivel internacional fortalecido.

<b>manejo de desastres</b>	Estrategia Nacional para la Respuesta implementada
	Red nacional de telecomunicaciones de emergencia conectada a nivel territorial y nacional
	32 departamentos y sus respectivas ciudades capitales con salas de crisis y sala de radios dotadas y en funcionamiento.
	EDREs y EMREs formuladas
	Departamentos y municipios de más de 250.000 habitantes con Centros de reserva equipados con todos los servicios básicos de respuesta
<b>Objetivo estratégico 5: Fortalecer la Gobernanza, la educación y comunicación social en la gestión del riesgo con enfoque diferencial, de diversidad cultural y de género</b>	1 Centro nacional de gestión del riesgo construido y en operación
	2 centros regionales para la gestión del riesgo de desastres, diseñados, construidos y en funcionamiento.
	Grupos poblacionales con estrategias
	300 Entidades territoriales utilizando el programa de Generación y Fortalecimiento de Capacidades Institucionales para el Desarrollo Territorial
	Integrantes del SNGRD capacitados e informados en Gestión del Riesgo de desastres con enfoque diferencial, de diversidad cultural y de género.
	100% de municipios con acciones de información, educación y comunicación incorporadas dentro de sus planes municipales de gestión del riesgo de desastres.
	1 módulo virtual para la formación en gestión del riesgo de desastres diseñado y creado

## 2.4 ESTRATEGIAS DESTINADAS AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

Se establecen las siguientes estrategias para el logro de los objetivos del PNGRD:

**2.4.1 Gestión de la Información en el conocimiento del riesgo para los procesos de reducción del riesgo y manejo de desastres.** Esta estrategia para el proceso de conocimiento del riesgo, busca que la gestión de la información sea dinámica, intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria y que haya una estrecha interrelación y coordinación entre todos los actores que son parte del proceso, así como canales e instrumentos de divulgación que faciliten la construcción de diálogos y alianzas. La necesidad de información en el conocimiento y su consiguiente apoyo a los procesos de la gestión del riesgo y manejo del desastre es elemento clave para movilizar recursos, motivar acciones, incrementar la visibilidad y consolidar el posicionamiento de los actores del SNGRD que producen conocimiento, por lo que es necesario dotarlos de los medios, las capacidades y los recursos técnicos y humanos requeridos, así como garantizar el respaldo político y público que permita la toma de decisiones.

**2.4.2 Desarrollo de la Investigación orientada a la gestión del riesgo de desastres.** El desarrollo de la investigación en gestión del riesgo debe estar orientado a la producción de información, desarrollo tecnológico e investigación científica; para ello se deberá promover la investigación multi e interdisciplinaria, que agrupe

estudios, discusiones y prácticas de adaptación al cambio climático y la gestión del riesgo de desastres, pero así mismo impulse el salto necesario entre investigación y actuación, haciendo uso de métodos participativos y considerando el rol de los actores involucrados del SNGRD, mediante el desarrollo de mejores métodos para transmitir y difundir la información y los conocimientos. La UNGRD deberá liderar la estrategia en coordinación con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS, Universidades e Institutos de Investigación del país, así como los avances de los sectores que deriven en conocimiento y nuevas prácticas en gestión del riesgo de desastres.

**2.4.3 Gestión del Riesgo de Desastres y Medidas de Adaptación al Cambio Climático en los Instrumentos de Planificación del Desarrollo y del Ordenamiento del Territorio.** La articulación del PNGRD con las políticas sectoriales y otros planes nacionales se deberá basar en un marco conceptual del riesgo como un problema de desarrollo, la optimización de recursos y la suscripción de acuerdos intersectoriales. Para ello se partirá del reconocimiento de la esfera institucional, organizacional, normativa y financiera para la gestión del riesgo enmarcada como proceso transversal. La evidente conexión entre la gestión del riesgo de desastres, la planificación territorial y la adaptación al cambio climático hace necesario la construcción de políticas en común, con acciones que medien en los ámbitos políticos, sociales, económicos y ambientales del país, orientadas con criterios técnicos, disposición presupuestal y un sistema de seguimiento y monitoreo.

**2.4.4 Reducción del Riesgo Sectorial y Territorial.** Esta estrategia busca integrar en la planificación, de cada sector y ente territorial, las metas que se definan en el PNGRD para garantizar la obtención de los objetivos del mismo, esto implica la formulación y ejecución de proyectos específicos para la reducción del riesgo. En el ámbito territorial requiere la articulación entre municipios, gobernaciones, autoridades ambientales, entes regionales, y el gobierno nacional para la intervención correctiva del riesgo; y en el ámbito sectorial la implementación de las medidas de mitigación del riesgo en el marco de sus planes estratégicos.

**2.4.5 Mecanismos de Protección Financiera.** La estrategia de protección financiera del Estado debe incorporar instrumentos de retención y transferencia del riesgo, que garantice el cubrimiento de la obligación contingente debido a la ocurrencia de desastres. Se busca garantizar los recursos requeridos y necesarios para que el Estado responda oportunamente, reduzca su vulnerabilidad fiscal y garantice su estabilidad macroeconómica. La adopción de la estrategia se hará por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el apoyo de la UNGRD y del DNP.

**2.4.6 Preparación para la respuesta a Emergencias.** Se busca la articulación de los instrumentos existentes para la respuesta a Emergencias tales como protocolos e instrumentos técnicos en los niveles territoriales y sectoriales y complementarlos con instrumentos adicionales tales como la dotación de equipos, capacitación y entrenamiento e instalación de las salas de crisis territoriales. Es necesario establecer los alcances de la responsabilidad del nivel central y de los entes territoriales para fomentar la corresponsabilidad a la luz de los principios de subsidiariedad y complementariedad, esto permitirá una respuesta escalonada y acorde con las capacidades del SNGRD. Una socialización de los instrumentos de respuesta permitirá a los ciudadanos reconocer con claridad las funciones del Estado, incentivar a asumir sus riesgos y tomar medidas de prevención y mitigación frente a las emergencias.

**2.4.7 Preparación para la Recuperación.** Esta estrategia busca la implementación de procesos de recuperación nacional y regional; y diseño de mecanismos para orientar procesos de recuperación municipales, que permita reducir el impacto socioeconómico e incrementar la capacidad del país para generar procesos de desarrollo a partir de éstos, a cargo de la UNGRD y con el apoyo de los sectores. Se deben desarrollar procedimientos especiales que garantice en todos los casos la realización de los programas de recuperación en el menor tiempo posible, con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población afectada y la no reconfiguración o aumento de la vulnerabilidad preexistente.

**2.4.8 Fortalecimiento de la Capacidad Institucional del SNGRD.** Fortalecimiento de la Capacidad técnica y operativa de las entidades nacionales, territoriales y Corporaciones Autónomas Regionales en gestión del riesgo: a través de programas de asistencia enfocados en la formulación de planes municipales para la gestión del riesgo de desastres como instrumentos de largo plazo que sean insumos para la formulación de los Planes de Desarrollo, Planes de Ordenamiento Territorial, Planes de Ordenamiento y Manejo de Cuencas Hidrográficas y Planes de Gestión Ambiental Regional.

**2.4.9 Sociedad Informada y Consciente en Gestión del Riesgo de Desastres.** La gestión del riesgo de desastres debe aumentar la resiliencia de las comunidades ante los desastres mediante la información y participación de todos sus integrantes, orientándose de acuerdo a las características diferenciales, culturales, y de género. Se busca la participación social con enfoques proactivos, integrados, multisectoriales y previsores para fomentar una cultura ante los desastres y una fuerte participación comunitaria en campañas constantes de educación de la ciudadanía y en consultas públicas a todos los niveles de la sociedad.

## **2.5 INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN Y ARMONIZACIÓN DEL PNGRD CON LOS PROCESOS DE PLANIFICACIÓN SECTORIAL Y TERRITORIAL**

La gestión del riesgo de desastres es una estrategia de desarrollo indispensable para asegurar su sostenibilidad; por lo tanto los instrumentos de gestión a través de los cuales se implementa la GRD son los mismos instrumentos de planificación del desarrollo, del ordenamiento territorial y de la gestión ambiental sostenible ya existentes.

La formulación de un Plan de Gestión del Riesgo de Desastres en cualquier nivel territorial, responde a la necesidad de contar con una hoja de ruta que establezca acciones estratégicas y prioridades de intervención en un horizonte de tiempo determinado; pero son los instrumentos del desarrollo los canales a través de los cuales se implementan concretamente las acciones prospectivas y correctivas consideradas en el Plan de GRD.

Correspondientemente, los mecanismos y procedimientos para el seguimiento, evaluación y control en materia de gestión del riesgo, son las mismas instancias a través de las cuales se ejerce la rendición de cuentas en materia de desarrollo, ya que riesgo y desarrollo son procesos interdependientes.

En este sentido, un plan para la gestión del riesgo debe entenderse como un documento de largo plazo que servirá como insumo para que los planes de desarrollo, sectoriales, de ordenamiento territorial y ambiental, y de ordenamiento y manejo de cuencas hidrográficas puedan a su vez identificar los escenarios de riesgo y

seleccionar las medidas correctivas y prospectivas requeridas en función de la complejidad de dicho escenarios y el entendimiento correcto de la gestión del riesgo como estrategia de desarrollo sostenible.

Para lograr la armonización de los Planes de Gestión del Riesgo de Desastres con los Planes de Desarrollo, de Ordenamiento Territorial y de Ordenamiento y Manejo de Cuencas Hidrográficas, de Adaptación al Cambio Climático, entre otros, se han identificado las siguientes estrategias:

- **Integrar el concepto de seguridad territorial en todos los procesos de planificación y en todos los niveles de gobierno.** Este concepto define que en la formulación de cualquier instrumento de planificación territorial (EOT, PBOT y POT) se defina tener en cuenta las amenazas presentes y la magnitud de las mismas, buscando en todo momento promover la “localización segura” como un determinante en el desarrollo territorial.
- **Desarrollar metodologías, guías e instrumentos técnicos que faciliten y orienten el análisis de riesgo.** El servicio Geológico Colombiano, el IDEAM, el IGAC, la DIMAR, el DANE, el MVCT, el MADS y demás institutos de investigación del SINA, cada uno en el ámbito de sus competencias; aportarán a los procesos de planificación y desarrollo territorial local y departamental a través del desarrollo de guías e instrumentos técnicos que faciliten y orienten el análisis de riesgo en coordinación con la UNGRD.
- **Catalogar los municipios y departamentos del país en función de sus capacidades técnicas y financieras.** Este deberá ser un criterio que permita y facilite la realización de análisis de riesgos en los territorios y con base en esta diferenciación, establecer un acompañamiento técnico específico.
- **Establecer la escala o resolución en la que se debe realizar el análisis del riesgo de desastres acorde con los requerimientos de la planificación territorial y del desarrollo;** procurando en la medida de las capacidades técnicas, financieras y de disponibilidad de información básica que las escalas sean lo más detalladas posible.
- **Establecer protocolos para la inter-operatividad de Sistemas de Información territoriales.** Los estudios sobre amenaza, exposición y vulnerabilidad que se desarrollen a nivel de municipios, departamentos y cuencas, deberán estar geo-referenciados con observancia de las directrices en materia de inter-operatividad según la Infraestructura de Datos Espaciales del país; asimismo esta información deberá estar disponible para la toma de decisiones en todos los niveles de gobierno, garantizando su acceso a través de diferentes Sistemas de Información Nacionales, entre ellos el SNIGRD.
- **Definir mecanismos de articulación del PNGRD con otras políticas o planes sectoriales.** Esta articulación, que abarca políticas y planes sectoriales (como las de Adaptación al Cambio Climático), se podría fundamentar en: (i) un marco conceptual que define el riesgo de desastres como un problema de desarrollo, (ii) la optimización de recursos y (iii) la suscripción de acuerdos intersectoriales, entre otros.

## 2.6 Directrices que orienten la asignación y ejecución de los recursos del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo.

Para el cumplimiento de los objetivos y propósitos del PNGRD, se establecen las siguientes directrices para orientar la asignación y ejecución de los recursos del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres:

- **El balance en la asignación de recursos entre los procesos misionales del SNGRD:** la programación de inversiones en gestión del riesgo de desastres deberá garantizar un equilibrio en el gasto con cargo a cada proceso misional, sin menoscabo de cubrir las necesidades en manejo de desastres.
- **El análisis costo - beneficio en la asignación de los recursos del FNGRD:** todos los recursos que se ejecuten a través del FNGRD deberán estar sujetos al análisis costo beneficio y este análisis deberá ser progresivamente integrado como un criterio de selección para la destinación de los recursos; siendo los proyectos y programas de mayor eficiencia los de primera prioridad.
  - NOTA: este análisis también atañe a los presupuestos en rehabilitación y recuperación postdesastre.
- **La coparticipación de los niveles sectoriales y territoriales:** sin perjuicio de las demás fuentes de financiación a nivel nacional, regional o municipal, los recursos que ejecute el Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres en relación a los procesos de identificación y reducción del riesgo, podrán cubrir un porcentaje de cofinanciación del valor total de cada proyecto de acuerdo a la categoría de los municipios del país y a las disposiciones del FNGRD. Los recursos de contrapartida de los municipios no podrán ser representados en bienes y servicios.
- **Los incentivos para la inversión local en GRD:** para la cofinanciación de proyectos destinados a la construcción o rehabilitación de obras, que se soliciten con cargo al Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, además de los requerimientos que establezca la Ley y su reglamento; se tendrá en consideración un sistema de puntuación para incentivar los procesos de conocimiento y reducción del riesgo, así como la correcta ejecución de proyectos previos con cargo al FNGRD, asociado con los criterios de distribución establecidos en el parágrafo 1° del artículo 48 de la Ley 1523 de 2012. Este sistema de puntuación será definido en la reglamentación del FNGRD. De esta forma, a los municipios de categoría 5 y 6, se dará un puntaje que los habilita para obtener recursos del FNGRD si se ha realizado la identificación y zonificación de amenazas en los esquemas de ordenamiento territorial (EOT), con un puntaje adicional si dicha información se ha traducido en la inclusión de líneas de acción y proyectos específicos de reducción del riesgo en el Plan de Desarrollo (PDM). Por su parte, los municipios de categoría 4 y 3 recibirán la misma puntuación con base en la identificación, zonificación y reglamentación de áreas en riesgo en sus Planes Básicos de Ordenamiento Territorial (PBOT) y un puntaje adicional por la integración de líneas de acción y proyectos específicos de reducción del riesgo en sus PDM. Finalmente los municipios de categoría 1, 2 y Especial, que soliciten recursos al FNGRD, deberán demostrar un cabal cumplimiento de las disposiciones legales en materia de integración del riesgo de desastres tanto en sus POT como en sus PDM.
- **La evaluación del riesgo de carácter regional y nacional:** tendrán prioridad en la financiación de proyectos con cargo al FNGRD las actividades cuyo impacto abarque varios departamentos o regiones.



- **La evaluación del riesgo de carácter sectorial:** tendrán prioridad en la financiación de proyectos con cargo al FNGRD las actividades cuyo impacto abarque sectores vitales para la economía nacional.
- **La financiación del PNGRD:** tendrá prioridad la asignación de recursos para la financiación de proyectos que contribuyan expresamente a los objetivos y procesos planteados en el Plan, indicando a que subcuenta del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo pertenecen.

### CAPÍTULO 3. COMPONENTE PROGRAMÁTICO Y DE INVERSIONES

#### OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: MEJORAR EL CONOCIMIENTO DEL RIESGO DE DESASTRES EN EL TERRITORIO NACIONAL

##### PROGRAMA 1.1 CONOCIMIENTO DEL RIESGO DE DESASTRES POR FENÓMENO DE ORIGEN NATURAL

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.1.1	Estudios de microzonificación sísmica en ciudades.	Mejorar la información sobre efectos sísmicos locales, para el diseño y construcción sismo resistente en ciudades con población mayor a 100,000 habitantes localizadas en amenaza sísmica alta e intermedia	45 ciudades con población mayor a 100.000 habitantes localizada en amenaza alta y media con estudios de microzonificación sísmica elaborado y/o actualizado	Entidades Territoriales
1.1.2	Evaluación probabilista del riesgo por sismo en ciudades capitales	Valorar las posibles pérdidas socioeconómicas que puedan ser ocasionadas por sismos en ciudades capitales con amenaza sísmica alta con el fin de tener los insumos para tomar medidas de protección financiera.	13 ciudades capitales con evaluación probabilista del riesgo por sismo realizado.	Entidades Territoriales
1.1.3	Estudio de la vulnerabilidad sísmica en edificaciones indispensables.	Elaborar estudios de vulnerabilidad sísmica en edificaciones indispensables y de atención a la comunidad en las ciudades capitales que se encuentren en amenaza sísmica alta y media.	Edificaciones indispensables priorizadas con evaluación de vulnerabilidad sísmica en las ciudades capitales con amenaza sísmica alta y media realizada y socializada	Entidades Territoriales
1.1.4	Fortalecimiento de las redes sísmológicas, acelerográfica y de GNSS nacional.	Optimizar el monitoreo de la actividad sísmica del país a través de redes sísmológicas, acelerográficas y GNSS	Cubrimiento del 100% del territorio del país con redes sísmológicas, acelerográficas y GNSS para monitorear la actividad sísmica frecuente	SGC
1.1.5	Estudio de la amenaza volcánica	Ampliar el conocimiento de los volcanes activos y evaluación de su amenaza.	7 volcanes activos con estudios geológicos o de amenaza realizados o actualizados	SGC

