

INTRODUCCIÓN

El paso inicial para la formulación del nuevo Programa de Cooperación del UNFPA con el país, es la realización del Análisis de Situación Poblacional (ASP)¹. El objetivo del ASP es identificar y analizar las principales tendencias de la dinámica de la población, la salud sexual y reproductiva, el género, y sus relaciones con los procesos sociales, políticos y culturales, así como sus asociaciones con la pobreza y las desigualdades. Se trata de un esfuerzo conjunto del UNFPA y las contrapartes nacionales para lograr una mejor comprensión del valor que tienen los factores de población en los esfuerzos de desarrollo del país y en las políticas públicas, particularmente las políticas de reducción de la pobreza. Con el ASP se trata así mismo de reforzar la capacidad de los encargados de formular políticas, en la incorporación de factores de población en las estrategias nacionales de desarrollo y, finalmente, promover la utilización pertinente de la información sociodemográfica.

El ASP se plantea como un referente para la cooperación de los organismos nacionales e internacionales, particularmente UNFPA y del Sistema de Naciones Unidas, de manera que la misma se sustente adecuadamente en las necesidades, las prioridades y en las propias estrategias de desarrollo nacional. Por lo tanto, el ASP debe basarse en un amplio proceso participativo, de diálogo político con los actores nacionales, lo que implica trabajar conjuntamente para analizar y mostrar la relevancia de los aspectos de población en las estrategias de desarrollo del país y las implicaciones prácticas en las políticas públicas, de manera que se logre la necesaria apropiación nacional de sus conclusiones y recomendaciones.

El marco de referencia proviene de los acuerdos y metas suscritas por el país en población y desarrollo, salud sexual y reproductiva, género y envejecimiento (Cairo, Beijing, Madrid). En la Cumbre Mundial del 2005, los gobiernos enfatizaron sus compromisos con la igualdad entre los géneros, el empoderamiento de la mujer y el fin de la violencia y la discriminación contra la mujer. Así mismo, se acordó lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, integrando ese objetivo en las estrategias encaminadas a lograr los ODM, orientados a mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza.

El punto de partida de la construcción del ASP son las prioridades nacionales y estrategias de desarrollo. En Colombia, las prioridades en salud y en salud sexual y reproductiva, se reflejan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el Plan de Choque de Mortalidad Materna, en los informes de Objetivos de Desarrollo

¹ Ver una descripción detallada de los objetivos, metodologías y contenidos del Análisis de Situación en Población en: Guía para el análisis de situación en población (ASP): Propuesta conceptual y metodológica. División de América Latina y el Caribe UNFPA. Nueva York, 12 de junio de 2006. Mim.

del Milenio² y en el documento Visión Colombia 2019³, que propone las estrategias de desarrollo para el país y en el que se abre un espacio para la formulación de una política nacional de población y que servirá de marco para la próxima elaboración del plan de desarrollo general y los planes sectoriales.

Como ejes articuladores para el análisis se toman las desigualdades, y el ejercicio de derechos en el marco de los acuerdos y objetivos internacionales. Las desigualdades sociales, de género, étnicas, geográficas y generacionales, son endémicas en la región latinoamericana y con alta incidencia en Colombia. Las desigualdades de todo tipo se traducen en dificultades y limitaciones para el ejercicio de los derechos por las personas y grupos en condiciones de desventaja. El análisis de los temas relevantes de población se enfoca desde el objetivo de la reducción de las desigualdades y la pobreza, tomando en cuenta los demás Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Para la elaboración del ASP para Colombia, se integró un equipo de tres consultores de alto nivel en los temas de Población, Salud Sexual y Reproductiva y Población y Desarrollo, quienes, junto con el equipo técnico de la Oficina de UNFPA en Colombia, examinaron las tendencias generales y las principales inequidades geográficas y socioeconómicas en una amplia gama de variables relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva, tales como fecundidad, anticoncepción, fecundidad adolescente, mortalidad materna, cáncer del aparato reproductivo, VIH/SIDA y violencia intrafamiliar. En el área de población y desarrollo, se examinaron las interrelaciones de la transición demográfica, principalmente las transformaciones en la estructura por edad y la composición de los hogares, con el mercado laboral y con la situación de pobreza y vulnerabilidad.

Así mismo, se constituyó un equipo interinstitucional liderado por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el Ministerio de Educación, la Cancillería Nacional, el Departamento Nacional de Estadísticas, la Asociación Colombiana de Demografía y Estudios de Población y Profamilia con el fin de discutir los diagnósticos y recomendaciones obtenidos de este análisis, a la luz de las estrategias nacionales de desarrollo. Dado que el gobierno colombiano ha lanzado un documento programático (Colombia 2019), dentro del cual se abre el espacio para la formulación de una política nacional de población, el objetivo de este comité interinstitucional se amplió hacia una discusión de más largo plazo tendiente a la construcción de dicha política.

² DNP, Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente, Informe de Colombia sobre los Objetivos del Milenio, Bogotá, 2005. Mim.

³ DNP, 2019, Visión Colombia II Centenario, Propuesta para Discusión, Bogotá, 2005.

El contenido completo propuesto para un ASP nacional incluye: a) El análisis de las grandes transformaciones de los agregados demográficos y del contexto económico, socio-cultural, político e institucional y los avances del país en el cumplimiento de los acuerdos y objetivos internacionales; b) la trayectoria de la población y de la salud sexual y reproductiva, las grandes tendencias y los problemas o desafíos más relevantes; c) el análisis sobre las expresiones demográficas y de salud reproductiva de la desigualdad social, que permite identificar las brechas sociales que son causadas por el desigual ejercicio de derechos; d) el análisis sobre las relaciones e impactos entre la dinámica de población y los fenómenos sociales y económicos y sus impactos e implicaciones para las políticas públicas y; e) la identificación de los desafíos y oportunidades que enfrenta el país en materia de población.

El presente volumen del ASP para Colombia incluye: a) el examen de algunas de las grandes tendencias y transformaciones poblacionales que han tenido lugar en Colombia, fundamentalmente las transformaciones en la estructura por edad de la población y en la composición de los hogares y familias; b) el análisis del marco político, institucional y normativo para la salud sexual y reproductiva en Colombia; c) las tendencias actuales en los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva: fecundidad, fecundidad adolescente, mortalidad materna, anticoncepción, cáncer de cuello uterino, ITS y VIH/SIDA y violencia intrafamiliar, de género y sexual; d) identificación de las desigualdades sociales y geográficas que se presentan en las variables de población y de salud sexual y reproductiva; e) algunas relaciones de las tendencias demográficas con la situación de pobreza y desigualdad y; f) algunas conclusiones y recomendaciones operativas preliminares con las cuales se pretende abrir el diálogo político con las instituciones y los actores nacionales.

Frente al contenido completo requerido en un Análisis de Situación Poblacional⁴, hace falta profundizar algunos temas de gran importancia como: la migración interna e internacional y el desplazamiento interno y sus impactos sobre la distribución y segregación espacial de la población, y su relación con las inequidades de acceso a servicios. También hace falta abordar algunos temas como: la morbilidad y las características diferenciales de algunos grupos minoritarios como las etnias, temas para los cuales en el momento la información es limitada. Finalmente es necesario complementar la presentación del contexto social, económico y político en el que la evolución poblacional ha tenido lugar y las relaciones e impactos de la evolución demográfica sobre los niveles de desarrollo y de pobreza. Se espera abordar todos estos temas en un nuevo volumen del Análisis de Situación Poblacional para Colombia, en el cual también se recogerán las conclusiones y recomendaciones discutidas y concertadas con los actores gubernamentales y de la sociedad civil. La

⁴ Ver: Guía para el Análisis de Situación en Población (ASP), Propuesta Conceptual y Metodológica, División de América Latina y el Caribe, UNFPA Nueva York 12 de junio de 2006, Mimeo.

información utilizada en la elaboración del documento, provino fundamentalmente de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud realizadas por PROFAMILIA en 1990, 1995, 2000 y 2005. Estas encuestas constituyen la más completa fuente de información socio-demográfica, con que cuenta el país en el momento. Sus resultados son representativos a nivel de subregiones del país, hasta 2000 y en 2005, gracias al apoyo del UNFPA, pudo ampliarse el tamaño muestral para arrojar una representatividad departamental y para la subregión del Magdalena Medio, de especial importancia para el monitoreo de los programas de salud sexual y reproductiva que el UNFPA lleva a cabo en esa región. Otro conjunto de datos muy importante, el relacionado con la mortalidad materna y perinatal, proviene de las estadísticas vitales del DANE. Sin embargo se debe señalar que para varios de los aspectos incluidos en el análisis la información es deficiente y otros temas como la morbilidad carecen por completo de información actualizada y confiable.

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento presenta el Análisis de Situación Poblacional para Colombia, enfatizando en el comportamiento de variables relevantes relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva (SSR), morbi-mortalidad y los cambios estructurales de la población relacionados con la transición demográfica y el proceso de modernización del país. Se toma como eje central la inequidad, es decir las diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos, o grupos de individuos, que son innecesarias, evitables e injustas. Se consideran fundamentalmente dos tipos de inequidades: geográficas (diferencias por zona, subregión, departamento), y las inequidades socioeconómicas (diferencias por nivel de riqueza, nivel educativo, o nivel de ingresos del hogar). El Análisis de Situación también examina el marco político, institucional y normativo vigente para las variables analizadas y plantea recomendaciones de política que orientarán las acciones del Programa de Cooperación.

TENDENCIAS GENERALES DE LA POBLACION

- Las tendencias poblacionales “macro”.

En general, la evolución demográfica de Colombia ha sido favorable en aspectos como aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil, baja en las tasas de crecimiento poblacional, baja en la fecundidad e incremento en uso de métodos de PF. Muy relacionados con la evolución demográfica (transición demográfica), hay avances importantes en educación e inserción laboral femenina y se presenta una situación de “oportunidad demográfica”.

De acuerdo con esas tendencias, Colombia está en la tercera etapa de la transición demográfica, en la que las tasas de natalidad han disminuido por varios factores entre los cuales los más relevantes son el mejoramiento de la educación de las mujeres, el uso de anticoncepción y la participación de las mujeres en la actividad económica.

Como resultado, la estructura por edad de la población colombiana se envejece. Esto se aprecia en una pirámide más estrecha en la base y más amplia en edades intermedias y mayores. La distribución por edades de la población interactúa con las características sociales y económicas y determina la proporción de personas en edad de trabajar, la tasa de dependencia económica, la incorporación a la fuerza laboral y demandas económicas y de servicios sociales. Una estructura como la colombiana, en proceso de envejecimiento, con un peso alto en edades intermedias, implica, en materia de política, mayores esfuerzos para generar empleo y ahorro

para los adultos jóvenes y cambiar la estructura del gasto público social para hacer provisiones de apoyo financiero e inversiones en atención de la población jubilada.

El mayor peso de adultos jóvenes, sin que haya crecido sustancialmente el peso de los mayores de 65 años, se traduce en una baja tasa de dependencia demográfica indicador que ha venido disminuyendo en los últimos diez años y se mantiene por debajo de uno (menos de un inactivo por cada activo). Este período de bajas tasas de dependencia demográficas es la llamada *oportunidad demográfica o bono demográfico*. En esta situación la base tributaria potencial para financiar inversiones es mayor que la demanda sobre esas inversiones. El bono demográfico puede generar una situación económica muy favorable, con aumento inusitado de la capacidad de ahorro e inversión que ofrece claras ventajas para disminuir la pobreza, mejorar las condiciones de vida, aminorar la presión sobre el medio ambiente y apoyar el crecimiento económico.

El bono demográfico es una situación única y que transcurre por un período limitado (cuatro o cinco lustros) en la historia de una población y sus beneficios no son automáticos, *dependen en alto grado de que se tomen las políticas apropiadas en el lugar y en el momento correcto (UNFPA 5)*. Es un momento crucial para que el Estado defina las políticas económicas y sociales coherentes en educación, salud, empleo y pensiones que permitan capitalizar al máximo la oportunidad demográfica mediante la creación de empleo e incentivos al ahorro y la inversión. La incapacidad para convertir los cambios en las tasas de dependencia en crecimiento económico, se puede atribuir en gran medida a la persistencia de la inequidad.

- Inequidades en la transición demográfica.

Debido a las inequidades existentes, las mejoras en fecundidad y mortalidad no se distribuyen igualmente a través de los grupos de población o de las regiones más pobres que están atrasados en su proceso de transición. Aún se presentan niveles altos de fecundidad y crecimiento poblacional en las regiones y grupos más pobres y su disminución se dificulta porque cada vez se encuentra más asociada con transformaciones en las valoraciones y preferencias sociales. Una expresión de la inequidad demográfica en Colombia se encuentra en la composición etaria de los pobres. Las discrepancias entre las pirámides de población para los años 1996, 2000 y 2004 entre la población pobre, indigente (pobres extremos) y no pobre muestra el efecto diferencial del proceso de transición demográfica para estos grupos.

Así, en las zonas urbanas menos del 30% de la población es menor de 15 años, mientras en las zonas rurales este grupo permanece en el 36%. Este diferencial es producto de la persistencia de una mayor fecundidad en las zonas rurales y también de la migración rural - urbana asociada al desplazamiento por violencia, que ha sido principalmente de población en edades activas y se ha intensificado actualmente

debido al conflicto armado. Tal migración es también selectiva de mujeres: las mujeres y los niños representan el 49% de la población desplazada. Este patrón migratorio tradicional indica que persisten las barreras en las áreas rurales y atrasadas del país para el acceso de las mujeres al sistema educativo y productivo y, en cambio, el estímulo para que ellas accedan tempranamente al mercado laboral urbano de baja calificación como estrategia de sobrevivencia de sus hogares.

La edad media de la población de los departamentos en 2005 indica que los departamentos más atrasados en transición demográfica son de la Costa Atlántica Magdalena, Córdoba, Cesar y Guajira, más Chocó y Cauca. Tienen edades medias que apenas superan los 25 años. Estos mismos territorios muestran los mayores índices de pobreza y desnutrición.

Existen grandes diferencias en la distribución por edades de la población según nivel socioeconómico: los grupos de mayor nivel de riqueza tienen una distribución de edades más envejecida, producto de menores niveles de fecundidad y de un proceso de transición demográfica que inició primero y que se encuentra más avanzado. Los grupos de menor nivel de riqueza tienen estructuras de edad más amplias en la base, con estrechamientos notorios entre los 15 y los 45 años, producto probablemente de una mayor influencia de la mortalidad por violencia.

Las notables diferencias entre las estructuras poblacionales de los dos grupos expresan el “rezago” demográfico de los indigentes y pobres respecto a los no pobres. Entre los indigentes, por ejemplo, en 2004, el 13.7% de su población era menor a 5 años, y entre la población de los no pobres esa proporción era de 6%. En el otro extremo de la pirámide poblacional el 5,2% de los primeros tenía más de 65 años, y entre los segundos el 8.5% se encontraba en ese grupo de edad. Durante el período comprendido entre 1996 y 2004 en ambos segmentos se constatan disminuciones en las participaciones de los menores a 15 años y aumentos en los mayores a 60. No obstante, el mayor dinamismo en el cambio entre los no-pobres lleva a que las distancias aumenten. Mientras que la proporción de menores de 15 años disminuye 15% entre ellos, lo hace en 7,5% entre los pobres, y mientras que entre los primeros la participación de las personas de 60 y más años aumenta en 18%, entre los segundos lo hace en 7%.

El efecto del cambio demográfico sobre los niveles de pobreza se observa cuando se calcula la variación de la pobreza, manteniendo la estructura por edad constante. Este ejercicio indica que si la estructura poblacional no se hubiera modificado desde 1996, la pobreza sería en 2004 superior en 0.82 puntos porcentuales a la observada. El “aporte” de la transición demográfica es reducido frente a la magnitud del fenómeno, pero representa, el 48% de la variación.

- Tendencias en esperanza de vida:

No se cuenta con suficiente información para evaluar la tendencia en la esperanza de vida. Un hecho relevante es que con los datos censales de 1993 se observaba un diferencial muy alto de esperanza de vida (8 años) entre hombres y mujeres y prácticamente un estancamiento para los hombres, por efecto de la violencia. Las proyecciones suponen reducción de la violencia y aumentos de la esperanza de vida más que proporcional para los hombres, y en consecuencia una reducción del diferencial por sexo. Si se proyecta la esperanza de vida femenina y se aplica el diferencial por sexo observado en las estadísticas vitales, la esperanza de vida en el período 2000-2005 se ubicaría en 65 años y no en 69.17 como suponen las proyecciones, es decir pudo haber una pérdida de 4 años en el avance de esperanza de vida por efectos de la violencia. Este rezago equivaldría a casi una década perdida en este indicador.

- Tendencias en morbilidad - mortalidad general.

La mortalidad general del país, medida en términos de la tasa bruta de mortalidad, descendió sistemáticamente durante la segunda mitad del siglo XX, hasta 5.79 por mil en (1995-2000). Según las proyecciones, se espera que siga descendiendo hasta 5,41 en el período 2005-2010, cuando habrá un punto de inflexión y empezará a subir por efecto del envejecimiento de la población. Sin embargo, de acuerdo con estadísticas vitales, entre 1998 y 2002 se observó un incremento del número de defunciones al pasar de 175.363 en 1998 a 192.262 en 2002 que podría redundar en un aumento de la tasa antes de lo esperado.

Como corresponde al avance de la transición y al “perfil de desarrollo” de la morbilidad, las enfermedades crónicas ocupan el primer lugar como causa de la mortalidad general, y se presenta una mortalidad cada vez más temprana por este tipo de enfermedades, tales como la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedades de las vías respiratorias y del hígado, la hipertensión y la diabetes.

La segunda causa de mortalidad en Colombia son las muertes violentas, dentro de ellas se encuentran los homicidios, suicidios y accidentes. El peso de estas causas viene en aumento, en especial los homicidios y suicidios que, además, afectan a la población masculina joven y ya aparecen dentro de las cinco primeras causas en el grupo de 5 a 14 años. Los suicidios aparecen como tercera causa de muerte en hombres de 15 a 44 años.

- Tendencias de la Mortalidad infantil.

Viene disminuyendo sostenidamente. En 1993 había sido de 34 por mil nacidos vivos de acuerdo con el censo. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ENDS, en el período 2000-2005 se presentan 19 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. Las estadísticas vitales dan 19.5 por mil en el período 1998-2002. El fenómeno relevante es que a pesar de los logros obtenidos con la mortalidad infantil las primeras causas de muerte en niños menores de 5 años son las enfermedades respiratorias y la enfermedad diarreica aguda, causas prevenibles y tratables, que en el contexto del SGSSS no debieran complicarse hasta la muerte.

- Tendencias demográficas y pobreza.

Las inequidades demográficas se manifiestan igualmente en otras situaciones de los hogares como su tamaño (número de miembros) y presencia de niños y jóvenes (menores de 18 años). Los hogares no pobres tienen menos personas que los pobres y éstos menos que los indigentes. En todos los grupos según su condición de pobreza se encuentra una disminución continua de las personas promedio por hogar entre 1996 y 2004. La presencia de menores de 5 y 18 años marca diferencias importantes en las incidencias de la pobreza. Los hogares con dos menores de 5 años tienen, en los años analizados, proporciones de pobres superiores al 80%, y los que poseen tres o más menores son pobres en más del 90%. Circunstancias como estas demuestran las grandes desventajas de los hogares para la crianza de los niños y para llevar niveles dignos de vida. También las limitaciones para el ejercicio prioritario de los derechos de los niños.

En ejercicios de simulación para los períodos 1996-2000 y 2000-2004 se encontró que, en las áreas urbanas, la reducción del tamaño de los hogares junto con los efectos indirectos de una mayor participación laboral de las mujeres, evitaron, en el primer período, un punto porcentual de crecimiento de la pobreza, es decir un 20% del incremento total y en el segundo período, contribuyeron con un 60% de la reducción obtenida en la pobreza. En las zonas rurales la magnitud del efecto de la reducción del tamaño del hogar sobre la medida de pobreza es menor: 8% entre 1996 y 2000.

- Mercado de trabajo, dinámica de la población y pobreza.

Las oportunidades de obtención de ingresos de los hogares están condicionadas por su composición y por la forma como participan sus miembros en el mercado de fuerza de trabajo. Los hogares pobres presentan “desventajas” expresadas en mayores proporciones de población desempleada, de población inactiva, menor número de ocupados por hogar y mayores tasas de dependencia económica (personas por ocupado).

Estos indicadores reflejan otra faceta de las inequidades demográficas. La composición más joven de las poblaciones pobres las hace más propensas a ser afectadas por el desempleo y les impone mayores cargas por persona ocupada. La

situación se convierte en factor determinante de la condición de pobreza al afectar las posibilidades de obtener recursos de las actividades laborales.

Otro fenómeno notable de la relación población - mercado de trabajo en Colombia es el aumento de la participación femenina en la actividad. Aunque siguen siendo importantes las distancias entre sexos en su participación en el mercado laboral, las brechas disminuyen rápidamente. Mientras que las tasas masculinas se mantuvieron casi constantes, las femeninas aumentaron 22% entre los años considerados, especialmente entre 1996 y 2000. Este hecho expresa no sólo un fenómeno económico, sino un cambio en los valores, que favorece una mayor participación y autonomía de las mujeres. Al mismo tiempo, esta tendencia conlleva una tensión en el mercado laboral. Casi dos terceras partes (62%) del aumento de 4.270.000 personas en la población económicamente activa colombiana entre 1996 y 2004 son aportadas por las mujeres. Las tasas de participación femenina aumentan más entre los pobres e indigentes: crecieron 40% y 48% respectivamente, mientras que las tasas masculinas presentan un descenso en todos los grupos.

A pesar de que la población en edad de trabajar ha crecido a una tasa anual menor a la del desempleo, el incremento de las tasas de participación a un ritmo superior condujo a un crecimiento del desempleo. El incremento en más de un millón de desempleados durante los años analizados (1996-2000), ilustra la tendencia del desajuste entre crecimiento de la población y el crecimiento de las tasas de participación laboral, de una parte y el comportamiento del empleo, por otra. Se destacan las desventajas de algunos grupos de población que requieren medidas especiales para satisfacer sus demandas de empleo: las poblaciones jóvenes entre 15 y 24 años y las mujeres. El 43% de los desempleados en 2004 eran jóvenes de estas edades y el 40%, mujeres de las zonas urbanas.

Como consecuencia de la disminución del nivel de empleo, los notables incrementos porcentuales en la tasa de desempleo en el período 1996-2000, fueron más elevados para los mayores de 40 años (se duplican) y especialmente en las mujeres de esas edades (casi se triplican). En el período 2001-2004 las tasas de desempleo tienden a disminuir más en los grupos de 35 a 44 años entre los hombres y de 40 años y más en las mujeres.

Los niveles de subempleo que reflejan las aspiraciones por trabajar más tiempo, con mejor remuneración o en ocupaciones adecuadas a las competencias laborales, tienen niveles especialmente altos y señalan características estructurales del mercado de fuerza de trabajo colombiano. Entre 2002 y 2004 se observa una disminución del subempleo del 40% al 35%. A pesar de esta disminución las diferencias en contra de los grupos pobres e indigentes siguen siendo grandes. El 42% de los ocupados pobres y el 50% de los indigentes son subempleados.

El subempleo también afecta principalmente a los jóvenes: en el grupo 15-19 años tiene un valor cercano al 50% en 2004 (Gráfico 46). Esto refleja las desigualdades frente al derecho de obtener un trabajo digno.

- Desplazamiento forzado y pobreza.

Entre septiembre de 1995 y febrero de 2006, según el Registro Único de Población Desplazada de la Red de Solidaridad Social, habrían sido desplazadas 1.765.000 personas y cerca de 400.000 hogares. El número anual de desplazados ha disminuido de 425.000 personas en 2002 a 152.000 personas en 2005. De los desplazados que han sido clasificados por edad, 23% son menores de 10 años, 46% menores de 18 años y 48% son mujeres. El fenómeno abarca a todos los departamentos y al 98% de los municipios del país (1087 municipios con población expulsada y 1023 receptores). Sin embargo, el 60% de los flujos de desplazados se han dirigido a sólo 37 municipios.

Los hogares desplazados son más vulnerables porque han perdido su tierra, vivienda y los activos de los hogares. El desplazamiento "...genera desempleo y marginación, denota peores condiciones de salud, inseguridad alimentaria, desarticulación social, empobrecimiento y, en general, el deterioro acelerado de las condiciones de vida..." (Ibáñez y Moya 2005).

La situación de la población desplazada respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es descrita en documento del UNFPA: "Existen evidencias que la PDV tiene un mayor riesgo de sufrir vulneraciones de sus derechos sexuales y reproductivos y efectos negativos para el ejercicio de su sexualidad y su reproducción...el 30% de las mujeres entre 13 y 19 años ha estado alguna vez embarazada...diez puntos porcentuales más alto que el reportado para el conjunto de los adolescentes colombianos...Las embarazadas desplazadas por el conflicto son quienes en menor proporción acuden a controles prenatales en centros de salud (44%). Entre las adolescentes unidas, el 60% no está usando protección anticonceptiva y el 81% de las jóvenes que han iniciado actividad sexual no se protege con ningún método anticonceptivo...el 52% de las mujeres (desplazadas) alguna vez unidas han sido maltratadas físicamente por su cónyuge, el 14% forzada a tener relaciones sexuales...el 9% han sido violadas por personas diferentes a su cónyuge..." (UNFPA, *Trabajar en Salud Sexual y Reproductiva en contextos dedesplazamiento interno*).

- La vulnerabilidad demográfica en Colombia.

La vulnerabilidad demográfica, definida en términos de acceso a los recursos: "corresponde a un conjunto de características demográficas de las unidades domésticas que, en una sociedad moderan, limitan la acumulación de recursos". Se refiere a rasgos sociodemográficos de las unidades domésticas que generan

dificultades, limitaciones o menores opciones en los procesos de adquisición y habilitación para el manejo de activos de todo tipo, dentro de los cuales se encuentran todas las formas de capital y el tiempo.

En un ejercicio de aproximación a la identificación de los factores relacionados con la vulnerabilidad se aplicó a la información de la encuesta de calidad de vida de 2003 (DANE) un modelo que permite estimar la probabilidad de que un hogar sea pobre en función de variables seleccionadas y permite comparar la forma en que inciden cada una de ellas en esa probabilidad.

Se encontró que dentro de las variables que afectan en forma más definida la probabilidad de ser pobre de un hogar se encuentran la residencia en la zona rural, en algunas regiones del país (la probabilidad de ser pobre es 42% superior para los habitantes de la región antioqueña a la de los habitantes de Bogotá y 26% superior para los hogares de la región pacífica), que el jefe esté desempleado, con jefe objeto de desplazamiento forzado y si éste ha tenido enfermedad grave. Así mismo aumenta con la presencia de menores de 18 años, con la jefatura femenina y con la escasa participación social. La probabilidad de ser pobre disminuye con la edad del jefe del hogar, con sus años de educación y con la tenencia de activos.

SITUACIÓN Y TENDENCIAS EN SSR.

- Fecundidad:

Entre 1986 y 2005 bajó la fecundidad total de 3.2 a 2.4 hijos por mujer. Se dice que es un proceso acelerado en el contexto de AL. Pero claramente hay sectores rezagados en este proceso, las mujeres sin educación, las de los estratos más pobres y las de las regiones más atrasadas. Aunque la brecha rural-urbana ha disminuido, una mujer rural sigue teniendo 1.2 hijos más en promedio que una mujer urbana. Lo más preocupante es que la fecundidad de las adolescentes está en aumento.

A pesar del avance logrado en los promedios, subsisten inequidades y barreras en el acceso a servicios y por lo tanto para el ejercicio de los DSR. Esto se percibe en el estancamiento reciente del uso de los métodos de PF y en el mantenimiento de factores de discriminación sistemática en contra de la mujer. Las tasas de fecundidad son sistemáticamente mayores en los grupos con peores condiciones de vida. Las tasas de fecundidad de las mujeres de las zonas rurales son 1.6 veces superiores a las de las zonas urbanas; y las de los niveles más bajos del índice de riqueza son 2,9 veces mayores a las de los niveles con mejores condiciones.

El nivel educativo marca grandes diferencias en el nivel de la fecundidad. Una mujer sin educación en promedio tiene tres hijos más que una mujer con educación superior. Las diferencias corresponden a las que existen entre países con muy

diversos grados de desarrollo. La tasa de fecundidad de las mujeres sin educación es superior a la de Haití y la de las mujeres con mayor nivel educativo es inferior a la del promedio de los países más desarrollados y corresponde a la de Suiza. Hay que resaltar que los mayores cambios recientes se observan en las mujeres sin educación en las que la tasa total de fecundidad descendió de 5,2 hijos por mujer a 4,5, mientras que el nivel en educación secundaria y superior se mantuvo prácticamente constante.

Aunque se observa una leve convergencia, las diferencias geográficas en fecundidad siguen siendo muy grandes: la mayor fecundidad del país se presenta en el departamento de Caquetá, con 3,6 hijos por mujer. Le siguen Vaupés, La Guajira, Cesar, Chocó, Magdalena y Cauca en su orden. La fecundidad en los departamentos del Eje Cafetero es baja, cerca de 2 hijos por mujer.

Otro aspecto grave es el de la fecundidad de las poblaciones indígenas. Una mujer indígena tiene el doble de hijos que una colombiana promedio. En algunas etnias el nivel de fecundidad llega a 11 hijos por mujer (cerca de la fecundidad natural). La fecundidad adolescente de estas etnias es 158 nacimientos por mil mujeres mientras el promedio nacional era de 96 nacimientos por mil mujeres.

La población desplazada es otro grupo de atención porque impacta hacia arriba la fecundidad de las zonas a donde llegan: presentan fecundidades de 3.4 hijos por mujer y 4.8 en la zona urbana y rural respectivamente (2.4 es el promedio del país). El promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales para las mujeres desplazadas es de 16 años.

Los desequilibrios e inequidades en el acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva se revelan con mayor claridad si se examina la fecundidad no deseada y los mecanismos de decisión del número de hijos al interior de los hogares.

En la decisión sobre el número de hijos tiene peso el balance entre la inversión actual en salud y educación que ellos demandan y la distribución del tiempo de la mujer entre el hogar y el trabajo pagado. En los estratos más pobres, tienen peso incentivos tradicionales para tener más hijos, tales como la contribución que ellos puedan hacer para la supervivencia del hogar o el soporte que puedan dar a sus padres en la vejez. Así mismo los hijos se ven como reemplazo de una alta mortalidad infantil (UNFPA 9).

El deseo de más hijos en los estratos bajos no puede considerarse una opción libre e informada. En primer lugar los pobres no tienen acceso a la información y educación que les permita valorar una buena educación y salud para sus hijos. Tampoco es una decisión autónoma de la mujer. Usualmente las preferencias del hombre son

diferentes y esta diferencia es más marcada entre los pobres. Las preferencias de los hombres se imponen y la autonomía de la mujer está coartada ya sea a través de violencia directa contra ella, o a través de influencias de la familia o la comunidad (UNFPA 11).

En Colombia, según la ENDS-2005 una mujer sin educación tiene cerca de 1,5 hijos más de lo que considera ideal mientras que en las que alcanzan algún nivel de primaria el exceso es de un hijo y en las que tienen secundaria o más, la diferencia es mínima (0,1 hijos de exceso). Las mujeres del quintil más pobre tienen 1.5 hijos más de los deseados, mientras que las mujeres más ricas tienen 0.7 hijos menos que el ideal. Las diferencias no son muy marcadas entre regiones, pero en las zonas urbanas prácticamente no hay exceso de hijos sobre el ideal, mientras las mujeres de las zonas rurales tienen casi un hijo más de los deseados. En promedio, si las mujeres colombianas tuvieran únicamente los hijos que desean y cuando los desean, la fecundidad total sería sólo 1.7 hijos por mujer, contra el 2.4 actual.

Esta situación refleja que las limitaciones para decidir libremente el número de hijos son mayores a medida que el nivel socioeconómico de las mujeres es más bajo. Corresponde igualmente con una alta proporción de nacimientos no deseados o inoportunos, situación que según la encuesta de Demografía y Salud de 2005 abarca más de la mitad (54%) de los nacimientos de los últimos 5 años (incluyendo las embarazadas en el momento de la entrevista). De los nacimientos que comprende este porcentaje una mitad fueron inoportunos, es decir ocurrieron adelantados al momento en que se hubieran querido tener, y la otra eran completamente indeseados. Entre 2000 y 2005, la proporción de nacimientos abiertamente no deseados aumentó de 23 a 27%.

Las diferencias entre la fecundidad real y deseada se reflejan en las estadísticas de *demanda insatisfecha de planificación familiar*, compuesta de las mujeres que tienen necesidad insatisfecha para limitar los nacimientos o para espaciarlos (Profamilia, 2005). La demanda insatisfecha tiende a ser mayor entre los pobres (UNFPA) y otros grupos discriminados, reflejando fallas en la información, la distribución u otros factores de acceso y convirtiéndose en obstáculo para la reducción de la fecundidad. Entre los factores que influyen en el acceso, se ha encontrado que *el costo de los anticonceptivos da cuenta de menos del 1% de las barreras para el uso y en cambio es fundamental la falta de autonomía de la mujer al nivel del hogar y la comunidad (UNFPA 12).*

Según las ENDS la necesidad insatisfecha ha disminuido en el país. Para 1995 la necesidad insatisfecha es de 7.7%, en 2000 era de 6.2% y para 2005 de 5.8%. Reducción que se considera insuficiente, teniendo en cuenta las condiciones de

aseguramiento del país, la existencia de reglamentación específica y siendo un área priorizada por la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Es muy importante anotar que la demanda insatisfecha es mayor entre las adolescentes, donde llega al 16% y por lo tanto cuenta como factor principal de la alta fecundidad adolescente.

La necesidad insatisfecha es mayor en el área rural con el 8% frente a 1.5% del área urbana, esta circunstancia confirma las barreras de acceso geográfico que aún se dan en el país a pesar de los logros que se han conseguido con el Régimen Subsidiado. En cuanto a la necesidad insatisfecha por regiones, la Región Atlántica es la que presenta mayor nivel, con el 9.6% y en las zonas urbanas de Orinoquía y Amazonía con 6.6%. Los departamentos con mayor porcentaje de necesidad insatisfecha son Vaupés 16%, La Guajira y Chocó con 13%, Magdalena, Córdoba y Amazonas con el 12% Caquetá y Cesar con el 11%.

La demanda insatisfecha de las mujeres que no tienen ninguna educación llega al 12%, 3 veces mayor que la de las que tienen nivel universitario (3.7%); y en las mujeres con el índice de riqueza más bajo la necesidad insatisfecha es de 11%, casi 5 veces mayor que el de las del nivel superior (2.2%) (Profamilia, 2005).

- Fecundidad adolescente:

La fecundidad adolescente ha aumentado significativamente en la última década, acompañada de un rejuvenecimiento del patrón de fecundidad. El 12.8% de las jóvenes colombianas entre los 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban embarazadas en 1990 y en el 2005 esta proporción aumenta a 20.5%. La contribución de la fecundidad adolescente a la fecundidad total aumenta de 7% en 1990 al 19% en 2005. Las adolescentes cada vez inician su maternidad más temprano. La proporción de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes de los 15 años aumenta de 1.3% en 1995 a 1.7% en el 2005. Así, no solo la proporción de adolescentes con hijos ha venido aumentando, sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha venido disminuyendo. La edad de inicio de relaciones sexuales y uniones es cada vez menor y esto incrementa el período en que las adolescentes están sometidas al riesgo de embarazo y de ETS y VIH/SIDA.

- Inequidades en fecundidad adolescente.

Varios estudios muestran que la maternidad a edades tempranas no es homogénea por grupos socioeconómicos, sino que es más alta entre los grupos pobres (Guzmán, 2000; Ordóñez y Murad, 2000). Existe una relación negativa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico, en donde las adolescentes de los quintiles más bajos tienen mayor probabilidad de ser madres que las de los estratos más altos.

En el 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas entre aquellas sin educación es casi 6 veces mayor a la proporción observada entre las adolescentes con algún año de educación superior (Gráfico 5.3.3). La proporción de adolescentes madres o embarazadas aumenta entre 2000 y 2005 en todos los grupos de educación. Sin embargo, los diferenciales han disminuido entre 2000 y 2005, ya que el aumento fue mayor en los grupos de mayor nivel educativo. En el 2000 la relación entre las más educadas y las menos educadas era cercana a 15.

Existe una relación negativa marcada entre fecundidad adolescente y nivel de riqueza. Así, en el 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas es casi 3 veces mayor entre las adolescentes del quintil más bajo que entre las del quintil más alto.

La proporción de madres adolescentes es de 7.4% en las mujeres con educación universitaria y de 36,6%, 5 veces superior, en las que no han tenido educación. Y la proporción de madres adolescentes en la posición inferior del índice de riqueza (25.2%) supera en tres veces la que ocurre en el estrato superior de riqueza (8.5%).

El período de exposición al riesgo de embarazo comienza en el momento en el que la mujer inicia relaciones sexuales. Los datos disponibles determinan que en Colombia, la edad a la cual las jóvenes inician sus relaciones sexuales ha venido disminuyendo y la proporción que ha tenido actividad sexual a cada edad ha venido aumentando (Flórez y Núñez, 2002; Ordóñez, 2002; Flórez, 2003). En consecuencia, no solo la intensidad es mayor sino la edad a la cual las adolescentes inician actividad sexual es cada vez menor, llevando a un rejuvenecimiento del patrón de inicio. En 1995, 7.6% de las adolescentes había iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años; en el 2005, tal proporción llega casi al 14%.

El matrimonio y embarazo temprano también son signos de falta de autonomía y la refuerzan: impide la participación adecuada de la mujer en la actividad e implican mayor dependencia, menor capacidad de discusión o negociación de las decisiones reproductivas, a menudo a costa de la salud de la mujer (UNFPA 13). La reducción de la edad a la que inician las jóvenes su actividad sexual no solo las expone a un mayor período de riesgo de embarazo sino que también amplía el periodo de riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o SIDA. El desconocimiento de estas enfermedades es mayor entre las adolescentes y entre las mujeres mayores de 40 años que en el resto de mujeres (Profamilia, DHS 2005).

La proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas (relaciones sexuales, unión, embarazo), es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Por subregión, los resultados de la DHS-2005 indican que la proporción de

adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales fluctúa entre 57% en Valle y Cali y 30% en Barranquilla; mientras que la proporción de unidas va desde 20% en la Costa Norte a 8% en Antioquia.

Igual que para la fecundidad, se observa una relación negativa entre el inicio de relaciones sexuales y el nivel socioeconómico. Son las jóvenes de los estratos más bajos quienes inician relaciones sexuales más temprano y se unen en mayor proporción que las adolescentes de los estratos más altos. Así, existe un mayor tiempo de exposición al riesgo de embarazo entre las adolescentes de menor nivel socioeconómico que entre las de estratos altos, todo lo cual contribuye al aumento observado en su nivel de fecundidad.

En contraste, casi todas las adolescentes del país conocen los métodos anticonceptivos y una alta y creciente proporción los usa: El porcentaje de adolescentes unidas que nunca ha usado planificación familiar disminuye significativamente de 21% en 1995 a 13.5% en 2005. Se deduce que los adolescentes experimentan vacíos fundamentales de conocimiento adecuado de su sexualidad y del uso apropiado de los métodos.

Al respecto es muy dicente el hecho de que en el 2005, un 18% del total de adolescentes y un 15% de las sexualmente activas no conocen que el período fértil de la mujer tiene lugar a mitad del ciclo menstrual. La situación es peor entre las usuarias de métodos tradicionales, en donde la proporción llega al 19%. Esto indica que las adolescentes están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de la misma, ya que aunque saben cuales son los métodos y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y desconocen el uso apropiado de los métodos (Guzmán, J., 2000). La situación es alarmante, especialmente entre las adolescentes más jóvenes, menores de 15 años, en donde el desconocimiento de su propia fisiología reproductiva alcanza niveles muy altos (entre el 25% en las de 15 años y el 37% en las de 13 años).

- Mortalidad materna.

La tendencia general ha sido de disminución, si se mira entre los 70's y 80's en que bajó de 200 a 120 muertes por 100.000 nacidos vivos. Durante la década del 80 y primeros años de los 90 permaneció constante por encima de 100. El fenómeno a destacar es que entre el 98 y 2002, las estadísticas vitales muestran estancamiento de este indicador, siendo 96 por 100.000 el promedio del período. Es un nivel alto que no corresponde al nivel de desarrollo del país.

Otro hecho relevante es que el nivel y la estructura por causas de la mortalidad

materna no guardan relación con el alto nivel de parto institucional y atendido por personal calificado (91% en 2005), ni con la frecuencia del control prenatal (93%), situación que sugiere problemas de calidad de la atención y de identificación y manejo de los factores de riesgo. Más del 80 por ciento de las muertes maternas serían evitables si las instituciones aplicaran eficientemente las normas y protocolos conocidos.

También es importante señalar que la mayoría (73%) las mujeres que tienen sus partos por fuera de las instituciones no son captadas por el sistema para efectuar los controles post-parto obligatorios. Esto muestra la ausencia de aplicación de criterios de atención básica.

- Evolución de la epidemia de VIH/SIDA.

Es necesario llamar la atención sobre los impactos de la expansión del VIH/SIDA sobre la economía y el nivel de pobreza en un país. En primer lugar, dado que los principales afectados son los adultos jóvenes, se presentaría un *"devastador impacto en capital humano y productividad"*,...que afectaría al crecimiento y que *"puede revertir los efectos del bono demográfico"*. Además de esto está el incremento directo de los costos en salud: *"Estimaciones del Banco Mundial indican que cuando la prevalencia de VIH/SIDA alcanza el 8% el costo en términos de crecimiento es cercano al 1% del Producto Interno Bruto por año (UNFPA 6)."*

De acuerdo con las estimativas más recientes del Ministerio de Protección Social de Colombia, en el año 2004 la prevalencia de infección en la población adulta entre los 15 y 49 años de edad estaría en un 0,7%, y para el 2015 estaría alrededor del 1,5%. El número de personas que actualmente viven con la infección estaría entre 200,000 y 220,000, de los cuales unos 4.000 corresponderían a personas menores de los 15 años. Para el año 2010 el número estimado de casos podría sobrepasar las 800.000 personas, con casos de personas menores de 15 años estimados en unos 16.000. A finales de enero de 2005, se había informado sobre alrededor de 44.000 casos de infección, de los cuales el 81% corresponde a hombres y el 19% a mujeres. En los casos para los cuales se reportó el mecanismo de transmisión, el 50,9% deriva de contactos heterosexuales, 28,3% de contacto homosexual y 16,8% de contacto bisexual – para un 96% de transmisión sexual. El porcentaje de mujeres refleja una tendencia a crecer en años recientes, y la distribución de la proporción hombre-mujer continúa reduciéndose, estando en un promedio nacional de 3:1 en el 2004, y en 2:1 en los departamentos de la Costa Atlántica. El 53% de todos los casos de VIH ocurren en personas entre los 15 y 35 años de edad. La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas ha presentado un incremento, de 0,06% en 1991 a 0,4% en 1999, y 0,6% en el 2003. Entre las mujeres consultando casos de ETS, las cifras aumentaron de 0,2 en 1994 a 1,1% en 1999. En el más reciente estudio

centinela⁵, realizado en el 2003, se encontraron prevalencias mayores de 0,5% en mujeres embarazadas en siete departamentos geográficos.

El Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), consiste en una combinación de subsistema de mercado de servicios, reglamentado por el sector privado, y un subsistema social subsidiado del gobierno. Existen dos tipos de afiliación con el SGSSS: el régimen contributivo para trabajadores asalariados e independientes – basado en una póliza de seguro pagado conjuntamente por los empleadores y los empleados – y el régimen subsidiado, diseñado para asegurar al segmento más pobre de la población, basado en el principio de solidaridad y financiado principalmente por el gobierno. Entre los servicios ofrecidos por los regímenes contributivos y subsidiados existen enfermedades de alto costo, incluyendo el VIH/SIDA. Para la población afectada, el SGSSS ofrece atención integral para las personas viviendo con el VIH o el SIDA (PVCHS), incluyendo el suministro de medicinas antiretrovirales. En la actualidad, la cobertura del SGSSS (en sus regímenes contributivos y subsidiados) alcanza al 66% de la población total, y no se anticipa un aumento significativo de esta cobertura debido a las limitaciones financieras y las dificultades que están desafiando al Estado Colombiano.

- Uso de métodos de Planificación Familiar.

Ya en 1990 y 1995 Colombia tenía mayor prevalencia anticonceptiva que los países de la región cuando 66% y 72% respectivamente de la mujeres en unión usaban algún método y 55% y 59% usaban métodos modernos, para este momento en Brasil, 55% de las mujeres en unión usaban algún método y 51% usaban métodos modernos. La mayoría de los países de América Latina estaban bastante por debajo de estas cifras y estas diferencias todavía se mantenían en el año 2000 cuando Colombia llegó a una tasa de prevalencia de 77% tomando en cuenta todos los métodos y de 64 en métodos modernos.

Según la ENDS-05, en Colombia, 78 de cada cien mujeres casadas o unidas estaban usando algún método anticonceptivo y la mayoría de ellas usaban un método moderno (68%). Esta prevalencia puede considerarse alta dentro del contexto latinoamericano y al nivel de países desarrollados como Estados Unidos o Canadá. Sin embargo, debe resaltarse el estancamiento que se presentó entre el año 2000 y el 2005, ya que la tasa prácticamente se mantuvo constante (pasó de 77% a 78%).

En cuanto a los métodos más usados por las colombianas se destaca la esterilización femenina (31%), la esterilización masculina en contraposición, es de los métodos menos usados (1,8%). Después de los métodos definitivos, que en su conjunto los usan 33% de las mujeres en unión, está el DIU (11%) la píldora (10%), el conjunto de

los métodos tradicionales (10%) y el condón (7%).

El conjunto de los métodos considerados masculinos llega solo al 15%. Se refleja el concepto sesgado de responsabilidad exclusivamente femenina en la planificación familiar. Pero también se refleja la normatividad vigente porque el condón y la vasectomía no están cubiertos por el régimen subsidiado.

- Inequidades de acceso a la anticoncepción.

La anticoncepción es el determinante próximo con mayor peso en el nivel de la fecundidad. Los avances en la educación y la inserción laboral femenina conllevan transformaciones en las valoraciones y preferencias sociales, y cuando existen mejoras en la información y acceso libre a los servicios de control de la natalidad dan lugar al cambio demográfico. El mayor poder de decisión y avance en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos poseen un valor intrínseco y, además, conllevan consecuencias benéficas sobre el desarrollo económico, la equidad y otras dimensiones del nivel de vida.

La capacidad de decisión sobre el número de hijos se relaciona con las posibilidades de acceso a los métodos de planificación familiar, donde se encuentran igualmente desigualdades asociadas con las condiciones económicas, sociales y culturales. A nivel mundial la utilización de anticonceptivos varía en función de los niveles de ingreso y educación, del grupo étnico y de la extensión de los programas de planificación familiar. El uso de métodos anticonceptivos modernos es más común entre las mujeres más ricas que las pobres en casi todos los países, y la diferencia es especialmente pronunciada en los países más pobres. En África las mujeres en condiciones económicas más favorables tienen probabilidades cuatro veces superiores de utilizar anticonceptivos que las más pobres, y en algunos países, doce veces (UNFPA, 2005).

En promedio, en Colombia, 78 de cada 100 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo. Sin embargo, se conservan altas inequidades geográficas: algunos departamentos, como La Guajira, Vaupés, Magdalena y Chocó, tienen el nivel de prevalencia de anticoncepción que tenía el país en 1990 (66%).

Las mujeres sin educación tienen menor uso de anticonceptivos que las mujeres con algún nivel de educación (67% en comparación con 79%). Pero el hecho más importante es que este diferencial aumentó debido a que la prevalencia de uso disminuyó para las mujeres sin educación entre el año 2000 y el 2005.

Es clara la diferencia de acceso por nivel de pobreza, puesto que las poblaciones más pobres usan menos (prevalencia de uso de 73% frente a 81% en lo más ricos), y particularmente es menor el uso de métodos modernos (60% de uso de métodos

modernos en los más pobres frente a 72% en lo más ricos); en consecuencia, entre los pobres es mayor el uso de métodos tradicionales.

Hay una relación entre el tipo de anticonceptivos usados y factores representativos de la autonomía de la mujer. Así, el uso de métodos que requieren suministros permanentes (píldora, DIU, inyección, implantes, condón, espumas), es sensiblemente menor en las mujeres con menor educación. En cambio, el método con mayor prevalencia en este grupo de población es la esterilización femenina que aporta más de la mitad de las usuarias de anticoncepción, mientras que para el total de la población, aunque es también el método más usado, aporta la tercera parte del uso.

La decisión de esterilización no siempre es la mejor opción desde el punto de vista de los derechos y puede haberse tomado en un entorno de presión (inmediatamente después de tener un hijo, por ejemplo), sin la libertad e información suficientes. De hecho, según la ENDS el 12% de las mujeres que se esterilizaron se manifestaron arrepentidas de haberlo hecho.

- Violencia de género, violencia sexual y pobreza.

La violencia de género y la violencia sexual están estrechamente vinculadas a la situación de pobreza, al conflicto y a la falta de autonomía de las mujeres. La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos fundamentales, tiene grave incidencia en la calidad de vida, en la productividad y en la economía.

En Colombia, para 2004 el Instituto de Medicina Legal (IML) realizó en total 36.901 reconocimientos a víctimas de maltrato de pareja, el 91.2% de los casos corresponde a mujeres y el 8.8% a hombres. En el 72% de los casos, el sitio de ocurrencia de los episodios de violencia es la vivienda. En la violencia hacia las mujeres el 75% la ejerce el esposo y 21% el ex-esposo.

Se ha encontrado que entre los factores que predisponen a la violencia de pareja están el hacinamiento, la falta de educación, el mayor número de hijos y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (Estudio CEDE 2003). De acuerdo con estudio del CEDE en Bogotá, Barranquilla y Barrancabermeja, los hogares con violencia intrafamiliar son más pobres, su jefe y cónyuge tienen menos educación, son más numerosos, con más hijos e hijas menores de 5 años y más riesgo de hacinamiento. Además sugieren que el maltrato de la mujer en el hogar materno durante la infancia, la prevalencia de violencia conyugal en el hogar materno y el consumo de alcohol por parte del esposo/compañero se asocian con mayor incidencia de la violencia intrafamiliar.

La violencia contra la mujer al interior de los hogares es un grave limitante a la autonomía de la mujer y al ejercicio de sus DSR. Afecta gravemente su Salud Sexual y Reproductiva esto porque “las mujeres que viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades para rechazar el sexo, negociar el uso del condón o utilizar otros métodos anticonceptivos, por lo tanto están en riesgo de embarazos no deseados, contagio de ITS, incluido el VIH/SIDA”.

Con la ENDS-2005 se exploró la asociación entre la presencia de violencia intrafamiliar y la frecuencia con que la mujer toma decisiones, en particular si decide acerca del uso de métodos de planificación familiar sea de manera individual o conjuntamente con el esposo o compañero. Cuando no hay presencia de violencia conyugal las decisiones de uso anticonceptivo se toman de manera conjunta en la mayor parte de los casos (más de 70%), mientras que en presencia de algún tipo de violencia la decisión conjunta disminuye y es asumida en mayor medida por la mujer. El porcentaje de decisión conjunta baja en la medida en que aumenta la gravedad de la agresión de que es objeto la mujer.

Como lo muestran los datos de las ENDS la proporción de mujeres que han tenido pérdidas o abortos es mayor entre las que han experimentado violencia intrafamiliar frecuente, que entre las que nunca la han experimentado. Así mismo, las mujeres que han sido amenazadas con cuchillo o arma de fuego en el 60% de los casos no han deseado el último hijo, frente a 23% entre las mujeres que no han sido amenazadas.

En las zonas urbanas se revela mayor violencia: del total de víctimas del maltrato de pareja en 2004, según datos del Instituto de Medicina Legal (IML) el 91% son urbanos y el 7.0% rurales. En cuanto a regiones, según la ENDS 2005, se observan cifras menores de violencia intrafamiliar en la región Atlántica. Los departamentos que presentan cifras más altas de violencia sexual ejercida por el compañero (mujeres que han sido violadas por el compañero) son Antioquia, Huila, La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Valle, Cundinamarca y Boyacá.

Los delitos sexuales son más frecuentes en contra de mujeres desplazadas, 14% han sido forzadas por su cónyuge a tener relaciones sexuales; los desconocidos son los agresores más frecuentes (36%) mientras que las mujeres receptoras en el 28% son agredidas por amigos (28%).

La ENDS 2005, analiza además la atención que se brinda en estos episodios de violencia de pareja y la búsqueda de servicios por parte de las mujeres. Es preocupante que el 76.1% de las mujeres víctimas de violencia no han buscado ningún tipo de ayuda, en este caso no existen muchas diferencias entre regiones, la educación, el nivel de riqueza o el estado civil. En general es muy alto el porcentaje de mujeres que padecen violencia conyugal y no buscan apoyo.

Se ha calculado que para Colombia en 2003, los costos anuales totales asociados a la violencia intrafamiliar alcanzarían el orden de 5.5% del PIB, distribuidos así: los ingresos dejados de percibir por la mujer a causa de la violencia severa contra ellas o sus hijos representa alrededor de 4.4% del PIB, los ingresos sacrificados por el mayor desempleo alcanzan el 0.5% del PIB, mientras que los costos asociados a la peor salud o al rendimiento escolar llegan al 0.6% del PIB.

- Recomendaciones.

En general, es necesario emprender políticas de desarrollo y de reducción de la pobreza que tengan en cuenta las transformaciones poblacionales. Así mismo, *es necesario que se comprenda suficientemente que las políticas públicas que ayudan a los pobres a un mejor manejo de su vida reproductiva, tiene beneficios sociales e individuales (UNFPA 12). En general, es necesario entender que el empoderamiento de la mujer y su autonomía son cruciales para lograr las metas demográficas y sociales tanto como la reducción de la pobreza. La autonomía se consigue con mujeres más educadas, que participan en trabajo remunerado que tienen acceso a facilidades e información en SSR y que son concientes de sus derechos (UNFPA 12).*

En Colombia, todos los indicadores de SSR muestran grandes inequidades regionales, por nivel educativo, por nivel de riqueza, por grupos étnicos, en las poblaciones desplazadas y según el régimen de seguridad social. Todo esto refleja la inequidad de acceso a los servicios de SSR, en particular, falta de información, falta de consejería o falta de suministro de métodos anticonceptivos. De acuerdo con los consultores del Análisis de Situación, se debe trabajar en los siguientes campos:

- Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre los pobres y las poblaciones jóvenes en el marco de la actual política nacional sobre el tema. Sobre esta base armonizar los objetivos de equidad social, de reducción de la pobreza y crecimiento económico con las tendencias demográficas.
- Promover la equidad de género, con énfasis en la violencia contra las mujeres y las inequidades laborales.
- Promover y articular políticas y programas hacia las poblaciones que tienen desventajas demográficas y son propensas a ser pobres.
- Promover una política de población acorde con el modelo de ordenamiento del país, de sus regiones y municipios, en busca de armonizarlas con el desarrollo sostenible.
- Favorecer la equidad con la población nacional emigrante a otros países para maximizar los beneficios de la migración, garantizar el ejercicio de sus derechos humanos y minimizar las repercusiones negativas sobre los países y los emigrantes.

De acuerdo con estos antecedentes, se sugieren las siguientes estrategias:

1. *Incentivar y favorecer el uso del condón considerando que este método ofrece doble protección.* Desde un enfoque de derechos humanos es recomendable mantener un acceso equilibrado a los métodos de planificación familiar para garantizar la libre elección y su suministro. En el momento el condón no está cubierto por la seguridad social y resulta oneroso para la mayoría de los usuarios, especialmente la población de bajos recursos y los adolescentes de todos los estratos sociales.

2. *Mejorar la eficiencia en anticoncepción, es decir reducir las tasas de falla y discontinuación a través de la calidad en la información y consejería sobre planificación familiar en todos los grupos sociales.*

3. *Asumir de manera efectiva la reducción de la mortalidad materna tal como se establece en el plan de desarrollo y en la política nacional de salud sexual y reproductiva.*

4. *Emprender investigaciones para determinar la prevalencia real del VIH/sida y revisar su consistencia con las metas propuestas. Se deben fortalecer las campañas de sensibilización y pruebas voluntarias, así como prevención especial en poblaciones vulnerables como los desplazados.*

5. *Identificar y ejecutar acciones para romper la inercia que trae el comportamiento del cáncer de cuello uterino y garantizar que se alcanzan las metas propuestas.*

6. En fecundidad adolescente, partiendo de las líneas de acción de la política actual de SSR, se proponen dos grandes líneas de acción. La primera, encaminada a *afectar los determinantes próximos*, es decir, aquellos que afectan el riesgo del embarazo; se proponen estrategias dirigidas a: *la promoción del retardo del inicio de la actividad sexual en las/los adolescentes; incentivar la protección en la primera relación sexual y mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de SSR dirigidos a los/las adolescentes, facilitar el acceso y mejorar el conocimiento y adecuada utilización de los métodos de planificación familiar.* La segunda línea de acción que busca incidir en los determinantes socioeconómicos y contextuales se propone estrategias de *ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la educación y promoción de la educación en SSR con calidad, sin distinción de género, en los centros educativos formales y no formales.*

I. TENDENCIAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

1. Evolución general de las variables poblacionales.

En general, la evolución demográfica de Colombia ha sido favorable en aspectos como esperanza de vida, mortalidad infantil, baja en tasas de crecimiento poblacional, baja en la fecundidad e incremento en uso de métodos de PF. Muy relacionados con la evolución demográfica (transición demográfica), hay avances importantes en educación e inserción laboral femenina y se presenta una situación de "oportunidad demográfica". De acuerdo con el Estado de la Población Mundial 2005, Colombia ocupa una posición similar al promedio de América del Sur en sus indicadores demográficos. La evolución general de las variables se resume a continuación:

Crecimiento de la población: La tasa de crecimiento poblacional empezó a disminuir ligeramente en el período intercensal 1951-1964, cuando se ubicó en 2.85%, frente al 2.98% del período 1938-1951. En el período 1985-1993 la tasa de crecimiento ya era de 2.1% y de acuerdo con proyecciones, se tendría en 2000-2005 una tasa de 1.6%.

La disminución de las tasas de fecundidad da lugar a un menor ritmo de crecimiento de la población, pero los cambios en la estructura por edad conllevan un aumento del número de mujeres en edad reproductiva. Debido a esto, hay un efecto inercial de crecimiento de la población y la baja de la fecundidad no se traduce directamente en baja de la tasa de crecimiento de la población.

Este fenómeno se conoce como el efecto del "*momentum demográfico*", es decir, el efecto inercial del alto peso de la población joven en edad reproductiva, debido a las altas tasas de fecundidad en etapas anteriores. Esto es importante porque cuestiona la adopción de una meta en términos de tasa de crecimiento poblacional dentro de la política de población (UNFPA 3).

La etapa de la transición demográfica: Por los cambios hasta ahora descritos, Colombia está en la tercera etapa de la transición demográfica, en la que las tasas de natalidad disminuyen por varios factores entre los cuales los más relevantes son el mejoramiento de la educación de las mujeres, el uso de anticoncepción y la participación de las mujeres en la actividad económica.

Cambios en la estructura por edad de la población: Como resultado de la transición demográfica, la estructura por edad de la población colombiana se envejece. Esto se aprecia en una pirámide más estrecha en la base y más amplia en edades

intermedias y mayores. Una estructura de este tipo implica, en materia de política, mayores esfuerzos para generar empleo y ahorro para los adultos jóvenes, cambiar la estructura del gasto público social para hacer provisiones de apoyo financiero e inversiones en atención de la población jubilada.

La distribución por edades de la población interactúa con las características sociales y económicas. Determina la proporción de personas en edad de trabajar, la tasa de dependencia económica, la incorporación a la fuerza laboral y demandas económicas y de servicios sociales. Así mismo, debe hacer parte importante en la determinación del gasto social (definiendo el tamaño de poblaciones objetivo). Además, la productividad y la capacidad de ahorro de los trabajadores cambian con la edad.

La oportunidad demográfica: En el momento actual de la transición demográfica en Colombia, por el mayor peso de adultos jóvenes, sin que haya crecido sustancialmente el peso de los mayores de 65 años, se traduce en una baja tasa de dependencia demográfica (relación entre la población potencialmente activa (15-64 años), y la potencialmente inactiva (< 15 y > 65 años). Este indicador ha venido disminuyendo en los últimos diez años y se mantiene por debajo de uno (menos de un inactivo por cada activo).

Este período de bajas tasas de dependencia demográficas es la llamada *oportunidad demográfica o bono demográfico*. En esta situación la base tributaria potencial para financiar inversiones es mayor que la demanda sobre esas inversiones. De ser aprovechado integralmente, el bono demográfico puede generar una situación económica muy favorable, con aumento inusitado de la capacidad de ahorro e inversión que puede aprovecharse para "...superar la trampa de la pobreza y alcanzar niveles sostenibles de desarrollo económico y social...se ha documentado que un tercio del milagro económico del Asia Oriental puede ser atribuido a estos cambios en la tasa de dependencia" (UNFPA 4-5).

Sin embargo es una situación única y que transcurre por un período limitado (cuatro o cinco lustros), en la historia de una población. Cuando las tasas de dependencia se ajustan⁶, se observa que en las áreas urbanas de Colombia ya está llegando a 1. En adelante, las tasas de dependencia empezarán a crecer en las áreas urbanas y después progresivamente en todo el país. Significa que es un momento crucial para que el Estado defina las políticas económicas y sociales que permitan capitalizar al máximo la oportunidad demográfica mediante la creación de empleo e incentivos al ahorro y la inversión.

Entre las políticas para lograr esto se cuentan la política de educación, que debería

⁶ Se multiplica por cuatro el peso de la población de 65 y más años para considerar el mayor gasto social que demandan.

orientarse a lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos y privados que se destinan al sector con el fin de lograr en poco tiempo mayor cobertura y calidad. En salud, el país puede todavía beneficiarse de una base tributaria amplia, pero por el patrón epidemiológico pronto aumentarán los costos de atención de adultos mayores de manera que es necesario aumentar la eficiencia del gasto y anticiparse al incremento de costos de atención. En pensiones aún es posible generar ahorros. Es necesario ofrecer alternativas de ahorro de largo plazo, promover el desarrollo de capitales para que los fondos encuentren inversiones productivas y reforzar el sistema de vigilancia. En empleo el desafío es crear nuevos empleos productivos.

En resumen, los avances demográficos en Colombia son, en general, favorables. Su etapa de la transición demográfica ofrece claras ventajas para disminuir la pobreza, mejorar las condiciones de vida, aminorar la presión sobre el medio ambiente y apoyar el crecimiento económico. Pero el cambio demográfico no es suficiente y los beneficios de la oportunidad demográfica no son automáticos. *Depende en alto grado de que se tomen las políticas apropiadas en el lugar y en el momento correcto (UNFPA 5)*. La incapacidad para convertir los cambios en las tasas de dependencia en crecimiento económico, se puede atribuir a la inequidad social, *la falta de oportunidades de empleo, al bajo capital humano y al limitado espacio social y económico para las niñas y mujeres (UNFPA 5)*.

En Colombia, los aportes de la transición demográfica no han sido aprovechados para que el país haya entrado en una etapa de reducción permanente de los niveles de pobreza y desigualdad y crecimiento económico sostenido. A pesar del alcance de lo logrado, aún subsisten inequidades y barreras de difícil superación para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se observa un estancamiento en el uso de métodos de planificación familiar, y se mantienen factores de discriminación sistemática en contra de la mujer, especialmente en el mercado laboral.

Tendencias en esperanza de vida: No se cuenta con suficiente información para evaluar la tendencia en la esperanza de vida. Un hecho relevante es que con los datos censales de 1993 se observaba un diferencial muy alto de esperanza de vida (8 años) entre hombres y mujeres y prácticamente un estancamiento para los hombres, por efecto de la violencia. Las proyecciones suponen reducción de la violencia y aumentos de la esperanza de vida más que proporcional para los hombres y en consecuencia una reducción del diferencial por sexo. Si se proyecta la esperanza de vida femenina y se aplica el diferencial por sexo observado en las estadísticas vitales, la esperanza de vida en el período 2000-2005, se ubicaría en 65 años y no en 69.17 como suponen las proyecciones, es decir pudo haber una pérdida de 4 años en el avance de esperanza de vida por efectos de la violencia.

Este rezago equivaldría a casi una década perdida en este indicador.

Tendencias en morbilidad - mortalidad general: La mortalidad general del país, medida en términos de la tasa bruta de mortalidad, descendió sistemáticamente durante la segunda mitad del siglo XX, hasta 5.79 por mil en (1995-2000). Según las proyecciones, se espera que siga descendiendo hasta 5,41 en el período 2005-2010, cuando habrá un punto de inflexión y empezará a subir por efecto del envejecimiento de la población. Sin embargo, de acuerdo con estadísticas vitales, entre 1998 y 2002 se observó un incremento del número de defunciones al pasar de 175.363 en 1998 a 192.262 en 2002 que podría redundar en un aumento de la tasa antes de lo esperado.

Como corresponde al avance de la transición y al “perfil de desarrollo” de la morbilidad, las enfermedades crónicas ocupan el primer lugar como causa de la mortalidad general, y se presenta una mortalidad cada vez más temprana por este tipo de enfermedades, tales como la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedades de las vías respiratorias y del hígado, la hipertensión y la diabetes.

La segunda causa de mortalidad en Colombia son las muertes violentas, dentro de ellas se encuentran los homicidios, suicidios y accidentes. El peso de estas causas viene en aumento, en especial los homicidios y suicidios que, además, afectan a la población masculina joven y ya aparecen dentro de las cinco primeras causas en el grupo de 5 a 14 años. Los suicidios aparecen como tercera causa de muerte en hombres de 15 a 44 años.

Mortalidad infantil: Viene disminuyendo sostenidamente. En 1993 había sido de 34 por mil nacidos vivos de acuerdo con el censo. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS, en el período 2000-2005 se presentan 19 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. Las estadísticas vitales dan 19.5 por mil en el período 1998-2002. El fenómeno relevante es que a pesar de los logros obtenidos con la mortalidad infantil las primeras causas de muerte en niños menores de 5 años son las enfermedades respiratorias y la enfermedad diarreica aguda, causas prevenibles y tratables, que en el contexto del SGSSS no debieran complicarse hasta la muerte.

2. Población, desarrollo, pobreza y equidad.

Existe una asociación entre la magnitud de la pobreza y de las desigualdades económicas y sociales, y la dinámica de crecimiento de la población. A mayores

tasas de crecimiento de la población tienden a corresponder mayores niveles de pobreza e inequidad. Evidencia internacional muestra “que los países en desarrollo donde las tasas de fecundidad son más bajas y el crecimiento de la población es más lento, son los que tienen mayor productividad, mayor ahorro y mayores inversiones productivas, todo ello conducente a un más acelerado crecimiento económico.” (UNFPA, 2004a).

La determinación es mutua. De una parte, las condiciones de pobreza determinan dinámicas demográficas que se expresan en más altas tasas de fecundidad, especialmente no deseada, y mayores niveles de mortalidad infantil y materna. De otra, las condiciones demográficas propician las situaciones de pobreza (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002). Se trata de una trampa o círculo vicioso, que perpetúa la pobreza. Los altos niveles de fecundidad, al estar asociados con menores tasas de crecimiento económico, dificultan la reducción de la pobreza, y tienden a acentuar la concentración del ingreso. De esta forma, la pobreza no es solo una causa de las altas tasas de fecundidad, sino que a su vez, por lo menos una parte del comportamiento reproductivo de los pobres, tiene origen en sus condiciones de pobreza.

El desarrollo socioeconómico afecta la natalidad, la mortalidad y la migración y por ende el crecimiento poblacional. A su vez, el crecimiento de la población afecta el desarrollo socioeconómico a través de tres factores: el tamaño de la población, su tasa de crecimiento y su distribución por edades. Obviamente el crecimiento poblacional y su distribución por edades están altamente relacionados. La distribución por edades de un país es el resultado de la evolución de sus tasas de natalidad, mortalidad, y migración, las cuales a su vez estuvieron determinadas por las condiciones sociales, económicas y culturales prevalecientes en el pasado.

El tamaño de la población afecta directamente el ingreso per cápita. Cuando la población crece más rápido que la capacidad del gobierno de prestar servicios públicos y con mayor rapidez que el progreso tecnológico requerido para hacer un mejor uso de los recursos disponibles, la tasa de crecimiento poblacional se convierte en una amenaza (BID, 2000). La distribución por edades implica una determinada tasa de dependencia económica, determina el tamaño de la fuerza laboral, la capacidad de ahorro y la productividad, al tiempo que influye en las demandas económicas y de servicios sociales y por lo tanto en el gasto social. Todas estas variables en últimas determinan el nivel de desarrollo económico, social y humano del país.

La interrelación entre la evolución demográfica y el desarrollo debe ser examinada no solo a este nivel macro sino también a nivel micro: “*El tamaño del hogar, los desequilibrios de género, las relaciones y dinámicas de las familias, tienen importante*

impacto en el vínculo población-pobreza El punto central de esta dinámica es la autonomía de la mujer y el estatus de la mujer en la sociedad. El análisis al nivel de los hogares revela cómo el contexto social que rodea los patrones de fecundidad, género y salud reproductiva, por ejemplo restricciones a la movilidad de las mujeres y número de hijos esperados por ellas en diferentes escenarios sociales, tienen efectos importantes sobre los niveles de pobreza” (UNFPA 7).

A nivel micro se evidencia el vínculo causal entre la mayor autonomía de las mujeres y el avance en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, de una parte, y la disminución de las tasas de fecundidad y el consecuente descenso del crecimiento de la población, de otra. Esto permite establecer la forma de romper el círculo vicioso entre pobreza y crecimiento de la población (pobreza->fecundidad elevada y hogares más numerosos->pobreza) a partir de apoyar las circunstancias que permiten aumentar la autonomía y promover el ejercicio de los derechos humanos (Sen, 2000, UNFPA 2004a).

Una forma como se presenta la transmisión intergeneracional de la pobreza es mediante “...*la inversión en salud y educación de los hijos.: mujeres con alto número de hijos logran baja participación y menor inversión en salud y educación de sus hijos, lo que lleva a transmisión intergeneracional de la pobreza. Por el contrario, mujeres con menos hijos tienen acceso a trabajo remunerado, mayor inversión en salud y educación de sus hijos.... La educación es una poderosa herramienta para romper el ciclo de pobreza: facilita la movilidad social, la construcción de redes sociales, promueve el desarrollo humano. Se ha identificado una relación estrecha entre la educación de los padres y de los hijos: madres más educadas y que participan más tienen menos hijos y mejor educados” (UNFPA 9).*

El examen de las tendencias demográficas por niveles de pobreza y las inequidades existentes pone en evidencia “...*la magnitud en que la autonomía de la mujer, la equidad de género, las preferencias de fecundidad y de SR de hombres y mujeres determinan o son determinadas por una variedad de limitaciones de recursos y patrones de pobreza. Tal revisión también examina la interfase entre pobreza, VIH/SIDA y migración a niveles macro y micro” (UNFPA 4).*

3. Transición demográfica, estructura por edad y pobreza.

La reducción de las tasas de crecimiento de la población y la transformación de la estructura de edades, en la etapa del proceso de transición demográfica por la que atraviesa Colombia, ofrecería ventajas para disminuir la pobreza, mejorar las condiciones de vida, aminorar la presión sobre el medio ambiente y apoyar el

crecimiento económico. Sin embargo, como ya se señaló, la situación demográfica favorable no ha sido aprovechada. Esto se debe en gran parte a que subsisten inequidades y barreras de difícil superación para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se observa un estancamiento en el uso de métodos de planificación familiar, y se mantienen factores de discriminación sistemática en contra de la mujer, especialmente en el mercado laboral.

Debido a las inequidades existentes, las mejoras en fecundidad y mortalidad no se distribuyen igualmente a través de los grupos de población o de las regiones más pobres que están atrasados en su proceso de transición. Aún se presentan niveles altos de fecundidad y crecimiento poblacional en las regiones y grupos más pobres y su disminución se dificulta porque cada vez se encuentra más asociada con transformaciones en las valoraciones y preferencias sociales. Una expresión de la inequidad demográfica en Colombia se encuentra en la composición etaria de los pobres. Las discrepancias entre las pirámides de población para los años 1996, 2000 y 2004, entre la población pobre, indigente (pobres extremos) y no pobre muestra el efecto diferencial del proceso de transición demográfica para estos grupos.

Así, en las zonas urbanas menos del 30% de la población es menor de 15 años, mientras en las zonas rurales este grupo permanece en el 36%. Este diferencial es producto de la persistencia de una mayor fecundidad en las zonas rurales y también de la migración rural - urbana asociada al desplazamiento por violencia, que ha sido principalmente de población en edades activas y se ha intensificado actualmente debido al conflicto armado. Tal migración es también selectiva de mujeres: las mujeres y los niños representan el 49% de la población desplazada. Este patrón migratorio tradicional indica que persisten las barreras en las áreas rurales y atrasadas del país para el acceso de las mujeres al sistema educativo y productivo y, en cambio, el estímulo para que ellas accedan tempranamente al mercado laboral urbano de baja calificación como estrategia de sobrevivencia de sus hogares.

La población más envejecida en las zonas urbanas se refleja en una menor tasa de dependencia: 56% mientras la misma llega al 76% en la rural. Según la tasa de dependencia ajustada (0.9), las áreas urbanas están saliendo de su período de oportunidad demográfica, mientras las zonas rurales (con 1.0 de dependencia ajustada) estarían entrando en él y es necesario hacer las provisiones respectivas.

La edad media de la población de los departamentos en 2005 indica que los departamentos más atrasados en transición demográfica son de la Costa Atlántica, Magdalena, Córdoba, Cesar y Guajira, más Chocó y Cauca. Tienen edades medias que apenas superan los 25 años. Estos mismos territorios muestran los mayores índices de pobreza y desnutrición.

Existen grandes diferencias en la distribución por edades de la población según nivel socioeconómico: los grupos de mayor nivel de riqueza tienen una distribución de edades más envejecida, producto de menores niveles de fecundidad y de un proceso de transición demográfica que inició primero y que se encuentra más avanzado. Los grupos de menor nivel de riqueza tienen estructuras de edad más amplias en la base, con estrechamientos notorios entre los 15 y los 45 años, producto probablemente de una mayor influencia de la mortalidad por violencia.

Las notables diferencias entre las estructuras poblacionales de los dos grupos expresan el "rezago demográfico", de los indigentes y pobres respecto a los no pobres. Entre los indigentes, por ejemplo, en 2004, el 13.7% de su población era menor a 5 años y entre la población de los no pobres esa proporción era de 6%. En el otro extremo de la pirámide poblacional el 5,2% de los primeros tenía más de 65 años, y entre los segundos el 8.5% se encontraba en ese grupo de edad. Durante el período comprendido entre 1996 y 2004 en ambos segmentos se constatan disminuciones en las participaciones de los menores a 15 años y aumentos en los mayores a 60. No obstante, el mayor dinamismo en el cambio entre los no-pobres lleva a que las distancias aumenten. Mientras que la proporción de menores de 15 años disminuye 15% entre ellos, lo hace en 7,5% entre los pobres, y mientras que entre los primeros la participación de las personas de 60 y más años aumenta en 18%, entre los segundos lo hace en 7%.

