



Universitas Odontológica

ISSN: 0120-4319

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Pineda Restrepo, Bibiana del Carmen

Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia

Universitas Odontológica, vol. 31, núm. 66, enero-junio, 2012, pp. 97-102

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231224425010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia

Human Development and Health Inequalities in Rural Population in Colombia

97

Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 25-29. ISSN 0120-4319

DOSSIER ODONTOLOGÍA Y SOCIEDAD

Bibiana del Carmen

Pineda Restrepo

Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Especialista en Salud Pública, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Especialista en Gobierno y Políticas Públicas y candidata al Magíster en Estudios Interdisciplinarios sobre Desarrollo, CIDER-Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Las situaciones de exclusión a las que ha estado expuesta la población rural en Colombia están dadas por una desigual estructura de tenencia de la tierra y por un orden social injusto que no permite la movilidad de las personas. Ellas generan condiciones de desigualdad y de inequidad frente al logro de una capacidad fundamental para el desarrollo humano, como es el estar saludable dentro del ámbito rural. En ese sentido, el propósito del presente documento es integrar el análisis desde la perspectiva de la determinación social de la salud y sus implicaciones en materia de desigualdades e inequidades en salud para la población rural; ello, a la luz de la información presentada en el último Informe de Desarrollo Humano (INDH) 2011: Colombia rural: razones para la esperanza y otros informes.

PALABRAS CLAVE

Desarrollo humano, salud, desigualdad, población rural, Colombia.

ÁREA TEMÁTICA

Determinantes sociales de la salud, desarrollo humano.

ABSTRACT

The situation of exclusion to which rural population in Colombia has been exposed is characterized by an unequal structure of land tenure and an unfair social order that does not favor people mobility. It creates conditions of inequality and inequity against the achievement of a fundamental capacity for human development, such as being healthy in rural areas. In that sense, the purpose of this paper is to integrate the analysis from the perspective of the social determinants of health and its implications for health inequalities and inequities for rural people, with the information presented in the Human Development Report 2011 for Colombia and other reports.

KEY WORDS

Human development, health, inequalities, rural population, Colombia.

THEMATIC FIELD

Social determinants of health, human development.

Ensayo final presentado en el seminario Dimensiones del Desarrollo II, de la Maestría en Estudios Interdisciplinarios sobre Desarrollo, CIDER-Universidad de los Andes.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Pineda BC. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 97-102.

Recibido para publicación: 20-02-2012
Aceptado para publicación: 03-04-2012

Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

INTRODUCCIÓN

La salud desde la perspectiva del desarrollo humano

A partir del primer Informe de Desarrollo Humano, en 1990, se ha reconocido una visión del desarrollo más amplia que supera el sesgo economicista dominante hasta el momento y se ha entendido que el propósito del desarrollo es extender las opciones de las personas para contar con un mayor acceso al conocimiento, mejor nutrición y servicios de salud, medios de vida más seguros, seguridad frente al crimen y violencia física, disfrutar de tiempo de ocio, así como libertades políticas y culturales y un sentido de participación en las actividades de la comunidad. Por ello es necesario un ambiente que les permita a las personas disfrutar de una vida larga, saludable y creativa (1,2). En suma, es el conjunto de opciones de libertad efectiva disponible para los individuos en términos de “ser” o “hacer” que se traducen en funcionamientos valiosos que, en términos de Amartya Sen, les permiten a las personas tener la vida que tienen razones para vivir.

Como cada sociedad no cuenta con las mismas opciones de libertad efectiva, surgen contextos de desigualdad mediados por factores sociales, económicos y políticos que expanden las brechas de inequidad en los diferentes grupos poblacionales respecto al resultado en materia de capacidades y de oportunidades. Por lo tanto, es posible hablar de desigualdad de oportunidades, desigualdad de acceso a posibilidades de “ser” o “hacer”; desigualdad de ingresos, educación, salud o de otros indicadores de logro social; así como desigualdad en términos de participación y de influencia política (3). Así, la desigualdad es resultado de una combinación de elementos y no se puede explicar por una causa aislada.