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.1.6	Fortalecimiento de las redes y observatorios de vigilancia vulcanológica.	Optimizar el monitoreo de la actividad volcánica a través de la red de monitoreo volcánico	Cubrimiento del 100% del territorio del país con red de monitoreo de volcanes activos y de alto riesgo	SGC
1.1.7	Escenarios de fuentes sismogénicas en el pacífico y caribe	Formular escenarios de fuentes sismogénicas en las costas caribe, pacífica y áreas insulares para ser utilizados en los estudios de amenaza, vulnerabilidad y riesgo por tsunami	Escenarios de fuentes sismogénicas de riesgo por tsunamis del pacífico y caribe y áreas insulares formulados	SGC
1.1.8	Estudio de la amenaza, vulnerabilidad y riesgo por tsunami	Elaborar estudios de evaluación de la amenaza por Tsunami con miras a implementar medidas de reducción, en municipios de las costas Pacífica, Caribe y Áreas insulares.	46 estudios de evaluación de la amenaza por tsunami elaborados para municipios de las costas Pacífica, Caribe y áreas insulares	DIMAR
1.1.9	Fortalecimiento del sistema de detección, alerta y monitoreo de amenazas de origen marino	Disponer de los instrumentos y la capacitación necesaria para detectar amenazas de origen marino en la costa pacífica, caribe y áreas insulares.	Costa Pacífica, Caribe y áreas insulares con sistemas detección temprana amenazas de origen marino operando	DIMAR
1.1.10	Fortalecimiento del conocimiento de las amenazas de índole hidrometeorológico y meteomarino	Identificar la amenaza por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros extremos.	Estudios de amenazas por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros extremos realizados y socializados.	IDEAM DIMAR INVEMAR
1.1.11	Identificación del efecto de la variabilidad climática	Identificar el efecto de la variabilidad climática (ENOS) sobre las amenazas por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros extremos.	Estudios del efecto de la variabilidad climático (ENOS) sobre las amenazas por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros extremos realizados y socializados.	IDEAM INVEMAR DIMAR
1.1.12	Identificación de zonas de inundación por ascenso del nivel del mar para las poblaciones costeras	Mejorar el conocimiento de la amenaza por inundación debido al ascenso del nivel del mar para la toma de decisiones en el ordenamiento del territorio.	Escenarios identificados por amenaza por inundación debido al aumento del nivel del mar con estimación de la población afectada realizados y socializados	DIMAR
1.1.13	Fortalecimiento de la Red Nacional de Estaciones Hidrometeorológicas	Integrar y fortalecer la red pública y privada de estaciones hidrometeorológicas para mejorar el sistema de alertas tempranas	Protocolo de integración establecido de la red pública y privada de estaciones hidrometeorológicas	IDEAM DIMAR INVEMAR Institutos de Investigación Corpoica Entidades Territoriales Autoridades Ambientales

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
				AEROCIVIL
1.1.14	Fortalecimiento de información cartográfica temática relacionada con suelos	Fortalecer los procesos de generación de información cartográfica de suelos como insumo básico para ser utilizados en los estudios de evaluación del riesgo de desastres.	100% de las zonas planas y áreas con pendientes menores al 25% del territorio nacional con información de suelos insumo básico para ser utilizados en los estudios de evaluación del riesgo de desastres.	IGAC
1.1.15	Fortalecimiento de información cartográfica temática relacionada con catastro	Fortalecer los procesos de generación de información de catastro como insumo básico para ser utilizados en los estudios de evaluación del riesgo de desastres.	100% del territorio nacional con competencia del IGAC con información de catastro como insumo básico para ser utilizados en los estudios de evaluación del riesgo de desastres.	IGAC
1.1.16	Fortalecimiento para la actualización de la cartografía básica a nivel local y regional	Identificar y suplir la necesidad de información cartográfica básica local a escalas requeridas en las entidades territoriales para los estudios de riesgo de desastres	Cartografía básica a nivel local y regional actualizada.	IGAC
1.1.17	Sistemas de alerta temprana agroclimática	Fomentar el establecimiento de sistemas de alerta temprana y la generación de información agroclimática, como sistemas de apoyo a la toma de decisiones para evaluar los riesgos agroclimáticos	Sistemas de alerta temprana agroclimática fomentados en las áreas productivas del país	MinAgricultura Corpoica
1.1.18	Caracterización regional de escenarios de riesgo por eventos climáticos extremos en las áreas productivas.	Caracterizar los escenarios de riesgo por eventos climáticos extremos en las áreas productivas de las regiones del país.	Escenarios de riesgo por eventos climáticos extremos en las áreas productivas del país caracterizados y socializados.	MinAgricultura Institutos Investigación IDEAM

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.1.19	Fortalecimiento del conocimiento de las floraciones algales potencialmente nocivas y tóxicas, e implementación de un sistema de alerta y monitoreo.	Ampliar el conocimiento del país sobre especies potencialmente nocivas y tóxicas en la costa Caribe y del Pacífico colombiano e implementar una red de monitoreo y alerta temprana de floraciones algales.	Cubrimiento del 100% de las costas del país con conocimiento especies potencialmente nocivas y tóxicas y red de monitoreo y alerta temprana de floraciones algales instalada y en funcionamiento	INVEMAR

PROGRAMA 1.2 CONOCIMIENTO DEL RIESGO DE DESASTRES POR FENÓMENO DE ORIGEN SOCIO-NATURAL

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.2.1	Modelación de cuencas para el conocimiento de la amenaza por sequía e inundación	Realizar la modelación hidrológica de las cuencas que presentan mayor amenaza por sequía e inundación.	Modelación hidrológica de 6 cuencas realizadas anualmente	IDEAM
1.2.2	Desarrollo y promoción de metodología de evaluación de la amenaza por inundación y avenidas torrenciales	Desarrollar metodología de evaluación de la amenaza por inundación para los procesos de ordenamiento territorial y de cuencas	Guía metodológica para el análisis de la amenaza por inundaciones y avenidas torrenciales publicada y socializada	IDEAM
1.2.3	Estudios de riesgo por inundaciones y avenidas torrenciales en municipios expuestos a estas amenazas	Realizar estudios de evaluación de riesgo por inundación lenta y rápida en los municipios previamente priorizados por las autoridades competentes	(1) Un estudio de evaluación del riesgo por inundación lenta y rápida por cada municipio previamente seleccionado	Entidades Territoriales UNGRD
1.2.4	Instalación de sistemas de alertas tempranas por eventos hidrológicos extremos	Instalar sistemas de alertas por eventos hidrológicos extremos en municipios que han presentado eventos históricos recurrentes	78 redes de monitoreo para sistemas de alerta instaladas por eventos hidrológicos extremos	Entidades Territoriales Autoridades Ambientales UNGRD IDEAM
1.2.5	Desarrollo y promoción de metodologías de evaluación de la amenaza y riesgo por movimientos en masa	Desarrollar y promocionar insumos metodológicos para la evaluación de la amenaza y el riesgo por movimientos en masa orientados a la toma de decisiones en los instrumentos de planificación territorial.	Guía metodológica para estudios de amenaza, vulnerabilidad y riesgo por movimientos en masa desarrollada e implementada en entidades territoriales	SGC UNGRD

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.2.6	Estudios de riesgo por movimiento en masa en áreas críticas.	Realización de estudios de riesgo por movimiento en masa, que apoyen la toma de decisiones locales	120 estudios de riesgo por movimiento en masa en áreas críticas elaborados	Entidades Territoriales UNGRD
1.2.7	Estudios de amenaza por movimientos en masa a nivel municipal	Apoyar a los municipios frente a sus obligaciones del análisis de riesgos por movimientos en masa con fines del ordenamiento territorial y demás aspectos del desarrollo local.	353 municipios apoyados en la elaboración de estudios de amenaza por movimientos en masa	UNGRD Autoridades Ambientales
1.2.8	Monitoreo de fenómenos de movimientos en masa en Colombia	Promover la implementación de sistemas de monitoreo de movimiento en masas en los municipios de mayor susceptibilidad	30 sistemas de monitoreo de movimientos en masa implementados en los municipios de mayor susceptibilidad	Entidades Territoriales Autoridades Ambientales UNGRD
1.2.9	Promoción a la ejecución de estudios de susceptibilidad por incendios de la cobertura vegetal	Elaborar estudios de susceptibilidad por incendios forestales con base en la metodología diseñada por el IDEAM	400 municipios con estudios de susceptibilidad por incendio forestales elaborados.	Entidades Territoriales IDEAM Autoridades Ambientales MinAmbiente UNGRD
1.2.10	Estudios de riesgo por erosión costera en puntos críticos	Realizar el análisis de riesgo de desastre asociado a procesos erosivos en zonas de litoral (línea de costa) con el fin de incorporar medidas de mitigación en los instrumentos de planificación territorial y del desarrollo.	10 estudios de análisis de riesgo por procesos erosivos en zonas de litoral realizados y con el diseño de medidas de mitigación	Entidades territoriales INVEMAR MinAmbiente DIMAR

PROGRAMA 1.3 CONOCIMIENTO DEL RIESGO DE DESASTRES POR FENÓMENO DE ORIGEN TECNOLÓGICO

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.3.1	Lineamientos para la elaboración de estudios de riesgos tecnológicos	Definir los lineamientos para la elaboración de estudios de riesgo tecnológico como insumos para ser incorporados en los instrumentos de planificación territorial y del desarrollo	Documento de lineamientos socializado para incorporar el riesgo tecnológico en instrumentos de planificación territorial y del desarrollo.	UNGRD

1.3.2	Establecimiento del marco de control del conocimiento de riesgo tecnológico art 42 ley 1523/2012	Definir los requisitos mínimos que deben cumplir los generadores de riesgo tecnológico para sus análisis de riesgo conforme al Art. 42 Ley 1523 de 2012, el SGRL, el SINA y el SSPS.	Actos Administrativos de la Reglamentación del art 42 de la Ley 1523 de 2012 definidos	UNGRD
1.3.3	Caracterización municipal de escenarios de riesgo de origen tecnológico.	Elaborar y publicar la caracterización general de escenarios de riesgo tecnológico a nivel municipal	Documentos municipales de escenarios de riesgo tecnológico a nivel municipal elaborados y publicados	Entidades territoriales
1.3.4	Análisis del riesgo de desastres por eventos de origen tecnológico en sectores estratégicos (Infraestructura)	Realizar estudios de riesgo por eventos tecnológicos en áreas y sectores estratégicos (Infraestructura) para el país	Estudios de riesgo de desastres por eventos de origen tecnológico en sectores estratégicos (Infraestructura) realizados y socializados	ANI
1.3.5	Fortalecimiento de la caracterización de los factores de riesgo de desastre por eventos naturales o tecnológicos en la infraestructura del sector Minero-Energético	Identificación de factores de riesgo tecnológico para el sector de minas y energía	Matriz de caracterización de riesgos elaborada y socializada	MinMinas UPME ANH ANM
1.3.6	Instalaciones peligrosas con análisis y evaluación de riesgos químicos.	Promover el análisis y evaluación de riesgos químicos para instalaciones peligrosas siguiendo las directrices de la OCDE y con base en un listado de sustancias y unos umbrales de reporte predeterminados.	Instalaciones peligrosas con análisis y evaluación de riesgos químicos realizados siguiendo las directrices de la OCDE.	MinAmbiente MinSalud MinTrabajo UNGRD
1.3.7	Instalaciones peligrosas con análisis y evaluación de riesgos radiológicos	Promover el análisis y evaluación de riesgos radiológicos para instalaciones que involucran el uso de materiales radiactivos y nucleares que causan exposición a las radiaciones ionizantes	Instalaciones que involucran el uso de materiales radiactivos y nucleares que causan exposición a las radiaciones ionizantes con análisis y evaluación de riesgos radiológicos	MinMinas
1.3.8	Establecimiento del marco de control para el intercambio de información y gestión de accidentes tecnológicos de impacto transfronterizo.	Diseñar un protocolo para eventos de riesgo tecnológico con impacto transfronterizo.	Protocolo diseñado e implementado. Actos Administrativos de la Reglamentación definidos	UNGRD
1.3.9	Definición de líneas de investigación en riesgo tecnológico.	Identificar e implementar líneas de investigación en riesgo tecnológico	50% de las líneas de investigación en riesgo tecnológico implementadas	COLCIENCIAS

1.3.10	Análisis de amenazas, vulnerabilidad y riesgos por contaminación en zonas costeras	Realizar el análisis nacional de amenazas, vulnerabilidad y riesgos por contaminación en zonas costeras (ecosistemas estratégicos y población)	Cubrimiento del 100% de las costas del país con análisis de amenazas, vulnerabilidad y riesgos por contaminación en zonas costeras (ecosistemas estratégicos y población)	Autoridades Ambientales INVEMAR DIMAR
1.3.11	Evaluación del riesgo de los ecosistemas ante amenazas de origen tecnológico	Realizar estudios de evaluación del riesgo de los ecosistemas ante amenazas de origen tecnológico	Ecosistemas con evaluación de riesgo de origen tecnológico realizado y socializado	Entes Territoriales Autoridades Ambientales

PROGRAMA 1.4 CONOCIMIENTO DEL RIESGO DE DESASTRES POR FENÓMENOS DE ORIGEN BIOSANITARIOS

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.4.1	Diagnóstico de las redes de acueducto y alcantarillado frente a la gestión del riesgo	Diagnosticar, actualizar y/o levantar planos de localización, estado y tipo de redes, así como la necesidad, prioridades y condiciones de instalación en las zonas de alto riesgo, para incorporar medidas de reducción de riesgo de desastres en la planificación del desarrollo territorial y ambiental.	100% de las redes de acueducto y alcantarillado en municipios con estudios de vulnerabilidad realizados.	Entidades Territoriales EPSP MinVivienda
1.4.2	Realizar estudios de riesgo para los sistemas de abastecimiento de agua potable	Realizar estudios de riesgo para los sistemas de abastecimiento de agua potable	100% de los municipios cuentan con mapas de riesgo para la calidad de agua para consumo humano realizados	Entidades Territoriales
1.4.3	Mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	Elaborar mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano que contribuya al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario	Direcciones territoriales de salud contarán con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano elaborados y socializados	Entidades Territoriales (Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales)



PROGRAMA 1.5 CONOCIMIENTO DEL RIESGO DE DESASTRES POR FENÓMENOS DE ORIGEN HUMANO NO INTENCIONAL

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.5.1	Metodologías para el análisis de riesgos por aglomeraciones de público	Promover y facilitar el diseño de metodologías para el análisis de riesgo por aglomeraciones de público	1 guía metodológica para análisis de riesgo por aglomeraciones de público elaborada y socializada	UNGRD

PROGRAMA 1.6

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.6.1	Sistema de Información Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (SINGRD)	Implementar el SINGRD, que permita cumplir con los requerimientos y necesidades de los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo de desastres.	SINGRD implementado.	UNGRD
1.6.2	Articulación de los sistemas de información sectoriales existentes con el SINGRD	Articular los sistemas de información sectoriales existentes del país con el SINGRD	Sistemas de información de entidades nacionales con información prioritaria integrada al Sistema Nacional de Información de Gestión del Riesgo de Desastres	UNGRD
1.6.3	Gestión de la información estadística de población y vivienda para la toma de decisiones en los procesos de la GRD.	Apoyar a los actores del SINGRD en el suministro e intercambio de información estadística de población y vivienda en niveles adecuados para la implementación de los procesos de la gestión del riesgo de desastres.	Mecanismo diseñado y articulado al SINGRD para la consulta y toma de decisiones en la GRD con base en la información estadística de población y vivienda.	DANE
1.6.4	Gestión de la información estadística de población rural y unidades de producción agropecuaria para la toma de decisiones en los procesos de la GRD.	Apoyar a los actores del SINGRD en el suministro e intercambio de información estadísticas de población rural y unidades de producción agropecuaria en niveles adecuados para la implementación de los procesos de la gestión del riesgo de desastres y cambio climático.	Mecanismo diseñado y articulado al SINGRD para la consulta y toma de decisiones en la GRD y Cambio Climático con base en la información estadística de población rural y unidades de producción agropecuaria	DANE

PROGRAMA 1.7

INVESTIGACIÓN BÁSICA Y APLICADA PARA EL DESARROLLO, FOMENTO E INNOVACIÓN EN LOS PROCESOS DE CONOCIMIENTO DEL RIESGO, REDUCCIÓN DEL RIESGO Y MANEJO DE DESASTRES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
1.7.1	Guías metodológicas para la evaluación de amenazas, vulnerabilidades y riesgos en el sector de telecomunicaciones.	Diseñar e Implementar guías técnicas para el análisis y evaluación del riesgo en el sector de telecomunicaciones	Guías técnicas para el análisis y evaluación del riesgo en el sector de telecomunicaciones realizadas y socializadas	MinTic UNGRD
1.7.2	Estudios de riesgo de desastres requeridos en la formulación de los Esquemas de Ordenamiento Territorial	Realizar los estudios de riesgo requeridos en la formulación de los Esquemas de Ordenamiento Territorial (EOT) de los municipios de categoría 5 y 6	100% de municipios categoría 5 y 6 que requieren estudios de riesgo para la formulación de los EOT elaborados	Entidades Territoriales
1.7.3	Análisis del riesgo de desastres en la infraestructura del sector cultura y en áreas de interés patrimonial	Realizar estudios de análisis de riesgo de desastres en infraestructuras del sector cultural y de interés patrimonial de la nación y socializarlos	100% de los proyectos de intervención en infraestructura y patrimonio cultural del país con estudios de análisis de riesgo de desastres.	MinCultura Entidades Territoriales UNGRD
1.7.4	Análisis del riesgo de desastres en entidades prestadoras de servicios públicos	Realizar estudios de análisis de riesgos de desastres en las entidades prestadoras de servicios públicos en ciudades capitales y municipios con población mayor a 100.000 habitantes	Ciudades capitales y municipios con población mayor a 100.000 habitantes con estudios de riesgo realizados.	Entidades Territoriales
1.7.5	Análisis del riesgo de desastres en los sistemas productivos (sector agrícola, pecuario y pesquero)	Realizar estudios de análisis de riesgos de desastres en sistemas productivos del sector agrícola, pecuario y pesquero	Estudios y Mapas de riesgo en el sector agrícola, pecuario, forestal y pesquero realizados	MinAgricultura
1.7.6	Análisis del riesgo de desastres de las áreas protegidas y ecosistemas amenazados	Realizar estudios de análisis de riesgo de desastres de las áreas protegidas y ecosistemas amenazados	Estudios del riesgo de desastres de las áreas protegidas y ecosistemas amenazados	UASPNN Institutos de Investigación Autoridades Ambientales