La oportunidad demográfica es mayor en los grupos de mayor nivel socioeconómico. Esto implica que el Estado debe hacer mayores esfuerzos para compensar esa inequidad socioeconómica y definir políticas sociales que lleven a los grupos más pobres a alcanzar su oportunidad demográfica en el menor tiempo posible.

En el otro sentido de la relación, edad->pobreza, las poblaciones más jóvenes tienden a ser más pobres porque los jóvenes no han tenido la oportunidad de capitalizar, y menos aún en un escenario de pobreza generalizada. A medida que la población es más joven, la incidencia de la pobreza tiende a ser mayor. Los menores de 20 años tienen siempre una proporción de pobreza superior a la promedio, siendo especialmente elevada entre los menores de 10 años. Resultados semejantes se observan en las medidas de pobreza según el enfoque de necesidades básicas insatisfechas (NBI; Dane 1989).

El efecto del cambio demográfico sobre los niveles de pobreza se observa cuando se calcula la variación de la pobreza, manteniendo la estructura por edad constante. Este ejercicio indica que si la estructura poblacional no se hubiera modificado desde 1996, la pobreza sería en 2004 superior en 0.82 puntos porcentuales a la observada.

El “aporte” de la transición demográfica es reducido frente a la magnitud del fenómeno, pero representa, el 48% de la variación.

II. SITUACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. INTRODUCCIÓN

A finales del año 2005, el UNFPA inicia el proceso de formulación del nuevo Programa de Cooperación que registrará sus actividades durante el periodo 2008-2012. La formulación del nuevo Programa de Cooperación del UNFPA con el país se hace dentro del contexto del Proceso de Evaluación Común para el país (CCA) y de la definición del Marco de Asistencia de Naciones Unidas para del Desarrollo (UNDAF).

El primer paso para la formulación del Programa de Cooperación consiste en el Análisis de Situación, el cual se presenta en este documento. El Análisis de Situación es un diagnóstico de las principales tendencias y relaciones entre las variables poblacionales, económicas y sociales del país. El Análisis de Situación del periodo 2008-2012 toma como marco general la relación entre población y desarrollo, y enfatiza en el comportamiento de variables relevantes relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva (SSR), morbi-mortalidad y los cambios estructurales de la población relacionados con la transición demográfica y el proceso de modernización del país.

Dadas las condiciones de pobreza del país, 59% en 2000 (Núñez y Ramírez, 2002), el presente Análisis de Situación toma como eje central la inequidad, es decir las diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos, o grupos de individuos, que son innecesarias, evitables e injustas. Se consideran fundamentalmente dos tipos de inequidades: geográficas (diferencias por zona, subregión, departamento), y las inequidades socioeconómicas (diferencias por nivel de riqueza, nivel educativo, o nivel de ingresos del hogar).

El Análisis de Situación también examina el marco político, institucional y normativo vigente para las variables analizadas y plantea recomendaciones de política que orientarán las acciones del Programa de Cooperación.

Con este Análisis se busca que el UNFPA y las contrapartes nacionales tengan una mejor comprensión del valor que tienen los factores de población en los esfuerzos de desarrollo del país y las políticas de reducción de la pobreza. Se espera que las recomendaciones de política también aporten a las líneas fundamentales para la formulación de la Política de Población del país.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Conceptualización de la salud Sexual y Reproductiva

El Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - CIPD - de El Cairo en 1994 define la salud sexual y reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (Conferencia Internacional de Población y desarrollo, 1994).

Otro aporte de la CIPD, es la legitimación de un discurso que enfatiza las relaciones entre el desarrollo social y económico y la Salud Sexual y Reproductiva y reconoce la existencia de la discriminación de género que padecen las mujeres y que las coloca en situación de desventaja, caracterizada por menor poder de decisión y acceso limitado a los recursos civiles, comunitarios y familiares (Langer y Nigenda, 2000).

El enfoque del Cairo articula un cambio crucial en el enfoque de las políticas de salud y población de los países, que deja de hacer hincapié en los objetivos demográficos para centrarse en la mejora de la calidad de vida de los individuos, a través de la promoción de los derechos humanos y la información y servicios de salud sexual y reproductiva (Langer, Nigenda y Catino, 2000).

2.1.1. Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos y se refieren tanto a hombres como a mujeres. Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica:

- La capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos;
- La posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos;
- El derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia;
- El acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y asequibles para regular la fecundidad;
- La eliminación de la violencia doméstica y sexual, que afecta la integridad y la salud;
- El derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y

partos sin riesgos;

- El acceso de todas las personas a servicios y programas de calidad para promover, detectar, prevenir y atender todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción (Conferencia Internacional del Cairo, 1994);

A pesar de que los derechos sexuales y reproductivos corresponden a hombres y mujeres, tradicionalmente las acciones de SSR se dirigen sólo a mujeres y la información con la que se cuenta también pertenece solo al sexo femenino. Los hombres deben asumir la responsabilidad sobre su comportamiento sexual, su fecundidad, el contagio de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el bienestar de sus parejas y de los hijos e hijas que procrean (CIPD, 1994).

En el estudio del impacto de la reforma sobre la salud pública, el caso de la salud sexual y reproductiva, realizado por la Fundación Corona, Fundación Ford y Engenderhealth, los derechos se operativizan como el derecho del hombre y de la mujer de obtener información sobre planificación familiar y sobre otros métodos para regular la fecundidad, seguros, eficaces, asequibles, aceptables y que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Tono et al, 2002).

La Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología, en su Comité de SSR en relación con los derechos sexuales y reproductivos reconoce que todo individuo tiene derecho a:

- La procreación.
- Dimensionar la sexualidad relacionada con la construcción social y cultural de la vivencia del propio cuerpo y la posibilidad de disfrute de una sexualidad lúdica, recreativa, no reproductiva.
- Decidir cuando y cuántos hijos tener sin problemas para su salud.
- Mejorar la vida y las relaciones personales, consejería y cuidados relacionados con la reproducción y las infecciones de transmisión sexual.

A diez años de CIPD de El Cairo se ha avanzado en muchos aspectos de la salud sexual y reproductiva pero hay tres aspectos en los que ha faltado voluntad política y financiación para alcanzar las metas. Estos tres grandes desafíos son los jóvenes, el VIH/SIDA y el aborto en condiciones de riesgo.

Colombia no es ajena a estos problemas. Aquí, como en muchos países se está ante la más grande cohorte de adolescentes que se haya tenido. Cada año llegan

a los 15 años cerca de 400.000 adolescentes de manera que la población joven de 15 a 19 años suma dos millones de habitantes que requieren servicios educativos en general y particularmente de información y orientación en anticoncepción, servicios de recreación y servicios de prevención de la salud entre otros. El aborto por su parte continúa siendo penalizado en toda circunstancia, lo cual no deja mucho espacio para abordar el tema y sigue siendo causa de mortalidad materna y un problema de salud pública por los costos de sus complicaciones. El VIH/SIDA, se ha incrementado rápidamente y ha cambiado la relación hombres/mujeres debido a la escasa prevención, particularmente bajo uso del condón.

2.1.2. Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva Seleccionados

Los aspectos que se estudian en relación con el tema de la SSR corresponden a la fecundidad y la anticoncepción, la salud materna, los cánceres del aparato reproductivo (cuello uterino, mama y próstata), las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/Sida, la violencia intrafamiliar y la salud sexual y reproductiva de grupos con característica de especial interés como los adolescentes o grupos con necesidades especiales (en el caso de Colombia las minorías étnicas y la población desplazada por el conflicto armado).

2.1.3. Fecundidad Adolescente

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes es considerada a nivel internacional como una problemática de salud pública. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), habla por primera vez del diseño y ejecución de programas dirigidos especialmente para los jóvenes, dadas las particularidades y necesidades que se presentan en ésta etapa del ciclo de vida. Estas particularidades no solo se deben a la etapa de desarrollo de madurez físico y psicológico en la cual se encuentran los jóvenes, sino también se refieren al contexto cultural y social propio de cada región.

Aunque los aspectos biológicos de la adolescencia han sido reconocidos como característicos de un período de transición en la mayoría de las sociedades, el significado del término adolescencia varía de una cultura a otra. La duración y las características que definen la adolescencia varían en el tiempo, entre culturas y entre condiciones socioeconómicas. Por lo tanto, es difícil encontrar una definición universal, como tampoco existe consenso sobre cuando comienza y termina la adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo de transición en el cual los jóvenes toman una serie de decisiones de corto y largo

plazo que definen su bienestar y estado de salud actual y futuro. Las transiciones que se viven en este periodo incluyen: la aceptación de la sexualidad, la formación de grupos, la independencia de los padres y adultos, la búsqueda de una condición económica estable y segura, el desarrollo de una conducta social responsable, la preparación para el matrimonio y la familia, y el desarrollo de valores. Generalmente el contexto cultural particular influye en la definición de los roles sociales, económicos y demográficos apropiados para los adolescentes, los cuales implican decisiones de los adolescentes sobre varios aspectos de su actividad sexual y reproductiva (Gage, 1998).

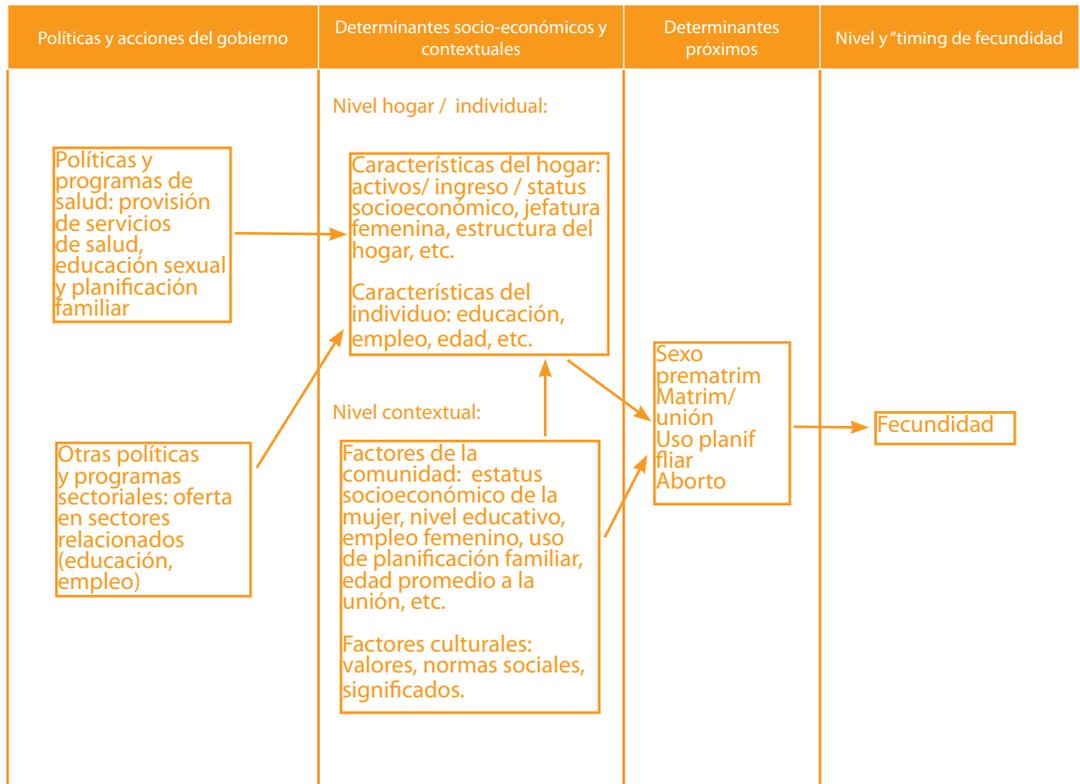
La falta de consenso sobre el significado de la adolescencia ha llevado a definir a los adolescentes en términos de un rango de edad lo suficientemente amplio: 10 a 19 años. Dado que durante este periodo se dan cambios físicos y psicológicos profundos, el periodo de adolescencia se puede dividir en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada (Elliott & Feldman, 1991; Crockett & Petersen, 1994). El primer estadio corresponde a las edades 10 a 14 años, cuando los profundos cambios físicos y sociales coinciden con la pubertad. El estadio intermedio va de los 15 a 17 años, y corresponde a un periodo de creciente independencia de los padres y la familia. La deserción escolar y el embarazo temprano pueden acortar este periodo. El último estadio, adolescencia avanzada, va hasta los 19 años pero puede extenderse hasta más allá de los 20 años para aquellos jóvenes que permanecen en el sistema escolar y posponen su entrada al mercado laboral y formación de una nueva familia. Dada la información disponible para este estudio, adoptamos la definición de adolescencia en términos de edad, restringiendo el grupo a las edades entre los 15 a 19 años. En algunos casos especiales, incluimos los grupos de 13 y 14 años de edad de manera separada.

Con el fin de poder entender el comportamiento de la fecundidad adolescente es necesario partir por entender sus factores determinantes. El marco conceptual general para analizar los múltiples mecanismos y múltiples rutas que conectan las asociaciones entre fecundidad y sus factores determinantes que aquí usamos se basa en la extensa literatura sobre el tema. Partimos del marco conceptual expuesto por Simmons (1985), que recoge ampliamente los planteamientos propuestos en la literatura (Esquema 1). Las condiciones socioeconómicas y contextuales actúan sobre el nivel y "timing" de la fecundidad a través de los determinantes próximos. Davis & Blake (1956), identificaron tres grupos de factores que intervienen entre las normas y la estructura social de una sociedad y su nivel de fecundidad, denominados determinantes próximos: aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción y con la gestación. Desarrollos posteriores han incluido la infertilidad post-parto y se han centrado en aquellos factores que son determinantes importantes de la fecundidad y que, al mismo tiempo, varían

entre grupos poblacionales, a saber: inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, anticoncepción, aborto e infertilidad post-parto (Moreno & Singh, 1996). Se esperaría que el efecto de exposición al riesgo de embarazo es menos importante entre mayor sea la aceptación y el uso de métodos de planificación familiar. Igualmente, entre mayor sea la exposición al riesgo de embarazo y menor sea el acceso a métodos de planificación familiar, mayor la importancia del aborto. Sin embargo, Guzmán, Márquez y Contreras (2000), afirman que en la mayoría de los países Latinoamericanos es más probable que el embarazo prematrimonial termine en matrimonio que en aborto.

De acuerdo con el marco conceptual, se considera que tres tipos de factores influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad. Se parte de las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud y otros sectores relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, y de los bienes de otros sectores (educación, empleo, etc.), que directa o indirectamente afectan la fecundidad. En segundo lugar, están los factores socioeconómicos macro o el contexto social en el cual el adolescente vive, incluyendo el discurso social sobre el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia, etc. En tercer lugar, están los factores socioeconómicos micro, o características Individuales de la adolescente y del hogar en el cual reside.

Esquema 1: Marco conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente



Fuente: Adaptado de Simmons (1985)

El marco analítico enfatiza la fuerte influencia ejercida por el contexto sociocultural sobre la fecundidad y sus determinantes próximos. Los significados que se atribuyen a la masculinidad y a la feminidad pueden ayudar a definir la identidad del adolescente y pueden, por lo tanto, tener una fuerte influencia sobre su rol en la dinámica de los encuentros sexuales entre los adolescentes. A través de la transmisión de significados y sentidos subjetivos sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres, el contexto cultural puede también influir en las decisiones de iniciar relaciones sexuales o de continuar o no con un embarazo precoz prematrimonial. El discurso cultural sobre la actividad sexual adolescente puede tener también un impacto directo sobre las decisiones de actividad sexual y reproductiva definiendo el contexto normativo de la fecundidad/embarazo. Las influencias sociales incluyen también a los familiares, los pares, la pareja, los maestros y los medios de comunicación. La influencia familiar se manifiesta a través de la estructura de la familia, la supervisión parental del comportamiento, y a través del poder que pueda ejercer la familia sobre las decisiones que tienen que ver con las relaciones románticas, el matrimonio, las relaciones sexuales y el embarazo.

2.2. Otros Indicadores de Salud

En las últimas décadas el país viene presentando una transición epidemiológica. Esto se refiere a las modificaciones en la estructura de la mortalidad por edad y por causas que se debe a su vez en gran medida a la transición demográfica y sus determinantes sociales (Colombia Médica, 1998). La transformación va desde las enfermedades transmisibles hacia las enfermedades no transmisibles, sin embargo en el caso de Colombia, como en la mayoría de los países de ingresos medios, el proceso de transición no ha seguido un curso lineal y no hay una secuencia cronológica entre la disminución de las llamadas “enfermedades de la pobreza” y el aumento de las mal llamadas “enfermedades de la civilización”. Ambas coexisten y dan lugar a una transición prolongada y polarizada (Colombia Médica, 1998).

Para completar la caracterización del estado de salud sería necesario contar con datos de morbilidad, pero actualmente el país no cuenta con información de consulta externa, egresos hospitalarios u otras fuentes de información sobre los procesos mórbidos. En consecuencia es necesario recurrir a la mortalidad como indicador del estado de salud de la población. Se analizarán el nivel y las tendencias de la mortalidad infantil y perinatal, las principales causas de defunción en los diferentes grupos de edad y sexo y las enfermedades re-emergentes como la malaria y el dengue.

La esperanza de vida al nacer como componente del índice de desarrollo humano y como insumo de las proyecciones de población reviste especial importancia en los análisis poblacionales. En el presente trabajo se harán algunas reflexiones metodológicas acerca de las estimaciones disponibles y sus implicaciones en los indicadores citados.

2.3. Fuentes de Información

Además de los estudios disponibles sobre cada uno de los temas tratados, este documento utiliza diferentes fuentes de información, las cuales se describen a continuación.

Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) 1998-2003

Desde el año 1998, el país cuenta con un nuevo sistema de estadísticas vitales el cual parte de la presencia del sector salud en los hechos vitales de las personas que son nacer y morir. Con base en esta premisa, la información para la contabilización y caracterización de los nacimientos y las defunciones proviene casi en su totalidad del sector salud. En el caso de la mortalidad materna, el indicador más usado es

la razón entre las defunciones maternas y los nacimientos, conocido como tasa de mortalidad materna. También se usa la tasa que relaciona la mortalidad materna con el número de mujeres en edad fértil. En cualquiera de los dos casos, la calidad de la información es muy sensible pues para caracterizar una muerte materna se requiere tanto que se haya expedido el certificado de defunción como que allí figure el antecedente obstétrico. Este último aspecto depende de la capacitación de quien llena el certificado y de la calidad de las historias clínicas puesto que, en muchas ocasiones, el personal de salud encargado de llenar el certificado de defunción se basa en la historia clínica, si ésta está incompleta y no contempla el antecedente obstétrico, no se consignará y por ende no se contabilizará como muerte materna. En consecuencia, hay que mantener una labor de capacitación y sensibilización a los médicos, enfermeras y demás personal de salud para que documenten las historias clínicas y transcriban la información pertinente a los certificados.

En el momento se cuenta con cifras definitivas hasta el año 2002 y cifras provisionales para el año 2003.

Encuestas Nacionales de Demografía y Salud

Se hace uso intensivo de las encuestas de demografía y salud (DHS) de 1995, 2000 y 2005, las cuales hacen parte del conjunto de encuestas que Macro International ha venido desarrollando en el mundo desde la década de los setenta, con el objetivo principal de recoger información sobre planificación familiar y salud materna e infantil, sobrevivencia infantil y otros temas de salud reproductiva. Las encuestas DHS colombianas han sido implementadas por Profamilia, tienen un tamaño muestral promedio de 10.000 hogares y 11.000 mujeres en edad reproductiva, con un diseño probabilístico y multietápico de hogares, representativo en los ámbitos nacional, regional y subregional, que incluye los tres grandes centros urbanos. Solamente la DHS-2005, tiene un tamaño muestral representativo a nivel departamental e incluye todo el territorio nacional, mientras que las encuestas DHS anteriores excluyen el área de los territorios nacionales.

La serie de encuestas de Demografía que ha realizado el país permite obtener indicadores comparables en diversos temas a través de un formulario individual a las mujeres en edad fértil, temas como: antecedentes de la entrevistada, historia reproductiva de la mujer (nacimientos, pérdida de embarazos); anticoncepción; atención durante el embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, inmunización de los niños, higiene para los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, nupcialidad; características de la pareja; VIH/SIDA e ITS; violencia intrafamiliar. El cuestionario individual también incluye un calendario de eventos de los cinco años anteriores a la encuesta (embarazos, uso de anticoncepción, nupcialidad, movimientos según tipo de localidad).

En la ENDS de 2005 se incluyó un cuestionario de citología vaginal y mamografía, para ser aplicado exclusivamente a mujeres de 50 a 69 años de edad. A las mujeres en edad fértil (18 a 49), se les hacían las mismas preguntas a través del cuestionario individual. Incluye información sobre autoexamen y examen clínico de seno. Así mismo un cuestionario de peso y talla para registrar las medidas antropométricas tomadas en el desarrollo de la encuesta. En la DHS-2005, en total se entrevistaron 37.211 hogares y 41,344 mujeres; 9,756 mujeres entrevistadas para citología y 117.205 personas medidas para antropometría.

Aunque ninguna de las encuestas DHS incluye módulos sobre el consumo o el ingreso de los hogares, todas contienen preguntas sobre condiciones de la vivienda (acceso a servicios básicos -agua, alcantarillado-, materiales de los pisos, hacinamiento), y sobre posesión de bienes en el hogar-carro, motocicleta, televisor, licuadora, nevera, radio, tractor (rural), etc.-, que permiten aproximar las condiciones económicas del hogar. Con esta información, se construye un índice de activos como aproximación al nivel de riqueza del hogar.

Encuesta Nacional de Hogares y otras fuentes

Los estudios disponibles sobre hogares y familia básicamente utilizan información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares realizadas por el DANE. Con el fin de obtener series largas, esta información se limita a las 7 principales ciudades. Los estudios disponibles sobre violencia utilizan diversos indicadores y por lo tanto diversas fuentes.

3. MARCO POLÍTICO E INSTITUCIONAL

3.1. El Sistema General de Seguridad Social en Salud y la SSR

La ley 100 de 1993 cambió el sistema de salud colombiano al reglamentar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se pasó de un esquema de aseguramiento con subsidios a la oferta a un esquema en donde los subsidios se otorgan a la demanda. Los procesos de reforma del sector salud se han concentrado en los cambios estructurales, financieros y de organización del sistema, así como en los ajustes a la prestación de los servicios. En materia de organización, de elementos normativos, estándares y esquemas de intervención en SSR, se han realizado avances importantes. Sin embargo, el monitoreo y el control de la efectividad de las acciones propuestas, la vigilancia de los entes involucrados y el impacto de las intervenciones sobre la población, aún no muestran los avances deseados. El Plan de Desarrollo del presente gobierno, para los años 2002-2006, considera como una prioridad de las intervenciones en salud pública a la SSR, "...dentro de las metas están: cobertura

universal en el aseguramiento, consecución de coberturas útiles en vacunación y mayores logros en la atención materno infantil, entre otros temas.”

En los últimos años, además de la cobertura, se han logrado avances importantes en el desarrollo de la reglamentación que privilegia acciones de SSR. La ley 60 y la ley 100 de 1993, que definen los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), señalan que el SGSSS debe garantizar el acceso a los servicios de promoción y desarrollo de la SSR y prevención de ETS, tanto para hombres como para mujeres, a lo largo de su ciclo de vida (www.ops-oms.org). Se cuenta con normas técnicas o protocolos de atención que determinan las acciones de obligatorio cumplimiento sobre la población asegurada (planificación familiar, detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana de las alteraciones del joven, detección temprana del cáncer de cuello y su atención, atención de las ITS/VIH-SIDA, atención a la mujer y el menor maltratados, entre otros temas). Además, se cuenta con recursos del Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado para su desarrollo. No obstante, aún hay limitaciones para el financiamiento y acceso a los servicios para la población pobre no asegurada.

Bajo el Plan de Atención Básica (PAB) se adelantan acciones en materia de planificación familiar para hombres y mujeres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra (Ministerio de Salud, 2002):

- Consulta de primera vez por medicina general para hombres y mujeres.
- Consulta de control de seguimiento de programa por médico general para hombres y mujeres.
- Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo - DIU (incluye el dispositivo).
- Suministro de anticonceptivos hormonales orales.

El PAB comprende las actividades de información, prevención, detección temprana, nutrición, y atención de algunos temas relacionados a salud reproductiva, especialmente planificación familiar, a los cuales podrían tener acceso toda la población en edad fértil, incluyendo las/los adolescentes. Adicionalmente, la prestación de los servicios de este plan son gratuitos y de carácter obligatorio para las entidades de salud.

Esta mayor cobertura de los servicios de salud, propuesta por la ley, coloca al alcance de la población, incluida los/las jóvenes, servicios de salud. El PAB, plantea formalmente la consejería en planificación familiar como uno de los servicios básicos para los usuarios en edad reproductiva. Esta reglamentación busca que los profesionales oferentes de los servicios de salud no sólo promuevan e informen sobre métodos de planificación familiar, sino que integren entre sus actividades la

consejería en esta materia, lo que garantiza a los(as) usuarios el acceso a servicios de buena calidad (<http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/consejer.html>). Esta reglamentación va en la línea de que la simple oferta de los métodos anticonceptivos no es suficiente y se deben construir nuevas formas para la prestación de los servicios de planificación familiar.

De esta manera, el Sistema General de Seguridad Social favorece el acceso potencial de la población considerada pobre a los servicios de planificación familiar. Sin embargo, la puesta en marcha de este sistema presenta limitaciones, incluyendo el desconocimiento de la población acerca de los servicios a los cuales tiene derechos. Un estudio realizado en Cali (Moreno, 2004), muestra que el 94% de las mujeres en edad fértil no tenían conocimiento sobre los programas de planificación familiar al cual tenían derecho. Un resultado similar fue encontrado en un estudio realizado en Manizales (Realpe, 2002).

Sumado a este desconocimiento de los programas de salud, las mujeres que menos asisten a ellos son las mujeres adolescentes (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2001; Prendes et al., 1999 en Moreno, 2004), y solteras, así como aquellas que no han tenido hijos (Profamilia, 2000). Este comportamiento posiblemente esta influenciado por el temor de que sean reconocidas como sexualmente activas, especialmente entre las adolescentes que no han establecido una unión estable. Adicionalmente, los horarios de atención pueden estar limitando el acceso a estos programas, pues se encuentra en este mismo estudio realizado en Cali (Moreno, 2004), que dentro de la usuarias de estos programas, tienen mayor participación las mujeres que no trabajan que las que si lo hacen (Moreno, 2004). Entre los jóvenes que usan los servicios, señalan que los servicios que les son prestados no son adecuados para ellos, se quejan de la atención hacia ellos por parte del personal y de la información que se les ofrece (Flórez et al, 2004; Profamilia, DHS 2000b).

Dadas estas limitaciones, la mayoría de las mujeres acceden a los servicios de planificación en el sector privado, especialmente las adolescentes. Las droguerías, farmacias y otras instituciones del sector privado proveen a las adolescentes del 69% de los métodos anticonceptivos, frente a un 5% de las ARS o EPS y un 12% de las instituciones de salud gubernamentales (Profamilia, DHS-2000b). De esta manera, el modelo colombiano propuesto bajo el SGSSS para proveer servicios de planificación familiar a las mujeres fértiles y a las adolescentes, no esta alcanzando los objetivos en materia de planificación familiar, ya que aunque los servicios estén a disposición de las posibles usuarias, no están siendo aprovechadas por las mismas, debido a las barreras que encuentran en la prestación de estos servicios.

Cobertura y planes de beneficios: Las metas de cobertura total de aseguramiento en salud de la población colombiana para el año 2000 no han podido cumplirse aún. La cobertura actual es de 57.7% población colombiana asegurada, 26.7% régimen subsidiado, 31% régimen contributivo. Sin embargo queda un 42.3% de la población descubierta. La población del régimen contributivo es la que trabaja y puede aportar recursos al sistema, la población del régimen subsidiado aunque tiene condiciones difíciles ya se encuentra cubierta pero la población pobre sin subsidio es la que presenta mayores dificultades ya que no tiene un plan de beneficios definido.

El impacto de la reforma en salud, especialmente en la ampliación de la cobertura de servicios a la población más pobre, se refleja en los indicadores de acceso a servicios institucionales relacionados con SSR. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, presenta aspectos relevantes en relación con el acceso de la población a servicios de planificación familiar, control prenatal, y asistencia del parto los cuales han mejorado en los últimos quince años. Los cambios hacia una mayor cobertura y equidad en el acceso y uso de los servicios puede asociarse a la ampliación de cobertura que trajo el Régimen Subsidiado especialmente para los grupos que no contaban con condiciones para el acceso a los servicios de salud y a la ampliación de cobertura de la población rural. Aún persisten inequidades marcadas en la atención prenatal y la atención del parto, a favor de las zonas urbanas y grupos de mayor nivel socioeconómico.

Cuadro 3.1.1 Acceso a Servicios de SSR por quinquenio, según DHS

Servicio	1990	1995	2000	2005
Porcentaje de nacimientos con atención del parto por médico o enfermera	81%	85%	87%	91%
Porcentaje de parto vaginal	84%	83%	74%	73%
Porcentaje de cesárea	16%	17%	26%	27%
Porcentaje de nacimientos con cuidado prenatal por médico o enfermera	82%	83%	91%	94%
Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron por lo menos una dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo	55%	80%	88%	86%
Porcentaje de mujeres esterilizadas quirúrgicamente o con esposo esterilizado quirúrgicamente	21%	27%	28%	31%
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres unidas	55%	59%	64%	68%

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000 y 2005

Vale la pena anotar que al interior de cada uno de estos datos se evidencian diferencias por grupo étnico, por regiones y subregiones importantes y variaciones urbana/rural, que implican el desarrollo de acciones focalizadas y dirigidas principalmente a la población con factores de vulnerabilidad identificados.

El plan de beneficios que se ofrece en el Régimen Subsidiado es menor en cobertura de servicios de salud que el del Régimen Contributivo y sólo contempla la prestación de acciones de primer nivel de complejidad, algunas de segundo nivel y el cuarto nivel de complejidad o enfermedades catastróficas. En SSR tiene las siguientes excepciones: Mamografía, Biopsia de mama por aspiración con aguja fina BACAF, Vasectomía (Ministerio de Salud, 2002-2). Este plan de beneficios no incluye la totalidad de las acciones en SSR, por lo cual las acciones que no se encuentran cubiertas deberán realizarse con cargo a los recursos de oferta de los departamentos.

Los servicios de SSR en el régimen subsidiado se encuentra fraccionados ya que en la actualidad, los distritos y municipios deben asumir algunas acciones de Promoción y Prevención incluidas en el POS–Subsidiado (Ministerio de Salud, 2002-2), (Promoción de la SSR, de la convivencia pacífica, derechos, deberes de afiliados al sistema y organizaciones de usuarios, la atención en planificación familiar a hombres y mujeres excluyendo la ligadura de trompas y la detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino CCV).

La población vinculada (pobre sin subsidio), como ya se ha mencionado, no cuenta con un plan de beneficios definido y ante la problemática de la atención de otras patologías (trauma, violencia, entre otros), los recursos resultan limitados para instaurar acciones de tipo preventivo.

Calidad: En la actualidad se cuenta con un Sistema Único de garantía de Calidad (Ministerio de Salud, 2001), en donde se establecen las directrices para el funcionamiento de los servicios de salud. La verificación de estas condiciones aunque se ha realizado en todo el país se enfoca en aspectos de tipo estructural más que en los procesos y los resultados. Existen factores en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado. Otro factor que afecta la gestión es la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación.

Enfoque del sector salud: A pesar del desarrollo normativo, su implementación ha permitido vicios que dificultan la ejecución de las acciones en la población. De una parte, el enfoque netamente curativo que predomina en la legislación, en el nivel directivo y operativo de las instituciones lo cual dificulta el desarrollo de acciones preventivas, que en SSR constituyen una prioridad. Por otro lado, las dinámicas institucionales, en donde los procesos administrativos previos a la atención se

convierten en barreras de acceso a los servicios, el desarrollo de procesos de auditoría que se enfocan en el control del gasto y no en los resultados en la población y la rentabilidad económica como premisa de base en el sector hace que se pierda del panorama el deber ser. El concepto de la rentabilidad social y el beneficio de la población en el corto, mediano y largo plazo no constituyen la prioridad en el sistema.

Participación y empoderamiento: El SGSSS en donde prima el libre mercado en términos de libre escogencia de las EPS e IPS, pone de presente la necesidad de contar con un usuario cualificado que conoce el funcionamiento del sistema, ejerce sus derechos, usa adecuadamente los mismos y participa activamente en la planeación de las entidades. Para esto el marco normativo cuenta con mecanismos de participación previstos como son: asociaciones de usuarios, ligas, entre otros. Sin embargo, estos mecanismos no se ejercen ya que la población aun no conoce de manera clara el funcionamiento de las Entidades y cada vez más están sujetos a barreras de acceso sin que haya respuestas claras a los usuarios. Esto se demuestra en la cantidad creciente de tutelas en relación con el cubrimiento de servicios en salud, en el caso de SSR se emplean para el reconocimiento de tratamientos de VIH/SIDA. De otro lado tampoco se observan mecanismos de control social que generen cambios en el sector.

Vigilancia y control: A pesar de contar con un sistema de vigilancia epidemiológica, un sistema único de garantía de calidad, un sistema de fortalecimiento de la gestión de las acciones de protección específica y detección temprana, con indicadores específicos en cada uno de ellos, no se ejerce una verdadera función de seguimiento, vigilancia y control por parte de los entes del estado. En el ente de control, Superintendencia Nacional de Salud, no se cuenta con los mecanismos necesarios, la reglamentación, ni el suficiente recurso humano para desplegar las acciones propias de su ejercicio. Esta situación sumada a la dificultad para desarrollar una conciencia clara del costo-efectividad de las acciones de promoción y prevención y su beneficio en los actores del sistema, muestra como consecuencia un estancamiento en los indicadores de SSR.

Lo anterior podría indicar que las acciones de seguimiento, vigilancia y control, son limitadas y restringidas (Tono, T., Velásquez, L., Sáenz, J., 2001), las acciones no son constantes ni contundentes, ni cuentan con mecanismos que impliquen la verificación de las acciones y que permitan instaurar medidas concretas de mejoramiento o sanción si es el caso, con el fin garantizar la efectividad de las mismas.

Trabajo intersectorial: En el tema de la promoción de la salud en general y en la SSR es imprescindible el trabajo intersectorial e interinstitucional como la expresión de un plan de gobierno que reconoce la importancia del bienestar de la población y que entiende la salud como un producto de interacciones de todos los aspectos de la vida. En tal sentido los esfuerzos de este tipo de trabajo empiezan a dar frutos en algunas problemáticas como violencia intrafamiliar, sin embargo existen otros temas en donde se enfatiza el concepto equivocado de la responsabilidad única del sector salud y se ignora o minimiza la participación de otros sectores.

3.2. Política de Salud Sexual y Reproductiva

En abril de 2003 se expidió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que define los problemas prioritarios en SSR para el país, estableciendo las principales líneas de acción a realizar por los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como por otros sectores implicados en el desarrollo de las acciones. La política precisa los principales problemas relacionados con SSR: mortalidad materna, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual. Se establece como objetivo general mejorar la SSR y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

Cuadro 3.2.1 Metas de la política de SSR 2002-2006

Maternidad Segura	Reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.
Planificación Familiar	Incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas.
Salud sexual y reproductiva en la población adolescente	Reducir el embarazo en adolescentes en un 26%. La fecundidad en adolescentes ha incrementado en los últimos años: para el año 2000 es de 19%. Teniendo en cuenta todas las implicaciones que se derivan de esta situación se propone, mediante acciones de distinto orden, reducir la fecundidad al 14% (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 19%, lo cual equivale al 26% del total de embarazos adolescentes).
Cáncer de cuello uterino	Alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos.

Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA	Mantener la prevalencia general de VIH por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.
Violencia doméstica y sexual	Incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia doméstica y sexual en mujeres y menores.

Fuente: Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 203

El presente gobierno incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública en su plan de desarrollo. En la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se incluyó como uno de los temas de principal interés la promoción de la maternidad segura con una meta de reducción de la mortalidad materna de un 50%, estableciendo estrategias y acciones concretas que involucran a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a. La promoción de la maternidad segura mediante estrategias de información, educación y comunicación plantea acciones para reforzar los beneficios de la captación temprana y la adherencia al control prenatal, así como las medidas de autocuidado. También se enfocan a que se conozcan los derechos y deberes y se promuevan acciones de discriminación positiva de las gestantes.

Se priorizan acciones de coordinación interinstitucional e intersectorial para promover proyectos de educación continuada para el personal de salud. Igualmente coordinar con los organismos de control acciones para el cumplimiento de la legislación de protección a la mujer gestante y en lactancia y la implementación de investigaciones y/o de sanciones cuando haya lugar. Las acciones para el fortalecimiento de la gestión institucional se enfocan principalmente a proponer cambios normativos que faciliten el acceso de toda la población a servicios necesarios para una maternidad segura, focalizar las acciones de acuerdo con los riesgos, vincular al compañero de la gestante, mejorar la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios y fortalecer el manejo de urgencias obstétricas, fortalecer el sistema de vigilancia de casos de muertes maternas en cada institución.

Las redes sociales de apoyo que rodean la gestante deben identificar los servicios de salud a los cuales pueden acudir, igualmente pueden realizarse acciones de información para que se identifiquen acciones a realizar en situaciones de emergencia.

En cuanto al desarrollo de investigación se plantean apoyar estudios relacionados con las patologías asociadas a la mortalidad materna y las intervenciones prioritarias dirigidas a disminuir su ocurrencia, estudiar experiencias regionales que permitan replicar estrategias exitosas.

3.2.1. Política Nacional de SSR dirigida a los adolescentes

El gobierno define a la población adolescente como un grupo poblacional vulnerable. Esto se deriva del aumento significativo que se ha presentado en el país en la proporción de madres adolescentes menores de 20 años y en la iniciación cada vez más temprana de la actividad sexual. La meta que desea alcanzar la política de SSR, al igual que la meta del Milenio en SSR en adolescentes, es reducir el embarazo en las adolescentes de 19% en el 2000 a 14% en el 2006, lo cual equivale a una reducción de 26% (Ministerio de la Protección Social, 2003-1).

Para alcanzar la meta de SSR en los(as) jóvenes colombianos, el gobierno nacional ha propuesto las siguientes líneas de acción que llevarán a que los adolescentes vivan el libre desarrollo de su sexualidad de manera saludable (Ministerio de la Protección Social, 2003-1):

1. *La promoción de la salud sexual y reproductiva mediante estrategias de intervención* que involucren no solo al adolescente, sino también a los padres de familia, pares, docentes, organizaciones juveniles, etc. Estas estrategias deben desarrollarse en áreas que promuevan el autocuidado en los jóvenes, tanto para el riesgo de un embarazo como para la prevención de alguna ETS. Deben favorecer la demanda adecuada, y concertada con la pareja, de métodos anticonceptivos, incentivar la iniciación de la actividad sexual a edades mayores, promover en los jóvenes la configuración de planes de vida en donde la maternidad precoz no este asociada a un mejoramiento en la calidad de vida o al reconocimiento social o afectivo, y promover el rechazo de la violencia sexual y doméstica como modelo afectivo. Estas actividades buscan no solo involucrar a los adolescentes como receptores sino también como formuladores de las acciones dirigidas hacia ellos mismos.

2. *Coordinación intersectorial e interinstitucional.* Bajo esta línea de acción se promueve la formación de alianzas estratégicas, que involucren desde la familia hasta la comunidad e instituciones, para que formulen, diseñen y evalúen proyectos asociados al tema, en contextos de educación formal y no formal. En detalle propone: a) la formulación de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y que sus diseños estén acordes con las necesidades de este segmento de la población; b) la revisión de los contenidos de los libros de educación sexual, asegurándose que estos sean claros, objetivos y estén libres de perspectivas moralistas; c) la implementación de proyectos de educación sexual en las escuelas y colegios que tengan en cuenta la necesidades de los adolescentes; d) la participación activa de los padres de familia y los adolescentes en la formulación de estos proyectos, al igual que de su monitoreo; e) la capacitación de los miembros del cuerpo docente en

temas de SSR y la prevención de la violencia doméstica; f) la obtención y provisión de asistencia psicológica a las jóvenes víctimas de violencia doméstica o sexual y la generación de proyectos que hagan participe a la comunidad en materia de SSR.

3. *El fortalecimiento de la gestión institucional.* Los servicios de SSR deben estar orientados específicamente a este segmento de la población y deben caracterizarse por su operatividad y eficacia. Las personas que los presten deben estar especialmente capacitados para ello. Además deben permitir canalizar a los adolescentes hacia programas dirigidos a ellos a través de otros servicios de salud y deben adelantarse acciones dirigidas a fortalecer la evaluación de estos servicios para asegurar que son oportunos. Los servicios de planificación familiar, por su parte, deben distinguirse por facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos y deben contar con los métodos de emergencia para ser suministrados cuando sean solicitados.

4. *El fortalecimiento de la participación de los adolescentes.* Las estrategias deben permitir a los adolescentes u organizaciones a las que pertenezcan el fácil acceso a los servicios provistos por las EPS y ARS, asegurar el cumplimiento de las normas del POS para adolescentes y promover el autocuidado en los jóvenes.

5. *Potencialización de redes sociales de apoyo,* no solo a nivel local, sino también comunal, vincular a los planteles educativos, además utilizar los medios de comunicación, para que finalmente la población se sensibilice de lo que significa el fenómeno de la maternidad precoz, las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, el inicio de las relaciones sexuales.

6. *El desarrollo de Investigaciones* que arrojen datos a nivel cualitativo y cuantitativo para determinar las tendencias de la fecundidad precoz, si los servicios ofrecidos suplen las necesidades de los adolescentes, identificar las posibles redes de apoyo de los adolescentes, determinar cuales deben ser medidas adoptadas para incentivar la participación de los jóvenes en comités de salud y cuales medidas pueden modificar la percepción de los jóvenes frente a las acciones adelantadas en materia de SSR.

Además, se definieron otras líneas de acción que involucran a la población adolescente junto con otras poblaciones, como es el Plan de Atención Materno Infantil (Artículo 165, Parágrafo 2), donde se especifica la creación de un programa especial de información y educación de la mujer en temas relacionados con salud integral y educación sexual.

La política de SSR vincula para su implementación y difusión, a instituciones

estatales y no gubernamentales, tales como las entidades territoriales, EPS, ARS, agencias de cooperación internacional, sociedades científicas y organizaciones de la comunidad. Operativamente, los entes territoriales deben promover proyectos de promoción de SSR de los adolescentes mediante estrategias de información, educación, movilización social, en coordinación con el sector educativo y otros sectores relacionados, suministro de métodos de anticoncepción a adolescentes no cubiertos por el SGSS, provenientes de poblaciones en condición de desplazamiento o de zonas marginales. Los entes territoriales también deben promover en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud la prestación de los servicios de atención integral a los adolescentes, y evaluar la percepción de los adolescentes sobre las acciones y servicios de SSR dirigidos a ellos(as) (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Específicamente, el gobierno ha establecido un convenio con el UNFPA para desarrollar proyectos de promoción y prevención en SSR, en Huila, Atlántico, Antioquia, Bolívar, Valle y Risaralda. También desarrolla un modelo para el fortalecimiento de la capacidad de gestión de la política, en donde se diseñan, validan, difunden y aplican metodologías e instrumentos de diagnóstico y evaluación de las metas establecidas en la política, y apoya financieramente a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Además, el Ministerio de la Protección Social junto con instituciones no gubernamentales nacionales e internacionales, desarrolla campañas para la reducción del embarazo adolescente, a través de comerciales de TV y radio, material promocional de derechos sexuales y reproductivos, página Web y líneas de información gratuita. Por ejemplo, la gobernación de Cundinamarca ha diseñado la campaña "Sexo con Sexo", la cual va dirigida a jóvenes de 12 a 25 años, quienes de forma voluntaria participan en talleres de capacitación y sensibilización. Mediante este programa se constituyen grupos de trabajo con funcionarios de instituciones locales, con el fin de apoyar proyectos relacionados con la educación en población, la salud sexual y reproductiva y la educación sexual (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Junto con las actividades generales en materia de planificación familiar, se encuentra *la educación sexual*, como una de las principales herramientas para la prevención de la fecundidad en las adolescentes y los riesgos de mortalidad materna e infantil. En la década de los 70, el Ministerio de Educación incorpora la asignatura de Comportamiento y Salud a los programas académicos, en los niveles superiores de básica secundaria, en la cual se abordan temas como el noviazgo y los valores, y se amplían los contenidos de la fisiología del sistema reproductor (www.ops-oms.org). En 1992, se obliga a los colegios y escuelas para que elaboren planes educativos

en materia de SSR para todos los estudiantes de bachillerato, mediante la creación del Plan Nacional para la Educación Sexual. Este plan no solo incluye educación de los adolescentes en materia de SSR, sino que también brinda capacitación a los docentes para la implementación adecuada del mismo.

Más recientemente, las acciones adelantadas por el gobierno en materia de educación en salud sexual, están enmarcadas en la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994), la cual señala específicamente en uno de sus objetivos, para cumplirse en cualquier nivel educativo, el *"desarrollar una sana sexualidad y promover el conocimiento de si mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto de la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable"* (Art 23 Literal e). De esta manera, los lineamientos normativos adelantados entre 1993 y 1997 que originaron el Plan Nacional de Educación Sexual, hizo posible que el tema de educación sexual se incluyera en las agendas curriculares de los colegios, que se produjera material educativo de apoyo, se realizaran actividades formativas diseñadas para los docentes y funcionarios del sector educativo, se realizaran campañas de difusión de estos temas en las entidades territoriales, se realizaran investigaciones para enriquecer este proyecto y se adelantaran acciones que profundizaran las relaciones intersectoriales con el Ministerio de Salud (López, 2004). Sin embargo, estas acciones no han logrado tener un impacto significativo en el comportamiento reproductivo de los adolescentes en los últimos años. De una parte, las acciones han perdido participación en las agendas de los gobiernos regionales y nacionales. Los recursos financieros y la voluntad política desde 1998 se han agotado, generando hoy en día un profundo debilitamiento de la educación sexual en todos los niveles: nacional, departamental y local. Los esfuerzos de educación sexual dependen de "la voluntad y del interés de cada institución educativa", lo cual ha dado como resultado la poca participación de la misma en los pénsum educativos (López, 2004).

Este debilitamiento en el programa de educación sexual del Ministerio de Educación ha generado que las acciones adelantadas en este campo sean de carácter informativas de los servicios existentes para evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Uno de los grandes problemas que se observa en la educación sexual impartida desde 1994 en los colegios, es que en la mayoría de temas que se desarrollan, exaltan el componente genital de la sexualidad, y se deja de lado otras dimensiones, tales como la afectiva, comunicativa y social. Los temas que se abordan son principalmente los órganos sexuales, las infecciones de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, el embarazo y el aborto. Además, la metodología empleada para el desarrollo de las clases se caracteriza por ser descriptiva y no reflexiva, debido a que los profesores o conferencistas expertos invitados por las instituciones exponen los temas de forma magistral, lo cual en

muchas ocasiones no propicia el espacio para la participación y discusión de estos temas (Vargas et al, 2004). En general lo que se observa es que la educación sexual se ha limitado a acciones aisladas que pocas veces cumplen con los requerimientos mínimos para recibir la denominación de programa: *"Un conjunto estructurado y organizado de acciones y recursos, especificado de forma rigurosa para alcanzar unos objetivos definidos previamente, que es implantado sistemáticamente en un período de tiempo determinado y en un contexto específico"* (Vargas, 2005 a).

Además de la política y acciones del gobierno, existen instituciones no gubernamentales (ONG's) que adelantan acciones en temas de planificación familiar, tales como PROFAMILIA, Oriéntame – Unidad de Orientación y Asistencia Materna, Fundación Antonio Restrepo Barco, Cemujer, las cuales apoyan los esfuerzos realizados por el gobierno en materia de planificación familiar y promoción de SSR entre las personas en edad reproductiva y adolescentes.

Específicamente para los adolescentes, PROFAMILIA ha desarrollado el programa de Profamilia Joven, el cual busca promover y defender los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes, a través de la estrategia "advocacy". Para lograr este objetivo ha implementado programas, entre los cuales se encuentran:

- Programa jóvenes multiplicadores y multiplicadores comunitarios, en donde busca capacitar a los jóvenes y a la comunidad en temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, formando redes sociales que vinculen también a la población no escolarizada.
- Programas que vinculan a la población desvinculada del conflicto armado.
- Masificación del uso de métodos anticonceptivos.
- Programas de atención a padres y madres de adolescentes, donde se les ofrece apoyo, asesoría y servicios médicos a la joven pareja.

Así mismo, esta institución desarrolla sus actividades enfatizando que la atención y los programas para los adolescentes se deben realizar en lugares exclusivos para ellos, con una capacitación especial del personal médico que los atiende (www.profamilia.org.co). De esta manera, se propicia un ambiente favorable, confiable y amigable para los adolescentes. PROFAMILIA, reconoce que existen barreras para el libre desarrollo de la sexualidad de los jóvenes, entre las cuales se encuentran: la concepción y estereotipos sociales asignados a los jóvenes; la definición de la población adolescente como el problema y no como parte de la solución; la no comunicación entre jóvenes y adultos; el no reconocimiento y enfoque de aptitudes, de los jóvenes; y la escasa divulgación de existencia de programas para jóvenes, tanto hombres como mujeres. Para superar estas barreras, plantea como líneas de

acción: ampliar la difusión de programas; capacitar a más jóvenes para integrar y apoyar procesos con sus pares; orientar las capacidades de jóvenes, dentro de los programas; e implementar estrategias de comunicación, tales como, el desarrollo de un boletín mensual, proyectos específicos, participación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, participación en redes y eventos internacionales.

3.2.2. Plan de Choque de Mortalidad Materna

Formulado en Septiembre de 2004 con una vigencia de nueve meses. Las acciones de corto plazo contempladas en él tienen como finalidad generar un movimiento inicial fuerte que sea un punto de partida para estrategias y acciones de más largo alcance. Busca desencadenar acciones que lleven a un mayor cumplimiento de las normas, a revisar los modelos y a definir y mantener estrategias para el mediano y largo plazo (Ministerio de Salud, 2004-4).

Se han determinado dos áreas de acción prioritarias. La primera tiene que ver con la comunicación y movilización social para sensibilizar al país frente a la mortalidad materna, eliminar barreras de todo tipo para la atención, que exista una discriminación positiva para las gestantes, reconocimiento al derecho de la mujer a decidir sobre el embarazo y promover el reconocimiento de signos y síntomas de alarma del embarazo.

La segunda corresponde a acciones de fortalecimiento de las acciones de seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional que permiten monitorear las directrices que ya han sido formuladas por los entes rectores y controlar a los actores responsables de su ejecución. Cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica en las instituciones prestadoras de servicios, cumplimiento de las acciones de las normas técnicas y guías de atención, vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y evaluación de experiencias para el desarrollo de estrategias de reducción de la mortalidad materna.

Este Plan de choque ha sido evaluado por el Ministerio de la Protección Social, pero se encuentran pendientes los resultados obtenidos.

3.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio

La última década se caracteriza por plantear esfuerzos comunes entre los diferentes países para lograr mejorar el nivel de vida de la población, disminuyendo la pobreza y la desigualdad. Así, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, realizada en

septiembre del 2000, instó a 189 países, entre los cuales se incluye Colombia, a promover el desarrollo social y la reducción de la pobreza extrema a la mitad para el año 2015 (DNP, 2004). Los países miembros de la Naciones Unidas aprueban la Declaración del Milenio, en la cual se plantean ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM - 2015) para atender los problemas sociales: pobreza, analfabetismo, desigualdad entre géneros, alta mortalidad infantil y materna, enfermedades como el VIH/SIDA, deterioro del medio ambiente y falta de solidaridad internacional (DNP, 2004).

Las metas con las cuales Colombia se comprometió son:

- Reducir la pobreza: necesidad de lograr que en el 2015 solo el 8% de los colombianos tengan ingresos inferiores a 1 dólar por día.
- Enseñanza primaria universal: garantizar que todos los niños y niñas terminen un ciclo completo de enseñanza primaria para el 2015.
- Promover la equidad entre los géneros: eliminación de las desigualdades entre géneros en términos de diferenciales de salarios, y las discriminaciones en contra de las mujeres en el mercado laboral en el país. La débil formulación de esta meta da lugar a una observación crítica sobre la limitada concepción de este problema que excluye la violencia intrafamiliar, en la cual las mujeres son las principales víctimas, así como la imposibilidad de definir el futuro de la sociedad al ser excluidas de los sectores donde está el verdadero poder.
- Reducir la mortalidad infantil: una reducción en la tasa de mortalidad a 18 por mil niños menores de 5 años en 2015.
- Mejorar la salud materna colombiana.
- Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo, lo cual se traduce en el propósito de desarrollar un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Así mismo, lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza en el país, afrontar el problema de la deuda y velar porque se aprovechen los beneficios de las nuevas tecnologías.

Los compromisos en materia de salud se pueden resumir (Kickbusch y Roca, 2004), en los tres siguientes:

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH-SIDA, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

3.4. Visión Colombia 2019

Adicional a las obligaciones internacionales que ha adquirido Colombia para mejorar el bienestar de su población, el gobierno del actual presidente de la República preparó el documento “Visión Colombia II Centenario: 2019” (DNP, 2005). En este documento se intenta avanzar más allá de las metas planteadas en los ODM, consideradas de mediano plazo, y proponen metas más ambiciosas, de largo plazo. Dentro de las metas planteadas para lograr los objetivos, el documento Colombia 2019 incluye temas específicos de población – demografía, salud - que evidencian el reconocimiento que paulatinamente se acepta en los gobiernos sobre la importancia de los temas poblacionales en el diseño de las políticas sociales.

El documento 2019, o más específicamente el documento “Visión Colombia II Centenario: 2019”, tiene como objetivo proponer un conjunto de metas en temas de paz, justicia social, infraestructura, calidad de vida, productividad, competitividad, consolidación de la democracia pluralista, y democracia de libertades, que sirvan de línea de base y generen continuidad en la formulación de los planes de desarrollo (DNP, 2005). La metas planteadas en el documento 2019 van de la mano con las del documento Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM - 2015), suscrito por los países miembros de las Naciones Unidas.

El Documento 2019 parte de dos principios orientadores y cuatro grandes objetivos. Los principios orientadores son:

- Consolidar un modelo político democrático, sustentado en los principios de libertad, tolerancia y fraternidad.
- Afianzar un modelo socioeconómico sin exclusiones, basado en la igualdad de oportunidades y con un Estado garante de la equidad social.

Esos dos principios se desarrollan en cuatro grandes objetivos, que son:

- Una economía que garantice mayor nivel de bienestar.
- Una sociedad más igualitaria y solidaria.
- Una sociedad de ciudadanos libres y responsables.
- Un Estado al servicio de los ciudadanos.

El documento 2019 plantea que para el logro de esos cuatro objetivos, el país deberá asimilar tres condiciones que determinarán su desarrollo:

- Un mundo en transformación (globalización).
- Un territorio privilegiado (condiciones, variedad y situación geográfica del territorio).
- Una población en transición (proceso de envejecimiento de la población y su impacto en la demanda de servicios sociales).

Para el logro de esos cuatro objetivos, el documento 2019 propone estrategias, las cuales incluyen metas específicas y acciones para lograrlas. El documento plantea unas metas intermedias para el 2010 y otras metas más ambiciosas para el año 2019, tomando en cuenta las metas de los ODM para el 2015.

El segundo objetivo “Una sociedad más igualitaria y solidaria”, se traduce en “reducir la pobreza y la desigualdad”. El documento propone que Colombia en el 2019 deberá haber logrado una drástica reducción de la pobreza y un avance decisivo en términos de equidad, entendida ésta como igualdad de oportunidades. Este objetivo se desarrolla con tres estrategias:

- Cerrar las brechas sociales: igualdad de oportunidades en el acceso y calidad de servicios básicos: educación, seguridad social equitativa y solidaria, y mecanismos de asistencia social efectivos.
- Construir ciudades amables: vivienda digna, espacios públicos adecuados, acceso a servicios públicos, y sistemas de movilidad en los centros urbanos.
- Forjar una cultura para la convivencia: la cultura como medio para aumentar la cohesión social, la participación, la cooperación, el pluralismo y la convivencia pacífica.

La segunda estrategia, Cerrar las brechas sociales, se construye sobre ocho principios básicos, relacionados con la prestación de los servicios sociales, que tienen que ver con: universalidad, igualdad en el acceso, equidad, transparencia en la gestión, solidaridad, integralidad en la organización y provisión de los servicios, eficiencia en el uso de los recursos, y calidad en los servicios entregados (DNP, 2005). Para lograr este segundo objetivo, se requiere dar respuesta a cuatro desafíos fundamentales:

- Aumentar la eficiencia del gasto social para lograr mayor cobertura y calidad.
- Mejorar la focalización del gasto.
- Consolidar un sistema de protección social para fortalecer y proteger el capital

humano y el ingreso de los hogares y reducir su vulnerabilidad.

- Generar la información necesaria para focalizar el gasto, y hacer evaluaciones periódicas.

Para la implementación de la estrategia Cerrar las brechas sociales, el documento 2019 propone metas por componentes del sector social: demografía, salud, educación, empleo, y pobreza y desigualdad. El Cuadro 3.4.1 resume las metas planteadas por componente, y el Cuadro 3.4.2 detalla las metas planteadas en los temas de población en particular.

Cuadro 3.4.1 Metas del Objetivo: Para Cerrar Las Brechas Sociales y Regionales

Componente	Meta
Demografía	1- Reducir la tasa de crecimiento poblacional
Salud	2 - Lograr la cobertura universal en el SGSSS
	3 - Reducir la mortalidad materno infantil y las enfermedades transmisibles y mejorar la salud sexual y reproductiva
Educación	4 - Promover la educación inicial en los programas de atención a niños menores de cinco años
	5 - Lograr la universalización en educación básica y media
	6 - Mejorar la calidad de la educación básica y media
	7 - Aumentar la cobertura, pertinencia y calidad en la educación superior
Empleo	8 - Disminuir los niveles de desempleo
	9 - Consolidar un Sistema Nacional de Formación para el Trabajo (SNFT)
	10 - Mejorar la protección al cesante y ampliar la cobertura del sistema pensional
Pobreza y desigualdad	11 - Reducir índices de pobreza y desigualdad para cerrar brechas sociales

Cuadro 3.4.2 Estrategias en Demografía - Objetivo: Cerrar Brechas Sociales y Regionales (Documento 2019)

Meta	Situación actual Doc. 2019	Meta 2010	Meta Milenio 2015	Meta 2019	Estrategia
Meta 1					
Reducir la tasa de crecimiento poblacional					
Reducir la tasa de crecimiento poblacional en 34%	1,7	1,4		1,1	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la calidad de la información a nivel nacional y regional para el seguimiento de las políticas demográficas y socioeconómicas. Promover una conducta reproductiva responsable, que conduzca a la reducción de la fecundidad y la natalidad. Garantizar el acceso a los métodos modernos de planificación familiar, como parte de los planes de beneficios de la seguridad social en salud. Eliminar las barreras existentes en el acceso a los métodos de planificación familiar, especialmente orales, masificando su consumo, eliminando la restricción a su venta y hacerles publicidad. Subsidiar el acceso a los métodos quirúrgicos de planificación de hombres y de mujeres que así lo deseen. Promover la sexualidad responsable y el uso de métodos modernos en la población adolescente. Revisar los contenidos y medios de educación sexual y capacitar al cuerpo docente en la adecuada promoción de éste material. Estimular la reducción de la tasa de crecimiento poblacional y una mejor distribución de la población en el territorio. Mantener a la población informada y dárles las herramientas necesarias para que ejerza
• Reducir la tasa bruta de mortalidad en 10%	5,5	5,3		5,0	
• Reducir en 2,2 años el diferencial de expectativa de vida	6,2	5,2		4,0	
• Aumentar en cuatro años la expectativa de vida al nacer	72,2	74,0		76,5	
• Reducir la fecundidad total en 27%	2,6	2,3		1,9	
• Reducir la tasa de natalidad en 28%	22,3	19,6		16,1	
Meta 2					
Lograr la cobertura universal en el SGSSS					
Incrementar la afiliación al régimen subsidiado a 100%	66%	100%		100%	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar la focalización individual, como garantía de equidad hacia los más pobres. Promover la definición e implementación de incentivos para recautar nuevos recursos a partir de la afiliación de la población con capacidad de pago y el uso eficiente de los recursos del sector salud disponibles (aumentar el proceso de reestructuración y modernización de las redes hospitalarias, y rediseñar e implementar la metodología de asignación de recursos de subsidios de oferta hacia subsidios a la demanda). Fortalecimiento de la gestión pública a través del diseño de instrumentos para su seguimiento y vigilancia, consolidación de un sistema de información, promoción de la investigación y capacitación del recurso humano.
Igualar el plan de beneficios del régimen subsidiado al del contributivo	66%	66%		100%	
Meta 3					
Reducir la mortalidad materno- infantil y las enfermedades transmisibles y mejorar la salud sexual y reproductiva					
Aumentar la cobertura de vacunación a 95%	93,0%	95,0%	95,0%	95,0%	<ul style="list-style-type: none"> Prevención y reducción de la nutrición infantil, a través de la promoción y apoyo a la lactancia materna a temprana edad, al igual que el plan nacional de alimentación y nutrición. Control de enfermedades de transmisión sexual. Continuación de redes regionales y locales de vigilancia epidemiológica. Vigilancia y monitoreo de las coberturas de vacunación y de los factores de riesgo de las enfermedades transmitidas por vectores.
Reducir la mortalidad infantil	24,4	21,0	14,0	14,0	
Reducir la mortalidad en la niñez	28,0	23,0	17,0	16,4	
Reducir la mortalidad materna en 70%	100,1	63,0		28,8	
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 78%	64,0	71,0		78,0	
Incrementar la prevalencia de uso de métodos de anticoncepción entre la población no unida y sexualmente activa (15 a 19 años) a 69%	49,6	59,4		69,0	
Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%	19,1	<15%		<15%	
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 4,5 por 100.000 mujeres	10,8%	7,8%		4,5%	
Reducir la desnutrición global de niños menores de 5 años a 4,5%	6,7%	5,7%		4,5%	
Mantener la prevalencia general de infección por VIH, por debajo de 1,2%	<1,2%	<1,2%		<1,2%	
Reducir en 85% las muertes por malaria	227,0	117,0		34,0	
Reducir en 93% las muertes por dengue	229,0	108,0		17,0	
Meta 11					
Reducir pobreza y desigualdad					
Reducir el índice de pobreza en 62%	52,6%	39,6%		20,0%	<ul style="list-style-type: none"> Para reducir las brechas existentes entre urbano y rural, se requiere mejoras y esfuerzos en la focalización de subsidios hacia la población pobre y el desarrollo de estrategias específicas para el sector rural (educación rural, cadenas productivas y sociales, entre otros)
Reducir el índice de indigencia en 64%	17,0%	12,6%		6,0%	

fuente: DNP, 2005

4. MARCO NORMATIVO

4.1. Normas relacionadas con Mortalidad Materna

A partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención maternoinfantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Existe una norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, para la atención del parto (incluye la atención del puerperio), y para la detección de las alteraciones del embarazo. De igual manera, se diseñaron guías de atención para patologías de alta frecuencia y que causan importante carga social y económica en el país.

Estas normas técnicas y guías de atención cuentan con un sistema de monitoreo y control llamado Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras que tiene indicadores de cumplimiento de las acciones planteadas en las normas (Ministerio de Salud, 2000-1). Adicionalmente, se monitorean los casos de muertes maternas como un indicador centinela de calidad. Pese a estos desarrollos técnico-normativos, en las evaluaciones realizadas al Régimen Contributivo se observan indicadores de cumplimiento (consultas de control prenatal, atención del parto institucional, consulta del puerperio, entre otros), en grado deficiente o muy deficiente en la mayoría de EPS (Ministerio de Salud, 2003-2). Esta situación podría indicar que no se cumplen las directrices de las normas técnicas y las guías de atención y no se hace el énfasis suficiente en la inducción de la demanda hacia los servicios de salud.

En el Régimen Subsidiado, las Administradoras tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio y la atención neonatal. A su vez, deben cumplir de igual manera con los lineamientos de normas técnicas y guías de atención y con los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad. La vigilancia de estas acciones es función de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Sin embargo, el proceso de monitoreo y seguimiento a las ARS ha tenido dificultades en algunos departamentos y distritos y los indicadores, en general, tampoco han mostrado un desempeño adecuado.

Es preocupante también que a partir de la expedición de la Ley 715 de 2001 y del Acuerdo 229 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), los municipios deben hacerse cargo de la prestación de las acciones de planificación familiar, vacunación y detección del cáncer de cuello uterino para los/as afiliados/as

al Régimen Subsidiado fragmentando de esta manera la atención de estos eventos. En efecto, la evaluación de la gestión de las acciones realizadas por los municipios muestra que cerca del 47% de éstos no reportan realización de actividades de planificación familiar y del 53% que reporta acciones, la mayoría se sitúa en los rangos deficiente y muy deficiente (Ministerio de Salud, 2004-1).

Las condiciones básicas (infraestructura), para la prestación de los servicios obstétricos han sido reglamentadas a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Ministerio de Salud, 2001). Sin embargo, es claro que existen zonas del país en donde estas condiciones de seguridad y calidad no se tienen. Las IPS se han habilitado ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. No obstante, se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a estos procesos e iniciar una auditoria continua de la calidad enfocada en el mejoramiento de la atención prenatal y obstétrica, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes.

El MPS ha priorizado el ingreso de las mujeres gestantes vinculadas, al Régimen Subsidiado (Ministerio de la Protección Social, 2003-3). Esta medida permite que dichas mujeres cuenten con cobertura de servicios de atención prenatal, parto y puerperio, atención en planificación familiar y atención de las complicaciones.

En las directrices expedidas para el Plan de Atención Básica (PAB) se incluye la reducción de la mortalidad materna como una de las líneas de acción prioritarias y determina acciones concretas para su intervención así como indicadores para su monitoreo y vigilancia (Ministerio de Salud, 2004-2).

En relación con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna existen diversos actos administrativos⁷, que dan las directrices para el proceso de registro y procesamiento de las estadísticas vitales y la vigilancia de la mortalidad evitable en unidades operativas. Las muertes maternas son objeto de reporte obligatorio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

4.2. Desarrollo Normativo en anticoncepción

A partir de la Ley 100 se han dado desarrollos normativos en el tema de la anticoncepción. En 1996 la Resolución 3997 establecía acciones individuales de planificación familiar (consejería y suministro de métodos para la población asegurada) y la Resolución 4288 de 1996, las acciones colectivas del Plan de

⁷ Resolución de Estadísticas Vitales 1347 de 1997, Resolución 3148 de 1998 sobre Comités de Estadísticas Vitales en las Direcciones Territoriales y Decreto 955 de 2002 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales.

Atención Básica en Planificación Familiar, haciendo énfasis en acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y en acciones individuales focalizadas a la población no asegurada y con vulnerabilidades específicas.

La Resolución 412 de 2000 estableció como prioritaria la atención en planificación familiar a hombres y mujeres como acción de protección específica con una norma técnica de obligatorio cumplimiento para la población asegurada, en donde se determinan las características técnicas de la consejería y el control, los criterios de elegibilidad para los métodos, el recurso humano a cargo y las indicaciones técnicas pertinentes.

La Política Nacional de SSR, las estrategias y acciones en cuanto a este tema tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a. La meta de la política de SSR es incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas.

A pesar de contar con reglamentación que favorece la prestación de servicios de planificación familiar, se encuentran vacíos en los planes de beneficios que dificultan el acceso a los métodos. En el Régimen Contributivo no se encuentra incluido el suministro de algunos métodos modernos de planificación tales como los métodos de barrera (condón femenino y masculino), anticonceptivos orales de última generación (dosis bajas), anticonceptivo inyectable de presentación mensual, implantes subdérmicos, dispositivo intrauterino hormonal.

En el Régimen Subsidiado, además de estos métodos mencionados, tampoco se encuentra incluida la vasectomía (Ministerio de Salud, 2000-3). Esta circunstancia dificulta, por una parte, la libre elección del método y por otra, hace que en el caso del régimen subsidiado los métodos disponibles se encuentren únicamente a cargo de la mujer y ninguno para el hombre.

La exclusión de los métodos de barrera en un contexto de aumento de la epidemia por VIH/Sida y con objetivos claros de control en el país son dos circunstancias que no se correlacionan así como tampoco el que no se visualicen medidas concretas para facilitar el acceso masivo a estos métodos a la población (precios más favorables, suministro subsidiado, suministro sin costo, etc.).

Otra circunstancia que va contra la integralidad de los servicios de planificación familiar es la normatividad que asigna la responsabilidad de la prestación de los servicios para la población afiliada al Régimen Subsidiado en lo que se refiere a consejería, suministro de métodos temporales y controles a los municipios, dejando la ligadura de trompas a la Administradora de Régimen Subsidiado (Ministerio de Salud, 2002-2).

Por su parte el Plan de Atención Básica PAB además de las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva puede realizar el suministro de algunos métodos de planificación familiar a población no asegurada sumando estos recursos a los recursos de oferta disponibles para la atención a esta población (Ministerio de la Protección Social, 2004-2). Tradicionalmente las actividades de información, educación y comunicación IEC, se han dirigido a mujeres generando un imaginario de responsabilidad exclusiva de la planificación de la familia a las mujeres.

En la práctica se observan mecanismos operativos y administrativos de las aseguradoras y las instituciones prestadoras de servicios de obstaculizan el acceso a los métodos, tales como tiempos de espera exagerados para los servicios, consejería en un lugar y suministro de métodos en otro lugar y en otro momento, cobro de cuotas moderadoras y copagos por estos servicios que se encuentran por ley exentos, no despacho de los métodos oportunamente, entre otras circunstancias que sumadas a los problemas de capacitación y actualización del recurso humano, impiden que se brinden los servicios de manera oportuna y adecuada.

4.3. Marco normativo para atención materno-Infantil

La reforma de la seguridad social contempla la atención materno-infantil como prioritaria (República de Colombia, 1993), en consecuencia se ha expedido reglamentación específica con el fin brindar la protección y los servicios de salud necesarios. En el aseguramiento, los niños constituyen un grupo prioritario para su ingreso al régimen subsidiado y en la población no asegurada para la prestación de servicios (Ministerio de la Protección Social, 2003-2). En el Régimen Contributivo son beneficiarios de sus padres hasta los 18 años (Ministerio de Salud, 1994).

La Resolución 4288 de 1996 para el Plan de Atención Básica tiene un énfasis en la promoción de la salud integral de niños y niñas y la orientación a los servicios individuales de atención en salud. La Resolución 412 de 2.000 establece varias normas técnicas de obligatorio cumplimiento para las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado. Estas normas relacionadas con la protección específica y detección temprana de alteraciones del niño desde su gestación son:

- Detección de las alteraciones del embarazo.

- Atención del parto.
- Atención al recién nacido.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Atención en Salud Oral.
- Detección de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

También se cuenta con guías de atención para el tratamiento de las patologías prevalentes:

- Bajo peso al nacer.
- Enfermedad diarreica aguda.
- Infección respiratoria aguda.
- Desnutrición.

Estos documentos técnicos establecen los procedimientos más costo efectivos a realizar en la población afiliada y se enfocan a la intervención de los principales problemas relacionados con la morbilidad y mortalidad infantil y perinatal. A pesar de contar con estos documentos que orientan la prestación de los servicios de salud, se observan dificultades en el cumplimiento de los indicadores de cada uno de los temas por parte de las aseguradoras, esto puede evidenciar problemas en la cobertura de los programas y las acciones de inducción de la demanda a los servicios (Ministerio de Salud, 2003-2).

El Programa Ampliado de Inmunizaciones es un programa instaurado hace varias décadas en el país. La vacunación, es la mejor estrategia y la más costoefectiva, demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles (Ministerio de Salud, 2000-1). El Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años (Ministerio de Salud, 2001). Antes de la implementación de la reforma de la seguridad social se habían logrado coberturas importantes en el esquema del PAI, pero en los últimos años estas coberturas han caído (Tono, T., Velásquez, L., Sáenz, J., 2001), probablemente por la disgregación de responsabilidades entre los diferentes actores del SGSSS.

La Estrategia AIEPI es la “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI”, es una estrategia internacional promovida por la OPS/OMS, UNICEF, que el Ministerio de Salud de Colombia adoptó como política en Diciembre de 1999. Esta estrategia contempla un conjunto básico de medidas de promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades y problemas más frecuentes en la infancia (IRA, EDA, desnutrición, dengue, malaria, enfermedades prevenibles por vacunas, maltrato infantil, crecimiento y desarrollo), para contribuir a disminuir la enfermedad y muerte por estas causas en la población menor de cinco años.

La estrategia fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud, las herramientas para resolver adecuadamente los problemas más frecuentes que afectan la salud de los niños. Incluye un componente comunitario que involucra a madres, padres, cuidadores de los niños y agentes comunitarios, en la aplicación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientado a mejorar la calidad de cuidados y atención a los niños en el hogar y en otros espacios comunitarios, no solo cuando están enfermos, sino también cuando están sanos Actualmente.

En 2004 el Ministerio de la Protección Social elaboró el Modelo de Gestión para la salud de la infancia diseñado para la implementación a nivel municipal que con la participación de todos los actores pretende ayudar a construir el entorno, el clima organizacional y las competencias de trabajo necesarias para la gestión del bienestar y la salud de la infancia desde la base en una comunidad.

4.4. Normas relacionadas con el Cáncer de Cuello Uterino y de Mama

Desde 1960 se ha trabajado en el país la detección temprana de cáncer de cuello uterino a través de CCV. En 1990 el Instituto Nacional de Cancerología puso en marcha el Programa Nacional para la Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino y la CCV se encontraba disponible en la red pública, la Liga contra el cáncer y ONG (Ministerio de Salud, 1999). La detección del cáncer de mama se realiza a través del autoexamen, el examen clínico y la mamografía que tiene menos tiempo de desarrollo en el país. El objetivo que se persigue con el cáncer de mama es disminuir la mortalidad por esta causa.

A partir de la reforma de la seguridad social se oferta a la población asegurada a través de la red de IPS de cada una de las aseguradoras y a la población no asegurada a través de recursos de oferta en la red pública. La Resolución 412 de 2.000 estableció como prioritaria la detección del cáncer de cuello uterino y de mama como acciones de detección temprana con normas técnicas de obligatorio cumplimiento para la población asegurada, en donde se determinan las características técnicas del

procedimiento de CCV y mamografía, población objeto, recurso humano a cargo y esquema de intervención.

En la actualidad los municipios se encargan de la oferta de CCV a las usuarias no aseguradas y las del régimen subsidiado (Ministerio de Salud, 2002-2). Sin embargo para 1998, la prevalencia de mujeres de 25-69 años de edad con CCV en los últimos tres años es de 68% y la prevalencia de mujeres de más de 35 años de edad con examen clínico de seno en los últimos cinco años es sólo de 26%(Ministerio de Salud, 1999).