El acceso a un bien o servicio puede implicar una amplia gama de opciones en el conjunto de posibilidades de vida de un individuo, pero para ello es indispensable que el individuo esté en capacidad de transformar el acceso a ese bien concreto en todos aquellos funcionamientos que ampliarán su espacio de libertad efectiva (3). Por eso, el acceso a servicios de salud, aunque no es un funcionamiento per se, puede transformarse en la capacidad de estar saludable y tener una larga vida (logros en salud). Ello es un funcionamiento valioso que, a su vez, permite el desarrollo de otras capacidades.

Desigualdades e inequidades en salud

La imposibilidad de escapar de una muerte prematura o evitable y de estar saludable es el resultado de desigualdades e inequidades en salud entre los individuos y grupos sociales, provocadas por múltiples factores y en diferentes ámbitos que interactúan de forma compleja. Estos factores incluyen las condiciones materiales individuales dentro de las cuales las personas viven; la cohesión social; los factores psicosociales, conductuales y biológicos; así como el funcionamiento del sistema de salud. La forma en que las personas interactúan con dichos factores está determinada por su posición en la jerarquía social a lo largo de dimensiones de riqueza, ingreso, poder, ocupación, educación, sexo, etnia y del territorio que habita (4).

Todos estos factores causales son, a su vez, afectados por el contexto social, económico, político y cultural, que determinan la desigual distribución del poder, del prestigio y de los recursos, y que se expresan en inequidades en salud; siendo esto un asunto de justicia social. Esto implica hacer frente a las injusticias manifiestas y para ellos es posible desplegar *medios razonables*, a fin de mitigar las enfermedades o prevenir la mortalidad. Estas diferencias en los logros en salud, que pueden ser prevenibles o evitables por medios razonables, son inequidades (4). Según Paul Farmer, estos medios razonables son aquellos cuya provisión no resulta moralmente ofensiva ni poco razonable y que mejorarían sustancialmente desde la atención en salud hasta las condiciones de vida (las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) (4).

Así, según la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, urbana o rural, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección del cual gozan las personas enfermas. En tal sentido, la Comisión de Determinantes Sociales en Salud recomienda que, para mejorar las condiciones de salud y su distribución, se hace necesario identificar la cadena causal que da cuenta de las bases sociales de las desigualdades e inequidades en salud que a su vez configuran diferencias sistemáticas en los logros en salud (5).

Por lo tanto, la situación del contexto rural predispone el comportamiento de la salud en la población rural en Colombia, ya que la presencia de ciertos determinantes condiciona la capacidad de contar con una vida

larga y saludable, y ello se expresa en situaciones de desigualdad y de inequidades en salud que obstaculizan el desarrollo de la población rural colombiana.

EXPRESIONES DE DESIGUALDAD E INEQUIDADES EN SALUD EN LA POBLACIÓN RURAL

En el debate político y en la agenda pública adquieren cada vez mayor visibilidad las diferencias entre grupos definidos por sexo, etnia, territorio y edad, lo que plantea al mismo tiempo la necesidad de contar con información que dé cuenta de estas particularidades en distintas poblaciones. De ese modo, Starfield plantea que los indicadores de salud que dan cuenta de diversos aspectos de la salud y del impacto de los servicios son útiles también para la evaluación de la inequidad en salud. La inequidad es construida dentro de los sistemas de salud; especialmente los sistemas de salud occidentales, que se basan en una visión de necesidades en salud-enfermedad por enfermedad y no en las necesidades de cada grupo poblacional (6).

De tal forma, la iniciativa del Informe de Desarrollo Humano (INDH) 2011 de evidenciar las condiciones de calidad de vida y de desarrollo de la población rural colombiana es un avance en la dirección correcta, con el propósito de entender la dinámica propia del contexto rural y su relación con la situación de salud de estas comunidades. Detrás de todo esto hay un imperativo ético que surge de reconocer que problemas y proyectos colectivos sean de sexo, etnia, edad, territorio y otras condiciones específicas, tal y como lo reconoce la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (7).