1.7.7	Análisis del riesgo de desastres en infraestructura prioritaria de transporte	Evaluación del riesgo de desastres en infraestructura prioritaria de transporte	Evaluación del riesgo de desastres en infraestructura de transporte prioritaria (puentes, puentes, túneles y aeropuertos) elaborado.	MinTransporte
1.7.8	Valoración Socioeconómica de los Desastres en el sector transporte	Valorar las pérdidas y daños socioeconómicos de los desastres en el sector transporte.	100% Vías principales y secundarias nacionales valoradas con las pérdidas y daños socioeconómicos	MinTransporte
1.7.9	Red de Centros de documentación y consulta para la Gestión del Riesgo de Desastre	Diseñar, implementar y socializar la Red de centros de documentación y consulta para la Gestión del Riesgo de Desastres	Red de centros de documentación y consulta para la GRD diseñado, implementado y socializado.	UNGRD
1.7.10	Actualización del Inventario nacional de asentamientos en riesgo de desastre	Elaborar consolidado del inventario nacional de asentamientos en riesgo de acuerdo con los reportes efectuados por los municipios	Reporte anual del inventario nacional de asentamientos en riesgo	MinVivienda
1.7.11	Fortalecimiento sobre amenazas y vulnerabilidades y riesgos en los sectores productivos del país	Fortalecer el conocimiento sobre amenaza y vulnerabilidad y riesgos en los sectores productivos del país ante los fenómenos meteorológicos extremos, fases extremas de variabilidad climática y por cambio climático	Estudios sobre amenazas, vulnerabilidades y riesgos en los sectores productivos del país por fenómenos meteorológicos extremos por cambios climáticos realizados y socializados.	MinAgricultura
1.7.12	Promocionar proyectos de investigación de salud pública frente a la gestión del riesgo	Promocionar la realización de proyectos de investigación para generar conocimientos que contribuyan a disminuir la vulnerabilidad y los efectos que sobre la salud pública producen los desastres	Estudios realizados y socializados	Instituto Nacional de Salud
1.7.13	Amenazas y riesgos en áreas marítimas y costeras	Fortalecimiento de las líneas de investigación en Amenazas y riesgos por fenómenos naturales y antrópicos	Líneas de investigación en Amenazas y riesgos por fenómenos naturales y antrópicos consolidadas	COLCIENCIAS
1.7.14	Fortalecimiento de la investigación, desarrollo e innovación en gestión del riesgo.	Diseñar e implementar el programa nacional de investigación, desarrollo e innovación en gestión del riesgo de desastres	Programa nacional de investigación, desarrollo e innovación fortalecido de investigadores para la gestión del riesgo.	UNGRD
1.7.15	Investigación del impacto de los desastres en la salud pública	Fortalecer la investigación sobre el impacto de los desastres en la salud pública	Investigaciones en riesgo epidemiológico publicadas y socializadas	MinSalud Instituto Nacional de Salud

1.7.16	Caracterización de escenarios de riesgo en los ERON	Realizar la caracterización de tres escenarios de riesgo (sismos, inundaciones e incendios) en los ERON priorizados a nivel nacional.	Tres proyectos pilotos de caracterización para escenarios de riesgo por sismo, inundación e incendio en los ERON priorizados a nivel nacional.	MinJusticia USPEC INPEC UNGRD
1.7.17	Desarrollo y promoción de una guía metodológica para el análisis de riesgo de desastres en los ERON	Desarrollar una guía metodológica para el análisis de riesgo de desastres en los ERON	Guía metodológica para el análisis de riesgo de desastres en los ERON publicada y socializada	MinJusticia USPEC INPEC UNGRD
1.7.18	Incorporación de la GRD en el manual de construcción de los ERON	Incorporar los lineamientos de gestión del riesgo de desastres en el Manual de Construcción de ERON.	Manual de construcción de ERON con lineamientos de GRD incorporados	USPEC

**OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: REDUCIR LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS CONDICIONES DE RIESGO EN EL DESARROLLO TERRITORIAL, SECTORIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE**

**PROGRAMA 2.1 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN LA PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL**

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.1.1	Reducción del riesgo de desastres a través de Planes de Desarrollo Municipales y Departamentales	Formular y ejecutar proyectos para la reducción del riesgo de desastres a través de los Planes de Desarrollo Municipales y Departamentales y garantizar la destinación de los recursos necesarios en los respectivos planes de inversión en armonía con los Planes Municipales y Departamentales de Gestión del Riesgo y las medidas de reducción del riesgo adoptadas en los POT y POMCAS o POMIUAC respectivos	100% de municipios con proyectos para la reducción del riesgo de desastres formulados y ejecutados, a través de los planes de desarrollo en armonía con los Planes Municipales y Departamentales de Gestión del Riesgo y las medidas de reducción del riesgo adoptadas en los POT y POMCAS o POMIUAC respectivos	Entidades Territoriales

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.1.2	Gestión del Riesgo de desastres en instrumentos de planificación del desarrollo de territorios indígenas y comunidades negras	Acompañar la formulación el componente de gestión del riesgo de desastres en los instrumentos de planificación de desarrollo de los territorios indígenas y de comunidades negras, a partir del diálogo de saberes y la perspectiva étnica	Instrumentos de planificación de desarrollo de territorios indígenas y comunidades negras con el componente de gestión del riesgo de desastres incorporado	MinInterior
2.1.3	Mecanismos de seguimiento y monitoreo a la reducción del riesgo de desastres en la Planeación Territorial	Establecer mecanismos que permitan ajustar el sistema de seguimiento y monitoreo al Plan de Desarrollo, con el fin de medir el avance de las acciones que han sido ejecutadas con relación a la reducción de las condiciones de riesgo de desastres.	190 municipios han incorporado en el sistema de seguimiento del plan de desarrollo, el reporte de la ejecución en reducción del riesgo de desastres en sus territorios.	Entidades Territoriales DNP
2.1.4	Mecanismos de seguimiento y monitoreo de las acciones en reducción del riesgo de desastres en instrumentos de Planeación Ambiental	Fortalecer los mecanismos que permitan ajustar el sistema de seguimiento y monitoreo frente a la gestión del Riesgo de desastres en los instrumentos de planificación ambiental para medir el avance de las acciones que han sido propuestas desde los POMCA y PGAR, con relación a la reducción de las condiciones de riesgo.	% de corporaciones que han incorporado en el sistema de seguimiento de los instrumentos de planificación ambiental el seguimiento a las acciones para la prevención y reducción de las condiciones de riesgo en sus territorios.	MinAmbiente
2.1.5	Seguimiento y control a suelos de protección	Implementar un sistema de control y seguimiento en los distintos niveles territoriales para minimizar la ocupación por desarrollos urbanísticos y/o asentamientos humanos en suelos clasificados como de protección por riesgo de desastres.	Sistema de control implementado	Entidades Territoriales

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.1.6	Integración de la gestión del riesgo de desastres en los POT y PD	Integrar la Gestión del Riesgo de Desastres en los POT y PDM, en los municipios priorizados por el gobierno nacional	68 Municipios con documento de lineamientos para incorporar la gestión del riesgo de desastres en la revisión y ajuste del POT, articulado al plan de inversiones para los municipios	Entidades Territoriales
2.1.7	Ajuste y actualización del Plan Municipal y Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres	Realizar el ajuste y actualización de los Planes Municipales y Departamentales de Gestión del Riesgo de Desastres en armonía con los principios y programas del PNGRD y los demás instrumentos de planificación y ordenamiento del territorio, así como con los avances sectoriales.	100% de municipios y departamentos con ajuste y actualización del PMGRD realizados	Entidades Territoriales
2.1.8	Mecanismo para el seguimiento a la localización y construcción seguras	Establecer mecanismos para el seguimiento al cumplimiento de la normativa sobre localización y calidad de la construcción – establecidas en las Leyes 99 de 1993, 388 de 1997, 1523 de 2012 y NSR10.	Mecanismos para el seguimiento al cumplimiento de la normativa sobre localización y calidad de la construcción implementados	Entidades Territoriales
2.1.9	lineamientos para la incorporación de los resultados de los estudios de riesgo por tsunami en los instrumentos de planeación	Formular los lineamientos para la adecuada incorporación de los resultados de los estudios de riesgo por tsunami en los instrumentos de planeación	1 documento guía para la incorporación de los resultados de los estudios de riesgo por tsunami en los instrumentos de planeación elaborado y socializado	MinViviendaMinAmbiente
2.1.10	Asistencia técnica para la incorporación de la gestión del riesgo en la planificación territorial	Capacitar a municipios para la adecuada incorporación de la gestión del riesgo en la planificación territorial	400 municipios asistidos	MinVivienda
2.1.11	Asistencia técnica a las Autoridades Ambientales para la incorporación de la gestión del riesgo en la planificación territorial	Brindar Asistencia técnica a las Autoridades Ambientales para la adecuada incorporación de la gestión del riesgo en la planificación territorial	100% Autoridades Ambientales asistidas	MinVivienda MinAmbiente

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.1.12	Incorporación de los resultados de estudios sobre el riesgo de desastres y medidas de adaptación ante cambio climático dentro de la planificación territorial y ambiental	Diseñar lineamientos para la incorporación de los análisis del riesgo de desastres y medidas de adaptación ante cambio climático dentro de los instrumentos de planeación territorial y ambiental	1 documento de lineamientos para la incorporación de los análisis del riesgo de desastres y las medidas de adaptación al cambio climático dentro de los instrumentos de planeación territorial y ambiental	MinVivienda MinAmbiente
2.1.13	Planes correctivos para la reducción del riesgo sanitario	Elaborar los planes correctivos para la reducción del riesgo sanitario definidos en los mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	A 2021 el 100% planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario elaborados e incorporados en los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano	Entidades Territoriales (Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales)

## PROGRAMA 2.2 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN EL ÁMBITO SECTORIAL

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.2.1	Instrumentos jurídicos y técnicos para la gestión del riesgo de desastres en los proyectos del sector agua potable y saneamiento básico	Crear instrumentos jurídicos y técnicos para asegurar que la Gestión de Riesgos de Desastres se establezca como una práctica sistemática y transversal en la planificación, la gestión de proyectos, la ejecución de inversiones y el funcionamiento ordinario del sector de agua potable y saneamiento básico.	Instrumentos jurídicos y técnicos expedidos	MinVivienda
2.2.2	Plan de gestión del riesgo de desastres para servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo	Diseñar e implementar el Plan Sectorial para la Gestión del Riesgo de Desastres en la prestación de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo	Plan sectorial para la gestión del riesgo de desastres en los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo implementado	MinVivienda



Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.2.3	Mecanismos de articulación entre los sistemas existentes que contemplen la gestión del riesgo de desastres	Diseñar e implementar mecanismos de articulación que garanticen la sinergia entre las acciones del SNGRD y los demás sistemas que contemplen la gestión del riesgo de desastres	Mecanismos diseñados e implementados	UNGRD
2.2.4	Procedimiento para desalojo y entrega de áreas catalogadas como de riesgo no mitigable	Establecer el procedimiento para el desalojo y entrega de las áreas catalogadas como de riesgo no mitigable que hayan sido objeto de reasentamiento o reubicación según lo dispuesto en la Ley 388 de 1997	Procedimiento expedido	MinVivienda
2.2.5	Corredores de conservación para la sostenibilidad del territorio	Incorporar los suelos de protección por riesgo a corredores para la sostenibilidad del territorio que contribuyan a la migración asistida y a la restauración de servicios ecosistémicos	% de áreas protegidas incorporadas a corredores o nuevas áreas de conservación	Entidades Territoriales, UASPNN
2.2.6	Gestión del riesgo de desastres en el ciclo de proyectos del sector ambiente	Incorporar como parte del ciclo de proyectos del sector ambiente la gestión del riesgo de desastres y unificar los criterios para su evaluación	Gestión del riesgo de desastres implementada en el ciclo de proyectos del sector ambiente	MinAmbiente UNGRD
2.2.7	Definición de lineamientos para la gestión conjunta de las áreas catalogadas como de riesgo no mitigable referente al artículo 121 de la ley 388	Establecer los lineamientos para el manejo y cuidado de las áreas de riesgo no recuperables y evitar su futura ocupación	1 documento elaborado con lineamientos para orientar el manejo y cuidado de las áreas de riesgo no recuperable	MinVivienda MinAmbiente
2.2.8	Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en los instrumentos de planificación del recurso hídrico	Realizar el acompañamiento técnico a las Corporaciones Autónomas Regionales en la incorporación del componente de Gestión del Riesgo de Desastres en los POMCA en el marco del convenio interadministrativo 008 de 2012 entre el Fondo Adaptación y el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible	35 POMCAS formulados con la incorporación del componente de gestión del riesgo de desastres	MinAmbiente



Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.2.9	Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en los instrumentos de planificación del recurso hídrico	Asistir técnicamente a las Autoridades Ambientales en la formulación e implementación de los Planes de Manejo Ambiental de Acuíferos incorporando el componente de gestión del riesgo de desastres	5 planes de manejo ambiental de acuíferos formulados con asistencia técnica del MADS, que incorporan el componente de gestión del riesgo de desastres	MinAmbiente
2.2.10	Incorporación de la gestión del riesgo de desastres en la formulación de Planes de Manejo Ambiental de Microcuencas	Expedir los lineamientos técnicos para la formulación de los planes de manejo ambiental de microcuencas con la incorporación de la gestión del riesgo de desastres	1 Guía metodológica publicada para la formulación del Plan de Manejo Ambiental de Acuíferos con el componente de gestión del riesgo de desastres incorporado	MinAmbiente
2.2.11	Revisión de la normativa para involucrar la gestión del riesgo de desastres en la Agenda del Sector Transporte	Fortalecimiento de la normativa para involucrar la gestión del riesgo de desastres en la Agenda del Sector Transporte	Reglamentación expedida para garantizar la gestión del riesgo de desastres en la construcción y mantenimiento de obras del sector transporte	MinTransporte INVIAS ANI
2.2.12	Programas de mantenimiento y prevención en la gestión del riesgo de desastres en el sector transporte	Implementar Programas para el mantenimiento de la infraestructura de transporte garantizando soluciones preventivas en puntos críticos de la red vial nacional	Programas de mantenimiento y prevención de la infraestructura de transporte implementados.	MinTransporte
2.2.13	Política de gestión del riesgo de desastres del sector infraestructura de transporte	Formular la política nacional de gestión de riesgos de desastres para el sector infraestructura de transporte	Política de gestión del riesgo de desastres del sector infraestructura de transporte formulada	MinTransporte
2.2.14	Diseño de guías metodológicas para el sector infraestructura de transporte	Diseñar guías metodológicas como herramientas que orienten el análisis de riesgos de desastres en el ciclo de los proyectos y en el mantenimiento de las infraestructuras del sector transporte.	Guías metodológicas para el sector infraestructura de transporte diseñadas e implementadas	MinTransporte
2.2.15	Gestión del riesgo de desastres en procesos de contratación y concesión de transporte	Incluir la gestión del riesgo de desastres en los Procesos de Contratación y Concesión en la Infraestructura de Transporte	Gestión del riesgo de desastres implementada en el ciclo de proyectos del sector infraestructura de transporte	MinTransporte

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.2.16	Gestión del riesgo de desastres en proyectos de infraestructura de transporte	Incorporar como parte del ciclo de proyectos del sector infraestructura de transporte la gestión del riesgo de desastres	Gestión del riesgo de desastres en proyectos de infraestructura de transporte implementada	MinTransporte
2.2.17	Lineamientos para la gestión del riesgo de desastres en la actividad turística	Incorporar los lineamientos para la gestión del riesgo de desastres en los procesos de gestión turística	Plan Operativo de Turismo con lineamientos para la gestión del riesgo de desastres incorporados	MinComercio
2.2.18	Lineamientos para la gestión del riesgo de desastres en la actividad Industrial y empresarial	Incorporar los lineamientos para gestión del riesgo de desastres en la actividad Industrial y empresarial	Plan Operativo de Desarrollo Empresarial con lineamientos para la gestión del riesgo de desastres incorporados	MinComercio
2.2.19	Normas técnicas para prevenir el riesgo en los procesos de exploración, explotación, transporte, refinación, procesamiento, beneficio, transformación y distribución de minerales, hidrocarburos y biocombustibles y en la generación, gas natural, gas licuado de petróleo, gas natural licuado transmisión, distribución y comercialización de energía eléctrica	Armonizar y emitir la reglamentación sectorial e integrar la variable de Gestión del Riesgo de Desastres en los procesos de exploración, explotación, transporte, refinación, procesamiento, beneficio, transformación y distribución de minerales, hidrocarburos, y biocombustibles, gas natural, gas licuado de petróleo, gas natural licuado, y en la generación, transmisión, distribución y comercialización de energía eléctrica.	Normas técnicas armonizadas con la ley 1523 de 2012 y respectiva reglamentación para garantizar la gestión del riesgo de desastres en el sector minero energético	MinMinas

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.2.20	Instrumentos o herramientas para prevenir el riesgo en los procesos de exploración, explotación, transporte, refinación, procesamiento, beneficio, transformación y distribución de minerales, hidrocarburos y biocombustibles, gas natural, gas licuado de petróleo, gas natural licuado y en la generación, o transmisión, distribución y comercialización de energía eléctrica	Identificar, desarrollar y hacer seguimiento y fiscalización a la implementación de instrumentos o herramientas de reducción de nuevas condiciones de riesgo en la infraestructura del sector minero-energético	Instrumentos o herramientas identificadas, desarrolladas, con fiscalización y seguimiento	MinMinas UPME ANH ANM
2.2.21	Tecnologías para mejorar la resiliencia de los sistemas productivos	Seleccionar y validar las opciones tecnológicas que mejoren la resiliencia de los sistemas productivos priorizados en los escenarios de riesgos de desastres del sector agropecuario forestal, pesquero y de desarrollo rural	Tecnologías para mejorar la resiliencia de los sistemas productivos del sector agropecuario, forestal, pesquero y de desarrollo rural implementadas	MinAgricultura Corpoica
2.2.22	Adaptación frente a eventos hidrológicos extremos del sector agropecuario forestal, pesquero y de desarrollo rural	Implementar acciones de adaptación del sector agropecuario forestal, pesquero y de desarrollo rural frente a eventos hidrológicos extremos	Acciones implementadas de adaptación a eventos hidrológicos extremos del sector agropecuario forestal, pesquero y de desarrollo rural	MinAgricultura UPRA
2.2.23	Gestión del riesgo de desastres en proyectos del sector agropecuario, forestal, pesquero y de desarrollo rural	Incorporar la gestión del riesgo de desastres en los proyectos de inversión del sector agropecuario forestal, pesquero y de desarrollo rural	Proyectos de inversión del sector agropecuario, forestal, pesquero y de desarrollo rural con la gestión del riesgo de desastres incorporada	MinAgricultura UPRA
2.2.24	Formulación e Implementación del Plan Intersectorial de Gestión de Riesgo de Desastres ante eventos con potencial pandémico.	Fortalecer, mantener y mejorar las capacidades básicas de vigilancia y respuesta epidemiológica en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005	A 2021, todas las entidades del orden nacional y subnacional involucradas en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional 2005 han fortalecido, mantenido y mejorado las capacidades básicas de vigilancia y respuesta establecidas en el mismo.	MinSalud