Dentro del marco normativo se observan dificultades para la atención integral del cáncer de cuello uterino en el régimen subsidiado y para la población vinculada. De acuerdo con la normatividad vigente, los servicios se encuentran fraccionados: la toma y lectura de la CCV, se encuentra a cargo de los municipios (Ministerio de Salud, 2002-2), si es necesario realizar una colposcopia – biopsia ésta la deben realizar las Administradoras de Régimen Subsidiado (Ministerio de la Protección Social, 2004-3), así como la cobertura del tratamiento del cáncer si es el caso. Vale la pena aclarar que la población vinculada en teoría cuenta con todos los servicios, unos a cargo de los municipios y otros a través de los departamentos, sin embargo en la práctica existen dificultades para realizar el diagnóstico, la confirmación y el tratamiento oportuno debido al fraccionamiento de todo el proceso.

Los indicadores de cumplimiento para la CCV (80% para los regímenes contributivo y subsidiado), son altos buscando cubrir con este examen la mayoría de las mujeres de 25-69 años y menores con vida sexual activa (Ministerio de Salud, 2003-2).

Para la mamografía, el cumplimiento que se exige es mucho menor (20% Régimen Contributivo), debido al costo del procedimiento y el recurso humano y tecnológico instalado en el país (Ministerio de Salud, 2000-3). Vale la pena destacar que la mamografía no se encuentra cubierta para los afiliados al régimen subsidiado, por tal razón las Direcciones Departamentales de Salud la cubren con recursos de oferta, pero por indicación médica y no como examen de rutina a toda la población mayor de 50 años, como ocurre en la población afiliada al régimen contributivo (Ministerio de Salud, 2000-3).

La Política Nacional de SSR, contempla como uno de los aspectos más relevantes en SSR para el país, la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Las acciones se dirigen a la promoción de factores protectores y a la reducción de factores de riesgo, el fomento del autocuidado mediante la realización de CCV, la detección temprana mediante CCV en condiciones de calidad, la continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento y el estricto seguimiento al mismo.

La meta es alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos.

4.5. Marco relacionado con el VIH/ SIDA

El Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), consiste en una combinación de subsistema de mercado de servicios, reglamentado por el sector privado, y un subsistema social subsidiado del gobierno. Existen dos tipos de afiliación con el SGSSS: el régimen contributivo para trabajadores asalariados e independientes – basado en una póliza de seguro pagado conjuntamente por los empleadores y los empleados – y el régimen subsidiado, diseñado para asegurar al segmento más pobre de la población, basado en el principio de solidaridad y financiado principalmente por el gobierno. Entre los servicios ofrecidos por los regimenes contributivos y subsidiados existen enfermedades de alto costo, incluyendo el VIH/SIDA. Para la población afectada, el SGSSS ofrece atención integral para las personas viviendo con el VIH o el SIDA (PVCHS), incluyendo el suministro de medicinas antiretrovirales. En la actualidad, la cobertura del SGSSS (en sus regimenes contributivos y subsidiados), alcanza al 66% de la población total, y no se anticipa un aumento significativo de esta cobertura debido a las limitaciones financieras y las dificultades que están desafiando al Estado colombiano.

La respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA está enmarcada dentro del Plan Multisectorial de Respuesta 2004-2007, que corresponde a la implementación de una de las líneas de acción de la Política Nacional sobre la Salud Sexual y Reproductiva, puesto en marcha en el 2003 por el Gobierno Nacional. El Plan Multisectorial de Respuesta al VIH/SIDA está fundamentado en tres ejes temáticos: 1) Coordinación, Monitoreo y Evaluación; 2) Promoción y Prevención; y 3) Atención y Apoyo. Todas las acciones propuestas en el Plan Multisectorial de Respuesta sirven como un marco dentro del cual las entidades de salud pública del Estado en los niveles regionales y locales, canalizan sus esfuerzos y asignan recursos para abordar la epidemia de SIDA.

Se comenzó a implementar un GFATM, ya financiado, en abril del 2004. La meta global de este proyecto es reducir la vulnerabilidad a ITS, VIH y SIDA de 600.000 adolescentes y jóvenes en 48 municipios afectados por el desplazamiento forzado interno. Los desarrollos más importantes durante el primer año de ejecución del proyecto han consistido en la planificación de la implementación a nivel local, la preparación de materias educativas e instrumentos para el sistema de información, y la capacitación de recursos humanos para la ejecución en los primeros 16 municipios donde ya ha comenzado el proyecto. La actual iniciativa nacional para la reducción

de la transmisión madre-hijo (MTCT), comenzó su implementación en abril 2003, con el apoyo financiero de la Comisión Europea. Se ha efectuado pruebas a 202,000 mujeres embarazadas para detectar la infección con el VIH, y 385 de ellas (0,19%), han sido diagnosticadas con infección con VIH. Tanto el actual proyecto del Fondo Global y la propuesta contenida en este documento, como la iniciativa nacional de reducción de MCTC, están directamente relacionadas con los tres ejes del Plan Multisectorial de Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

Las metas de la actual propuesta son: 1) Garantizar la factibilidad y sostenibilidad del Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia de VIH/SIDA en Colombia, con énfasis en los departamentos más afectados; 2) Mantener la prevalencia de infección de la población entre las edades de 15 y 49 por debajo de 1%; y 3) Reducir la morbilidad y mortalidad a causa del SIDA. Los objetivos son fortalecer la coordinación, organización y participación de todos los actores sociales en el desarrollo, implementación y monitoreo del Plan Nacional Multisectorial de Respuesta; incrementar la adopción de comportamientos sexuales protegidos y la demanda de pruebas voluntarias entre las poblaciones vulnerables seleccionadas; aumentar la demanda por servicios integrales de salud entre personas viviendo con VIH o SIDA en los departamentos seleccionados; y fortalecer los servicios de salud relacionados con el VIH/SIDA – promoción, prevención y atención integral para PVCVS – en los departamentos seleccionados. Las áreas de servicio en los cuales están enmarcadas las acciones a ser ejecutadas durante la implementación del proyecto incluyen: la coordinación y el desarrollo de alianzas; la comunicación para el cambio de comportamiento a través de los medios masivos y a través de actividades de IEC basadas en la comunidad; los programas preventivos para grupos específicos de la población; el fortalecimiento de la sociedad civil; la producción de herramientas educativas; la distribución de condones; la inducción de demanda para los servicios, la consejería y las pruebas voluntarias; el fortalecimiento de atención comprensiva para el VIH/SIDA; la investigación operativa; el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y del sistema de información relacionado con los servicios de salud; el fortalecimiento de los recursos humanos del sector de la salud; el suministro de tratamientos antiretrovirales; la prevención secundaria y terciaria del VIH/SIDA; la promoción de la participación de la sociedad civil en el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención en salud que se brindan a los PVCVS; la asistencia técnica y el monitoreo y evaluación.

Gran parte de la actual propuesta está orientada a abordar a poblaciones específicas de alta vulnerabilidad que tradicionalmente han sido aplazadas a la hora de priorizar los recursos financieros por la repuesta nacional a la epidemia. Aunque el actual Plan Nacional de Respuesta incluye acciones dirigidas a estos grupos, la asignación de los recursos financieros necesarios probablemente no vendrá del sector gubernamental o de las entidades aseguradoras. Esto se debe principalmente a

una insuficiencia de recursos financieros y a debilidades en la tarea de influenciar las políticas, necesaria para alcanzar a los grupos de alta vulnerabilidad, especialmente en contextos regionales y locales con tradiciones conservadoras.

4.6. Normativa sobre Violencia Intrafamiliar y de Género

La Constitución de 1991 plantea un nuevo concepto de la sociedad, en la cual la familia deja de ser la unidad doméstica, para transformarse en el núcleo fundamental de la vida colectiva, y el espacio donde se inicia el ejercicio de los valores democráticos. La violencia diaria ejercida contra los niños y niñas y las mujeres constituye una violación a los derechos humanos. La violencia intrafamiliar va en contra del respeto a la dignidad humana, valor sobre el cual está fundado nuestro Estado social de derecho, y desconoce derechos fundamentales como la vida, la integridad personal, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad. Durante los últimos quince años, a través de estudios e investigaciones, de los desarrollos legales y jurisprudenciales, así como de las acciones tanto estatales como de organizaciones no gubernamentales, se ha hecho visible un problema que antes permanecía en el ámbito privado (Consejería para la Equidad de la Mujer, 2004).

Desde el punto de vista legal, la conciliación constituye una de las herramientas más importantes para la resolución de conflictos intrafamiliares. Los artículos 229 y 230 del Código Penal vigente (2.000), desarrollan los tipos penales de violencia intrafamiliar preservando uno de los avances de la Ley 294 de 1996 en la lucha por la dignidad de las mujeres, a través de la adopción de medidas para alcanzar la igualdad de hecho y derecho.

La Ley 882 de 2.004 aumenta la pena cuando el maltrato recae sobre menores, mujeres, ancianos o personas con incapacidad o disminución física, sensorial o psicológica o que se encuentre en estado de indefensión. Sin embargo queda el delito de violencia sexual, el cual según el Código de Procedimiento Penal requiere la denuncia de la víctima y en primer lugar se acude a la conciliación con el victimario.

El Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno continua con el programa presidencial Haz Paz para la prevención y la atención de la violencia intrafamiliar. El Programa Nacional de Salud contempla el desarrollo de mecanismos de gestión integral para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar y sexual, para ello estimula la formulación de planes territoriales que determinen acciones efectivas adecuadas a las características de cada departamento o distrito. La Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar Haz Paz, se formuló para prevenir y

atender la violencia intrafamiliar, como una estrategia para fortalecer los valores de convivencia en la comunidad favorecer la resolución de conflictos de forma pacífica, fortalecer los servicios de atención y crear una instancia de trabajo intersectorial e interinstitucional que favorezca el trabajo articulado y efectivo.

La violencia intrafamiliar y sexual es considerada en la actualidad como un problema de salud pública debido a las consecuencias directas sobre la salud, resultantes de las lesiones por violencia física o sexual, por su asociación a enfermedades crónicas y trastornos afectivos, mentales y del comportamiento; porque la mujer agredida estructura una baja autoestima, que afecta directamente su productividad y capacidad para desarrollarse plenamente (Consejería para la Equidad de la Mujer, 2004). Este reconocimiento hizo que en la Resolución 412 de 2.000 se encuentre incluido el tratamiento de la mujer y el menor maltratados en dos guías de atención donde se dan las indicaciones pertinentes a las instituciones del sector salud en cuanto a la detección, tratamiento y preservación de pruebas así como medidas específicas para el abordaje de la violencia física, psíquica y sexual.

Se cuenta también con el diseño de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar SIVIF, sistema de información que permite conocer el comportamiento de la violencia intrafamiliar, y así poder orientar las acciones de detección, prevención e intervención en forma oportuna y adecuada (DNP, 2004). Sin embargo, este sistema no se encuentra operando en todo el territorio nacional de manera efectiva por lo tanto uno de los objetivos del milenio para Colombia. En este sentido es implementar y mantener operando una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer, en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga en el 2008 y en las demás capitales de departamento en el 2015 (DNP, 2004).

La Circular 018 de 2004 que determina las directrices para la formulación del Plan de Atención Básica establece la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual como una de las prioridades. Establece la obligatoriedad para el desarrollo de proyectos específicos a desarrollar en el ámbito territorial de acuerdo con las características propias de cada región.

La Política de Salud Sexual y Reproductiva incluye la violencia doméstica y sexual como área de especial interés e intervención con la meta de incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia doméstica y sexual en mujeres y menores. Para ello propone a través de diferentes líneas de acción intervenciones para el sector salud.

Entre las acciones más importantes propuestas en esta política se encuentran garantizar la atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual, con sistemas adecuados de asesoría y referencia. Así mismo, implementar mecanismos de vigilancia en salud pública de la violencia doméstica y sexual (SIVIF). Acciones de IEC para desarrollar proyectos dirigidos a que la ciudadanía conozca qué comportamientos constituyen violencia doméstica y sexual y se sensibilice. La coordinación intersectorial e interinstitucional contempla acciones para apoyar el fortalecimiento de una instancia de coordinación del nivel nacional que defina los criterios y el modelo general de atención integral a las víctimas. Acordar acciones para incorporar en el currículo de las facultades de ciencias de la salud, contenidos relacionados con la detección y atención de casos de violencia doméstica y sexual. Desarrollo de servicios de consejería, refugio, asesoramiento, rehabilitación y servicios asistenciales para las mujeres que hayan huido o corran el riesgo de ser víctimas de violencia doméstica o sexual. Fortalecer las investigaciones sobre violencia doméstica y sexual que contribuyan a focalizar los comportamientos violentos y los tipos de violencia en las diferentes regiones y que permitan conocer el impacto, la eficacia y calidad de las políticas y los modelos y procedimientos de atención.

Las Metas de Milenio para Colombia contemplan la eliminación de la violencia de género, inicialmente en las relaciones de pareja. La meta planteada por la Cumbre del Milenio para el Objetivo 3 es la de eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015. Teniendo en cuenta que esta meta ya ha sido alcanzada por Colombia, se definieron tres metas específicas para Colombia: participación política de la mujer, violencia de pareja contra la mujer y equidad de género en términos de una participación económica equitativa de la mujer en materia salarial y de calidad del empleo (DNP, 2004). Sin embargo cabe resaltar que debido a la dificultad de contar con información para el seguimiento de esta problemática los objetivos se plantean como: desarrollar con una periodicidad de al menos cinco años la medición de la magnitud y características de la violencia de pareja en el país y definir las metas anuales de reducción.

5. DIAGNÓSTICO EN SSR

5.1. Fecundidad

El número de hijos que una mujer tiene es un indicador de su salud y reproductiva porque un número elevado de hijos está asociado con inicio temprano de fecundidad, intervalos intergenésicos cortos y embarazos y partos hasta edades avanzadas del período fértil.

5.1.1. Nivel y Tendencias

En los últimos 20 años el número promedio de hijos por mujer pasó de 3,2 a 2,4, es decir un descenso de 0,8 hijos. Tanto en lo rural como en lo urbano, las edades con mayor descenso, son las de más de 40 años, pero en el caso de las adolescentes se observa aumento. La fecundidad urbana bajó 19% y la rural 24%, sin embargo la rural sigue siendo más alta, una mujer rural en promedio tendrá 1,2 hijos más que una mujer urbana al final de su período reproductivo si experimentan los patrones de fecundidad observados en ENDS-2005.

Cuadro 5.1.1: Colombia. Tasas específicas de fecundidad por edad y zona. 1986-2005

Edad	Total país					Urbana					Rural				
	1986	1990	1995	2000	2005	1986	1990	1995	2000	2005	1986	1990	1995	2000	2005
15-19	73,0	70,0	89,0	85,0	90,0	59,0	62,0	74,0	71,0	79,0	112,0	93,0	137,0	134,0	128,0
20-24	177,0	166,0	173,0	142,0	132,0	152,0	147,0	150,0	124,0	114,0	247,0	223,0	245,0	212,0	199,0
25-29	160,0	148,0	148,0	129,0	116,0	131,0	138,0	135,0	120,0	105,0	247,0	179,0	190,0	160,0	155,0
30-34	118,0	96,0	101,0	99,0	77,0	100,0	90,0	91,0	87,0	70,0	164,0	128,0	132,0	141,0	101,0
35-39	77,0	63,0	56,0	49,0	46,0	57,0	56,0	41,0	40,0	42,0	127,0	84,0	95,0	76,0	58,0
40-44	28,0	18,0	24,0	15,0	15,0	24,0	13,0	11,0	12,0	12,0	36,0	43,0	58,0	28,0	27,0
45-49	7,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	13,0	1,0	2,0	1,0	16,0	5,0	5,0	2,0	3,0
TTF	3,2	2,8	3,0	2,6	2,4	2,6	2,6	2,5	2,3	2,1	4,7	3,8	4,3	3,8	3,4

Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Ruiz y Bodnar (2006)

La región con menor fecundidad siempre ha sido Bogotá pero las diferencias ahora son menores debido a que las demás regiones disminuyeron más rápidamente. La tasa de la región Atlántica observó el mayor descenso entre todas las regiones (38%), en el período 1986-2005 (Cuadro 3.2.1). Actualmente, el departamento con mayor fecundidad es Caquetá (3,6 hijos por mujer) y con nivel similar están Vaupés y La Guajira seguidos de Cesar, Chocó, Magdalena y Cauca; en el otro extremo, con cerca de dos hijos menos están los del eje cafetero.

Cuadro 5.1.2: Colombia. Tasas totales de fecundidad por región. 1986-2005

Región	1986	1990	1995	2000	2005
Atlántica	4,4	3,6	3,2	2,7	2,7
Oriental	3,7	2,8	3,3	2,8	2,6
Bogotá	2,7	2,4	2,5	2,4	2,2
Central	3,1	2,6	2,8	2,5	2,3
Pacífica	3,1	2,9	3,0	2,6	2,3

Según la ENDS 2005 la región de la Orinoquía y la Amazonía tienen en promedio 2,3 hijos por mujer situándose por debajo del promedio nacional y ligeramente

por encima del promedio urbano nacional que es de 2,1 hijos por mujer. Hay que tener en cuenta que la muestra incluyó solo las cabeceras municipales de estos departamentos por lo tanto corresponde comparar con esta última cifra (Cuadro 5.1.3). Sorprende este resultado puesto que estos departamentos en general acusan indicadores de desarrollo bastante rezagados.

Para tener otra idea del diferencial entre estos departamentos y el resto del país recurrimos al censo de 1993. Si bien es un dato de doce años atrás, el hecho de ser censo permite estimaciones robustas y desagregadas por cabecera y resto lo cual facilita la comparación con la ENDS2005 que, como se dijo, para estos departamentos se refiere sólo a las cabeceras. Según el censo, estos departamentos están por encima del promedio nacional en cerca de dos hijos por mujer y este diferencial, aunque un poco menor, se conserva en las cabeceras. Las mujeres de las cabeceras municipales de Guainía y Vichada tienen en promedio el doble de hijos que las mujeres que viven en las cabeceras municipales del país. Las de Arauca, Casanare y Putumayo tienen en promedio un hijo más. Las mujeres que viven fuera de las cabeceras municipales (resto del municipio) de Amazonas exceden en más de tres hijos a las mujeres del promedio del país en estas áreas; Vichada y Vaupés exceden en 2.5 hijos.

Cuadro 5.1.3: Colombia. Tasas totales de fecundidad en los departamentos de la Orinoquía y la Amazonía según Censo de 1993 y ENDS-2005

REGIONES	ENDS2005	Censo 1993 (*)		
		Total	Cabecera	Resto
Orinoquía				
Arauca	2,6	4,2	3,7	5,6
Casanare	2,1	4,2	3,5	5,3
Guainía	2,9	5,9	5,2	6,2
Vichada	2,6	6,1	4,2	6,9
Amazonía				
Amazonas	2,8	5,6	4,2	7,6
Guaviare	2,4	4,5	3,8	5,0
Putumayo	2,1	4,8	3,7	5,2
Vaupés	3,4	6,1	5,3	7,0
Total cabeceras	2,1		2,7	
Total resto	3,4			4,4
Total país	2,4	3,1		

(*) DANE-PROFAMILIA-UNFPA (1998) "La fecundidad en Colombia según el censo de 1993. Estimaciones departamentales y municipales" Serie Estudios censales N° 3. Cuadro 2, Pág.23

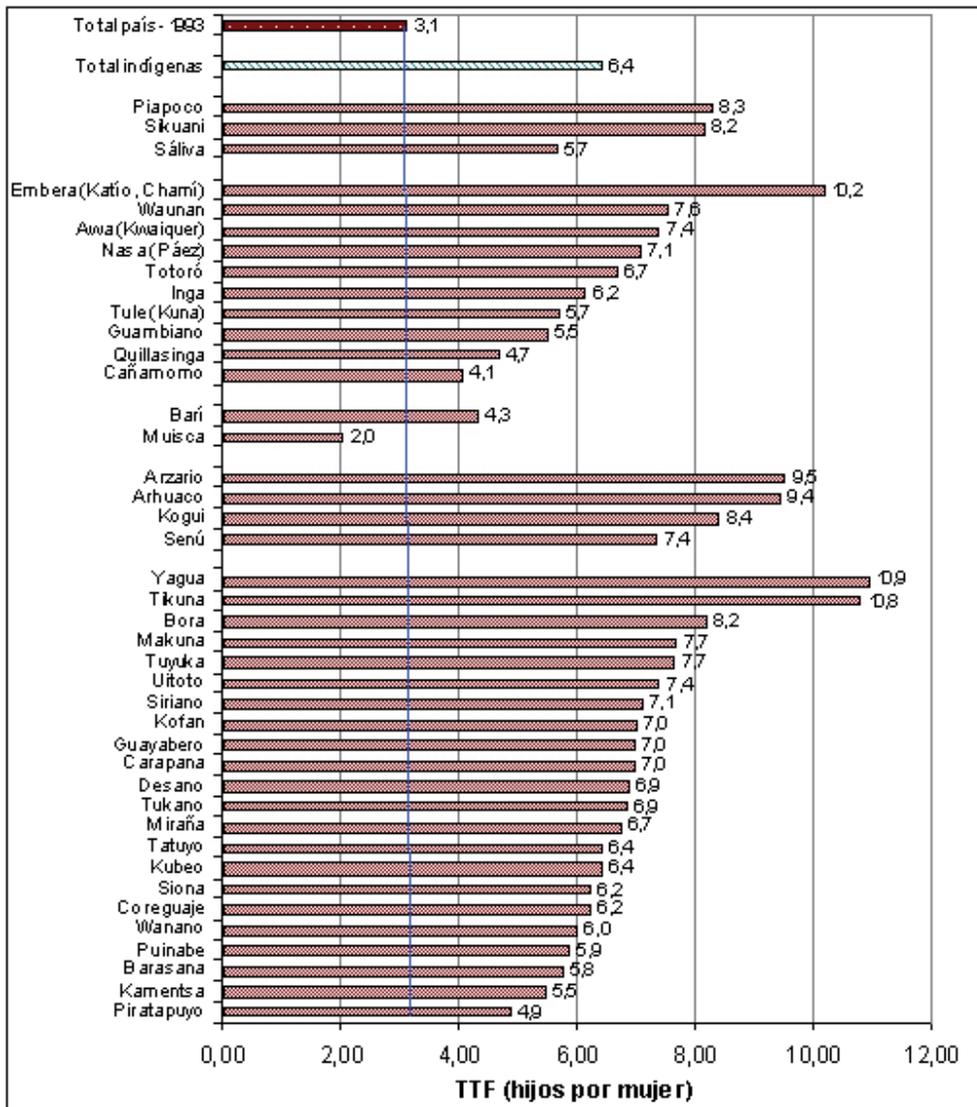
Según la ENDS2005 las zonas urbanas de estos departamentos exceden el promedio urbano en 0,5 hijos por mujer; la mayor diferencia con las zonas urbanas la presenta Vaupés (3,4 hijos por mujer frente a 2,1) mientras que Casanare y Putumayo tienen el mismo promedio urbano nacional. Es improbable que en doce años la fecundidad de estas regiones haya descendido tanto y que se haya igualado al promedio nacional, máxime sin que se identifique una política clara de atención. En este sentido los

resultados de la encuesta deben tomarse con reservas hasta tanto se validen con otras fuentes.

5.1.2. La Fecundidad de las poblaciones indígenas

Existen pocos datos sobre las poblaciones indígenas, sin embargo actualmente se cuenta con el análisis realizado para el Censo de 1993 por Ruiz y Bodnar (2006), para cada uno de los grupos étnicos del país con base en el método de Brass. Como se mencionó anteriormente, según esta fuente de información, los departamentos de la Orinoquía y la Amazonía tienen altos niveles de fecundidad y es de esperarse que así mismo suceda con las comunidades indígenas que allí habitan.

Gráfico 5.1.1: Colombia. Tasas totales de fecundidad por etnia. Censo de 1993



Efectivamente, una mujer indígena tiene el doble de hijos que una colombiana promedio y todas las comunidades indígenas, salvo los muiscas, están por encima del promedio nacional (Gráfico 5.1.1). En algunas etnias el nivel de la fecundidad llega a 11 hijos por mujer (Yaguas y Tikunas del Amazonas y Emberás de la región occidental), nivel cercano a la fecundidad natural que según Louis Henry estima en 12 o 13 hijos por mujer (citado en Ruiz, Cabre, Castro y Solsona, 2005). La tasa de fecundidad en la población joven (menores de 19 años) es de 158 nacimientos por mil mujeres mientras que para esa época el promedio nacional se situaba en 96 nacimientos por mil mujeres.

5.1.3. Fecundidad por nivel educativo

El nivel educativo a través de los últimos 20 años ha marcado grandes diferencias en el nivel de la fecundidad. Se observa que una mujer sin educación en promedio tiene tres hijos más que una mujer con educación superior. Hay que resaltar que los mayores cambios se observan en las mujeres sin educación en las que la tasa total de fecundidad descendió de 5,2 hijos por mujer a 4,5, mientras que el nivel en educación secundaria y superior se mantuvo constante. Se puede deducir que el cambio en la tasa total está explicado por el descenso en las mujeres sin educación y el cambio en estructura por educación de la mujer.

Cuadro 5.1.4: Colombia. Tasas totales de fecundidad por nivel educativo 1986-2005

	TTF				
	1986	1990	1995	2000	2005
Sin educación	5,4	4,9	5,0	4,0	4,5
Primaria	4,2	3,6	3,8	3,6	3,4
Secundaria	2,5	2,4	2,6	2,4	2,4
Superior	1,5	1,6	1,8	1,5	1,4

Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000 y 2005

5.1.4. Determinantes próximos de la fecundidad

Los factores que influyen en el nivel de fecundidad, llamados determinantes próximos o variables intermedias de la fecundidad son relativos a la exposición al riesgo de embarazo, al control deliberado de la fecundidad y a factores de la fecundidad natural marital. El indicador más usado en el primer grupo es la proporción de mujeres en unión; en el segundo grupo están la anticoncepción y el aborto y en el tercero, la infertilidad por lactancia, la frecuencia del coito (proporción de mujeres sexualmente activas), la esterilidad, la mortalidad intrauterina espontánea y la duración del período fértil.

En Colombia se observa una ligera disminución en la proporción de mujeres en unión mientras que la proporción de solteras ha disminuido al tiempo que aumenta la proporción de viudas y separadas (Cuadro 5.1.5). Por otra parte, hay un descenso fuerte en la proporción de mujeres que tuvo relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas. Es decir, que estos dos indicadores estarían mostrando que la exposición al riesgo de embarazo ha tendido al descenso. La edad mediana a la primera unión ha aumentado en un año. En cambio, la edad a la primera relación sexual ha disminuido casi dos años. En este caso los dos indicadores van en sentido contrario, si de favorecer la exposición al riesgo de embarazo se trata.

Cuadro 5.1.5: Colombia. Indicadores de los determinantes próximos de la fecundidad 1986-2005

	1986	1990	1995	2000	2005
Tasa total de fecundidad	3,2	2,9	3,0	2,6	2,4
Promedio de nacidos vivos, mujeres 40-49	5,5	5,3	3,8	3,4	3,1
Porcentaje de mujeres en unión	53,4	52,0	54,7	51,2	51,5
Porcentaje de mujeres solteras	37,4	36,5	32,0	34,0	32,9
Porcentaje de mujeres viudas, separadas o divorciadas	9,1	11,0	13,0	14,8	15,7
Porcentaje sexualmente activa últimas 4 semanas	n.d.	68,8	53,9	53,6	49,3
Edad mediana 1a unión (25-49)	20,8	21,0	21,4	21,5	21,7
Edad mediana 1a relación sexual (20-49)	n.d.	20,0	19,6	19,0	18,3
Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas 15-49	6,6	5,6	5,5	4,7	4,2
Porcentaje de mujeres unidas embarazadas o amenorréicas	16,3	14,1	11,0	9,0	7,8

Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000 y 2005

Las mujeres embarazadas o amenorreicas no están expuestas al riesgo de embarazo porque ya están en esa condición. Consistentemente con el descenso de la fecundidad, ha disminuido la frecuencia de mujeres embarazadas o amenorreicas, dejando mayor proporción expuesta al riesgo de embarazo. Actualmente, la anticoncepción es el determinante con mayor peso en el nivel de la fecundidad y en el caso de Colombia, 78 de cada cien mujeres unidas usan algún método anticonceptivo, sin embargo sigue habiendo una tasa alta de fallas de métodos incluso modernos, demanda no satisfecha, frecuente discontinuación del uso de métodos y otros factores que restan eficiencia al patrón de anticoncepción, de manera que un análisis más profundo de este tema se aborda en otro capítulo.

La mortalidad intrauterina espontánea o provocada es otro de los determinantes próximos de la fecundidad. Según la ENDS2005, 83% de las mujeres no han experimentado ninguno de estos eventos, 10% han experimentado pérdidas fetales,

2% muertes fetales intrauterinas y 5% alguna interrupción del embarazo durante su vida reproductiva. Por su parte, al sistema de estadísticas vitales se reportan cerca de 15000 defunciones fetales anuales (1 por cada 47 nacidos vivos), de las cuales 33% son de más de 28 semanas de gestación.

No se dispone de datos sobre aborto por estar penalizado. Algunos estiman la cifra en 400000 al año lo cual parece bastante improbable dado el nivel de uso de anticoncepción —particularmente anticoncepción moderna— y la proporción de hijos que efectivamente se tienen ya sean deseados o no deseados. Según las estimaciones realizadas por el Instituto Alan Guttmacher en la publicación “Aborto Clandestino: una realidad latinoamericana”, en Colombia en 1989 en total se presentaron 288.400 abortos inducidos, lo cual se traduce en una tasa de 3.37 abortos por cada 100 mujeres de 15-49 años. De ellos 66.680 son hospitalizados por complicaciones. En el mismo estudio Brasil presenta una tasa de 3.65 abortos por 100 mujeres de 15-49 años y Perú, la tasa más alta con 5.2 por cien mujeres. En otros países en donde el aborto es legal se encuentran cifras mucho menores, tal es el caso de los Países Bajos con una tasa de 0.53 y Estados Unidos con 2.73. Estas cifras ilustran la magnitud del problema y las consecuencias sociales y económicas para manera que un análisis más profundo de este tema se aborda en otro capítulo.

La infertilidad también es un determinante próximo de la fecundidad. Puede ser causada por complicaciones del embarazo, el parto o el aborto o por enfermedades de transmisión sexual. Según la ENDS 2005, de cada nueve mujeres que han deseado tener un hijo, una ha tenido problemas de fertilidad. Si bien hay que verificar la comparabilidad de este indicador con los de otros estudios, parece relativamente alto frente a la relación de una de cada seis parejas que enfrentan problemas de fertilidad. Las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad son difíciles de establecer. Este aumento podría deberse por lo menos a cuatro factores: postergación del momento en que se decide tener hijos, alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos como el tabaquismo y el alcohol, cambios en la conducta sexual y eliminación de la mayoría de los tabúes. Durante las últimas dos décadas se registraron tres cambios importantes en el enfoque de la infertilidad. En primer lugar, la introducción de las tecnologías de reproducción asistida, en segundo lugar, han ocurrido cambios en la sociedad tales como un aumento en la proporción de mujeres mayores de 35 años que buscan el embarazo; en tercer lugar, el desarrollo de la biología molecular y de la genética se han hecho muy importantes para el estudio, diagnóstico y evaluación de las parejas (Brugo-Omedo, 2003).

El 30% de los casos de infertilidad están relacionadas con causas tubáricas peritoneales en las mujeres o de los conductos seminales en los hombres, causadas principalmente por ITS. Se ha sugerido que las probabilidades de infertilidad

por factor tubárico, así como el embarazo ectópico están considerablemente aumentadas con cada episodio infeccioso (Westrom, 1994); la aparición de infertilidad tubárico-peritoneal también está asociada con la severidad de la infección. En términos de prevención de las ETS asociadas con infertilidad, se deberían considerar dos líneas de acción: la prevención primaria, dirigida a evitar la aparición de infecciones, y debería aconsejarse utilizar métodos anticonceptivos de barrera. La prevención secundaria requiere una evaluación y tratamiento tempranos en los casos en los que se sospecha salpingitis, con tratamiento de la pareja y control posterior a fin de evitar la reinfección (Brugo-Omedo, 2003).

5.1.5. Patrón de Fecundidad

La edad mediana al primer nacimiento no ha tenido casi variación, sin embargo el poco cambio es a disminuir y es muy cercano a la edad de entrada a la unión, revelándose que las concepciones premaritales siguen siendo frecuentes. Los intervalos intergenésicos cortos tienden a disminuir (el de 7 a 17 meses pasó de 16% en 1990 a 8% en 2005), en tanto que aumenta la frecuencia de los intervalos largos. En el 2005 43% de los intervalos intergenésicos eran de más 48 meses de duración.

El número ideal de hijos está por debajo de la fecundidad real, es decir que en promedio las mujeres tienen más hijos de los que desean. La fecundidad deseada se calcula restando al número de hijos aquellos que la mujer tendría más adelante o que no se desean. Si las mujeres tuvieran únicamente los hijos que desean, la fecundidad sería de 1,7 hijos por mujer

Cuadro 5.1.6: Las metas de fecundidad para el país

	1986	1990	1995	2000	2005
Edad mediana al primer nacimiento, mujeres 25-49	21,5	22,1	22,1	22,1	21,7
Intervalos intergenésicos:					
* 7-17 meses desde el nacimiento anterior	n.d.	15,9	13,5	12,1	8,1
* 18-23 meses desde el nacimiento anterior	n.d.	15,2	15,9	14,4	12,3
* 24-35 meses desde el nacimiento anterior	n.d.	24,9	24,3	22,4	22,0
* 36-47 meses desde el nacimiento anterior	n.d.	11,7	13,8	13,8	14,6
* 48+ meses desde el nacimiento anterior	n.d.	32,1	32,5	37,3	42,9
* Intervalo mediana en meses	n.d.	33,0	33,8	36,8	41,6
Promedio ideal de hijos	2,7	2,6	2,5	2,3	2,2
Fecundidad deseada	2,8	2,2	2,2	1,8	1,7

Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000 y 2005

Observando la asociación de estas variables por departamento con la tasa de fecundidad, se ve que la que tiene mayor asociación es el intervalo más largo, el de 48 meses o más (Cuadro 5.1.6). A mayor frecuencia de intervalos de esta duración, menor fecundidad. La edad mediana al primer nacimiento varía en un rango de tres

años, entre 19,7 y 22,6. Aunque el coeficiente de correlación es bajo, si indica que a mayor edad mediana de entrada a la maternidad menos fecundidad.

Cuadro 5.1.7: Fecundidad de la población desplazada

Departamento	Tasa total de fecundidad	Promedio de nacidos vivos, mujeres 40-49	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas 15-49	7 a 17 meses desde el nacimiento anterior	18-23 meses desde el nacimiento anterior	24-35 meses desde el nacimiento anterior	36-47 meses desde el nacimiento anterior	48+ meses desde el nacimiento anterior	Intervalo mediana en meses	Edad mediana al primer nacimiento, mujeres 25-49
La Guajira	3,4	4,2	5,1	7,8	15,8	31,1	15,5	29,7	33,3	22,1
Cesar	3,2	3,9	6,9	11,7	17,2	25,1	12,8	33,3	33,7	20,3
Magdalena	3,1	3,9	6,2	7,6	15,1	24,5	17,9	34,9	38,2	20,8
Atlántico	2,3	2,9	3,9	9,3	10,2	21,7	15,1	43,7	42,7	22,6 a/
San Andrés	2,2	2,8	4,1	5,1	8,5	11,2	21,0	54,2	57,9	22,4
Bolívar	2,6	3,3	5,1	12,7	14,1	20,6	20,7	31,9	38,1	22,1 b/
Sucre	2,6	3,4	4,7	10,0	13,6	27,3	12,9	36,2	35,2	21,5 a/
Córdoba	2,6	3,3	4,6	8,8	18,6	25,5	13,4	33,7	34,1	21,2
Norte de Santander	2,6	3,7	5,2	8,2	14,2	21,5	19,1	37,0	38,4	21,8
Santander	2,3	3,2	5,7	10,8	11,5	18,5	11,1	48,0	45,5	20,7
Boyacá	2,9	3,7	3,5	8,6	13,0	22,4	15,9	40,1	38,8	21,6
Cundinamarca	2,5	3,2	3,7	8,0	11,9	18,5	15,1	46,5	44,9	21,4
Meta	2,7	3,4	5,5	9,9	13,6	18,1	12,6	45,8	41,8	21,3
Bogotá	2,2	2,7	4,1	5,5	10,8	22,1	11,4	50,2	48,2	21,9
Antioquia	2,2	2,8	3,5	6,1	10,0	23,5	14,0	46,3	45,1	22,6
Caldas	2,0	2,8	3,2	8,1	13,6	20,3	15,0	43,1	42,3	22,5
Risaralda	1,8	2,5	3,3	5,3	7,6	15,7	19,0	52,4	51,9	22,3
Quindío	1,7	2,6	2,7	4,6	10,5	15,8	14,1	55,1	52,6	21,3
Tolima	2,5	3,3	3,7	8,7	11,9	24,7	9,0	45,7	40,7	21,2
Huila	2,6	3,7	3,5	9,9	13,4	19,6	14,4	42,5	41,5	21,3
Caquetá	3,6	4,6	5,4	12,7	12,6	22,2	14,5	38,1	37,6	20,3
Valle	2,0	2,6	4,0	6,8	9,0	20,4	17,4	46,5	45,7	21,7
Cauca	3,0	3,9	4,3	8,6	17,3	28,3	14,0	31,9	34,1	22,0
Nariño	2,3	3,1	2,8	9,9	12,4	16,1	16,4	45,2	43,6	21,7
Chocó	3,1	4,7	4,5	7,6	14,7	25,6	16,3	35,9	37,2	21,5
Arauca	2,6	3,3	4,3	11,3	10,2	19,5	15,5	43,6	41,1	22,0
Casanare	2,1	3,3	3,5	12,0	5,9	20,0	5,6	56,5	51,4	18,6
Guainía	2,9	3,2	4,6	3,3	11,2	22,7	14,7	48,1	47,1	21,5
Vichada	2,6	3,9	6,1	7,1	15,5	24,6	15,1	37,7	37,5	19,7
Amazonas	2,8	3,4	5,4	5,7	11,5	23,5	15,5	43,8	42,7	23,2
Putumayo	2,1	3,0	4,4	5,8	8,9	18,3	14,4	52,6	51,1	21,5
Guaviare	2,4	3,7	7,4	5,6	6,9	17,3	14,5	55,7	52,8	19,7
Vaupés	3,4	3,6	5,8	7,6	9,0	33,6	20,9	28,9	36,0	23,0
Total	2,4	3,1	4,2	8,1	12,3	22,0	14,6	42,9	41,6	21,7
Coeficien TTF		0,85654	0,55661	0,31698	0,52902	0,69009	0,14699	-0,75846	-0,73506	-0,03323
R ²		73%	31%	10%	28%	48%	2%	58%	54%	0,11%

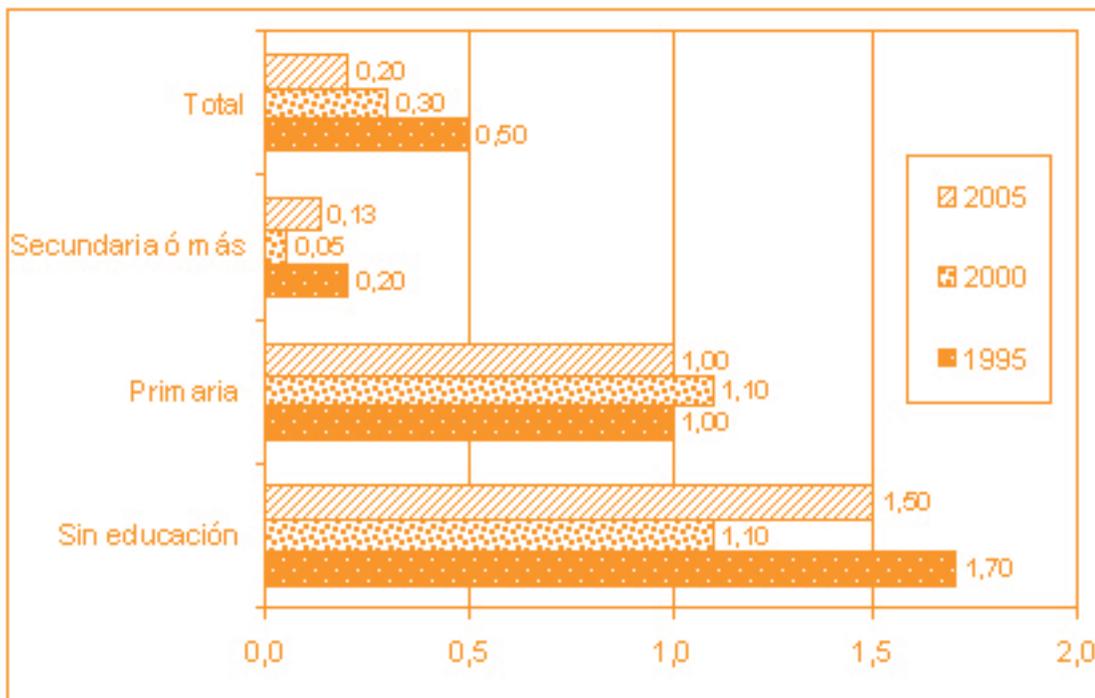
a: se asignó la mediana de la subregión ; b: se asignó el promedio de las subregiones

5.1.6. Número ideal de hijos

Uno de los indicadores que permiten orientar las políticas es el número de hijos que las mujeres consideran como número ideal. Si el número real es mayor que el ideal quiere decir que hay un exceso, que hay una fecundidad que la mujer quizás habría evitado por considerarla excesiva y es el margen de reducción para acercarse al número deseado. Si es menor la fecundidad real, se ve que las mujeres tienen dificultades para alcanzar la fecundidad deseada y que no se está cumpliendo lo recomendado en cuanto a tener los hijos que se desean tener cuando se desean.

En Colombia, según la ENDS-2005, el número ideal de hijos es de 2,2 hijos, ligeramente inferior al que realmente tienen las mujeres (2,4) (Gráfico 5.1.2). Esta diferencia no ha cambiado mucho en los últimos diez años pero sí viene en descenso; en 1995 las mujeres en promedio tenían cerca de medio hijo más de los que consideraban ideal. Como en la mayor parte de los temas analizados, aquí también se observan grandes diferencias entre los grupos poblacionales. Una mujer sin educación tiene cerca de 1,5 hijos más de lo que considera ideal mientras que en las que alcanzan algún nivel de primaria el exceso es de un hijo y en las que tienen secundaria o más, la diferencia es mínima (0,1 hijo de exceso).

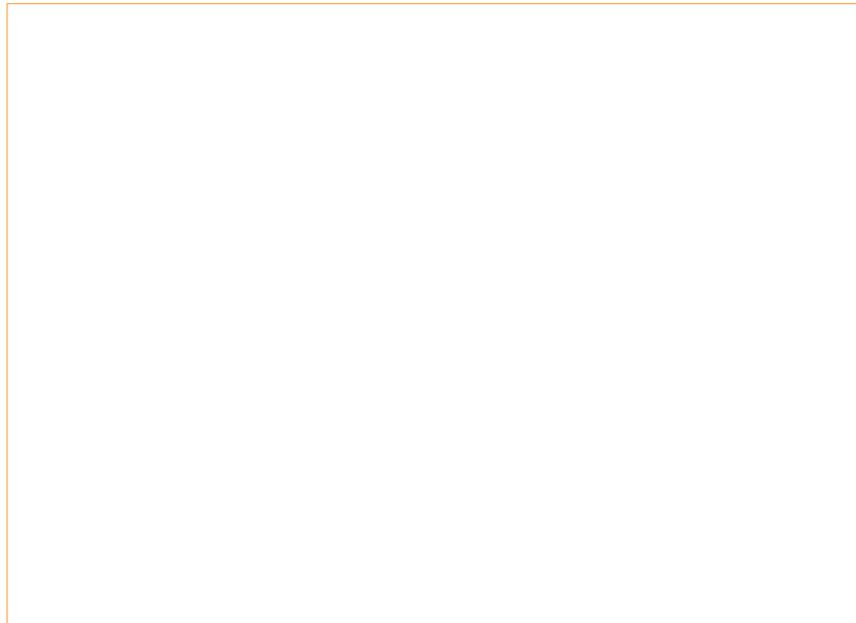
Gráfico 5.1.2 Colombia. Diferencias entre la fecundidad ideal y la fecundidad real según nivel educativo. 1995-2005



Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995, 2000 y 2005

También se pueden identificar grupos de población que tienen menos hijos de los que consideran como ideal. Las mujeres que pertenecen al mayor nivel de riqueza (quinto quintil), tienen 0,7 hijos menos de los que consideran ideal y su fecundidad real está por debajo del nivel de reemplazo (1,4 hijos por mujer) (Gráfico 5.1.3). ¿Cuáles son las condiciones que busca una mujer de este nivel para tener los hijos que desea? ¿Será un aplazamiento de la maternidad hasta el momento más propicio o hasta que el reloj biológico fuerce una decisión? ¿Tendremos en un futuro un aumento de la fecundidad producto de un aplazamiento?

Gráfico 5.1.3: Colombia. Diferencias entre la fecundidad ideal y la fecundidad real según variables seleccionadas. ENDS-2005



5.1.7. Población Desplazada

Las mujeres de 40-49 años han tenido en promedio 5.3 hijos por mujer, mientras que en la ENDS 2000 en este mismo grupo de edad es de 3.4 hijos por mujer y 4.8 para la zona rural. Esto quiere decir que aunque estas mujeres se encuentran viviendo en zona urbana se comportan como mujeres de zona rural. De las mujeres entrevistadas la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es 16 años (Profamilia, 2001).

El promedio de hijos nacidos vivos es de 2.7 y 2.5 hijos sobrevivientes. El 30% de las mujeres entre 13 y 19 años han estado alguna vez embarazadas, el 23% ya ha sido madre y el 7% está esperando su primer hijo. El 8% de las mujeres entre 15-49 años entrevistadas estaban embarazadas al momento de la encuesta (el doble de lo reportado por la ENDS 2.000), 4.7%, de estas mujeres la cuarta parte querían

embarazarse, la tercera parte les hubiera gustado esperar un poco más y 2 de cada 5 no deseaban ese embarazo (Profamilia, 2001).

El 49% de las embarazadas han recibido atención prenatal por médico, 4% por enfermera y 47% de las mujeres embarazadas desplazadas por el conflicto armado no ha asistido a control prenatal (Profamilia, 2001).

5.1.8. Análisis de las metas propuestas

Colombia 2019 plantea una reducción de la tasa total de fecundidad (TTF) en 27%, al pasar de 2.6 a 1.9 hijos por mujer entre 2004 y 2019 (Cuadro 3.4.2). Para el cumplimiento de esta meta, se proponen estrategias como favorecer los procesos de desarrollo humano que promuevan una conducta reproductiva favorable, especialmente en regiones y grupos sociales más pobres, a través de garantizar el acceso a los métodos moderno de planificación, eliminar la barrera de acceso a los mismos, el subsidio de métodos quirúrgicos de planificación tanto para hombres como para mujeres, entre otras. La tendencia decreciente en la TTF en las últimas décadas, lleva a alcanzar niveles actuales de 2.5 hijos por mujer - según datos de la Encuesta de Demografía y Salud 2005. Por lo tanto, la posibilidad de alcanzar la meta de 2.3 en el año 2010 y de 1.9 en el 2019 es factible.

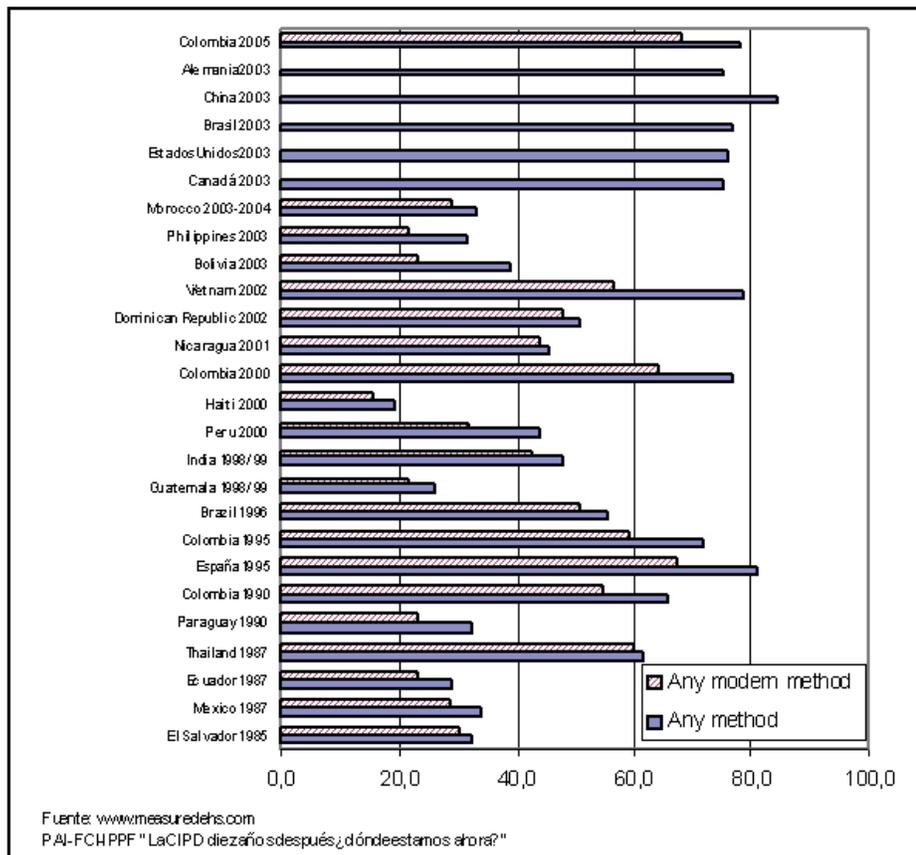
5.2. Anticoncepción

El objetivo es analizar el marco normativo, el nivel y las tendencias recientes de la anticoncepción en Colombia e identificar las inequidades entre distintos grupos de población y los factores que afectan el acceso y uso de los métodos.

5.2.1. Nivel actual de la anticoncepción en el país y sus departamentos

Ya en 1990 y 1995 Colombia tenía mayor prevalencia anticonceptiva que los países de la región cuando 66% y 72% respectivamente de la mujeres en unión usaban algún método y 55% y 59% usaban métodos modernos, para este momento en Brasil, 55% de las mujeres en unión usaban algún método y 51% usaban métodos modernos.

Gráfico 5.2.1: Tasas de prevalencia anticonceptiva en países seleccionados 1985-2005



Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

La mayoría de los países de América Latina estaban bastante por debajo de estas cifras y estas diferencias todavía se mantenían en el año 2000 cuando Colombia llegó a una tasa de prevalencia de 77 por ciento tomando en cuenta todos los métodos y de 64 en métodos modernos.

Según la ENDS-05, en Colombia, 78 de cada cien mujeres casadas o unidas años estaban usando algún método anticonceptivo y la mayoría de ellas usaban un método moderno (68%). Esta prevalencia puede considerarse alta dentro del contexto latinoamericano y al nivel de países desarrollados como Estados Unidos o Canadá (Gráfico 3.1). Sin embargo, debe resaltarse el estancamiento que se presentó entre el año 2000 y el 2005, ya que la tasa prácticamente se mantuvo constante (pasó de 77% a 78%) y se mantienen muchas diferencias al interior del país, pues mientras departamentos como Boyacá y Caldas tienen tasas de 86 y 85 por ciento

respectivamente hay otros como La Guajira, Vaupés, Magdalena o Chocó que tienen el nivel que el país tenía en 1990 (66%) (Cuadro 5.2.1).

En cuanto a los métodos más usados por las colombianas se destaca la esterilización femenina (31%), la esterilización masculina en contraposición, es de los métodos menos usados (1,8%). Después de los métodos definitivos, que en su conjunto los usan 33% de las mujeres en unión, está el DIU (11%) la píldora (10%), el conjunto de los métodos tradicionales (10%) y el condón (7%).

Los departamentos con mayor uso de esterilización, sea masculina o femenina, son Caldas —donde 40 de cada 100 mujeres usan métodos definitivos— Córdoba, Quindío, Bolívar, Nariño y Antioquia. La mayor esterilización masculina está en Caldas, Quindío, Risaralda y Antioquia con cerca de 4%.

Si se toma en cuenta el uso de la esterilización masculina, el condón masculino y el retiro, el porcentaje de métodos considerados masculinos llega solo a 15%. Según este indicador, los departamentos en los que la participación del hombre es menor, son Magdalena y Guaviare. Entre los que hay más participación de la anticoncepción masculina están Boyacá, Tolima, Risaralda y Bogotá. Esta situación deja ver el concepto malentendido de la exclusividad de la responsabilidad femenina de la planificación familiar. Este estereotipo social y cultural se evidencia desde la normatividad vigente en donde los métodos masculinos (condón y vasectomía), no se cubren a la población asegurada al Régimen Subsidiado y en el caso del Régimen Contributivo sólo se encuentra la vasectomía.

Si se reúne la anticoncepción hormonal en un solo grupo, (píldora, implantes e inyecciones), se puede observar que en promedio en el país 16% de las mujeres en unión recurren a estos métodos, siendo más frecuente en Casanare, Putumayo, Guainía, Guaviare y Caldas con porcentajes que van desde 30% hasta 25%.

El condón sigue siendo un método muy poco utilizado por la población colombiana a pesar de las campañas para incrementar el uso por su característica de doble protección, como método anticonceptivo y como método de barrera para la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Risaralda, Bogotá y Cundinamarca tienen la mayor prevalencia de uso de este método pero apenas llegan a 10% y les siguen de cerca Quindío, Arauca y Tolima. Con uso inferior a 4% están Cauca, Chocó y Magdalena. Este método de doble protección no se encuentra cubierto por la seguridad social y a pesar de que en el Plan de Atención Básica se establece su suministro a poblaciones vulnerables no aseguradas en la práctica esta medida es insuficiente. El acceso a los condones constituye un compromiso de los países comprometidos en la lucha contra el VIH/Sida (CCMM, 1998, CIPD 1994), en consecuencia el país debe estudiar los mecanismos para garantizar su suministro (precios, subsidios, entre otros) e incluirlo en los listados de medicamentos del POS (Family Care, 1995).

Cuadro 5.2.1: Colombia. Prevalencia de métodos anticonceptivos por departamento. ENDS 2005

Departamento	Cualquier método	Métodos modernos	Ester. fem.	Ester. mascu.	Píldora	DIU	Inyección	Implantes	Condón mascu.	Espuma	MELA	Métodos tradicio.	Abstinencia periódica	Retiro	Folclóricos	No usa	N° mujeres en unión
Total	782	68,2	31,2	1,8	9,7	11,2	5,8	0,3	7,1	0,5	0,6	10	3,8	5,7	0,6	21,8	20,1
La Guajira	64,1	47,8	21,9	0,1	7,6	3,4	4	0	7,7	0,4	2,7	16,3	4,5	5,5	6,3	35,9	64,9
Vaupés	65,6	56,7	30,3	0,6	3,8	12,3	2,5	0,6	5,7	0,9	0	8,9	3,1	2,1	3,7	34,4	32,3
Magdalena	65,9	58,2	34,6	0,2	11,3	2,5	4,5	0	2,3	0,7	2,3	7,6	3,1	3,2	1,3	34,1	67,4
Chocó	68,5	56,8	25	0,2	11,4	6,4	8,4	0,2	3,4	0,4	1,5	11,7	2,5	7,1	2,1	31,5	46,6
Cesar	69,1	61,9	29,7	0,2	13,2	5,4	5	0	5,7	0,3	2,3	7,3	2,2	3,9	1,1	30,9	69,7
Amazonas	69,5	54,5	20,5	1,3	7,1	2,5	15,4	0,5	6,8	0,3	0	15,1	6,6	7,6	0,9	30,5	38,6
Guaviare	69,7	66,5	25,2	0,6	9,2	9,2	16,5	0,9	4,3	0,6	0	3,2	1,3	1,6	0,3	30,3	42,0
Atlántico	69,9	56,9	32,3	0,2	7,4	5,8	5	0	5,1	0,5	0,5	13	5,6	7,2	0,2	30,1	1,057
Córdoba	70,9	62	38,2	0,4	9,8	2,9	3,9	0	4,8	0,3	1,7	8,9	3,8	3,9	1,2	29,1	74,8
Caquetá	71,2	60,3	16,4	1,4	6,7	12,5	11,1	2,4	8,5	0,8	0,5	10,9	3,7	6,6	0,5	28,8	57,0
Guainía	72,2	64,8	24,7	1,1	4,1	4,7	22,9	0,6	6	0,6	0,3	7,3	3,1	2,2	2	27,8	36,3
Sucre	73,1	64,5	35,9	0,1	8,7	7,4	4,3	0,2	6,8	0	1,1	8,6	4,1	3,9	0,6	26,9	75,1
Bolívar	74,3	66,1	37,1	0,4	12,1	3,3	6,3	0,1	4,7	0,1	1,9	8,2	3,5	3,9	0,8	25,7	68,4
San Andrés	75,1	67,2	32	0,3	10,9	5,4	11,2	0	7,4	0	0	7,9	3,2	4,3	0,4	24,9	25,4
Vichada	75,6	70,4	35,2	0	12,4	5	8,5	0,3	8,5	0,2	0,3	5,1	2	2,7	0,5	24,4	34,9
Cauca	75,7	63,2	24,4	1,2	4,5	20,6	6,8	0,2	3,4	0,2	1,9	12,6	2,1	9,1	1,4	24,3	65,7
Norte Santan.	76,3	67,1	32,2	0,1	12,3	7,7	5,4	0,3	8,5	0,2	0,6	9,2	4	5,2	0	23,7	60,6
Casanare	76,9	68,1	24,1	0,4	10,5	9,5	16,9	2,5	3,9	0,1	0,1	8,8	2,4	5,3	1,2	23,1	32,8
Meta	77,4	68,2	26,2	0,9	10,7	13,3	8,1	0,7	8	0,3	0	9,2	3,7	5,1	0,4	22,6	53,3
Tolima	77,4	63,4	27	1	10,3	8,7	6,6	0,1	9,2	0,6	0	14	4,8	8,7	0,5	22,6	63,2
Arauca	78,2	70,8	33,6	0	10,7	5,8	10	0,4	9,3	0,8	0	7,4	2,5	4,7	0,2	21,8	38,0
Valle	78,3	68,2	32,5	2,4	11,6	7,8	7,1	0,2	6,1	0,1	0,3	10,1	3,3	6,3	0,5	21,7	1,151
Antioquia	79,4	69,6	32,2	3,8	13,8	8,5	4,5	0,1	5,8	0,3	0,6	9,8	3,3	5,7	0,8	20,6	1,143
Huila	80,3	68,6	28,2	1,5	10,1	16,8	4,3	0,7	6,9	0,2	0	11,7	5,5	6,1	0,1	19,7	71,2
Santander	80,5	68,4	31,1	1,7	8,8	13,1	4,9	0,2	8,5	0	0	12,1	6,2	5,4	0,5	19,5	62,7

Cuadro 5.2.1: (continuación)

Departamento	Cualquier método	Métodos modernos	Ester. fem.	Ester. mascu.	Píldora	DIU	Inyección	Implantes	Condón mascu.	Espuma	MELA	Métodos tradicional.	Abstinencia periódica	Retro	Folclóricos	No usa	N° mujeres en unión
Putumayo	80,7	71,1	25,4	0,3	10,9	8,4	17,8	0	8	0,3	0	9,6	6,6	2,7	0,3	19,3	358
Risaralda	81,7	72,4	31,1	3,5	11,7	9,7	4,8	0,2	11,1	0	0,4	9,2	4,7	3,9	0,6	18,3	507
Nariño	81,9	72,2	36,5	0,8	6	14,7	7,3	0,5	5,4	0	1	9,8	2,3	7	0,5	18,1	693
Bogotá	82,5	74,2	27	3	5,6	21	5,1	0,8	10,1	1,5	0,1	8,3	3,4	4,9	0,1	17,5	1,184
Quindío	83	77,6	34,2	3,5	16,1	8,9	4,7	0,2	9,5	0,5	0,2	5,4	2,1	2,8	0,5	17	541
Cundinamarca	84,1	72,6	34,9	0,7	8,5	12	5,9	0,7	9,7	0,4	0	11,5	5	6,2	0,2	15,9	602
Caldas	85,4	77,2	34,8	4,5	16,1	6,8	8,6	0	6,3	0,2	0	8,1	4,2	3,9	0	14,6	500
Boyacá	86,5	71,7	33,1	1,2	4,3	19,8	5,9	0	6	0,6	0,8	14,8	3,3	11,2	0,3	13,5	542

Las diferencias que se presentan entre los departamentos constituyen objeto de análisis y focalización de las acciones con el fin de conocer las principales y particulares barreras de acceso y trabajar en su eliminación.

5.2.2. Población Desplazada

En las zonas marginales 77% mujeres de alguna vez han usado algún método anticonceptivo, 49% la píldora, 28% retiro, 24% condón y 22% inyección. De las mujeres actualmente unidas el 93% han usado alguna vez métodos anticonceptivos, 61% píldora, 31% retiro, 27% esterilización femenina, 27% condón. El uso del condón, la anticoncepción de emergencia y el retiro es más alto en las mujeres no unidas que han tenido relaciones sexuales que en las mujeres actualmente unidas. La tasa de uso actual de métodos de todas las mujeres de 15-49 años en zonas marginales es del 51%, actualmente unidas del 70% (la ENDS 2.000 para estas mismas mujeres tiene el 77%), y que han tenido relaciones sexuales del 37%. Los métodos más usados son: esterilización femenina 20.4%, la píldora 9%, DIU 7%. En el grupo de 15-19 años el 60% no usa ningún método anticonceptivo aunque el 81% ha iniciado su actividad sexual y no se protege con ningún método. El 59% de las mujeres del estudio empiezan a usar métodos cuando no tiene hijos o después del primero, proporción mucho menor que el uso nacional ENDS 2000 79%, lo cual quiere decir que no usan anticoncepción para espaciar los hijos (Profamilia, 2001)

5.2.3. Factores socioeconómicos asociados al uso de anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos depende de muchos factores como los asociados al ciclo vital de la persona (edad, formación de pareja, conformación de hogar, número de hijos, deseo de más hijos entre otros) y también a las políticas de difusión y distribución de los métodos así como la capacidad de la población para conseguirlos. Las barreras geográficas y económicas para la distribución de los métodos pueden tender a favorecer métodos como la esterilización, la cual es elegida por usuarios que encuentran en ella una solución definitiva cuando no desean tener más hijos. Estas barreras afectan seriamente el acceso a métodos como el condón, la píldora o la inyección que requieren de suministro permanente. Así mismo afectan la posibilidad de recibir orientación sobre el método que más le conviene a la persona. Por estas razones limitan el ejercicio de los derechos reproductivos y ponen a la persona en riesgo de embarazos no deseados, o que se deseaban pero más adelante y en riesgo de aborto en condiciones inseguras.

Desde la implementación de la reforma de la seguridad social se observan otras barreras de acceso que no han sido ampliamente documentadas ni investigadas, esta tienen que ver con los mecanismos administrativos para el uso de los servicios (autorizaciones, soportes, cuotas moderadoras o copagos, entre otros), operativos

(horarios, suministro fraccionado de los medicamentos, diferentes sedes para los servicios, oportunidad de atención, entre otros), y del recurso humano que presta los servicios (capacitación, actualización, prejuicios, tiempo corto para la atención, entre otros). Estas dificultades orientan las líneas de investigación futuras con el fin de mejorar los servicios de planificación familiar.

En general se recomienda que los Ministerios de Salud asuman los procesos de comunicación, información y educación de la comunidad y faciliten la distribución de una amplia gama de métodos y subsidien a las poblaciones con menos recursos. En estas condiciones no deberían presentarse diferencias sustanciales en la prevalencia de uso de los métodos.

En el párrafo anterior se vio que algunos departamentos tenían tasas similares a las que el país tenía en 1990. Así mismo se ven diferencias debidas a la educación, al número de hijos y a las condiciones de riqueza de los hogares (Cuadro 5.2.2). En características como la zona de residencia se ven pocas diferencias en el nivel promedio de uso y en varios de los métodos, por ejemplo la esterilización femenina, el DIU, la inyección y los métodos tradicionales. En cambio, hay fuertes diferencias por zona en el uso del condón, la esterilización masculina, y un poco menos la píldora. En los dos primeros casos, hay mayor prevalencia en las zonas urbanas y en la píldora hay mayor prevalencia en lo rural.

Las mujeres sin educación tienen menor uso de anticonceptivos que las mujeres con algún nivel de educación (67% en comparación con 79%). El uso de métodos que requieren suministros permanentes es sensiblemente menor en las mujeres con menor educación (píldora, DIU, inyección, implantes, condón, espumas), y también la esterilización masculina, a pesar de que es un procedimiento más sencillo que la esterilización femenina.

El método con mayor prevalencia en este grupo de población es la esterilización femenina que aporta más de la mitad de las usuarias de anticoncepción y le siguen los métodos tradicionales en su conjunto.

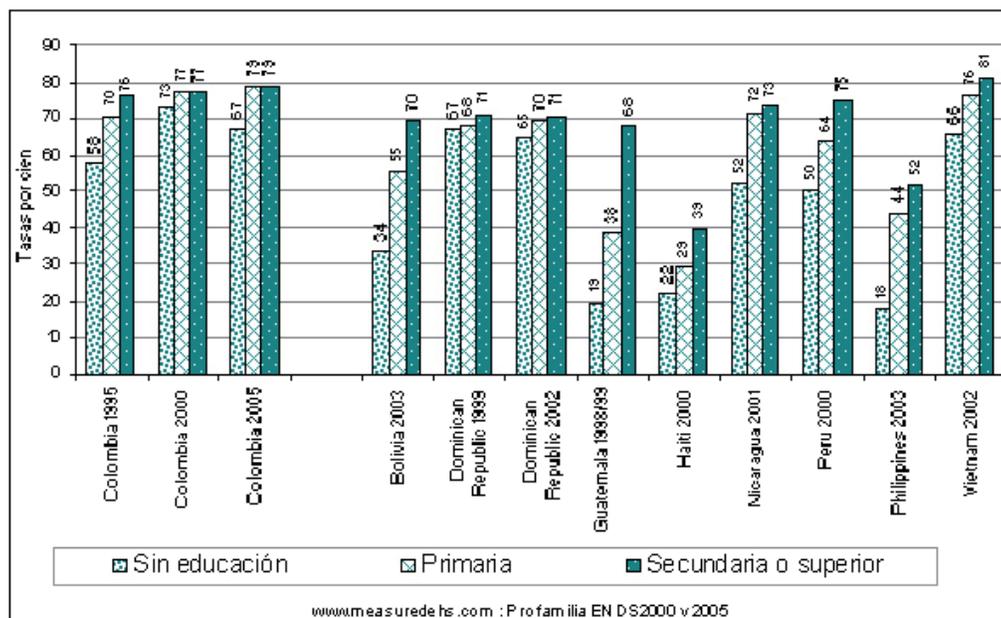
Cuadro 5.2.2 Anticoncepción en la Población Desplazada

Características	Cualquier método	Métodos modernos	Estenilización fem.	Estenilización masc.	Píldora	DJU	Inyección	Implantes	Condón masculino	Espuma	MELA	Métodos tradic.	Abstinencia periódica	Retiro	Fold.	No usa
Total	78,2	68,2	31,2	1,8	9,7	11	5,8	0,3	7,1	0,5	0,6	10	3,8	5,7	0,6	21,8
Zona																
Urbana	78,8	69,1	31,1	2,3	9	12	5,9	0,4	8	0,6	0,3	9,7	4	5,2	0,4	21,2
Rural	76,7	65,6	31,6	0,6	11,3	10	5,4	0,2	4,7	0,2	1,5	11,1	3,1	7	0,9	23,3
Educación																
Sin educación	67,1	57,4	39,3	0,3	4,9	4,4	1,8	0	3,6	0,2	2,8	9,7	2,3	4,9	2,6	32,9
Primaria	78,5	67,5	36,5	1,1	9,4	9,9	4,3	0,3	5	0,2	0,8	11	2,8	7,4	0,8	21,5
Secundaria	79,3	69,6	28,9	2,3	10,5	12	6,6	0,3	8	0,5	0,5	9,6	3,9	5,4	0,4	20,7
Superior	76,8	67,6	24,4	2,5	8,8	13	7,6	0,6	9,6	0,9	0,2	9,2	6	2,9	0,2	23,2
No hijos vivos																
0	36,5	28,7	0,9	0,8	8,2	2	7,1	0,5	7,6	1,6	0	7,8	3,6	4	0,2	63,5
01-Feb	78	66,8	19,3	1,9	12	16	7,4	0,4	8,7	0,3	0,6	11,2	4,7	6,1	0,3	22
03-Abr	88,5	80,5	53,5	2,4	7,4	7,5	3,4	0,2	5,1	0,5	0,6	8	2,6	4,8	0,6	11,5
5+	79,2	66,7	46,4	0,7	5,6	4,1	3,4	0,1	4,5	0,3	1,6	12,5	3	7,8	1,8	20,8
Índice de riqueza																
Más bajo	73	60,4	29,7	0,3	10,4	8,9	4,8	0,2	3,7	0,2	2,3	12,5	2,9	8,2	1,5	27
Bajo	77,1	66,6	31,4	0,7	11,6	10	5,9	0,3	5,7	0,4	0,5	10,5	3,5	6,4	0,6	22,9
Medio	78,6	69,3	31,7	1,3	10,1	12	6,3	0,2	7,6	0,4	0,3	9,3	3,4	5,6	0,4	21,4
Alto	80,9	71,7	30,6	2,5	8,8	13	6,5	0,3	10,1	0,2	0,1	9,2	4,3	4,7	0,3	19,1
Más alto	80,7	71,8	32,4	4,3	7,5	13	5,1	0,7	7,9	1,3	0	8,9	4,8	3,9	0,2	19,3

Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

Los diferenciales por nivel educativo se han acentuado debido a que la prevalencia de uso de métodos en las mujeres sin educación disminuyó entre el año 2000 y el 2005 como puede verse en el gráfico 3.2 que presenta los datos para el país y como referencia los de otros países que han hecho encuestas recientes. Se observa que en Bolivia, Guatemala, Haití, Perú o Filipinas hay un diferencial muy fuerte por nivel educativo, diferenciales que Colombia no ha tenido en épocas recientes. Por ejemplo, en el caso de Guatemala la mujeres con educación secundaria o superior tienen tres veces más posibilidades de usar algún método que las mujeres sin educación. La prevalencia anticonceptiva en Colombia es de las más altas y con menor diferencial, el problema como se ha dicho es el descenso observado entre las dos últimas encuestas.

Gráfico 5.2.2: Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por nivel educativo de la mujer en Colombia y países seleccionados. 2000-2005



Cuando se analiza el uso de métodos anticonceptivos por el índice de riqueza, se confirman algunos comportamientos esperados asociados con el menor acceso que tiene la población pobre. Por ejemplo, se observa que las poblaciones más pobres usan menos métodos (prevalencia de uso de 73% frente a 81% en lo más ricos), y particularmente es menor el uso de métodos modernos (60% de uso de métodos modernos en los más pobres frente a 72% en lo más ricos); en consecuencia es mayor el uso de métodos tradicionales, aunque la diferencia no es muy marcada y llama la atención que en los más ricos 9% recurra a estos métodos.

Dentro de los métodos modernos se encuentran algunos resultados que contradicen o no reflejan las condiciones de acceso. Es el caso de la esterilización femenina que tiene niveles similares en todos los quintiles con tendencia al aumento a medida que aumenta el índice de riqueza. La esterilización masculina es prácticamente nula en los quintiles más bajos. El uso de la píldora es mayor en la población más pobre, el uso del DIU es menor en el quintil más pobre pero en los otros cuatro no hay diferencia, en la inyección prácticamente no hay diferencia, en el condón hay más uso en los más ricos pero la tendencia no es clara y en general las tasas son muy bajas comparadas con la necesidad de proteger a la población contra las ITS y el VIH/SIDA.

Habría que explorar otros factores como los culturales que explican este comportamiento del uso de los métodos pues no solamente se encuentran las barreras geográficas. También podrían interpretarse ciertos datos como de equidad, por ejemplo la prevalencia de esterilización femenina, e incluso el DIU.

5.2.4. Tasas de discontinuación y falla de métodos

Según la ENDS 2005, el 42 por ciento de los segmentos de uso terminaron durante el primer año y la razón más importante (18%), fue el cambio por otro método de planificación familiar. El 7% de los segmentos terminaron por falla del método.

La tasa de discontinuación de la píldora dentro del primer año de uso sigue siendo alta: 47% de los segmentos de uso de este método son discontinuados antes del primer año de uso, la razón primordial es el cambio de método en 17%. La tasa de discontinuación del DIU es la más baja (sin tener en cuenta la esterilización tanto femenina como masculina): aún así, el 17% de los segmentos de uso de este método fueron discontinuados en el primer año y solamente el 3% fueron por falla del método (Profamilia, 2005).

Cinco razones suman más del 70% de la discontinuación de métodos. En orden de importancia son: quedó embarazada mientras lo usaba o fallo del método (17%), efectos secundarios (16%), quería un método más efectivo (16%), quería quedar embarazada (13 %), y sexo poco frecuente o marido ausente (10 %) (Profamilia, 2005).

En el caso de la píldora, las principales razones de terminación fueron: efectos secundarios (25%) y quedó embarazada mientras la usaba (14%). Los efectos secundarios y las razones de salud contribuyen con más de la mitad de las terminaciones del uso del DIU (33% y 20% respectivamente). Los efectos secundarios también son la principal razón de abandono para las usuarias de inyección (32%) y los implantes (26%) (Profamilia, 2005).

Los porcentajes más altos de embarazo mientras se usaba el método (fallo) fueron para el ritmo (36%) y para el retiro (34%). Comparativamente el porcentaje de falla de métodos de planificación familiar ha disminuido algunos puntos porcentuales en la última década, para 1995 el 9% presentaron falla del método, en 2000 era de 8.9% y para 2005 es de 7.2%. Sin embargo este porcentaje debe tender a disminuirse enfatizando en consejería de calidad y seguimiento adecuado de los métodos en los servicios de salud.

5.2.5. Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar

La demanda total de planificación familiar incluye tres componentes (Profamilia, 2005):

- Las mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar.
- Las mujeres que actualmente están usando métodos anticonceptivos (necesidad satisfecha).
- Las mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método).

Un indicador general del éxito alcanzado por los programas de planificación familiar se obtiene calculando el porcentaje de demanda satisfecha con respecto a la demanda total. La demanda satisfecha es la suma de la necesidad satisfecha (uso de métodos) y la falla de métodos. La necesidad insatisfecha de planificación familiar se calcula con dos categorías de mujeres que tienen necesidad insatisfecha para limitar los nacimientos o para espaciarlos (Profamilia, 2005). Estas dos categorías incluyen:

Necesidad insatisfecha para limitar:

- Son las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado.
- Son las mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que no desean más hijos.