A pesar de la evolución favorable que ha presentado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para Colombia en los últimos diez años, que ha pasado de un IDH de 0,78 en el 2000 a uno de 0,84 en el 2010, aún persisten brechas entre regiones y departamentos, que tienen grandes implicaciones en materia de desarrollo humano. En este caso para la población rural colombiana, tal y como lo presenta el INDH 2011, y que se expresan en el no logro de ciertas capacidades básicas, debido a condiciones propias de exclusión y de injusticia social. Cabe recordar que el IDH se compone de tres dimensiones: educación, salud e ingreso.

La población rural en Colombia está conformada por campesinos pobres; por pequeños, medianos y grandes propietarios; así como pescadores, artesanos y

quienes se dedican a actividades de minería. También hacen parte de esta población los indígenas y gran parte de los miembros de las comunidades afrodescendientes (8). Según el INDH 2011, este grupo corresponde al 31,6% de la población total, la cual vive en el 75,5% de los municipios, que cubren el 94,4% de la superficie del país. La discriminación y la exclusión histórica hacen que hoy día este grupo poblacional padezca mayor vulnerabilidad y exclusión social, en particular respecto de las condiciones de vida de la población urbana.

En Colombia no hay equidad regional porque gradualmente se ha ido acentuando la separación entre las zonas urbanas y las rurales, consecuencia de la estructura de tenencia de la tierra, de la baja capacidad estatal, de la dispersión de la población rural dentro del territorio nacional, de la baja representatividad política, de la poca incidencia en la toma de decisiones y de la falta de oportunidades en materia de educación y de trabajo en condiciones de formalidad, que limitan el logro de capacidades en la población rural. Por ejemplo, en el INDH 2011 se observa que el 15,35% de los municipios del país cuenta con un índice Gini de concentración de propietarios de la tierra superior a 0,8. Ello implica inequidad en el acceso al activo tierra, que en el campo se encuentra estrechamente relacionado con el capital productivo y con el desarrollo de capacidades de la población campesina. El coeficiente de Gini es una medida de desigualdad entre cero y uno, donde uno significa el máximo posible de desigualdad y cero el mínimo, así que los resultados presentados por el INDH 2011 respecto de este indicador son bastante desalentadores (9,10).

Adicionalmente, las cifras de necesidades básicas insatisfechas (NBI) presentadas en el INDH 2011 muestran que en los centros urbanos, en promedio, la pobreza es 2,3 veces menor que en municipios de alta ruralidad, debido a que en estos últimos persisten amplias diferencias en las condiciones de la vivienda, en el acceso y disponibilidad de servicios públicos, en la baja escolaridad y en las escasas posibilidades de generación de ingresos y empleos dignos y permanentes. Todo ello exacerbado por los acelerados cambios en los estilos de vida que se han producido con la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización del mercado lo que ha afectado la producción agrícola y han generado cambios en la alimentación y en las tendencias de consumo de alimentos. El sector agropecuario, además, se ha visto golpeado por la falta de políticas de producción de alimentos y de

subsidios para poder hacer frente a la importación de ciertos productos básicos, lo cual ha tenido un impacto significativo en el estado nutricional y en las condiciones de salud de la población, que ha ampliado la brecha urbano-rural (9,10).

Este tipo de situaciones son incompatibles con el desarrollo como libertad. Las privaciones o carencias impiden escoger el tipo de vida que consideran mejor. Si el desarrollo humano se entiende como libertad, las personas que siquiera pueden comprar una canasta de alimentos básicos o acceder a servicios básicos, no tienen posibilidad de ejercer su libertad (10), lo cual se ve reflejado en los indicadores de salud presentados tanto en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2010 como en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, donde se evidencian estas brechas urbano-rurales en materia de salud.