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
2.2.25	Protección de la salud de la población ante amenazas biológicas, tecnológicas, químicas y radiológicas	Diseñar lineamientos para la protección de la salud de la población ante amenazas biológicas, tecnológicas, químicas y radiológicas	Protocolo diseñado y socializado con todos los actores involucrados	MinSalud MinMinas
2.2.26	Sistema de Emergencias Médicas	Reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	A 2021, se logra implementar el Sistema de Emergencias Médicas en el 50% de los municipios categoría especial y categoría 1 del país.	MinSalud
2.2.27	Hospitales Seguros frente al Riesgo de Desastres	Reducir el riesgo de desastres en el sector salud, a través de la implementación del programa Hospitales Seguros Frente a Desastres	A 2021, se logra mejorar el Índice de seguridad hospitalaria en el 100% de los hospitales priorizados	MinSalud

### OBJETIVO ESTRATÉGICO 3. REDUCIR LAS CONDICIONES EXISTENTES DE RIESGO DE DESASTRES

#### PROGRAMA 3.1 INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN EL ÁMBITO NACIONAL

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
3.1.1	Banco de proyectos de reducción del riesgo dirigido a intervenciones de cobertura Nacional	Implementar un banco de Proyectos de reducción del riesgo de desastres que garantice la priorización y programación así como la adecuada ejecución de intervenciones eficaces con impacto y cobertura nacional	Banco de proyectos de reducción del riesgo de desastres de cobertura e impacto nacional implementado	UNGRD

3.1.2	Medidas de mitigación para proyectos de infraestructura de cobertura nacional	Definir y socializar criterios, procedimientos y medidas de mitigación del riesgo para proyectos de infraestructura de impacto y cobertura nacional de manera coordinada interinstitucionalmente	Criterios, procedimientos y medidas de mitigación para proyectos de infraestructura de cobertura nacional definidos y socializados	MinTransporte MinDefensa MinVivienda MinSalud MinEducación
3.1.3	Fomento de tecnologías alternativas orientadas a la reducción del riesgo de desastres en obras de infraestructura	Identificar y fomentar el uso de medidas de reducción del riesgo de desastres a partir de tecnologías alternativas ambientalmente sostenibles	Medidas de reducción del riesgo de desastres a partir de tecnologías alternativas ambientalmente sostenibles identificadas y fomentadas	UNGRD MinAmbiente MinTransporte
3.1.4	Implementación de tecnologías alternativas ambientalmente sostenibles para garantizar la reducción del riesgo de desastres	Implementar medidas de reducción del riesgo de desastres a partir del uso de tecnologías alternativas ambientalmente sostenibles	10% de los proyectos ejecutados en reducción del riesgo de desastres con tecnologías alternativas y ambientalmente sostenibles implementados	Entidades territoriales MinTransporte MinAgricultura

PROGRAMA 3.2 INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES POR FENÓMENOS DE ORIGEN NATURAL

Proyecto	Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable	
3.2.1	Identificación y promoción de medidas de reducción de la vulnerabilidad para edificaciones en zona de riesgo por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros	Identificar y promover medidas de reducción de la vulnerabilidad de edificaciones localizadas en zonas de riesgo por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros y establecer la obligatoriedad de identificar los sitios de refugio y evacuación vertical para dichas construcciones.	Medidas de reducción de la vulnerabilidad de edificaciones localizadas en zona de riesgo por fenómenos hidrometeorológicos y meteomarineros implementadas y sitios de refugio para evacuación vertical identificados	MinVivienda UNGRD

3.2.2	Reforzamiento estructural de las edificaciones indispensables	Realizar el reforzamiento estructural de las edificaciones indispensables que cada sector requiera para su funcionamiento	50% de las edificaciones indispensables reforzadas estructuralmente	MinSalud MinTransporte Aerocivil MinTic Entidades Territoriales MinDefensa
3.2.3	Procesos de gestión del riesgo ante amenaza de origen marino en los departamentos y municipios costeros	Implementar los procesos de mitigación de riesgo de desastres ante efectos por amenazas de origen marino en los departamentos y municipios costeros, de manera coordinada entre las instituciones nacionales y los territorios	48 municipios costeros con procesos de gestión del riesgo de desastres implementados	Todos los municipios costeros

PROGRAMA 3.3 INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES POR FENÓMENOS DE ORIGEN SOCIO-NATURAL

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
3.3.1	Obras de mitigación frente a amenazas producidas por fenómenos como movimientos en masa, avenidas torrenciales e inundaciones	Implementar obras de mitigación frente a amenazas producidas por fenómenos por movimientos en masa, avenidas torrenciales e inundaciones identificadas en los planes departamentales y municipales de gestión del riesgo de desastres.	Obras de mitigación frente a amenazas por fenómenos de movimientos en masa, avenidas torrenciales e inundaciones definidas en los planes departamentales y municipales de gestión del riesgo de desastres.	Entidades Territoriales

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
3.3.2	Reubicación de plantas físicas institucionales públicas de los sectores educación, bienestar social, salud, seguridad y administración pública	Llevar a cabo la reubicación de las plantas físicas institucionales (edificaciones de entidades públicas) de los sectores educación, bienestar social, salud, seguridad y administración pública que se encuentran en zona de alto riesgo no mitigable	4% de Plantas físicas institucionales ubicadas en zona de alto riesgo no mitigable reubicadas anualmente	Entidades Territoriales MinSalud MinDefensa
3.3.3	Reubicación de hospitales	Llevar a cabo la reubicación de los hospitales que se encuentran en zona de alto riesgo no mitigable	Hospitales que se encuentran en zona de alto riesgo no mitigable reubicados	Entidades Territoriales
3.3.4	Plan de reasentamiento para zonas de alto riesgo	Establecer los contenidos del Plan de Reasentamiento de viviendas ubicadas en zonas de alto riesgo así como el procedimiento para su implementación	Plan de reasentamiento de viviendas ubicadas en zonas de alto riesgo y procedimiento diseñado y socializado	MinVivienda
3.3.5	Plan de reasentamiento para zonas de riesgo no mitigable	Establecer los contenidos del plan de reasentamiento para zonas de riesgo no mitigable y el procedimiento para su formulación e implementación	Plan de reasentamiento y procedimiento formulado y socializado	MinVivienda
3.3.6	Procedimientos de prevención y control de incendios de la cobertura vegetal	Definir las estrategias de prevención y control de incendios de la cobertura vegetal en áreas de interés estratégico para el país.	Estrategias de prevención y control de incendios en áreas de interés estratégico socializadas	Autoridades Ambientales Entidades Territoriales
3.3.7	Procesos de manejo silvicultural y control de especies	Implementar procesos de manejo silvicultural y control de especies invasoras pirogénicas	Procesos de manejo silvicultural y control de especies implementados en el 100% de las áreas de bosque	Entidades Territoriales Autoridades Ambientales

PROGRAMA 3.4 INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES POR EVENTOS DE ORIGEN TECNOLÓGICO

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
3.4.1	Reglamentación del proceso para la reducción del riesgo tecnológico	Reglamentar el proceso para la reducción del riesgo tecnológico con base en los análisis de riesgo que deben cumplir los generadores de riesgo tecnológico (Art. 42 Ley 1523 de 2012, el SGRL, el SINA y el SSPS)	Proceso para la reducción del riesgo tecnológico reglamentado	UNGRD

PROGRAMA 3.5 GESTIÓN FINANCIERA Y ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE DESASTRES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Entidad Responsable
3.5.1	Instrumentos de aseguramiento ante el riesgo de desastres	Diseñar los instrumentos de aseguramiento ante el riesgo de desastres cofinanciados por el estado destinados a los sectores Público, Privado y Comunitario, así como al aseguramiento de servicios públicos vitales	Instrumentos de aseguramiento diseñados	MinHacienda
3.5.2	Acciones para la protección financiera del Estado ante los desastres	Apoyar la implementación de los instrumentos de aseguramiento ante el riesgo de desastres para la protección financiera del Estado ante los desastres en sus diferentes niveles sectoriales y territoriales, con el fin de garantizar una adecuada respuesta ante la ocurrencia de desastres y proteger el equilibrio fiscal a largo plazo	Estrategia diseñada e implementada para el acompañamiento a la aplicación de instrumentos de aseguramiento ante el riesgo de desastres en el nivel sectorial y territorial	UNGRD
3.5.3	Diseño y parametrización de instrumentos financieros ante el riesgo de desastres	Diseñar y parametrizar los instrumentos financieros necesarios para la Gestión del Riesgo en el país (Bonos, CAT SWAPS, seguros, etc.)	2 Instrumentos financieros implementados	MinHacienda
3.5.4	Protección financiera en el sector agropecuario, forestal, pesquero y de desarrollo rural	Implementar mecanismos de protección financiera dirigidos al sector agropecuario, forestal, pesquero y de desarrollo rural ante fenómenos meteorológicos e hidroclimáticos extremos.	Mecanismos de protección financiera en el sector agropecuario implementados	MinAgricultura



## OBJETIVO ESTRATÉGICO 4. GARANTIZAR UN OPORTUNO, EFICAZ Y ADECUADO MANEJO DE DESASTRES

### PROGRAMA 4.1 PREPARACIÓN EN EL NIVEL NACIONAL PARA LA RESPUESTA A EMERGENCIAS

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
4.1.1	Implementación de protocolos y diseño de insumos técnicos de las Funciones Operativas de Respuesta de la Estrategia Nacional para la Respuesta a Emergencias	Consolidar el marco de actuación nacional en Manejo General de la Respuesta, Planeación, Telecomunicaciones, Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades, Aspectos Jurídicos, Aspectos Financieros, Información Pública y Logística de Soporte Operacional	Estrategia Nacional para la Respuesta implementada a nivel de Funciones de Respuesta	UNGRD
4.1.2	Implementación de protocolos y diseño de insumos técnicos de los Servicios Básicos de Respuesta de la Estrategia Nacional para la Respuesta a Emergencias	Consolidar el desempeño de las instituciones nacionales respectivamente en Accesibilidad y Transporte, Salud, Búsqueda y Rescate, Extinción de Incendios, Manejo de Materiales Peligrosos, Agua potable, Ayuda Humanitaria Alimentaria y No Alimentaria, Alojamiento Temporal, Telecomunicaciones para la Comunidad, Reencuentro Familiar, Saneamiento Básico, Energía y Gas, Seguridad y convivencia	Estrategia Nacional para la Respuesta implementada a nivel de Servicios de Respuesta	UNGRD
4.1.3	Capacitación y entrenamiento a nivel institucional para la respuesta a emergencias	Mejorar las competencias técnicas de empleados de instituciones nacionales para su participación en situaciones de emergencia	Entidades nacionales capacitadas para participar en operaciones de respuesta a emergencias	UNGRD
4.1.4	Fortalecimiento del Centro Nacional Logístico de Gestión de Riesgo de Desastres de Colombia.	Fortalecer el Centro Nacional Logístico de Colombia con capacidad para responder a una situación de desastre nacional y apoyar la respuesta internacional que realice la Nación.	Centro Nacional Logístico con capacidad para responder ante desastres a nivel nacional e internacional, fortalecido.	UNGRD

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
4.1.5	Red nacional de telecomunicaciones de emergencia	Generar la conectividad entre las entidades territoriales, las entidades nacionales y la UNGRD a través de diversas redes y medios (HF, VHF, tecnología LTE)	Red nacional de Telecomunicaciones de emergencias conectada a nivel territorial y nacional	MinTic ANE
4.1.6	Salas de crisis territoriales	Optimizar la coordinación de la respuesta a emergencias mediante la creación e implementación de salas de crisis y salas de radios mediante la dotación de equipos y el acompañamiento técnico	32 departamentos y 32 ciudades del país con salas de crisis y sala de radios dotadas y en funcionamiento.	Entidades Territoriales
4.1.7	Entrenamiento interinstitucional para la respuesta nacional a emergencias	Mantener activa la participación de instituciones nacionales en la respuesta a emergencias por medio de simulaciones y simulacros nacionales	Entidades nacionales actualizadas para participar en operaciones de respuesta a emergencias	UNGRD
4.1.8	Red nacional de centros de entrenamiento para la respuesta a emergencias	Optimizar la oferta de facilidades para la capacitación y entrenamiento en servicios básicos de respuesta como búsqueda y rescate, extinción de incendios, manejo de materiales peligrosos y demás que requieran instalaciones especiales	Red de centros de entrenamiento en operación	UNGRD Dirección Nacional de Bomberos Defensa Civil Colombiana
4.1.9	Fortalecer la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales para atender situaciones de desastres y calamidad pública	Fortalecer la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales: incluye la gestión con los actores nacionales y territoriales para la redefinición y reorganización de la red, a través de herramientas de diagnóstico, de capacidad de respuesta y la identificación de las necesidades, con el fin de garantizar el acceso oportuno y suficiente a sangre y componentes sanguíneos seguros en momentos de desastre y calamidad pública.	Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales fortalecida	MinSalud Instituto Nacional de Salud
4.1.10	Planes de acción en salud pública para afrontar eventos con potencial pandémico	Formular planes de emergencia y contingencia en salud pública para afrontar eventos con potencial pandémico	Planes de acción formulados	MinSalud

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
4.1.11	Estrategia nacional para el manejo de eventos recurrentes	Diseñar e implementar la estrategia nacional para el manejo de eventos recurrentes	Estrategia nacional para el manejo de eventos recurrentes diseñada e implementada	UNGRD

PROGRAMA 4.2 PREPARACIÓN EN LOS NIVELES TERRITORIALES PARA LA RESPUESTA A EMERGENCIAS

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
4.2.1	Implementación de estrategias de respuesta a nivel territorial	Consolidar el marco de actuación departamental y municipal para la atención de emergencias	EDREs y EMREs implementadas en todas las entidades territoriales	Entidades Territoriales
4.2.2	Asistencia técnica a entidades territoriales en el proceso de manejo de desastres	Mejorar las competencias técnicas de los Consejos Departamentales y Municipales en su desempeño como orientadores del proceso de manejo de desastres en su jurisdicción	CDGRD y CMGRD capacitadas para el proceso de manejo de desastres	UNGRD Entidades Territoriales
4.2.3	Implementación de sistemas de alerta a nivel regional y local	Mejorar la capacidad y los tiempos de alistamiento y reacción de la comunidad y entidades frente a fenómenos objeto de monitoreo como huracanes, tsunamis, volcánicos, inundaciones, crecientes torrenciales, movimientos en masa, entre otros	Sistemas de alerta implementados en su componente organizacional para los escenarios de riesgo contundentes a nivel regional y local	Entidades Territoriales UNGRD
4.2.4	Equipamiento para la respuesta en entidades territoriales	Mejorar la capacidad de respuesta territorial en la prestación de servicios básicos de respuesta como búsqueda y rescate, extinción de incendios, manejo de materiales peligrosos, entre otros	Capacidad de respuesta aumentada en los 32 departamentos y sus ciudades capitales	Entidades Territoriales
4.2.5	Centros de reserva departamentales y municipios con más de 250,000 habitantes	Mejorar la eficacia y eficiencia territorial en la prestación de servicios básicos de respuesta como Ayuda Humanitaria, Alojamientos Temporales y búsqueda y rescate, entre otros	Departamentos y municipios de más de 250.000 habitantes con Centros de reserva equipados con todos los servicios básicos de respuesta	Entidades Territoriales

4.2.6	Evaluación de daños, prevención y toma de medidas para mitigar impactos sanitarios y fitosanitarios en el sector de agricultura	Reducir y mitigar los impactos sanitarios y fitosanitarios generados por desastres naturales	Acciones implementadas para disminuir impactos sanitarios y fitosanitarios producidos por desastres naturales	MinAgricultura ICA
-------	---	--	---	--------------------

PROGRAMA 4.3 PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA EN ESCENARIOS DE RIESGO REGIONALES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
4.3.1	Formulación e implementación de protocolos nacionales para la respuesta frente a temporadas de fenómenos climáticos	Optimizar la respuesta del nivel nacional y departamental a emergencias asociadas con las temporadas de lluvias y secas más la exacerbación por el fenómeno ENOS	100% de los departamentos ubicados en zonas de influencia de fenómenos climáticos por temporada con protocolos implementados	UNGRD Entidades Territoriales
4.3.2	Elaboración y actualización de protocolos nacionales para la respuesta por fenómenos volcánicos	Optimizar la respuesta del nivel nacional y departamental frente a emergencias asociadas con los volcanes activos del país	100% de los departamentos ubicados en zona de influencia de afectación de los volcanes activos con protocolos implementados	UNGRD Entidades Territoriales
4.3.3	Elaboración y actualización de protocolos nacionales para la respuesta frente a tsunamis en el Pacífico	Optimizar la respuesta del nivel nacional y de los departamentos del Pacífico frente a emergencias asociadas con tsunamis	100% de los departamentos ubicados en zona de influencia de tsunamis con protocolos implementados	UNGRD DIMAR Entidades Territoriales
4.3.4	Elaboración y actualización de protocolos nacionales para la respuesta frente a huracanes en el Caribe	Optimizar la respuesta del nivel nacional y de los departamentos del Caribe frente a emergencias asociadas con huracanes	100% de los departamentos ubicados en zona de influencia de huracanes con protocolos implementados	UNGRD DIMAR Entidades Territoriales
4.3.5	Elaboración y actualización de protocolos de respuesta frente un sismo de impacto nacional	Optimizar la respuesta del nivel nacional y de los departamentos en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia, incluido el D.C. frente a emergencias asociadas con sismos	100% de los departamentos ubicados en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia con protocolos implementados	UNGRD Entidades Territoriales