Necesidad insatisfecha para espaciar:

- Son las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo sí fue deseado, pero más tarde.
- Son las mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que sí desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

Según las ENDS la necesidad insatisfecha ha disminuido en el país. Para 1995 la necesidad insatisfecha es de 7.7%, en 2000 era de 6.2%, y para 2005 de 5.8%. Sin embargo este descenso bajo las condiciones de aseguramiento del país, con reglamentación específica en el tema y en un área priorizada por la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva no es el esperado y puede evidenciar la necesidad de reforzar el desarrollo e implementación de estos servicios así como garantizar

el suministro de los métodos de planificación familiar a la población asegurada y especialmente a la población vulnerable (adolescentes, desplazados y pobres sin subsidio).

Es llamativo el estancamiento de la necesidad insatisfecha que se observa en los años 2000 y 2005 en la zona rural (8.2%), lo cual no concuerda con la ampliación de la cobertura de la población rural que ha realizado el Régimen Subsidiado desde 1994. De igual manera, se observa que en el grupo de 15-19 años las cifras doblan el promedio nacional y no presentan modificación en los últimos diez años. Si se analiza por cohortes se observa un descenso importante en la necesidad insatisfecha de planificación familiar lo cual evidencia la necesidad de implementar estrategias que impacten los grupos que inician su vida sexual activa. La región Atlántica presenta las cifras más altas de necesidad insatisfecha en los últimos diez años. Las demás regiones presentan descensos con mayor intensidad en la región Pacífica. En el nivel educativo sin educación y primaria se evidencia descenso en la necesidad insatisfecha.

En 2005 en la composición de la demanda insatisfecha una tercera parte proviene del grupo de mujeres ni embarazadas ni amenorréicas que no desean tener más hijos. Otra tercera parte son mujeres embarazadas o amenorréicas cuyo embarazo no fue ni planeado ni deseado. La demanda insatisfecha de planificación familiar en mujeres casadas o unidas llega al 6%, la misma cifra encontrada en el año 2000, lo que demuestra que no se ha logrado un aumento en esta población.

La demanda insatisfecha es mayor en el grupo de 15 a 19 años de edad, donde llega al 16% situación que corrobora la necesidad de desarrollar servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Esta situación disminuye con la edad y en el grupo de 45 a 49 años es de solo el 3%. Esta necesidad insatisfecha es mayor en el área rural con el 8% frente a 5% del área urbana, esta circunstancia confirma las barreras de acceso geográfico que aún se dan en el país a pesar de los logros que se han conseguido con el Régimen Subsidiado. En cuanto a la necesidad insatisfecha por regiones, la Región Atlántica es la que presenta mayor demanda con el 9.6% y en las zonas urbanas de Orinoquía y Amazonía con 6.6%. La demanda insatisfecha de las mujeres que no tienen ninguna educación llega al 12% así como en las mujeres con el índice de riqueza más bajo en donde la necesidad insatisfecha es de 11% (Profamilia, 2005).

Cuadro 5.2.3. Colombia. Comparativo necesidad insatisfecha 1995-2000-2005

Característica	ENDS 1995			ENDS 2000			ENDS 2005		
	Necesidad insatisfecha de PF			Necesidad insatisfecha de PF			Necesidad insatisfecha de PF		
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total
Edad									
15-19	13,2	3,0	16,2	15,0	2,5	17,5	12,6	3,7	16,2
20-24	9,6	5,3	14,9	7,3	2,5	9,8	7,5	3,0	10,5
25-29	3,5	4,8	8,3	3,1	3,7	6,8	3,0	3,4	6,4
30-34	1,7	4,5	6,2	1,4	3,4	4,8	1,2	3,6	4,8
35-39	0,3	3,4	3,7	0,2	4,2	4,4	0,7	2,7	3,4
40-44	0,0	5,8	5,8	0,0	3,8	3,8	0,2	3,8	3,9
45-49	0,0	4,2	4,2	0,0	3,7	3,7	0,1	2,8	2,9
Zona									
Urbana	3,1	3,5	6,6	2,5	2,9	5,4	2,2	2,7	4,9
Rural	3,4	7,1	10,5	3,1	5,1	8,2	3,4	4,8	8,2
Región									
Atlántica	5,1	6,1	11,2	4,2	4,8	9,0	4,4	5,2	9,6
Oriental	2,5	3,0	5,5	1,4	2,3	3,7	2,0	2,4	4,4
Bogotá	3,3	2,5	5,8	1,8	2,7	4,5	1,7	1,9	3,6
Central	1,8	5,1	6,9	2,3	3,2	5,5	1,9	3,0	4,9
Pacífica	2,8	5,2	8,0	3,3	4,4	7,7	2,2	3,4	5,6
Orinoquia y Amazonía	ND	ND	0,0	ND	ND		2,9	3,7	6,6
Educación									
Sin educación	2,1	11,0	13,1	3,2	7,0	10,2	2,5	9,7	12,2
Primaria	2,8	6,4	9,2	2,2	4,8	7,0	2,1	4,3	6,4
Secundaria	3,9	2,5	6,4	3,1	2,3	5,4	2,9	2,5	5,5
Superior	1,9	1,8	3,7	2,3	2,3	4,6	2,0	1,7	3,7
Índice de riqueza									
Más bajo	ND	ND	ND	ND	ND	ND	4,3	6,4	10,6
Bajo	ND	ND	ND	ND	ND	ND	3,3	3,6	7,0
Medio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2,5	3,0	5,5
Alto	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1,8	2,1	3,9
Más alto	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,8	1,4	2,2
Total	3,2	4,6	7,8	2,7	3,5	6,2	2,5	3,3	5,8

Los departamentos con mayor porcentaje de necesidad insatisfecha son Vaupés 16%, La Guajira y Chocó con 13%, Magdalena, Córdoba y Amazonas con el 12% Caquetá y Cesar con el 11%. La demanda total de planificación familiar en Colombia entre mujeres casadas o unidas, definida como la necesidad insatisfecha más la necesidad satisfecha o uso de métodos, que para este estudio llegó al 78%, como ya se mencionó, es de 86%, que se descompone en 21 para espaciar y 65 para limitar los nacimientos. El 93% de esta demanda total está satisfecha, cifra igual a la encontrada en la encuesta anterior. Se observan marcadas diferencias entre los departamentos, desde un 16% en Vaupés hasta 1.8% en Risaralda (Profamilia, 2005).

Las correlaciones entre los niveles de necesidad insatisfecha de los departamentos y de la duración mediana del intervalo intergenésico indican que evidentemente a mayor necesidad insatisfecha menor intervalo intergenésico, esto sucede tanto cuando la necesidad es para espaciar como para limitar los embarazos. También muestra una asociación lógica con el nivel de fecundidad puesto que a mayor necesidad insatisfecha mayor fecundidad.

Cuadro 5.2.4: Colombia. Necesidad Insatisfecha de planificación familiar por departamento. ENDS 2005

ENDS 2005 Característica	Necesidad Insatisfecha		
	Para espaciar	Para limitar	Total
Vaupés	7.7	8.3	16.0
La Guajira	5.8	7.1	12.8
Choco	4.7	7.9	12.6
Magdalena	5.6	6.6	12.1
Cordoba	5.0	6.7	11.7
Amazonas	4.4	7.2	11.7
Cesar	5.5	5.5	11.0
Caquetá	5.5	5.2	10.7
Sucre	4.9	4.2	9.1
Guainía	2.9	5.4	8.3
Atlántica	3.5	4.7	8.2
Vichada	4.1	3.9	8.0
Guavire	3.4	4.5	7.9
Cauca	2.2	5.6	7.8
Tolima	3.3	4.2	7.5
Casanare	3.0	4.5	7.5
Meta	2.7	4.8	7.4
Bolívar	3.3	3.9	7.1
Norte de Santander	2.9	3.9	6.8
Arauca	3.1	3.3	6.4
San Andrés	3.3	2.5	5.8
Huila	2.5	2.7	5.2
Antioquia	1.7	3.1	4.8
Valle	2.4	2.3	4.7
Nariño	1.1	3.4	4.6
Quindío	1.1	2.9	4.0
Santander	2.0	1.7	3.6
Bogotá	1.7	1.9	3.6
Boyacá	1.8	1.6	3.4
Putumayo	1.4	1.9	3.4
Cundinamarca	1.5	1.8	3.2
Caldas	0.5	2.0	2.5
Risaralda	0.6	1.2	1.8
Total	2.5	3.3	5.8

Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

Cuadro 5.2.5: Colombia. Correlación de los departamentos entre necesidad insatisfecha e intervalo intergenésico y tasa total de fecundidad 2005

	Correlaciones entre intervalo intergenésico y necesidad insatisfecha			Correlaciones entre tasa total de fecundidad y necesidad insatisfecha		
	Necesidad insatisfecha de PF			Necesidad insatisfecha de PF		
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total
r	-0,5754	-0,5716	-0,5958	0,7778	0,7251	0,7800
R ²	33,1%	32,7%	35,5%	60,5%	52,6%	60,8%

Fuente: Cálculos con base en PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

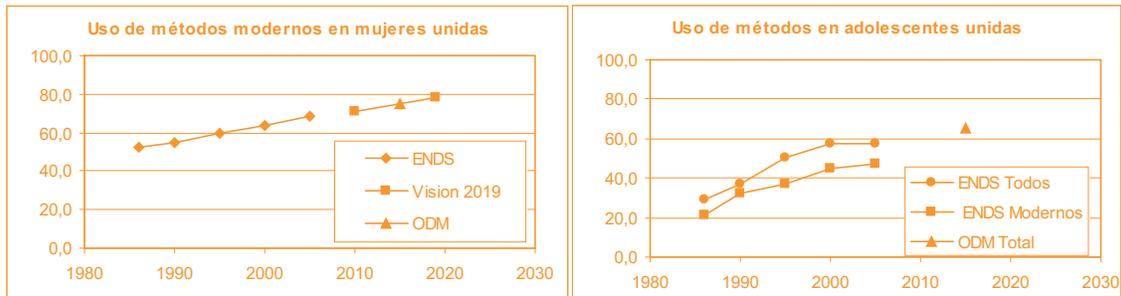
5.2.6. Análisis de las metas propuestas

Colombia 2019 propone aumentar la prevalencia de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa hasta alcanzar 78% en el 2019. La evidencia indica que el uso de métodos modernos entre las mujeres sexualmente activas ha venido aumentando. La proporción de mujeres sexualmente activas (unidas o no) que actualmente usan métodos modernos pasa de 64% a 68% entre 2000 y 2005.

En el documento Conpes 91 relativo a “Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015” se propone incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción al 75% para la población sexualmente activa, partiendo de 59% como línea de base en 1995. Así mismo, aumentar al 65% la prevalencia de uso anticonceptivo en población de 15-19 años (Línea de base 38.3% 1995). Por otra parte, detener el aumento del porcentaje de adolescentes madres y mantenerlo por debajo del 15% (Línea de base 12.8% 1990).

En el gráfico 5.2.3 se presentan los niveles y tendencias observados hasta el 2005 y los niveles propuestos para el 2015 y 2019. En cuanto al uso de métodos modernos, lograr la meta de 78% en el 2019 es factible de mantenerse el ritmo de aumento que trae la prevalencia de uso en las últimas décadas, pero se requiere disminuir las barreras de acceso a estos métodos (principalmente preservativo, píldora, DIU, inyecciones e implantes) facilitándolos a menor costo mediante el POS.

Gráfico 5.2.3: Tendencia de uso de métodos modernos en mujeres unidas y metas propuestas



Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995, 2000 y 2005

En lo relativo al uso en mujeres adolescentes unidas, la meta parece difícil de alcanzar, sobre todo si se mantiene el estancamiento observado entre 2000 y 2005.

5.3. Fecundidad de Adolescentes

5.3.1. Tendencias y niveles

Aunque entre los años setenta y mediados de los ochenta, se observa un descenso en la fecundidad adolescente en el país, esta tendencia se revierte a partir de los noventa. En 1969, la tasa de fecundidad adolescente se ubicaba en niveles cercanos a los 99 nacidos vivos por cada mil mujeres entre 15-19 años de edad, para 1990 esta tasa había descendido a 70 por mil, pero entre 1990 y el 2005 este indicador aumenta nuevamente hasta alcanzar niveles cercanos a los observados a finales de los años 70: 90 por mil (Cuadro 5.3.1). El aumento en la tasa de fecundidad adolescente frente al descenso en la fecundidad total hace que la primera contribuya cada vez más a la segunda, y ha llevado a afirmar que la maternidad a edades más tempranas está contribuyendo de manera significativa en el crecimiento de la población (Rodríguez, 1996). Así, mientras hace treinta años la tasa de fecundidad adolescente aportaba el 7% de la fecundidad total, en 1990 aporta el 12% y en el 2005 contribuye con un 19% (Cuadro 5.3.1).

Cuadro 5.3.1: Tendencia en la Fecundidad Total y Adolescente según zona. Colombia 1969-2000

Año	Local			Zona Urbana			Zona Rural			Rural/ Urba
	Fecu. Total FT	TEF* Adol.	%TEF en FT	Fecu. Total	TEF* Adol.	%TEF en FT	Fecun. Total FT	TEF* Total FT	% TEF Adol.	
1969	6.7	99	7.4	5.2	86	8.3	9.2	127	6.9	1.28
1976	4.4	81	9.2	3.5	55	7.9	6.3	144	11.4	1.78
1986	3.3	78	11.8	2.8	64	11.4	4.9	117	11.9	1.50
1990	2.9	70	12.1	2.5	62	12.4	3.8	93	12.2	1.33
1995	3.0	89	14.8	2.5	74	14.8	4.3	137	15.9	1.54
2000	2.6	85	16.3	2.3	71	15.4	3.8	134	17.6	1.58
2005	2.4	90	18.8	2.1	79	18.8	3.4	128	18.8	1.42

* Por mil
Fuente: Profamilia DHS-90, DHS-95, DHS-00, DHS-05. CCR P: WFS-76, ENF-69

Al igual que la tasa de fecundidad adolescente, la proporción de adolescentes madres o embarazadas se ha incrementado significativamente: de 12.8% en 1990, a 20.5% en el 2005 (Cuadro 5.3.2). Es decir, este indicador de fecundidad adolescente aumentó en un 60% durante los últimos 15 años. Las cifras son aún mayores si consideramos las adolescentes que alguna vez han estado embarazadas, es decir si incluimos aquellas que han tenido alguna pérdida – ya sea nacido muerto o aborto espontáneo o inducido. En este caso, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas aumenta de 13% en 1990 a 22% en el 2005, es decir un aumento cercano al 70% en 15 años (Cuadro 5.3.3).

Con el fin de confirmar que el aumento en la fecundidad adolescente es real, y no es consecuencia de efectos de la estructura de edades, el Cuadro 5.3.2 y la Gráfica 5.3.1 (a y b), muestran la proporción de adolescentes madres o embarazadas y la proporción de alguna vez embarazadas por edades simples en 1990 y 2005. Claramente, estos indicadores aumentan consistentemente en todos los grupos de edad, no dejando duda de un aumento efectivo en la fecundidad adolescente. La situación en el 2005 implica que una de cada 4,5 adolescentes de 15-19 años ha estado alguna vez embarazada y una de cada 4 ya ha sido madre o está embarazada.

Cuadro 5.3.2: Inequidades en Fecundidad Adolescente
Colombia 1995-2000 (%)

Edad	Total				Zona Urbana				Zona Rural			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
13				0.5				0.3				0.8
14				1.7				1.8				1.2
15	3.1	4.9	3.2	6.5	2.0	3.8	2.3	4.1	6.5	7.5	5.5	12.2
16	8.1	9.4	11.0	11.0	6.7	6.0	11.9	10.4	12.6	18.9	8.7	12.9
17	12.1	14.0	20.3	19.0	10.9	11.5	15.7	15.4	15.8	23.1	34.5	30.6
18	18.4	25.6	26.7	29.6	19.3	23.2	23.0	27.4	14.6	33.5	42.2	37.4
19	25.1	38.6	32.9	39.1	22.1	32.5	28.9	35.9	33.8	56.7	47.9	50.6
Total	12.8	17.4	19.1	20.5	11.8	14.6	16.9	18.5	16.2	25.5	26.2	26.9

* El total hace referencia al grupo 15-19 años

Fuente: Cálculos propios con base en DHS-90, DHS-95, DHS-00, DHS-05.

El aumento en la proporción de adolescentes madres o embarazada por edad es mucho mayor al aumento observado en la proporción de adolescentes alguna vez embarazada (Gráfico 5.3.1c). Este comportamiento diferencial podría tener una de dos explicaciones: una menor incidencia de las pérdidas (mortinato o aborto), en el 2005 que en 1990, especialmente a partir de los 17 años de edad, y/o una menor declaración de las pérdidas (abortos), en el 2005 que en 1990. La primera explicación podría ayudar a entender el aumento importante de la proporción de madres adolescentes durante el periodo en el sentido que menores pérdidas generan mayores nacimientos. Sin embargo, la información disponible no permite dilucidar el problema.

Cuadro 5.3.3: Proporción de adolescentes alguna vez embarazadas*. Colombia 1990-2005 (%)

Edad	Total					Zona Urbana					Zona Rural				
	1990	1995	2000	2005**	2005**	1990	1995	2005**	2005**	2005**	1990	1995	2000	2005**	2005**
13				0.6						0.4					1.0
14				2.0						2.2					1.5
15	5.2	6.5	3.4	7.1		3.5	5.5	5.2		4.8	8.3	2.6			12.8
16	10.1	10.5	11.0	11.9		12.7	8.2	7.5		11.1	15.7	12.6			14.4
17	16.9	16.2	21.1	20.3		16.2	16.7	26.7		16.7	18.5	18.6			31.7
18	27.6	28.7	31.9	31.3		33.3	31.9	29.9		29.3	23.0	32.8			38.2
19	36.1	37.6	32.7	42.4		34.2	37.6	30.8		39.3	37.6	33.5			53.4
Total	13.0	18.2	20.1	22.0		12.0	15.2	18.1		20.1	26.1	26.5			28.1

* El total hace referencia al grupo 15-19 años

Fuente: Cálculos propios con base en DHS-90, DHS-95, DHS-00, DHS-05.

Las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera del matrimonio. Por lo tanto, la edad a la cual las jóvenes inician la maternidad es tan importante como la proporción de ellas que son madres. El cuadro 5.3.4 muestra que las adolescentes cada vez inician su maternidad a edades cada vez más tempranas. La proporción de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes de los 15 años aumenta de 1.3% en 1995 a 1.7% en el 2005. En el 2005, se observan cifras pequeñas pero importantes de adolescentes de 13 y 14 años que ya han empezado su periodo reproductivo: 2% de las adolescentes de 14 años han estado alguna vez embarazadas.

Cuadro 5.3.4: Proporción de adolescentes con hijos antes de los 15 años por zona. 1995-2005

Año	Total			Zona Urbana			Zona Rural		
	Sin Hijo	Con Hijo	Hijos <15 Años	Sin Hijos	Con Hijos	Hijos <15 Años	Sin Hijos	Con Hijos	Hijos <15 Años
1995	86.5	13.5	1.3	88.5	11.5	1.0	80.7	19.3	2.1
2000	84.9	15.1	1.2	86.7	13.3	1.1	79.2	20.8	1.5
2005	83.8	16.2	1.7	85.5	14.5	1.4	78.4	21.6	1.7

Fuente: DHS-95, DHS-2000 y DHS-2005

5.3.2. Inequidades

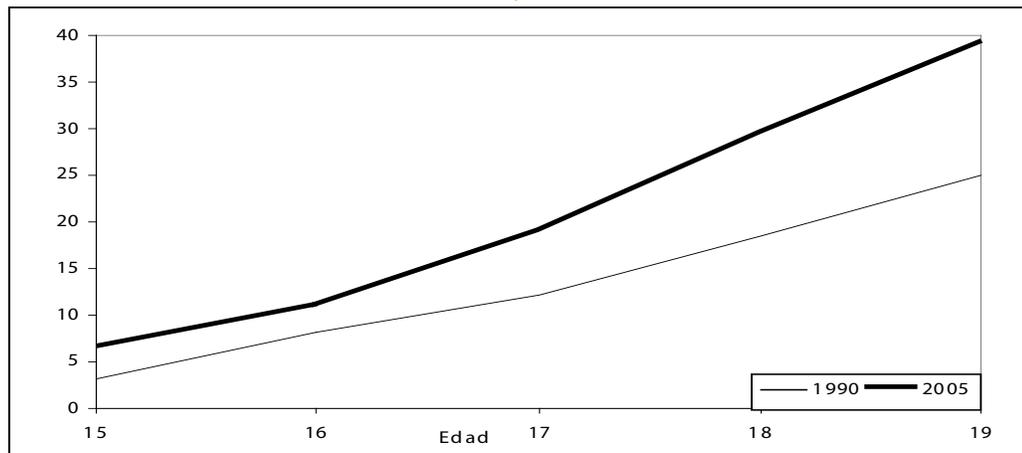
5.3.2.1 Inequidades Geográficas

La tendencia creciente de la fecundidad adolescente observada desde 1990 es común a las zonas urbanas y rurales. El diferencial rural/urbano indica que en promedio la fecundidad rural es 50% mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Sin embargo, la tendencia sugiere una disminución en el diferencial entre 2000 y 2005 (Cuadro 5.3.1). Este diferencial favorable a las zonas urbanas generalmente se ha asociado a que las jóvenes urbanas tienen un mayor acceso al sistema educativo, a oportunidades de empleo y pueden acceder más fácilmente a la información y a los métodos de planificación familiar.

Al igual que por zona de residencia, la fecundidad adolescente no es homogénea por región. Las regiones costeras, con excepción de sus capitales, tienden a tener, en el 2005, una mayor proporción de adolescentes madres o embarazadas, mientras que las regiones del altiplano son las de menor fecundidad adolescente (Cuadro 5.3.5). Los diferenciales regionales son aún mayores cuando se considera el nivel departamental (Gráfico 5.3.2).

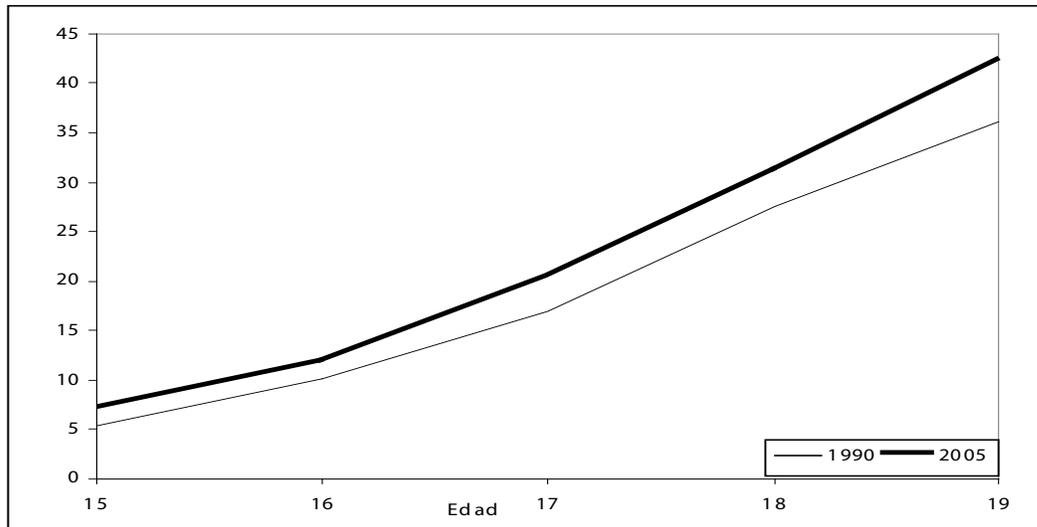
Los departamentos de los antiguos territorios nacionales son los de mayor proporción de adolescentes madres o embarazadas (32% en Caquetá), mientras departamentos localizados en la zona andina son los de menor fecundidad (13% en Nariño). Vale la pena mencionar el caso de Bogotá, en donde se observa, en el 2005, una fecundidad adolescente alta para su nivel de desarrollo, encontrándose por encima del promedio nacional, con niveles similares a Casanare, Amazonas y Chocó. Esta condición desfavorable para Bogotá es consecuencia de una tendencia creciente en su fecundidad adolescente en los últimos 5 años, al igual que se observa en otras ciudades principales, como es el caso de Medellín (Cuadro 5.3.5). El aumento reciente en la fecundidad adolescente en Bogotá y Medellín podría estar relacionado, entre otros, con problemas asociados a la recepción de población desplazada.

Gráfico 5.3.1a: Proporción de Adolescentes madres o embarazadas por edades simples. 1990 y 2005



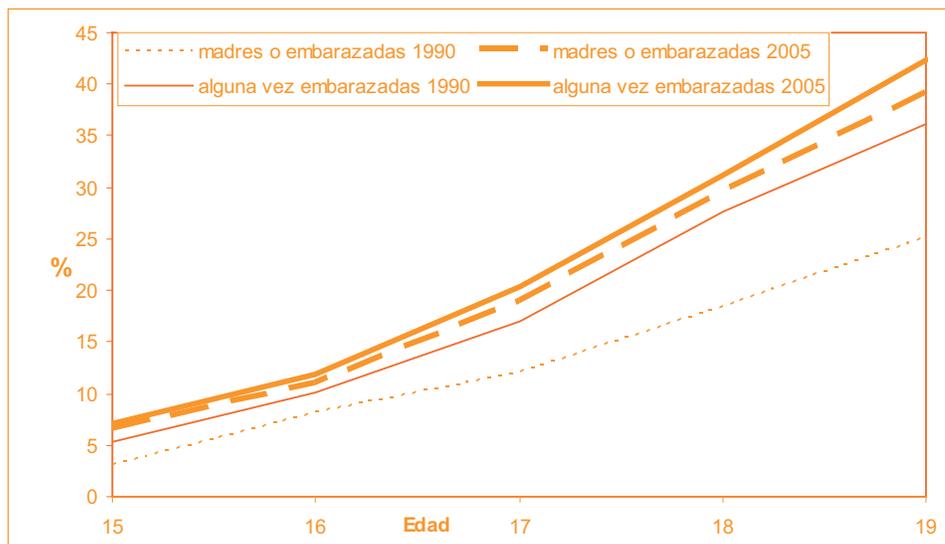
Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990 a 2005

Grafico 5.3.1b: Proporción de Adolescentes alguna vez embarazadas por edades simples. 1990 y 2005



Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990 a 2005

Grafico 5.3.1c: Proporción de Adolescentes alguna vez embarazadas y madres por edades simples. 1990 y 2005



Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990 a 2005

5.3.2.2. Inequidades socioeconómicas en Fecundidad Adolescente

Varios estudios muestran que la maternidad a edades tempranas no es homogénea por grupos socioeconómicos, sino que es más alta entre los grupos pobres (Guzmán, 2000; Ordóñez y Murad, 2000). Ya sea que se utilice como variable de estratificación socioeconómica el nivel educativo o un índice de riqueza del hogar, se puede afirmar que existe una relación negativa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico, en donde las adolescentes de los quintiles más bajos tienen mayor probabilidad de ser madres que las de los estratos más altos (Cuadros 5.3.6 y 5.3.7). En el 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas entre aquellas sin educación es casi 6 veces mayor a la proporción observada entre las adolescentes con algún año de educación superior (Gráfico 5.3.3). La proporción de adolescentes madres o embarazadas aumenta entre 2000 y 2005 en todos los grupos de educación. Sin embargo, los diferenciales han disminuido entre 2000 y 2005, ya que el aumento fue mayor en los grupos de mayor nivel educativo. En el 2000 la relación entre las más educadas y las menos educadas era cercana a 15 (Cuadro 5.3.6).

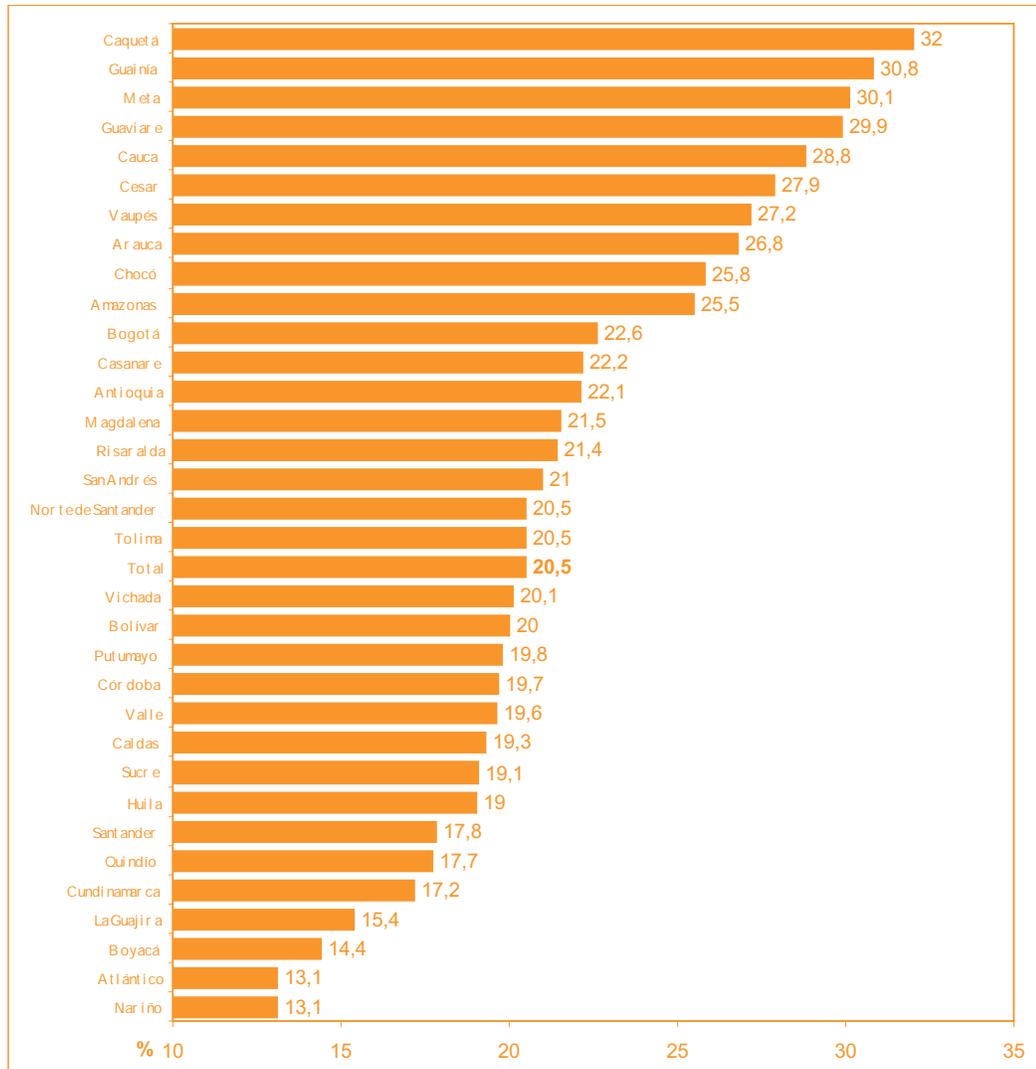
Los diferenciales socioeconómicos son igualmente marcados cuando se considera el índice de riqueza. Existe una relación negativa marcada entre fecundidad adolescente y nivel de riqueza. Así, en el 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas es casi 3 veces mayor entre las adolescentes del quintil más bajo que entre aquellas del quintil más alto (Cuadro 5.3.7, Gráfico 5.3.4). La tendencia creciente de la fecundidad adolescente es común a todos los niveles socioeconómicos. Sin embargo, al igual que en educación, los diferenciales han disminuido en los últimos: en el 2000, la proporción de adolescentes madres entre las más pobres es 15 veces mayor que entre las más ricas.

Cuadro 5.3.5: Porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por subregión. 1995-2000-2005* (%)

Subregión	1995	2000	2005	2005/2000
Bolívar/Sucre/Córdoba	23.4	20.7	37.8	1.8
Orinoquía y Amazonía			23.7	
Litoral Pacífico	30.9	37.2	23.5	0.6
Antioquia	19.1	29.0	22.9	0.8
Guajira/Cesar/Magdalena	22.8	19.8	22.7	1.1
Bogotá	18.0	16.7	22.6	1.4
Tolima/Huila/Caquetá	16.1	23.2	21.9	0.9
Medellín A.M.	13.9	14.3	21.2	1.5
Valle	19.0	24.0	21.1	0.9
Total	17.4	19.1	20.5	1.1
Cali A.M.	11.2	21.2	20.2	1.0
Antiguo Caldas	14.7	14.6	19.8	1.4
Santander/Norte de Santander	15.6	15.1	19.0	1.3
Boyacá/Cundinamarca/Meta	19.4	19.8	18.8	0.9
Cauca/Nariño	19.4	18.8	18.1	1.0
Barranquilla A.M.			12.4	
Atlántico/Cartagena	10.8	17.2		
*Organizados de mayor a menor según los resultados del 2005. Fuente: DHS-95, DHS-00, DHS-2005				

Si consideramos el indicador de adolescentes alguna vez embarazadas (incluidas pérdidas, (Gráfico 5.3.4 b), la relación negativa con el nivel socioeconómico se mantiene. Sin embargo, la evidencia sugiere que no se ha dado una tendencia uniforme entre estratos socioeconómicos. De una parte, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas ha aumentado entre las adolescentes de los estratos altos, mientras que ha disminuido entre las adolescentes de los estratos bajos. Así, en 1995 la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas entre las más pobres era 6 veces la proporción observada entre las más ricas. En el 2005, la relación disminuye a 3.

Grafico 5.3.2: Proporción de adolescentes madres o embarazadas por departamento. 2005



Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

5.3.3. Determinantes próximos

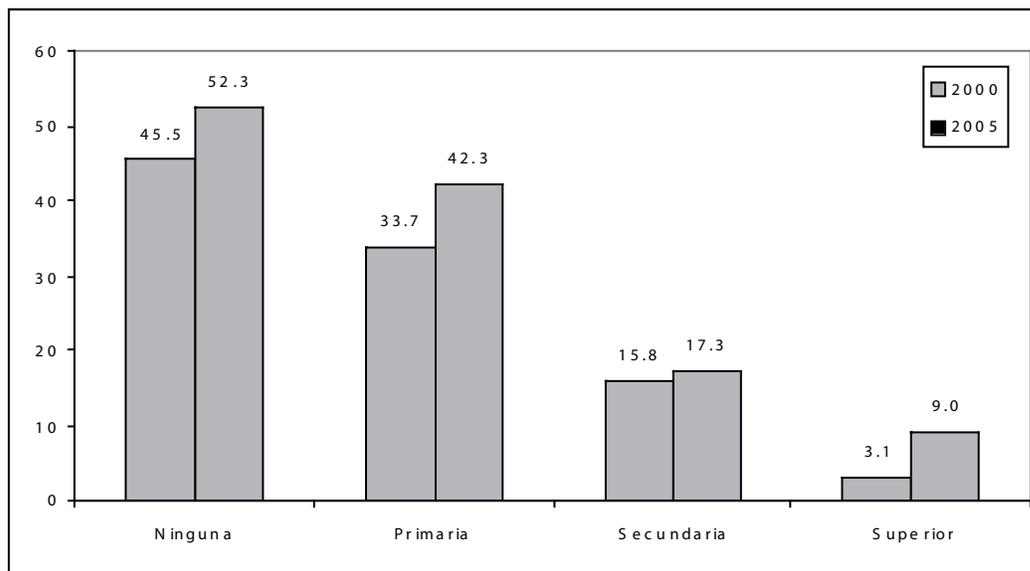
Entre los determinantes próximos se consideran el inicio de la actividad sexual, la unión, y el uso de los métodos de planificación familiar. Aunque el aborto inducido puede ser un determinante próximo importante entre las adolescentes, la falta de información actualizada y confiable no permite incluirlo en el análisis.

Cuadro 5.3.6: Proporción de adolescentes madres o embarazadas por nivel educativo. 1995-2000-2005* (%)

Nivel Educativo	1995	2000	2005	2005/2000
Ninguna		45.5	52.3	1.1
Primaria	29.9*	33.7	42.3	1.3
Secundaria	12.4	15.8	17.3	1.1
Superior	6.5	3.1	9.0	2.9
Total	17.4	19.1	20.5	1.1
Ninguna/Superior		14.7	5.8	

Fuente: DHS-95, DHS-00, DHS-2005
*Este dato corresponde a primaria y a ningún nivel educativo

Gráfico 5.3.3: Proporción de adolescentes madres o embarazadas por nivel educativo. 2000-2005 (%)



Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

5.3.3.1 Inicio de las relaciones sexuales

El período de exposición al riesgo de embarazo comienza en el momento en el que la mujer inicia relaciones sexuales (dentro o fuera de una unión estable). Los datos disponibles determinan que en Colombia, la edad a la cual las jóvenes inician sus relaciones sexuales ha venido disminuyendo y la proporción que ha tenido actividad sexual a cada edad ha venido aumentando (Flórez y Núñez, 2002; Ordóñez, 2002; Flórez, 2003). La proporción de adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales en el país es cada vez mayor: en 1995 era el 30% y en el 2005 es cerca del 44% (Cuadro 5.3.8). Este aumento en el inicio de las relaciones sexuales se da en todas las edades (Cuadro 5.3.9). No solo la intensidad es mayor sino la edad a la cual las adolescentes inician actividad sexual es cada vez menor, llevando a un rejuvenecimiento del patrón de inicio. En 1995, 7.6% de las adolescentes había iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años; en el 2005, tal proporción llega casi al 14% (Cuadro 5.3.10, Gráfico 5.3.5).

Cuadro 5.3.7: Indicadores de fecundidad adolescente por quintil de riqueza.
1995-2000-2005

Quintil	% Madre o embarazada			%Alguna vez embarazada			% Madre antes de los 15		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
1	25.3	26.8	31.5	36.2	40.0	32.4	2.9	2.1	3.7
2	16.3	20.3	25.6	28.3	32.2	27.5	1.4	2.5	2.1
3	15.7	16.6	22.1	21.9	24.6	23.7	1.4	0.6	1.9
4	10.7	7.4	14.4	15.0	12.9	16.4	0.9	0.6	0.7
5	2.2	5.2	10.7	5.7	8.3	11.8	0.2	0.0	0.2
Total	13.5	5.2	20.5	20.6	23.4	22.0	1.3	1.2	1.7
q1/q5	13.5	15.	2.9	6.3	4.8	2.8	12.4	214.3	15.4

Fuente: DHS-95, DHS-00, DHS-2005

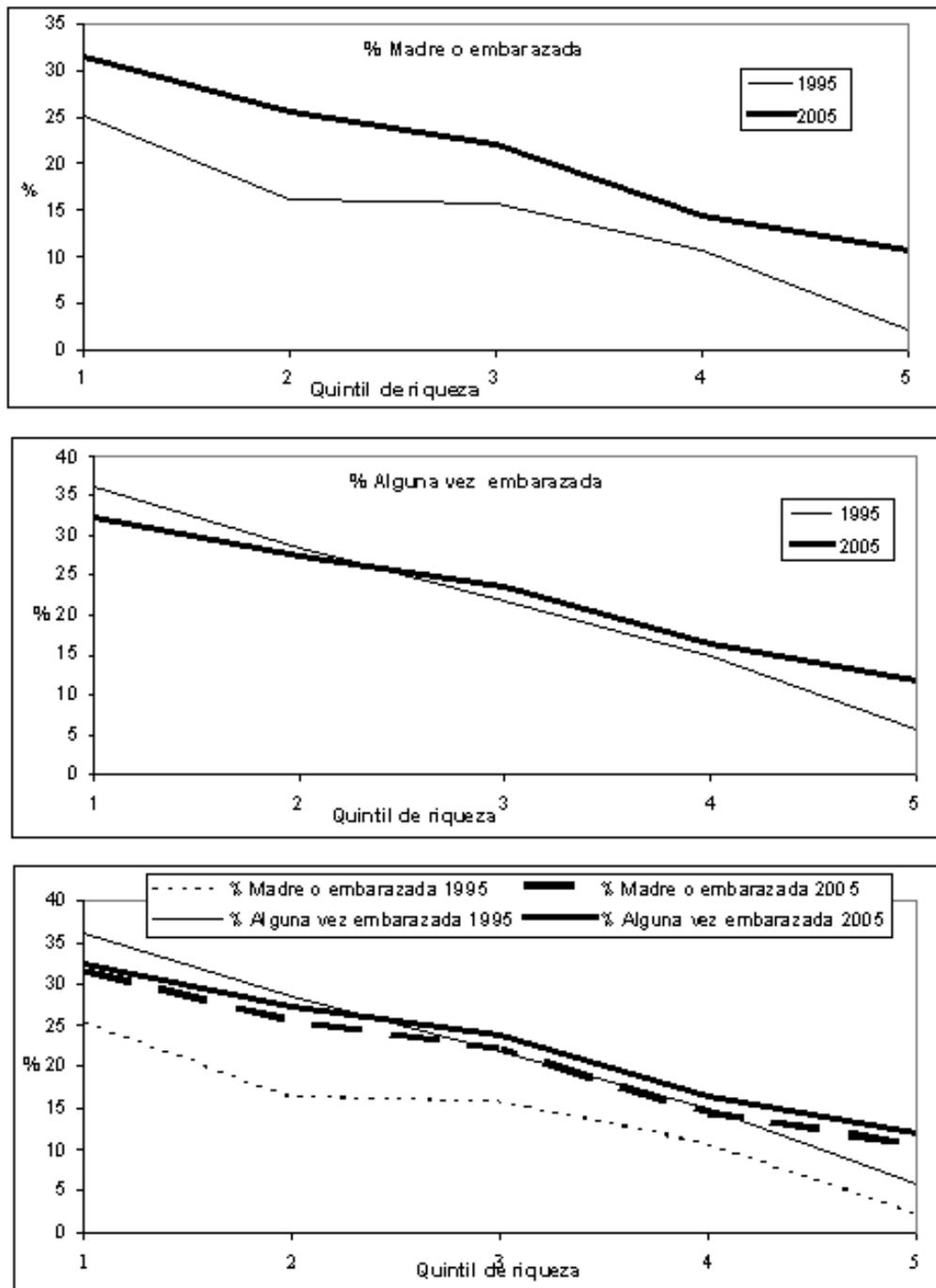
A pesar de los aumentos significativos en el inicio de las relaciones sexuales, en el 2005, menos de la mitad de las adolescentes ha iniciado relaciones sexuales. Sin embargo, gran parte de los/las adolescentes colombianas perciben que esta proporción es mayor. Varios estudios cualitativos indican que los adolescentes tienen la creencia que la "mayoría" (más del 70% a 80%), de los jóvenes ha iniciado actividad sexual (Vargas, Henao y González, 2004). Esta norma social percibida constituye un patrón de comportamiento para los adolescentes, debido a que los jóvenes a estas edades, en la mayoría de los casos, toman a sus pares como referente para el desarrollo de su sexualidad (Vargas et al, 2004).

La reducción de la edad a la que inician las jóvenes su actividad sexual no solo las expone a un mayor período del riesgo de embarazo sino que también amplía el periodo de riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o SIDA. Las enfermedades de transmisión sexual tienen serias consecuencias en la salud y la vida reproductiva de las mujeres, si no son tratadas de forma oportuna. El desconocimiento de estas enfermedades es mayor entre las adolescentes y entre las mujeres mayores de 40 años que en el resto de mujeres (Profamilia, DHS 2005).

5.3.3.2 Unión

En el 2005, alrededor del 17% de las adolescentes ya había establecido una unión. Esta cifra es menos de la mitad de la observada para el inicio de relaciones sexuales. Así, gran parte del inicio de las relaciones sexuales se da fuera de uniones estables, característica de la revolución sexual que han vivido los países occidentales en el último siglo. Igualmente, contrario al patrón de inicio de relaciones sexuales ente las adolescentes, los cambios en nupcialidad (uniones) son menos marcados, casi inexistentes. De una parte, la proporción de adolescentes alguna vez unidas permanece prácticamente constante, alrededor de 17%, entre 1995 y 2005 (Cuadro 5.3.8). De otra, el patrón de uniones por edades simples no tiene un cambio definido durante ese periodo (Cuadro 5.3.9). Igualmente, la proporción de adolescentes que ha iniciado una unión antes de los 15 años se mantiene constante entre 1995 y 2000, con un leve aumento en el 2005 (Cuadro 5.3.10, Gráfico 5.3.5).

Gráfico 5.3.4: Indicadores de fecundidad adolescente por quintil de riqueza. 1995-2005



Cuadro 5.3.8: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas. 2000 - 2005

Actividad	Total			Zona Urbana			Zona Rural		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Relación Sexual	29.6	40.1	43.8	27.6	39.9	43.2	35.5	40.6	45.7
Unión	16.5	17.6	17.2	14.5	15.1	14.7	22.4	25.8	25.0
Embarazo	13.4	18.9	20.5	14.5	16.7	18.5	25.9	25.9	25.9
Hijo	13.5	15.1	16.2	11.5	13.3	14.5	20.8	20.8	21.6

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000, 2005.

Cuadro 5.3.9: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas por edades simples. 2000 - 2005

Edad	Relaciones sexuales		Unión		Madre o embarazada	
	2000	2005*	2000	2005*	2000	2005*
13		3,0		0,7		0,5
14		7,4		1,8		1,7
15	14,3	19,2	4,8	6,2	3,2	6,5
16	27,2	30,6	9,9	8,5	11,0	11,0
17	41,4	46,2	18,9	15,7	20,3	19,0
18	52,9	58,0	25,2	23,4	26,7	29,6
19	61,9	69,2	27,9	34,1	32,9	39,1
Total	40,1	43,8	17,6	17,2	19,1	20,5

* El total hace referencia al grupo 15-19 años.

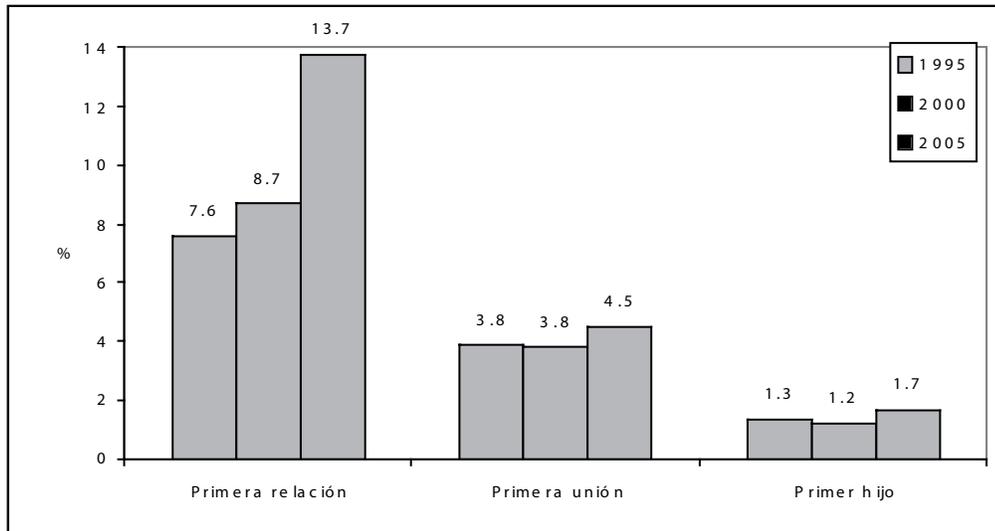
Fuente: Cálculos propios con base en DHS-2000, DHS-2005.

Cuadro 5.3.10: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas antes de los 15 años 1995-2000-2005 (%)

Actividad	Total			Zona Urbano			Zona Rural		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Primera relación	7,6	8,7	13,7	6,4	8,8	12,3	11,2	8,6	18,2
Primera unión	3,8	3,8	4,5	2,7	3,2	3,3	7,1	5,9	8,2
Primer hijo	1,3	1,2	1,7	1,0	1,1	1,4	2,1	1,5	2,9

Fuente: Cálculos propios con base en DHS1995, 2000. Cuadro 7,2 y 7,4 Profamilia, 2005, DHS-2005.

Gráfico 5.3.5: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas antes de los 15 años



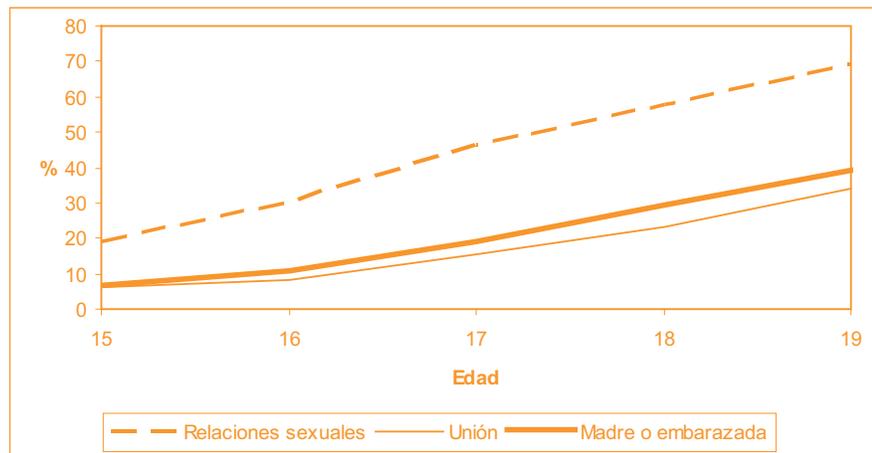
Fuente: PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995, 2000 y 2005

Los aumentos significativos en inicio de relaciones sexuales frente a una constancia en la nupcialidad implican una mayor importancia de la actividad sexual prematrimonial, es decir una ampliación del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente previo a la constitución de una unión estable (legal o consensual). La proporción de adolescentes que ha iniciado actividad sexual antes de los 15 años es más del doble que la proporción que ha establecido una unión evidenciando la importancia de la actividad sexual prematrimonial entre las adolescentes menores de 15 años (Cuadro 5.3.10).

Igualmente, si comparamos la proporción de mujeres que no ha tenido ninguna actividad sexual con las mujeres que nunca ha establecido algún tipo de unión, se observa un aumento significativo de las relaciones sexuales prematrimoniales. En 1990, la proporción de mujeres nunca unidas y que nunca habían tenido relaciones sexuales se sitúa alrededor de 15%; pero en el 2000, esta relación cambia, y las tres cuartas partes de las mujeres nunca unidas (solteras), ya han tenido actividad sexual.

El Gráfico 5.3.6 compara, para 2005, los patrones por edades simples de inicio de relaciones sexuales, unión y maternidad. Claramente, la proporción de adolescentes madres o embarazadas está por encima de la proporción unida en todas las edades, implicando una maternidad fuera de uniones estables, es decir un papel importante del madresolterismo en adolescentes, con todas las implicaciones negativas que conlleva.

Gráfico 5.3.6: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas por edades simples. 2005



El tipo de unión que están estableciendo las adolescentes, presenta una tendencia creciente hacia las uniones consensuales y un debilitamiento de las uniones legales/religiosas. Esta tendencia tiene una connotación importante, ya que las uniones consensuales generalmente son más inestables que las uniones legales, pues al estar determinadas solo por el componente afectivo, es más fácil disolverlas. Zamudio y Rubiano (1991) encuentran que la proporción de uniones consensuales que terminaron en separación es tres veces mayor que la de los matrimonios católicos. La tendencia hacia el predominio de las uniones consensuales puede interpretarse como un fenómeno similar al de los países desarrollados, en donde la unión consensual aparece como un comportamiento racional que se pone en práctica durante un período para probar la compatibilidad de caracteres de la pareja antes de legalizar la unión. Sin embargo, parece que éste no fuera el caso mayoritario para Colombia. Aunque evidentemente algunas uniones consensuales se legalizan y unos matrimonios legales se desintegran a medida que avanza el ciclo de vida, las uniones consensuales aumentan consistentemente a lo largo del período en cada una de las etapas del ciclo de vida. En el caso de etapas más avanzadas, podría referirse a segundas nupcias, sugiriendo aún una mayor inestabilidad (Flórez, 2004). Las uniones consensuales presentan una duración promedio que es casi dos veces menor que la de legales, 6.3 años y 12.2, respectivamente. Entre las jóvenes que alguna vez han estado unidas y se han separado, arguyen como primera causa la infidelidad del compañero (43%), le sigue la falta de compromiso del marido en el cumplimiento de sus deberes como padres (23%) y la violencia física, psicológica o sexual (10%) (Cuadro 3.4.2. DHS, 2000).

5.3.3.3 Uso de Planificación Familiar

Existen diversos factores por los cuales las mujeres deciden utilizar métodos anticonceptivos, más aún cuando son adolescentes. La estabilidad de una unión (legal o consensual), y el deseo de tener un hijo influyen ampliamente en esta decisión. La práctica del control natal entre mujeres que desean evitar un embarazo depende tanto del conocimiento como del acceso a los métodos de planificación familiar, que incluye no solo la información de cada método, sino también la oferta y servicios que caracterizan estos productos. Es por estas razones, que el acceso a los métodos de planificación familiar, y en general a los servicios de salud sexual y reproductiva, es crucial entre las adolescentes (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

En general, el conocimiento de métodos de planificación familiar es prácticamente universal en el país. El 99.5% de las adolescentes conoce un método moderno y un 84.4% uno tradicional. Entre los métodos modernos más conocidos se encuentran el condón (99%), la píldora (98%) y la inyección (91%) (Cuadro 5.1.1, DHS, 2000).

El uso de métodos de planificación familiar siempre ha sido mayor entre las adolescentes no unidas pero sexualmente activas que entre las unidas (Cuadro 5.3.11). En el 2005, el uso alguna vez es 95% entre las primeras, y 86% entre las segundas; mientras que el uso actual es 80% y 57%, respectivamente (Cuadros 5.3.11 y 5.3.12).

Cuadro 5.3.11: Distribución de adolescentes según uso alguna vez de métodos de planificación. 1995-2000-2005 (%)

Metodo	Total mujeres			Actualmente unidas			No unidas sex. Activas*		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Modernos	16,4	27,4	34,9	63,1	74,3	78,5	66,9	79,8	90,4
Tradicionales/ Folc.	5,2	5,7	3,3	15,6	8,3	8,0	20,7	15,8	5,0
No ha usado	78,4	66,9	61,8	21,3	17,4	13,5	12,4	4,4	4,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Tuvieron relaciones sexuales en los 30 días que precedieron la encuesta

Fuente: Cuadro 4.2. Profamilia, DHS-1995; Cuadro 5.2.1 Profamilia DHS-2000; Cuadro 6.2 Profamilia DHS-2005.

Cuadro 5.3.12: Distribución de adolescentes según uso actual de métodos de planificación. 1995-2000-2005 (%)

Método	Total mujeres			Actualmente unidas			No unidas sex. Activas*		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Modernos	7.6	12.1	16.6	36.7	45.0	47.1	42.6	49.6	66.1
Tradicional/Folk.	3.4	5.2	3.5	14.0	12.2	10.1	24.2	31.7	13.3
No usa actualm.	89.0	82.7	79.9	49.3	42.8	42.8	33.2	18.7	20.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Condón		3.8	6.2		4.5	7.8		28.3	35.8

* Tuvieron relaciones sexuales en los 30 días que precedieron la encuesta

Fuente: Cuadro 4.2. Profamilia, DHS-1995; Cuadro 5.2.1. Profamilia DHS-2000; Cuadro 6.2 Profamilia DHS-2005.

El uso de los métodos de planificación familiar entre las adolescentes ha aumentado significativamente en la última década. El porcentaje de adolescentes unidas que nunca ha usado planificación familiar disminuye significativamente de 21% en 1995 a 13.5% en 2005. Esta descenso es aún mayor entre las no unidas pero sexualmente activas, al pasar de 12% en 1995 a 4.6% en 2005 (Cuadro 5.3.12). Igualmente, el uso actual de métodos también muestra aumentos significativos en todos los grupos de adolescentes. Sin embargo, aún en el 2005 se observan porcentajes relativamente altos de no uso actual: 42.8% entre las unidas y 20.6% entre las no unidas pero sexualmente activas (Cuadro 5.3.12). El uso actual de métodos modernos prevalece sobre los tradicionales o folclóricos, alcanzando el 66% entre las adolescentes no unidas pero sexualmente activas, en el 2005. Dentro de los métodos modernos, el condón es el más usado entre las adolescentes no unidas pero sexualmente activas: en el 2005, 36% usa condón. Aunque este porcentaje ha venido creciendo desde 1990, es aún relativamente bajo (Cuadro 5.3.12), lo cual podría asociarse a su no inclusión en el POS y a los altos costos económicos de adquirirlo, especialmente para la población adolescente de bajos recursos económicos y de mayor exposición al riesgo de embarazo.

Los métodos de planificación familiar entre las adolescentes se usan cada vez más antes del nacimiento del primer hijo, es decir para retardar la maternidad. En 1995, el 75% de las adolescentes no tenía hijos cuando planificó por primera vez, mientras que en el 2005, tal proporción llega al 85% (Cuadro 5.3.13). Este comportamiento es consistente con el aumento observado en las relaciones sexuales prematrimoniales entre las adolescentes.

Cuadro 5.3.13: Distribución de adolescentes según número de hijos al usar anticoncepción por primera vez. 1995-2005

# hijos	Total			Zona Urbana			Zona Rural		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
0	75,2	85,2	85,4	79,4	87,0	87,9	62,9	79,1	76,7
1	22,2	13,9	13,4	18,5	12,3	11,1	32,9	19,6	21,2
2	2,1	0,7	1,2	1,8	0,7	0,9	2,9	0,7	2,0
3+	0,6	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	1,3	0,6	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuadros 6.6. Profamilia 2005 , DHS-2005

Aunque casi todas las adolescentes conocen los métodos de planificación familiar, y una alta proporción los usa, la evidencia indica que las adolescentes presentan vacíos fundamentales en materia de salud sexual y reproductiva y en el uso adecuado de los métodos. En cuanto al conocimiento adecuado de su sexualidad y de los métodos de planificación familiar, es muy diciente el hecho de que, en el 2005, un 18% del total de adolescentes y un 15% de las sexualmente activas no conocen que el período fértil de la mujer tiene lugar a mitad del ciclo menstrual (Cuadro 5.3.14). La situación es peor entre las usuarias de métodos tradicionales, en donde la proporción llega al 19%. Esto indica que las adolescentes están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de la misma, ya que aunque saben cuales son los métodos y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y desconocen el uso apropiado de los métodos (Guzman, J., 2000). La situación es alarmante, especialmente entre las adolescentes más jóvenes, menores de 15 años, en donde el desconocimiento de su propia fisiología reproductiva alcanza niveles muy altos (entre el 25% en las de 15 años y el 37% en las de 13 años, Cuadro 5.3.18).

Cuadro 5.3.14: Proporción de adolescentes que no conoce su periodo fértil. 2000 - 2005

% No conoce	Total		Urbano		Rural	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Del total de adolescentes	61,9	71,8	59,3	69,3	70,1	79,5
De las sexualmente activas**	62,6	67,0	60,2	63,2	69,4	77,2
De las sexualmente activas*	72,3	75,2	71,5	72,1	73,7	80,4
De las que usan método Tradicional	49,1	68,3	45,1	65,8	60,9	74,1
De las que usan método Moderno	60,9	62,6	60,0	61,1	62,8	68,3

**incluye todas las mujeres entre 15-19 años que presentaron actividad sexual un mes antes de la encuesta

* incluye sexualmente activas y unidas

El acceso a la información sobre sexualidad y sobre los métodos de planificación familiar suele darse a través de los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en centros de salud, médicos particulares, y programas especializados. Estos medios no están cumpliendo su papel adecuadamente. La DHS-2005 indica que el 84.6% de las adolescentes no usuarias de métodos no discutió temas de planificación familiar ni a través de una visita del promotor, ni en un centro de salud (Profamilia, DHS-2005, Cuadro 6.17.1). Entre las adolescentes usuarias de métodos modernos, la mayoría accede a los métodos y a la información al respecto, a través del sector privado (70%), mientras que solo un 21% accede a través del sector público (Cuadro 5.3.15). La principal fuente de abastecimiento en el 2005 fueron las droguerías (58%), seguidas por las instituciones de salud del gobierno (12%), (Cuadro 5.3.15). Estudios cualitativos sugieren que estas fuentes de información, tanto pública como privada, a veces no son utilizados por las jóvenes, porque les da pena pedir el servicio, o porque para acceder al servicio a través del POS requieren la intervención de los padres, o porque consideran que el personal no es amable y no les da confianza o simplemente no saben donde ir (Profamilia, DHS 2000). Además, entre aquellas jóvenes que si han utilizado estos servicios califican como deficiente la orientación y la información sobre los métodos anticonceptivos (DHS, 2000; Flórez et al., 2004).

Cuadro 5.3.15: Distribución de adolescentes usuarias actuales de métodos modernos por fuente de suministro, según zona. 2005

Fuente	Total	Urbano	Rural
Sector público:	21,3	17,5	36,9
Hospital o C. salud	8,9	7,0	16,8
Puesto de salud	12,4	10,5	20,1
Sector privado:	70,2	74,6	52,2
Centro EPS	5,9	6,7	2,6
Médico particular	0,5	0,4	0,9
Profamilia	5,8	6,9	1,2
Droguería	58,0	60,6	47,4
Supermercado	4,1	3,7	5,7
Otros	1,2	1,1	1,5
No sabe	3,2	3,0	3,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: DHS-2005. Cálculos propios.

El desconocimiento sobre el uso adecuado de los métodos de planificación hace que entre todas las mujeres en edad fértil, las adolescentes sean las que presenten las mayores tasas de falla de método. Cerca de la quinta parte de las adolescentes (19%) que ha usado métodos declara que el último método les falló mientras lo usaba y quedaron embarazadas (Cuadro 5.3.19). Las tasas de falla de los métodos llega al 22% para el retiro y 22% para el ritmo, 7.5% para la píldora, 6,7% para la inyección y 4.5% para el condón (Profamilia, DHS-2000). Este patrón de comportamiento parece indicar que hay serios vacíos en términos de educación sexual y reproductiva, instrumentos necesarios con que deberían contar las adolescentes para evitar embarazos no deseados y precoces. De hecho, cerca del 59% de las adolescentes no deseaba su último embarazo: un 44% lo deseaba más tarde y un 15% no lo deseaba totalmente (DHS-2005). La situación es aún más alarmante si se considera la edad: más del 70% de las adolescentes menores de 16 años no deseaba el embarazo (Cuadro 5.3.20). Estas cifras son relativamente altas frente al total de mujeres en edad reproductiva, en donde se observa un 26% de embarazo no deseado ahora sino más tarde y otro 26% de embarazo no deseado totalmente (Cuadro 5.3.20).

5.3.4. Inequidades en los determinantes próximos

5.3.4.1. Inequidades geográficas

Al igual que la fecundidad adolescente, sus determinantes próximos no son homogéneos a lo largo del país. Así, la proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas (relaciones sexuales, unión, embarazo), es mayor en las zonas urbanas que en las rurales (Cuadro 5.3.8). Entre subregiones, y más aún entre departamentos, se observan mayores diferencias. Por subregión, los resultados de la DHS-2005 indican que la proporción de adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales fluctúa entre 57% en Valle y Cali y 30% en Barranquilla; mientras que la proporción de unidas va desde 20% en la costa norte a 8% en Antioquia (Gráficos 5.3.7 y 5.3.8). La subregión de Valle y Cali están entre el grupo de mayor incidencia de las relaciones sexuales y de las uniones pero tienen una fecundidad adolescente similar al promedio nacional (Cuadro 5.3.5), sugiriendo un papel importante de la planificación familiar y probablemente una fecundidad adolescente dentro de las uniones. De hecho, los Gráficos 9 y 10 indican que Cali y Valle están en el grupo de subregiones de mayor uso de planificación familiar en las adolescentes sexualmente activas pero de menor uso de planificación en las adolescentes unidas. Barranquilla por el contrario es la de menor incidencia de las relaciones sexuales, de mayor uso de planificación familiar entre las adolescentes sexualmente activas y de menor fecundidad adolescente. Claramente, esas relaciones evidencian la importancia del inicio de las relaciones sexuales y del uso de planificación familiar en la fecundidad adolescente.

Grafico 5.3.7: Proporción de adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales por subregión 2005

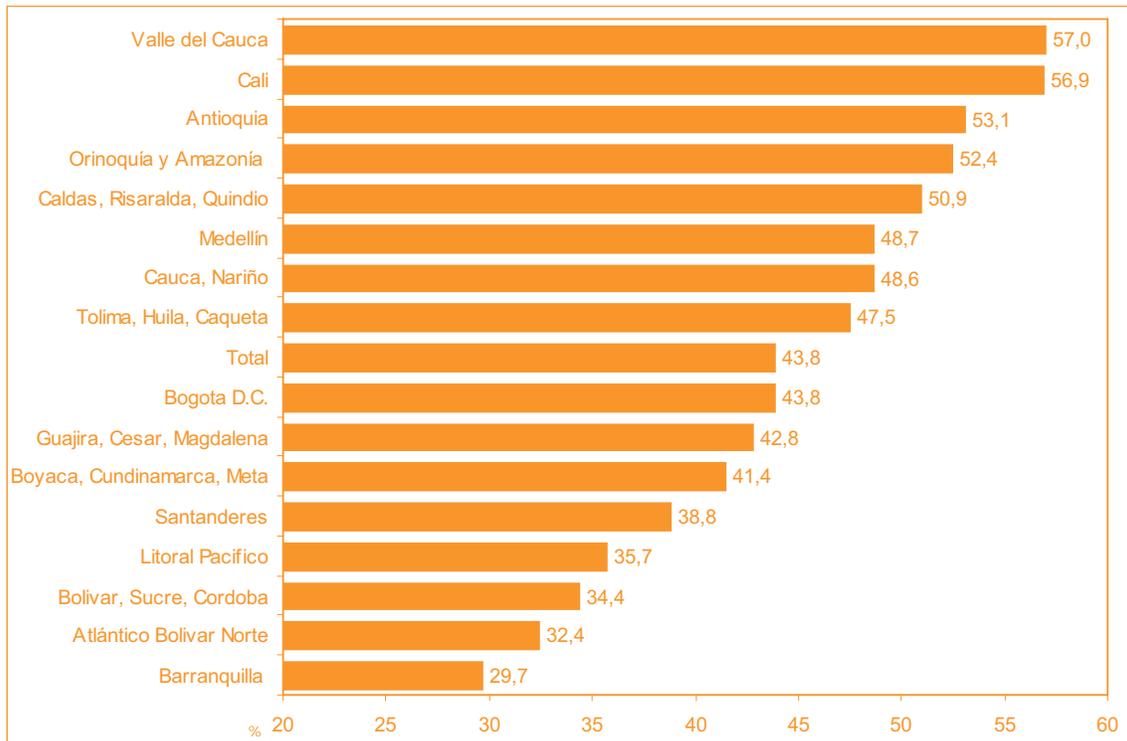


Grafico 5.3.8: Proporción de adolescentes unidas por subregión 2005

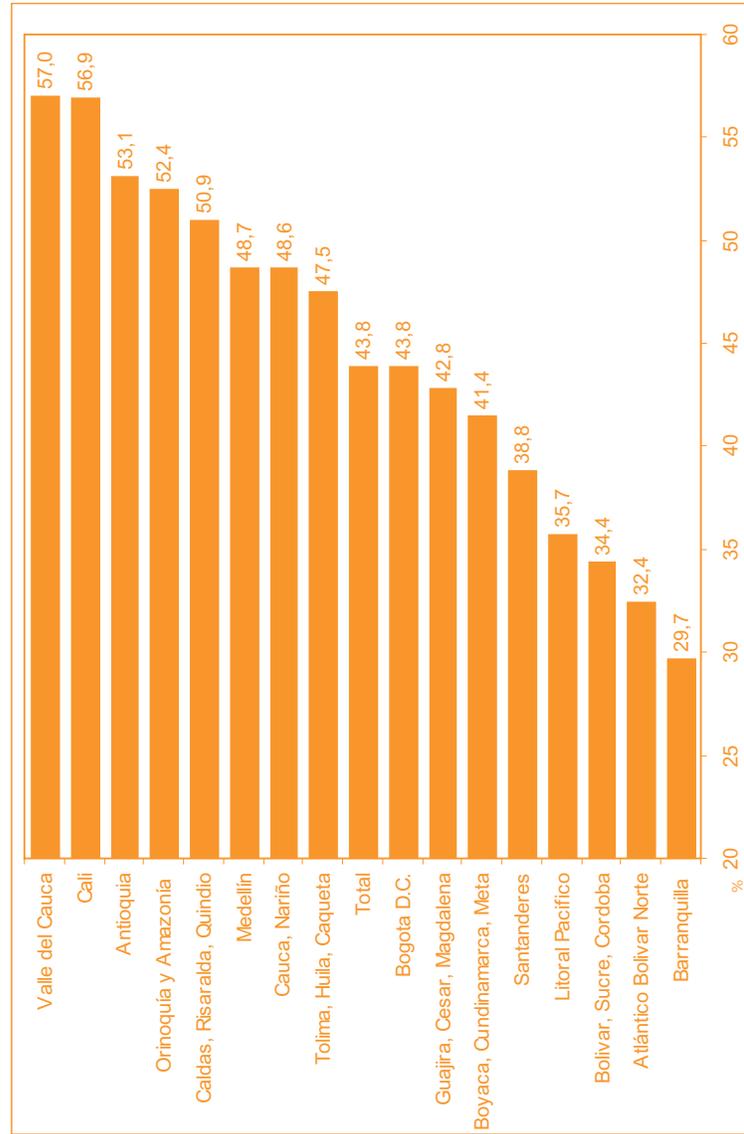


Grafico 5.3.9: Proporción de adolescentes sex activas con uso actual de pf por subregion 2005

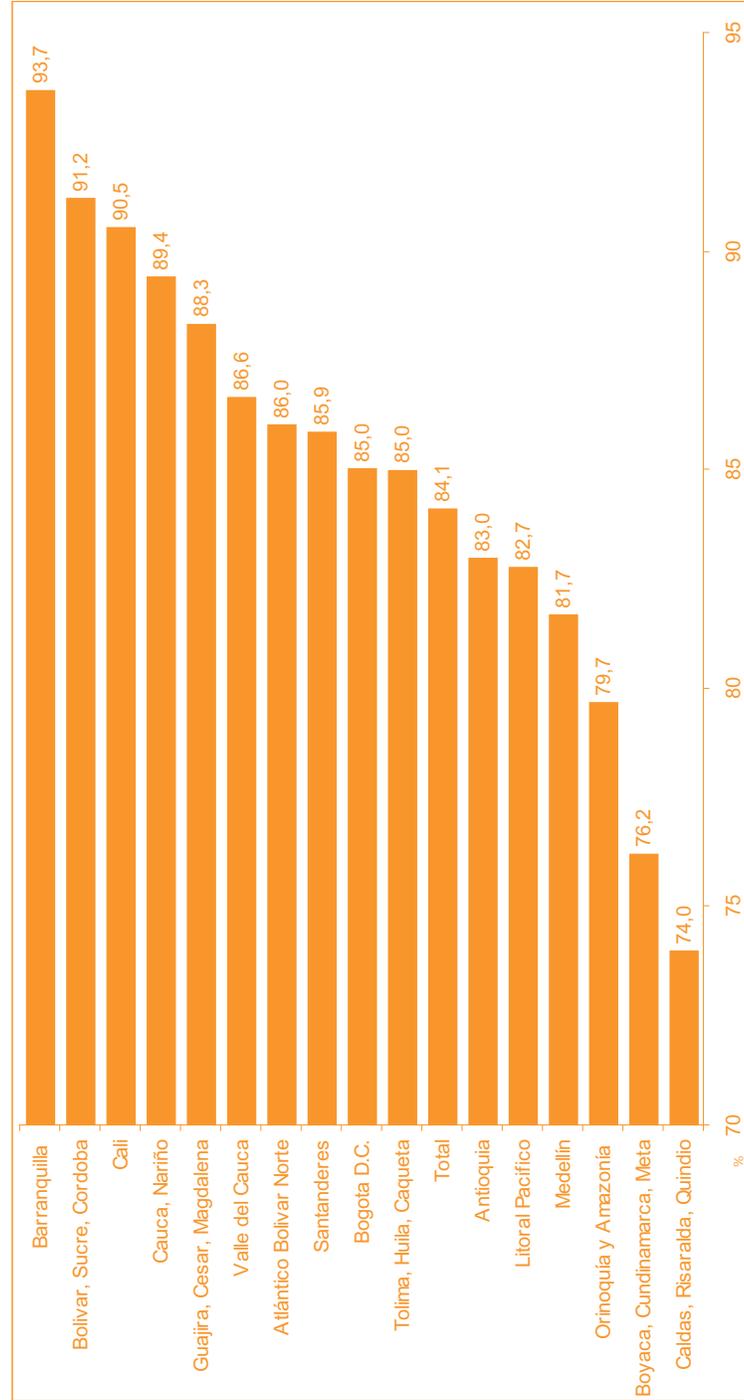
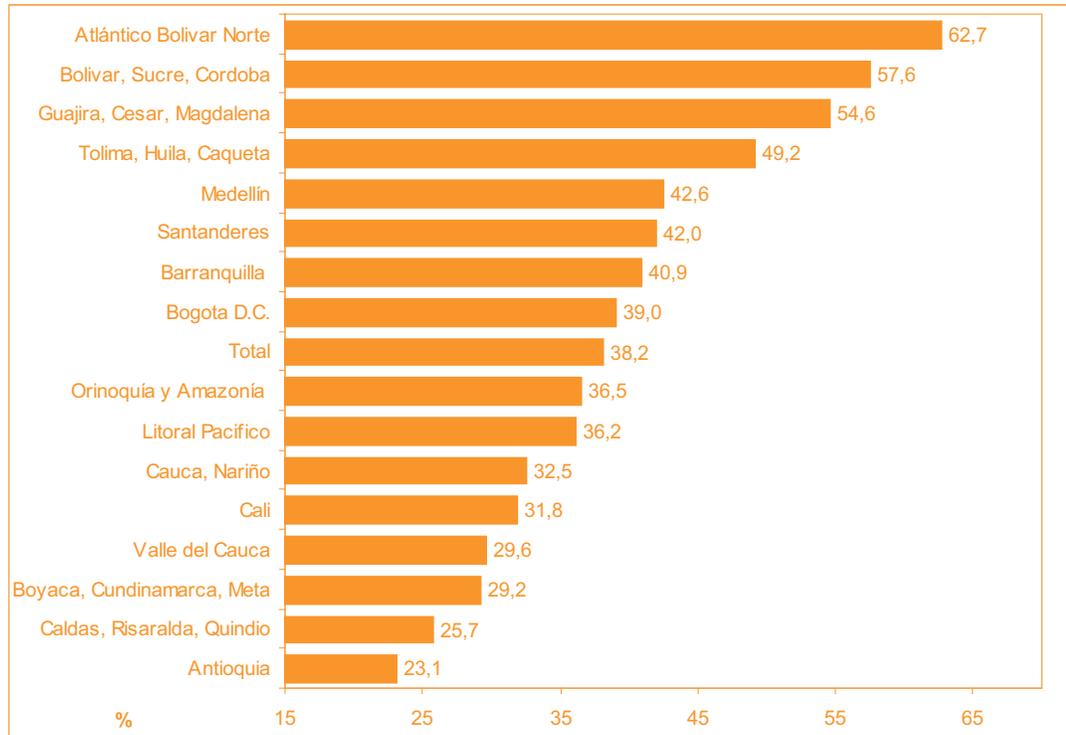


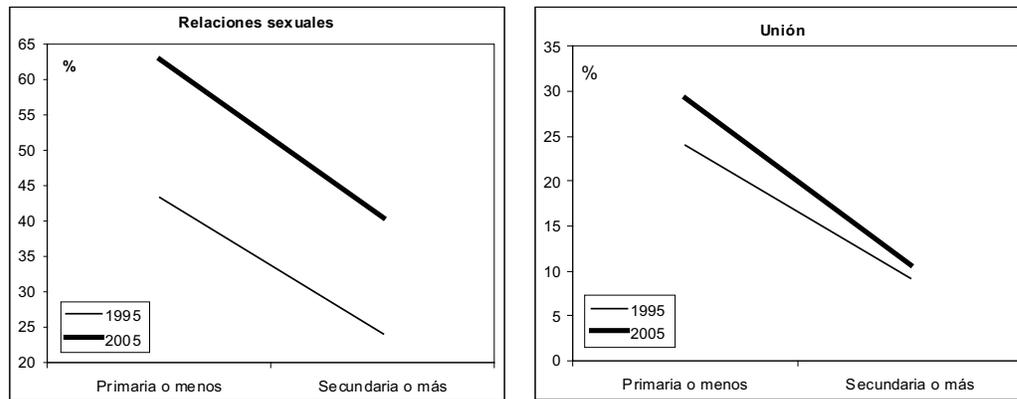
Grafico 5.3.10: Proporción de adolescentes unidas con uso actual de pf por subregión 2005



5.3.4.2 Inequidades socioeconómicas en los determinantes próximos de la fecundidad adolescente

Independientemente del indicador de nivel socioeconómico (educación o índice de riqueza), se observa una relación negativa marcada entre el inicio de relaciones sexuales y de uniones con el nivel socioeconómico. Así, existe un mayor tiempo de exposición al riesgo de embarazo y una mayor incidencia de las uniones entre las adolescentes de menor nivel socioeconómico que entre las de estratos altos (Cuadros 5.3.16 y 5.3.17; Gráficos 5.3.11 y 5.3.12). Por el contrario, no se observa una relación marcada entre el uso de planificación familiar y el nivel socioeconómico, aunque si existe una relación negativa clara entre demanda insatisfecha de planificación familiar y nivel socioeconómico: las adolescentes de los estratos bajos tienen una mayor demanda insatisfecha de planificación familiar que las de los estratos altos (Cuadro 5.3.17).