Conforme a los resultados de la ENSIN 2010, en el grupo de niños y niñas menores de cinco años de edad la prevalencia de *desnutrición crónica*, que es la talla baja para la edad y es provocada por factores estructurales, es mayor en la zona rural (3,7% frente al 2,3% en la zona urbana). La prevalencia de *desnutrición aguda*, que es el peso bajo para la talla, emaciación o delgadez, y corresponde a situaciones recientes y de coyuntura, en la zona rural es del 1% frente al 0,8% en la zona urbana. La prevalencia de *desnutrición global*, que es el peso bajo para la edad y es un indicador general de desnutrición, en la zona rural es del 0,9% frente al 0,5% en la zona urbana. Para el grupo de niños, niñas y jóvenes de 5 a 17 años, en el área rural se presenta el doble de la prevalencia de retraso en crecimiento que en la urbana (15,2% contra 7,9%). La prevalencia de desnutrición en la población rural de 18 a 64 años es del 2,7% (índice de masa corporal [IMC] < 18,5). En el grupo de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) se encontró que las de menor talla residen en las zonas rurales con una estatura promedio en centímetros de 154,7 (11).

La prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar (ISAH) en los hogares rurales es más alta que en los urbanos (57,5%), situación que se puede explicar por el carácter estructural de la pobreza rural, que impide la acumulación y el mejoramiento de los ingresos de los hogares. Para la medición de la ISAH se utiliza una escala compuesta por varios ítems que cubren la preocupación de los hogares por que los alimentos se van a acabar y no se tienen los recursos para adquirirlos, la reducción de la cantidad de alimentos disponibles en el hogar, el deterioro de la calidad de

la alimentación y la experiencia de hambre (11). Así, las brechas urbano-rurales existentes en materia de seguridad alimentaria y nutricional van poniendo en desventaja desde la infancia a la población rural frente al desarrollo de capacidades inherentes al adecuado estado nutricional y que se vinculan con la salud y calidad de vida.

Por ejemplo, el estado de nutrición de una mujer antes de su gestación y durante ella es uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna y de las posibilidades de desarrollo del feto, la mortalidad intrauterina, la duración del embarazo, las complicaciones del parto, la mortalidad perinatal e infantil y el bajo peso al nacer, que van condicionando situaciones diferenciales en el desarrollo humano desde el momento de la gestación y que posteriormente se traducirán en brechas de inequidad en salud.

Aunque la situación nutricional se encuentra relacionada con las tasas de mortalidad materna e infantil, también el acceso a los servicios de salud determina la posibilidad de sufrir una muerte prematura y evitable. En ese sentido, según datos de la ENDS 2010, la población de la zona rural utiliza menos los servicios de salud y prefiere la automedicación y los remedios caseros, debido a los altos costos del transporte, la lejanía de los servicios de salud y la baja calidad de estos (12).

Así que si tanto la cobertura como la calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil, la población rural se encuentra en desventaja ya que el 5,9% de mujeres de la zona rural no recibió atención prenatal frente al 2% de las mujeres de la zona urbana. El 87,5% de los partos en la zona rural fueron atendidos en algún establecimiento de salud (incluye hospital, clínica, institución y centro de salud) frente al 98,4% de los partos de la zona urbana que fueron atendidos en algún establecimiento de salud. El 12,1% de los partos en la zona rural fueron atendidos en la casa frente al 1,5% de la zona urbana, según la ENDS 2010 (12).

Frente a la salud infantil, enfermedades como la infección respiratoria aguda, la enfermedad diarreica aguda y la desnutrición constituyen las principales causas de mortalidad en la infancia y en la niñez. Según el INDH 2011, las cifras de la mortalidad en menores de cinco años en zonas de alta ruralidad, son 2,4 veces más altas que en zonas urbanas. En cuanto al acceso a agua potable y saneamiento básico, los

resultados de la ENDS 2010 muestran que en la zona rural el acueducto llega al 17% de las viviendas frente al 91% de las viviendas en la zona urbana. En cuanto a la disposición final de excretas, en la zona rural el 22% de las viviendas tiene conexión a alcantarillado frente al 92% de las viviendas en la zona urbana. El servicio formal de eliminación de basuras se tiene en el 97% de las viviendas urbanas, mientras los servicios informales se utilizan más en las zonas rurales (73%) (12).