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
4.3.6	Actualización del Plan Nacional de Contingencia contra derrames de hidrocarburos establecido mediante el Decreto 321 de 1999	Optimizar la respuesta frente a derrames de hidrocarburos, derivados y sustancias nocivas en aguas marinas, fluviales y lacustres	PNC actualizado	MinMinas MinAmbiente MinDefensa DIMAR MinTransporte UNGRD
4.3.7	Elaboración y actualización de protocolos nacionales para la respuesta frente a eventos de origen industrial y tecnológico	Optimizar la respuesta del nivel nacional y de los departamentos frente a emergencias por eventos de origen industrial y tecnológico	Departamentos ubicados en zonas de influencia de afectación por fenómenos de origen industrial y tecnológico con protocolos implementados	UNGRD Entidades Territoriales
4.3.8	Elaboración y actualización de protocolos de respuesta frente a fenómenos de origen biosanitario	Optimizar la respuesta del nivel nacional y de los departamentos frente a emergencias por fenómenos de origen biosanitario	Departamentos ubicados en zonas de influencia de afectación por fenómenos de origen biosanitarios con protocolos implementados	MinSalud UNGRD
4.3.9	Lineamientos operativos para la respuesta a emergencias por afluencia masiva de público	Mejorar la respuesta del nivel nacional, departamentos y ciudades frente a emergencias por aglomeraciones de público	Ciudades de más de 250.000 habitantes con protocolos implementados	MinInterior UNGRD
4.3.10	Guía para la formulación y actualización de planes básicos de emergencia y contingencia en los ERON	Formulación y actualización de la Guía para la formulación y actualización de planes básicos de emergencia y contingencia en los ERON	Guía para la formulación de planes básicos de emergencia y contingencia en los ERON actualizada e implementada	INPEC UNGRD

PROGRAMA 4.4 DESARROLLO DE INSTRUMENTOS TERRITORIALES Y SECTORIALES PARA LA RECUPERACIÓN

Proyecto	Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
----------	-----------------------	------	-------------

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
4.4.1	Estrategia nacional para la recuperación ante desastre nacional	Establecer el modo de operación, políticas de suelo, desempeño sectorial para facilitar los procesos de recuperación ante desastre nacional	Estrategia nacional para la recuperación ante desastre nacional diseñada e implementada	UNGRD DNP
4.4.2	Estrategias sectoriales de rehabilitación y/o recuperación temprana	Fortalecer la capacidad de desempeño de los sectores para la ejecución de acciones de rehabilitación y/o recuperación temprana pos desastre-evento	Siete estrategias sectoriales de apoyo a la rehabilitación diseñadas e implementadas en los sectores de Transporte, Minero-energético, Salud, Educación, Vivienda, Agua, Agricultura,	UNGRD MinTransporte MinMinas MinSalud MinEducación MinVivienda MinAgricultura
4.4.3	Diseño de estrategias sectoriales de reconstrucción	Articular y fortalecer la capacidad de desempeño de los sectores para la ejecución de acciones de reconstrucción pos desastre-evento	Siete estrategias sectoriales de reconstrucción diseñadas e implementadas de Transporte, Minero-energético, Salud, Educación, Vivienda, Agua, Agricultura,	UNGRD MinTransporte MinMinas MinSalud MinEducación MinVivienda MinAgricultura
4.4.4	Diseño de modelos de recuperación para las entidades territoriales	Optimizar el desempeño sectorial de las entidades territoriales en los procesos de recuperación pos declaratoria de calamidad pública	Una guía técnica para la formulación y ejecución del Planes de Acción Específico para la Recuperación	UNGRD

**OBJETIVO ESTRATÉGICO 5. FORTALECER LA GOBERNANZA, LA EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIAL EN LA GESTIÓN DEL RIESGO CON ENFOQUE DIFERENCIAL, DE DIVERSIDAD CULTURAL Y DE GÉNERO**

**PROGRAMA 5.1**

**CENTRO NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO**

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.1.1	Diseño y construcción de un centro nacional de entrenamiento en gestión del riesgo.	Diseñar y construir un centro nacional de entrenamiento en gestión del riesgo adscrito al centro nacional logístico de gestión del riesgo de desastres	Centro nacional de entrenamiento en gestión del riesgo de desastres diseñado, construido y en funcionamiento.	UNGRD

5.1.2	Formular un plan de apoyo para la construcción de 2 centros regionales para la gestión del riesgo de desastres.	Construir de 2 centros regionales para la gestión del riesgo de desastres que incorporen el manejo de suministros para la AHE, banco de materiales y banco de maquinaria	2 centros regionales para la gestión del riesgo de desastres, diseñados, construidos y en funcionamiento.	UNGRD
-------	---	--	---	-------

PROGRAMA 5.2

INCREMENTO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA Y OPERATIVA DE LAS ENTIDADES NACIONALES Y TERRITORIALES EN GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.2.1	Capacitación para la formulación de Estrategias municipales de respuesta, planes de contingencia y protocolos.	Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales y entidades operativas sobre formulación de estrategias municipales de respuesta, planes de contingencia y protocolos.	Entidades territoriales capacitadas en formulación de las Estrategias de respuesta, planes de contingencia y protocolos formulados	UNGRD
5.2.2	Formación en gestión del riesgo de desastres para coordinadores territoriales y funcionarios públicos	Desarrollar programas de formación en gestión del riesgo de desastres dirigidos a los coordinadores territoriales y funcionarios públicos tomadores de decisiones en el ámbito territorial y sectorial	Programas de formación en gestión del riesgo de desastres desarrollados	UNGRD
5.2.3	Fortalecimiento a nivel territorial para el desarrollo de la gestión del riesgo de desastres	Incorporación de la Gestión del Riesgo en el Programa de Generación y Fortalecimiento de Capacidades Institucionales para el Desarrollo Territorial	300 Entidades territoriales utilizando el programa de Generación y Fortalecimiento de Capacidades Institucionales para el Desarrollo Territorial	DNP UNGRD
5.2.4	Asistencia técnica para el seguimiento e implementación de la gestión del riesgo en los POT	Capacitar a municipios frente al seguimiento e implementación de la gestión del riesgo en los POT.	400 municipios asistidos mediante capacitación	MinVivienda
5.2.5	Formación a Entidades del SNGRD para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de gestión del riesgo con enfoque diferencial, de diversidad cultural y de género.	Capacitar a los funcionarios de las entidades del SNGRD en el enfoque diferencial, de diversidad cultural y de género para diseñar, implementar y evaluar las estrategias de atención a la población antes, durante y después de una emergencia.	Entidades pertenecientes al SNGRD capacitadas	UNGRD

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.2.6	Fortalecimiento en Gestión de Riesgo de desastres a los integrantes del SINA	Implementar estrategias de capacitación e información a los integrantes del SINA	Integrantes del SINA capacitados e informados en Gestión del Riesgo de desastres	UNGRD
5.2.7	Actualización e Implementación del Plan Estratégico de Cooperación Internacional en Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2018	Identificar y priorizar las áreas estratégicas de oferta y demanda de cooperación internacional en GRD para Colombia con el fin de fortalecer las capacidades institucionales, técnicas y operativas de las entidades públicas, privadas y comunitarias que hacen parte del SNGRD; así como fomentar el intercambio de experiencias y capacidades con otros países para contribuir con sus procesos de desarrollo.	(1) Un Plan de Estratégico Cooperación Internacional en Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2018 actualizado e implementado	UNGRD MinExteriores APC- Colombia
5.2.8	Programa de educación y capacitación en gestión del riesgo de desastres	Diseñar e implementar un programa en gestión del riesgo de desastres dirigido a servidores del INPEC y a internos (as).	(1) Un programa en gestión del riesgo de desastres dirigido a servidores del INPEC y a internos (as) diseñado e implementado.	MinJusticia UNGRD

PROGRAMA 5.3 PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.3.1	Lineamientos para la incorporación del enfoque diferencial en la gestión del riesgo de desastres	Diseñar y socializar los lineamientos para la gestión del riesgo de desastres con grupos poblacionales específicos en el territorio colombiano	Lineamientos para la gestión del riesgo de desastres con grupos poblacionales específicos diseñados y socializados	UNGRD
5.3.2	Poblaciones gestionando el riesgo	Diseñar e implementar estrategias participativas con enfoque diferencial dirigidas a fortalecer el conocimiento que tienen las poblaciones sobre los riesgos en su entorno, su reducción y la preparación de la respuesta ante eventuales emergencias y desastres.	Estrategias participativas diseñadas e implementadas con 8 grupos poblacionales	UNGRD



Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.3.3	Prácticas y saberes étnicos para la gestión del riesgo de desastres	Diseñar e implementar participativamente una estrategia nacional que promueva el reconocimiento y fortalecimiento de saberes y prácticas ancestrales de la población en general, y en particular las comunidades indígenas, afrocolombianas, negras, raizales, palenqueras y ROM frente al riesgo de desastres y la adaptación a la variabilidad y el cambio climático.	3 estrategia elaboradas de manera participativa y enmarcada dentro de los parámetros de enfoque étnico, diseñadas e implementadas	MinInterior MinCultura
5.3.4	Implementación de rutas de evacuación dirigidas a población en condición de discapacidad.	Instalar rutas de evacuación en las edificaciones indispensables dirigidas a población en condición de discapacidad.	34 ciudades del país con rutas de señalización de evacuación en las edificaciones indispensables para población en condición de discapacidad instaladas	Entidades Territoriales
5.3.5	Participación social y comunitaria para la toma de decisiones en gestión del riesgo de desastres	Promover la participación social y comunitaria en la toma de decisiones y seguimiento para la gestión del riesgo de desastres en las entidades territoriales.	Acciones de promoción y seguimiento a la participación social y comunitaria implementadas	UNGRD
5.3.6	Estrategia de participación social para la prevención de incendios forestales	Implementar una estrategia para la participación de actores sectoriales e institucionales y comunidad en general, para generar la cultura de la prevención frente a los incendios forestales	Estrategia de participación social para la prevención de incendios forestales implementada y socializada	MinAmbiente Entidades Territoriales

PROGRAMA 5.4 EDUCACIÓN EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.4.1	Adecuación de los Proyectos Ambientales Escolares en gestión del riesgo de desastres	Armonizar los planes escolares de gestión del riesgo a las acciones de prevención y promoción que adelantan los proyectos pedagógicos en los establecimientos educativos.	50% de los PEGR con los alcances de formación para la ciudadanía y los proyectos pedagógicos armonizados	MinEducación
5.4.2	Fomento de la gestión del riesgo de desastres en la educación superior	Diseñar estrategias que fomenten e incorporen a nivel curricular la gestión del riesgo de desastres en los programas de educación	Estrategias diseñadas e implementadas	MinEducación

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
		superior		

PROGRAMA 5.5 COMUNICACIÓN SOCIAL E INFORMACIÓN PÚBLICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.5.1	Aprendizajes sobre el riesgo	Diseñar e implementar parques interactivos en gestión del riesgo de desastre, que faciliten el acercamiento de las comunidades al conocimiento del riesgo	2 parques interactivos diseñados e implementados	UNGRD
5.5.2	Información, educación y comunicación (IEC) para conocer el riesgo y reducirlo	Implementar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para que las comunidades y en general todos los habitantes del país conozcan los riesgos que enfrentan y las alternativas para disminuir su vulnerabilidad (relación con el territorio, aseguramiento, preparación ante la amenaza)	Estrategias de información, educación y comunicación (IEC) diseñada e implementada	UNGRD
5.5.3	Gestión de información y conocimiento sobre gestión del riesgo	Elaborar una estrategia de intercambio de información y conocimiento a nivel nacional e internacional, sobre gestión del riesgo de desastres	1 estrategia para el intercambio de información y conocimiento sobre gestión del riesgo generada e implementada	UNGRD
5.5.4	Módulo virtual para la formación en gestión del riesgo de desastres de desastres dirigido a niños, niñas y adolescentes	Diseño y creación de un módulo virtual en formación en gestión del riesgo de desastres para el fortalecimiento de la cultura de la gestión del riesgo de desastres en la población de niños, niñas y adolescentes	1 módulo virtual de gestión del riesgo de desastres diseñado y creado	MinTic UNGRD
5.5.5	Señalización de emergencia preventiva	Promover la Implementación de un piloto para la señalización de emergencia preventiva (óptica, acústica, táctil, olfativa y gestual) frente a los riesgos existentes en los municipios	1 municipio piloto con señalización de emergencia implementado y socializado	UNGRD

Proyecto		Objetivo del Proyecto	Meta	Responsable
5.5.6	Divulgación de los niveles de exposición a las radiaciones electromagnéticas no ionizantes recomendadas internacionalmente como no riesgosas para la salud	Implementar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para que las comunidades y en general todos los habitantes del país conozcan las recomendaciones internacionales con relación a los límites de exposición a las radiaciones electromagnéticas no ionizantes reconocidos como seguros para la salud y las mediciones realizadas por la Agencia Nacional del Espectro para verificar su cumplimiento.	Participación en el 100% de campañas nacionales y regionales de divulgación de información realizadas en conjunto con entidades Estatales y privadas.	ANE CRC MinTic

#### CAPÍTULO 4. FINANCIAMIENTO DEL PNGRD

El Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres contará con los recursos de financiación mediante los cuales se dará ejecución y cumplimiento a sus componentes general y programático con el fin de lograr una incidencia sectorial en la ejecución de proyectos del orden nacional y territorial. Atendiendo los parágrafos 1 y 2 del Artículo 22 del Decreto 1974 de 2013: “los recursos del Fondo Nacional se orientarán, asignarán y ejecutarán con base en las directrices que establezca el Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y con las previsiones especiales que contemplen los planes de acción específicos para la rehabilitación, reconstrucción y recuperación” “Las entidades del orden nacional, regional, departamental, distrital y municipal, incluirán en sus presupuestos anuales y, en adelante, las partidas presupuestales que sean necesarias para la realización de las tareas que le competen en materia de conocimiento y reducción de riesgos y de manejo de desastres”.

#### CAPÍTULO 5. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PNGRD

En el marco de la formulación del Plan Nacional de Gestión de Riesgo, el componente de seguimiento y evaluación, que hace parte de este documento, se soporta en los procesos de planeación existentes y se constituye como un instrumento aplicable a los actuales procesos institucionales. En este sentido, se ha propuesto que el componente de evaluación y seguimiento, genere las articulaciones necesarias que permitan conocer la eficiencia de las políticas públicas sectoriales orientadas al desarrollo, teniendo en cuenta una estructura organizacional de múltiples niveles y redes con efectos directos en el bienestar de los colombianos como la seguridad, la salud, la calidad de vida y el desarrollo sostenible.

Como base fundamental de este proceso, se toma como punto de partida el proceso de planeación del desarrollo, tanto a nivel sectorial como territorial que se ha venido construyendo desde la Constitución Política

del 91 que ha alcanzado un nivel de madurez institucional importante. Por lo tanto, se buscará enfatizar en el reconocimiento de los avances institucionales, la recopilación de los resultados y la coordinación en los elementos de orientación del conocimiento de los escenarios de riesgo y las acciones de reducción, que fueron enmarcados en el Plan.

Adicionalmente, en este componente se propone la construcción de información de seguimiento en la perspectiva del riesgo, teniendo como soporte la información proveniente de los sistemas de seguimiento y evaluación de los Comités Nacionales y de los Consejos Territoriales de Gestión del Riesgo, que se encuentran articulados a las prioridades y lineamientos definidos en el presente Plan Nacional de Gestión del Riesgo. Gracias a esto, se buscará determinar la capacidad del gobierno de alinear las necesidades con las políticas y de establecer patrones de interacción entre los diferentes niveles y redes.