Gráfico 5.3. 11: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas por educación



Fuente: DHS 1995, 2005

El Cuadro 5.3.16 muestra los diferenciales por nivel educativo de las adolescentes para cada una de las actividades reproductivas: inicio de relaciones sexuales, unión, uso de métodos de planificación familiar y maternidad. Es evidente la fuerte relación negativa entre educación y estos indicadores, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. De otro lado, aunque la proporción de adolescentes que ha experimentado estos eventos aumenta a través del tiempo en ambos grupos educativos (Gráfico 5.3.11), los incrementos han sido algo menores entre las adolescentes de mayor nivel educativo, lo cual implica que la brecha entre grupos de educación no se ha ampliado, aunque los indicadores siguen favoreciendo a las adolescentes más educadas.

Cuadro 5.3.16: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas por nivel educativo y zona. 1995-2000(%)

Actividad	Total			Zona Urbana			Zona rural		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Relac. sexuales									
Primaria o menos	43,4	52,6	62,7	43,5	52,6	63,4	43,3	52,7	62,1
Secundaria o más	23,9	36,5	40,5	23,9	37,7	41,1	24,1	30,5	38,0
Unión legal o consensual									
Primaria o menos	24,0	26,3	29,2	23,3	22,1	26,6	24,6	30,5	31,7
Secundaria o más	9,2	11,1	10,8	8,7	10,3	9,6	12,1	15,0	15,5
Unión consensual									
Primaria o menos	21,0	23,9	26,8	21,4	21,0	25,0	20,6	26,9	28,5
Secundaria o más	6,9	9,7	9,8	6,4	9,0	8,7	10,0	13,1	14,5
Uso alguna vez de planificación familiar*									
Primaria o menos	26,5	40,4	47,9	28,3	41,3	51,3	24,8	39,5	44,7
Secundaria o más	19,6	31,1	36,6	19,9	32,5	37,7	17,3	24,2	31,6
Con al menos un hijo o embarazada									
Primaria o menos	29,9	34,0	42,0	28,3	30,7	43,6	31,5	37,4	40,6
Secundaria o más	12,1	15,0	16,7	19,9	14,6	15,8	16,7	16,7	20,3

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1995, 2000. Cuadro 5.9.1 Profamilia, 2005. DHS-2005.

* Proporción entre todas las adolescentes del grupo.

En relación a las inequidades por nivel de riqueza, se encuentra, al igual que por nivel educativo, que son las jóvenes de los estratos más bajos quienes inician relaciones sexuales más temprano y se unen en mayor proporción que las adolescentes de los estratos más altos (Cuadro 5.3.17, Gráfico 5.3.12). Estos diferenciales son más marcados cuando se considera el inicio de relaciones sexuales y de unión antes de los 15 años, indicando una mayor exposición al riesgo de embarazo entre las adolescentes más pobres que entre las más ricas, lo cual contribuye a su mayor nivel de fecundidad.

Cuadro 5.3.17: Indicadores de fecundidad adolescente y sus determinantes próximos por índice de riqueza. 1995 - 2005 (%)

Quintil de riqueza	Relación sexual			Unión			Planificación familiar*				Planificación familiar**			
	Relación sexual	Relac. Sex. Antes de 15 años	Alguna vez unidas	Unión consensual	Unión antes de los 15 años	Uso alguna vez de método	Uso actual de método	% uso actual de moderno	Demanda insatisfecha %	Uso alguna vez de método	Uso actual de método	% uso actual de moderno	Demanda insatisfecha %	
1995														
1	37,0	11,0	25,8	18,6	9,2	20,7	11,2	62,0	4,9	48,2	64,1	4,1	4,1	
2	34,6	7,0	21,9	17,2	5,4	22,7	10,0	70,8	4,5	43,7	68,8	3,5	3,5	
3	30,0	3,7	18,0	11,8	2,9	24,0	14,3	76,6	3,7	67,5	75,9	2,8	2,8	
4	27,7	3,4	13,8	7,3	2,4	22,9	13,1	72,8	1,8	75,0	72,2	1,6	1,6	
5	20,6	0,7	5,2	2,4	0,5	17,5	6,4	53,8	0,9	61,5	60,3	0,7	0,7	
Total	29,6	4,9	16,5	11,1	3,8	21,6	11,0	69,3	3,1	58,3	69,8	2,4	2,4	
q1/q5	1,8	15,3	4,9	7,7	17,6	1,2	1,7	1,2	5,3	0,8	0,9	1,7	1,7	
2000														
1	45,2	12,7	32,8	25,1	8,6	34,1	19,9	74,3	6,9	58,8	76,4	5,2	5,2	
2	41,7	10,9	23,8	18,9	7,0	35,8	18,4	58,2	2,9	65,7	59,4	2,6	2,6	
3	41,2	3,3	17,6	13,1	2,2	34,5	18,1	74,6	3,8	71,8	74,4	3,2	3,2	
4	39,8	2,8	9,5	5,2	1,5	33,1	17,1	70,4	1,8	82,5	69,4	1,0	1,0	
5	31,1	1,6	5,3	2,3	0,2	26,9	12,7	75,5	1,2	79,7	73,5	0,9	0,9	
Total	40,0	6,2	17,6	12,7	3,8	33,1	17,3	70,1	3,3	69,8	70,3	2,5	2,5	
q1/q5	1,5	7,9	6,2	10,8	34,5	1,3	1,6	1,0	5,8	0,8	1,1	2,1	2,1	
2005														
1	48,8	19,8	29,6	23,3	10,8	35,8	18,2	77,2	4,9	56,2	79,0	2,9	2,9	
2	46,5	16,3	23,5	17,5	6,1	41,4	21,7	79,7	3,7	70,1	77,8	2,9	2,9	
3	45,7	13,5	18,4	13,6	3,7	40,9	23,1	81,3	3,4	72,1	80,2	2,3	2,3	
4	41,5	11,5	10,0	5,5	2,1	37,7	18,7	87,6	2,0	76,0	87,5	2,0	2,0	
5	37,5	6,9	6,2	3,5	0,8	35,2	18,8	86,4	1,3	85,8	85,6	0,5	0,5	
Total	43,8	13,4	17,2	12,4	4,5	38,2	20,1	82,5	3,0	71,1	81,9	2,2	2,2	
q1/q5	1,3	2,4	4,8	6,7	13,8	1,0	1,0	82,5	3,9	0,7	0,9	5,4	5,4	

* sobre el total de adolescentes.

** sobre las adolescentes sexualmente activas = unidas + no unidas pero sexualmente activas
Fuente: DHS-95, DHS-00, DHS-2005. Cálculos propios.

Al igual que con los diferenciales observados entre las adolescentes en el inicio de relaciones sexuales y unión por nivel socioeconómico, se encuentran diferencias, aunque no tan marcadas, por nivel de riqueza en el uso de métodos de planificación familiar entre el total de adolescentes y entre aquellas sexualmente activas (Cuadro 5.3.17, Gráfico 5.3.13). Tal parece que el nivel de riqueza marca alguna diferencia en el acceso a los métodos de planificación familiar. Sin embargo, las desigualdades se hacen más evidentes cuando se analiza la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, siendo las adolescentes más pobres las de mayor demanda insatisfecha. Tal pareciera que la diferencia entre estratos socioeconómicos está, además del acceso a los métodos de planificación familiar, en la información adecuada y el uso apropiado de los métodos, ambas condiciones generando inequidades.

Gráfico 5.3.12: Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas por índice de riqueza

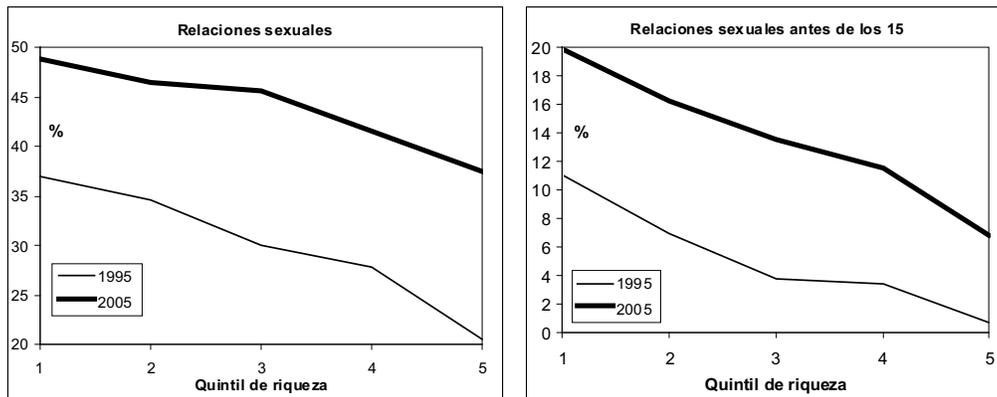
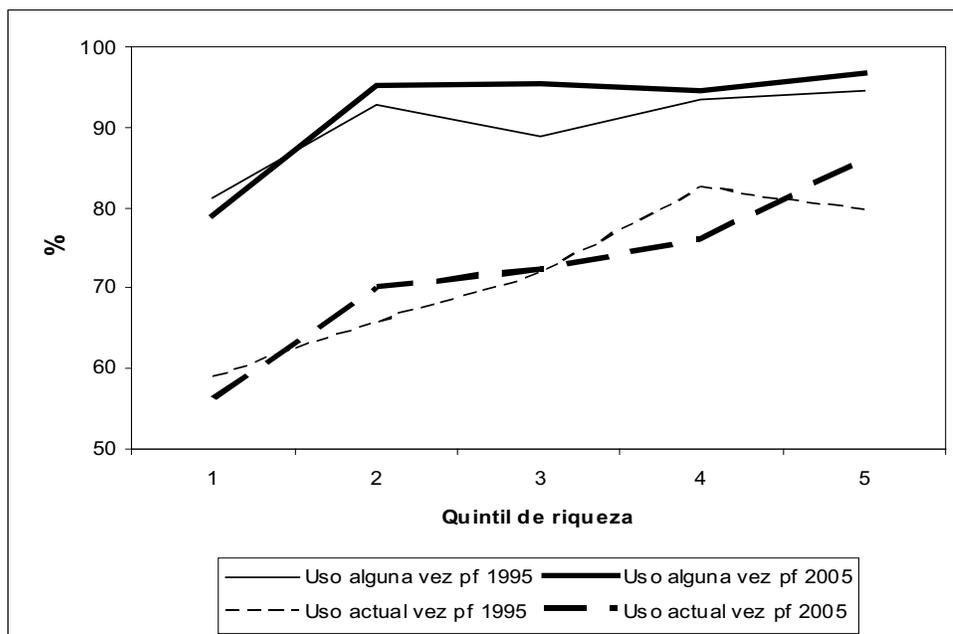


Gráfico 5.3.13: Proporción de adolescentes sexualmente activas que usan planificación familiar por índice de riqueza



De hecho, el desconocimiento del periodo fértil muestra un marcado diferencial por nivel socioeconómico (educación o riqueza), (Cuadro 5.3.18). Entre las adolescentes sin educación, el 48% no conoce su periodo fértil, mientras que entre aquellas con nivel educativo superior la cifra es de solo 6%. De igual forma, entre las adolescentes más pobres, un 30% no conoce su periodo fértil, mientras que entre las de nivel alto de riqueza el desconocimiento es de solo 13%. Los diferenciales en el conocimiento y uso adecuado de métodos se traducen en diferenciales en la falla de método y en el deseo del embarazo.

Cuadro 5.3.18: Proporción de adolescentes que no conoce el periodo fértil por indicadores socioeconómicos

Indicador	Todas las mujeres de 15-19 años		Unidas y Sexualmente activas	
	2000	2005	2000	2005
Nivel de educación				
Sin educación	32.8	47.7	37.2	41.4
Primaria	30.6	36.0	16.1	28.9
Secundaria	11.9	15.7	7.8	11.7
Universitaria	8.0	6.1	0.0	5.0
q1/q5	4.1	7.8	#iDIV/0!	8.3
Índice de riqueza				
1	22.8	30.4	13.4	27.7
2	14.0	21.4	12.0	18.9
3	17.5	14.8	8.5	10.8
4	13.3	12.6	11.4	5.9
5	11.9	12.9	1.5	10.4
q1/q5	1.9	2.4	8.8	2.7
Subregión				
Guajira, Cesar, Magdalena	19.5	19.5	11.2	16.3
		12.9		11.9
Atlántico Bolívar Norte	17.0	23.0	12.3	16.6
Bolívar, Sucre, Córdoba	15.6	26.1	5.9	23.7
Santanderes	21.6	18.5	23.7	17.3
Boyaca, Cundinamarca, Meta	13.2	18.6	1.8	13.9
Antioquia sin Medellín	17.2	17.4	10.8	17.7
Medellín	12.3	14.5	12.8	10.8
Caldas, Risaralda, Quindío	5.8	11.0	0.0	11.3
Tolima, Huila, Caquetá	9.8	24.9	7.3	23.0
Cauca, Nariño	22.9	22.5	11.3	17.9
Valle del Cauca sin Cali	14.6	13.0	8.5	10.5
Litoral Pacífico	21.4	28.2	21.7	22.8
Cali	11.2	15.1	0.0	10.3
Bogotá D.C.	18.4	12.9	13.3	10.8
Orinoquía y Amazonía		30.4		27.4
Total	15.8	18.1	10.4	15.4

* El total hace referencia al grupo 15-19 años

Fuente: DHS 2000 -2005. Cálculos Propios

El Cuadro 5.3.19 indica que entre las adolescentes que usaron un método en los cinco años previos a la entrevista, la falla de método muestra una relación clara con el nivel educativo, pero no así con el índice de riqueza.

La falla de método o el no uso de métodos de planificación familiar producen embarazos no deseados. Dado que las adolescentes están en edades de inicio de su periodo reproductivo, es de esperarse que los embarazos no deseados sean temporales y no definitivos. Es decir, es de esperarse que ante un embarazo no

deseado la adolescente lo exprese como “deseado más tarde” y no como “no deseaba más hijos”. El Cuadro 5.3.20 evidencia la alta tasa de embarazo no deseado entre las adolescentes (61%) frente al total de mujeres (55%), los cuales son en su mayoría embarazos no deseados temporales. El 45% de las adolescentes que tuvieron un hijo en los últimos 5 años manifiestan que deseaban ese hijo más tarde, frente a un 26% del total de mujeres.

Cuadro 5.3.19: Distribución de adolescentes por causa de discontinuación de métodos de planificación. 2005

Característica	Falla de metodo	Deseba quedar embarazada	Se cambió a método más efectivo*	Muy Costoso	Otra razon	No sabe	Total
Zona							
Urbana	19,7	8,9	10,7	3,1	56,5	1,1	100,0
Rural	16,3	12,0	10,6	2,5	58,3	0,4	100,0
Rural/Urbano	0,8	1,4	1,0	0,8	1,0	0,3	1,0
Quintil de riqueza							
q1, q2	16,6	13,5	10,3	4,3	55,1	0,2	100,0
q3, q4, q5	20,4	7,0	11,0	2,1	58,1	1,4	100,0
q1,2 / q3,4,5	0,8	1,9	0,9	2,1	0,9	0,2	1,0
Nivel de educación							
Primaria menos	22,7	13,3	6,4	3,5	53,5	0,5	100,0
Secundaria mas	17,9	8,7	11,8	2,8	57,8	1,1	100,0
Primaria/Secundaria	1,3	1,5	0,5	1,3	0,9	0,5	1,0
Total	18,9	9,6	10,7	3,0	56,9	1,0	100,0

Nota sólo se incluyen episodios de uso que empezaron 3-59 meses antes de la entrevista

*Usó un método diferente en el mes que siguió al abandono o dijo que deseaba un método más efectivo y empezó otro método dentro de los meses siguientes a la discontinuación

Otra razón incluye: dificultad para embarazarse/menopáusica, esposo desaprueba, sexo poco frecuente, disolución matrimonial, fetos secundarios, razones de salud, acceso/ disponibilidad, quería un método más efectivo, incómo de usar, y fatalista.

Fuente: DHS-2005 Cálculos propios

La incidencia del embarazo no deseado tiene una relación positiva con el nivel socioeconómico. Es decir, las adolescentes más educadas y las más ricas tienen mayor proporción de embarazos no deseados que las adolescentes menos educadas o pobres (Cuadro 5.3.20). Esta relación, contraria a los diferenciales observados en el nivel de la fecundidad o de sus determinantes próximos, está relacionada con el significado de la maternidad. Estudios cualitativos evidencian que las adolescentes pobres, que no han logrado formular metas relacionadas con el éxito profesional y la incorporación al mundo laboral, encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal (Vargas et. al, 2004). Por el contrario, las adolescentes de los estratos altos tienen como prioridad su desarrollo profesional

y laboral antes de cumplir con su proyecto de maternidad. Por lo tanto, las fallas de método y los embarazos precoces son embarazos no deseados temporalmente entre las adolescentes del estrato alto, mientras que tienden a ser embarazos deseados en las adolescentes pobres.

En general, al igual que los diferenciales socioeconómicos de la fecundidad adolescente, los diferenciales socioeconómicos de sus determinantes próximos tienden a disminuir a través del tiempo, especialmente durante los últimos 5 años.

Cuadro 5.3.20: Distribución de adolescentes por deseo del último embarazo*. 2005

Característica	Deseado entonces	Deseado más tarde	No deseaba más	Total
Zona				
Urbana	34,9	48,2	17,0	65,1
Rural	46,7	38,4	14,9	53,3
Rural/Urbano	1,3	0,8	0,9	0,8
Nivel de educación				
Primaria o menos	43,8	41,2	15,1	56,2
Secundaria o más	36,0	47,1	16,9	64,0
Primaria / Secundaria	0,8	1,1	1,1	1,1
Grupo de Edad				
15	29,4	55,6	15,0	20,6
16	39,6	40,3	20,2	60,5
17	35,7	49,2	15,1	64,3
18	43,0	41,2	15,8	57,1
19	42,5	43,7	13,7	57,5
15 años / 19 años	0,7	1,3	1,1	1,2
Quintil de riqueza				
1	45,9	38,7	15,4	54,1
2	37,9	50,1	12,0	62,1
3	38,6	43,6	17,8	61,4
4	26,2	53,5	20,4	73,9
5	37,6	41,6	20,9	62,5
q1 / q5	1,2	0,9	0,7	0,9
Total Adolescentes	38,6	45,1	16,3	61,4
Total Mujeres	45,0	26,5	28,5	55,0

*Adolescentes que tuvieron un hijo en los últimos cinco años anteriores a la encuesta

**El total hace referencia al grupo 15-19 años

Fuente: DHS-2005. Cálculos propios.

5.3.5. Determinantes Socioeconómicos y Contextuales

Se pueden identificar tres tipos de factores que influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad (Flórez y Soto, 2005). En primer lugar, están los factores globales relacionados con las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud y otros sectores relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, y de los bienes de otros sectores (educación, empleo, etc.), que directa o indirectamente afectan la fecundidad. En segundo lugar, están los factores socioeconómicos y del contexto social y cultural en el cual vive el adolescente, incluyendo la visión de lo que significa ser hombre y ser mujer, el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia, los hijos, etc. En tercer lugar, están los factores socioeconómicos micro, o características individuales de la adolescente y del hogar en el cual reside. A continuación resumiremos lo que los estudios disponibles evidencian sobre esos tres factores.

5.3.6. Factores Globales

Desde 1994 se formaliza oficialmente la Ley de Educación Sexual (Ley 115 de 1994) que establece la obligatoriedad de incluir proyectos pedagógicos de educación sexual en el plan de estudios de todos los centros educativos del sector público y privado del país (MEN, 1999). En 1998, el gobierno colombiano define los lineamientos para la política de la salud sexual y reproductiva, incorporando el derecho a una educación sexual y reproductiva desde la infancia y el derecho a servicios de salud sexual y reproductiva integral (Ministerio de Salud, 1998). Al respecto, varios estudios (Flórez et al, 2004; Vargas et al, 2004), encuentran que las charlas de educación sexual impartidas en los colegios no han tenido un impacto significativo en la probabilidad de embarazo en las adolescentes, poniendo en tela de juicio el papel de los programas de educación sexual impartida en los colegios desde 1994.

Vargas et al (2004) indican que una de las razones por las cuales la educación sexual que se ha impartido en los planteles educativos ha tenido un impacto muy limitado, se deriva de su visión restringida de la sexualidad y del ser humano. La mayoría de lo que se imparte en esta cátedra tiene un enfoque biológico e informativo de los métodos de planificación familiar, lo cual no está formando a los jóvenes para que asuman su sexualidad de forma libre y adecuada. En esta medida, muchos estudios determinan que el reto para la educación sexual es lograr trascender las conferencias sobre anticoncepción, infecciones de transmisión sexual y aborto que se dictan en las aulas de clase, para incidir en la socialización sexual de la población (Vargas, 2004; Floréz et al, 2004).

5.3.7. Factores del contexto socio-cultural

Las características culturales, que se evidencian en el conjunto de símbolos, lenguajes, prácticas compartidas, creencias, normas, valores, estándares y significados, a través de las cuales una sociedad crea el contexto del que los individuos infieren orientaciones para vivir exitosamente, no pueden ignorarse como uno de los factores socioeconómicos determinantes de la fecundidad adolescente. Esto es evidente en la evaluación de los proyectos pedagógicos de Educación Sexual (Prada y MEN, 1997), como también en estudios de fecundidad total, y en estudios de caso cualitativos particulares para adolescentes. Así, un estudio sobre los grupos de alta fecundidad (Flórez, 1994), evidencia la importancia del contexto cultural, los valores y las percepciones sobre la familia y los hijos, en la determinación del tamaño de la familia. Igualmente, estudios sobre la sexualidad juvenil muestran la importancia del contexto sociocultural en el que se desenvuelven los jóvenes en la incidencia de las decisiones que toman frente al riesgo sexual (Mejía et al., 2000), como también la importancia de la norma de pares percibida en la predicción tanto de la intención de tener relaciones sexuales en la adolescencia como de la frecuencia de la actividad sexual (Vargas y Barrera, 2003).

Existe también evidencia en la literatura sobre el efecto que tiene los medios de comunicación, especialmente la televisión, sobre las actitudes de los jóvenes hacia los roles sexuales y hacia las relaciones sexuales en la adolescencia, las creencias acerca de los métodos de planificación familiar y sus expectativas de la actividad sexual (Vargas et al, 2004; Bandura, 1986). La televisión, al igual que otros medios de comunicación, juega un papel importante como agente socializador y los modelos de comportamiento que muestra inciden fuertemente en el desarrollo de las cogniciones románticas y sexuales de los adolescentes. Estos medios incursionan en el contexto social de los adolescentes, satisfaciéndoles necesidades de información, en etapas de su desarrollo en las que sus padres o educadores dejan de ser la fuente principal. Frente a ello, los jóvenes son altamente vulnerables, debido a que se encuentran en una época en la cual están construyendo sus roles de género, actitudes y comportamientos sexuales. Sin embargo, los padres pueden contribuir en este proceso de formación de sus hijos mediante la supervisión y la comunicación sobre los temas que ven, clarificando de esta manera las creencias alrededor de las relaciones sexuales, sus consecuencias y el significado de estas en su vida personal (Vargas et al, 2004).

Los estudios disponibles – incluyendo estudios cuantitativos y cualitativos a profundidad - sugieren que hasta ahora se ha subestimado el papel de los factores

culturales y contextuales – valores, normas sociales, estructura y dinámica familiar – en la fecundidad adolescente. Factores tales como el deterioro progresivo de la institución legal del matrimonio, la aceptación social del inicio más pronto y rápido de las uniones sexuales previa a la conformación de una unión (legal o consensual), la percepción de que la actividad sexual adolescente es común (o al menos que su prevalencia es mayor a lo que realmente es), la tolerancia social cada vez mayor de las uniones consensuales - aún más marcado entre las adolescentes que entre la población adulta-, podrían estar jugando un papel importante en el aumento de la fecundidad adolescente y en el madresolterismo.

5.3.8. Factores Individuales y del Hogar

Existe evidencia del efecto importante del nivel educativo de la adolescente y de las condiciones del hogar sobre la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales y de la maternidad adolescente (Flórez y Núñez, 2002; Gaviria, 2000). El contexto y el ambiente familiar han mostrado ser factores importantes en el comportamiento sexual de las adolescentes (Vargas y Barrera, 2002; Vargas y Barrera, 2003). En general, se puede afirmar que un bajo nivel educativo de la madre, un bajo clima educativo en el hogar, el desarrollo de la adolescente en un hogar monoparental, la experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, antecedentes de abuso sexual en la adolescente, la agresión física/verbal, el nivel de violencia del hogar, el tipo de unión establecida por la madre, un bajo nivel de comunicación con la madre, y una mayor flexibilización de los padres en el control de los jóvenes incrementan de manera significativa la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales, al igual que la probabilidad de embarazo en las adolescentes (Flórez et al, 2004; Schkolnik, 2003). Se ha observado que en las familias en las que se encuentran ambos padres biológicos presentes, los adolescentes perciben niveles más altos de aceptación y supervisión parental, lo cual reduce la probabilidad de asumir conductas de riesgo (como inicio de relaciones sexuales temprana y sin protección) y, por lo tanto, la probabilidad de que se produzca un embarazo precoz (Flórez et al, 2004). Por el contrario, adolescentes con madres separadas/divorciadas tienen mayor probabilidad de un primer embarazo tal vez por una mayor permisividad ligada a un menor número de personas encargadas de supervisar a los miembros más jóvenes de la familia (Flórez et al, 2004). (Cuadro 5.3.21).

Cuadro 5.3.21: Proporción de adolescentes que ha experimentado eventos reproductivos por tipo de unión de la madre según estrato. Bogotá y Cali 2003

Estrato / Tipo de unión de la madre	Bogotá (N=550)			Cali (N=552)		
	Relaciones Sexuales	Embarazo	Hijo nacido vivo	Relaciones Sexuales	Embarazo	Hijo nacido vivo
Estrato Bajo						
Unión consensual	40.8	13.3	10.2	48.8	10.0	7.5
Casada	31.2	10.8	7.5	44.4	8.9	6.7
Separada/Divorciada	35.4	12.2	9.8	53.1	20.4	18.4
Estrato Medio-Alto						
Unión consensual	27.5	3.9	2.0	50.6	9.4	8.2
Casada	25.2	1.5	0.7	26.0	2.7	2.0
Separada/Divorciada	31.7	8.3	6.7	28.2	2.6	1.3
Total						
Unión consensual	31.5	10.1	7.4	37.6	9.7	7.9
Casada	27.6	5.3	3.5	30.3	4.1	3.1
Separada/Divorciada	33.8	10.6	8.5	37.8	9.4	7.9
Total Total	30.0	7.6	7.1	34.2	7.2	6.5

Fuente: Encuesta Salud Adolescente, 2003, CEDE. Tomado de Flórez et al, 2004.

Así mismo, las características de la madre y la forma de constitución de la familia se consideran de gran importancia, especialmente para las niñas. Varios estudios han demostrado que la estructura de la familia, al igual que las normas y valores predominantes en la sociedad, son factores importantes en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes (Hogan and Kitagawa, 1995; Vargas y Barrera, 2002; Vargas y Barrera, 2003). Bajo nivel de ingreso, jefatura femenina, bajo nivel educativo de la madre, son variables, entre otras, que incrementan la probabilidad de inicio de actividades sexuales y reproductivas entre las adolescentes (Flórez y Núñez, 2002).

La forma de constitución de la familia parece también incidir en este comportamiento. Un estudio cualitativo y cuantitativo realizado por Flórez et al (2004), encuentra que para Bogotá y Cali, la proporción de adolescentes (13 a 19 años), que ha experimentado un evento sexual y/o reproductivo es mayor entre aquellas adolescentes cuyas madres están en unión consensual o son separadas/divorciadas, en comparación con las jóvenes con madres que establecieron uniones legales (legal o religiosa), independientemente del estrato socioeconómico (Cuadro 5.3.21). Las diferencias son mayores para el embarazo e hijo nacido vivo. En ambas ciudades, la proporción de adolescentes que ha tenido un embarazo o un hijo nacido vivo es el doble entre aquellas con madre en unión consensual o separadas/divorciadas que entre las que tienen madre legalmente casada. Estas diferencias se acentúan en el estrato medio-alto. Esta asociación podría interpretarse a la luz de los planteamientos de Meschke (2000) - citado en Vargas y Barrera (2003)

- quien afirma que los adolescentes pueden iniciar actividad sexual más temprano cuando viven en una familia monoparental o biparental en unión consensual. Este comportamiento puede ser explicado por una de dos razones: ya sea porque tienen la percepción de que sus padres sostienen actitudes permisivas ante la sexualidad (en particular en los casos de uniones consensuales), o porque hay un número menor de personas que supervisen su actividad sexual (en el caso de los hogares nucleares monoparentales). En conclusión, la socialización en hogares fundamentados en la unión consensual o en hogares monoparentales están de alguna manera aumentado el riesgo de embarazo adolescente.

Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres. Si bien la madre parece ser la figura clave en este sentido, especialmente entre los varones, la figura paterna del mismo sexo es preferida, y las adolescentes mujeres se acercan con menor frecuencia a los padres, si se compara con las madres. Por su parte, la madre provee mensajes parciales, es decir, asume una conducta protectora, trata de que su(s) hija(s) no adopten conductas riesgosas que trae consigo la actividad sexual, por lo cual imparten modelos sexuales, fundamentados en concepciones tradicionales del rol de la mujer. La madre transmite valores e impone límites. Frente a ello, el "diálogo familiar" normalmente está dirigido más hacia prohibiciones, restricción de acciones y advertencias negativas del embarazo, pero muy poca información se provee a las jóvenes, sobre su cuerpo, menstruación o sobre el proceso mismo de la reproducción (Pantelides, 2003).

Escapar de un ambiente conflictivo en el hogar, es otro de los determinante del embarazo precoz (Pantelides, 2003). Frente a esta relación, es necesario llamar la atención sobre los altos índices de violencia intrafamiliar existentes en el país. Las estadísticas relacionadas (DNP, BID y UNIANDES, 2004), muestran que la forma de violencia predominante en las mujeres, es la psicológica (46%) y en el 50% de los hogares los menores sufren este tipo de violencia, junto con otras formas físicas de ésta.

En cuanto a los factores individuales, existe una amplia literatura que define la educación como uno de los principales factores socioeconómicos relacionados con el nivel de fecundidad alcanzado por las mujeres. Un aumento en el nivel educativo en la mujer lleva a un aumento en el costo de oportunidad de su tiempo, lo cual se traduce en un aumento en la edad de la primera unión y del nacimiento de su primer hijo, y eventualmente, en una disminución en el número total de hijos al final del ciclo reproductivo. Dentro de este contexto, los diferentes estudios disponibles coinciden en afirmar que el nivel educativo de la adolescente es una de las variables más importantes. Gaviria (2000) encuentra que la falta de educación es uno de los

factores de mayor riesgo en la incidencia del embarazo juvenil, ya que las jóvenes que no han completado su educación primaria están más propensas a quedar en embarazo. Barrera e Higuera (2004) por su parte afirman que los años de educación no afectan la probabilidad de embarazarse, pero si afectan el nivel de fecundidad. En contraste, Flórez y Núñez (2002) señalan que, para América Latina, hay efectos significativos del contexto regional, el nivel educativo y la utilización de métodos anticonceptivos sobre el timing de fecundidad adolescente, y estos efectos son más fuertes en la tasa de nacimientos prematrimoniales en las jóvenes. Por el contrario, en estos estudios no existe evidencia de que el acceso a los métodos de planificación familiar estén afectando de manera significativa las tasas de embarazo adolescente.

Dentro de los factores individuales, el acceso a los servicios de salud puede considerarse un factor importante ya que permitiría a la adolescente acceder a información adecuada sobre su fisiología reproductiva y sobre el uso adecuado de los métodos de planificación familiar. El Cuadro 5.3.22 indica que hay una relación entre la afiliación al sistema de salud colombiano y la proporción de adolescentes madres o embarazadas: las adolescentes afiliadas al régimen subsidiado o que están fuera del sistema de salud muestran una menor proporción de madres o embarazadas que es más del doble a la observada entre las adolescentes afiliadas al régimen contributivo o a regímenes especiales. Sin embargo, el efecto de esta variable sobre la probabilidad de embarazo puede estar mediado a través del clima educativo del hogar, o del nivel socioeconómico. Por lo tanto, aunque hay una relación entre tipo de afiliación al sistema de salud y embarazo adolescente, no podemos atribuirla directamente a la afiliación en sí.

Cuadro 5.3.22: Distribución de adolescentes madres o embarazadas por tipo de afiliación al SGSSS por zona. 2000 y 2005

Tipo de régimen	Total		Urbano		Rural	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Adolescentes 13-14						
Contributivo		0.6		0.6		0.6
Subsidiado		1.3		1.4		1.1
No afiliado		1.3		1.5		1.0
Total		1.1		1.1		1.0
Adolescentes 15-19						
Contributivo	11.3	11.5	10.4	11.1	17.9	16.0
Subsidiado	27.3	25.3	25.7	24.3	29.9	27.0
No afiliado	19.8	23.4	17.8	21.2	25.9	29.3
Total	19.1	20.5	16.9	18.5	26.2	26.9

Fuente: DHS-2000, 2005.

La afiliación al sistema de salud le puede dar a la mujer un mayor acceso a los métodos de planificación familiar debido a que la norma indica que algunos métodos modernos, como el DIU, están incluidos en el POS. Sin embargo, la evidencia indica (Cuadro 5.3.23) que no hay una relación clara entre el uso de métodos modernos y la afiliación al sistema, especialmente entre las adolescentes. Una explicación estaría en que el condón, que es uno de los métodos más usados entre las adolescentes no unidas pero sexualmente activas, no está incluido dentro de los métodos modernos cubiertos por el POS. De otra parte, la información sobre métodos de planificación familiar tampoco parece estar dándose a través del sistema de salud. El Cuadro 5.3.24 muestra que entre las adolescentes que actualmente no usan métodos, un 10% no usa por razones de acceso y costo, y un 44% no usa por razones relacionadas con el método (efectos secundarios). Dentro de las adolescentes que ha tenido una consulta para el cuidado de salud, menos de la tercera parte (29%) le han hablado de los métodos de planificación familiar (Cuadro 5.3.25). Esto sugeriría que el sistema de salud no está facilitando la información ni el acceso a los servicios y métodos de planificación familiar.

Cuadro 5.3.23: Proporción de mujeres sexualmente activas* que actualmente usa métodos modernos de planificación familiar por tipo de afiliación al SGSSS por zona. 2000 y 2005

Tipo de regimen	Total		Urbano		Rural	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Adolescentes 13-14						
Contributivo		0.0		0.0		0.0
Subsidiado		43.7		57.0		21.1
No afiliado		15.5		21.0		11.7
Total		28.5		38.8		15.2
Adolescentes 15-19						
Contributivo	52.9	55.2	58.4	57.2	25.3	44.4
Subsidiado	45.9	51.8	52.5	54.0	38.1	49.0
No afiliado	50.1	49.7	49.9	56.3	50.6	38.4
Total	49.2	51.3	52.4	55.7	43.1	43.7
Total Mujeres 15-49						
Contributivo	71.2	74.1	71.9	73.8	66.9	76.5
Subsidiado	64.0	70.5	68.3	71.4	58.4	69.2
No afiliado	64.0	64.9	65.2	66.1	61.5	62.6
Total	66.8	70.4	68.9	71.3	61.4	68.0

* Incluye actualmente unidas

Fuente: DHS-2000, 2005.

Cuadro 5.3.24: Distribución de mujeres que no usan actualmente método de planificación familiar* por razón de no uso. 2005

Razon	13-14	15-19	15-49
Oposición a usar	13.4	12.2	8.3
Falta de conocimiento	9.3	6.7	2.8
Razones relacionadas con el método	6.5	29.9	44.0
Razones de acceso/costo	5.8	10.8	10.7
Otra	21.0	22.5	25.7
No sabe	43.9	17.9	8.3
Total	100.0	100.0	100.0

* Excluye las no en unión, y las razones relacionadas con fecundidad (menopausia, posparto, etc)

Fuente: DHS_2005

Cuadro 5.3.25: Atención en planificación familiar. 2005

Servicio	13-14	15-19	15-49
Ha sido visitada por un trabajador de salud de planificación familiar en los últimos 12 meses	3.2	3.8	3.8
Ha tenido una consulta para el cuidado de la salud en los últimos 12 meses	53.5	59.7	68.8
En las consultas que ha asistido le han hablado de los métodos de planificación familiar para prevenir un embarazo no deseado	11.9	29.2	31.6

Fuente: DHS_2005

5.3.9. Aspectos Cognitivos

Basadas en los datos de un estudio cualitativo realizado en Bogotá y Cali, Vargas, Henao y González (2004) (2004) estudian el proceso de socialización mediante el cual los jóvenes construyen las cogniciones que guían sus decisiones acerca de tener relaciones sexuales en la adolescencia, usar métodos de planificación familiar, unirse o casarse, embarazarse o abortar. Frente al inicio temprano de actividad sexual afirman que una de las cogniciones más relevantes es la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son naturales y normales en la adolescencia. En relación con las cogniciones sobre el tener relaciones sexuales prematrimoniales, se encontró que los jóvenes tienden a valorar positivamente las relaciones sexuales antes del matrimonio y a considerarlas necesarias para asegurar el éxito de la pareja. De acuerdo con Moore y Rosenthal (1993), afirman que los padres influyen en el desarrollo de las actitudes de sus hijos hacia las relaciones sexuales, a través de sus propias actitudes, su conducta, el ambiente religioso de la familia y la información explícita que les brindan sobre los temas relacionados con la sexualidad.

Frente a la no utilización de métodos de planificación familiar, Vargas et al (2004) muestran evidencia entre los adolescentes de: a) la percepción de invulnerabilidad; b) el escepticismo frente a la efectividad de los métodos; c) las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios; d) la creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tiene confianza es un irrespeto. Los jóvenes piensan que a su edad no van a quedar embarazadas y menos la primera vez, o que si los dos son vírgenes no existe posibilidad alguna de que un embarazo ocurra. Los jóvenes argumentan además que el condón no les permite sentir lo mismo y usar un método es un irrespeto para la pareja que se ama y se le tenga confianza (Vargas et al, 2004).

El análisis de las cogniciones de los adolescentes relacionadas con el embarazo, la maternidad y la paternidad permite plantear que algunas cogniciones favorecen las decisiones de los jóvenes acerca de la fecundidad precoz, mientras que otras pueden incentivar que este evento se posponga. Las razones por las cuales se da una maternidad precoz pueden ser varias: a) la percepción de que el embarazo en la adolescencia es una forma de ganar estatus, reconocimiento y aceptación social; b) la creencia de que el embarazo puede constituir una opción de conformar una “verdadera familia”; c) la convicción, en las mujeres, de que la maternidad es un elemento central de la identidad femenina y, en los hombres, de que el embarazo confirma su masculinidad, su madurez y su capacidad productiva; d) la valoración de los hijos como fuente de autorrealización y trascendencia y de seguridad afectiva, económica y social.

5.3.10. Análisis de las metas propuestas en fecundidad adolescente

Incrementar el uso de métodos de anticoncepción entre la población no unida y sexualmente activa (15-19 años)

Colombia 2019 plantea una reducción de 69% en la prevalencia del uso de métodos modernos de planificación familiar entre la población femenina no unida y sexualmente activa de 15 a 19 años de edad, al pasar de 49.6% en el 2000 a 69% en el 2019. La evidencia indica que la utilización de métodos modernos de planificación familiar ha venido aumentando en la población de 15 a 19 años sexualmente activa de 49.6% en el 2000 a 66% en el 2005 (Profamilia, 2005). Esta tendencia muestra que el alcance de esta meta es posible, sin embargo, es necesario seguir promoviendo comportamientos reproductivos y sexuales saludables entre los jóvenes.

Detener el porcentaje de adolescentes madres

Colombia 2019 plantea una reducción en la fecundidad adolescente, llevando la cifra del porcentaje de madres adolescentes de 19% en el 2000 a menos del 15% en el 2019. La consecución de esta meta es difícil alcanzar. La tendencia presentada por la fecundidad adolescente indica que dicha proporción crece a

ritmos alarmantes: mientras en 1990 el porcentaje de jóvenes entre 15-19 años que habían estado embarazada era de 12.8%, en el 2005 este porcentaje alcanza niveles del 20.5% (Cuadro 5). La tendencia ha sido persistentemente creciente, a pesar de los esfuerzos del gobierno en educación sexual en los colegios, en aumentar coberturas educativas, en aumentar la disponibilidad de métodos de planificación familiar entre las adolescentes. Por lo tanto, es difícil lograr el cumplimiento de esta meta. Los modelos educativos tradicionales, el ausentismo y la disfunción familiar, la poca participación de la comunidad a este problema han generado un ambiente propicio para el aumento de la maternidad en edades tempranas. De esta manera, se requiere de medidas que favorezcan las conductas reproductivas y sexuales responsables, la promoción del fácil acceso y correcta utilización de los métodos de planificación, con el fin de poder contribuir positivamente en la reducción de la fecundidad adolescente, sin pretender lograr la meta planteada.

La meta que desea alcanzar la política de SSR, al igual que la meta del Milenio en SSR en adolescentes, es reducir el embarazo en las adolescentes de 19% en el 2000 a 14% en el 2006, lo cual equivale a una reducción de 26% (Ministerio de la Protección Social, 2000). Sin embargo, la tendencia creciente en la proporción de adolescentes embarazadas, de 19% en el 2000 a 20.5% en el 2005, hace imposible lograr esta meta. Es necesario revisar, no solo las metas de la política, sino las líneas de acción y los instrumentos de política actuales.

5.4. Situación y tendencias de la Mortalidad Materna

Uno de los principales indicadores del comportamiento de la salud sexual y reproductiva es la frecuencia con que el embarazo, el parto o el puerperio terminan ocasionando la muerte de la mujer. Los procesos reproductivos no son enfermedades pero exigen cuidados especiales porque son susceptibles de complicarse poniendo en peligro tanto a la madre como al bebé por nacer. Se considera que la mortalidad materna es evitable y son numerosos los estudios que identifican los factores asociados con altos niveles de mortalidad materna.

Entre las primeras acciones que se diseñaron para la reducción de la mortalidad materna está la clasificación del riesgo que es un procedimiento de atención primaria en salud que ayuda a identificar cuándo un embarazo es de alto riesgo y cuáles acciones y niveles de complejidad de la atención se deben prever en cada caso. Este nivel de riesgo depende de la edad de la mujer, sus antecedentes obstétricos —como el número de embarazos previos, el número de pérdidas o abortos que ha tenido, la sobrevivencia de los hijos nacidos vivos, el intervalo con el nacimiento anterior, entre otros— y sus condiciones familiares, sociales y económicas. Otros estudios han identificado factores que ponen en riesgo la vida de la mujer, como

la demora en reconocer los signos y síntomas de las complicaciones, la tardanza en llegar al centro de salud u hospital con una mujer embarazada que presenta alguna complicación o las demoras en la prestación de los servicios de urgencias dentro de las mismas instituciones de salud. Con base en estos resultados se han conseguido reducciones sensibles de los niveles de mortalidad con educación a la comunidad y transporte oportuno para el traslado de estas mujeres embarazadas que presentan complicaciones (Ruiz M., 2005).

En Colombia, hacia el año 2000 se observaban 100 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos, cifra que puede considerarse alta para el nivel de desarrollo que tiene el país, pues se sitúa por encima de Ecuador (97 por cien mil en 2001), Venezuela (67), México (77), Brasil (45), o Argentina (43). En otro extremo están Paraguay (160) y Perú (185) (CLAP-OPS/OMS, 2003).

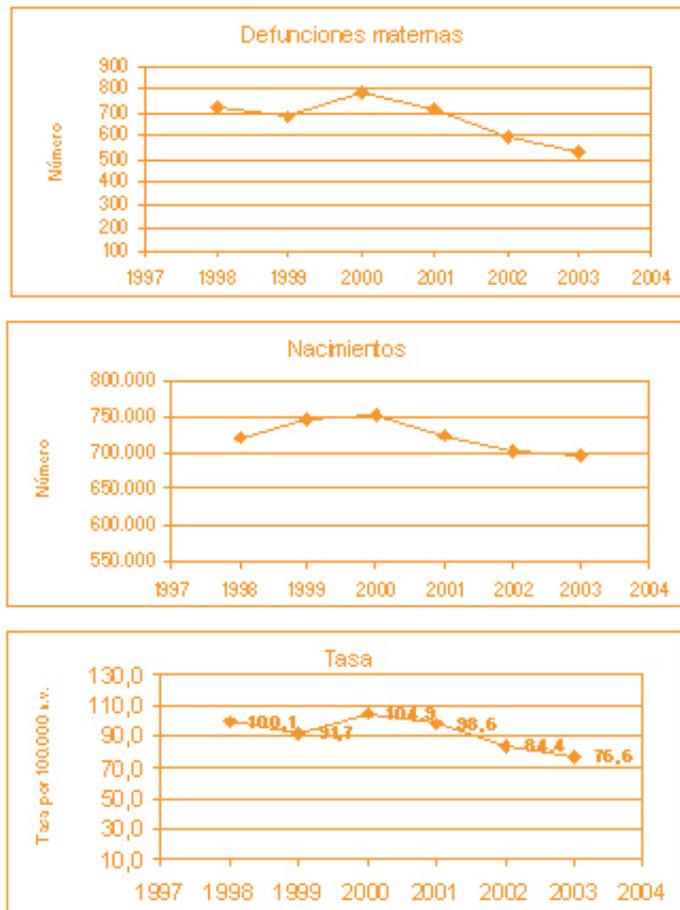
5.4.1. Nivel actual de la mortalidad materna en el país y sus departamentos

Como se mencionó anteriormente, se han dado acciones para mejorar la atención de la maternidad, por ejemplo, ampliar la cobertura de la afiliación al SGSSS, mejorar la normatividad en la atención, explicitar la política de salud sexual y reproductiva y más recientemente el plan de choque. Sin embargo, se observa que el descenso de las cifras en el total nacional (Gráfico 5.4.1) es demasiado fuerte de un año a otro y anterior a varias de estas acciones.

Uno de los objetivos del nuevo sistema de estadísticas vitales fue mejorar la calidad de la información de mortalidad materna el cual se logró como se puede comprobar en las series cuando pasó de cerca de 430 defunciones maternas anuales en el período 1995-97 a 750 en el período 1998-2001. Lamentablemente, el escaso presupuesto con que ha contado el DANE en los años recientes para el sistema de estadísticas vitales ha obligado a suspender labores de capacitación y mantenimiento del sistema. Esta puede ser la explicación para que el número de muertes maternas descendiera a 714 en 2001 y a 591 en 2002. En 2003, si bien son cifras preliminares, llega a 534, de suerte que por mucho que se incremente por los casos que todavía faltan de integrar al sistema es bastante improbable que se alcancen las cifras del año anterior. El número de nacimientos también viene en descenso, pero a un ritmo menor que el observado en las defunciones maternas y como resultado la razón de mortalidad materna descendió.

En consecuencia volvemos a enfrentar un problema de calidad que no permite establecer el real descenso de la mortalidad materna. Abstrayendo este problema, puede decirse que la mortalidad materna habría descendido de un promedio de 98.9 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos en 1998-2000 a 86.5 por cien mil nacidos vivos en 2001-2003.

Gráfico 5.4.1 Colombia. Defunciones maternas y nacimientos en el período 1998-2003

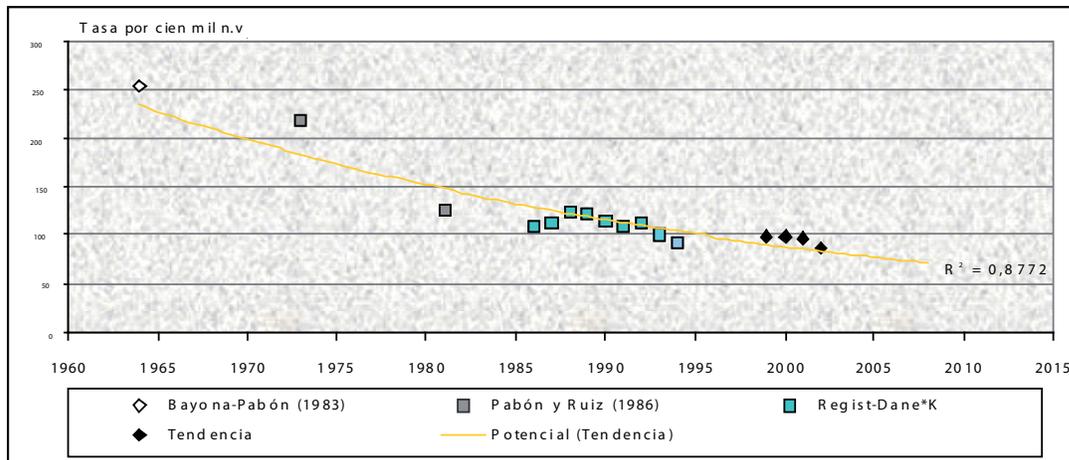


Fuente: DANE Sistema de Estadísticas vitales

5.4.2. Tendencia histórica de la mortalidad materna

Como se dijo anteriormente, la medición de la mortalidad materna es uno de los principales problemas para plantear los objetivos a alcanzar como medir el impacto de las intervenciones tendientes a su disminución. En el Gráfico 5.4.2 se observa la tendencia de la mortalidad materna con base en datos derivados del registro de nacimientos y defunciones vigente hasta 1997 y desde 1998 a partir del sistema de estadísticas vitales. Al parecer, entre 1965 y 1980 se dio un fuerte descenso, luego dos décadas de muy escasos logros, hasta el año 2001. En los años recientes, 2001 y 2002, se observa un leve descenso que podría explicarse por un deterioro del sistema de estadísticas vitales o un descenso real. Evaluaciones en proceso indican para el año 2002 que la explicación está más relacionada con un deterioro del sistema al no consignarse el antecedente obstétrico en el certificado de defunción.

Gráfico 5.4.2 Colombia. Tendencia de la mortalidad materna según diferentes autores. 1965-2002



Fuente: Ruiz M. (2005).

Es cierto que la década de 1980 se llamó en América Latina, la “década perdida” por el estancamiento en la mayoría de los indicadores sociales, sin embargo en el caso de Colombia, la mortalidad materna es quizás uno de los más rezagados y ajeno a avances como la educación de las mujeres, el descenso de la fecundidad, el uso de anticoncepción moderna o el acceso a servicios de salud.

5.4.3. Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad materna

El indicador a nivel nacional, como se mencionó anteriormente, es alto, pero al mismo tiempo enmascara profundas desigualdades; es el caso de los departamentos de las regiones de la Orinoquía y la Amazonía y otros como Chocó donde una mujer tiene siete veces más riesgo de morir por problemas del embarazo, el parto o el puerperio que una mujer del eje cafetero (Cuadro 5.4.1).

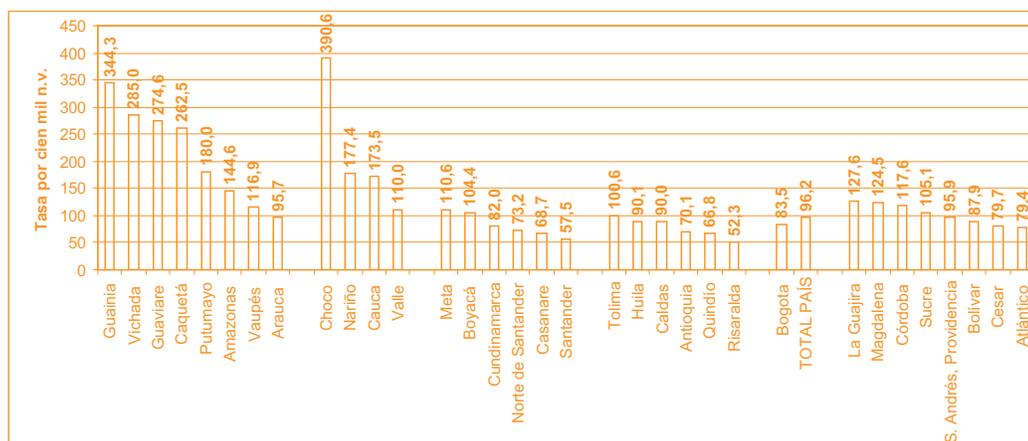
Con el fin de establecer el nivel de mortalidad materna que tienen los departamentos y su posición relativa en el contexto nacional se utilizó la tasa media anual del período 1998-2002. Se puede observar que mientras en Chocó mueren cerca de 400 mujeres por cada cien mil nacidos vivos, en Risaralda mueren 52. Es de resaltar que la tasa de Risaralda, siendo la más baja del país está por encima de lo observado en Brasil (45) o Argentina (43). En los departamentos de la Orinoquía y la Amazonía en promedio mueren 200 mujeres por cada cien mil nacidos vivos; un poco por debajo de esta cifra se ubican Cauca, Nariño y Putumayo (180 por 100000 n.v.), y les siguen

varios de los departamentos de la Costa Atlántica con tasas cercanas a 120 por cien mil nacidos vivos. El Valle y Bogotá tienen tasas altas (110 y 83 por 100000 n.v., en el período 1998-2002, respectivamente), y más todavía si se toma en cuenta su nivel de desarrollo⁸.

Con el fin de no entrar en un análisis de año a año del período mencionado, por las fluctuaciones que pueden tener las cifras departamentales, se estimó el promedio del período 1998-2002. La tasa más alta se observa en Chocó (390 defunciones por cien mil n.v.), y los departamentos de la Orinoquía (290 en promedio) y la Amazonía (220 por cien mil n.v.).

Otros departamentos con tasas superiores a 150 por cien mil son Cauca y Nariño en el occidente, seguidos de Valle en la misma región, Meta, Boyacá y Tolima en el centro del país y La Guajira, Magdalena y Córdoba en la Costa Atlántica (Gráfico 5.4.3).

Gráfico 5.4.3 Colombia. Tasa de mortalidad materna por departamentos 1998-2002



Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas Vitales. Cálculos propios

Por zona de residencia también se observan inequidades, con base en las estadísticas vitales se estableció que mientras en las cabeceras municipales la tasa es de 81,6 defunciones maternas por 100000 n.v., en los centros poblados es de 130,6 y la población que vive en el rural disperso es 164,5. De manera que una mujer que habita en la zona rural tiene dos veces más riesgo de morir por estas causas que una mujer de las zonas urbanas (Cuadro 5.4.1).

Las diferencias por nivel educativo también muestran las inequidades. Entre las mujeres con educación la tasa está en 42 por cien mil y las que solo tienen educación primaria, la tasa es de 92 por 100000 n.v., y llega a 231,3 entre las que no tienen

⁸ Para evitar las distorsiones originadas en el desplazamiento de las maternas en busca de atención de salud, se clasificaron las defunciones lugar de residencia de la mujer y los nacimientos por lugar de residencia de la madre.

educación. En esta variable debe hacerse un esfuerzo por mejorar la calidad de la información dado que es muy alta la proporción de defunciones en los que no se consigna el dato y no parece que una distribución porcentual de ese sin información sea la solución más acertada.

Cuadro 5.4.1 Colombia. Defunciones maternas, nacimientos y tasas de mortalidad materna por variables seleccionadas. 1998-2002

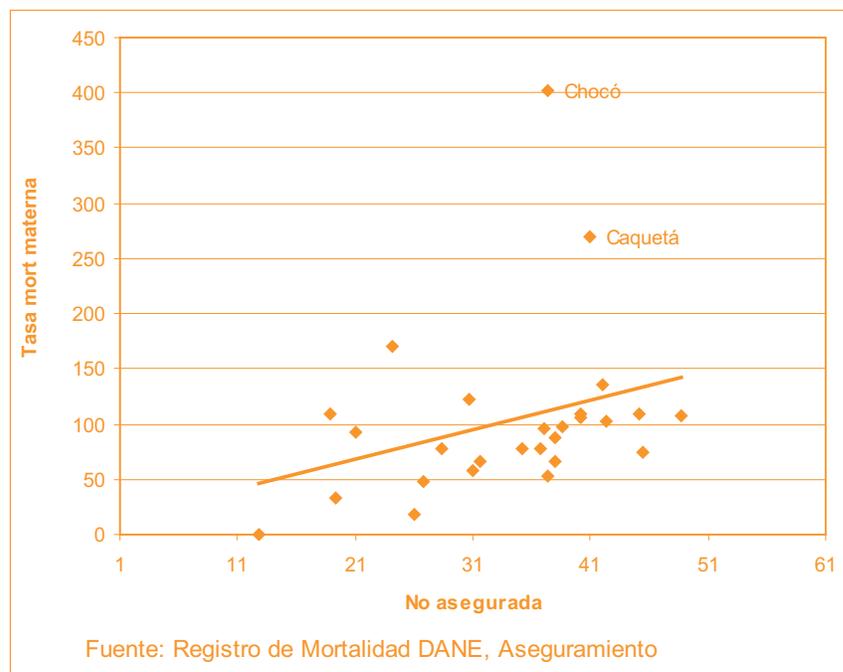
DEFUNCIONES MATERNAS 1998-2002	Nacimientos					Tasas anuales										
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	98-02					
Edad																
< 15 años	4	7	7	8	6	5091	5631	5916	5760	5705	80,6	126,5	119,1	140,1	106,4	115,3
15 años	14	14	9	9	2	11557	12298	13156	12869	12494	124,2	115,9	68,8	70,5	16,2	78,2
16 años	14	19	21	14	11	22440	24152	24414	24703	23052	64,0	80,1	86,6	57,2	48,3	67,4
17 años	31	16	32	35	16	34662	35959	36783	34719	34246	88,8	45,3	87,5	101,7	47,3	74,1
18 años	28	20	35	23	22	41727	42058	42031	40216	37947	66,4	48,4	83,8	57,7	58,7	63,1
19 años	22	15	23	35	30	42858	46681	45873	44090	42454	50,2	32,7	50,5	80,1	71,5	56,6
< 15 años	4	7	7	8	6	5091	5631	5916	5760	5705	80,6	126,5	119,1	140,1	106,4	115,3
15-19	109	85	121	117	82	153245	161149	162257	156597	150193	70,9	53,1	74,4	74,7	54,6	65,6
20 - 24 años	135	137	157	132	140	208334	216317	221242	214188	209518	65,0	63,5	71,0	61,7	66,7	65,6
25 - 29 años	136	141	148	155	122	169018	170157	167614	158510	153092	80,7	83,1	88,3	98,0	80,0	86,0
30 - 34 años	155	146	155	130	87	113484	117028	117771	112862	107297	136,5	124,4	131,6	115,3	81,1	118,3
35 - 39 años	118	108	118	115	101	56688	60035	61275	59497	58218	208,0	179,7	192,2	193,2	173,8	189,3
40 - 44 años	46	54	61	41	46	13676	14474	15279	15575	15145	337,4	372,7	401,8	265,5	300,7	335,0
45 y más	21	9	23	15	7	1448	1403	1480	1331	1287	1416,0	652,7	1564,5	1136,9	550,4	1079,7
Área de residencia																
Cabecera	497	472	518	490	371	579196	588311	593736	566099	549238	85,8	80,2	87,2	86,6	67,6	81,6
Centro poblado	77	91	86	74	79	54971	66065	66739	64233	59187	139,4	137,8	129,6	114,5	133,4	130,7
Rural disperso	150	125	186	150	141	86817	91818	92359	93987	92030	173,0	136,0	201,0	159,9	153,0	164,5
Nivel educativo																
Ninguno	45	48	52	30	30	18892	18645	18170	16843	16079	238,2	257,4	286,2	178,1	186,6	231,3
Primaria	224	209	248	216	188	240775	248350	244674	226759	214520	93,0	84,2	101,4	95,3	87,6	92,3
Secunda. o más	170	169	211	204	163	411783	440782	452960	439688	437217	41,3	38,3	46,6	46,4	37,3	42,0
Sin información	285	262	279	264	210	49534	38417	37030	41029	32639	575,4	682,0	753,4	643,4	643,4	654,4
Estado civil																
Soltera	140	124	162	133	86	111450	117970	119961	117050	113101	125,6	105,3	135,1	113,3	76,3	111,3
Casada	220	192	231	195	155	219647	213684	208067	192728	177201	100,0	90,0	110,9	101,1	87,5	98,2
Unión libre	351	355	366	371	338	381992	406685	417163	407267	403499	91,9	87,2	87,7	91,2	83,8	88,3
Separada, divor, viuda	13	17	32	15	12	7895	7855	7643	7275	6655	168,1	213,6	412,3	206,1	175,2	236,4
Régimen de seguridad																
Contributivo	160	126	174	149	116	286512	264146	258839	256471	251336	55,8	47,7	67,4	58,0	46,0	55,0
Subsidiado	214	229	249	252	215	194664	222526	231872	215179	224881	110,0	102,9	107,4	117,0	95,4	106,4
Vinculado, otra condi.	350	333	367	313	261	239809	259522	262123	252669	224238	146,0	128,4	139,9	124,1	116,4	131,2

Otra manifestación de las inequidades es la diferencia de nivel de mortalidad materna entre las afiliadas al régimen contributivo con una tasa de 55 por 100000 n.v. seguida por el régimen subsidiado con una tasa de 106 y pasa a 131 en el vinculado u otro régimen. Hay que destacar que la tasa del régimen contributivo no

es baja a pesar de estar asociada a mejores contextos socioeconómicos que los otros dos regímenes. A pesar de que los POS tanto del contributivo como del subsidiado favorecen la atención del embarazo, el parto y el puerperio, el acceso a los servicios o la calidad de los servicios marcan claras diferencias de manera que una mujer que está en el régimen vinculado tiene casi tres veces más riesgo de morir por estas causas que una mujer del régimen contributivo. Así mismo una mujer del régimen subsidiado tiene dos veces más riesgo de morir que una mujer del contributivo.

Si se compara la cobertura de aseguramiento con la mortalidad materna por departamento se observa que en aquellos con mayor proporción de población asegurada se encuentra menor mortalidad materna, lo cual podría resaltar los beneficios del aseguramiento en términos de acceso a servicios asistenciales y oportunidad en la prestación de los mismos (Gráfico 5.4.4). Sin embargo, se esperarían mejores resultados toda vez que departamentos con alta proporción de su población asegurada (más de 80% asegurada, menos de 20% no asegurada), tienen tasas de mortalidad materna que oscilan entre 50 y 100 defunciones por cien mil n.v.

Gráfico 5.4.4. Colombia. Mortalidad Materna por departamento vs. Cobertura de Aseguramiento



Otro aspecto importante en el análisis de mortalidad materna es el sitio donde estas ocurren. Las estadísticas vitales permiten identificar el lugar donde ocurrió la muerte y también el lugar donde ocurren los nacimientos, pero estas dos informaciones no se corresponden para poder calcular una tasa. Sin embargo sí se puede observar que la mortalidad materna ocurre con mayor frecuencia que los nacimientos por fuera de las instituciones de salud, lo cual puede revelar una actitud distinta de la comunidad frente a las urgencias maternas, también puede revelar una permanencia muy corta de la madre en la institución de salud con motivo del parto, de manera que es dada de alta antes de estabilizarse y las complicaciones se presentan en momentos en que hay un recién nacido que está demandando atención.

Cuadro 5.4.2 Colombia. Defunciones maternas y nacimientos por lugar de ocurrencia. 1998-2002

Sitio de ocurrencia	Defunciones					Nacimientos				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Total	724	688	790	714	591	720984	746194	752834	724319	700455
Institucion	573	561	640	598	496	668127	693983	703676	677654	663779
Domicilio	93	72	97	71	54	47499	46334	44553	42214	33368
Otro lugar	58	55	53	45	41	5358	5877	4605	4451	3308
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Institución	79,1	81,5	81,0	83,8	83,9	92,7	93,0	93,5	93,6	94,8
Domicilio	12,8	10,5	12,3	9,9	9,1	6,6	6,2	5,9	5,8	4,8
Otro lugar	8,0	8,0	6,7	6,3	6,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,5

Fuente: DANE. Sistema de estadísticas vitales.

5.4.4. Mortalidad Materna por causas

Para el periodo 2000-2003 el análisis de las causas de muertes maternas arroja como resultado una composición que se mantiene como en años anteriores con algunas variaciones. Llamam la atención los problemas de la mala codificación, ya que se encuentra un volumen importante (27% segundo lugar en las causas), de muertes clasificadas como otras enfermedades maternas clasificables en otra parte (DANE, 2005).

La primera causa de muerte se mantiene igual en la última década y de acuerdo con la tendencia de las causas de muerte en el mundo, son la hipertensión gestacional y la eclampsia. Las primeras causas (HTA en el embarazo y eclampsia), suman en total el 28% del total de las muertes. Las dos causas siguientes bajan de 25% a 19% las anomalías del trabajo de parto y parto (incluyen las hemorragias post-parto), y del 16% al 9% el embarazo terminado en aborto (Cuadro 5.4.3 y Gráfico 5.4.5).

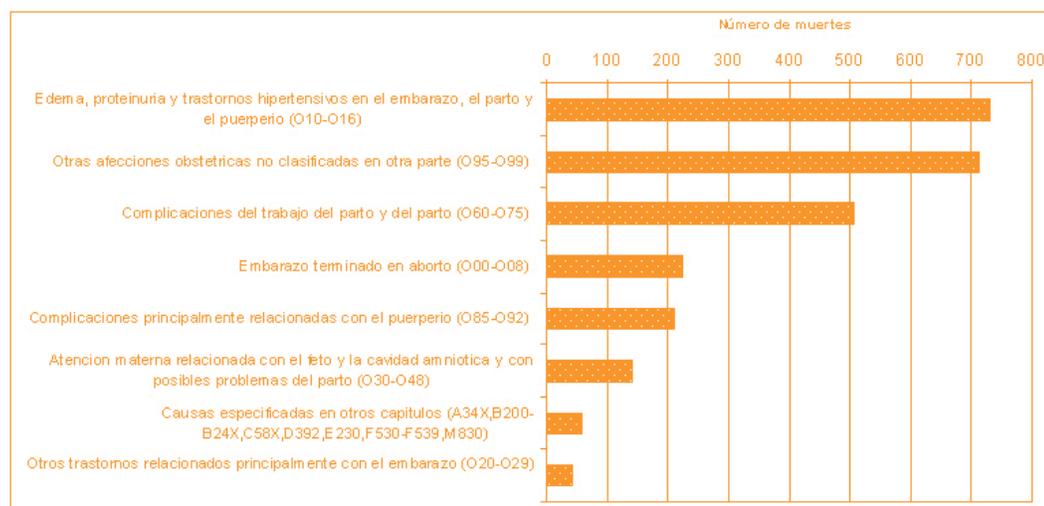
Esta distribución presenta modificaciones a las últimas mediciones publicadas. mientras el porcentaje de muertes por toxemia constituían el 35% de las muertes en el periodo 1992-1996, este porcentaje baja al 28% en el periodo 2000-2003, Igualmente el orden de las siguientes causas cambia, mientras la segunda causa en 92-96 eran las complicaciones del trabajo de parto, estas son la tercera causa. El aborto también cambia de posición del puesto 3 al 4° (DANE, 2005):

Cuadro 5.4.3 Colombia. Mortalidad materna por causas (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10). 2000-2003

Causa de muerte	Estudio DANE/FNUSP 1992-96 Porcentaje (Prada, 2001)	DANE 2000-2003 Porcentaje
HTA gestacional - Eclampsia	35	28
Complicaciones del Trabajo de Parto	25	19
Aborto	16	9
Otras complicaciones del embarazo	9	27
Complicaciones del Puerperio	8	8
Hemorragias	7	-

Fuente: Registro de Mortalidad DANE 2000-2003, Estudio DANE FNUAP 1992-1996

Gráfico 5.4.5 Colombia. Mortalidad materna por causas



Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas Vitales 2002.

El edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo cobran más muertes en el grupo de 20-24 años (DANE, 2005). En este tema es de especial relevancia la clasificación del riesgo obstétrico y el manejo precoz y adecuado de esta patología. Para ello la Resolución 412 incluye la guía de atención de las complicaciones hipertensivas del embarazo.

Las muertes por las complicaciones del trabajo de parto y parto que se presenta principalmente en el grupo de las mujeres de 25-29 años, no se correlacionan con el alto nivel de parto institucional y por personal calificado (91%) en el país. Quizás esta situación sugiera problemas de calidad al interior de las instituciones prestadoras de servicios. Las muertes por embarazo terminado en aborto se presentan de manera predominante en el grupo de 20-24 años (DANE, 2005).

De las muertes materna ocurridas en el grupo de 10 a 14 años de edad, la primera causa son las afecciones obstétricas no clasificadas, la segunda causa predominante son las complicaciones del trabajo de parto y parto y la tercera causa es el embarazo terminado en aborto. En el grupo de 40-44 años el 30% de las muertes maternas son debidas a los trastornos hipertensivos del embarazo, seguidas de las complicaciones del trabajo de parto y parto(DANE, 2005).

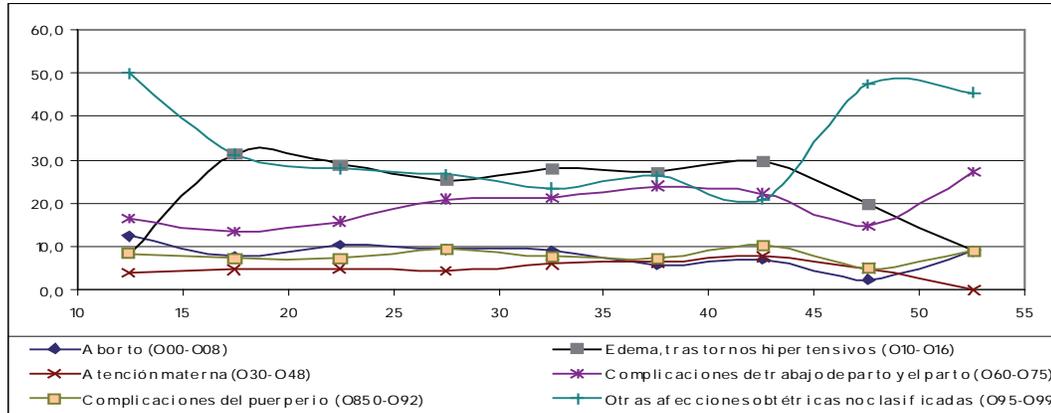
En estos grupos de edad en donde se incrementan los riesgos de hipertensión inducida por el embarazo y otros riesgos inherentes a la edad, se espera una mayor calidad en el control prenatal de alto riesgo y la atención consecuente en un nivel superior de complejidad. Los estudios a profundidad de estos casos pueden evidenciar las necesidades de mejoramiento en la red de servicios, su calidad y oportunidad así como las barreras de acceso para la atención en los servicios de salud.

Cuadro 5.4.4 Colombia. Mortalidad materna por causas por edad 2000-2003

	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Edad desc.	
TOTAL 2000-2003	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	8,5	12,5	7,9	10,5	9,5	9,0	5,8	7,1	2,5	9,1	4,3
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)	27,8	8,3	31,5	28,9	25,1	27,9	27,3	29,5	20,0	9,1	39,1
Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29)	1,6	0,0	1,3	2,0	0,9	1,8	1,9	2,2	0,0	0,0	4,3
Atencion materna relacionada con el feto y la cavidad amniotica y con posibles problemas del parto (O30-O48)	5,4	4,2	4,6	5,1	4,5	6,1	6,3	7,7	5,0	0,0	0,0
Complicaciones del trabajo del parto y del parto (O60-O75)	19,3	16,7	13,5	16,0	21,0	21,3	23,8	22,4	15,0	27,3	21,7
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	8,1	8,3	7,4	7,5	9,5	7,9	7,3	10,4	5,0	9,1	4,3
Otras afecciones obstetricas no clasificadas en otra parte (O95-O99)	27,2	50,0	31,2	27,8	26,6	23,7	26,3	20,8	47,5	45,5	21,7
Causas especificadas en otros capitulos (A34X,B200-58X, D392,E230,F530-F539,M830)	2,2	0,0	2,8	2,2	2,8	2,4	1,2	0,0	5,0	0,0	4,3

Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas Vitales 2002-2003

Gráfico 5.4.6 Colombia. Mortalidad materna por causas por edad de la mujer. 2000-2003



Fuente: DANE, Estadísticas vitales

5.4.5. Prevención y atención de la salud materna

En la prevención de la mortalidad materna se identifican tres áreas de atención en los servicios de salud: prevención del embarazo, prevención de las complicaciones durante el embarazo y tratamiento adecuado de las complicaciones. En consecuencia los servicios de planificación familiar son la primera medida para la reducción de la mortalidad materna, ya que espacia los nacimientos, evita los embarazos no deseados y las complicaciones de una interrupción.

El acceso a los servicios de control prenatal y particularmente en fases tempranas del embarazo, el número (por lo menos 4 controles prenatales) y la calidad, son condiciones que se enfocan a la identificación temprana del riesgo y su adecuado manejo y resultado (OMS, 2001). El otro servicio clave en la reducción de la mortalidad materna es la atención del parto y el puerperio en una institución de salud por personal calificado y el seguimiento de la mujer en el puerperio mediato. Esta medida está orientada a realizar el acompañamiento adecuado, el tratamiento oportuno de las urgencias obstétricas y el manejo de las complicaciones que puedan surgir.