Las dificultades de acceso a agua potable y saneamiento básico, el desconocimiento sobre el manejo de enfermedades prevalentes en la infancia para su pronta remisión a servicios de salud y las distancias entre los lugares de residencia y los centros de asistencia médica son determinantes a la hora de evitar una muerte infantil. La infraestructura en salud en las zonas rurales es insuficiente para atender a toda la población, lo que hace que con mucha frecuencia las personas enfermas tengan que desplazarse hasta las cabeceras de sus municipios o hasta las capitales de departamento buscando los servicios médicos, lo que limita la oportunidad de la atención en salud para la población rural (9). El 44,5% de niños menores de cinco años con síntomas de infección respiratoria aguda o fiebre en zona rural recibieron tratamiento en una institución prestadora de servicios de salud, frente al 53,3% en la zona urbana. En el caso de la enfermedad diarreica aguda, el 68,3% de niños menores de cinco años que presentaron diarrea recibió terapia de rehidratación oral, frente al 76,6% en la zona urbana. El 19,9% de niños con diarrea en la zona rural no recibieron ningún tratamiento, en comparación con el 15% de la zona urbana. El 14% de la población en zona rural no asiste a consulta médica, porque considera que el servicio de salud queda lejos, en contraste con el 1,4% en la zona urbana (12).

Asimismo, el nivel educativo de la población es un factor determinante relacionado con la salud, la calidad de vida y los índices de las variables demográficas de fecundidad y mortalidad, la autonomía frente a la toma de decisiones en materia de cuidado en salud, entre otros. Según datos de la ENDS 2010, el nivel educativo más alto alcanzado por la población rural es primaria incompleta, frente a la población urbana, cuyo nivel más alto alcanzado es secundaria incompleta. Mientras el porcentaje de hombres con educación superior en la zona urbana es del 17,6% y del 20,2% en mujeres; en la zona rural es del 2,7% para los hombres y del 4,2% para las mujeres (12).

Por otra parte, el estancamiento de la generación de empleo en el campo, el exceso de oferta de mano de obra rural, la estabilidad en los jornales rurales, el ahorro de mano de obra debido a las innovaciones tecnológicas, la discriminación a los cultivos que son capaces de generar empleo y la falta de apoyo a estos han llevado a la estabilización de las condiciones de pobreza e inequidad en el campo por causa de estas condiciones (9). Evidencia de ello es la situación respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que el 69,4% de la población de la zona rural se encuentra afiliada al régimen subsidiado (en la zona urbana este porcentaje es del 35,7%), mientras que el 15,8% se encuentra afiliado al régimen contributivo (en la zona urbana es del 48,6%) y el 12,9% no está afiliado (en la zona urbana es del 11,9%) (12), lo que da cuenta de la presencia de trabajo en condiciones de informalidad que prevalecen en el campo, ya que la mayor parte de la población rural se encuentra en calidad de beneficiaria del régimen subsidiado.

CONCLUSIONES

Aunque en términos generales, las brechas urbanorurales en materia de indicadores en salud han ido convergiendo en aspectos como: una adecuada nutrición, una alta expectativa de vida dada por la posibilidad de escapar de mortalidad evitable, el contar con una adecuada cobertura de saneamiento básico, en el acceso al sistema de salud y la atención durante el embarazo, aún el logro de estas capacidades básicas es limitado dentro del contexto rural, lo que a su vez afecta otros aspectos que se verán reflejados en otras esferas del desarrollo humano, como la posibilidad de educación y la posibilidad de trabajar y, en general, de tener la vida que se quiere tener, en el sentido amplio que se plantea desde el enfoque de capacidades y desarrollo humano.