## ACRÓNIMOS Y SIGLAS

AEROCIVIL: Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil

ANE: Agencia Nacional del Espectro

ANH: Agencia Nacional de Hidrocarburos

ANI: Agencia Nacional de Infraestructura

ANLA: Autoridad Nacional de Licencias Ambientales

ANM: Agencia Nacional Minera

COLCIENCIAS: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación

CRC: Comisión de Regulación de las Comunicaciones

DNP: Departamento Nacional de Planeación

DIMAR: Dirección General Marítima

EPSP: Entidades Prestadoras de Servicios Públicos

IDEAM: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales

IGAC: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

INVIAS: Instituto Nacional de Vías

INVEMAR: Instituto de Investigaciones Marinas y Costeras “José Benito Vives de Andrés”

IPSE: Instituto de Planificación y Promoción de Soluciones Energéticas para las zonas no interconectadas

MinAgricultura: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural

MinAmbiente: Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible

MinComercio: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

MinCultura: Ministerio de Cultura

MinEducación: Ministerio de Educación

MinExteriores: Ministerio de Relaciones Exteriores

MinHacienda: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

MinInterior: Ministerio del Interior

MinMinas: Ministerio de Minas y Energía

MinSalud: Ministerio de Salud y de la Protección Social

MinTic: Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

MinTransporte: Ministerio de Transporte

MinVivienda: Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio

PNGRD: Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

UASPNN: Unidad Administrativa Especial del Sistema de Parques Nacionales Naturales

UNGRD: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres

UPME: Unidad de Planificación Minero Energética

SNGRD: Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

**Anexos matriz beneficios de la cultura  
Informe de Colombia del Protocolo de San Salvador**

**Tabla 1: Ratificación por parte del Estado de los siguientes instrumentos internacionales, entre otros, que reconocen os derechos culturales:**

No.	PROTOCOLOS INSTRUMENTOS	OBSERVACIONES	COLOMBIA EN PARTE	LEY APROBATORIA	SENTENCIA	ENTRADA EN VIGOR
<b>CONVENIOS FUNDAMENTALES OIT</b>						
1.	Convenio Relativo al Trabajo Forzoso u Obligatorio, 1930 (núm. 29)		Si.	Ley 23 del 14 de junio de 1967.	NA	Colombia: 04/03/1970  A nivel internacional: 01/05/1932
2.	Convenio Relativo a la Abolición del Trabajo Forzoso, 1957 (núm. 105)		Si.	Ley 54 del 31 de octubre de 1962.  Decreto 1280 de 1995 (promulgación).	NA	Colombia: 07/06/1964  A nivel internacional: 17/01/1959
3.	Convenio sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo, 1973 (núm. 138)		Si.	Ley 515 del 4 de agosto de 1999.  Decreto 882 de 2001 (promulgación).	C-325/2000 del 22/03/2000	Colombia: 02/02/2002  A nivel internacional: 19/06/1976
4.	Convenio Sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para		Si.	Ley 704 del 27 de noviembre de 2001.  Decreto 1547 de 2005 (promulgación).	C-535/2002 del 16/07/2002	Colombia: 28/01/2006  A nivel internacional: 19/11/2000



	su Eliminación, 1999 (núm. 182)					
5.	Convenio Relativo a la Igualdad de Remuneración entre la Mano de Obra Masculina y la Mano de Obra Femenina por un Trabajo de Igual Valor, 1951 (núm. 100)		Si.	Ley 54 de 1992.	NA	Colombia: 07/06/1964  A nivel internacional: 23/05/1953
6.	Convenio Relativo a la Discriminación en Materia de Empleo y Ocupación, 1958 (núm. 111)		Si.	Ley 22 del 14 de junio de 1967. Decreto 1270 de 1997 (promulgación).	NA	Colombia: 04/03/1969 A nivel internacional: 15/06/1960
7.	Convenio Relativo a la Libertad Sindical y a la Protección del Derecho de Sindicación, 1948 (núm. 87)		Si.	Ley 22 del 15 de septiembre de 1967.  Decreto 1272 de 1997 (promulgación).	NA	Colombia: 16/11/1977  A nivel internacional: 04/07/1950
8.	Convenio Relativo a la aplicación de los principios del Derecho de Sindicación y de Negociación Colectiva, 1949 (núm. 98)		Si.	Ley 27 del 9 de octubre de 1967.  Decreto 1265 de 1997 (promulgación).	NA	Colombia: 16/11/1977  A nivel internacional: 18/07/1951
9.	Convenio sobre la representación de los trabajadores, 1971 (núm. 135)		No			





10.	Convenio sobre las organizaciones de trabajadores rurales, 1975 (núm. 141)		No			
11.	Convenio sobre las relaciones laborales de los servidores públicos, 1978 (núm. 151)		Si.	Ley 411 del 5 de noviembre de 1997.  Decreto 424 de 2001 (promulgación).	C-377/1998 del 27/07/1998	Colombia: 08/12/2001  A nivel internacional: 25/02/1981
12.	Convenio sobre negociación colectiva, 1981 (núm. 154)		Si.	Ley 524 del 19 de junio de 1999.  Decreto 425 del 2001 (promulgación).	C-161/2000 del 14/03/2000	Colombia: 08/12/2001  A nivel internacional: 11/08/1983
13.	Convenio sobre las consultas tripartitas, 1976 (núm. 144)		Si.	Ley 410 del 4 de noviembre de 1997.  Decreto 108 de 2001 (promulgación).	C-376/1998 del 27/07/1998	En Colombia: 09/11/2000  A nivel internacional: 16/05/1978
<b>PRINCIPALES INSTRUMENTOS OEA</b>						
14.	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre		Si.	Ley 38 del 20 de febrero de 1936.	NA	En Colombia: 22/07/1936
15.	Convención Americana sobre Derechos Humanos, Carta de la OEA		Si.	Ley 16 del 30 de diciembre de 1972.	NA	En Colombia y a nivel internacional 18/07/1978
16.	Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo		Si.	Ley 15 del 28 de noviembre de 1969.	NA	En Colombia y a nivel internacional



	de Buenos Aires”			Decreto 1640 de 1990 (promulgación).		I: 27/02/1970
17.	Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo de Cartagena de Indias"		Si.	Ley 77 del 30 de noviembre de 1986.  Decreto 1640 de 1990 (promulgación).	NA	En Colombia: 12/03/1987  A nivel internacional: 16/11/1988
18.	Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo de Washington"		Si.	Ley 210 del 15 de septiembre de 1995.  Decreto 2061 de 1999 (promulgación).	C-187/1996 del 08/05/1996	En Colombia 03/07/1996  A nivel internacional: 25/09/1997
19.	Protocolo de Reforma a la Carta de la OEA: "Protocolo de Managua"		Si.	Ley 215 del 7 de noviembre de 1995.  Decreto 1268 de 1997 (promulgación).	C-283/1996 del 27/06/1996	En Colombia: 15/11/1996  A nivel internacional: 29/01/1996
20.	Información sobre Tratado de Escazú	La República de Colombia suscribió el instrumento y está pendiente de surtir trámite interno de aprobación.				
<b>INSTRUMENTOS QUE RECONOCEN DERECHOS CULTURALES</b>						
21.	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales	Este acuerdo tiene un protocolo firmado en Nueva York el 10 de diciembre de 2008, del cual	Si.	Ley 74 del 26 de diciembre de 1968.  Decreto 2110 de 1998 (promulgación).	NA	En Colombia y a nivel internacional: 03/01/1976



		Colombia no es parte				
22.	Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales		Si.	Ley 1516 del 6 de febrero del 2012.	C-767/2012 del 03/10/2012	En Colombia: 19/03/2013
23.	Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial		Si.	Ley 1037 del 25 de julio de 2006.  Decreto 2380 de 2008 (promulgación).	C-120/2007 del 04/09/2007	En Colombia: 19/03/2008  A nivel internacional: 20/04/2006
24.	Convención sobre la protección del patrimonio mundial cultural y natural		Si.	Ley 45 del 15 de diciembre de 1983.	NA	En Colombia: 24/08/1983  A nivel internacional: 17/12/1975
25.	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial		Si.	Ley 22 del 22 de enero de 1981.  Decreto 2492 de 1982 (promulgación).	NA	En Colombia: 02/10/1981  A nivel internacional: 04/01/1969
26.	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – CEDAW		Si.	Ley 51 del 02 de junio de 1981.  Decreto 2492 de 1982 (promulgación).	NA	En Colombia: 18/02/1982  A nivel internacional: 03/09/1981



27.	Convención sobre los Derechos del Niño		Si.	Ley 12 del 22 de enero de 1991.  Decreto 94 de 1992 (promulgación).	NA	En Colombia: 27/02/1991  A nivel internacional: 02/09/1990
28.	Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares		Si.	Ley 146 del 13 de julio de 1994.  Decreto 2084 de 1995 (promulgación).	C-106/1995 del 15/03/1995	En Colombia: 01/07/2003  A nivel internacional: 01/07/2003
29.	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad		Si.	Ley 1346 del 31 de julio de 2009.	C-293/2010 del 21/04/2010	En Colombia: 09/06/2011  A nivel internacional: 03/05/2008
30.	Convenio N. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes		Si.	Ley 21 del 4 de marzo de 1991.  Decreto 1024 de 1994 (promulgación).	NA	En Colombia: 07/08/1992  A nivel internacional: 05/09/1991
31.	Declaración del Milenio		Si.	NA	NA	15/05/2006
32.	Instrumentos de DDHH de la OEA: Convención Americana DDHH		Si.	Ley 16 del 30 de diciembre de 1972.  Decreto 2010 de 1988(promulgación).	NA	En Colombia: 18/07/1978  A nivel internacional:



						18/07/1978
33.	Instrumentos de DDHH de la OEA: Carta Social de la OEA		No.			
34.	Apoyo público del país a la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas.	Colombia se abstuvo en la votación de la Declaración alegando incompatibilidades legales	No.			
<b>AMBIENTE SANO / MEDIO AMBIENTE</b>						
35.	Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación	Protocolo de Basilea Sobre Responsabilidad e Indemnización por Daños Resultantes de los Movimientos Transfronterizos de Desechos Peligrosos y su Eliminación. Colombia depositó instrumento de ratificación el 22 de julio del 2008 sin embargo, no han ratificados todos los necesarios para su entrada en vigor internacional.	Si.	Ley 253 del 09 de enero de 1992.  Decreto 2061 de 1999 (promulgación).	C-377/1996 del 22/08/1996	Colombia: 31/03/1997  A nivel internacional: 05/05/1992
36.	Protocolo de Cartagena sobre seguridad en la biotecnología		Si.	Ley 740 del 24 de mayo de 2002.	C-071/2003 del 04/02/2003	11/09/2003 (a nivel internacional y para Colombia)



	del convenio sobre la diversidad biológica					
37.	Convenio sobre la Diversidad Biológica		Si.	Ley 165 del 9 de noviembre 1994.  Decreto 205 de 1996 (promulgación).	C-519/1994 del 21/11/1994	Colombia: 26/02/1995  A nivel internacional: 29/12/1993
38.	Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres		Si.	Ley 17 del 22 de enero de 1981.  Decreto 2492 de 1982 (promulgación).	NA	Colombia: 29/11/1981  A nivel internacional: 01/07/1975
39.	Convenio sobre Especies Migratorias		No.			
40.	Convención sobre la Protección del Patrimonio Mundial Cultural y Natural		Si.	Ley 45 del 15 de diciembre de 1983.  Decreto 435 de 1997 (promulgación).	NA	Colombia: 24/08/1983  A nivel Internacional: 17/12/1975
41.	Protocolo de Kyoto sobre cambio climático		Si.	Ley 629 del 27 de diciembre de 2000.  Decreto 1546 de 2005 (promulgación).	C-860/2001 del 15/08/2001	16/02/2005 (a nivel internacional y para Colombia)
42.	Protocolo de Montreal sobre sustancias que agotan la capa de ozono		Si.	Ley 29 del 28 de diciembre de 1992.  Decreto 2082 de 1995 (promulgación).	C-379/1993 del 09/09/1993	Colombia: 02/03/1994  A nivel Internacional: 01/01/1989



43.	Convención de Ramsar sobre los Humedales de Importancia Internacional especialmente como Hábitat de Aves Acuáticas		Si.	Ley 375 del 21 de enero de 1997.  Decreto 2052 de 1999 (promulgación).	C-582/1997 del 13/11/1997	Colombia: 18/06/1998  A nivel Internacional: 21/12/1975
44.	Convenio de Rotterdam sobre el Procedimiento de Consentimiento Fundamentado Previo Aplicable a Ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos Objeto de Comercio Internacional		Si.	Ley 1159 del 20 de septiembre de 2007.  Decreto 3448 de 2011 (promulgación).	C-538/2008 del 28/05/2008	Colombia: 03/03/2009  A nivel Internacional: 24/02/2004
45.	Convenio de Estocolmo sobre los Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs)		Si.	Ley 1196 del 5 de junio de 2008.  Decreto 377 de 2009 (promulgación).	C-944/2008 del 01/10/2008	Colombia: 20/01/2009  A nivel Internacional: 17/05/2004
46.	Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación		Si.	Ley 461 del 04 de agosto de 1998.	C-229/1999 del 14/04/1999	Colombia: 06/09/1999  A nivel Internacional: 26/12/1996
47.	Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho del mar		No. Colombia firmó pero no ratificó.			



La cultura  
es de todos

Mincultura

48.	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático		Si.	Ley 164 del 27 de octubre de 1994.  Decreto 2081 de 1995(promulgació n).	C-073/1995 del 23/02/1995	Colombia: 20/06/1995  A nivel Internacion al: 21/03/1994
-----	--	--	-----	---	---------------------------------	--

**Campañas realizadas por parte del Estado y la sociedad civil para divulgar o promover los derechos culturales en los últimos cinco años. (Detalle.)**



## 2015

- **Nombre:** *Año José Barros*  
**Descripción:** El Ministerio de Cultura declaró 2015 como el *Año José Barros* para conmemorar el centenario del natalicio de este prolífico compositor colombiano, autor de más de 700 obras de diversos géneros. Durante el año se promovieron iniciativas como los conciertos del centenario de natalicio del maestro Barros en El Banco, Magdalena, y el de la celebración nacional del Día de la Independencia en Palmira, Valle del Cauca. Su obra también fue eje de jornadas de masiva participación nacional como *Celebra la Danza y Celebra la Música*.
- **Nombre:** *Plan Nacional de Lectura y Escritura 'Leer es mi cuento'*  
**Descripción:** Esta campaña buscó promover el hábito de la lectura entre los colombianos y aumentar sus índices a través del Plan Nacional de Lectura y Escritura 'Leer es mi cuento', a través de la formación de hábitos de lectura se asienta en las primeras experiencias de la niñez, 'Leer es mi cuento' centró sus esfuerzos en esta población y aprovechó los desarrollos institucionales sobre la primera infancia, esta iniciativa, convirtió por primera vez en protagonistas al grupo de menores de seis años, dentro del programa de fomento de la lectura.
- **Nombre:** *Regalar un libro es mi cuento*  
**Descripción:** El Ministerio de Cultura en conjunto con el Ministerio de Educación y la Cámara Colombiana del Libro realizaron la campaña "*Regalar un libro, es mi cuento*", para que los colombianos regalaran un libro nuevo a más de 8 millones de estudiantes de colegios públicos del país.
- **Nombre:** *Apégate a la lectura en voz alta*  
**Descripción:** La campaña propuso promover que padres de familia y adultos adoptaran el hábito de la lectura en voz alta con los niños para despertar su interés y aprecio por los libros y la lectura. Así mismo, la iniciativa buscaba impulsar la lectura para que los jóvenes y niños obtuvieran mejores resultados a lo largo del sistema escolar.
- **Nombre:** *Comunidad-es arte, biblioteca y cultura*  
**Descripción:** Esta iniciativa buscaba aportar al fortalecimiento del tejido social, para lograr la integración comunitaria de las familias que habitaban las viviendas de interés prioritario, 100% gratuitas del gobierno nacional. Se desarrolló a través de jornadas socioculturales compuestas por tres ejes transversales: artístico cultural y patrimonial; psicosocial y de acción sin daño y de fomento de la lectura; escritura y acceso a bibliotecas.
- **Nombre:** *Convocatoria 'Premio Hispanoamericano de Cuento Gabriel García Márquez 2015'*  
**Descripción:** La convocatoria buscaba premiar el quehacer de los cuentistas de lengua española y honrar la memoria del Premio Nobel colombiano, Gabriel García Márquez, uno de los escritores más populares y leídos en el mundo. Esta iniciativa, también proponía motivar en los colombianos la lectura y la escritura.
- **Nombre:** *Convocatoria Programa Nacional de Concertación Cultural 2015*  
**Descripción:** El Ministerio de Cultura desde el Programa Nacional de Concertación Cultural, busca impulsar, facilitar, apoyar y hacer visibles procesos y actividades culturales de interés común a través de la entrega de recursos económicos. Las organizaciones culturales del país de diverso nivel de desarrollo, cobertura y ubicación geográfica presentan proyectos culturales respondiendo a una convocatoria anual y pública, que precisa requisitos de participación, criterios de selección, de

evaluación, asignación de recursos y de seguimiento al uso de los recursos públicos a través del apoyo financiero. Pueden participar personas jurídicas del sector público como gobernaciones, alcaldías y entidades públicas de carácter cultural, cabildos, resguardos y asociaciones indígenas, consejos comunitarios de comunidades negras y personas jurídicas sin ánimo de lucro del sector privado cuyo objeto social incluya actividades culturales.

- **Nombre:** *15 Salones Regionales de Artistas*  
**Descripción:** En 2015 se realizó la edición 15 de los Salones Regionales de Artistas. Este programa se ha constituido en uno de los de mayor relevancia dentro de la activación del campo de las artes visuales en todas las regiones de Colombia. Progresivamente, estos salones se han convertido en un recurso para representar las culturas regionales, propiciar la descentralización y hacer visible la diversidad cultural que caracteriza al país. Los Salones Regionales son considerados como el canal para desarrollar un programa que incida en los distintos componentes del campo artístico ya mencionado, al tiempo que se basan en una concepción que procura lograr una construcción cultural y política colectiva.
- **Nombre:** *Septiembre Mes del Patrimonio*  
**Descripción:** A través de esta celebración el Ministerio de Cultura promovió una nutrida programación que invitó a los colombianos a apropiarse y reconocer el patrimonio cultural de la Nación. En 2015 el eje central fue 'La memoria'.  
A través de esta iniciativa se buscó abrir un espacio para reflexionar sobre la importancia de salvaguardar, conservar, proteger y difundir las riquezas culturales de Colombia. El patrimonio cultural está relacionado con los valores culturales de la comunidad que lo produce, nos habla de las tradiciones, creencias y espacios de un país y su gente.

## 2016

- **Nombre:** Clave Alharaca  
**Descripción:** Esta iniciativa, promocionó una colección de recomendaciones prácticas que apuntan a la cualificación de los contenidos destinados a los niños y que está dividida en las diferentes fases que se deben tener en cuenta a la hora de pensar, realizar y circular contenidos para la niñez.
- **Nombre:** *Cuerpo Sonoro – MaguaRED*  
**Descripción:** proyecto del Ministerio de Cultura orientado a formar a los agentes educativos y culturales (relacionados con la primera infancia) con insumos de desarrollo para construir estrategias pedagógicas centradas en los niños y en la exploración y disfrute de experiencias artísticas y estéticas descubiertas desde los sentidos.
- **Nombre:** *Celebración del Día Mundial de la Paz*  
**Descripción:** esta campaña permitió promocionar la obra *"Tejiendo la paz"* que reunió música, proyecciones multimedia y una puesta en escena, con más de 120 artistas. Esta iniciativa del Ministerio de Cultura y el Teatro Colón se realizó para sumarse a la conmemoración del Día Internacional de la Paz establecido por la ONU. La obra fue presentada en la Plaza de Bolívar, con entrada libre y transmisión por televisión a través de Señal Colombia y Canal Institucional.
- **Nombre:** *Vacaciones Leer es mi cuento*

**Descripción:** el concurso 'Leer es mi cuento en vacaciones' tuvo como objetivo promover que los niños pudieran transmitir las emociones que les producen los libros, que llegaran a sus manos, tanto en los espacios de las bibliotecas, como fuera de ellas. El jurado buscó aquellos comentarios en que el niño o joven identificara las ideas principales del libro y sus elementos para hacer una reflexión genuina y novedosa que expresara su opinión con argumentos sólidos, en los que fuera evidente que hubiera leído el libro en su totalidad.