Cuadro 5.4.5 Colombia. Acceso a Servicios de SSR por quinquenio, según ENDS.

Acceso a Servicios de SSR por quinquenio, según ENDS.				
Servicio	1990	1995	2000	2005
Porcentaje de nacimientos con atención del parto por médico o enfermera	81%	85%	87%	91%
Porcentaje de parto vaginal	84%	83%	74%	73%
Porcentaje de cesárea	16%	17%	26%	27%
Porcentaje de nacimientos con cuidado prenatal por médico o enfermera	82%	83%	91%	94%
Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron por lo menos una dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo	55%	80%	88%	86%
Porcentaje de mujeres esterilizadas quirúrgicamente o con esposo esterilizado quirúrgicamente	21%	27%	28%	31%
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres unidas	55%	59%	64%	68%

Fuente: PROFAMILIA, Encuestas de Demografía y Salud 1990- 2005

La cobertura de atención prenatal por personal calificado (médico o enfermera) se ha incrementado hasta llegar al 94% en 2005 (Cuadro 5.4.3) (Profamilia, 2005). Sin embargo aún existen departamentos en donde una alta proporción de embarazos no accede a control prenatal por personal calificado (partera) o no recibe control prenatal. Este es el caso de los departamentos de La Guajira, Cesar, Magdalena, Córdoba, Chocó, Guainía, Cauca y Vaupés, en donde el porcentaje de mujeres que no asistieron a control prenatal va desde 10 hasta 20% según datos de la ENDS 2005 (Cuadro 5.4.8).

De otra parte, el contenido mínimo de una atención prenatal de calidad (información sobre las complicaciones, examen físico y paraclínicos así como la aplicación del toxoide tetánico), también muestra brechas importantes en los mismos departamentos evidenciando de esta manera la necesidad de realizar seguimiento y control a los prestadores de servicios, la calidad de los procesos y el seguimiento de los protocolos.

La cobertura de atención del parto por médico o enfermera es de 91%. De manera coincidente con la situación que se presenta en control prenatal, en la atención del parto existen departamentos en donde este procedimiento es atendido en porcentajes importantes con parteras u otro personal. En Caquetá, Cauca, Nariño y Chocó cerca de 30% de los partos son atendidos por parteras o por otras personas diferentes a médico o enfermera (Profamilia, 2005). Debe llamarse la atención sobre la necesidad de reconocer esta realidad y formular planes que incorporen este recurso al sistema de salud mientras se identifican las condiciones que favorecen estas prácticas y las barreras para acceder a la atención por parte de personal calificado.

La cesárea ha aumentado diez puntos porcentuales en los últimos quince años llegando al 27% del total de los nacimientos (Profamilia, 2005), siguiendo la

tendencia de varios países de América Latina (OPS, 1997). Esta intervención es una alternativa para evitar complicaciones del parto y transmisión de algunas enfermedades de la madre al recién nacido y constituye una medida preventiva que tiende a reducir la mortalidad materna; sin embargo, como cualquier cirugía, conlleva complicaciones lo cual puede ser una condición que no favorezca la reducción de la mortalidad materna. En las sociedades modernas y con alta medicalización de la atención obstétrica se ha observado un incremento de la cesárea, pero es posible que no en todos los casos en que se practica sea indicada, por lo cual los riesgos de un parto normal se cambian innecesariamente por los riesgos de una cesárea.

En la literatura se ha descrito el riesgo aumentado de muerte con la operación cesárea frente al riesgo con el parto vaginal, sin embargo en el país podría interpretarse la baja frecuencia de cesárea en algunos departamentos como falta de acceso a los servicios en general y por consiguiente mayor mortalidad materna, como es el caso de Cauca y Chocó con menos de un nacimiento por cesárea por cada diez nacidos vivos. En el otro extremo están San Andrés donde siete de cada diez nacimientos son por cesárea, le siguen Atlántico con cuatro de cada diez y Sucre, Norte de Santander, Bolívar, Santander, Casanare, Putumayo, Bogotá y Nariño con más de tres por cada diez (Profamilia, 2005).

Otra medida para la identificación y tratamiento oportuno de patologías es el control del puerperio. La encuesta preguntó a las mujeres que tuvieron hijos que no nacieron en establecimiento de salud en los cinco años anteriores a la encuesta, por momento del primer control postnatal para el nacimiento más reciente. A pesar de que es un procedimiento de carácter obligatorio en los primeros ocho días posteriores al parto de acuerdo con lo establecido en la norma técnica correspondiente, existe un porcentaje muy importante de mujeres (73%), de las que no tuvieron parto institucional, que no asistieron a este control y es muy similar en todas las zonas del país (Cuadro 5.4.6) (Profamilia, 2005).

Además del control prenatal, en la atención del parto y el puerperio el manejo de las complicaciones obstétricas se convierte en una medida importante frente a la mortalidad materna. Es allí en donde se pone en evidencia la necesidad de contar con la capacidad resolutoria para el nivel de complejidad, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, los medios de transporte adecuados y el trabajo en red que pueda garantizar la oportunidad e idoneidad en el abordaje. Las mujeres sufren múltiples retrasos⁹, en la búsqueda y obtención de esta atención y en casos de urgencia, significa perder la oportunidad de poner a salvo su vida. Al analizar estos retrasos se observan acciones donde debe trabajarse con el fin de evitar cada uno de ellos y que son necesarias para impactar la mortalidad materna.

⁹ Retraso I: Retraso en la decisión de buscar atención por no reconocer los signos de complicaciones mortales o potencialmente deletéreas con prontitud. Retraso II: Posponer la decisión de buscar atención. Retraso III: Retraso en llegar a un centro de atención de salud bien porque tardan demasiado en llegar al lugar donde se proporcionan o surgen problemas por accesibilidad física, por ubicación, transporte, vivir muy lejos de los servicios de atención de salud.

En cada una de ellas se observa reglamentación, sin embargo no existe el seguimiento, vigilancia y control necesarios para conocer el desempeño de los actores y el impacto de estas acciones.

Cuadro 5.4.6 Colombia. Mujeres que tuvieron hijos que no nacieron en establecimiento de salud en los cinco años anteriores a la encuesta, por momento del primer control postnatal para el nacimiento más reciente, según características seleccionadas. ENDS 2005

Característica	Momento del primer control postnatal			
	Primeros 2 días después del parto	3-6 días después del parto	7-41 días después del parto	No recibió cuidado postnatal
Zona				
Urbana	6.3	3.8	13.1	71.7
Rural	1.7	2.3	16.1	75.5
Región				
Atlántica	1.6	1.0	15.2	78.6
Oriental	1.1	1.7	24.4	66.8
Central	2.6	5.0	12.1	75.1
Pacífica	3.3	2.7	13.7	76.6
Orinoquía y Amazonía	1.4	4.7	14.1	76.9

Fuente ENDS 2005

En el curso de la atención materna que desemboca en una muerte se reconocen tres momentos críticos que condicionan el desenlace, estos momentos pueden corresponder con acciones concretas que se enmarcan en la naturaleza de algunos planes de beneficios. Es así como en estudio de los Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en Medellín 2000-2003, se identifican a las acciones que deben realizarse desde el PAB Plan de Atención Básica, las acciones de promoción de la salud que corresponden al retraso I. En el retraso II, se encuentran acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad correspondientes al POS, siendo responsables las Aseguradoras y los municipios (población no asegurada), y el retraso III a problemas relacionados con el aseguramiento y la accesibilidad a los servicios y el IV a la atención en los servicios de salud.

Cuadro 5.4.7 Acciones para reducción de la mortalidad materna

RASO	ACTIVIDAD	ENTE CORRESPONDIE
RETRASO I	Promoción de la salud	PAB (Municipio)
RETRASO II	Promoción de la salud, prevención de la enfermedad	EPS /ARS Municipio (pobres no asegurados)
RETRASO III	Aseguramiento Accesibilidad a los servicios de salud	Extrainstitucional Interinstitucional
RETRASO IV	Preventivo curativo	Atención Niveles Atención

Fuente: GINECOES, Estudio de los Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en Medellín 2000-2003

Cuadro 5.4.8 Colombia. Atención prenatal y del parto por departamento. ENDS 2005

Departamento	Atención prenatal		En las mujeres que recibieron atención prenatal										TT				Parto		
	Parto/ cura o una que presto atención prenatal	No recibió atención prenatal	Informaron sobre las complicaciones del embarazo	Fue pesada	Altura uterina	Tomaron PA	Tomaron muestra de orina	Tomaron muestra de sangre	Ordenaron prueba de SIDA	% mujeres con parasitosis o hierro	Recibió medicina para la malaria	Ninguna inyección TT	Atendido por Partera	Atendido por otra persona	Parto en casa	Parto en otro lugar			
La Guajira	2.8	20.2	62.2	93.5	93.8	95.5	86.7	89.7	42.3	69.8	1.0	16.5	3.9	19.3	21.5	0.0			
Cauquetá	1.4	19.6	55.0	99.1	98.3	99.8	81.7	82.6	20.8	63.0	1.6	11.2	25.8	8.6	32.0	0.7			
Cauca	0.3	15.5	61.2	98.8	98.1	98.5	86.9	82.2	25.7	63.7	3.3	14.1	25.9	8.8	30.9	0.5			
Chocó	0.9	15.2	56.0	97.0	95.5	99.0	77.5	76.6	17.6	71.3	10.8	9.2	25.7	5.0	40.1	0.3			
Córdoba	0.2	14.0	52.8	97.6	95.6	98.5	86.7	88.0	21.3	74.7	1.1	10.4	13.0	3.1	15.0	0.5			
Magdalena	0.3	13.6	57.0	92.3	96.3	97.7	82.9	86.1	29.5	72.1	0.0	10.0	10.4	5.2	14.7	0.2			
Vaupés	0.7	13.6	47.7	97.8	96.2	98.9	87.7	21.7	183.0	10.1	16.3	0.9	2.7	11.4	16.3	0.9			
Guaimía	0.0	11.8	54.7	100.0	99.6	99.5	95.9	93.7	27.1	62.7	6.0	13.0	3.0	4.9	5.8	0.0			
Cesar	0.1	11.5	63.7	98.9	98.0	99.3	91.9	92.4	41.1	76.1	1.0	6.2	16.4	4.1	19.6	0.2			
Tolima	0.6	10.0	45.8	99.3	98.7	99.7	95.1	96.1	31.1	63.0	0.0	11.3	9.5	4.9	13.0	0.3			
Meta	0.0	8.0	67.9	99.5	98.4	99.5	95.6	95.7	41.3	73.2	3.0	7.9	3.0	4.3	6.0	0.0			
Nariño	0.0	7.9	58.4	99.3	98.4	99.4	88.0	87.1	20.9	68.5	0.7	9.5	8.9	8.1	14.8	0.0			
Putumayo	0.0	7.7	52.4	99.5	99.5	99.0	95.5	96.1	37.1	67.0	0.4	7.9	3.4	2.5	6.1	0.0			
Sucre	0.1	7.5	60.5	98.9	98.8	98.9	89.5	93.7	34.8	78.0	1.0	3.2	4.8	0.9	4.9	0.3			
Amazonas	0.0	7.4	69.2	99.0	99.5	99.2	96.6	95.7	62.6	72.8	0.0	10.8	3.0	4.4	5.5	0.0			
Hulla	0.0	6.7	61.8	98.5	98.4	99.2	92.1	93.2	30.5	76.3	0.0	6.1	7.0	4.6	11.1	0.2			
Bolívar	0.0	6.2	58.0	95.0	93.8	97.0	88.1	88.4	30.5	80.8	0.3	4.6	5.1	1.8	6.1	0.0			
Vichada	0.0	6.2	47.6	99.0	98.9	100.0	92.6	90.9	39.7	65.1	1.6	10.3	7.1	1.9	6.2	0.5			
Atlántico	0.0	6.1	70.6	98.5	99.1	99.4	95.6	95.0	53.7	85.5	0.0	8.3	3.1	0.7	2.8	0.1			
Valle	0.4	6.0	66.1	99.7	99.0	99.6	97.6	98.3	56.7	85.7	2.3	7.6	4.0	0.7	3.9	0.1			
Arauca	0.0	6.0	63.6	99.1	97.9	99.1	92.9	96.5	34.0	79.9	0.6	9.0	5.5	0.5	5.3	0.4			
Antioquia	0.1	5.7	72.8	99.1	98.9	99.8	94.8	97.4	35.2	76.2	1.7	16.8	3.5	4.5	6.5	0.0			
Guaviare	0.4	5.2	50.8	99.3	98.7	99.3	93.8	23.2	232.0	5.3	11.4	0.3	10.5	0.8	11.4	0.3			
Boyacá	0.0	5.1	54.4	97.9	97.9	99.6	89.2	87.9	15.2	53.8	0.0	10.9	2.5	7.5	9.2	0.3			
Caldas	0.0	4.1	62.2	98.8	99.5	100.0	94.6	97.0	28.6	80.4	0.0	11.1	3.7	2.2	7.0	0.0			
Casanare	0.0	3.3	68.9	99.8	100.0	100.0	99.6	96.6	36.3	77.5	0.4	14.5	1.6	2.2	2.6	0.0			
Norte de Santian.	0.0	3.2	55.6	98.4	98.9	99.5	88.3	91.8	35.5	78.9	0.4	4.3	6.9	2.3	9.4	0.8			
Santander	0.0	2.3	62.1	100.0	98.7	100.0	90.0	87.3	28.2	79.0	0.0	10.1	1.8	1.7	2.7	0.0			
Cundinamarca	0.0	2.3	45.4	98.5	99.4	99.3	97.0	96.9	22.3	65.3	0.1	10.2	1.2	0.9	2.3	0.5			
Quindío	0.0	2.2	72.2	99.4	100.0	99.3	95.7	94.5	40.1	78.8	0.2	12.5	0.7	0.9	2.1	0.0			
Bogotá	0.0	2.0	72.8	99.5	99.1	100.0	92.7	94.7	34.3	79.2	0.2	11.0	0.6	0.3	0.3	0.4			
Risaralda	0.4	1.5	67.9	99.2	98.3	99.1	95.9	94.5	50.4	86.2	0.9	7.6	0.5	0.4	1.4	0.0			
San Andrés	0.0	0.7	53.9	100.0	100.0	100.0	98.7	98.7	55.0	81.2	0.0	5.2	0.0	0.0	0.7	0.0			
Total	86.7	6.8	63.6	98.6	98.4	99.3	92.2	34.8	10.7	75.9	0.9	10.2	5.7	3.2	7.8	0.2			

Cuadro 5.4.9 Colombia. Atención prenatal y del parto y cubrimiento de los costos de atención por departamento. ENDS 2005

Departamento	Atención y costos de la atención prenatal del embarazo del último hijo, por departamento						Atención y costos del parto del último hijo, por departamento						Atención y costos del postparto del último hijo, por departamento					
	Lugar de atención del embarazo		Cubrimiento de costos de atención		Lugar de atención del parto		Cubrimiento de costos de atención		Lugar de atención del postparto		Cubrimiento de costos de atención		Lugar de atención del postparto		Cubrimiento de costos de atención			
	Hospital /clínica	Centro/ Puesto de salud	EPS/ ARS	No tratamiento	Entidad seguridad social afiliado	Secretaría de salud/alcalda	Domicilio	Hospital/ clínica	Centro puesto de salud	Entidad seguridad social afiliado	Secretaría de salud/alcalda	Hospital/ clínica	Centro/ puesto de salud	EPS/ ARS	Entidad seguridad social afiliado	Secretaría de salud/alcalda		
La Guajira	49,3	8,6	12,2	20,2	69,1	27	21,5	77,3	0,8	66,6	31,2	64,6	7,4	20,5	63	31,2		
Cesar	47,5	25,3	10,9	11,5	62,4	35,8	19,6	74,1	4,7	67,7	30,7	56,5	22	12,6	64,5	31,2		
Magdalena	37,5	27,9	16,3	13,6	67,9	30,7	14,7	71,9	11,6	66,9	30,6	55,1	18,7	18,9	76,7	20,9		
Atlántico	31,6	20,3	34,1	6,1	73,1	25,6	2,8	86,7	3,3	69,1	25	44,7	14,8	32,4	77,7	19,4		
San Andrés	43,1	15	36,5	0,7	84,5	15,5	0,7	93,7	0,7	83	17	61,6	8,3	28,2	84,4	14,6		
Bolívar	27	37,5	21,9	6,2	66,2	32	6,1	81,1	8,6	64,5	31,5	38,1	31,8	24,1	66,2	29,3		
Sucre	36,1	30,8	20,4	7,6	67	26,3	4,9	78,9	12,7	64,4	29,5	46,7	23,5	21,9	71,9	22,6		
Córdoba	22,6	36,7	20	14	69,9	15,5	15	70,9	11,7	78,8	9,6	28,9	23,6	31,4	78,8	9,4		
Norte de Santa	35,9	37,3	19,5	3,2	68,7	30,4	9,4	72	7,6	71,1	27,2	46,2	21	30	77,6	21,6		
Santander	43,6	24,4	26,6	2,3	83,8	15,5	2,7	91	4,5	83,9	15,8	59,7	11,9	27,9	89,8	10,2		
Boyacá	59,4	17,7	16,2	5,1	92,1	7,1	9,3	85,7	2,8	93,6	5,1	81,8	8,5	8,7	94,5	4,8		
Cundinamarca	40,2	29,4	27,1	2,3	78,1	21,9	2,3	92,9	3,1	77	23	62,3	15,3	21,1	79	21		
Meta	36,1	24,9	29,3	8	85,1	14,1	6	79,2	11,2	85,4	14,6	53,3	13	32,4	91,9	7,5		
Bogotá	26,3	26,1	45,3	2	74,7	25,2	0,3	86,3	6,7	72,7	25,1	58,4	14,1	26,9	76,3	22,7		
Antioquia	41	23,3	27,6	5,7	77,7	21,4	6,5	79,8	10,5	78,2	20,1	54,2	16,6	27	77,9	21,4		
Caldas	58,3	22,2	14	4,1	50,6	49,4	7	83,4	7,3	52,2	47,8	65,7	22,2	9,9	48,8	49,4		
Risaralda	57,8	19,8	19,4	1,5	50,3	47,3	1,4	92,5	3,3	51,4	47	67,3	14,4	17,4	53,6	44,3		
Quindío	43	20,7	33,8	2,2	81,8	17,7	2,1	94,4	0,4	81,1	17,2	46,3	16,2	33,6	85,6	13,2		
Tolima	52,7	17,3	17,9	9,5	50,8	48,9	13,1	79,7	4,2	50,7	48,3	66,4	11,8	18,9	64,2	35,1		
Huila	33,2	35,6	22,4	6,7	83,5	15,3	11,1	72,8	8,6	81,2	14,5	45,4	28,8	23,1	86,5	13,1		
Caquetá	49,1	17,2	12,7	19,6	68,6	26,3	31,9	58,7	5,2	79	16,3	76	6,7	11,9	84	14,6		
Valle	30,3	28	32	6,2	73,2	22,8	3,9	90,4	1,7	74,3	21,1	44,5	23,6	27	77,8	17,7		
Cauca	44,7	21,4	16,1	15,5	67,7	30,4	30,8	64,6	2,3	68,8	29,9	52,2	23,1	23,3	73,1	25,9		
Nariño	23,4	38,2	26,2	7,9	85,1	13,6	14,8	65,4	13,6	88,6	10,2	36,8	30,1	28,8	88,2	11,3		
Chocó	44,9	29,1	6,6	15,2	61,4	35,2	40,1	49,7	8,6	68,9	29,5	69	21,4	5,5	69	30,4		
Arauca	31,2	32,6	27,1	6	90,9	6,6	5,3	92,1	0,4	88,7	7,6	65,1	7,6	25,7	93,1	5,4		
Casanare	73,3	9,4	12,6	3,3	77,4	22,6	2,6	96,5	0,7	78,4	21,2	87,7	2,2	8,7	78,8	20,1		
Guainía	77,1	2,7	5,4	11,8	71,4	26,3	5,8	92,2	0,8	69,7	29	91,6	0	4,9	71	25,5		
Vichada	72,7	3,7	16,5	6,1	81,7	17,8	6,1	91,3	1,5	81,6	18,4	77,2	3,8	15,2	82,9	17,1		
Amazonas	70,6	3,9	17,2	7,5	65,4	33,8	5,5	93,2	0,8	66,1	33,1	81,2	1,1	17,2	71,5	28		
Putumayo	64,5	4	21,4	7,7	80,3	19,7	6,1	88,2	0	78,9	21,1	77,8	2	19,4	83	17		
Guaviare	42,6	1,6	25,1	5,2	63,1	36,6	11,4	84,5	2	65,3	34,7	58,4	8,5	18,9	68	28,5		
Vaupés	78,5	4	2,9	13,8	75,3	24,7	16,6	78,4	2,8	78,4	21	86,5	4,8	7,2	74,4	25,6		
TOTAL	37,1	26,3	27,2	6,4	73,7	24,7	7,8	81,6	6,4	73,8	23,8	54,5	17,8	24,4	76,9	21,3		

Las acciones a realizar para reducir la mortalidad materna implican el análisis de panoramas diferentes:

1. Uno, en donde a pesar de contar con un promedio nacional alto en la atención prenatal, atención institucional del parto y el puerperio quedan departamentos en donde en un alto porcentaje no es institucional y se atiende por partera u otra persona no calificada. En este escenario se plantea la necesidad de hacer un inventario de la red de servicios y sus posibilidades reales de acceso para la población, conocer sus condiciones de operación, la seguridad y la calidad de los procedimientos y el recurso humano disponible. Esto con el fin de realizar los procesos de mejoramiento posibles. También se sugieren acciones de capacitación del personal auxiliar disponible y parteras, en tanto se incide en las condiciones que facilitan estas prácticas.

2. De otro lado se observan departamentos en donde las coberturas del parto institucional y control prenatal son altos, en donde la verificación de la calidad de los procesos se constituye como uno de los pilares para el mejoramiento de las condiciones de atención materna. Los procesos de referencia y contrarreferencia y los recursos disponibles para el manejo de la urgencia obstétrica y la capacitación del recurso humano para la identificación de condiciones de riesgo constituyen otro de los aspectos vitales para la reducción de la mortalidad materna. También constituye un área de análisis la operación de los servicios, especialmente en lo que se refiere a la revisión de los tiempos de consulta y los demás procedimientos (recolección de información, RIPS, entre otros), que debe realizar el personal de salud dentro de ella.

3. En cuanto a la cobertura de aseguramiento en la población, en los Cuadro 5.4.10 a 5.4.13, se observa en los servicios de control prenatal, atención del parto y el puerperio que cerca de las dos terceras partes de los servicios que se prestan son cubiertos por la entidad de seguridad social a la que se encuentra afiliada la población. Otro porcentaje importante (alrededor del 20%), es cubierto por las alcaldías o secretarías de salud con recursos de oferta para la población vinculada. Existe también un volumen de la población que no accede a los servicios, probablemente porque no se encuentra cubierta por la seguridad social o las alcaldías favoreciendo situaciones de riesgo. Esta situación se presenta en los departamentos de Chocó, Caquetá, Guajira, Vaupés, Magdalena y Cesar (Profamilia, 2005). Estos departamentos también son los que presentan tasas más altas de mortalidad materna.

4. Las acciones de vigilancia y control que se han planteado en el marco normativo vigente no han sido plenamente ejercidas por los entes correspondientes. Esto puede deberse a vacíos en las interfases que se

producen en las entidades formuladoras de políticas y las de vigilancia y control y a la capacidad operativa de unas y otras para realizar el seguimiento de las entidades. Esta situación muestra la necesidad de concertar los mecanismos y poner en práctica la reglamentación que se ha formulado previamente en relación con los temas relacionados con la atención materno infantil, su calidad y prevención de complicaciones.

Cuadro 5.4.10 Colombia. Lugar de atención del embarazo y cubrimiento de los costos de atención, por características seleccionadas. ENDS 2005

Característica	Lugar de atención del embarazo					Cubrimiento de costos de atención		
	Hospital-clínica	Centro-puesto de salud	Centro Eps o Ars	Médico particular	No buscó tratamiento	Entidad de seguridad social a la cual está afiliada	Seguro médico prepagado	Secretaría de salud-alcaldía
Edad actual								
15-19	58.8	3.5	10.0	5.9	21.3	74.3	0.0	23.0
20-24	68.6	5.3	6.5	5.2	13.4	74.9	0.1	22.8
25-29	70.8	4.6	8.3	6.5	9.4	74.7	0.4	20.8
30-34	65.7	5.0	13.9	8.3	6.5	79.2	4.5	14.4
35-39	71.7	3.5	12.6	4.2	7.8	82.2	1.8	14.7
40-44	68.8	5.5	9.6	4.2	11.6	81.1	1.0	16.5
45-49	62.3	1.7	6.8	5.7	23.0	[76.6	[0.0	[22.6
Educación								
Sin educación	53.3	13.5	1.1	3.8	28.4	[56.2	[0.0	[41.6
Primaria	70.0	6.5	4.7	2.4	15.8	69.9	0.7	27.2
Secundaria	67.9	4.0	11.2	6.5	9.9	77.0	0.2	20.1
Superior	67.8	2.4	14.1	9.6	5.6	89.7	5.7	2.8
Zona								
Urbana	67.8	4.1	11.6	6.6	9.5	80.0	1.6	16.2
Rural	69.2	6.3	3.3	3.8	16.9	67.3	1.1	28.4
Región								
Atlántica	70.3	5.3	7.6	5.7	10.8	70.8	1.2	24.9
Oriental	73.1	4.9	10.6	1.0	9.6	78.8	0.7	19.3
Bogotá	68.1	2.8	9.5	10.0	9.1	86.0	0.0	11.9
Central	67.1	4.7	11.3	4.4	11.8	77.4	0.6	19.8
Pacífica	60.6	5.1	11.2	8.3	14.5	75.9	5.9	15.1
Orinoquía y Amazonía	75.9	1.1	10.5	5.3	7.2	84.1	0.1	15.2
Índice de riqueza								
Más bajo	68.0	6.8	2.9	3.1	18.9	66.9	0.4	30.4
Bajo	69.7	5.7	6.2	6.0	12.2	67.4	0.8	28.0
Medio	70.1	5.3	8.3	4.8	10.8	77.1	0.1	20.1
Alto	68.0	2.7	14.1	6.0	8.2	82.2	0.1	14.6
Más alto	64.0	2.5	17.0	9.6	6.5	90.3	5.5	4.2
Total	68.1	4.6	9.8	5.9	11.1	77.5	1.5	18.7

Cuadro 5.4.11 Colombia. Atención y costos de la atención de la última perdida, por características seleccionadas ENDS 2005

Característica	Lugar de atención del embarazo				Cubrimiento de costos de atención		
	Hospital-clínica	Centro-puesto de salud	Centro Eps o Ars	Médico particular	Entidad de seguridad social a la cual esta afiliada	Seguro medico prepagada	Secretaría de salud-alcaldía
Edad actual							
15-19	38.1	36.8	18.3	0.5	63.3	0.4	35.1
20-24	38.2	28.5	23.7	2.1	68.8	0.2	29.7
25-29	35.5	26.2	30.0	2.6	74.5	0.4	24.2
30-34	34.4	21.9	33.1	4.3	78.9	1.9	18.6
35-39	40.8	22.3	26.7	3.6	77.9	0.6	21.0
40-44	36.3	22.5	30.0	2.4	83.0	0.8	15.4
45-49	38.7	18.0	21.4	0.9	84.8	0.0	15.2
Educación							
Sin educación	32.1	30.3	9.0	1.0	60.1	0.7	36.4
Primaria	42.7	32.1	11.8	1.4	67.6	0.2	30.7
Secundaria	36.2	27.2	31.0	1.9	73.3	0.4	25.7
Superior	29.2	9.7	50.4	8.5	89.4	2.6	7.3
Zona							
Urbana	34.5	23.5	34.3	3.2	75.9	0.8	22.7
Rural	43.4	33.3	9.3	1.3	67.3	0.4	30.4
Región							
Atlántica	33.8	27.8	21.8	5.8	68.5	1.6	28.0
Oriental	43.3	27.1	23.8	1.8	81.0	0.1	18.5
Bogotá	26.3	26.1	45.3	0.3	74.7	0.1	25.2
Central	45.1	22.9	23.5	1.8	70.1	0.4	28.7
Pacífica	32.3	29.0	26.3	2.6	74.2	1.4	22.7
Orinoquía y Amazonía	57.1	14.5	19.9	2.6	80.2	0.1	19.0
Índice de riqueza							
Más bajo	44.2	32.9	5.1	1.3	65.4	0.4	31.9
Bajo	42.8	32.2	15.5	1.8	67.4	0.5	31.1
Medio	35.3	27.9	30.7	2.6	72.1	0.4	27.0
Alto	31.4	21.4	41.6	2.9	78.3	0.3	20.9
Más alto	26.5	9.9	56.3	5.8	90.4	2.1	7.2
Total	37.1	26.3	27.2	2.6	73.7	0.7	24.7

Cuadro 5.4.12 Colombia. Atención y costos del parto del último hijo, por características seleccionadas ENDS 2005

Característica	Lugar de atención del parto				Cubrimiento costos de atención		
	Domicilio	Hospital-clínica	Centro-puesto de salud	Centro Eps o Ars	Entidad de seguridad social a la cual está afiliada	Seguro médico prepagada	Secretaría de salud-alcaldía
Edad actual							
15-19	6.5	79.8	10.5	2.9	65.1	0.5	32.3
20-24	7.5	81.4	7.0	3.5	70.0	0.3	28.1
25-29	7.3	82.9	5.7	4.0	74.2	0.4	23.5
30-34	8.8	80.1	5.7	5.1	78.0	2.3	18.2
35-39	8.4	83.0	4.8	3.5	77.9	1.2	19.8
40-44	8.5	81.1	6.1	3.6	81.6	0.9	16.6
45-49	10.9	80.1	6.4	2.6	77.7	0.0	20.1
Educación							
Sin educación	29.0	60.1	8.8	2.1	62.1	1.5	36.1
Primaria	15.8	74.8	7.1	1.8	68.8	0.3	29.2
Secundaria	3.7	84.6	7.0	4.4	72.8	0.5	25.0
Superior	0.4	89.8	2.4	6.9	87.7	2.9	8.0
Zona							
Urbana	2.3	86.6	6.0	4.8	75.0	0.9	22.5
Rural	21.6	68.9	7.5	1.6	69.8	0.6	27.9
Región							
Atlántica	10.2	78.6	7.5	3.4	68.1	1.7	27.1
Oriental	5.4	85.9	5.0	3.1	81.4	0.1	18.0
Bogotá	0.3	86.3	6.7	6.2	72.7	0.3	25.1
Central	8.7	79.8	7.9	3.4	70.8	0.6	27.3
Pacífica	13.4	77.7	4.8	3.8	76.3	1.8	20.4
Orinoquía y Amazonía	5.3	91.8	0.6	2.1	79.7	0.1	19.0
Índice de riqueza							
Más bajo	26.7	64.5	7.6	0.9	67.6	0.4	29.9
Bajo	5.8	82.5	8.6	2.8	66.7	0.7	30.0
Medio	2.1	86.2	7.3	3.9	71.4	0.4	26.1
Alto	0.9	88.7	4.3	6.0	78.0	0.3	20.9
Más alto	0.5	89.3	2.3	7.5	89.4	2.7	7.7
Total	7.8	81.6	6.4	3.9	73.8	0.8	23.8

Cuadro 5.4.13 Colombia. Atención y costos del posparto del último hijo, por características seleccionadas ENDS 2005

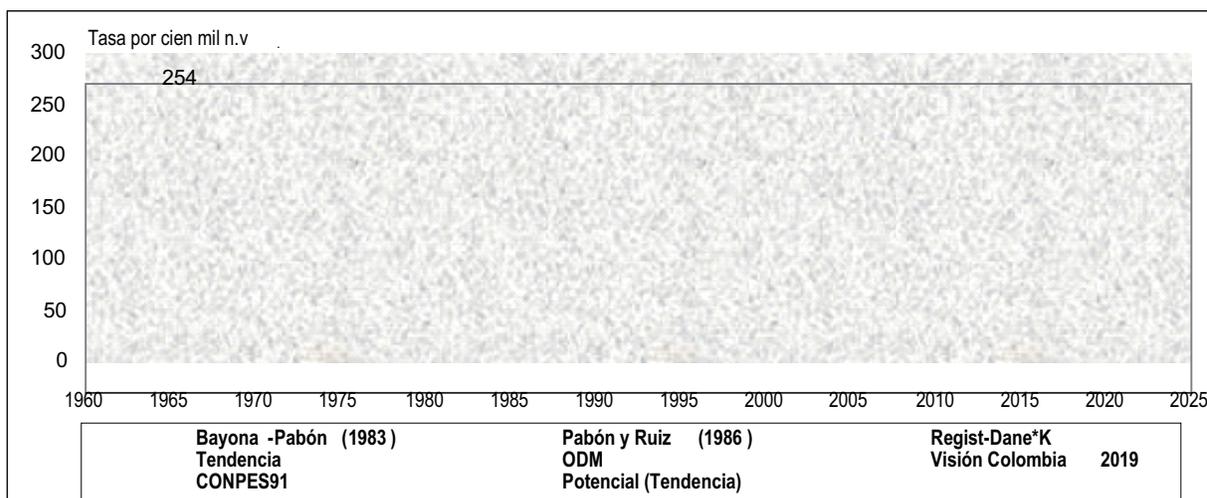
Característica	Lugar de atención del postparto				Cubrimiento de costos de atención		
	Hospital/clínica	Centro/puesto de salud	Centro Eps o Ars	Médico particular	Entidad de seguridad social a la cual esta afiliada	Seguro médico prepagado	Secretaría de salud/local día
Edad actual							
15-19	50.9	30.0	18.5	0.4	66.6	0.3	32.4
20-24	53.5	22.8	21.5	1.6	72.9	0.3	25.7
25-29	53.9	16.5	26.3	2.6	77.5	0.4	20.9
30-34	53.8	12.3	28.2	5.0	81.4	2.5	15.6
35-39	60.9	13.1	22.5	2.8	79.4	1.2	18.5
40-44	50.5	13.5	33.1	2.3	87.1	0.7	11.9
45-49	69.1	11.5	17.4	2.0	83.0	0.0	16.8
Primaria	61.1	25.2	12.1	1.2	70.2	0.2	28.9
Secundaria	53.9	18.4	25.5	1.6	76.4	0.3	22.4
Superior	47.0	5.2	39.1	7.6	89.1	3.6	6.5
Zona							
Urbana	53.1	15.0	28.6	2.8	78.6	1.0	19.6
Rural	59.5	28.0	10.0	1.8	70.9	0.5	27.3
Región							
Oriental	63.0	13.6	22.2	1.1	85.9	0.0	13.8
Bogotá	58.4	14.1	26.9	0.2	76.3	0.3	22.7
Central	57.4	17.2	23.1	1.8	72.6	0.4	26.4
Pacífica	44.8	24.8	26.0	3.6	79.1	1.9	17.8
Orinoquía y Amazonía	77.1	3.9	16.8	1.2	82.0	0.5	16.9
Índice de riqueza							
Más bajo	62.9	29.1	5.7	1.4	68.7	0.3	29.5
Bajo	57.3	26.6	13.7	1.9	69.3	0.6	29.2
Medio	54.0	18.9	24.6	2.0	74.7	0.2	24.2
Alto	53.3	11.0	33.2	2.2	80.4	0.6	18.1
Más alto	47.0	5.7	40.9	5.4	89.9	2.9	6.6
Total	54.5	17.8	24.4	2.6	76.9	0.9	21.3

5.4.6. Análisis de las metas propuestas

Los objetivos de desarrollo del milenio proponen en su 6ª Meta Universal reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes. Esto significaría alcanzar en el año 2015 una tasa de mortalidad materna de 25 defunciones maternas por cien mil n.v. lo cual puede ser una utopía. Atendiendo a este compromiso pero ajustándolo a su caso particular, Colombia plantea reducir entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos, es decir una reducción de 50%. En el documento Colombia 2019 se propone reducir la mortalidad materna en 70% entre el 2004 y el 2019. Partiendo de una tasa de 93.1 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2005 se llegaría a 28 defunciones maternas por mil nacidos vivos. Esto implica que la mortalidad materna debe reducirse a 45 en 2015 y a 29 en el 2019.

Como se mencionó anteriormente y se puede ver en el gráfico 4.6 los avances en esta materia entre 1980 y el año 2000 han sido magros. Los distintos autores y fuentes indican un estancamiento en la mortalidad materna y de seguir la tendencia observada es imposible alcanzar las metas propuestas.

Gráfico 5.4.7 Colombia. Comparación de la tendencia observada en mortalidad materna con las metas propuestas



Fuente: Ruiz M. (2005); Visión Colombia 2019, CONPES 91 y ODM

El logro de la meta planteado por Colombia 2019 se vuelve más lejano si se consideran los diferenciales regionales mencionados anteriormente. A nivel de departamento, las tasas de mortalidad presentan una amplia dispersión, pues oscilan entre 390 muertes por 100 mil nacidos vivos en Chocó y 52 en Risaralda¹⁰. Como estrategias para reducir la mortalidad materna, aunque no se logre la meta planteada, se encuentran: una adecuada atención obstetricia básica e integral, atención adecuada en el parto, personal capacitado, promoción del examen de citología y mamografía, reducción de las barreras al acceso a la población de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales en donde no se cuenta en muchos casos con ningún tipo de afiliación al SGSS.

Adicionalmente, se debe disminuir los factores de riesgo, como por ejemplo la fecundidad adolescente, puesto que la edad de la madre es un factor de riesgo para su vida y la de su hijo.

5.5. Cáncer del aparato reproductivo

5.5.1. Cáncer de cuello uterino

En Colombia el cáncer de cuello uterino constituye la quinta causa de mortalidad en mujeres de 15-44 años y cuarta en mujeres de 45-64 años (Instituto Nacional de Cancerología, 2005). El cáncer de mama es la quinta causa de muerte en mujeres de 45-64 años (Min. de la Protección Social, 2004-3)), y los dos son susceptibles de prevención secundaria (Ministerio de Salud, 1999). Sin embargo, debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes.

El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del *Papilloma virus Humano* (HPV)). También está asociado a comportamientos sexuales de riesgo, a bajos niveles de escolaridad y económicos, a la falta de apropiación de usuarias y prestadores de servicios de la importancia de la citología cervicovaginal (CCV) como medio eficaz para la detección del cáncer de cuello uterino y a la falta de continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento (Min. De la Protección Social, 2003).

¹⁰ Proyecto Warmi - Bolivia - desarrollado por Save the Children/ Bolivia como parte del proyecto de USAID/ MotherCare, el Proyecto Warmi se llevó a cabo en 50 comunidades rurales remotas de la Provincia de Inquisivi en Bolivia, de 1990 a 1993. La Tasa de Mortalidad Materna era de 400/100,000 nacidos vivos y la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) era de 103/1000 nacidos vivos. Las comunidades que se seleccionaron estaban a 6-8 horas en autobús del hospital de referencia para la atención de emergencias obstétricas y no contaban con parteras tradicionales. Por lo general los maridos atendían el parto de su esposa. En cada comunidad se formó y/o se fortaleció un grupo de mujeres utilizando metodologías para resolución de problemas con enfoque de género, ahora llamadas el "Ciclo de Acción Comunitaria". El proyecto animaba a los grupos a diseñar e implementar sus propios planes para intervenciones neonatales, y esto resultó en la capacitación de un grupo de parteras y de hombres y mujeres educados en planificación familiar, al igual que en servicios de planificación familiar en siete comunidades, el reforzamiento de enlaces con los hospitales para efectuar referencias, la reducción de los costos de admisión para las referencias y el desarrollo de materiales de CC/IEC incluyendo una tarjeta de salud materna para cuidados en el hogar, manuales, folletos y un programa radial. <http://www.comminit.com/la/descripciones/lapdsbolivia/descripciones-2367.html> / Contacto: USAID Bolivia lapazwebmaster@usaid.gov

Alrededor de 1.4 millones de mujeres en el mundo tienen cáncer cervical. Las regiones más afectadas por el cáncer cervical se encuentran entre las más pobres del mundo. Los índices más altos se encuentran en América Central y del Sur, África Subsahariana, partes de Oceanía y Asia (más de 30 por cada 100.000 mujeres), (Population Referente Burerau, 2004). Entre el 80-90% de los casos ocurren en mujeres de 35 años en adelante.

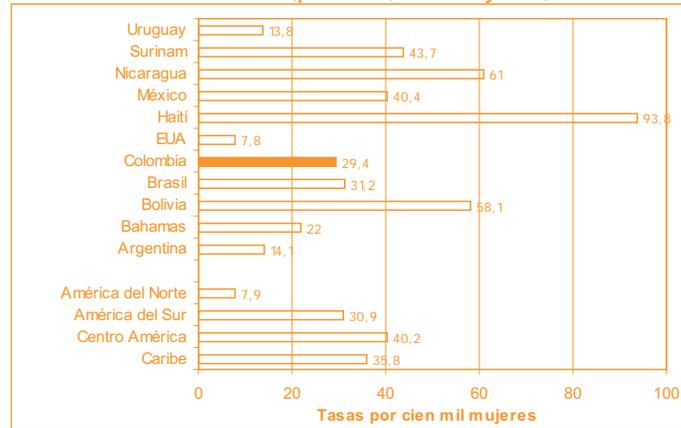
Las cifras para Colombia publicadas en la *Situación del cáncer cervicouterino en las Américas 2004* por la Organización Panamericana de la Salud, son incidencia de 32.9 por 100.000 y 13.7 por 100.000 habitantes la mortalidad. Esto nos sitúa en un franja intermedia tanto en incidencia como en mortalidad teniendo por encima a Canadá, Estados Unidos, Argentina y Uruguay entre otros y por encima de Perú, Ecuador, Venezuela, entre otros países con cifras más altas de incidencia y mortalidad.

Cuadro 5.5.1. Neoplasia maligna del cuello uterino. Casos nuevos, defunciones y tasas estandarizadas por edad (por cada 100,000 habitantes), por país de las Américas, 2000

	2000			
	Casos nuevos	TI	Defunciones	TM
Argentina	2,953	14.2	1,585	7.6
Bahamas	31	22.1	13	9.3
Barbados	54	30.4	27	13.6
Belice	30	39.6	11	16.8
Bolivia	1,807	58.1	661	22.2
Brasil	24,445	31.3	8,815	11.6
Canadá	1,608	8.2	650	2.8
Chile	2,321	29.2	860	10.7
Colombia	5,901	32.9	2,339	13.7
Costa Rica	424	25.0	197	12.1
Cuba	1,586	23.8	730	10.6
Ecuador	2,231	44.2	892	18.7
El Salvador	1,041	40.6	387	15.8
EUA	13,230	7.8	6,417	3.3
Guatemala	1,432	39.6	566	16.8
Guyana	184	51.1	69	20.7
Haití	2,428	93.9	1,326	53.5
Honduras	833	39.6	329	16.8
Jamaica	489	18.4	209	18.4
México	16,448	40.5	6,650	17.1
Nicaragua	997	61.1	392	26.1
Panamá	389	31.2	158	13.1
Paraguay	768	41.1	281	15.8
Perú	4,101	39.9	1,575	15.8
Puerto Rico	252	10.3	114	4.3
República Dominicana	1,290	38.4	495	15.8
Surinam	77	43.8	31	18.2
Trinidad y Tobago	215	33.3	97	15.1
Uruguay	307	13.8	163	7.6
Venezuela	3,904	38.3	1,454	15.2
Total	91,776		37,493	

Fuente: Ferlay et al. GLOBOCAN 2000 y 2002.
Lyon: Agencia Internacional para Investigaciones en
Cáncer / International Agency for Cancer Research IARC

Gráfico 5.5.1 Tasas estimadas de incidencia de cáncer cervicouterino, ajustadas por edad por subregión y país seleccionados de las Américas. 2000 (por 100,000 mujeres)



Fuente: Ferlay et al. GLOBOCAN 2000 y 2002

5.5.1.1. Tendencia Histórica del Cáncer de Cuello Uterino

La incidencia estimada anual para el cáncer de cuello uterino en el periodo 1995-1999 es de 5.963 casos y de cáncer de mama es de 4.677 casos. La mortalidad corregida anual para el cáncer de cuello uterino es de 2.853 muertes y para el cáncer de mama es de 1.905 muertes (INC, 2005).

La tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha venido descendiendo en los últimos años veinte años, probablemente por la detección de los estadios tempranos a través de la CCV. Sin embargo a pesar de la expedición de la norma técnica de detección y los esfuerzos para aumentar la cobertura con CCV, se encuentra estancamiento en la cifra de mortalidad.

Gráfico 5.5.2 Colombia. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino 1985-2000 (ajustada con base en la población mundial)



5.5.1.2. Situación de Colombia y sus departamentos

Los departamentos en donde se encuentran cifras más altas de mortalidad son Meta, Tolima, Risaralda, Caquetá, Caldas y Amazonas. La mortalidad aumenta a medida que aumenta la edad. La mortalidad en los departamentos del Meta, Caquetá y Amazonas puede deberse a las barreras de acceso al diagnóstico temprano, barreras de tipo geográfico, cultural y probablemente económico. Sin embargo, las barreras de acceso geográfico no aplican para los departamentos del eje cafetero y Tolima en donde se dispone de la CCV, colposcopia y tratamiento (INC, 2005).

Cuadro 5.5.2 Colombia. Incidencia estimada del cáncer de cuello uterino por departamentos 1995-1999

Departamento	Casos	TAE
Antioquia	689	30,8
Atlántico	270	34,1
Bogotá	815	32,8
Bolívar	265	39,8
Boyacá	119	20,0
Caldas	237	49,3
Caquetá	70	52,7
Cauca	227	49,8
Cesar	81	30,3
Córdoba	226	50,7
Cundinamarca	197	21,2
Chocó	44	33,5
Huila	110	32,5
La Guajira	69	47,5
Magdalena	192	44,7
Meta	117	54,2
Nariño	383	65,1
Norte de Santander	193	40,7
Quindío	93	40,7
Risaralda	172	45,0
Santander	234	29,8
Sucre	108	40,4
Tolima	210	38,2
Valle	631	36,8
Arauca	56	90,3
Casanare	51	57,3
Putumayo	44	44,7
San Andrés y Providencia	5	27,5
Amazonas	16	94,5
Guainía	2	46,0
Guaviare	6	34,6
Vaupés	1	19,6
Vichada	4	13,1

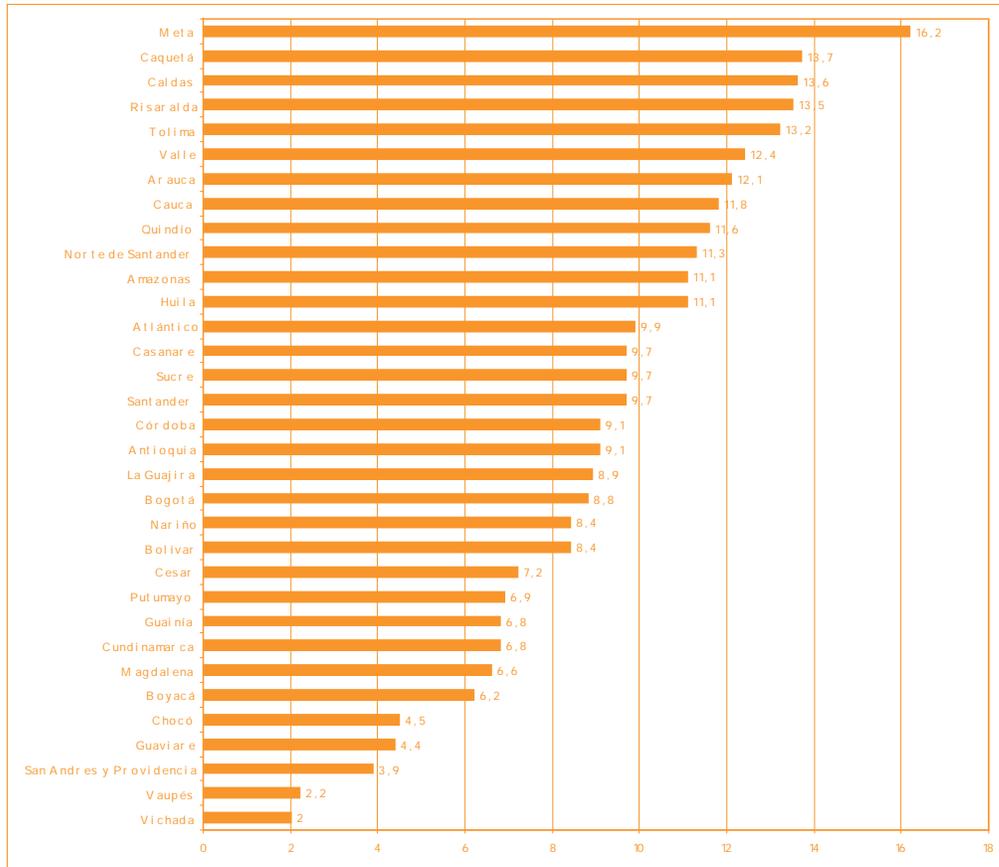
Fuente: Instituto Nacional de Cancerología.

Cuadro 5.5.3 Colombia. Mortalidad por cáncer de cuello uterino según departamento de residencia. 1995-1999

Departamento	15-44 años		45-54 años		55 - 64 años		Más de 65 años		Total		
	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Cruda x 100,000	Tasas Ajustada por edad x 100,000
Antioquia	314	4,74	256	22,47	245	35,92	397	54,98	1213	9,1	9,1
Atlántico	115	4,45	107	27,16	108	46,68	138	54,04	470	9,2	9,9
Bogotá	295	3,54	323	23,01	271	35,36	420	56,87	1309	8,4	8,8
Bolívar	79	3,57	71	21,65	70	35,86	101	45,44	321	7	8,4
Boyacá	35	2,38	34	11,67	57	28,74	84	37,62	209	6,3	6,2
Caldas	115	8,77	75	30,84	69	46,17	133	90,17	392	14,3	13,6
Caquetá	32	7,28	17	25,64	19	54,04	28	96,16	96	10	13,7
Cauca	50	3,78	78	32,77	55	37,47	141	93,85	324	11	11,8
Cesar	20	1,96	33	21,78	29	35,46	34	40,35	117	5,3	7,2
Córdoba	47	3,24	72	29,75	61	45,46	64	42,91	243	7,8	9,1
Cund.	89	3,89	69	14,52	96	30,54	128	39,55	382	7,6	6,8
Chocó	5	1,22	3	3,51	11	28,17	12	30,15	31	3,2	4,5
Huila	52	5,01	43	24,7	47	46,71	80	74,35	221	10	11,1
La Guajira	17	3,07	14	18,46	24	59,85	23	47,95	77	6,7	8,9
Magdalena	51	3,65	37	17,58	33	26,8	43	34,05	164	5,6	6,6
Meta	64	8,17	46	37	46	69,66	62	117,89	218	13,5	16,2
Nariño	38	2,12	59	18,79	82	41,64	121	57,27	301	7,8	8,4
Norte de Sant.	74	4,97	63	26,44	69	48,26	107	70,73	314	10	11,3
Quindío	40	6,12	34	27,81	37	48,69	51	70,56	162	12,2	11,6
Risaralda	81	3,62	65	32,02	66	54,07	102	86,48	314	13,9	13,5
Santander	82	3,62	101	25,57	96	38,54	167	60,6	445	9,4	9,7
Sucre	36	4,31	46	33,66	27	34,21	41	45,28	149	8,1	9,7
Tolima	107	7,58	90	31,62	87	48,78	149	80,05	433	13,8	13,2
Valle	316	6,1	305	33,49	285	52,14	381	70,82	1287	12,6	12,4
Arauca	12	4,74	15	42,61	9	52,61	10	69,99	47	8,8	12,1
Casanare	14	4,79	9	19,84	11	44,13	13	61,31	47	7,5	9,7
Putumayo	9	2,72	6	13,12	7	27,62	14	59,68	37	5,1	6,9
Sn Andres.Prov			2	14,86			3	45,52	5	2,9	3,9
Amazonas	2	2,86	4	42,92	2	44,49	3	83,22	11	6,9	11,1
Guainía			2	42,51					3	3,8	6,8
Guaviare	1	0,84			2	32,47	1	24,88	4	1,6	4,4
Vaupés					1	40,4			1	1,7	2,2
Vichada	1	1,27	2	19,45					3	1,7	2
	2193		2081		2022		3051		9350		

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología, Incidencia del Cáncer en Colombia 1995-1999, 2005

Gráfico 5.5.3 Colombia. Mortalidad por cáncer de cuello uterino. 1995-1999 Tasa Ajustada por edad x 100,000



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología

5.5.1.3. Detección del Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Una razón para tener una incidencia considerablemente mayor de cáncer cervicouterino en los países en desarrollo es la falta de programas efectivos para detectar estados precancerosos y tratarlos oportunamente, para ello se cuenta con una prueba: la citología cervicovaginal (Population Referente Burerau, 2004).

En la detección temprana del cáncer de cuello uterino se cuenta con un examen de detección altamente costoefectivo: la citología cervicovaginal CCV. Al respecto la tabla presentada a continuación muestra aspectos importantes de la CCV en los últimos quince años a través de diferentes estudios.

Cuadro 5.5.4 Colombia. Conocimiento y prevalencia de CCV. 1990-2005

	ENDS 1990	ENFREC II 199	ENDS 2005
Conocimiento CCV	66%	96.1%	99%
Se han tomado CCV	46%	69.3%	85%
CCV una vez al año	34.6%	45.9%	48%
CCV una vez en la vida	18.2%	24.6%	13%
CCV tomada en la red pública	ND	42.3%	48%
Resultado Anormal	ND	14.8%	1 de cada 9

Fuente: PROFAMILIA, ENDS 1990-2005, ENFREC II, MPS 1998

En la ENDS 1990, se indagó por el conocimiento de CCV, el 66% de las mujeres tenían conocimiento, el 46% se habían tomado CCV, el 34.6% la tomaban una vez al año, el 18.2% de las mujeres una vez en la vida.

En el Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II de 1998 (Ministerio de la Protección Social, 1998), se indagó por conocimientos actitudes y prácticas de detección temprana de cáncer cervicouterino y de mama. En relación con la CCV el 96.1% de las mujeres tienen conocimiento sobre ella. El 69.3% de las mujeres se han tomado alguna vez CCV y el 45.9% se la toman una vez al año. El 42.3% la tomaron en red pública. Se resalta el aumento en los conocimientos y toma de CCV en mujeres más jóvenes que en las mujeres de más de 55 años de edad. Vale la pena resaltar la medición que realiza el estudio de las oportunidades perdidas u oportunidades de contacto para otros eventos en servicios de salud tales como consulta por enfermedad general, control prenatal, hospitalización, entre otros, en este aspecto se muestra un porcentaje de 47.6% de mujeres de 18 años en adelante que acuden a otros servicios y no se les toma CCV.

En la ENDS 2005 el 99% de las mujeres tienen conocimientos acerca de la CCV, 79% por sus IPS, 14% por los medios de comunicación y 14% por sus familiares. El 85% de las mujeres se han tomado CCV alguna vez, 28% entre 2.000 y 2.003, 53% en 2004 y 14% en 2005. El 48% de las mujeres se toman la CCV una vez al año, 13% más de una vez al año, 4% cada dos años, 22% rara vez y 13% sólo una vez en la vida. De ellas el 92% reclaman el resultado y de nueve CCV tomadas una es anormal. El 36% toman la CCV en EPS, 27% en hospitales 21% en puestos de salud. El 79% de las CCV se toman con cargo a las EPS, y 18% con cargo a las alcaldías o secretarías de salud.

Según la encuesta de SSR en zonas marginales, la proporción de mujeres de comunidades marginales que no conoce la CCV es de 19%, siendo más frecuente el desconocimiento en la región Atlántica (32%). En estas comunidades 4% de las mujeres que se tomaron la CCV no reclamaron el resultado. El sitio al que acudieron más frecuentemente las mujeres para la toma de la CCV fue el hospital o centro

de salud (56%), seguido de las EPS/ARS (19%), y con una presencia importante se encuentra Profamilia (9%).

La ENDS 2005 también indagó por los conocimientos y condiciones de realización de la CCV como medio diagnóstico eficaz para la detección del cáncer de cuello uterino. El 99% de las mujeres conoce la CCV pero sólo el 85% se la han hecho. El porcentaje de realización de la CCV es de 93% en el Régimen Contributivo, 82% en el Subsidiado, 76% en la población no afiliada.

Cuadro 5.5.5 Colombia. Conocimiento y prevalencia de CCV por Régimen de Afiliación ENDS 2005

	Examen de citología	
	Conoce	Realizó
Régimen contributivo	100%	93%
Régimen Subsidiado	98%	82%
Régimenes especiales	100%	92%
No está afiliado	97%	76%
No sabe	98%	67%
Total	99%	85%

La frecuencia con que se realiza la CCV en su gran mayoría (47%) es una vez al año, esto en contraposición con el esquema propuesto en la norma técnica de detección del cuello uterino en donde se establece el esquema 1-1-3¹¹. El 13% la realiza más de una vez al año. Es importante en ahondar en este aspecto ya que es probable que se cuente con una cohorte de mujeres que se realizan la CCV en estas condiciones sin que la cobertura real de la CCV aumente.

¹¹ Este esquema propone el inicio con la realización de una CCV, si esta presenta resultado normal se toma en el segundo año y si este resultado también es normal se toma de nuevo a los tres años.

Cuadro 5.5.6 Colombia. Frecuencia de CCV por Régimen de Afiliación ENDS 2005

Afiliación a la seguridad social	Frecuencia de la citología					
	1 vez al año	Más de una vez	Cada 2 años	Rara vez	Sólo una vez	Otro
Régimen contributivo	56%	14%	5%	17%	8%	1%
Régimen Subsidiado	44%	13%	4%	22%	16%	1%
Regimenes especiales	54%	17%	5%	18%	6%	1%
No está afiliado	37%	11%	4%	28%	19%	1%
No sabe	56%	8%	3%	22%	9%	2%
Total	47%	13%	4%	22%	13%	1%

En cuanto al lugar en donde se realiza la CCV, este depende de la condición de afiliación al SGSSS, para el régimen Contributivo, se realizan principalmente en red propia. En el Régimen Subsidiado y para la población no afiliada, se realizan principalmente en la red pública: hospitales y centros de salud (Profamilia, 2005).

Cuadro 5.5.7 Colombia. Lugar de la toma de la CCV por Régimen de Afiliación ENDS 2005

Afiliación a la seguridad social	Lugar de atención de la citología vaginal							
	Hospital/clínica	Centro/puesto de salud	Centro EPS/ARS	Médico particular	Profamilia	Liga Colombiana contra el cancer	Otro lugar	No sabe
Régimen contributivo	17,70%	4,90%	62,60%	8,00%	3,30%	3,40%	0,10%	0,10%
Régimen Subsidiado	37,00%	38,70%	14,40%	4,90%	1,80%	3,00%	0,10%	0,10%
Regimenes especiales	26,80%	7,40%	34,40%	13,50%	9,90%	7,90%	0,10%	0,10%
No está afiliado	32,50%	30,00%	15,00%	10,70%	6,10%	5,20%	0,10%	0,30%
No sabe	20,10%	28,50%	20,40%	12,20%	10,20%	8,70%	0,00%	0,00%
Total	27,20%	21,00%	35,90%	8,00%	3,80%	3,90%	0,10%	0,10%

En relación con el pago por este servicio, se encontró que de las mujeres que no pagaron el servicio o pagaron parcialmente (probablemente aseguradas o vinculadas), la entidad encargada de su aseguramiento cubrió en alto porcentaje el costo de la prueba, 93% en el contributivo, 79% subsidiado, aunque este hallazgo no debe sorprender de ninguna manera ya que esta situación se espera en 100% para las afiliadas al régimen contributivo (Profamilia, 2005). En el régimen subsidiado en el último quinquenio ha cambiado el cubrimiento de la CCV a partir del Acuerdo 229 en donde las alcaldías deben cubrir dicho examen. La respuesta de la población no afiliada no se explica de manera lógica ya quien debe cubrir este examen es cada alcaldía o secretaría de salud, quizás esta pregunta no fue clara en este aspecto.

Cuadro 5.5.8 Cubrimiento de los costos de la CCV por Régimen de Afiliación
ENDS 2005

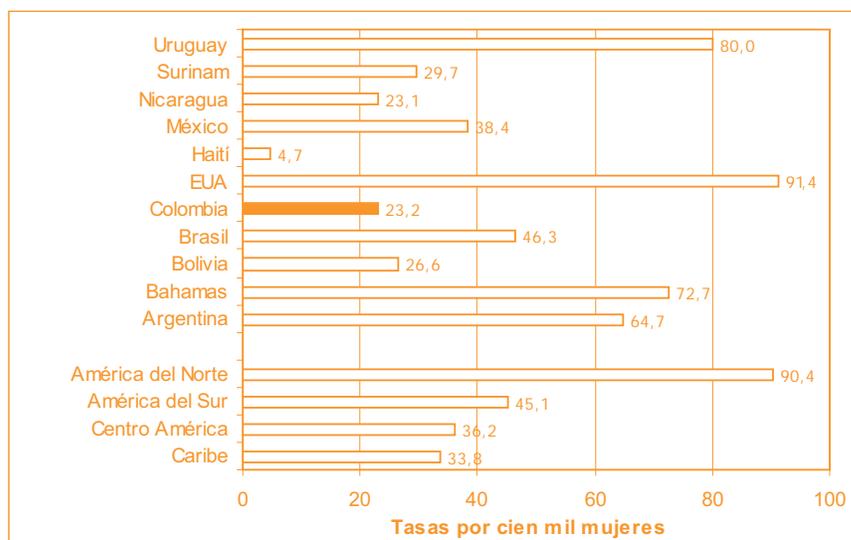
	Cubrimiento de los costos de la CCV por Régimen de Afiliación				
	Entidad de seguridad del afiliado	Seguro médico, planes prepagados , etc.	Secretaría de salud/ Alcaldía	Otro	No sabe
Regimen Contributivo	93.70%	2.10%	3.90%	0.10%	0.20%
Regimen Subsidiado	79.10%	0.50%	19.20%	0.50%	0.80%
Regimenes Especiales	95.20%	1.30%	3.20%	0.30%	0.10%
No está afiliado	43.60%	1.90%	50.70%	1.50%	2.40%
No sabe	61.50%	0.00\$	33.20%	0.00%	5.20%
Total	79.10%	1.50%	18.10%	0.50%	0.80%

Vale la pena destacar que 14% de las mujeres ha oído hablar de la CCV pero no se ha hecho ninguna. En el régimen contributivo y regímenes especiales, 7%, en el subsidiado 16% y en la población no asegurada el 22%. Entre las que no saben si están cubiertos o no identifican el régimen, una de cada tres ha oído hablar de CCV pero nunca se lo ha hecho (Profamilia, 2005).

5.5.2. Cáncer de mama

El cáncer de mama es más difícil de detectar ya que no produce sintomatología evidente sino en casos avanzados, el examen de detección temprana es la mamografía que aún resulta costoso y que necesita una tecnología más elaborada que no se encuentra disponible en todo el país. Si bien no es posible modificar la incidencia de cáncer de mama, el objetivo es la detección temprana para disminuir la mortalidad por esta causa.

Gráfico 5.5.4: Tasas estimadas de incidencia de cáncer de mama ajustadas por edad, por subregión y países seleccionados de las Américas. 2000 (por 100,000 mujeres)



Fuente: Ferlay et al, GLOBOCAN 2000 y 2002

5.5.2.1. Situación en los departamentos

Tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer de mama presenta cifras más altas en los departamentos de San Andrés y Providencia, Bogotá, Valle, Atlántico, Risaralda y Antioquia que, en general, son departamentos con mejor tecnología para el diagnóstico y tratamiento y por consiguiente pueden tener mejor registro. Los departamentos de la Orinoquía y la Amazonía presentan información muy fragmentaria que seguramente no refleja la situación real (Profamilia, 2005).

Cuadro 5.5.9: Colombia. Incidencia estimada del cáncer mama por departamentos 1995-1999

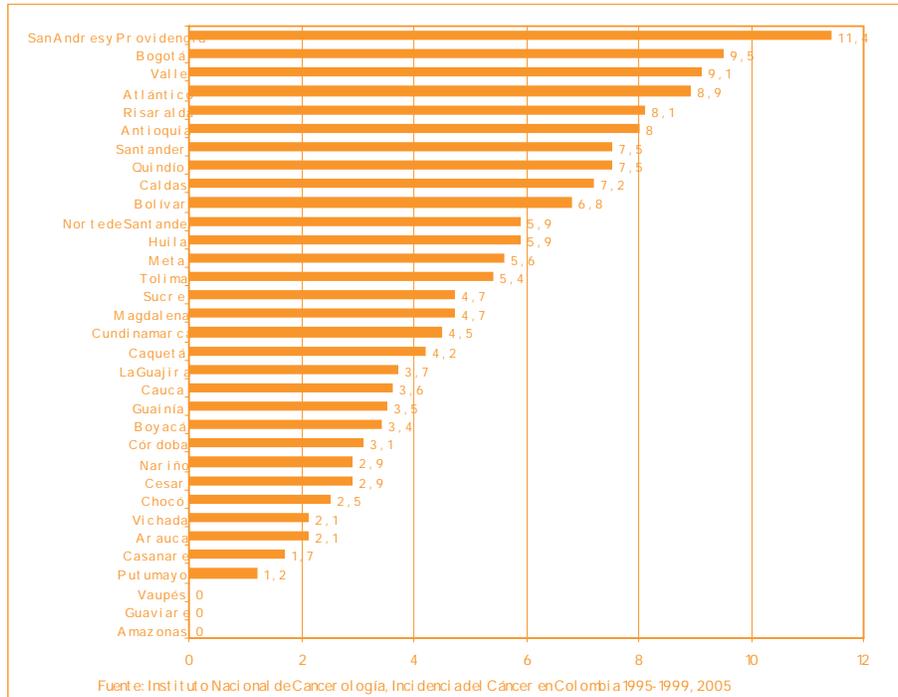
Departamento	Casos	TAE	Departamento	Casos	TAE
Antioquia	705	33,0	Nariño	165	27,3
Atlántico	300	38,9	Norte de Santander	125	26,6
Bogotá	990	41,9	Quindío	67	29,8
Bolívar	259	39,1	Risaralda	123	32,7
Boyacá	75	12,6	Santander	231	30,2
Caldas	133	29,7	Sucre	71	25,1
Caquetá	34	23,4	Tolima	96	18,5
Cauca	88	20,0	Valle	531	32,4
Cesar	37	14,0	Arauca	8	14,9
Córdoba	99	22,3	Casanare	9	10,6
Cundinamarca	146	16,2	Putumayo	6	8,7
Chocó	35	23,7	San Andrés y Providencia	18	88,7
Huila	68	20,6	Amazonas	0	0,0
La Guajira	37	27,0	Guainía	3	45,8
Magdalena	166	42,2	Guaviare	0	0,0
Meta	45	22,4	Vaupés	0	0,0

Cuadro 5.5.10 Colombia. Mortalidad por cáncer de mama según departamento de residencia tasas específicas por edad

Departamento	15-44 años		45-54 años		55 - 64 años		M+s de 65 años		Total		
	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Específica	Muertes	Tasa Cruda x 100,000	Tasas Ajustada por edad x100,000
Antioquia	189	2,85	248	21,74	221	32,46	395	54,61	1053	7,9	8,0
Atlántico	102	3,93	97	24,76	86	36,93	135	52,96	421	8,3	8,9
Bogotá	224	2,69	339	24,22	338	42,12	504	68,23	1406	9	9,5
Bolívar	67	0,03	68	20,76	49	25,26	88	39,93	273	5,9	6,8
Boyacá	14	0,97	25	8,77	27	13,68	54	24,04	120	3,6	3,4
Caldas	34	2,61	69	28,52	39	26,09	55	37,18	197	7,4	7,2
Caquetá	15	3,38	8	12,36	5	14,32	5	17,04	33	3,4	4,2
Cauca	14	1,05	20	8,46	23	15,81	41	27,09	98	3,3	3,6
Cesar	14	1,34	11	7,28	10	12,45	13	15,13	48	2,2	2,9
Córdoba	20	1,36	20	8,35	18	13,6	24	16,1	83	2,7	3,1
Cundinamarca	43	1,83	64	13,47	59	18,79	87	26,96	253	5	4,5
Chocó	4	1,1	3	4,05	9	22,43	5	12,13	21	2,2	2,5
Huila	26	2,57	17	10,1	31	30,3	44	40,52	118	5,3	5,9
La Guajira	5	0,95	5	6,99	3	7,9	16	34,93	30	2,6	3,7
Magdalena	24	1,74	31	14,42	21	17,31	36	28,22	112	3,8	4,7
Meta	16	2,1	14	11,69	17	26,29	25	46,77	73	4,5	5,6
Nariño	22	1,23	21	6,56	24	12,39	39	18,32	106	2,7	2,9
Norte de Santander	32	2,12	45	18,85	30	21,19	60	39,58	167	5,3	5,9
Quindío	22	6,12	20	16,52	18	24,14	44	61,42	105	7,9	7,5
Risaralda	42	3,65	55	26,75	35	28,77	56	47,37	187	8,3	8,1
Santander	66	2,9	79	19,86	84	33,74	119	43,22	347	7,3	7,5
Sucre	21	2,45	16	12,1	20	25,4	19	21,5	76	4,1	4,7
Tolima	30	2,15	41	14,43	47	26,61	51	27,51	170	5,4	5,4
Valle	172	3,32	236	25,94	213	39,01	313	58,28	935	9,2	9,1
Arauca	2	0,59	3	8,49	1	5,74	2	14,07	8	1,5	2,1
Casanare	3	1,01	2	4,44	2	8,19	2	9,39	9	1,4	1,7
Putumayo	2	0,59	1	2,05	1	3,71	2	8,53	6	0,8	1,2
San Andrés y Providencia	1	1,08	3	25,27	6	94,89	3	48,56	14	8,2	11,4
Amazonas									0	6,9	0
Guainía			2	42,51					2	2,6	3,5
Guaviare									0	0	0
Vaupés									0	0	0
Vichada	1	1,27	1	9,72	1	21,46			3	1,7	2,1
	1227		1564		1438		2237		6474		6474

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología, Incidencia del Cáncer en Colombia 1995-1999, 2005

Gráfico 5.5.5 Colombia. Mortalidad por cáncer de mama. 1995-1999
Tasa ajustada por edad x 100,000



5.5.2.2. Prevención y atención en salud

La promoción del autocuidado y los estilos de vida saludables, así como la orientación a los servicios de detección temprana son acciones que desde 1993 ha desarrollado el Plan de Atención Básica.

Los contenidos de la información, educación y comunicación se encaminan a que las mujeres en diferentes etapas de su ciclo vital asuman actitudes de autocuidado en la prevención del contagio con Papiloma Virus Humano (VPH) como factor de riesgo para esta neoplasia y demanden la CCV. Los hombres también deben conocer las medidas de autocuidado que deben tener en relación con la transmisión de VPH y su relación con el cáncer de cuello uterino en las mujeres (Min. de la Protección Social, 2003).

5.5.2.3. Detección del Cáncer de mama

En la detección del cáncer de mama: se han identificado tres procedimientos que se encaminan a reconocer signos de alarma: auto examen de seno, examen clínico y mamografía. Sin embargo el grado de conocimiento de las mujeres sobre cada uno varía así como la práctica y el acceso

En las ENDS de 2000 y 2005 y la ENFREC II se indagó por los conocimientos para la detección de cáncer de mama y la frecuencia de los procedimientos de detección. En el cuadro 5.5.11 se presentan los principales resultados de estos estudios.

Cuadro 5.5.11 Colombia. Conocimiento y prevalencia de autoexamen de seno, examen clínico y mamografía. 1998-2005

	ENFREC II 1998	ENDS 2005
Conocimiento autoexamen de seno	44%	80%
Realización autoexamen de seno	40% (se lo han practicado alguna vez)	53%
Realización de examen clínico de seno	25.7% de las mujeres de más de 35 años.	42%
Mamografías realizadas	10%	15%

En ENFREC II el 44% de las mujeres tenía algún conocimiento sobre el autoexamen de seno y el 40% se lo habían practicado alguna vez, la principal fuente de información para este autoexamen fueron los servicios de salud con el 70%, el conocimiento y la práctica varía según el nivel de escolaridad teniendo mas conocimientos y mayor frecuencia de realización en mujeres con estudios superiores. El examen clínico de seno se ha realizado al 25.7% de las mujeres mayores de 35 años, de ellas el 42.7% pertenecientes a regímenes especiales y 36.3% al régimen contributivo, 14.4% al régimen subsidiado y 17.5% no afiliadas. El porcentaje de oportunidades perdidas en relación con el examen clínico del seno es de 85% medido en los servicios de salud (control prenatal, consulta general, controles, consulta ginecológica) en 1998. La prevalencia de la mamografía en mujeres de 50 años y más es de 10% y el 88% de ellas tuvo alguna indicación médica.

En el caso de las mujeres en condición de desplazamiento, 48% no conoce la utilidad del auto examen de seno y sólo 26% se ha realizado alguna vez el autoexamen (Profamilia, 2001). La mayoría de las mujeres que conocen la utilidad de la CCV y el autoexamen han recibido la información de la promotora de salud o enfermera en un hospital (ISS, 1993)

En la ENDS 2005 el 80% de las mujeres tienen conocimiento sobre el auto examen de seno pero sólo el 53% se lo han hecho. El 59% de las mujeres aprendieron por médico o enfermera, el 15% en una institución de salud, 16% por un folleto y 7% por familiares o amigas. En cuanto al examen clínico al 42% de las mujeres se les ha realizado, el 48% en el último año el 42% de 1 a 5 años antes y 8% hace más de 5 años.

En la ENDS 2005, sólo el 15% de las mujeres se han realizado la mamografía a pesar de que se encuentra cubierta en la población del régimen contributivo, a pesar de la indicación de la norma técnica de realizarla a la población de más de 50 años cada dos años, sólo una de cada tres mujeres mayores de 50 años se la ha realizado.

De las mujeres que se la han hecho, 38% la hicieron por indicación médica, 29% por problemas detectados, 13% de rutina, 9% por prevención del cáncer y 8% para saber cómo estaban. El 98% reclamaron el resultado y de cada diez mamografías una presenta resultado anormal. El 89.9% de las mamografías se realizaron con cargo a la EPS, 3% con cargo a la medicina prepagada, 5.8% con cargo a las alcaldías o secretarías de salud (Profamilia, 2005).

Los hallazgos presentados sugieren la necesidad de incrementar las coberturas de los exámenes de detección temprana, fortalecer la gestión de los prestadores de servicios para su realización, investigar sobre las barreras de acceso a los servicios y buscar mecanismos para su eliminación, fortalecer los mecanismos de vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas técnicas y el seguimiento de protocolos de tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama.

En relación con los servicios para la detección del cáncer de mama, en el momento se encuentran normadas para la población asegurada, además de las actividades de promoción, la realización mensual del autoexamen de seno, el examen clínico de seno y la mamografía. Al respecto de estas acciones la ENDS 2005 indagó sobre el conocimiento y la realización del autoexamen de seno así como la realización de la mamografía.