Se mantiene así un círculo vicioso en el cual situaciones de injusticia social, dadas por el acceso desigual al principal activo en el campo que es la tierra, un contexto económico y político favorable a intereses particulares, sumado a la baja capacidad estatal, a contextos de violencia, a las condiciones de trabajo, a la poca infraestructura y bajo acceso a servicios, se traducen en determinantes de desigualdad y de inequidades en salud entre lo urbano y lo rural que perpetúan la pobreza en el campo colombiano.

En consecuencia, mejorar las condiciones de salud de la población rural va más allá de mejorar la asistencia en salud y la atención de la enfermedad; implica profundas transformaciones de orden económico, político y social que permita superar las desigualdades existentes entre lo urbano y lo rural. Así que, de acuerdo con Sen, si la sociedad siente que tiene alguna responsabilidad de brindar a todas las personas algún tipo de bienestar que supere la simple satisfacción de necesidades básicas —por ejemplo, el contar con buena salud—, entonces deberá disponer de los recursos suficientes no solo para prevenir o curar la enfermedad, sino también para gozar de una adecuada calidad de vida. No se trata únicamente de curar ni de satisfacer las necesidades; se trata de construir una sociedad donde se garanticen derechos fundamentales que posibiliten la inclusión social y la ampliación de las capacidades humanas y de garantizar la realización de los derechos humanos y transitar hacia el círculo virtuoso de equidad social, libertad y desarrollo (13).

En otras palabras, poner a disposición los medios razonables que permitan superar situaciones de injusticia social, lo cual se puede lograr a partir de políticas sociales que garanticen los derechos y el pleno ejercicio de las libertades, en este caso la libertad de tener una vida larga y saludable, desde donde se amplía el papel de agencia del individuo que plantea Sen, como miembro del público y como participante en actividades económicas, sociales y políticas que van desde participar en el mercado hasta intervenir directa o indirectamente en actividades individuales o conjuntas en el terreno político y de otros tipos (14), en el marco de propuestas de desarrollo más democráticas e incluyentes.

REFERENCIAS

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Reafirmación del desarrollo humano. En: Informe sobre Desarrollo Humano 2010: la verdadera riqueza de las naciones. Caminos al desarrollo humano. Mexico: Mundi-Prensa; 2010. p. 11-26.
2. Haq M. The human development paradigm. En: Fukuda-Parr S, Shiva A. Readings in human development: concepts, measures and policies for a development paradigm. New Delhi: Oxford University Press; 2003. p. 17-34.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El enfoque del informe. En: Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010: Actuar sobre el futuro. Romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. San José: Editorama; 2010. p. 15-23.
4. Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to suture: social epidemiology, human rights, and social justice. *Health Hum Rights.* 2010; 12(2): 3-16.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanar las desigualdades en una generación. Comisión sobre determinantes sociales en salud [informe final]. Buenos Aires: Journal S. A; 2011.
6. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health [internet].* 2010 [citado 2011 nov 27]; 10: 15. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Santiago de Chile; 2010.
8. Pérez C, Pérez M. El sector rural en Colombia y su crisis actual. *Cuad Desarro Rural.* 2002; 48: 35-58.
9. Ordoñez M. La situación de salud general y reproductiva de la población rural en Colombia según la ENDS 2000 [internet]. [Citado 2011 nov 27]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/profundidad/RURAL.pdf>.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Desarrollo humano, ruralidad y convergencia. En: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Colombia rural: razones para la esperanza. Bogotá; 2011. p. 50-69.
11. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) en Colombia 2010. Bogotá; 2010.
12. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). 2010. Bogotá; 2010.
13. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Cómo avanzar hacia una Bogotá sin pobreza. Bogotá: El Malpensante; 2007.
14. Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta; 2000.

CORRESPONDENCIA

Bibiana del Carmen Pineda Restrepo
bcpinedar@unal.edu.co