- **Nombre:** *Nuevo Portal Único de Espectáculos Públicos*  
**Descripción:** Esta iniciativa del Gobierno Nacional se lanzó para fortalecer las medidas de simplificación de trámites que comprende la Ley 1493 de 2011 – Ley de Espectáculos Públicos de las Artes Escénicas. El portal se diseñó como una herramienta fundamental para el sector, que permita la transparencia y la coordinación intersectorial facilitando la transparencia de los trámites que deben hacer los productores, operadores de boletería y municipalidades ante los entes gubernamentales.
- **Nombre:** *Convocatoria Coro Infantil y Juvenil de Colombia*  
**Descripción:** Esta convocatoria se desarrolló con el objetivo de integrar el Coro Infantil y Juvenil de Colombia. Los 100 mejores coristas seleccionados participaron en una residencia artística y en Celebra la Música 2016.  
Esta iniciativa tenía como objetivo dinamizar y fortalecer el movimiento coral colombiano, facilitando un espacio de formación, encuentro y producción artística con ocasión del día: ¡Celebra la Música!
- **Nombre:** *Gran Concierto Pazcífico Sinfónico*  
**Descripción:** Esta iniciativa promocionaba un concierto en homenaje a la música del Pacífico colombiano, a sus artistas y a sus diversos ritmos. Con esta iniciativa, además de difundir la música del Pacífico, se buscó reconocer la enorme riqueza y el gran legado cultural de esta región. La interpretación de 18 temas corrió por cuenta de la Orquesta Sinfónica Nacional junto a la marimba de Hugo Candelario González, especialista en la música del Pacífico, marimbero y director del Grupo Bahía.
- **Nombre:** *Colón Itinerante*  
**Descripción:** Colón itinerante, una iniciativa del Ministerio de Cultura y el Teatro Colón que buscó acercar la experiencia teatral a través de programación artística y cultural a diferentes departamentos y municipios del país, con una oferta para todos los públicos en plazas, parques principales e infraestructuras culturales que habían sido recuperadas o construidas entre 2011 y 2015.
- **Nombre:** *Campaña para reconstruir el teatro César Conto, de Quibdó*  
**Descripción:** El proyecto se desarrolló a través de una campaña que lideró La W radio y el Ministerio de Cultura. La iniciativa buscó fomentar los aportes de los colombianos, personas naturales y empresas, para que hicieran donaciones en recursos y en especie, con el objetivo de construir el nuevo teatro de la capital chocona.

## 2017

- **Nombre:** *Teatro Colón celebra 125 años con grandes producciones*  
**Descripción:** El Teatro Colón celebró sus 125 años con una programación que reunió grandes producciones e invitados internacionales. La agenda congregó las franjas Toque Colón, con música juvenil y tradicional; la franja Pequeño Colón, con programación para los niños y toda la familia; las dos temporadas de la Orquesta Sinfónica Nacional de Colombia con una importante participación de

artistas y solistas, a propósito de las Temporadas Cruzadas: Colombia-Francia 2017; la franja Colón Acústico, con música de cámara; y teatro colombiano, ópera, zarzuela, danza y actividades académicas.

Dentro de los espectáculos presentados se destacaron 'Kijote Kathakali', un hermoso espectáculo de danza y teatro de la India; la ópera contemporánea 'La Digitale', una comisión de la Ópera de Marsella compuesta por el colombiano Juan Pablo Carreño; la ópera 'Otello', realizada por el aclamado director escénico alemán Willy Decker; la obra teatral 'Shakespeare enamorado', adaptación de la película de Disney que con un elenco estelar y totalmente colombiano; la 'Cervantina', de la compañía española Ron Lalá; la zarzuela Cecilia Valdés, y Kronos Quartet, uno de los más importantes cuartetos del mundo.

- **Nombre:** *Año Colombia-Francia 2017*

**Descripción:** La estrategia entre los dos países buscó posicionar el Año Colombia-Francia 2017 como el proyecto de cooperación más relevante suscrito entre las dos naciones en toda su historia. Esta iniciativa se desarrolló a partir de dos temporadas una en Colombia y la otra en el país galo.

El año cruzado involucró diferentes ámbitos de intercambios culturales, artísticos, comerciales, académicos y deportivos, y finalizó con un balance relevante: 2.000 colombianos y franceses participaron en la programación que reunió 1.000 eventos y cerca de 4 millones de personas disfrutaron y se beneficiaron de sus actividades y proyectos, realizados en más de 70 ciudades y municipios de los dos países.

- **Nombre:** *Patrimonio lingüístico nacional y la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana*

**Descripción:** El Instituto Caro y Cuervo, con el apoyo del Ministerio de Cultura, desarrolló una agenda de actividades para conmemorar la fecha de su creación en 1942, momento desde el cual el Instituto se ha encargado de trabajar en torno al patrimonio idiomático de la nación. En el marco de esta conmemoración, el Instituto Caro y Cuervo, como entidad comprometida con la salvaguarda de la memoria y la identidad nacional, expresada en la lengua y la literatura, con el estímulo y fomento a la investigación del patrimonio lingüístico y literario colombiano, diseñó una serie de mensajes dirigidos al gran público colombiano, orientados a reconocer y promover el patrimonio lingüístico nacional y la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.

- **Nombre:** *Estrategia para la promoción de los Parques Arqueológicos Nacionales*

**Descripción:** El Instituto Colombiano de Antropología e Historia –ICANH- entidad adscrita al Ministerio de Cultura, tiene como misión “resguardar y gestionar el patrimonio arqueológico, antropológico e histórico de Colombia, a través de la investigación, la conservación, la divulgación y la formulación de políticas públicas”. Como parte de los bienes patrimoniales que administra en Colombia, se encuentran los Parques Arqueológicos Nacionales de San Agustín (Huila), Tierradentro (Cauca) y Teyuna- Ciudad Perdida (Magdalena).

La estrategia de promoción pretendió dar a conocer a los colombianos su patrimonio arqueológico como bien común de la Nación y los Parques Arqueológicos Nacionales como espacios para el disfrute y conocimiento del patrimonio, la historia y las raíces de Colombia.

- **Nombre:** *Ministerio de Cultura, 20 años fortaleciendo el sector cultural del país*

**Descripción:** Para conmemorar los 20 años de la Ley General de Cultura, se realizaron dos actividades académicas y artísticas en Bogotá y Barranquilla. En el Teatro Colón de Bogotá, se realizó el acto de conmemoración que contó con la presencia de representantes del sector cultural.

La conmemoración se amplió a la ciudad de Barranquilla, en la Plaza de la Paz, gracias al Ministerio de Cultura y a la Gobernación del Atlántico. Barranquilla fue escogida como sede de este acto, por ser allí donde se gestó la idea de la creación del Ministerio.

- **Nombre:** *Bibliotecas públicas móviles*  
**Descripción:** La iniciativa contemplaba para ese año, 20 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, en las zonas veredales, que proponían lugares de encuentro con servicios bibliotecarios y actividades como talleres de escritura y de promoción de lectura con comunidades rurales.
- **Nombre:** *Lee lo que quieras, pero lee. Plan Nacional de Lectura y Escritura, Leer es mi cuento 2017*  
**Descripción:** El Plan Nacional de Lectura y Escritura *Leer es mi cuento* proponía incrementar el promedio anual de libros leídos por los colombianos de 1,9 a 3,2. En el marco de esta misión y con el propósito de seguir implementando acciones en pro de la lectura, el Ministerio de Cultura y la Biblioteca Nacional de Colombia desarrollaron la campaña *Lee lo que quieras, pero lee* como una iniciativa para ampliar el concepto de lectura y promover hábitos alrededor de ella. La campaña que estuvo especialmente dirigida a los jóvenes buscó incentivar la lectura y promover diversos contenidos para leer en cualquier lugar y en diferentes soportes.

## 2018

- **Nombre:** *Rostros de la Cultura Colombia, Uno de nosotros, entre millones*  
**Descripción:** Esta iniciativa propuso presentar una muestra del trabajo y la pasión de millones de colombianos que aman, viven y hacen cultura en todas las regiones del país. Su invaluable aporte en la transformación del país se presentó como una historia por descubrir. A través de una galería, en la página web del Ministerio, cada 'rostro' reunía una serie de tres fotografías y testimonios que explorarían su territorio, intimidad, esencia, motivaciones y realidad.
- **Nombre:** *Montaje coreográfico Revolución Pazcífica*  
**Descripción:** Un total de 16 jóvenes, miembros del colectivo Jóvenes Creadores del Chocó, dirigidos por Rafael Palacios, director de la compañía Sankofa, llevaron a cabo el proceso colectivo de creación de 'Revolución Pazcífica, Bailes de resistencia', el montaje coreográfico MinCultura 2018. Esta iniciativa fue posible gracias al apoyo del Ministerio de Cultura en alianza con la Corporación Manos Visibles, y la corporación Elements, para el fortalecimiento del colectivo Jóvenes Creadores del Chocó.  
La obra que planteaba un diálogo entre la danza urbana, tradicional y afro contemporánea hace parte del Plan Nacional de Danza de MinCultura que busca acercar al público al arte del movimiento, y proyectar el potencial creativo de los jóvenes como un medio poderoso para la transformación social y la reconstrucción del tejido social.
- **Nombre:** *Memorias Conexión Hemisferio, Encuentro para el Diálogo Creativo y Permanente entre Pares*  
**Descripción:** Esta iniciativa se desarrolló en el marco del Foco España-Colombia 2018-2019, como un espacio de diálogo de altísimo nivel entre gestores culturales españoles y colombianos del sector público y privado, con el propósito de intercambiar experiencias, así como promover alianzas y asociaciones que favorezcan una mayor profesionalización del sector de las artes vivas de ambos



países. La estrategia buscaba promocionar las memorias del encuentro como un documento clave para el conocimiento y análisis de la institucionalidad, dirigido a los artistas, los emprendedores, y los gestores, dado que contiene reflexiones y propuestas en torno a los grandes desafíos y oportunidades para la gestión de las artes vivas contemporáneas.

2019

- **Nombre:** *Siembra Colombia*  
**Descripción:** Con motivo de la conmemoración de los 200 años de la de la campaña libertadora de 1819, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Cultura, presentó la estrategia *Siembra Colombia*, con el objetivo de fomentar la participación y la reflexión ciudadana en torno a la construcción de la Colombia del 2050.
- **Nombre:** *Programación Teatro Colón*  
**Descripción:** Esta campaña buscó divulgar la programación de este espacio reconocido como el teatro de los colombianos y su apuesta por convertirse en el principal centro de producción de las artes representativas y musicales del país. Como único teatro de carácter nacional, sus objetivos son fomentar la creación, circulación y formación de los diversos lenguajes artísticos a través de espectáculos de excelente calidad para todo tipo de público. Danza, teatro, espectáculos infantiles, circo, música urbana y tradicional, ópera y música clásica, entre otros géneros, tienen cabida en el Teatro Colón, que asimismo se instituye como la casa de la Orquesta Sinfónica Nacional de Colombia.
- **Nombre:** *Programación Biblioteca Nacional*  
**Descripción:** Esta campaña buscó divulgar la programación de la Biblioteca Nacional, la cual es la responsable de las políticas y los planes relacionados con las bibliotecas públicas, trabaja en diferentes líneas de acción orientadas al fortalecimiento y desarrollo permanente de la Red Nacional de Bibliotecas Públicas.
- **Nombre:** *Programación Museo Nacional*  
**Descripción:** Esta campaña buscó divulgar la programación del Museo Nacional de Colombia, el cuál fue creado en 1823, y es uno de los más antiguos de América. Ofrece a sus visitantes diecisiete salas de exposición permanente, en las cuales se exhiben alrededor de 2.500 obras y objetos, símbolos de la historia y el patrimonio nacional. En su calendario de exposiciones temporales, el Museo presenta muestras de historia, arte y arqueología nacionales e internacionales. Adicionalmente, brinda una variada programación académica y cultural que incluye conferencias, conciertos, presentaciones de teatro y danza y proyecciones audiovisuales, entre otros.  
Igualmente, el Ministerio de Cultura, por intermedio del Museo Nacional de Colombia, tiene la responsabilidad de orientar la política del sector museístico del país; para esto cuenta con el Programa Fortalecimiento de Museos (PFM), instancia a cargo de dicha tarea y, como tal, es un equipo catalizador de los procesos que demanda la comunidad museística a partir de los retos que plantea el desarrollo de los museos en la actualidad.
- **Nombre:** *Bicentenario de la independencia 1819-2019*  
**Descripción:** La conmemoración del Bicentenario propuso construir el camino hacia el Tercer Centenario, a partir del pasado y bajo la premisa de la reconciliación en el presente. Igualmente, a través de esta iniciativa el Ministerio de Cultura y la Vicepresidencia de la República promovieron la conmemoración y celebración de los 200 años de la gesta libertadora, por medio de la cual se selló la independencia definitiva, con la victoria en la Batalla de Boyacá. Con este emblemático momento se abrió el camino hacia la constitución de la República, la democracia y el establecimiento de las

instituciones. Asimismo, a partir de esta fecha se inició el proceso de construcción de Nación, que se ha venido consolidando a través de los años.

La agenda reunía actos, actividades y procesos culturales en las regiones que fueron escenario de la Campaña Libertadora, así como el emprendimiento de acciones para llevar desarrollo a estas zonas.

- **Nombre:** *Ruta Libertadora*  
**Descripción:** Esta iniciativa contemplaba dentro de sus actividades la partida de los caminantes de la **#RutaLibertadora** quienes salieron del Paso Viejo de Arauca, ubicado en la vereda Barrancones a orillas del río Arauca, y llegaron a Bogotá el 10 de agosto. Durante el desarrollo de la Ruta en cada una de sus estaciones en los diferentes municipios se realizaba una programación artística que reunía muestras culturales, exposiciones de arte, conversatorios y charlas académicas.  
 En el marco de esta iniciativa artistas, historiadores, docentes, consejeros, secretarios y directores de cultura de los departamentos de la Ruta Libertadora firmaron junto a MinCultura una declaratoria para fortalecer de manera articulada el sector cultural en sus territorios.
- **Nombre:** *Diálogos Culturales sobre Economía Naranja en los territorios*  
**Descripción:** Para ampliar la participación de la ciudadanía en el diseño y desarrollo de la Política Integral de Economía Naranja, el Ministerio de Cultura desarrolló una serie de encuentros regionales en el país: Caribe, Centro Oriente - Llanos, Centro Sur - Amazonía, Eje Cafetero y Pacífico.
- **Nombre:** *Siembra Colombia*  
**Descripción:** Esta estrategia participativa tenía como objetivo fomentar la reflexión ciudadana sobre el país de cara al tercer centenario. Asimismo, la propuesta planteaba fomentar la construcción de narrativas e imaginarios que reflejen las expresiones y sueños de las diversas voces de los territorios, de manera que se pueda comprender el pasado, solucionar problemas del presente y proyectarnos como un mejor país.  
 La iniciativa se desarrolló a través de encuentros presenciales en diferentes regiones del país, mediante una plataforma digital abierta para todos los colombianos y a través de la implementación de una guía, que brindaba herramientas a docentes y estudiantes para generar las reflexiones frente a Colombia 2050.
- **Nombre:** *Cumbre de Economía Naranja*  
**Descripción:** La Cumbre de Economía Naranja fue una iniciativa del Gobierno Nacional bajo el liderazgo del Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Cultura junto a la Alcaldía de Medellín y Advanced Leadership Foundation. El evento que se realizó en Medellín en el mes de noviembre, inició con la conformación de un núcleo de 300 líderes de las más diversas trayectorias de los ámbitos políticos, económicos, creativos y culturales del país.  
 En la cumbre participaron 55 expertos de 17 países que compartieron sus experiencias, conocimientos y lecciones aprendidas sobre economía creativa, inteligencia artificial, diseño, propiedad intelectual, cine, televisión, animación, música, distritos creativos, arte, cultura y educación. El encuentro también sirvió para exponer la estrategia de Economía Naranja del Gobierno Nacional y destacados ejemplos de industrias creativas y culturales que se lideran en diferentes territorios del país. Esta iniciativa hizo parte de la estrategia de internacionalización y cooperación que lidera MinCultura.
- **Nombre:** *Temporada Cine Crea Colombia*

**Descripción:** Esta iniciativa se desarrolló en 16 departamentos del país. Con el objetivo de construir puentes de comunicación entre el sector cinematográfico y la audiencia, en diferentes formatos y espacios, los colombianos tuvieron la oportunidad de asistir a exhibiciones especiales de cine colombiano gracias esta iniciativa.

- **Nombre:** *Mujeres afro narran su territorio*  
**Descripción:** Se desarrolló una campaña, para difundir el programa *Mujeres Afro narran su territorio*, el cual tiene como objetivo impulsar el desarrollo, fortalecimiento y promoción de la cultura y las tradiciones de la Nación, y contribuir, además, al cumplimiento de uno de los compromisos de Colombia para con la Organización de Naciones Unidas en el marco de la celebración del Decenio Afro. A través de esta iniciativa se proponía reconocer y fortalecer los aportes de las mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a la construcción de la heterogeneidad narrativa del país.
- **Nombre:** *Es el momento de los creadores y los artistas en Colombia-Economía Naranja*  
**Descripción:** A través de esta iniciativa se buscó dar a conocer los avances en el desarrollo de la Economía Naranja en el país, la oferta disponible para los creadores, artistas, gestores y emprendedores, así como el rol protagónico de la cultura para el desarrollo social y económico del país. En los primeros 15 meses de Gobierno, la inversión para promover la Economía Naranja superó los 1,4 billones de pesos. Por primera vez, 31 agencias del Estado estaban articuladas con su oferta para apoyar procesos de formación artística, emprendimiento cultural y circulación de bienes y servicios culturales y creativos, 21 de estas, con inversión directa.