Cuadro 5.5.12 Colombia. Conocimiento y prevalencia del autoexamen de seno por régimen de afiliación ENDS 2005

Afiliación a la seguridad social	Conoce autoexamen / se lo ha hecho	
	Conoce	Se lo ha hecho
Régimen contributivo	90%	66%
Régimen Subsidiado	71%	40%
Regímenes especiales	91%	70%
No está afiliado	74%	45%
No sabe	77%	49%
Total	80%	53%

A pesar de los altos porcentajes elevados en el conocimiento del autoexamen, esta situación no refleja necesariamente la calidad del conocimiento y la pertinencia del mismo. Vale la pena destacar que los porcentajes más bajos de conocimiento y realización del autoexamen se encuentran en la población no afiliada o que no sabe si lo está, lo cual concuerda con la falta de obligatoriedad de las acciones de promoción y prevención para esta población.

Cuadro 5.5.13 Colombia. Frecuencia del autoexamen de seno por régimen de afiliación ENDS 2005

Afiliación a la seguridad social	Frecuencia del autoexamen			
	Cada mes	C/ 6 meses	Rara vez	Otro
Régimen contributivo	27%	3%	50%	20%
Régimen Subsidiado	22%	3%	50%	25%
Regímenes especiales	23%	3%	49%	25%
No está afiliado	23%	2%	51%	23%
No sabe	26%	5%	40%	29%
Total	25%	3%	50%	22%

En la realización de la mamografía sólo un 15% del total de las mujeres se la han realizado, porcentaje muy bajo teniendo en cuenta la obligatoriedad de la misma en la población asegurada mayor de 50 años, y cuatro años de implementación de esta normatividad. En los regímenes especiales se encuentra el porcentaje más alto 32%, el en el Régimen Contributivo se encuentra el 24% frente al 7% del Régimen Subsidiado, situación que se explica de manera lógica debido a que este

examen de diagnóstico no se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Para los no afiliados el porcentaje es tan bajo como en el Régimen Subsidiado. El cubrimiento de esta prueba de diagnóstico temprano debe ser cuidadosamente analizado con los estudios de costo efectividad que se requieran en el SGSSS ya que se evidencia la proporción tan importante del cáncer de seno en la morbilidad y mortalidad por cáncer en mujeres.

Cuadro 5.5.14 Colombia. Prevalencia de mamografía por régimen de afiliación. ENDS 2005

Afiliación a la seguridad social	Le han hecho mamografía
Régimen contributivo	24%
Régimen Subsidiado	7%
Regimenes especiales	32%
No está afiliado	8%
No sabe	12%
Total	15%

5.5.3. Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es el segundo tumor maligno más frecuente del sexo masculino en el mundo y la segunda causa de muerte por cáncer entre los hombres. En los últimos cinco años ha habido un crecimiento acelerado del diagnóstico del carcinoma de la próstata (INC, 2005).

El cáncer de próstata rara la vez ocurre antes de los 55 años de edad. La mayoría de los hombres diagnosticados tienen 65 años o más. El cáncer de próstata se está volviendo más frecuente, posiblemente porque los hombres viven más. Los hombres de raza negra que viven en América tienen la tasa más alta del cáncer de próstata en el mundo, por razones desconocidas.

Algunos factores de riesgo para desarrollar cáncer de próstata son:

- Antecedentes familiares (padre, hermano, tío) de cáncer de próstata.
- Exposición a cadmio en el lugar de trabajo (soldadura, baterías o electrotipos).
- La dieta alta en grasas puede aumentar el riesgo.

La tasa de supervivencia a los 5 años es de 85 % para los pacientes con cáncer de próstata cuyos cánceres se descubren en una etapa precoz, y la del cáncer de próstata en su conjunto ha aumentado hasta más del 70 % en los últimos 30 años.

Las bases genéticas y moleculares de la enfermedad se hacen cada vez más claras. También ha habido avances terapéuticos muy importantes, que si bien no han podido todavía disminuir la mortalidad, sí han reducido marcadamente la morbilidad producida por los tratamientos. De igual manera, se ha avanzado en forma importante en las técnicas diagnósticas como el PSA (Antígeno Prostático), la densidad del PSA, la velocidad del PSA, el PSA por edad, el PSA libre y las técnicas cada vez más nítidas de ultrasonido transrectal de la próstata y las biopsias con aguja fina guiadas por ECO. Todos estos avances han logrado que los diagnósticos se estén haciendo en estadios cada vez más tempranos de la enfermedad con mejores posibilidades de curación. El cáncer de próstata es una enfermedad mortal cuando se disemina y es curable cuando realmente está confinada dentro de la glándula, independientemente de su grado de diferenciación.

En Colombia el SGSSS incluye las pruebas diagnósticas para el cáncer de próstata, sin embargo no se encuentra normatizado como tamizaje para toda la población. El tratamiento del cáncer también se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud para la población asegurada, pero con un tiempo mínimo de cotización al sistema (100 semanas). La población no asegurada, en teoría tiene el cubrimiento del diagnóstico y el tratamiento por parte de las Direcciones de Salud.

5.5.3.1. Incidencia del cáncer de próstata

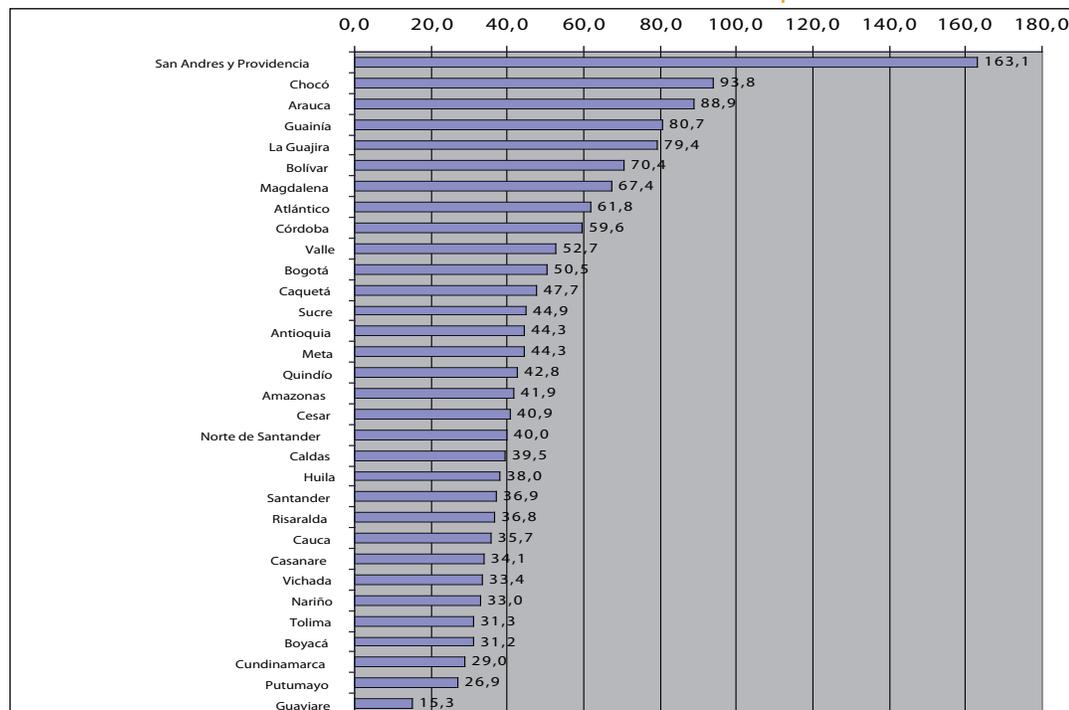
La incidencia del cáncer de próstata en Colombia es de 45.8 casos por 100.000 hombres. Se presenta de manera predominante en los departamentos de San Andrés y Providencia y el Chocó, coincidiendo con otros países americanos en donde la raza más frecuentemente afectada es la afroamericana. Los departamentos menos afectados son Boyacá, Nariño, Tolima, Cundinamarca, Guaviare y Putumayo.

5.5.3.2. Mortalidad por cáncer de próstata

En Colombia ocurren cerca de 2030 muertes anuales por esta causa lo que corresponde a una tasa de 14 muertes por 100.000 (INC, 2005); ocupa el segundo lugar en la mortalidad por cáncer en hombres en el país después del cáncer de estómago y, en comparación con los cánceres del aparato reproductivo en mujeres, es superior a la mortalidad por cáncer de cuello uterino o de mama.

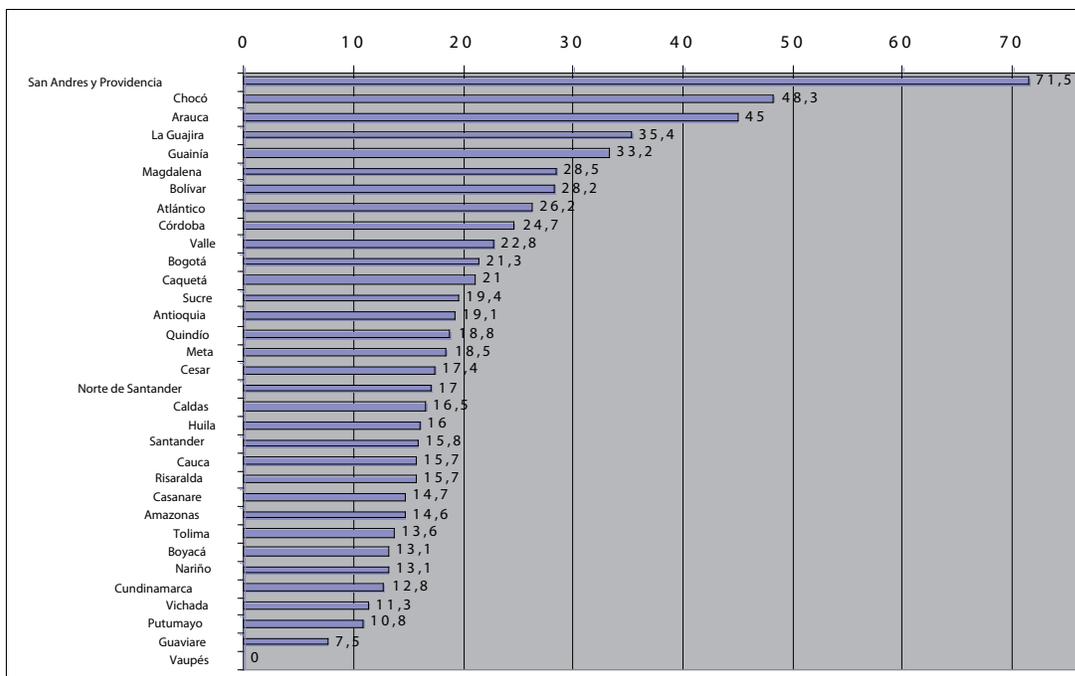
Los departamentos que presentan mayor mortalidad coinciden con los de mayor incidencia: San Andrés y Providencia (71.5), Chocó (48.3), y Arauca (45). Los departamentos con menor mortalidad de igual manera coinciden con los de menos incidencia Tolima, Boyacá, Nariño, Cundinamarca, Vichada y Putumayo (INC; 2005). Los hallazgos de la mortalidad y la incidencia focalizan las acciones en algunos departamentos en donde se concentra de manera importante este cáncer en ellos deberían desplegarse acciones de tamizaje y seguimiento a los hombres mayores de 45 años, con el fin de detectar en estadios tempranos la enfermedad y así disminuir la mortalidad.

Gráfico 5.5.6. Colombia. Incidencia estimada del cáncer de próstata. 1995-1999



Fuente: INC, Colombia, Incidencia y Mortalidad por Cáncer 1995-1999

Gráfico 5.5.7 Colombia. Mortalidad por Cáncer de Próstata por Departamento 1995-1999



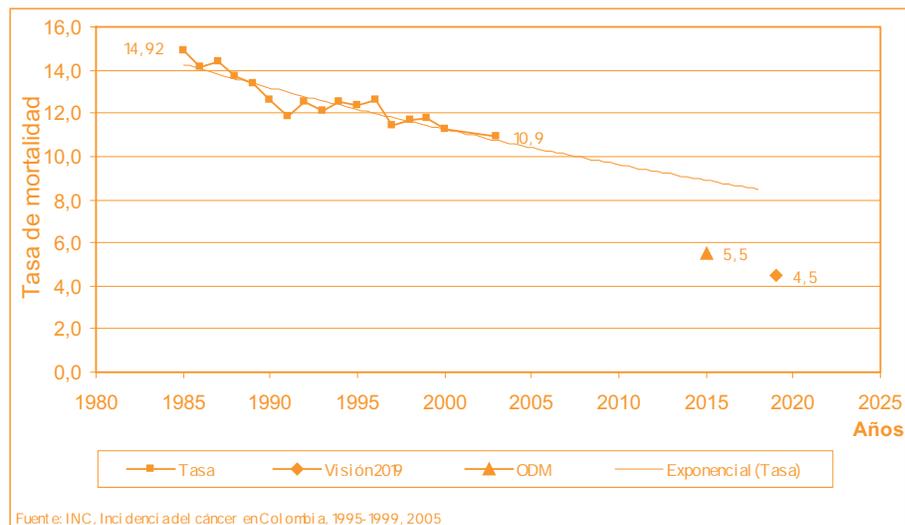
5.5.4. Análisis de las metas propuestas

Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino

Las metas se refieren solamente a la mortalidad por cáncer de cuello uterino que como se ha mencionado es la principal causa de muerte entre las mujeres de 35 a 59 años (DNP, 2005). Colombia 2019 propone reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino de 10,9 por 100 mil mujeres en el 2003 a 4,5 en el 2019. Es decir, una reducción de 59% en 15 años. La mortalidad por esta causa ha presentado una tendencia decreciente de 14,9 por 100 mil en 1985, 11,2 por 100 mil en el 2003, es decir una reducción de 25% en 15 años o de 27% en 18 años (DNP, 2005). El Conpes 91 propone disminuir la mortalidad por este tipo de cáncer a 5,5 muertes por 100.000 mujeres en el 2015 (Línea de base 2004 13 por 100.000). Todo esto sugiere que para lograr la meta de 4,5 por 100 mil en el 2019 se debe acelerar la reducción. En el Gráfico 5.5.8 se presenta la tendencia observada hasta 2003 y las metas propuestas y se observa que en realidad se necesitarían acciones de diversa índole para romper la inercia que trae el comportamiento del cáncer de cuello uterino.

En términos de prevención, el examen de citología reduce en un 60% la incidencia de esta enfermedad y por lo tanto, es un instrumento acertado para la reducción de la misma. Sin embargo, aunque cerca del 85% de las mujeres de 18 a 69 años, en el 2005, se ha hecho una citología en algún momento, el 35% de ellas se la hecho rara vez o solo una vez en la vida (Profamilia, 2005). De otra parte, existen amplias diferencias regionales, tanto en la incidencia de la mortalidad por cuello uterino como en la práctica de la citología vaginal, que deben ser tenidas en cuenta al diseñar la política que promueva la detección oportuna y eficaz de esta causa de muerte. Atendiendo a su asociación con ITS, habría que enfatizar en su prevención en particular el uso del condón, retardar el inicio de relaciones sexuales, evitar las múltiples parejas sexuales. Claro que estas dos últimas tendrían efecto a más largo plazo que 2019.

Gráfico 5.5.8 Colombia Tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino y metas propuestas.



Las acciones encaminadas a reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino deben dirigirse a facilitar el acceso al diagnóstico temprano (CCV de calidad) y garantizar la continuidad con las pruebas para el diagnóstico definitivo (colposcopia y biopsia). Además deben enfocarse en medidas de promoción de la salud sexual y reproductiva responsable y sana (autocuidado, retardo del inicio de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales), y prevención de los riesgos claramente detectados (VPH papiloma virus humano que se adquiere por transmisión sexual), mediante el uso de métodos de barrera. La promoción de estos métodos de protección y el acceso a los mismos debe ser una preocupación del estado, si quieren cumplirse las metas, para ello deberá decidir cómo facilitará el suministro a la población (subsidios, suministro gratuito, inclusión en el POS, etc.), y cómo complementar esta medida con la información, educación y comunicación necesaria para promover su uso responsable.

5.6. VIH SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

El SIDA constituye en la actualidad una de las enfermedades de mayor interés en salud pública y se ha convertido en una verdadera pandemia que amenaza a todos los países del mundo por su vertiginoso incremento, alta letalidad y falta de medios eficaces para su prevención y tratamiento. La transmisión del VIH/SIDA está relacionada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual que existe en nuestro país, con el estilo de comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas, con los patrones de cultura patriarcal y machista, con la indiferencia y falta de involucramiento, con la ignorancia, subvaloración y concepción equivocada de que el SIDA es propio de otros países y culturas. Todos estos factores son aliados para la expansión de esta enfermedad, principalmente en grupos más vulnerables, como son las mujeres, los adolescentes y los jóvenes (Profamilia, ENDS 2005).

5.6.1. Situación actual y tendencias VIH/SIDA

En este tema es importante aclarar que existen dificultades relacionadas con la información de los casos en el país. Si bien esta es una enfermedad de notificación y seguimiento obligatorio como prioridad en la vigilancia de la salud pública se presume un subregistro importante y las cifras que se obtienen por esta vía oficial parecen estar por debajo de otras fuentes de información.

De acuerdo con las estimativas más recientes del Ministerio de Protección Social de Colombia, en el año 2004 la prevalencia de infección en la población adulta entre los 15 y 49 años de edad estaría en un 0,7%, y para el 2015 estaría alrededor del 1,5%. El número de personas que actualmente viven con la infección estaría entre

200,000 y 220,000, de los cuales unos 4.000 corresponderían a personas menores de los 15 años. Para el año 2010 el número estimado de casos podría sobrepasar las 800.000 personas, con casos de personas menores de 15 años estimados en unos 16.000. A finales de enero de 2005, se había informado sobre alrededor de 44.000 casos de infección, de los cuales el 81% corresponde a hombres y el 19% a mujeres. En los casos para los cuales se reportó el mecanismo de transmisión, el 50.9% deriva de contactos heterosexuales, 28,3% de contacto homosexual y 16.8% de contacto bisexual – para un 96% de transmisión sexual. El porcentaje de mujeres refleja una tendencia a crecer en años recientes, y la distribución de la proporción hombre-mujer continúa reduciéndose, estando en un promedio nacional de 3:1 en el 2004, y en 2:1 en los departamentos de la Costa Atlántica. El 53% de todos los casos de VIH ocurren en personas entre los 15 y 35 años de edad. La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas ha presentado un incremento, de 0,06% en 1991 a 0,4% en 1999, y 0,6% en el 2003. Entre las mujeres consultando casos de ETS, las cifras aumentaron de 0,2 en 1994 a 1,1% en 1999. En el más reciente estudio centinela¹², realizado en el 2003, se encontraron prevalencias mayores de 0,5% en mujeres embarazadas en siete departamentos geográficos.

La prevalencia nacional se ha valorado mediante estudios centinela¹³, a continuación se relacionan los años y el resultado general de los mismos (Ministerio de la Protección Social, 2005-2):

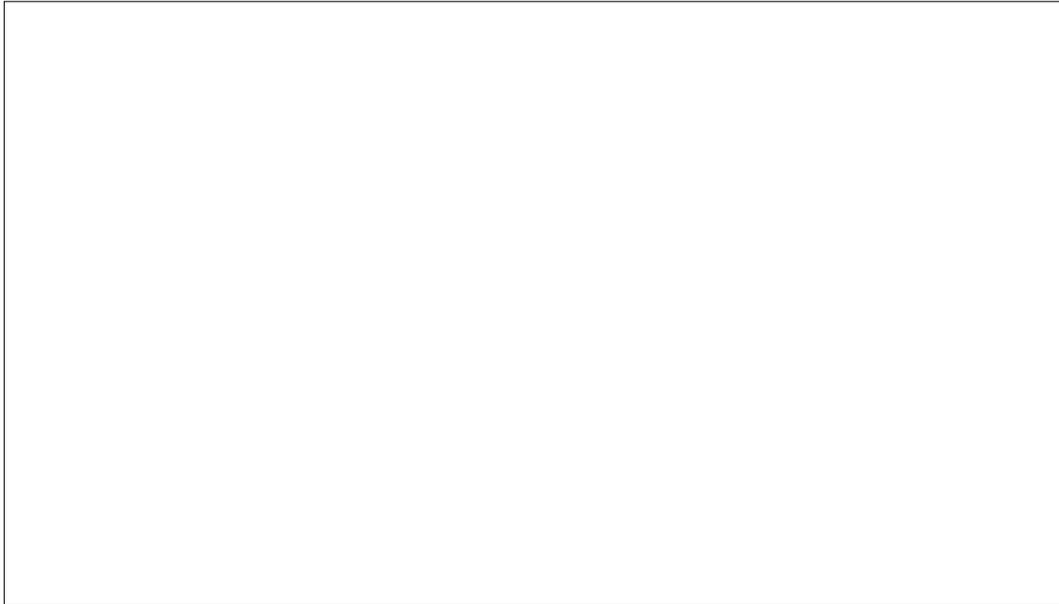
1	I	1.988	0.02%
2	II	1.991	0.10%
3	III	1.994	0.30%
4	IV	1.996	0.40%
5	V	1.999	0.49%
6	VI	2.003	0.65%

La prevalencia nacional en la población entre 15 y 49 años es de 0,7% para el 2004. De acuerdo con las estimaciones efectuadas¹¹ y sin intervención, en el 2015 la prevalencia de infección estaría alrededor de 1.5% (DNP, 2004).

¹² Estudio Centinela Nacional, Informe final Instituto Nacional de Salud, 2003.

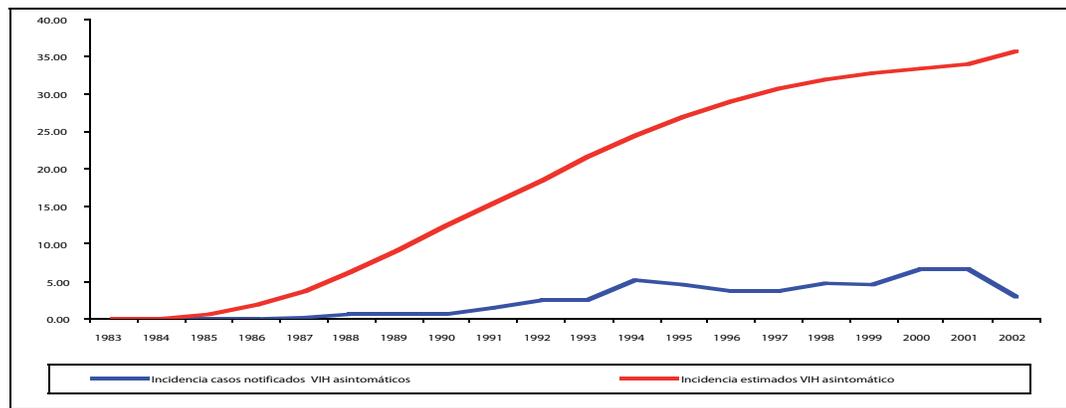
¹³ Se ha utilizado la hoja de cálculo diseñada por Onusida para estimación de prevalencias en epidemias concentradas utilizando el programa de modelaje *spectrum*

Grafico 5.6.1. Prevalencia Proyectada de infección en población de 15 a 49 años



Se observa un pico en la incidencia en el año 1994, en el cual se efectuó una campaña nacional de promoción de la prueba voluntaria, de un mes de duración, durante la cual se tomaron más de 30.000 muestras. El objetivo primordial con la promoción de las pruebas voluntarias es aumentar la detección de los casos en consecuencia la incidencia puede dispararse de acuerdo con el aumento de esta medida (DNP, 2004).

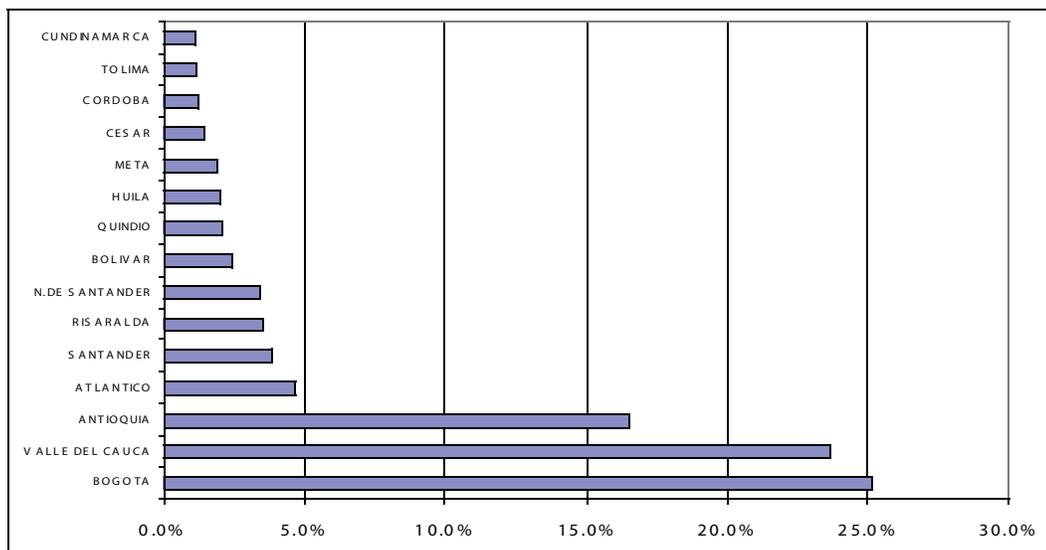
Gráfico 5.6.3 Incidencia Estimada vs Proyectada de casos VIH Asintomáticos



Fuente: ONUSIDA-MPS-INS

Los departamentos más afectados son Bogotá, Valle, Antioquia, Atlántico, Santander y Risaralda. En el Régimen Contributivo a Diciembre de 2004 se encontraban 3.648 casos de pacientes con SIDA, que reciben tratamiento integral (Paredes N., 2004).

Gráfico 5.6.4 Porcentaje de casos reportados por departamento



Fuente: Instituto Nacional de Salud

La razón de caso infectados hombre mujer hace 20 años era de 10:1 en la actualidad es de 2:1. En los departamentos de la Costa Atlántica esta razón se acerca a 1:1.

El contagio de los casos reportados es principalmente heterosexual 51%, hombres que tienen sexo con hombres 28%, bisexual 21%, perinatal 3%, y en bajas proporciones transfusiones, usuarios de drogas inyectables y otras. Se observa en el país un cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia la transmisión por coito heterosexual, particularmente evidente en la región nororiental (Santander y Norte de Santander), y en los departamentos de la región Caribe, donde el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa. El desplazamiento forzoso es otro aspecto que está afectando más a los menores de edad y a las mujeres, generando desarraigo, desprotección y marginalidad y propiciando el trabajo sexual forzado.

La mortalidad ajustada, con base en la revisión de certificados de mortalidad del DANE, que registra en el 2002 un total de 2.062 muertes. . En 1998 se reportaron en el país 1444 defunciones por Sida, para 2002 la cifra ascendió a 2062. A lo largo de este período la proporción de defunciones masculinas fue de 80%. Cada año se registran cerca de 12 muertes maternas por causa del Sida.

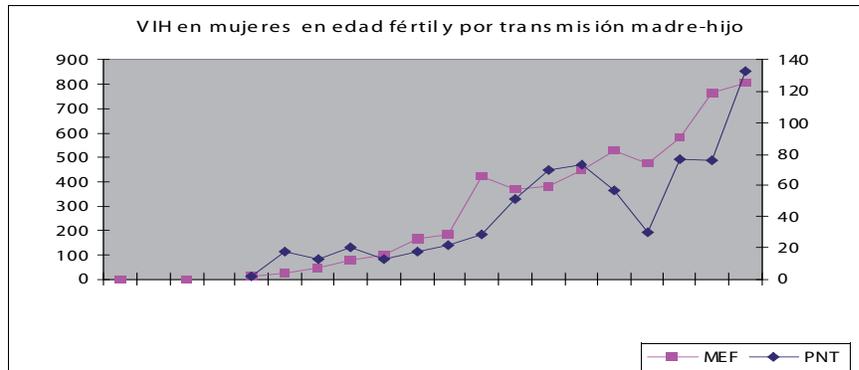
Cuadro 5.6.1. Mortalidad por SIDA

Año	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1998	1.444	1.196	248
1999	1.713	1.444	269
2000	1.911	1.579	332
2001	2.112	1.735	377
2002	2.062	1.662	400

Fuente DANE *proyecciones ajustadas jul-2004- Tomado de DNP
Objetivos de Milenio, 2004

En el periodo 1983 y 2002, el número de casos reportados en mujeres en edad fértil y en menores de cinco años (SIDA perinatal), presentó una tendencia creciente. Sin embargo en la actualidad se cuenta con un programa especial para la detección y tratamiento de las gestantes para la reducción de la transmisión vertical (INC; 2004).

Gráfico 5.6.5 VIH en mujer en edad fértil y por transmisión madre-hijo



Fuente: Instituto Nacional de Salud

5.6.2. Conocimientos sobre el VIH/SIDA

En la ENDS 2005 se incluyó una sección sobre conocimiento del VIH/SIDA la cual incluyó preguntas sobre prácticas seguras, discusión con el esposo o compañero sobre el tema, percepción de riesgo propio, riesgo de contraer el virus, si se ha hecho la prueba del SIDA, conocimiento de sitios dónde puede hacérsela, conocimiento de los derechos de las personas infectadas y conocimiento de otras infecciones de transmisión sexual.

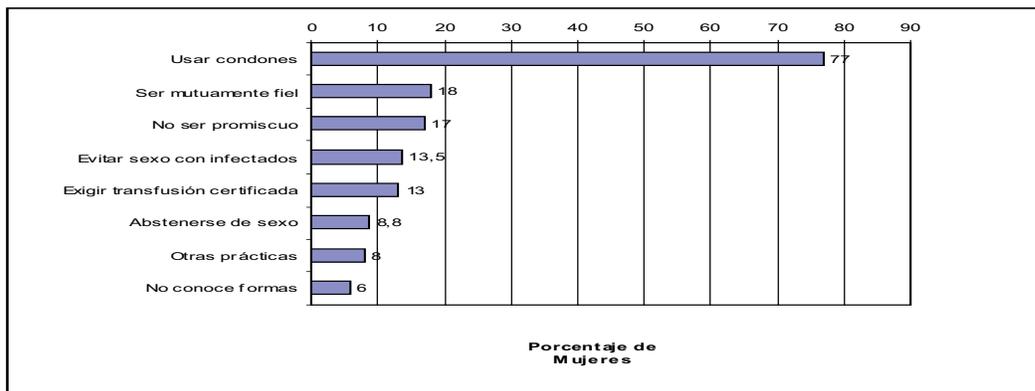
También se le preguntó a la entrevistada si había tenido una infección en los últimos 12 meses y, en caso afirmativo, qué hizo para su tratamiento y para evitar el contagio a otras personas. El conocimiento del VIH/SIDA en Colombia es prácticamente universal; el 98 por ciento de todas las mujeres entrevistadas han oído hablar de esta enfermedad. Solamente dos departamentos: Guainía y Vaupés tuvieron un nivel de conocimiento por debajo del 90 por ciento (Profamilia, 2005).

El nivel de conocimiento es menor en los grupos extremos de edad; es decir, entre las más jóvenes (de 15 a 19 años), y entre las de 40 a 49 años de edad (Profamilia, 2005).

El 18 por ciento de las mujeres que ha oído hablar de SIDA, se ha practicado la prueba. Los porcentajes más bajos de mujeres que se la han practicado corresponden a las más jóvenes (15 a 19 años de edad), a las del área rural, en la Región Oriental, entre los niveles más bajos de educación y entre las más pobres (Profamilia, 2005).

Los departamentos en donde se observan los menores niveles de mujeres que se han practicado la prueba son: Boyacá, Chocó, Nariño, Córdoba, Tolima y Cauca. El 53 por ciento de las que se practicaron la prueba reportó que había recibido consejería antes del examen de laboratorio y 27 por ciento cuando recibió el resultado. El 92 por ciento de las mujeres que se hizo la prueba conoció el resultado. La mitad de las que no se hicieron la prueba conoce un lugar a donde pueden acudir si se la quisieran hacer (Profamilia, 2005).

Gráfico 5.6.6 Conocimiento de Formas para Evitar el VIH/Sida



Fuente: ENDS 2005

5.6.3. Transmisión de la enfermedad de madre a hijo

El 90% de las mujeres entrevistadas manifestó que la enfermedad se puede transmitir de la madre al hijo. Entre quienes saben que puede transmitirse, el 92 por ciento dijo que se puede transmitir durante el embarazo. El 73 por ciento manifestó que se puede transmitir durante el parto y el 58% reportó que se podía transmitir durante la lactancia. Los niveles más bajos de conocimiento de la transmisión madre-hijo se encuentran entre las mujeres sin educación (71%), las clasificadas en el quintil inferior de riqueza (79%), y las residentes en el Litoral Pacífico (77% en el departamento del Cauca) (Profamilia, 2005).

5.6.4. VIH/SIDA e ITS en Población desplazada

El 97% de las mujeres de zonas marginales conocen o han oído hablar del SIDA, este conocimiento es mayor entre las más jóvenes. El 55% de las mujeres entrevistadas saben que el condón es un medio para evitar el contagio, 34% evitar el contacto con personas infectadas, no tener conductas promiscuas el 21% y manejo de la sangre e instrumental médico 17% (Profamilia, 2001).

El 19% de las mujeres que conocen sobre el VIH/Sida no saben como evitar su contagio, el mayor desconocimiento se presenta en las mujeres mayores de 40 años de las regiones central y pacífica y las desplazadas por el conflicto armado (Profamilia, 2001).

El 90% de las mujeres que conocen el Vd. /Sida saben que puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo y la lactancia. El 47% de estas mujeres saben que existe una prueba para detectar la presencia del virus. El 26% de estas mujeres consideran tener algún riesgo para contraer el virus del SIDA y el 6% se ha realizado la prueba (Profamilia, 2001).

Se les interrogó sobre la ocurrencia de infecciones vaginales el año inmediatamente anterior, esto con el fin de establecer la presencia de Infecciones de Transmisión sexual, cuya sintomatología es casi desconocida en la población, el resultado fue el 13% de mujeres tuvo alguna infección vaginal, lo que puede indicar una prevalencia muy elevada respecto del promedio nacional (1.1) (ISS, 1993). De estas mujeres el 68% buscó y recibió atención médica (Profamilia, 2001).

5.6.5. Infecciones de transmisión sexual

La prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual son componentes esenciales y complementarios en la prevención del VIH. Las infecciones de transmisión sexual no tratadas incrementan sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH por medio de relaciones sexuales no protegidas (Ministerio de la Protección Social, 2004-3).

La estimación de la prevalencia de las ITS en el país es compleja a pesar de la obligatoriedad de la notificación y el seguimiento de los casos. Sin embargo se presume su elevada prevalencia. La prevalencia de ITS tales como la sífilis, la infección gonocócica y la trichomoniasis urogenital, se encuentran por encima de los promedios mundiales. La tasa de incidencia de la sífilis congénita es de 0.95 por 1.000 nacidos vivos, pero se estima que la cifra esconde un subregistro muy alto. La hepatitis B y el herpes genital muestran una clara tendencia al aumento (Ministerio de Salud, 2002).

La Resolución 412 de 2.000 prevé la detección de la sífilis gestacional y su tratamiento en la norma técnica de detección de las alteraciones del embarazo mediante un esquema específico de toma de VDRL. También se cuenta con una guía de atención para el abordaje sindromático de las ITS y con una guía específica para la prevención y tratamiento de la sífilis gestacional y congénita.

5.6.6. Conocimiento de infecciones de transmisión sexual

En la ENDS 2005 se preguntó si sabían, o habían oído de otras enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual; si conocían síntomas o signos para reconocer que un hombre o una mujer tienen una infección de transmisión sexual; si ellas tuvieron una ITS en los 12 meses que precedieron la encuesta y qué hicieron.

El 42% manifestó que no conocían. El 32% dice no conocer síntomas en el hombre y 30% no mencionó síntomas en la mujer, lo que significaría que el desconocimiento de las ITS se ha incrementado significativamente. El desconocimiento de las ITS es mayor entre las mujeres más jóvenes (15 a 19 años de edad), en el zona rural, en la región Oriental, entre las mujeres sin educación y entre las más pobres. Los departamentos en donde el nivel de conocimiento de las ITS es más bajo son Nariño, Boyacá, Meta, Cauca y Quindío (Profamilia, 2005).

El uno por ciento de las mujeres manifestó que le habían diagnosticado una ITS en los últimos 12 meses. Los mayores porcentajes de mujeres con una ITS en los últimos 12 meses corresponden a mujeres de 25 a 29 años de edad, las residentes en la región Pacífica, entre aquellas que tienen solamente primaria y las que pertenecen a los índices de riqueza más bajos. El uno por ciento de las mujeres manifestó tener llagas en sus genitales y otro uno por ciento informó haber tenido otros problemas, diferentes a secreciones. En total el 8% tuvo alguna sintomatología. No buscó tratamiento el 21% de las mujeres con sintomatología (Profamilia, 2005).

5.6.7. Análisis de las metas en VIH-SIDA

En el Conpes 91 se propone para 2015 haber mantenido la prevalencia del VIH/Sida por debajo de 1.2% en población de 15-49 años (Línea de base 0.7%, 2.004). Establecer la línea de base en el quinquenio 2005-2010 para lograr medir la mortalidad por VIH y reducirla en 20% en el quinquenio 2010-2015. Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo 2010-2015 en comparación con el quinquenio 2005-2010. Para 2010 haber aumentado en 15% la cobertura con terapia antiretroviral y para 2015 alcanzar 30% de cobertura (Línea de base 52.3%, 2003). Colombia 2019 propone mantener la prevalencia de VIH por debajo del 1.2%.

La evidencia indica que la prevalencia en la población entre 15-49 años alcanza niveles de 0.7% en 2004 (DNP, 2005). Sin embargo, en un estudio efectuado en Bogotá en el 2001 se encontró que entre los hombres que tienen sexo con hombres la prevalencia es del 18% (DNP, 2005). De otra parte, entre 1998 y 2002 el número de casos reportados entre mujeres en edad fértil y en menores de cinco años presentó

una tendencia creciente. Esto indicaría que aunque la epidemia de VIH-SIDA todavía solo ataca a ciertos grupos poblacionales de alta vulnerabilidad (DNP, 2005), se está expandiendo a otros grupos. Por lo tanto, si no se toman las medidas adecuadas para contrarrestar esta enfermedad, no se podría alcanzar la meta propuesta en la política 2019.

5.7. Mortalidad Infantil y perinatal

5.7.1. Niveles y Tendencias de mortalidad infantil y perinatal

Según la ENDS, la mortalidad infantil en el país está en 20 defunciones de niños menores de un año por mil nacidos vivos. La mortalidad infantil por sexo tiene el diferencial observado en la mayor parte de las poblaciones siendo de cerca de 26 por mil n.v., en niños y 18 en niñas. Según las estadísticas vitales para el período 1998-2002 (EV98-02) la tasa de mortalidad infantil¹⁴ del país fue de 19.5 defunciones de menores de un año por mil n.v., siendo de 22 por mil en hombres y 17 por mil en mujeres

En Colombia se contabilizan cerca de cinco mil mortinatos (defunciones fetales después de las 28 semanas de gestación) que junto con las ocurridas en la primera semana de vida de los recién nacidos (neonatal temprana), que son cerca de seis mil anuales constituyen la mortalidad perinatal o alrededor del nacimiento (Cuadro 5.7.1). La mortalidad perinatal es objeto de monitoreo al igual que la mortalidad materna y que la mortalidad infantil porque está fuertemente asociada al acceso oportuno y de calidad de los servicios de salud y también a las condiciones socioeconómicas de los hogares.

Dentro de la mortalidad infantil también se hace diferencia entre la ocurrida en los primeros momentos de la vida, es decir la neonatal temprana, la tardía y la postneonatal. Cada una de ellas es objeto de atención especializada y seguimiento. En el cuadro 5.7.1 ya citado se observa que del total de defunciones de menores de un año cerca de cinco mil ocurren en la primera semana, otras dos mil en las siguientes tres semanas (neonatal tardía) y otras cinco mil en el resto del primer año de vida del niño. En la medida que desciende la mortalidad infantil, desciende con más fuerza la mortalidad postneonatal y por esta razón adquiere más peso relativo la neonatal que actualmente representa 60% de las defunciones de menores de un año.

¹⁴ La tasa proveniente de las estadísticas vitales se basa en el supuesto de que los nacimientos y las defunciones están afectados por el mismo nivel de subregistro.

Cuadro 5.7.1 Colombia. Mortalidad perinatal e infantil según el sistema de estadísticas vitales 1998-2002

	Neonatal temprana	Neonatal tardía	Neonatal	Postneonatal	Def menores 1 año	Mortinatos	Nacimientos	Def neonatal %	Def post-neonatal %	Total
1998	6298	2165	8463	5715	14178	5543	720984	59,7	40,3	100,0
1999	6772	2564	9336	5285	14621	4490	746194	63,9	36,1	100,0
2000	7044	2686	9730	5637	15367	4540	752834	63,3	36,7	100,0
2001	6389	2423	8812	5618	14430	5157	724319	61,1	38,9	100,0
2002	5670	2168	7838	4802	12640	4907	700455	62,0	38,0	100,0
1998-2002	32173	12006	44179	27057	71236	24637	3644786	62,0	38,0	100,0
	Tasa Neonatal temprana	Tasa Neonatal tardía	Tasa neonatal	Tasa Postneonatal	Tasa Mortalidad infantil	Tasa Mortinato	Tasa perinatal	ENDS-05	Tasa Neonatal	Tasa Post-neonatal
1998	8,74	3,00	11,74	7,93	19,66	7,69	16,42	1995-00	16,0	9,0
1999	9,08	3,44	12,51	7,08	19,59	6,02	15,09			
2000	9,36	3,57	12,92	7,49	20,41	6,03	15,39			
2001	8,82	3,35	12,17	7,76	19,92	7,12	15,94			
2002/95	8,09	3,10	11,19	6,86	18,05	7,01	15,10	2000-05	12,0	6,0
2002	8,83	3,29	12,12	7,42	19,54	6,76	15,59			

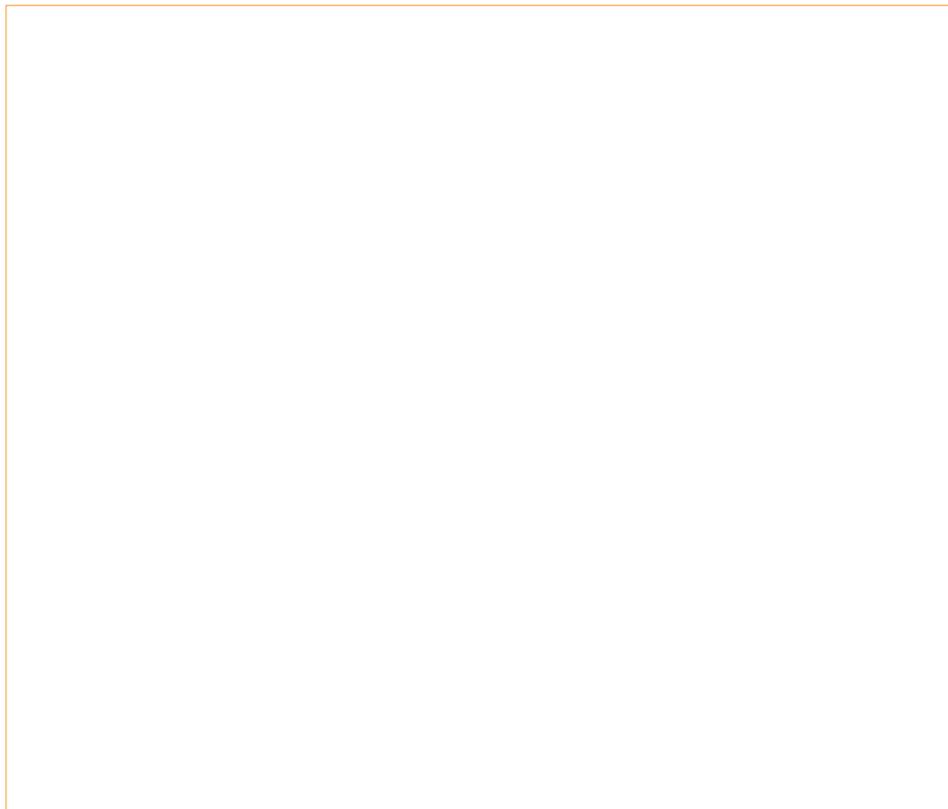
Relacionando cada uno de estos grupos a los nacimientos se tiene que en el país ocurren nueve defunciones neonatales tempranas por cada mil nacidos vivos, tres neonatales tardías por mil n.v., para una tasa total de doce neonatales por mil n.v.; por otra parte son siete mortinatos por cada mil n.v., que junto con la neonatal temprana da una tasa de 16 defunciones perinatales por mil n.v.

En el Cuadro 5.7.2 se presentan las estimaciones por departamento y en el cuadro 5.7.3 las estimaciones por otras variables de interés, tanto de mortalidad infantil como de mortinatos y perinatal. Todos los grupos analizados se compararon con lo proveniente de la ENDS-05 y se observa que las dos fuentes producen resultados similares en cuanto a los diferenciales por variables socioeconómicas.

Sin embargo, al entrar a desagregar por departamento se encuentran algunas diferencias. En el gráfico 5.7.1 se observa que Quindío, Chocó y los departamentos de la Orinoquía y la Amazonía tienen tasas de mortalidad infantil relativamente bajas si se estiman con base en la ENDS-05 mientras que los departamentos de la región Central, Oriental y Pacífica tienen tasas relativamente más altas. Los casos más críticos debido a la diferencia (en números absolutos), entre las dos fuentes son Vichada, Vaupés, y Guainía cuya tasa está en 27, 15 y 19 según la encuesta mientras que las estadísticas vitales estiman en 44, 32 y 35 respectivamente. En situación contraria están Cauca y Nariño pues la ENDS-05 estima 33 y 28 por mil n.v., mientras las EV dan 25 y 18. En el primer grupo de departamentos la muestra

puede ser representativa de zonas urbanas, dejando poca representatividad a las zonas rurales. En el segundo grupo puede haber un subregistro de las defunciones infantiles mayor que el subregistro de los nacimientos

Gráfico 5.7.1. Colombia. Tasa de mortalidad infantil por departamentos según la ENDS 2005 y las estadísticas vitales 1998-2002



Según las estadísticas vitales los departamentos que tienen tasas superiores a las 40 defunciones por mil nacidos vivos son Chocó, Cauca y Vichada. Entre 30 y 40 por mil n.v., están Amazonas, Guainía, Vaupés Guaviare y Bolívar. El departamento con menor mortalidad infantil es Santander con 14 defunciones por cada mil n.v.

Gráfico 5.7.2. Tasa de mortalidad infantil y perinatal por departamentos
1998-2002



En el gráfico 5.7.2 se presenta la tasa de mortalidad perinatal por departamentos y como referencia la mortalidad infantil. Se observa que Vichada Caquetá y Chocó tiene tasas cercanas a 30 defunciones perinatales por mil nacidos vivos, es decir el doble del riesgo observado para el promedio nacional, les siguen Cauca y Córdoba con 22 defunciones por mil n.v. Lo demás departamentos oscilan entre 5 y 20 defunciones por mil n.v., y las más bajas están en Cundinamarca y Santander con 12 defunciones por mil n.v.

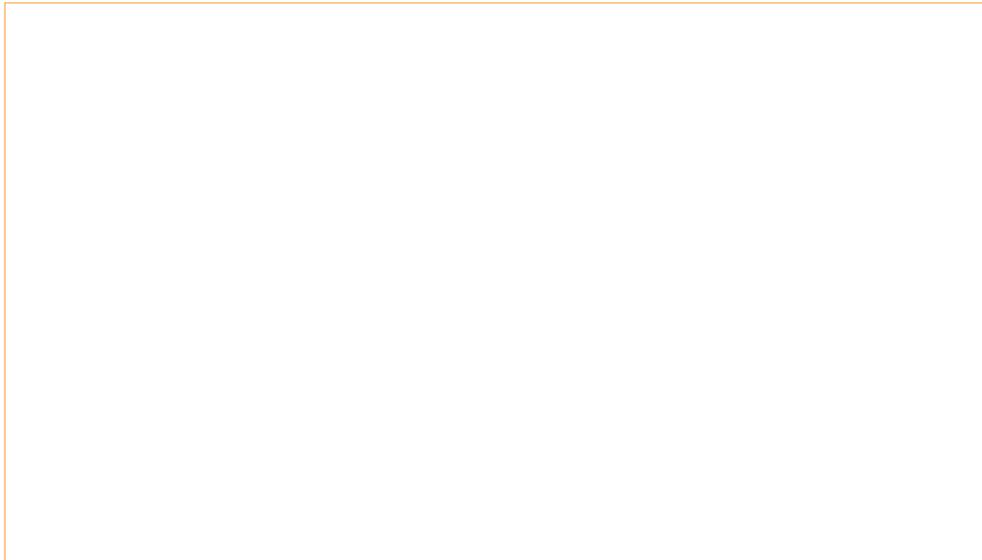
Cuadro 5.7.2. Colombia. Defunciones neonatales, infantiles y mortinatos, nacimientos y tasas por departamento. 1998-2002

VARIABLES	Neonatales tempranas	Total menores de un año	Mortinatos	Nacimientos	Tasa neonatal temprana (por mil n.v)	Tasa mortinato (por mil n.v.)	Tasa perinatal (por mil n.v.)	Tasa mort. infantil (por mil n.v.)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)=(2)/(5)	(7)=(4)/(5)	(8)=(6)+(7)	(9)=(3)/(5)
TOTAL PAIS	32173	71236	24637	3644786	8,83	6,76	15,59	19,54
Departamento de residencia								
Vichada	76	202	64	4584	16,51	13,87	30,39	44,05
Caquetá	558	1369	477	32989	16,90	14,46	31,36	41,50
Chocó	350	830	362	20375	17,17	17,77	34,94	40,74
Guainía	25	91	26	2633	9,33	9,74	19,06	34,69
Vaupés	29	82	27	2590	11,06	10,30	21,36	31,74
Amazonas	64	185	45	6277	10,27	7,19	17,46	29,42
Bolívar	2380	4325	804	152378	15,62	5,28	20,90	28,38
Guaviare	91	207	59	7336	12,41	8,11	20,52	28,22
La Guajira	557	1283	266	48832	11,40	5,44	16,84	26,27
Magdalena	1019	2227	434	88201	11,55	4,92	16,47	25,25
Cauca	942	2305	1056	92226	10,22	11,45	21,67	24,99
Putumayo	208	517	218	21828	9,51	10,01	19,52	23,66
Córdoba	1432	2769	1085	118913	12,04	9,12	21,17	23,29
Atlántico	2194	4621	807	204213	10,75	3,95	14,70	22,63
Quindío	444	971	300	46711	9,50	6,43	15,94	20,79
Norte de Santander	1171	2391	948	116826	10,03	8,11	18,14	20,46
Huila	947	2209	821	108407	8,74	7,58	16,32	20,38
Cesar	816	1714	323	84578	9,65	3,82	13,47	20,26
Sucre	565	1298	283	64198	8,80	4,41	13,21	20,22
Tolima	1009	2447	964	131091	7,69	7,35	15,05	18,66
Caldas	750	1514	629	81663	9,18	7,70	16,88	18,54
Boyaca	959	2062	925	111816	8,57	8,27	16,85	18,44
Nariño	863	1810	739	99289	8,70	7,45	16,14	18,23
Casanare	260	502	135	27886	9,32	4,85	14,17	18,01
Bogota	4239	11001	3483	622269	6,81	5,60	12,41	17,68
Antioquia	4191	8653	3860	499989	8,38	7,72	16,10	17,31
Cund.	1216	3038	898	176742	6,88	5,08	11,96	17,19
Valle	2275	5239	2362	313775	7,25	7,53	14,78	16,70
Meta	527	1192	461	71897	7,33	6,42	13,75	16,58
Risaralda	606	1242	577	76994	7,87	7,50	15,36	16,13
San Andrés y Providencia	45	81	25	5234	8,60	4,70	13,30	15,51
Arauca	209	404	160	26283	7,94	6,09	14,03	15,37
Santander	1142	2408	1001	174903	6,53	5,72	12,25	13,77

5.7.2. Tendencia histórica de la mortalidad infantil

En el Gráfico 5.7.3 se presenta la tendencia de la mortalidad infantil con base en datos de las estadísticas vitales, el censo de 1993 y las ENDS.

Gráfico 5.7.3. Colombia. Tendencia de la mortalidad infantil, según distintas fuentes 1990-2002

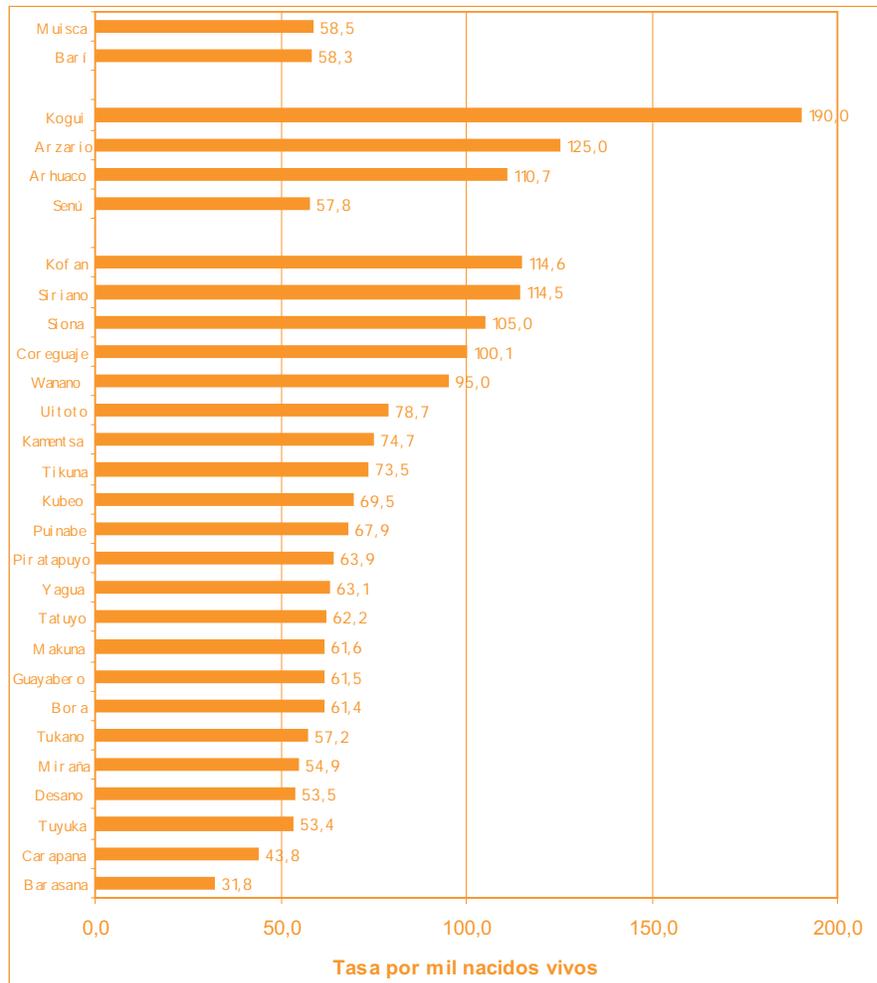


Para el período 1990-93 el censo de población de 1993 produce una estimación bastante más alta que las ENDS lo cual puede deberse a que las encuestas no se aplicaban en los departamentos de la Orinoquía y la Amazonía ni en las comunidades indígenas de los demás departamentos, poblaciones todas con muy alta mortalidad infantil. Para el período 1998-2002 las EV sugieren que la mortalidad infantil se mantuvo constante, mientras que las encuestas muestran descenso continuo en la última década. La ENDS-05 estima que hacia 1998 la tasa de mortalidad infantil era de 25 defunciones por mil n.v., mientras que la ENDS-00 la había estimado en 21 lo cual puede deberse justamente a que la ENDS-05 recoge información de la Orinoquía y la Amazonía. Si esta fuera la explicación, significa que las EV se quedaban cortas en la estimación de la mortalidad infantil de esos años.

5.7.3. Mortalidad infantil en poblaciones indígenas

La estimación proveniente del censo de 1993 indica que la mortalidad infantil de las poblaciones indígenas es de 98 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. Es decir que un niño o niña indígena tiene tres veces el riesgo de morir en estas edades que un niño o niña del país. Como puede observarse en el Gráfico 5.7.4 hay comunidades indígenas en las que la tasa llega a 200 defunciones por mil nacidos vivos, muchas rondan las cien defunciones por mil nacidos vivos.

Gráfico 5.7.4. Colombia. Mortalidad infantil en poblaciones indígenas por etnia 1990-1993



5.7.4. Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad infantil

Las dos fuentes coinciden al identificar las inequidades de las poblaciones frente a la mortalidad infantil. Se puede observar que la edad de la madre sigue siendo un factor de riesgo cuando está en los extremos de la vida fértil Cuadro 5.7.3. Según las EV un hijo de madre menor de quince años ($Q_0 = 31$ por mil n.v.), tiene prácticamente el doble del riesgo de morir que el hijo de una mujer de 30 años ($Q_0 = 17,5$ por mil n.v.), al igual que el hijo de una mujer de cuarenta años, riesgo que se incrementa de tal manera que en las mujeres de más de 50 años el riesgo de que su hijo muera en el primer año de vida es cinco veces mayor que en el caso de las mujeres de 30 años.

Análisis de situación en población para Colombia - Volumen 1

También se encuentran diferencias según la zona de residencia, de manera que un niño o niña que vive en el rural disperso tiene 25% más de riesgo de morir que el que vive en cabeceras municipales o en centros poblados.

Cuadro 5.7.3. Colombia. Defunciones maternas y nacimientos por lugar de ocurrencia. 1998-2002

VARIABLES	Neonatales tempranas	Total menores de un año	Mortinatos	Nacimientos	Tasa neonatal temprana (por mil n.v.)	Tasa mortinato (por mil n.v.)	Tasa perinatal (por mil n.v.)	Tasa mort. infantil (por mil n.v.)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)=(2)/(5)	(7)=(4)/(5)	(8)=(6)+(7)	(9)=(3)/(5)
TOTAL PAIS	32173	71236	24637	3644786	8,83	6,76	15,59	19,54
Hombres	18632	40325	13416	1870165	9,96	7,17	17,14	21,56
Mujeres	13541	30911	11221	1774621	7,63	6,32	13,95	17,42
Edad								
< 15 años	435	865	209	27758	15,65	7,53	23,19	31,15
15 años	705	1455	382	61609	11,44	6,21	17,65	23,62
16 años	1265	2647	693	117300	10,78	5,91	16,70	22,56
17 años	1790	3904	1018	174198	10,28	5,84	16,12	22,41
18 años	2044	4471	1197	201461	10,15	5,94	16,09	22,19
19 años	2046	4494	1209	219218	9,33	5,51	14,85	20,50
15-19 años	8284	17835	4708	801544	10,34	5,87	16,21	22,25
20 - 24 años	8956	20404	5943	1056445	8,48	5,63	14,10	19,31
25 - 29 años	6366	14117	5129	808283	7,88	6,35	14,22	17,47
30 - 34 años	4533	9943	4145	561431	8,07	7,38	15,46	17,71
35 - 39 años	2902	6329	3184	292076	9,94	10,90	20,84	21,67
40 - 44 años	967	2209	1310	73241	13,21	17,88	31,09	30,16
45 - 49 años	139	340	180	6135	22,73	29,35	52,08	55,34
50 y más	24	60	39	728	32,97	53,77	86,73	82,42
Área de residencia								
Cabecera	25210	54467	16316	2800677	9,00	5,83	14,83	19,45
Centro poblado	2479	6001	2280	302960	8,18	7,53	15,71	19,81
Rural disperso	3940	10767	4374	445023	8,85	9,83	18,68	24,20
Nivel educativo de la madre								
Ninguno	1962	5547	1501	93738	20,93	16,02	36,95	59,18
Primaria	13386	31304	11554	1242814	10,77	9,30	20,07	25,19
Secundaria	14470	29632	10122	1912538	7,57	5,29	12,86	15,49
Universitaria	2353	4734	1460	395696	5,95	3,69	9,64	11,96
Estado civil de la madre								
Soltera	6460	13891	4648	579588	11,15	8,02	19,17	23,97
Casada	7797	16414	6398	1010969	7,71	6,33	14,04	16,24
Viuda	114	342	133	13339	8,53	9,97	18,49	25,66
Unión libre	17504	39719	13244	2016916	8,68	6,57	15,25	19,69
Separada, divorciada	298	859	214	23974	12,41	8,94	21,35	35,81
Afiliación a la Seguridad social								
Contributivo	7288	13185	5509	1316526	5,54	4,18	9,72	10,01
Subsidiado	8988	18404	7895	1090343	8,24	7,24	15,48	16,88
Vinculado u otra	15853	30930	11186	1232943	12,86	9,07	21,93	25,09

El nivel educativo de la madre marca fuertes diferencias en el riesgo de morir de sus hijos. Mientras los hijos de las mujeres sin educación presentan tasas de mortalidad infantil cercanas a 60 por mil n.v., los de las mujeres con primaria tienen tasas de 25 por mil n.v., en las de secundaria es 15 y en las de educación superior es 12 por mil. Es decir, que los hijos de una mujer sin educación tienen cinco veces más riesgo de morir que los hijos de una mujer que ha alcanzado nivel universitario.

Estos diferenciales tan marcados se observan en poblaciones con grandes inequidades, en las cuales el acceso a los servicios de salud depende de cada cabeza de familia y no constituye una obligación del estado. La diferente calidad de los servicios también marca las posibilidades de sobrevivencia de los niños. De hecho los afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado están cubiertos por el sistema de seguridad social en salud, sin embargo, los primeros tienen una tasa de 10 defunciones por cada mil n.v., mientras que en los segundos la tasa es un 60% más alta (16,9 def por mil n.v.). Para los que no están en estos regímenes la situación es más grave pues la tasa es de 25 por mil, es decir 2,5 veces más riesgo de morir que los que pertenecen al régimen contributivo.

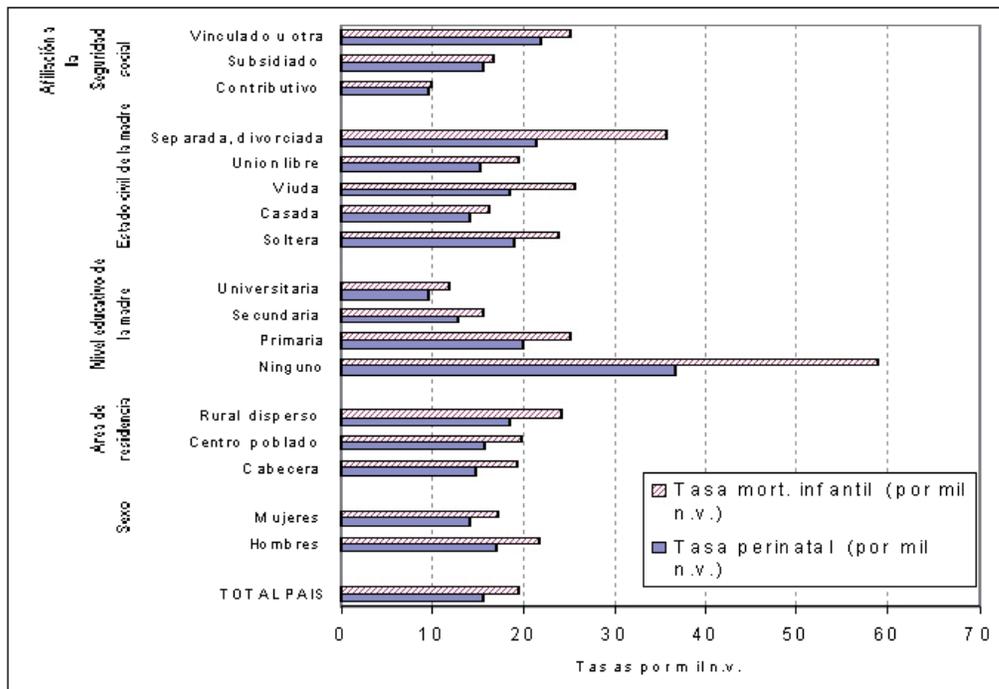
El estado conyugal de la madre también influye en la mortalidad infantil. Se observa que los hijos de las mujeres casadas tienen la menor mortalidad (16 defunciones de menores de un año por mil n.v.), y siguen los de mujeres en unión libre y en el otro extremo están los hijos de madres separadas o divorciadas con tasa cercana a 36 por mil. Es decir que estos niños tienen el doble de riesgo de morir que los hijos de las mujeres casadas.

5.7.5. Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad perinatal

En el cuadro 5.7.3 ya citado y en el gráfico 5.7.5 se presentan las tasas de mortalidad perinatal para distintos grupos poblacionales como afiliación a la seguridad social, el estado conyugal de la madre, el nivel educativo, el área de residencia y el sexo del feto o recién nacido. Como referencia se incluye la tasa de mortalidad infantil para los mismos grupos.

En general, las inequidades observadas en la mortalidad infantil se presentan en la mortalidad perinatal, reflejándose la diferencia de cobertura de servicios y la calidad entre el régimen contributivo y el subsidiado y éstos a su vez con el vinculado. Se destaca el gran riesgo que tienen los embarazos de mujeres sin educación dado que cerca de 35 por cada mil n.v., terminan en mortinato o el recién nacido muere en la primera semana de vida.

Gráfico 5.7.5 Tasa de mortalidad infantil y perinatal por variables seleccionadas 1998-2002



5.7.6. Análisis de la mortalidad infantil por causas

En las causas de mortalidad infantil en Colombia se encuentran en primer lugar los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, el segundo lugar lo ocupan las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. La primera causa está relacionada con el manejo y control de problemas durante la gestación y de las patologías que facilitan el nacimiento pretérmino y el bajo peso al nacer.

En el tercer lugar las infecciones respiratorias agudas las cuales han ocupado primeros lugares durante muchos años y a pesar de contar con una guía de atención y la posibilidad de contar con tratamiento adecuado (antibióticos, cuidado especializado), cobra aún muchas vidas de niños. Esta causa sube al segundo lugar en el grupo de niños de 1 a 11 meses.

En cuarto lugar se encuentran las sepsis bacterianas del recién nacido, causa relacionada con problemas de la gestación y el parto.

En quinto lugar se encuentran las enfermedades infecciosas intestinales, y esta causa sube al tercer lugar en niños de 1-5 meses y al primer lugar en niños de 6-11 meses.

Esta causa de muerte muestra la necesidad de mejorar las prácticas alimentarias de las familias, en lo que se refiere al conocimiento de las indicaciones para cada edad y las condiciones de preparación de los alimentos. Llama la atención que en el grupo de 1-5 meses se presente esta causa en los primeros lugares ya que la indicación alimentaria para estos niños es la lactancia materna exclusiva lo cual disminuye las probabilidades de infección.

La IRA y EDA, dos causas evitables de muerte, muestran un perfil de la mortalidad que sitúa al país en contexto de subdesarrollo a pesar de los logros en el aseguramiento y en los indicadores generales de salud y de infraestructura. Este hallazgo sugiere la necesidad de retomar estrategias que se han usado en el pasado y focalizar estas acciones en los departamentos en donde se presenta mortalidad por estas causas. También evidencia la necesidad de fortalecer los servicios de atención y la participación de la comunidad en el autocuidado y diagnóstico temprano.

Las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales se encuentran en el grupo poblacional del primer año de vida en séptimo lugar, sin embargo si se analizan las muertes a partir del primer mes de edad sube a cuarto lugar en los primeros cinco meses y tercer lugar en las muertes de los niños de 6 a 11 meses. Esta situación debe analizarse teniendo en cuenta la alimentación de los primeros seis meses en donde se indica lactancia materna exclusiva, lo cual corrobora la caída de la prevalencia (15 al 11% de 2.000 a 2.005), y evidencia problemas para llevar a cabo esta práctica (por ejemplo mujeres que trabajan), o problemas nutricionales de la madre que no permiten una calidad adecuada de la leche materna. También se sugieren problemas relacionados con las condiciones económicas de las familias ya que a partir del sexto mes de edad estas deficiencias están ligadas a la calidad y cantidad de la alimentación complementaria.

Cuadro 5.7.6. Colombia. Principales causas de defunción en los menores de un año por edad. 2002 según lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS

Total menores de un año	Menor 1 día		De 1-6 días		De 7-27 días	
	Total NACIONAL	3.015	Total NACIONAL	2.655	Total NACIONAL	2.168
	100,0	100,0		100,0		100,0
404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	24,4	47,8	404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	48,7	404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	27,0
615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMIDY ANOMALIAS CROMOSOMICAS	18,6	17,5	615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMIDY ANOMALIAS CROMOSOMICAS	16,9	615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMIDY ANOMALIAS CROMOSOMICAS	22,1
407 OTRAS AFEC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	8,2	12,9	407 OTRAS AFEC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	12,8	407 OTRAS AFEC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	17,8
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	8,1	7,3	405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	9,6	405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	14,3
405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	6,0	6,5	402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	5,3	109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	6,5
101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	6,0	3,1	401 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFEC. MATERNAS	1,9	402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	3,1
402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	3,7	2,7	403 RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL, BAJO P/ NACER, GEST. CORTA	1,8	401 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFEC. MATERNAS	1,9
602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	4,5	0,8	406 ENF. HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN N. Y KERNICTERUS	1,2	403 RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL, BAJO P/ NACER, GEST. CORTA	1,4
403 RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL, BAJO P/ NACER, GEST. CORTA	1,8	0,7	101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	0,3	101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1,0
510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	2,7	0,3	107 INFECC. CON MODO DE TRANSM. PREDOM./ SEXUAL	0,3	406 ENF. HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN N. Y KERNICTERUS	0,6
700 SINTOMAS; SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2,0	0,2	510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	0,2	105 MENINGITIS	0,6
401 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFEC. MATERNAS	1,3	0,0	101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	0,0	307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	0,5
105 MENINGITIS	1,4	0,0	602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	0,0	510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	0,5
608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	1,2	0,0	105 MENINGITIS	0,0	602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	0,3
106 SEPTICEMIA	1,0	0,0	604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	0,0	110 OTROSENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,3
RESTO DE ENFERMEDADES	9,1	0,1	RESTO DE ENFERMEDADES	0,1	RESTO DE ENFERMEDADES	2,0

Cuadro 5.7.7 Colombia. Principales causas de defunción en los menores de un año por edad. 2002 (continuación)

	De 28-29 días		De 1 a 5 meses		De 6 a 11 meses	
	Total NACIONAL	89	Total NACIONAL	3,138	Total NACIONAL	1,575
615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	100	100	615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	20,7	101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	17,5
407 OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	23,6	23,6	109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	16,7	109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	14,7
404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	15,7	15,7	101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	11,4	602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	13,7
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	10,1	10,1	602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	8,8	615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	12,9
405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	9,0	9,0	510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	6,6	510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	4,4
403 RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL, BAJO P./NACER, GEST.CORTA	3,4	3,4	700 SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	4,9	700 SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	3,8
510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	2,2	2,2	404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	3,2	105 MENINGITIS	3,8
604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	2,2	2,2	105 MENINGITIS	2,7	604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	3,4
402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	1,1	1,1	608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	2,5	608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	3,1
700 SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1,1	1,1	611 OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO	2,5	616 RESIDUO	2,9
105 MENINGITIS	1,1	1,1	106 SEPTICEMIA	2,4	106 SEPTICEMIA	2,3
616 RESIDUO	1,1	1,1	407 OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	2,1	611 OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO	1,9
406 ENF. HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN N. Y KERNICTERUS	1,1	1,1	616 RESIDUO	1,9	304 ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON	1,8
101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	0,0	0,0	604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	1,6	612 ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO	1,3
602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	0,0	0,0	405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	1,5	609 APENDICITIS, HERNIA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTR. INTESTINAL	1,1
RESTO DE ENFERMEDADES	0,0	0,0	RESTO DE ENFERMEDADES	10,5	RESTO DE ENFERMEDADES	11,4

5.7.7. Prevención y atención de la salud perinatal

Los programas de prevención de la mortalidad infantil se centran en la disminución de los riesgos asociados a la muerte en el periodo perinatal y en el primer año de vida.

Las medidas encaminadas a la identificación y abordaje de riesgos en la gestación y en el parto tienen un doble propósito: disminuir la morbilidad y mortalidad materna y la perinatal. En consecuencia el control prenatal con los paraclínicos de rutina (glicemia, parcial de orina seriado, hemoclasificación, hematocrito, hemoglobina, elisa para VIH, entre otros), y las medidas dirigidas a la madre (vitaminas, hierro, calcio, vacunación antipoliomielítica, nutrición adecuada, entre otras), se convierten en la primera medida de prevención para el hijo. Estos contenidos se encuentran en la norma técnica de la detección de las alteraciones del embarazo (Ministerio de Salud, 2000). La atención oportuna y adecuada de todas las complicaciones durante la gestación (infecciones urinarias, sangrados, hipertensión, entre otras), es otra medida importante en la disminución de la mortalidad perinatal.

La atención adecuada del parto y sus complicaciones también constituye una medida preventiva. Las coberturas de atención prenatal y de atención institucional del parto son altas en el promedio nacional, aunque pueden evidenciarse diferencias importantes en los departamentos en donde también se encuentran las cifras más altas de mortalidad materna e infantil.

El control de crecimiento y desarrollo, que cuenta también con una norma técnica para su desarrollo, es una intervención que tiene por objeto identificar tempranamente alteraciones en el niño y brindar el tratamiento oportuno (Ministerio de Salud, 2000). Los momentos de contacto son mayores en el primer año y en él se enfatiza la función de educación a los padres y cuidadores, lo cual se considera de vital importancia cuando se observan las causas de mortalidad: EDA, IRA y deficiencias nutricionales, enfermedades en donde el reconocimiento de signos y síntomas y la búsqueda oportuna de tratamiento son cruciales en el tratamiento de los niños. El análisis de las causas sugiere la necesidad de enfatizar en estas actividades. El país también cuenta con guías de atención para el abordaje de estas complicaciones que han permanecido como primeras causas durante los últimos años (Ministerio de Salud, 2000).

La reducción de la mortalidad infantil por causas ligadas al subdesarrollo, en un país con altos porcentajes promedio de acueducto y alcantarillado y cobertura de seguridad social, implica la revisión detallada de las condiciones de la población por

departamentos y municipios con el fin de identificar las causas de esta mortalidad, las necesidades de intervención y focalizar las respuestas que probablemente excedan las capacidades del sector salud pero que deben ser abordadas para lograr la reducción de la mortalidad.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

El Programa Ampliado de Inmunizaciones contempla la inmunización contra las principales enfermedades que pueden sufrir y causar la muerte de los niños, es una intervención de salud trazadora de la atención en salud que se ofrece a la población infantil (DNP, 2004).