## 2020

Atendiendo, a la crisis sanitaria causada por el COVID-19 el Ministerio de Cultura desarrolló las siguientes campañas:

- **Nombre:** *Estrategia Cultura Digital*  
**Descripción:** Esta iniciativa se diseñó con el propósito de que los colombianos puedan durante la emergencia sanitaria, causada por el COVID-19, continuar con el disfrute de las manifestaciones artísticas y culturales. La propuesta contempló la circulación de contenidos digitales para que todas las personas que acogen la medida de aislamiento preventivo por el COVID-19, puedan cuidarse y disfrutar en familia de esta agenda.
- **Nombre:** *Maguaré y MaguaRED*  
**Descripción:** Padres y cuidadores tienen a su disposición todos los contenidos de las plataformas Maguaré y MaguaRED, una alternativa dedicada a la primera infancia, con contenidos educativos, videos, historias, lecturas, música y mucho más. Son más de 700 contenidos creativos para despertar habilidades y talentos desde la cultura.
- **Nombre:** *Relatos de Mujeres*  
**Descripción:** En el marco del 'Programa Mujeres Narran su Territorio' el Ministerio de Cultura lanzó la campaña digital #RelatosDeMujeres, con el objetivo de visibilizar historias creadas por mujeres colombianas en diferentes géneros y formatos. Cada viernes, desde el 3 de abril, se circulan los relatos a través de los canales digitales, redes sociales y página web del Ministerio.
- **Nombre:** *Convocatoria a empresas de Economía Naranja para acceder a exención de renta por 7 años*



**Descripción:** Gracias al paquete de incentivos fiscales creados por el Gobierno Nacional, a través de la Ley de Crecimiento Económico, las empresas que pertenecen a los sectores de la Economía Naranja pueden acceder al beneficio de exención de renta por un periodo de 7 años. La primera convocatoria de este año se abrió del 1 al 31 de marzo. Los interesados podían realizar el trámite virtual, a través de la página [www.economianaranja.gov.co](http://www.economianaranja.gov.co). Este beneficio representa una gran oportunidad para los emprendimientos de la Economía Naranja que buscan despegar, consolidarse y generar empleos.

- **Nombre:** *Mes de la Herencia Africana*

**Descripción:** El Ministerio de Cultura conmemoró en el mes de mayo el Mes de la Herencia Afrocolombiana, con una programación que reunió conversatorios a través de plataformas virtuales con artistas, pensadores, líderes y gestores afrocolombianos, y la circulación de contenidos culturales y artísticos realizados por comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

- **Nombre:** *Ciclo de cine hecho o protagonizado por mujeres*

**Descripción:** Durante la cuarentena a causa del COVID-19, el Ciclo de cine hecho o protagonizado por mujeres llegó como una opción para disfrutar de una oferta de películas de la Alianza del Pacífico, que reúne a Colombia, México, Chile y Perú. Esta iniciativa hacía parte de la estrategia de promoción e integración cultural de la región Alianza del Pacífico, una muestra del valor de trabajar unidos, así como de la cooperación cultural y el multilateralismo en tiempos de crisis.

El ciclo con acceso gratuito reunió doce películas que pusieron de manifiesto la creación y la realización audiovisual hecha o protagonizada por mujeres, la riqueza de sus historias y sus relaciones con el mundo. La participación de Colombia en esta iniciativa forma parte de la estrategia de cooperación internacional que lidera MinCultura.

- **Nombre:** *Convocatoria Comparte lo que somos*

**Descripción:** El Ministerio de Cultura abrió la convocatoria “*Comparte lo que Somos*”. Esta iniciativa busca entregar recursos por \$24.000 millones para incentivar las propuestas de artistas, creadores, gestores y organizaciones culturales del país, en este tiempo de emergencia sanitaria y aislamiento social.

## **Existencia de incentivos fiscales y/o créditos para el desarrollo de los derechos culturales (Detalle).**

### **Decreto 1669 de 2019**

Mediante el cual se reglamenta el numeral 1 del artículo 235-2 del Estatuto Tributario y se adicionan unos artículos al capítulo 22 del título 1 de la parte 2 del libro 1 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria, relacionado con el “Incentivo tributario para empresas de economía naranja”, es decir renta exenta por siete (7) años, el que opera respecto de las rentas provenientes del desarrollo de industrias de valor agregado tecnológico y actividades creativas,” siempre que se cumplan con requisitos específicos. Los citados requisitos se encuentran contemplados en la ley 1943 de 2018 (Ley de Financiamiento), la cual en su artículo 91, hace referencia al beneficio tributario ya mencionado, el que a su vez fue reglamentado por el citado Decreto 1669 de 2019.

Para la primera convocatoria, realizada en el marco de la normativa anteriormente indicada, en octubre de 2019, se presentaron 338 empresas interesadas en obtener el beneficio tributario. Es importante anotar, que el 16 de octubre de 2019, la Corte Constitucional emitió sentencia de inconstitucionalidad (C-481/19 M.P.

Alejandro Linares Cantillo) respecto de la Ley 1943 de 2018, “Por la cual se expiden normas de financiamiento para el restablecimiento del equilibrio del presupuesto general y se dictan otras disposiciones”; parte de cuya reglamentación se encontraba contenida en el Decreto 1669 de 2019.

En este sentido, y de acuerdo a la sentencia mencionada, los efectos jurídicos y la aplicabilidad de la ley, demandada operarían hasta el 31 de diciembre de 2019, razón por la cual, era menester que las empresas interesadas en obtener el beneficio, tuvieran una situación jurídica consolidada, esto es, que cumplieran con la totalidad de requisitos exigidos en la normativa demandada a 31 de diciembre de 2019 (empleos, inversión etc.). En consecuencia, cerca del 50% de los contribuyentes interesados desistió antes de continuar el proceso porque manifestaban encontrarse en imposibilidad de cumplir la totalidad de requisitos exigidos a esa fecha; por lo tanto, del número total de empresas que se presentaron 84 de ellas obtuvieron acto de conformidad, con una inversión total proyectada de \$25.941.549.278 millones de pesos y un número de 1.104 empleos proyectados en promedio.

Así mismo, el Ministerio de Cultura trabaja de manera articulada con el Fondo Nacional de Garantías y Bancoldex, entidades financieras que facilitan la obtención de liquidez principalmente en capital de trabajo y activos fijos para apoyar a las diferentes empresas y emprendedores del sector Cultural y Creativo, las cuales han presentado los siguientes resultados para el año 2019:

- **Fondo Nacional de Garantías FNG**

Del periodo comprendido entre agosto 2018 a noviembre 2019, se establece que el total de los créditos respaldados por el FNG a empresas de Economía Naranja fueron 87.820 con un valor total de créditos \$ 3.850.523.675.385 millones de pesos en los 32 departamentos.

El 76% de esos créditos se destinaron a empresas del sector de artes y patrimonio, con desembolsos cercanos a los \$ 2.238.997.729.539 mil millones de pesos; Mientras que, a las compañías de creaciones funcionales se le otorgaron el 15 % de los créditos con un valor total de \$1.169.307.893.219 mil millones de pesos y finalmente a las empresas de industrias culturales, se le garantizaron el 9% de los créditos por un valor de \$ 442.218.052.627 mil millones de pesos.

- **Bancoldex**

Del periodo comprendido entre agosto de 2018 a diciembre de 2019 a nivel nacional se desembolsaron créditos a 39.250 empresas correspondientes a los CIU de Economía Naranja en 32 departamentos por un valor de \$ 1.485.128.560.239.

- **Línea tasa compensada de FINDETER**

Es un mecanismo de financiación, el cual busca a través del mejoramiento de las condiciones financieras, apalancar la reactivación de la economía a través de la financiación de proyectos a nivel nacional. Este mecanismo esta apalancado con recursos del Gobierno Nacional en alianza con Findeter. Dentro de esta línea de financiación con tasa compensada, se busca financiar inversiones relacionadas con estudios y

diseños, construcción, rehabilitación, mantenimiento, mejoramiento, ampliación, interventoría, equipos y bienes, en múltiples sectores. Los beneficiarios pueden ser entidades públicas, entidades de carácter mixto, entidades descentralizadas del orden nacional y territorial y entidades de derecho privado.

Con el fin de que los beneficiarios accedan a estos recursos, el Ministerio de Cultura emitió la Resolución 1933 del 2019, la cual contiene los requisitos técnicos a ser presentados para obtener la viabilidad de los proyectos.

Para el año 2019 se beneficiaron los proyectos sala de conciertos de la Fundación Batutua de la ciudad de Bogotá, por un valor de financiación de \$1.430 miles de millones de pesos y la Escuela de Música, Medios, Artes y Tecnología EMMAT, también de la ciudad de Bogotá por un valor de financiación de \$ 1.693 miles de millones de pesos.

- **Áreas de Desarrollo Naranja –ADN**

La normativa relacionada con las ADN se encuentra en el artículo 179 de la Ley 1955 de 2019 (Plan Nacional de Desarrollo) y en su Decreto reglamentario 697 del 2 de mayo de 2020.

La línea de infraestructura realiza permanente acompañamiento a la identificación y delimitación de Áreas de Desarrollo Naranja (ADN), conocidos en otras latitudes como Distritos Creativos; estos, son espacios que operan como centros de actividad económica y creativa, delimitados y reconocidos a través de instrumentos de ordenamiento territorial o decisiones administrativas de las entidades territoriales, que tienen por objeto incentivar y fortalecer las actividades culturales y creativas previstas en el artículo 2° de la Ley 1834 de 2017.

Entre otros beneficios, las ADN contribuyen a la renovación urbana y al mejoramiento del área de ubicación, también crean un ambiente propicio en el que convergen iniciativas en estos campos; fortalecen el emprendimiento, la inversión y el empleo basado en la creatividad, el turismo, la recuperación del patrimonio cultural construido, la conservación medioambiental, la transferencia de conocimientos, el sentido de pertenencia, la inclusión social y el acceso ciudadano a la oferta cultural y creativa.

Con corte a 31 de diciembre de 2019 el Ministerio de Cultura acompañó la delimitación de cuatro (4) ADN.

Departamento	Municipio	Decisión administrativa	No. de ADN delimitadas
Antioquia	Medellín	*Resolución 201950108887 de noviembre 18 de 2019.	1
		*Decreto 2474 del 26 de diciembre de 2019.	
Atlántico	Barranquilla	Decreto 0447 de 2019 de diciembre 26 de 2019.	1
Valle	Cali	Resolución No 4171. 010. 21.0.92 de diciembre 26 de 2019.	2

Actualmente, se acompañaban los procesos de identificación y delimitación de ciudades como Manizales, Ibagué y Popayán.

- **Deducción tributaria del 165%**

La normativa relacionada con esta deducción se encuentra contemplada en los artículos 179 y 180 de la Ley 1955 de 2019 (Plan Nacional de Desarrollo) y en su Decreto reglamentario 697 del 2 de mayo de 2020.

Este es un incentivo tributario de deducción por inversiones y donaciones a proyectos de economía creativa, consistente en la deducción de renta correspondiente al ciento sesenta y cinco por ciento (165%) del valor real invertido o donado por el periodo gravable en que se realice la inversión o donación, si cumple con todos los parámetros y condiciones establecidos en los artículos 179 y 180 de la Ley 1955 de 2019 y su Decreto reglamentario.

Pueden obtener el beneficio, los contribuyentes que sean personas naturales, jurídicas, públicas o privadas, que hagan inversiones o donaciones dirigidas a proyectos de economía naranja/ creativa que tengan como titulares a personas naturales o jurídicas, cuyo objeto social sea de carácter cultural, creativo o social.

Así mismo, podrán ser beneficiarios las micro, pequeñas y medianas empresas cuyo objeto social sea de carácter cultural, creativo o social, que hagan inversiones en proyectos propios asociados a las industrias culturales o creativas. Es importante anotar, que las inversiones o donaciones que pretendan ser objeto del incentivo tributario deben ser exclusivamente en dinero.

Serán beneficiarias las actividades de los sectores contemplados en el Modelo de Economía Naranja, esto es, las artes y el patrimonio cultural material e inmaterial, las industrias culturales y las industrias creativas.

Según el Consejo Nacional de Economía Naranja (CNEN) cada año se establecerá un cupo de inversión en el cual se podrá aplicar este incentivo tributario. De los \$300.000 millones aprobados para 2020, \$250.000 serán destinados para apoyar proyectos culturales y creativos, y \$50.000 millones para proyectos que se realice en las Áreas de Desarrollo Naranja (ADN).

Así mismo, es importante tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 2.12.2.4.2., del decreto 697 de 2020, en el que se establece que la convocatoria la puede hacer el Ministerio de Cultura o la Corporación Colombia Crea Talento, a través de convenio de asociación. Actualmente, se están adelantando los tramites operativos y administrativos para la publicación de la convocatoria con los requisitos exigidos en la normativa

Por otro lado, para el sector cinematográfico y audiovisual, el Ministerio de Cultura cuenta con los siguientes estímulos e incentivos:

- **Fondo para el Desarrollo Cinematográfico -FDC-**

El FDC es un instrumento de financiación que se alimenta de los dineros provenientes de la contribución parafiscal creada por la Ley de Cine 814 de 2003 como una manera de lograr que los recursos generados por el cine retornen al sector. Las convocatorias del FDC buscan apoyar de manera integral y en forma no reembolsable mediante asignaciones directas y gratuitas de recursos cada año, proyectos cinematográficos

colombianos en todas sus etapas pasando desde el desarrollo de guiones y proyectos, producción, posproducción, hasta las de promoción distribución y exhibición.

Desde agosto de 2003 hasta diciembre de 2019 se han recaudado **\$264.465.176.401** millones de pesos, recursos que han permitido entregar al sector cinematográfico **\$210.568.848.159** millones de pesos en 4.322 estímulos, por concurso y automáticos, beneficiando 3468 proyectos de ficción, documental y animación.

- **Estímulos tributarios para inversiones y donaciones:**

Los Estímulos tributarios son un mecanismo de fomento a producciones y coproducciones colombianas, que se enmarca en la Ley de Cine 814 de 2003, y que busca favorecer a los productores de cine. Los contribuyentes del impuesto a la renta que realicen inversiones o donaciones a proyectos cinematográficos pueden deducir de su renta el 165% del valor invertido o donado. La inversión o donación se realiza a través de un encargo fiduciario o patrimonio autónomo constituido a nombre del proyecto cinematográfico, y se aprueba mediante “Resolución de reconocimiento como proyecto nacional” expedida por la Dirección de Cinematografía (Ahora Dirección de Audiovisuales, Cine y Medios Interactivos) del Ministerio de Cultura, con la que los inversionistas y/o donantes podrán hacer efectiva la reducción del pago de impuesto de renta de un 54,45% del monto invertido o donado.

Desde 2004 a diciembre de 2019, se han realizado 1857 inversiones y donaciones del sector privado al cine colombiano por valor de \$292.569.019.628 millones de pesos, recursos con los que se ha beneficiado a más de 443 proyectos audiovisuales.

- **Programa Ibermedia:**

Este programa otorga ayudas financieras para estimular el desarrollo de proyectos audiovisuales e iniciativas que fortalecen el sector cinematográfico en Iberoamérica, a través de convocatorias en las modalidades de coproducción, desarrollo y formación que están abiertas a todos los productores de cine de los países miembros de América Latina, España, Italia y Portugal.

Entre 1998 y diciembre de 2019 la inversión total es de **USD\$3.320.000** dólares. En este mismo período de tiempo, los proyectos colombianos, incluyendo las coproducciones mayoritarias y minoritarias, han recibido un total de **USD\$12.044.797** dólares, lo que significa un retorno a la inversión de **263%**.

- **Fondo Fílmico Colombia (FFC):**

La Ley 1556 de 2012 creó el Fondo Fílmico Colombia (FFC) con el objetivo de fomentar la actividad cinematográfica en Colombia y promover al territorio nacional como escenario de rodaje. A través de un mecanismo denominado “contraprestación” o “cash rebate”, el FFC otorga contraprestaciones a los productores de obras audiovisuales producidas o post producidas total o parcialmente en Colombia, por un monto del 40% del total invertido en Colombia por concepto de servicios audiovisuales, y del 20% por concepto de servicios audiovisuales logísticos.

En el marco del Fondo Fílmico Colombia, a la fecha han sido aprobados 39 proyectos internacionales o en coproducción, se ha invertido en el país un total de \$183.717 millones de pesos, se han empleado a 25.379 nacionales, se han pagado 64.732 noches de hotel y se han emitido 5.885 tiquetes nacionales e

internacionales. Producto de esta Ley se han rodado en el país películas como 'Gemini Man' con Will Smith, 'American Made' con Tom Cruise, 'Jungle' con Daniel Radcliffe, 'Running with the Devil' con Nicolas Cage, 'Flarsy' con Charlize Theron y 'Mile 22' con Mark Wahlberg.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad" se estableció en los artículos 177 y 178 y se reglamentó en el Decreto 474 y la Resolución MinCultura 1257, la ampliación de la 1556 por 10 años hasta 2032, la extensión de los beneficios a géneros audiovisuales diferentes al cinematográfico como lo son las series, los videos musicales, los video juegos, los contenidos cortos para la web y las obras audiovisuales publicitarias. También crea el Certificado de Inversión Audiovisual en Colombia (CINA)

- **Certificado de Inversión Audiovisual en Colombia (CINA):**

Certificado que corresponde al 35% del total de la inversión extranjera en Colombia en proyectos audiovisuales, es un valor negociable en el mercado secundario para aplicarse como descuento al pago del impuesto de renta por declarantes nacionales. Los requisitos y condiciones para aplicar al CINA se publicaron el 26 de mayo de 2020 en el Manual de Asignación de Recursos y se dio apertura a la recepción de proyectos el 23 de julio del 2020.