El esquema de vacunación de Colombia contempla vacunación con BCG, contra la Hepatitis B, el polio, el Haemophilus Influenza, la difteria, tétanos y tosferina, el sarampión, la rubéola y la parotiditis, la influenza y la fiebre amarilla. Sin embargo a pesar de contar en el país con este programa desde hace varias décadas, se observan problemas con las coberturas y esta circunstancia pone en evidencia dificultades para el acceso de la población a los servicios y problemas en las instituciones encargadas de prestar este servicio.

La caída de las coberturas de vacunación puede tener varias causas: las competencias de los actores del SGSSS no eran claras, en el nivel territorial los procesos de reestructuración han acabado con los servicios de vacunación en los hospitales haciendo así que se pierdan oportunidades especialmente ligadas al recién nacido y mujeres en postparto. De otro lado, los municipios tienen dificultades para monitorear las coberturas y recoger toda la información y el funcionamiento del programa en el nivel territorial es deficiente. También se encuentran dificultades en el nivel nacional para la adquisición de los biológicos y su distribución a las entidades territoriales así como para brindar la asistencia técnica necesaria (Ministerio de la Protección Social, 2002).

En el país se monitorean dos tipos de vacunas: la vacuna triple viral, que protege contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola se aplica una dosis al cumplir un año de edad; y la DPT, que se aplica durante el primer año de vida en tres dosis desde los dos meses de edad y protege contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DNP 2004). Las coberturas de vacunación con DPT, son históricamente más bajas que las observadas para triple viral.

Los departamentos que presentan deficiencias en los niveles de cobertura, tienen grupos de población expuestos al riesgo de transmisión de estas enfermedades (Cuadro 5.5.8).

Cuadro 5.5.8 Porcentaje de niños de un año vacunados con triple viral por departamentos. 1990-2003.

	1990			1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	VE %	-2 EE	+2E	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Amazonas	S.I.	S.I.	S.I.	81	80	81	77	58	51	34	49	73	59
Antioquia	86	74	98	109	92	99	97	93	81	95	92	102	91
Arauca	79	S.I.	S.I.	43	90	84	83	50	62	75	56	78	62
Atlántico	80	70	91	82	60	69	84	143	65	81	94	107	83
Bogotá	75	67	83	86	84	68	85	98	88	71	90	87	80
Bolívar	79	71	87	81	90	74	84	104	57	78	73	84	82
Boyacá	78	1	100	86	86	59	82	69	71	73	77	75	71
Cundinamarca	78	1	100	93	87	110	83	85	87	88	95	103	98
Caldas	76	66	85	92	92	93	92	88	94	76	86	113	74
Caquetá	87	76	99	99	101	91	105	81	81	86	106	87	79
Casanare	79	S.I.	S.I.	92	94	86	86	86	80	84	77	83	86
Cauca	87	78	97	80	76	90	92	66	65	62	71	80	65
Cesar	78	65	91	73	56	102	96	71	85	80	87	103	89
Chocó	87	78	97	90	73	128	91	101	70	66	75	86	98
Córdoba	79	71	87	60	84	91	106	76	95	87	89	133	107
Guainía	S.I.	S.I.	S.I.	89	50	80	49	38	39	27	115	80	40
Guajira	78	65	91	84	84	0	65	56	54	77	93	112	89
Guaviare	79	S.I.	S.I.	93	47	138	85	110	118	48	86	74	65
Huila	87	76	99	80	0	175	94	100	72	92	104	97	97
Magdalena	78	65	91	84	87	89	107	89	70	78	83	76	89
Meta	78	1	100	77	78	87	93	44	58	74	67	76	95
Nariño	87	78	97	87	79	75	87	23	62	79	59	76	71
N. Santander	95	89	100	83	97	93	86	56	82	77	81	86	71
Putumayo	79	S.I.	S.I.	69	55	61	80	65	74	52	61	92	70
Quindío	76	66	85	82	92	89	107	75	81	87	97	93	87
Risaralda	76	66	85	80	76	84	96	67	59	74	79	98	79
San Andrés	S.I.	S.I.	S.I.	74	72	0	58	53	100	99	73	114	64
Santander	95	89	100	97	88	93	79	43	61	68	81	82	78
Sucre	79	71	87	31	85	92	87	69	87	71	91	85	100
Tolima	87	76	99	80	86	130	89	93	77	106	101	104	94
Valle del Cauca	78	57	99	67	78	109	88	68	62	83	106	102	90
Vaupés	79	S.I.	S.I.	62	16	53	48	78	63	64	60	78	55
Vichada	S.I.	S.I.	S.I.	52	64	56	84	29	81	101	39	82	33
Total	81	77	85	84	82	94	88	78	77	80	87	93	85

Fuente: Los datos de 1990 son estimaciones realizadas con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia. Los datos corresponden a estimaciones subregionales. Los datos de 1990, 1994 y 1995, corresponden a vacuna contra el sarampión, para los demás años se calcula con base en dosis de la triple viral. Los datos de 1994 al 2003 fueron reportados por el Instituto Nacional de Salud, con base en la información histórica del programa y el PAISOFT. S.I: sin información.

Cuadro 5.7.9 Porcentaje de niños menores de un año vacunados con tres dosis de DPT por departamentos. 1990-2003

	1990			1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	VE %	-2 EE	+2EE	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Amazonas	S.I.	S.I.	S.I.	75	91	70	91	50	50	31	43	54	63
Antioquia	83	70	97	108	94	74	82	76	76	83	78	82	76
Arauca	78	S.I.	S.I.	57	122	76	86	56	70	55	70	72	73
Atlántico	84	75	94	83	68	80	78	146	110	78	91	89	82
Bogotá	86	80	93	84	93	95	87	78	75	71	79	73	78
Bolívar	82	71	92	84	96	86	88	102	66	75	70	69	84
Boyacá	68	53	84	89	77	69	93	73	61	80	73	75	72
Cundinamarca	68	53	84	90	88	93	84	88	86	90	85	90	94
Caldas	76	64	88	96	96	92	71	81	90	76	78	83	72
Caquetá	76	63	89	97	129	112	94	87	74	88	101	100	84
Casanare	78	S.I.	S.I.	95	111	94	91	95	71	83	82	71	88
Cauca	85	87	100	90	95	80	73	57	56	56	63	68	68
Cesar	71	59	84	76	72	101	95	73	85	89	85	83	91
Chocó	85	87	100	91	84	98	87	82	86	61	66	78	108
Córdoba	82	71	92	82	107	98	100	77	69	93	92	95	107
Guainía	S.I.	S.I.	S.I.	86	47	80	69	61	73	48	42	49	36
Guajira	71	59	84	100	97	84	68	63	53	76	75	92	106
Guaviare	78	S.I.	S.I.	79	55	55	61	85	69	42	72	64	68
Huila	76	63	89	89	102	90	93	107	69	101	98	89	99
Magdalena	71	59	84	93	101	96	102	81	74	87	76	85	91
Meta	68	53	84	85	88	79	95	50	57	75	63	72	88
Nariño	85	87	100	94	86	75	71	22	58	66	54	64	70
N Santander	96	87	100	86	102	87	88	50	55	72	65	64	83
Putumayo	78	S.I.	S.I.	56	66	62	60	55	75	55	56	73	73
Quindío	76	64	88	84	102	81	102	71	93	78	82	87	87
Risaralda	76	64	88	86	96	89	101	59	61	88	77	97	74
San Andrés	S.I.	S.I.	S.I.	69	68	81	83	62	97	86	73	109	50
Santander	96	87	100	109	95	90	71	37	77	69	70	71	75
Sucre	82	71	92	81	100	96	83	73	82	80	78	94	100
Tolima	76	63	89	89	115	100	76	115	87	103	102	102	100
Valle del Cauca	83	73	94	72	87	91	82	68	71	86	99	89	96
Vaupés	78	S.I.	S.I.	32	20	23	38	38	43	45	35	57	55
Vichada	S.I.	S.I.	S.I.	47	75	45	60	23	79	79	28	72	28
Total	81	77	85	88	94	92	84	73	74	79	79	81	84

Fuente: los datos de 1990 son estimaciones realizadas con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia. Los datos para el período 1994-2003 fueron reportados por el Instituto Nacional de Salud con información histórica del programa y el PAISOFT. S.I. sin información.

La vacunación según la ENDS 2005

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud también constituye otra fuente que explora las coberturas de vacunación en el país. En esta encuesta se encuentran coberturas menores que las oficiales, presentando un panorama diferente y que empeora con la edad de los niños, se observa que las vacunas en sus primeras dosis tienen coberturas más altas y a medida que aumentan las dosis esta cobertura disminuye. La cobertura con todas las vacunas los primeros meses de edad es de 37% de acuerdo con las fuentes (Carné de vacunación y reportado por la madre) (Profamilia, 2005).

Cuadro 5.7.10 Colombia. Porcentaje de niños de 12 a 23 meses vacunados. ENDS2005

Fuente de información	Porcentaje de niños que ha recibido:										
	Penta valente/DPT ¹					Polio					Todas las
	BCG	1	2	3	0	1	2	3	Antisarampionosa	vacunas	Ninguna
Vacunado en cualquier momento antes de la encuesta	96.9	96.9	89.2	81.1	83.2	88.7	82.7	69.4	82.0	58.1	1.1
Carné de vacunación	76.5	77.2	75.9	70.8	67.6	70.9	69.4	64.5	65.2	55.0	0.0
Reportada por la madre	20.4	19.7	13.3	10.3	15.5	17.8	13.3	4.9	16.8	3.1	1.1
Vacunado en los primeros 12 meses de edad	96.4	96.1	86.9	75.7	82.9	87.8	80.4	65.0	52.4	36.6	1.8

Fuente ENDS 2005

En los niños de 12 a 23 meses de edad la cobertura de la ENDS 2000 es de 52% y de 58% para el 2005. En estos niños también son más altas las coberturas con primeras dosis y disminuye la cobertura a medida que aumentan las dosis.

Nutrición

En países en desarrollo como Colombia, actualmente se evidencia, al igual que la transición demográfica y epidemiológica, una transición nutricional en donde se combinan los dos patrones en la dieta y la actividad física: coexisten enfermedades como la desnutrición y carencias de micronutrientes con enfermedades asociadas a la malnutrición como la obesidad y trastornos del metabolismo (Ministerio de la Protección Social, 2005). La prevalencia de sobrepeso en la población colombiana es según IMC 4.4% hombres y 5.5% mujeres y el porcentaje de DNT global en menores de 5 años 7% hombres 7.2% mujeres 6.7% (Profamilia ENDS2005)

Según la FAO, en 1998 los colombianos mal nutridos eran 5.2 millones, es decir, el 13% de la población no logró suplir sus necesidades de calorías y nutrientes, lo cual repercute de manera directa en la salud y en el estado nutricional; dicho indicador es superior al promedio para Latinoamérica que es del 10%. Colombia se encuentra

en una posición intermedia en relación con otros países de Latinoamérica en desnutrición crónica para menores de 5 años (12%) (Profamilia, ENDS2005), con niveles muy similares a Argentina (12.9), Uruguay y Venezuela (12.7), pero por encima de países como Chile (11.6), Brasil (10.5), Costa Rica (6.1), Jamaica (5.9), y por debajo de países como México (17.8), Ecuador (26.0), Perú (25.2), Bolivia (25.6) (UNICEF, 2003).

La situación nutricional de los niños colombianos menores de 5 años ha mejorado desde 1986, sin embargo, la desnutrición crónica en las zonas rurales se ha mantenido en términos relativos y presentan significativas disparidades entre regiones geográficas en el país, según los datos de las dos últimas encuestas sobre demografía y salud, realizadas en los años 1995, 2000 y 2005. Las cifras de desnutrición global, crónica y aguda en general ha descendido en los grados moderado y severo. Sin embargo se observa un leve repunte en 2005 de la desnutrición aguda y crónica en grado moderado y peso bajo para la talla (Profamilia, 2005).

Los factores que tradicionalmente se observan asociados a la desnutrición infantil se replican en el país: madre con bajo nivel educativo, bajo peso al nacer, menor intervalo intergenésico y hogares con varios hijos.

En relación con los datos disponibles en el sector salud, desde 1997 han aumentado la tasa y el número de casos de muertes por desnutrición, los grupos de edad con mayores tasas de mortalidad, lo constituyen el de cero a cuatro años y el de mayores de 70 años, que concentran el 85% de todas las muertes por causa de desnutrición (Ministerio de la Protección Social, 2005-1).

Cuadro 5.7.11 Indicadores de DNT para niños menores de 5 años por características demográficas

Característica	% con DNT Crónica		% con DNT aguda		% con DNT global	
	Severa	Total	Severa	Total	Severa	Total
Sexo						
Masculino	2.1	12.6	0.1	1.3	0.6	7.2
Femenino	2.1	11.4	0.1	1.2	0.6	6.7
Intervalo de nacimiento						
Primer nacimiento	1.1	8.3	0.1	1.3	0.3	4.9
<24	5.5	22.0	0.1	1.1	1.1	11.3
24-47	2.7	16.7	0.1	1.4	1.1	9.8
48+	1.3	7.7	0.1	1.3	0.3	5.4
Peso al nacer						
> 2.5 kilos	5.3	20.9	0.2	1.7	1.9	13.7
2.5+ kilos	1.2	9.2	0.1	1.2	0.4	5.0
No se pesó	3.8	17.5	0.1	1.3	1.0	10.6
Tamaño al nacer						
> 47 cms	5.2	21.5	0.2	0.9	1.7	11.6
47+ cms	0.8	7.5	0.1	1.3	0.2	4.5
No se midió	3.4	16.8	0.1	1.3	1.0	9.7
Educación de la madre						
Sin educación	7.2	27.3	0.0	1.3	2.4	14.3
Primaria	3.2	16.9	0.1	1.2	0.9	9.0
Secundaria	1.4	9.2	0.1	1.5	0.4	6.1
Superior	0.3	3.5	0.1	0.8	0.1	2.6
Edad de la madre						
15-19	2.1	12.0	0.0	1.2	0.4	6.7
20-24	1.8	13.0	0.2	1.7	0.8	6.9
25-29	2.4	11.5	0.1	1.2	0.6	7.6
30-34	2.0	10.8	0.0	1.1	0.3	5.9
35-49	2.4	11.7	0.1	1.1	0.8	7.3
Total	2.1	12.0	0.1	1.3	0.6	7.0

Fuente: ENDS 2005

En cuanto al bajo peso al nacer, es considerado como un índice de desnutrición materna, el determinante más importante de la mortalidad y morbilidad infantil, y uno de los más relevantes indicadores del crecimiento postnatal. En el año 2000 se estableció que en Colombia, el 7% de los niños presentan bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos), igual que en 1995 (Profamilia, 2000) pero aumentó levemente en 2005 a 7.5%.

En relación a la deficiencia de micronutrientes, se han realizado medidas para suplementar algunos elementos de la dieta con hierro y yodo (sal). Aunque la deficiencia de yodo está controlada, se hace necesario garantizar la sostenibilidad de dicha medida. La anemia en mujeres en edad fértil es del 23% y en embarazadas es de 45%. La anemia nutricional en madres y niños de 12 a 59 meses fue de 23% en 1995 (siendo más alta en el grupo de 12 a 23 meses); y en gestantes del 22.5%. Por regiones, la mayor prevalencia de anemia se presentó en la Región Atlántica con una tasa del 35.1 % y en la Pacífica con una del 23.0%; la menor tasa se registró en Bogotá con el 6,1%; y con tasas intermedias están las Regiones Central (20.4%) y Oriental (16%) (INS, 1998; INS, 2001).

El 14% de la población infantil presentó déficit de vitamina A, siendo el grupo entre 24 y 35 meses de edad y la Región Pacífica (20%), los más afectados (INS, 1998). El 73% de la población desplazada se encuentra en situación de miseria y presenta déficit en la mayoría de micronutrientes: el 60% presenta déficit de vitamina C, el 52% de calcio y el 25% de hierro (Econometría, 2003).

Sin embargo a pesar de la importancia de la desnutrición en el país, este no constituye el único frente relacionado con la nutrición. Para la población juvenil, emergen nuevos problemas de salud relacionados con la alimentación, la anorexia y la bulimia. Un segmento de la población infantil y adulta enfrenta serios problemas de malnutrición, con dietas de alto consumo de azúcares refinados y grasas y baja actividad física, elementos comprobados por la evidencia como de alta correlación con la aparición de enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión, hiperlipidemia entre otras enfermedades.

El sobrepeso, presente en el 40 por ciento de las mujeres, es más prevalente a mayor edad, entre mujeres con poca educación y de riqueza media y alta.

Lactancia Materna

Los beneficios de la lactancia materna han sido reconocidos por el país desde hace varias décadas. En concordancia Colombia ha priorizado algunas estrategias de fomento de la lactancia materna, algunas institucionales como las Instituciones

Amigas de la Mujer y de la Infancia y otras con varios componentes como el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición en donde se recomienda que la leche materna (sin líquidos o sólidos complementarios), sea alimento exclusivo durante los 6 primeros meses de edad (DNP, Consejería para la política social 1996), el Plan Decenal de Lactancia Materna, también se cuenta con las guías alimentarias en donde se encuentran las indicaciones para la lactancia materna y la ablactación. De otro lado, también se cuenta con iniciativas de tipo legal en relación con la protección del tiempo de lactancia en las mujeres trabajadoras. Sin embargo en la práctica no se observan los resultados que se esperan y la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses era de 11.6% para 2.000 y de 14.9% para 2.005.

Las mujeres que más inician la práctica de amamantar son principalmente residentes en la zona rural, las subregiones de Costa Atlántica con San Andrés, Bogotá, Cauca y Nariño sin litoral y los Santanderes. Es mayor el porcentaje de mujeres que inician leche materna cuando nace su hijo en la casa. No se presentaron diferencias marcadas según sexo del niño, nivel de riqueza ni nivel de educación formal (Profamilia, 2005).

La duración mediana de lactancia materna en Colombia 2005 fue de 14.9 meses, cifra que se está acercando paulatinamente a la recomendación internacional de 24 meses (Profamilia, 2005).

Es mayor este promedio en las subregiones de Cauca y Nariño, Bogotá y Cali y el Departamento de Vaupés. La menor duración total de lactancia se presentó en la subregión de Valle sin Cali ni Litoral y en la de Caldas, Quindío y Risaralda y en el departamento de San Andrés. Se tiende a amamantar durante un poco más de tiempo en la zona rural, a las niñas, entre mujeres sin educación formal y las de nivel más bajo de riqueza (Profamilia, 2005).

La lactancia materna exclusiva continúa de muy corta duración, con una mediana de 2.2 meses, siendo la recomendación hasta los 6 meses. Boyacá es el departamento en el que es más larga la exclusividad (5.3 meses) y Norte de Santander, Santander, Bolívar y Cesar la más corta (un poco más de medio mes), (Profamilia, 2005).

5.7.8. Análisis de las metas propuestas

Reducir la mortalidad infantil y de la niñez

El Conpes 91 con respecto al ODM 4 propone reducir la mortalidad en menores de 5 años a 17 muertes por 1.000 nacidos vivos y en menores de un año a 14 muertes por 1.000 nacidos vivos. La línea de base es 37.4 muertes por 1.000 nacidos vivos para 1990 para la mortalidad en menores de 5 años y de 30.8 muertes en menores

de un año por 1.000 nacidos vivos para 1990. Colombia 2019 propone reducir la mortalidad infantil en 24.4 por mil a 14 por mil entre el 2000 y el 2019.

La evidencia indica que este indicador ha presentado una reducción significativa entre 1985-1995 y 1990-2000, pasando de 35 por cada 1000 nacidos vivos a 22 (DHS, 2005) pero, como se mencionó anteriormente, para el período 1998-2002 las estadísticas vitales sugieren que la mortalidad infantil se mantuvo constante, lo cual indica la necesidad de desplegar estrategias específicas y efectivas para lograr la modificación de esta tendencia reciente.

De hecho existen diferencias significativas por zona (1995-2005, 20 por mil en las zonas urbanas y 26 por mil en las zonas rurales), y por región (DHS, 2005), entre la población general y las minorías étnicas (Ruiz y Bodnar, 2006), que sería necesario reducir. Estudios disponibles indican que la mortalidad infantil está relacionada con el acceso de las madres a los servicios de salud. La tasa de mortalidad infantil para mujeres que no se han realizado ningún control prenatal se ubica alrededor de 44 por cada 1000, mientras que para el grupo de madres que se realizaron un adecuado control prenatal la tasa sólo alcanza 15 por cada mil (Núñez y González, 2006). Por lo tanto, el acceso a los servicios de salud es un determinante de la mortalidad infantil. De la misma manera es importante favorecer el acceso al control postnatal y la vinculación del recién nacido al sistema de salud puesto que la mayor parte de las defunciones de infantiles ocurren en el período postneonatal o mortalidad entre el primer mes y los 11 meses, (DHS, 2005; Núñez y González, 2006).

Lograr la meta en la reducción de la mortalidad infantil implica, entre otras cosas, mejorar la disponibilidad de los servicios de salud, su calidad y su correcta utilización. Para lograr este fin, debe contarse con un incremento en la cobertura geográfica de los servicios de salud, y de una mayor afiliación de las personas a estos servicios. Es decir, debe ampliarse la cobertura al SGSSS, al igual que favorecer la educación y difundir la existencia de estos servicios para que sean utilizados por la población.

Las estrategias propuestas por el Conpes 91 se centran en la ampliación de cobertura con la seguridad social y garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de calidad así como vigilancia en salud pública. Analizando la situación de la mortalidad infantil se ve la necesidad de focalizar estrategias dirigidas a disminuir las inequidades, enfocándose en la provisión de servicios a la población en pobreza, en zonas rurales y pertenecientes a etnias específicas en los departamentos con mayores tasas de mortalidad como Vichada, Caquetá, Chocó, Cauca y Córdoba. Garantizar en estos territorios la mejoría de las condiciones de desarrollo como acceso a centros urbanos, servicios públicos domiciliarios, agua potable, educación a las familiar en especial a las madres (factor directamente relacionado con la mortalidad infantil), y acceso a

la planificación familiar (ampliar el intervalo intergenésico y reducir la frecuencia de nacimientos en las edades extremas del período fértil). En la mortalidad perinatal juega un papel muy importante el acceso y la calidad de los servicios de atención prenatal así como la atención del parto institucional y la atención postnatal, que aún presenta coberturas más bajas que el promedio nacional en las regiones en donde se presentan más muertes perinatales.

Reducir la desnutrición global de los niños

El Conpes 91 propone reducir a 3% la desnutrición global (peso-edad), en niños menores de 5 años de edad (línea de base 10%, 1990), y el documento Colombia 2019 propone reducir la desnutrición global (razón peso-edad), en menores de 5 años de 6.7% en el 2000 a 4.5% en el 2019.

Aunque la evidencia indicaría resultados alentadores en el estado nutricional de los niños hasta el 2000, resultados recientes muestran un estancamiento en los logros en desnutrición. La razón peso-edad, que indica la desnutrición global, se reduce entre 1965 y 2000, pasando de 21% a 7%, pero en el 2005 se obtiene el mismo nivel de 7%. El indicador de retardo del crecimiento (la razón de talla- edad), muestra una reducción significativa para el mismo período (pasó de 32% a 13%) (Núñez y González, 2006), y sigue disminuyendo levemente para el 2005 al llegar a 12% (Profamilia, 2005). De esta manera, se observa que se han logrado avances relevantes en la reducción del hambre, especialmente en los niños, pero que dichos avances se han aminorado en los últimos años.

El comportamiento de los indicadores nutricionales de los niños, hace pensar que el alcance de la meta de reducir la desnutrición global entre los niños no es difícil alcanzar. Sin embargo, las estrategias para su consecución deben ser prioritarias en las agendas de las instituciones de salud, donde se promueva la lactancia materna y una dieta alimenticia adecuada tanto de la madre como del hijo. Además de las estrategias de asistencia alimentaria a la población vulnerable es necesario efectuar simultáneamente otras estrategias para la promoción de la lactancia materna, optimización de los recursos en mejores alimentos y la consecución de una dieta balanceada.

Aumentar la cobertura en vacunación a un 95%

El Conpes 91 pone como meta alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en menores de 5 años en el 95% en todos los municipios y distritos del país (línea de base 82% global para todos los biológicos en 1994). El documento Colombia 2019 plantea una cobertura de vacunación de 93% en el 2003¹⁵.

¹⁵ No hay claridad en el documento sobre qué población se refiere la cobertura.

Según datos de la Encuesta de Demografía y Salud (2005), el porcentaje de niños de 12-23 meses con vacunación completa, asciende a 58%. La tendencia indica que hubo un deterioro de la cobertura de vacunación entre 1990 y 2000, cuando la proporción de niños de 12-23 meses con sus esquemas completos de vacunación disminuyó de 67.5% a 52% y luego una recuperación en los últimos cinco años, cuando la proporción aumenta al 58% citado, producto probablemente del mayor cubrimiento de las campañas de vacunación en el país. A pesar de esta recuperación, es muy poco probable que se logre la meta propuesta por el documento Colombia 2019 de obtener una cobertura de 95% en el 2010.

Aumentos en la cobertura de esquemas completos de vacunación en los niños implica esfuerzos y reducciones importantes en desigualdades regionales. Por ejemplo, Risaralda y Nariño son los departamentos de mayor cobertura de esquemas completos de vacunación en los niños de 12-23 meses (73.3%), mientras que Boyacá y La Guajira son los departamentos de menor cobertura (36%) (Profamilia, 2005). Estos diferenciales regionales indican que se requieren esfuerzos diferenciales en las campañas de vacunación.

5.8. Esperanza de vida y mortalidad general

De los tres componentes del crecimiento demográfico, quizás el que ha tenido mayor consenso a través de la historia sobre cual es la situación ideal es la mortalidad. La natalidad y las migraciones han sido objeto de políticas en diferente sentido es decir, en algunas épocas se favorece la natalidad en otras se controla, en una épocas se abren las fronteras a la migración en otras se cierran. Pero con la mortalidad la actitud ha sido a controlarla y procurar que las personas vivan más y en mejores condiciones.

Para caracterizar el estado de salud de una población es necesario saber de qué se enferma y muere la población, así como identificar en qué edades y a qué sexo afectan más determinados procesos mórbidos o traumatismos, medir su letalidad, si presentan estacionalidad y si ocurren por igual en todo el territorio de un país o con mayor frecuencia en ciertas áreas. Lamentablemente en Colombia no se dispone actualmente de una fuente de información confiable para el estudio de la morbilidad y es por esto que el principal indicador del estado de salud de una población colombiana es su mortalidad.

El objetivo de este apartado es conocer el estado salud de la población colombiana, sus niveles y tendencias para el país y los departamentos e identificar las principales causas que la afectan y los factores de riesgo.

En otros capítulos de este trabajo se han analizado específicamente la mortalidad materna, infantil y perinatal, la mortalidad por cáncer de cuello uterino y mama, por SIDA y por violencia y accidentes, bien porque han sido identificadas como causas que ostentan alto nivel, por ser objetivo de políticas públicas, por constituir indicadores de monitoreo y vigilancia o por acuerdos internacionales. Aquí se hará una revisión general de la mortalidad, incluyendo una discusión metodológica de algunos indicadores como la tasa bruta de mortalidad y la esperanza de vida al nacer que pueden introducir distorsiones en la medida que la población presenta una mortalidad atípica en algún subgrupo poblacional.

5.8.1. Situación actual y tendencias

En algunos sectores de la población rural y estratos de bajos ingresos, el perfil epidemiológico corresponde al período pretransicional con predominio de las enfermedades infecciosas y de la primera infancia como causas de morbilidad y mortalidad. Pero en los sectores urbanos de altos ingresos se encuentra un perfil epidemiológico caracterizado por el predominio de las enfermedades crónicas. Un estudio de mortalidad realizado por OPS y DANE muestran que a menor estrato socioeconómico mayor mortalidad por enfermedades infecciosas y transmisibles, en cambio para las enfermedades del desarrollo (crónicas y degenerativas y neoplasias), hay una asociación directa con el estrato socioeconómico (excepto el cáncer de cuello de útero) (Echeverri, 2002).

Al perfil de transición se suman circunstancias importantes como la reemergencia de algunas enfermedades infecciosas, por ejemplo la tuberculosis, la malaria y el dengue y el surgimiento de patologías como el VIH/Sida y la violencia como causas importantes de muertes en el país. También se observa el desplazamiento de la mortalidad de edades tempranas a edades tardías de acuerdo con las patologías que surgen.

5.8.2. Mortalidad general

La mortalidad general del país, medida en términos de la tasa bruta de mortalidad, descendió sistemáticamente durante la segunda mitad del siglo XX de manera que al final del mismo (1995-2000), la tasa se situaba en 5,79 defunciones por mil habitantes y se espera que siga descendiendo hasta 5,41 en el período 2005-2010 cuando hará un punto de inflexión y empezará a subir por efecto justamente de la disminución de la mortalidad y el consiguiente envejecimiento de la población (DANE, 2006). Para el 2015-2020 la tasa habrá alcanzado de nuevo el nivel de 5,79 defunciones por mil habitantes que tenía al final del siglo. Sin embargo, este indicador, por estar afectado por las estructuras internas de la población, principalmente por la

estructura por edad como ya se mencionó, no es el más recomendable para analizar la tendencia de la mortalidad ni la situación de salud de una población, a menos que se haga un proceso de tipificación de las tasas.

Los datos citados anteriormente corresponden a la tasa de mortalidad implícita en las proyecciones de población, que como se mencionó presenta descenso. Sin embargo, a lo largo del quinquenio 1998-2002 se observó un incremento del número de defunciones al pasar de 175363 en 1998 a 192262 en 2002 que combinado con una emigración internacional que afecta el número de habitantes, podría redundar en un aumento de la tasa. Esto demuestra que es necesario tener un sistema de revisión de las proyecciones más ágil que incorpore los cambios en la dinámica demográfica.

5.8.3. Esperanza de vida

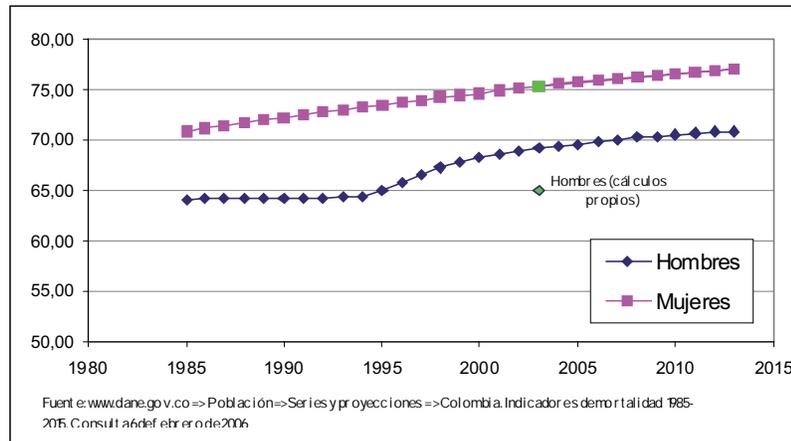
La esperanza de vida es un indicador que tiene ventajas metodológicas frente a otros indicadores de mortalidad porque no está afectado por la estructura por edad de la población. Tiene el inconveniente de que solo se puede construir cuando se dispone de censo y estadísticas vitales por edad. De lo contrario se estima con modelos demográficos.

Cuando se elaboran proyecciones de población se parte de las tendencias observadas y de hipótesis de comportamiento futuro de la esperanza de vida. El planteamiento de las hipótesis depende del conocimiento que tiene el investigador sobre lo que puede esperar en la población. Las proyecciones deben revisarse periódicamente para incorporar los hallazgos que se vayan teniendo durante el período intercensal.

Colombia es un país que ha estado afectado durante mucho tiempo por mortalidad por violencia especialmente en el caso de los hombres. Esto enfrenta a dos problemas metodológicos, uno que los modelos no pueden reconocer una situación tan atípica y dos, que si la hipótesis de comportamiento futuro de la mortalidad no se cumple, las estimaciones se van desfasando. Por lo general las hipótesis de comportamiento futuro suponen que el país va a lograr controlar los problemas que originan esa mortalidad.

En el gráfico 8.1 se presenta la tendencia de la esperanza de vida en el período 1985-2015. Se observa que entre 1985 y 1993 la esperanza de vida de los hombres estuvo prácticamente constante y que a partir de allí se supuso un aumento gradual de manera que hacia el año 2015 la diferencia entre los dos sexos será de 6,15 años en vez de 9 años como sucedía en 1993.

Gráfico 5.8.1. Colombia. Esperanza de vida proyectada por sexo. 1985-2015

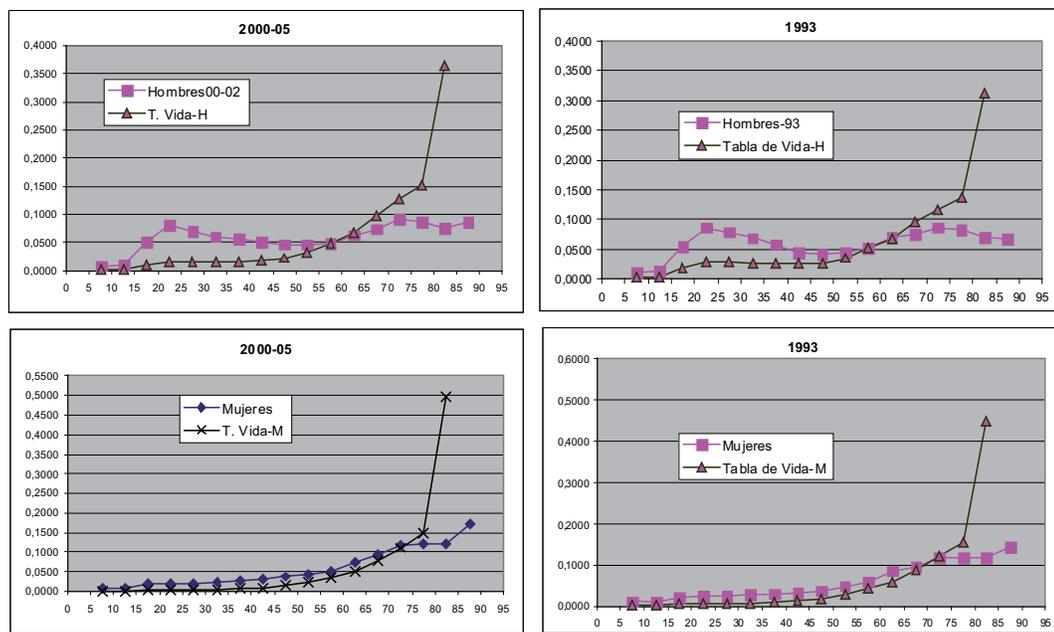


Con el fin de ver si ese diferencial de 6 años estimado para el período 2000-2005 es consistente con el patrón de mortalidad que se está observando se compararon las estructuras de las defunciones en 1993 y 2000-05 con las estructuras de las defunciones de las tablas de vida de período (Gráfico 5.8.2). Se observa que tanto en hombres como en mujeres y en los dos períodos las defunciones de la tabla presentan un gran grupo residual final, es decir en la mayor edad, lo cual favorece una mayor estimación de la esperanza de vida. Este problema es mucho más marcado en los hombres, pues la estructura de las defunciones de la tabla de vida se aleja mucho de lo observado en las estadísticas vitales aplanando la curva y suavizando las irregularidades derivadas de esas sobremortalidad en el adulto joven.

La pregunta que surge es ¿qué pasa si construimos una tabla de vida que mantenga el diferencial por sexo observado? Con este criterio se construyó para el período 2000-05 una nueva tabla de vida para hombres, a partir de la tabla de mujeres, aplicándole a las defunciones el índice de masculinidad derivado de las estadísticas vitales. El resultado es una esperanza de vida de 65 años y no 69,17 como se proyectó. Según esto, la esperanza de vida de hombres no estaría aumentando y el diferencial entre hombres y mujeres para este período sería de 9,44 años. Nótese que en este ejercicio se está aceptando la proyección de la esperanza de vida femenina, hecho que debe ser igualmente objeto de discusión.

La esperanza de vida es un indicador que tiene implicaciones en el monitoreo de políticas pues es uno de los componentes del índice de desarrollo humano. Entre 1990 y 2001 el IDH pasó de 0,711 a 0,771, es decir, un aumento de 8,5% el cual se vio favorecido a su vez por el aumento en la esperanza de vida proyectada por el DANE; se estima que la e_0 aportó 22% del crecimiento de índice (PNUD-DNP-ACCI-PNDH, 2003). Los autores consideran que aunque “la violencia ha sido creciente durante la década, no ha impedido el avance positivo del indicador”. Lo que no se toma en cuenta es que es una proyección que debe ser revisada.

Gráfico 5.8.2 Comparación de la estructura por edad de las defunciones reales con las de la tabla de vida. 1993 y 2000-05



5.8.4. Mortalidad por causas

Mortalidad por Enfermedades Crónicas

Estas enfermedades ocupan el primer lugar en la mortalidad general. El aumento de la morbilidad del “perfil de desarrollo” se refleja en la mortalidad cada vez más temprana por enfermedades crónicas como la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedades de las vías respiratorias y del hígado, la hipertensión y la diabetes. Estas enfermedades figuran dentro de las cinco primeras causas de muerte en los hombres por encima de 45 años; en 65 años y más aparecen por igual en hombres y mujeres (DANE, 2005). Todas estas enfermedades tienen reglamentados los programas de prevención y control; si bien es cierto que es

difícil modificar su incidencia en el corto plazo, sí pueden implementarse acciones dirigidas a mantener controladas estas patologías evitar las complicaciones y sus secuelas así como disminuir la mortalidad por estas causas. En el cuadro 8.1 se puede observar que las tres causas se incrementan en el período 1998-2002 tanto en hombres como en mujeres¹⁶.

Cuadro 5.8.1 Mortalidad por Enfermedades Crónicas en población de 45 años o más. Tasas por 100.000 habitantes

	Diabetes Mellitus _{45 y más}			Enf. Hipertensivas			Enf. Isquémica del corazón		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1998	46,5	40,0	52,3	38,7	37,5	39,8	164,4	191,8	139,8
1999	49,9	45,6	53,8	34,5	34,4	34,5	145,7	177,4	117,4
2000	53,1	46,4	59,0	42,2	42,1	42,2	173,0	202,5	146,6
2001	53,7	47,3	59,4	41,0	40,8	41,2	173,7	202,1	148,3
2002	52,9	46,0	59,2	40,9	39,9	41,8	166,4	192,2	143,2

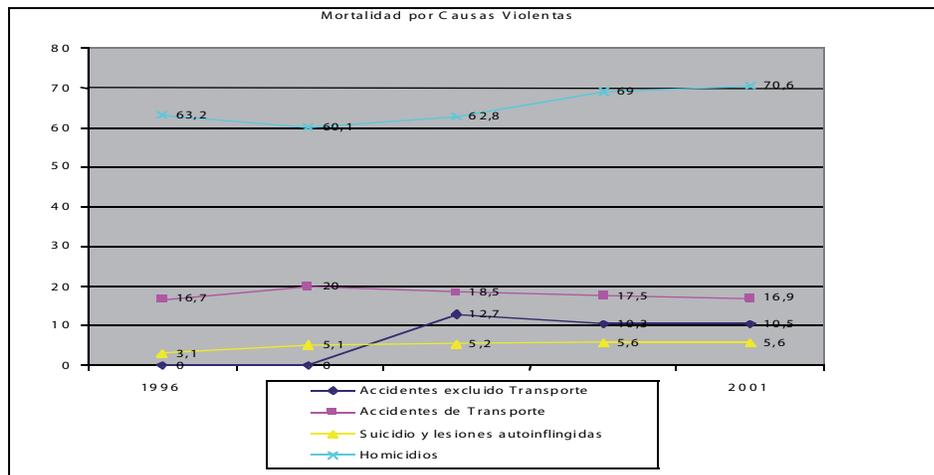
Fuente: Cálculos propios con base en sistema de estadísticas vitales del DANE 1998-2002, ajuste por cobertura del 10% según ENDS 2000 y proyecciones de población DANE

Muertes violentas

La segunda causa de mortalidad en Colombia son las muertes violentas, dentro de ellas se encuentran los homicidios, suicidios y accidentes. Las muertes por causas violentas también muestran un aumento, en especial los homicidios y suicidios que afectan la población masculina joven y aparece dentro de las cinco primeras causas en el grupo de 5 a 14 años, esta circunstancia afecta la esperanza de vida, los años de vida productivos y en general el desarrollo del país. También se observa incremento en los suicidios que aparecen como tercera causa de muerte en hombres de 15 a 44 años. De otra parte las cifras de muertes por lesiones accidentales de transporte y por otras causas se encuentran estáticas en los últimos años.

¹⁶ Las tasas aquí presentadas difieren de los encontrados en la publicación Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos, no se encuentra explicación de la metodología empleada para la elaboración de dichas tasas

Gráfico 5.8.3 Tendencia de la Mortalidad por causas violentas 1996-2001



Fuente: Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos, 2004, 2003, 2002, 2001, 2000.

Morbilidad por violencia

Debido a la falta de un sistema de información en salud no se dispone de cifras de morbilidad salvo lo que tiene que ver con lesiones, dato proporcionado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En los dictámenes realizados por esta institución en el año 2002 se observa que el 29% correspondió a violencia intrafamiliar, 5% a violencia contra la población infantil, 18% conyugal y 6% familiar. La regional en donde se hacen más dictámenes es en Bogotá. Se destaca la alta proporción debida a violencia intrafamiliar; no obstante, se presumen cifras mucho mayores debido a la falta de notificación y por subregistro de episodios atendidos en instituciones de salud pero que quedan con otros diagnósticos. La morbilidad por violencia afecta a todas las edades. La violencia intrafamiliar afecta principalmente a menores de edad, mujeres y personas de la tercera edad. Los dictámenes realizados por lesiones de violencia común suman el 47% y por accidentes de tránsito el 19% (www.inml.gov.co/forensis.2004)

Cuadro 5.8.2 Colombia Dictámenes por lesiones personales según etiología 2002

	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR				VIOLENCIA COMUN	ACCIDENTE DE TRANSITO	OTROS	SIN LESION	TOTAL
	REGIONAL, SECCIONAL Y U. LOCAL								
	INFANTIL	CONYUGAL	FAMILIAR	SUBTOTAL					
REGIONAL BOGOTA	3.646	12.171	6.738	22.555	31.720	8.349	851	2.254	65.729
REGIONAL NORTE	672	3.809	1.104	5.585	11.167	3.535	231	1.341	21.859
REGIONAL NOROCCIDENTE	1.236	4.877	1.645	7.758	13.187	8.502	340	332	30.119
REGIONAL NORORIENTE	936	4.249	1.117	6.302	10.030	4.371	306	686	21.695
REGIONAL OCCIDENTE	736	1.976	424	3.136	6.639	3.303	237	816	14.131
REGIONAL SUROCCIDENTE	972	5.043	1.053	7.068	14.143	6.856	316	1.297	29.680
REGIONAL SUR	231	1.060	206	1.497	3.192	1.455	43	263	6.450
REGIONAL ORIENTE	1.908	6.828	2.342	11.078	17.309	6.466	675	1.684	37.212
TOTAL NACIONAL	10.337	40.013	14.629	64.979	107.387	42.837	2.999	8.673	226.875

Mortalidad por Neoplasias

Según el estudio del Instituto Nacional de Cancerología, en el año 2002, el cáncer gástrico en hombres ocupó el primer lugar dentro del conjunto de los tumores malignos con 17 defunciones por cien mil habitantes, seguido de cáncer de próstata (14 por 100000), y de pulmón (13,4 por 100000)¹⁷, (Cuadro 5.8.3), con tasas muy similares durante 2000, 2001 y 2002; en las mujeres el cáncer de cuello uterino está en el primer lugar (11 por cien mil), seguido del cáncer de estómago y de mama (9 por cien mil)¹⁸.

Cuadro 5.8.3 Colombia. Mortalidad por cáncer según sexo. 2002

Tumor maligno de:	Hombres		Mujeres	
	Nº de muertes	Tasa (TAE por 100000)	Nº de muertes	Tasa (TAE por 100000)
* labios, cavidad oral y faringe	290	2,0	193	1,0
* esófago	419	2,9		
* estómago	2551	17,2	1729	9,3
* colon, recto y ano	792	5,3	1027	5,6
* hígado	695	4,6	837	4,7
* vesícula biliar	188	1,3	500	2,9
* páncreas	445	3,0	501	2,8
* traquea, bronquios y pulmón	1944	13,7	1219	6,9
* próstata	2057	14,0		
* de la mama de la mujer			1716	9,2
* del cuello del útero			2045	10,8
* linfomas no Hodgkin	420	2,6		
* del ovario y sus anexos			553	3,0
* leucemia	826	4,4	671	3,3
Resto de cánceres	3360	21,6	3649	19,8

Fuente: DANE-INC

¹⁷ Corresponde a tasas tipificadas para controlar el efecto de la estructura por edad

¹⁸ El cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama, por formar parte de los indicadores de salud sexual y reproductiva y ser de los objetivos del milenio se analizan con mayor profundidad en otro capítulo.

La mortalidad por esta causa sugiere la necesidad de revisar el cumplimiento de las acciones que se encuentran normadas y reglamentadas para la detección temprana en población asegurada, ya que los logros en particular se circunscriben al diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de estas patologías.

Mortalidad por Enfermedades Transmisibles

En los últimos 25 años, las enfermedades crónicas han mostrado aumento importante predominando sobre otras causas (Mayorga, 2004). A pesar de esta situación se encuentran todavía muertes por enfermedades transmisibles como IRA, EDA, malaria y dengue. La población más afectada por esta mortalidad es la población infantil, rural y en situación de pobreza. A pesar de los logros obtenidos con la mortalidad infantil las primeras causas de muerte en niños menores de 5 años son las enfermedades respiratorias y la enfermedad diarreica aguda, aunque esta última presenta un descenso importante. Todas estas son causas prevenibles y tratables que en el contexto del SGSSS no debieran complicarse hasta la muerte. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres es de 29 por 100.000 y en mujeres de 23.5 por 100.000 habitantes (DANE, 2002). En este panorama se encuentran también algunas enfermedades reemergentes como la tuberculosis que cobra más de 1300 muertes anualmente¹⁹.

Las muertes que ocurren por estas patologías no son consecuentes con el esquema de aseguramiento y con las posibilidades de tratamiento disponibles en la actualidad. En este panorama también aparecen las muertes por VIH/Sida dentro de las cinco primeras causas de muerte en hombres de 15-44 años, hallazgo que muestra la magnitud de este problema en el país (DANE, 2002).

Mortalidad por grupo de edad y sexo

En las poblaciones actuales se observa mayor mortalidad masculina, pero en Colombia en los últimos años este diferencial es muy marcado debido a las muertes violentas que ocurren principalmente en hombres jóvenes asociadas a los problemas sociales y económicos del país. La mortalidad por edad y por algunas causas específicas ya han sido discutidas en anteriores capítulos, sin embargo aquí se muestra un panorama general de la mortalidad por causas.

Menores de cinco años

La mortalidad neonatal, infantil y de menores de cinco años ha sido ampliamente analizada y es en donde más se evidencia mejoría en las últimas décadas pero aún sigue presentando predominio de las enfermedades transmisibles y prevenibles (problemas perinatales, IRA, EDA, desnutrición) que se encuentran ligadas al contexto de subdesarrollo y de inequidades para la población²⁰.

¹⁹ Las enfermedades transmitidas por vectores como la malaria y el dengue por ser objeto de seguimiento en los objetivos de milenio se han presentado en el capítulo específico.

²⁰ Ibidem

Cuadro 5.8.4 Colombia. Primeras causas de mortalidad en menores de cinco años. 2002

0-4 años						
TOTAL NACIONAL	Total		Hombres		Mujeres	
	15633	100%	8768	653%	6865	100%
404 TRAST RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	3.442	22,0%	1.986	148,0%	1.456	21,2%
615 MALFORMACIONES CONGEN, DEFORMIDY ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2.539	16,2%	1.342	100,0%	1.197	17,4%
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1.231	7,9%	674	50,2%	557	8,1%
407 OTRAS AFECC ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	1.016	6,5%	584	43,5%	432	6,3%
101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	899	5,7%	501	37,3%	398	5,8%
RESTO DE CAUSAS	6.507	41,6%	3.681	274,3%	2.826	41,2%

Fuente: Estadísticas vitales 2002 DANE www.dane.gov.co Cálculos propios,

5 a 14 años

En general en todas las poblaciones el grupo de 5 a 14 años tiene la menor tasa de mortalidad y las causas externas constituyen la principal causa de muerte. En el caso de Colombia los accidentes y los homicidios se ubican en cuatro de los cinco primeros lugares de mortalidad de niños y adolescentes (Cuadro 5.8.5). Particularmente los accidentes de transporte terrestre son responsables del 15% de las muertes en estas edades con mayor frecuencia y peso relativo en los hombres. Los homicidios son la segunda causa lo cual revela la magnitud del conflicto y la frecuencia con que se involucran niños de edades tan tempranas. Vale la pena llamar la atención sobre los tumores malignos de tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines que es la tercera causa de muerte (DANE, 2002).

Cuadro 5.8.5 Primeras causas de mortalidad en población de 5 a 14 años. 2002

5-14 años						
Total NACIONAL	Total		Hombres		Mujeres	
	3177	100%	1919	100%	1258	100%
501 ACC TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	471	14,8%	306	16,0%	164	13,1%
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	388	12,2%	270	14,0%	118	9,4%
212 T MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG HEMATOPOY Y TEJIDOS AFINES	259	8,2%	155	8,1%	105	8,3%
506 AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	207	6,5%	158	8,2%	49	3,9%
510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	178	5,6%	129	6,7%	49	3,9%
RESTO DE CAUSAS	1.675	52,7%	902	47,0%	773	61,5%

Fuente: Estadísticas vitales 2002 DANE www.dane.gov.co Cálculos propios,

De 15 a 44 años

En el grupo de 15-44 años tanto en hombres como en mujeres la primera causa de muerte son los homicidios, seguidos de accidentes de transporte terrestre. Sin embargo, hay una gran diferencia es la magnitud del problema pues mientras en 2002 murieron asesinados 24672 hombres, y 3355 por accidentes de transporte terrestre, en mujeres ocurrieron 1928 y 682 por estas causas. En hombres además hay alto índice de suicidios y lesiones de intención no determinada todas estas causas violentas que merman la población productiva que sostiene otros grupos de edad (Cuadro 5.8.6) (DANE, 2002).

También se encuentra en el cuarto lugar las muertes por VIH/Sida. La mortalidad por esta causa viene aumentando y muestra la debilidad en las acciones de promoción y prevención que se realizan a la población asegurada y la no asegurada y evidencia la necesidad de proponer alternativas para su prevención y detección temprana. De otro lado se ha analizado previamente y en capítulo especial la mortalidad materna cuyas causas principalmente son los trastornos hipertensivos del embarazo, las complicaciones del trabajo de parto, las hemorragias postparto y el aborto, patologías prevenibles y que oportunamente detectadas no deberían desencadenar la muerte. Estas patologías aparecen en las cinco primeras causas de muerte de las mujeres de 15-44 años. Dos de las cinco primeras causas de mortalidad femenina en estas edades se encuentran ligadas a eventos que tienen que ver con su vida sexual y reproductiva: causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y el tumor maligno de útero (DANE, 2002).

Cuadro 5.8.6 Primeras causas de mortalidad en población de 15 a 44 años. 2002

15-44 años					
Hombres			Mujeres		
Total nacional	39.713	100,0%	Total nacional	10.038	100,0%
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	24.673	62,1%	512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	1.928	19,2%
501 ACC TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	3.355	8,4%	501 ACC TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	682	6,8%
511 LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC(SUICIDIOS), INCL SECUELAS	1.354	3,4%	614 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	567	5,6%
108 ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	1.282	3,2%	209 T MALIGNO DEL UTERO	498	5,0%
514 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL SECUELAS	1.173	3,0%	511 LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC(SUICIDIOS), INCL SECUELAS	442	4,4%
RESTO DE CAUSAS	7.877	19,8%	RESTO DE CAUSAS	5.920	59,0%

Fuente: Estadísticas vitales 2002 DANE www.dane.gov.co Cálculos propios.

De 45 a 64 años

Los homicidios siguen siendo la principal causa de mortalidad masculina en 45-64 años, seguidos de enfermedades crónicas —enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular— en cuarto lugar siguen los accidentes de transporte terrestre y en quinto lugar la diabetes. En las mujeres aparecen estas mismas enfermedades crónicas en los tres primeros lugares y luego los tumores malignos de útero y mama (Cuadro 5.8.7) (DANE, 2002).

De 65 y más años

De los 65 años en adelante aparecen como primeras causas, tanto en hombres como en mujeres, las enfermedades crónicas: isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus (DANE, 2002).

Cuadro 5.8.7 Primeras causas de mortalidad en población de 45 a 64 años. 2002

45 a 64					
Hombres			Mujeres		
Total NACIONAL	21444	48,5%	Total NACIONAL	14271	32,6%
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	3.744	8,5%	303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	1.711	3,9%
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	3.186	7,2%	307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1.456	3,3%
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1.317	3,0%	601 DIABETES MELLITUS	961	2,2%
501 ACC TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	1.069	2,4%	209 T MALIGNO DEL UTERO	940	2,1%
601 DIABETES MELLITUS	879	2,0%	208 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	826	1,9%
RESTO DE CAUSAS	11.249	25,4%	RESTO DE CAUSAS	8.376	19,1%

Fuente: Estadísticas vitales 2002 DANE www.dane.gov.co Cálculos propios,

Cuadro 5.8.8 Primeras causas de mortalidad en población de 65 años y más. 2002

de 65 y más					
Hombres			Mujeres		
Total NACIONAL	44.213	100,0%	Total NACIONAL	43.773	100,0%
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	8.838	20,0%	303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	8.254	18,9%
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	4.399	10,0%	307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	5.583	12,8%
605 ENF CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	4.000	9,0%	605 ENF CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	3.231	7,4%
302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	2.053	4,6%	601 DIABETES MELLITUS	2.995	6,8%
601 DIABETES MELLITUS	1.954	4,4%	302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	2.523	5,8%
RESTO DE CAUSAS	22.968	51,9%	RESTO DE CAUSAS	21.187	48,4%

Fuente: Estadísticas vitales 2002 DANE www.dane.gov.co Cálculos propios,

5.8.5. Análisis de las metas propuestas

Ligada a la reducción de la tasa de mortalidad en 10%, está la meta de aumentar en 4 años la esperanza de vida y disminuir las diferencias de este último indicador por sexo en 2.2 años. La información disponible se basa en proyecciones y muestra un avance significativo en la esperanza de vida al nacer, pues a comienzos del siglo XX esta solo alcanzaba los 37 años de edad, mientras que a principios del siglo XXI se estimaba en 72 años (DNP, 2005).

Estos estimativos parecen estar alejados de la realidad, no solo en cuanto al nivel de la expectativa de vida sino en cuanto a los diferenciales por sexo. La esperanza de vida es el indicador resumen de la tabla de vida, la cual se construye a partir de las defunciones referidas a la población expuesta al riesgo. El primer dato proviene de las estadísticas vitales y el segundo de un censo. En consecuencia, en rigor, se dispone de la tabla de vida observada solo en años censales. Los demás datos provienen de estimaciones indirectas y proyecciones las cuales deben revisarse cada vez que se tenga información apropiada.

Las proyecciones de los diferenciales por sexo en la expectativa de vida parecen no estar tomando en cuenta las condiciones de violencia que vive el país, con un impacto mayor sobre la población masculina, y muestran una disminución en los diferenciales por sexo en la expectativa de vida, cuando en realidad estudios evidencian que dichos diferenciales se están ampliando. Exploraciones realizadas para el presente trabajo sugieren que la esperanza de vida masculina no alcanza los 69 años sino 65 con lo cual estaría constante desde hace veinte años y a su vez, el diferencial por sexo se mantendría en lo observado en 1993 (10 años de diferencia entre hombres y mujeres). Estos hechos llevan a suponer que las metas de aumentar el nivel de la expectativa de vida y de disminuir el diferencial por sexo no son alcanzables.

5.9. Enfermedades reemergentes: Malaria y Dengue

5.9.1. Malaria

La mortalidad y morbilidad por enfermedades transmitidas por vectores representan uno de los mayores problemas de salud pública del país. La incidencia de malaria se ha incrementado en el último quinquenio a un promedio de 150.000 casos por años y tasa de 7 a 8 por 1.000 habitantes. En dengue el promedio anual es de 50.000 casos y la tasa de riesgo de dengue hemorrágico es de 21 casos por 100.000. En el año 2002 la mortalidad ha sido de 88 casos por malaria²¹ y 61 casos por dengue (Ministerio de Salud, 2002).

En 2002 se reportaron 139.542 casos de malaria en el país, 56% por *P. vivax*, 43% por *P. falciparum* y 1.2% por malaria mixta. Los departamentos de alto riesgo para 2002 fueron Amazonas, Guaviare, Vichada, Vaupés, Norte de Santander, Antioquia, Chocó, Valle, Nariño, Córdoba y Santa Marta.

²¹ Mortalidad por Malaria incluye el código 084 en CIE-9 para los años 1990-1996, y los códigos B90 a B54 en CIE-10 para los años 1997 a 2001.

Gráfico 5.9.1 Incidencia de malaria por 100.000 habitantes rurales. 1990-2003.

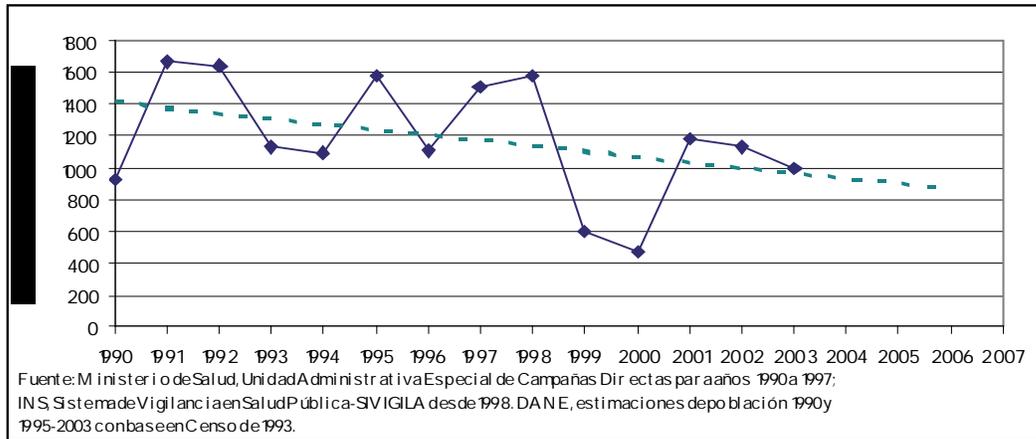
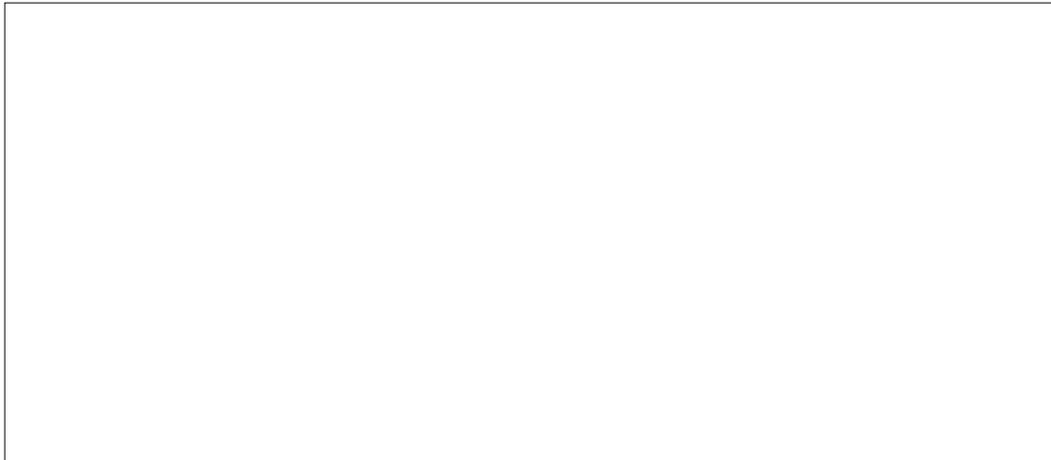


Gráfico 5.9.2 Colombia. Número de muertes por malaria. 1990 – 2001



Las soluciones implican además del control vectorial integrado en el país, estrategias de información y educación sobre la enfermedad, su forma de propagación y control, desde una base comunitaria que permita la apropiación de las medidas (DNP, 2004).

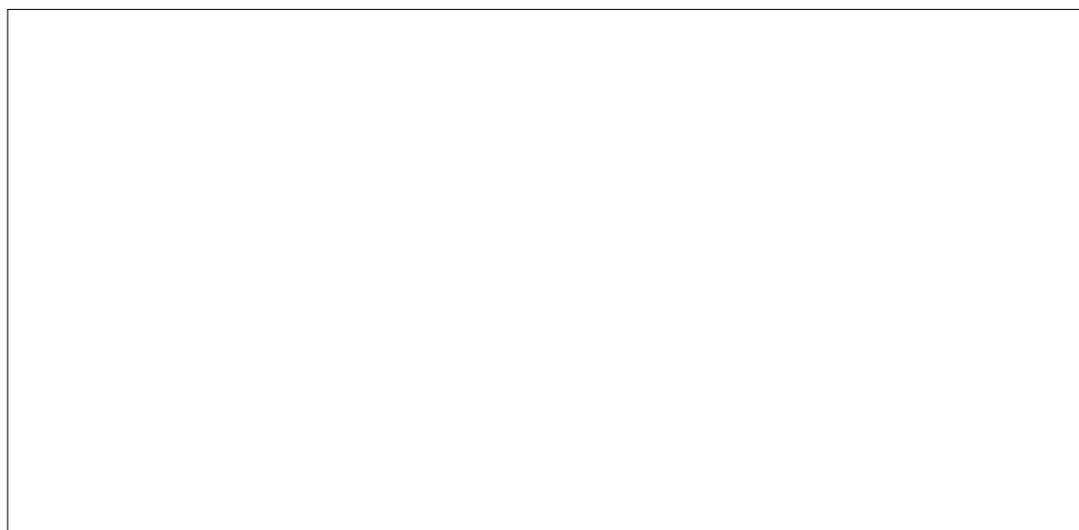
5.9.2. Dengue

El dengue, clásico y hemorrágico, ha presentado una tendencia creciente desde 1990, con fluctuaciones en la magnitud del evento. En 1998, 2001 y 2002 se observó un aumento importante en el número de casos, lo que le dio carácter de epidemia (DNP, 2004).

En 2002 se notificaron 81.831 casos de dengue clásico con un promedio de 2.553 casos por 100.000 habitantes. Los departamentos con tasas mayores a la mediana nacional son Santander, Quindío, Santa Marta y Arauca. Se presentaron 5.245 casos de dengue hemorrágico en 2002 y los departamentos con tasa mayor a la mediana nacional son: Magdalena, Huila, Valle y Santander (DNP, 2004).

Las estrategias de control al igual que en la malaria implican la información y educación sobre las medidas preventivas a la comunidad, reconocimiento de signos y síntomas de alarma y fortalecimiento de la gestión de los prestadores de servicios.

Gráfico 5.9.3 Colombia. Incidencia de dengue. 1990 – 2003.



Fuente: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Morbilidad dengue 1990-2001.

5.9.3. Análisis de las metas propuestas en malaria y dengue

Reducir las muertes por malaria

El Conpes propone reducir entre 1990 y 2015 los casos de mortalidad registrada por malaria. Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana. Reducir a menos de 10% y mantener estos niveles los índices aéricos de los municipios categoría E, 1 y 2. La línea de base es 227 muertes para 1998. La reducción de los casos de mortalidad por malaria implica el diagnóstico oportuno de la enfermedad y la instauración temprana de un tratamiento completo y efectivo. Estos dos aspectos implican la disponibilidad de una red de microscopía en las zonas endémicas y de los tratamientos, así como estrategias de información, educación y comunicación a la comunidad en relación con síntomas y signos, control del vector y la importancia de recibir tratamiento completo (que evite quimioresistencias) por parte de una institución de salud. La línea de base es 17.4 casos de malaria generados en municipios con malaria urbana para 2003. La línea de base es 30% de los municipios de categoría E, 1 y 2 que mantienen los índices aéricos por debajo del 10%. Estas metas requieren el compromiso intersectorial en donde además del sector salud, el sector productivo, educación y la comunidad en general compartan las estrategias definidas para conseguir esta meta. Colombia 2019 propone reducir en 85% las muertes por malaria la pasar de 227 en 1998 a 34 en el 2019.

La malaria en Colombia se presenta principalmente en las zonas rurales y en los municipios ubicados por debajo de los 1800 metros sobre el nivel del mar. La incidencia de esta enfermedad está altamente ligada a los cambios climáticos y a la dinámica de las intervenciones de control vectorial (DNP, 2005). Entre 1990 y 2003, la tendencia presentada por los casos de malaria en el país fue decreciente, aunque existen diferencias significativas a nivel de departamento. En el 2003, se observaron tasas entre 6.6 y 1.1 casos por mil habitantes rurales, en departamentos como Guaviare, Vichada, Córdoba, Chocó, Gaimía, Meta, Antioquia y Nariño (DNP, 2005).

Aunque los casos de malaria se presentan principalmente en las zonas rurales, en el 2001 el 54% de las muertes de malaria se presentaron en las zonas urbanas (DANE, 2001), y el 20% de ellas ocurrieron en capitales de departamento (DNP, 2005). De esta manera, aunque la malaria era un evento aislado de las zonas rurales, los procesos de urbanización desordenados y ciertas actividades productivas han propiciado la aparición de esta enfermedad en las zonas urbanas.

En nuestro país, los medicamentos antimaláricos son provistos por el Estado de forma gratuita, independientemente de la afiliación de las personas. Por lo tanto, para alcanzar la meta propuesta en el documento 2019, se debe promover el suministro de los medicamentos preventivos de forma oportuna y mejorar la calidad de los servicios.

Reducir las muertes por dengue

Colombia 2019 propone reducir las muertes por dengue en 93% al pasar de 229 en 1998 a 17 en el 2019. Las defunciones a causa de dengue han presentado una tendencia creciente hasta 1998 y decreciente a partir de este año (DNP, 2005). En 1990 se presentaban 16 casos de muerte por esta causa, en 1998 ascienden a 200 muertes, y en el 2001 se reducen a 152 (DNP, 2005). De continuar con esta tendencia, sería difícil lograr la meta propuesta, e inclusive se podrían presentar aumentos. Por lo tanto, se requiere un esfuerzo grande de las instituciones de salud pública, quienes deben incentivar las intervenciones de control vectorial y mejorar la atención a las personas afectas ya por esta enfermedad. Es importante resaltar que para focalizar las estrategias y mejorar el desempeño de los servicios de salud frente a este tema es necesario contar con un sistema de información efectivo y expedito que permita conocer rápidamente los territorios más afectados.

5.10. Violencia intrafamiliar, de género y sexual

La violencia intrafamiliar es una situación de abuso de poder o maltrato psíquico o físico de un miembro de la familia sobre otro. Puede manifestarse de diferentes formas: golpes, insultos, amenazas, manejo económico, chantajes, control de actividades, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, prohibición de trabajar fuera de la casa, abandono físico o afectivo, humillaciones o no respetar las opiniones de las otras personas (Profamilia, ENDS 2005).

“La violencia contra la mujer ha sido vinculada con alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica. Además las mujeres que viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades para rechazar el sexo, negociar el uso del condón o en utilizar otros métodos anticonceptivos. Por lo tanto están en riesgo de embarazos no deseados, contagio de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida” Informe Hopkins, Violencia contra la mujer, extendida globalmente, Stephen Goldstein.

Estos tipos de violencia son manifestaciones de la violencia de género, teniendo en cuenta que la mayoría de las víctimas son mujeres. El número de personas que acude a alguna instancia a denunciar hechos de violencia o a buscar ayuda es cada vez mayor y compromete cada vez más recursos humanos y financieros del Estado. No obstante todavía hay subregistro por lo cual es difícil establecer la magnitud del problema. Un solo acto de violencia puede afectar a quien lo sufre durante el resto de su vida y constituye una violación grave a varios derechos humanos fundamentales (Ministerio de la Protección Social, 2003).

5.10.1. Tendencia Histórica

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud desde 1990 incluye un módulo que averigua por la violencia contra las mujeres. En este módulo se indaga por violencia verbal, física y sexual ejercida por los compañeros y otras personas y los patrones de castigo que se emplean en las familias. En los últimos años se han medido las consecuencias de la violencia así como la búsqueda de atención en instituciones de salud, denuncia y protección; en 2005 se ha evaluado también la respuesta de las mujeres hacia la violencia ejercida por sus parejas.

Vale la pena aclarar que en el proceso de conceptualización de la violencia y su tipificación así como en las Encuestas de demografía y salud se encuentran diferencias en los aspectos indagados así como en la población a quien se consultó. Es así como la encuesta de 1990 se hizo a mujeres alguna vez unidas y a eventos ocurridos en cualquier momento durante el tiempo de la unión, la de 1995 se hizo a mujeres unidas en pareja en el momento de la encuesta y la de 2000 y 2005 a mujeres alguna vez unidas. De otro lado el aspecto Experiencia de Control corresponde a un conjunto de situaciones que incluye el que el compañero la acuse de infidelidad, le impida contactar amigos, le limite el contacto con la familia, insiste en saber donde está, vigila como gasta el dinero, entre otras situaciones que implican pérdida de autonomía de la mujer.

Si bien es cierto los datos no son totalmente comparables, sí se evidencian algunos aspectos que ilustran la magnitud del problema. En las zonas urbanas se revela mayor violencia. En general se observan cifras menores de violencia intrafamiliar en la zona Atlántica. Las mujeres separadas padecen más violencia lo cual puede explicar su estado conyugal (Profamilia, 2005).

De otro lado las cifras más altas de violencia se concentran en las mujeres con nivel educativo de primaria y secundaria y es menor en el nivel educativo superior. Las diferencias que se observan en la medición de la violencia entre los años 2000 y 2005 son mínimas.

Para 2004, según datos del Instituto de Medicina Legal (IML), se realizaron en total 36.901 reconocimientos a víctimas de maltrato de pareja. Para 2003 se realizaron 37.952 reconocimientos, lo cual puede mostrar, más que un descenso en los casos de violencia, una disminución en la denuncia de los mismos.

Del total de víctimas, el 91.2% corresponde a mujeres y el 8.8% a hombres. La procedencia es 90.9% urbana y el 6.0% rural, y en 72.5% el sitio de ocurrencia de los episodios de violencia es la vivienda. Los factores predisponentes que se encuentran asociados a la violencia de pareja son el hacinamiento, mayor número de hijos y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (INML y CF, 2003).

Cuadro 5.10.1 Colombia. Porcentaje de mujeres alguna vez unidas con experiencias de violencia física, sexual o verbal generada por la pareja, 1990-1995-2000-2005

Aspecto	1990			1995			2000			2005		
	Insultadas	Golpeadas	Relaciones sexuales forzadas	Violencia verbal	Violencia física	Violencia sexual	Experiencia de control	Violencia física	Violencia sexual	Experiencia de Control	Alguna violencia física	Mujeres violadas
Total	30,4	18,8	8,8	33,2	19,3	2,4	64,9	19,9	11,0	65,7	16,0	11,5
Zona												
Urbano	31,6	20,2	9,4	32,8	19,1	2,6	65,8	21,9	11,6	66,3	16,4	11,6
Rural	27,1	15,2	7,0	34,3	19,7	1,5	62,2	13,3	9,2	63,7	14,4	11,3
Región												
Atlántica	34,4	15,2	5,7	31,3	15,3	1,4	60,6	11,2	9,1	63,1	15,0	9,0
Oriental	34,7	24,7	9,8	47,4	25,2	2,4	68,3	25,5	10,7	65,1	19,6	12,3
Central	25,0	18,8	9,5	27,1	18,0	2,4	61,6	15,4	11,7	70,7	19,5	11,5
Pacífica	30,3	16,8	10,0	28,4	20,3	2,6	71,7	17,8	13,0	65,5	13,6	12,5
Bogotá	29,6	19,4	9,0	35,0	19,9	3,4	65,3	35,6	10,7	65,0	13,6	12,7
Orinoquia y Amazonia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	66,8	14,8	11,1
Estado conyugal												
Casada	47,3	15,1	10,6	32,1	17,5	2,7	55,9	13,2	7,8	56,9	10,9	7,6
Unida	28,8	17,3	6,7	34,5	21,4	2,5	66,3	22,9	8,4	65,2	19,6	8,8
Separadas	48,0	32,8	15,6	ND	ND	6,2	77,5	22,0	20,9	78,8	16,8	22,2
Nivel educativo												
Sin educación	30,4	15,3	6,0	33,9	23,9	2,5	64,4	17,5	14,4	71,0	16,9	14,3
Primaria	33,5	21,7	10,0	37,6	23,1	2,5	66,5	19,2	12,7	67,2	17,5	13,9
Secundaria	28,4	17,8	8,4	31,5	17,5	2,4	66,2	21,3	10,2	65,3	16,2	11,0
Superior	20,7	8,5	5,1	20,1	7,1	2,0	54,1	17,3	7,0	62,2	13,2	7,2

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1990, 1995, 2.000 y 2.005

Los traumas que se presentan en el 33.6% son faciales y el 31.4% politraumatismos, son en el 84.2% traumas contundentes y 7% cortocontundentes. En la violencia hacia las mujeres el 75% la ejerce el esposo y 21% el ex-esposo (INML y CF, 2003).

El Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico –CEDE–, de la Universidad de los Andes, realizó en el 2003 una medición de la prevalencia de violencia intrafamiliar en tres ciudades del país, Bogotá, Barranquilla y Barrancabermeja y sus hallazgos reiteran la magnitud del problema de violencia contra la mujer y los menores de edad en el ámbito familiar.

Los hogares con violencia intrafamiliar son más pobres, su jefe y cónyuge tienen menos educación, son más numerosos, con más hijos e hijas menores de 5 años y más riesgo de hacinamiento. Además sugieren que el maltrato de la mujer en el hogar materno durante la infancia, la prevalencia de violencia conyugal en el hogar materno y el consumo de alcohol por parte del esposo/compañero se asocian con mayor incidencia de la violencia intrafamiliar (Salas, 2005).

En 2003 otro estudio del CEDE estimó el impacto económico de la violencia intrafamiliar. Los costos anuales totales asociados a la VIF alcanzarían el orden de 5.5% del PIB, distribuidos así: los ingresos dejados de percibir por la mujer a causa de la violencia severa contra ellas o sus hijos representa alrededor de 4.4% del PIB, los ingresos sacrificados por el mayor desempleo alcanzan el 0.5% del PIB, mientras que los costos asociados a la peor salud o al rendimiento escolar llegan al 0.6% del PIB. Debe aclararse que los costos estimados en este estudio son mayores que los calculados para otros países con otras metodologías que situaban esa cifra en cerca del 2% del PIB.

5.10.2. Situación de los Departamentos

Según el IML para 2004 los departamentos con mayor número de reconocimientos medicolegales por violencia conyugal son Bogotá, en primer lugar seguida de Antioquia, Valle, Atlántico y Cundinamarca. Según la ENDS 2005 las mujeres han sufrido más violencia física inflingida por su compañero en los departamentos de norte de Santander, Cesar, Santander, La Guajira, Guaviare, Bogotá y Magdalena.

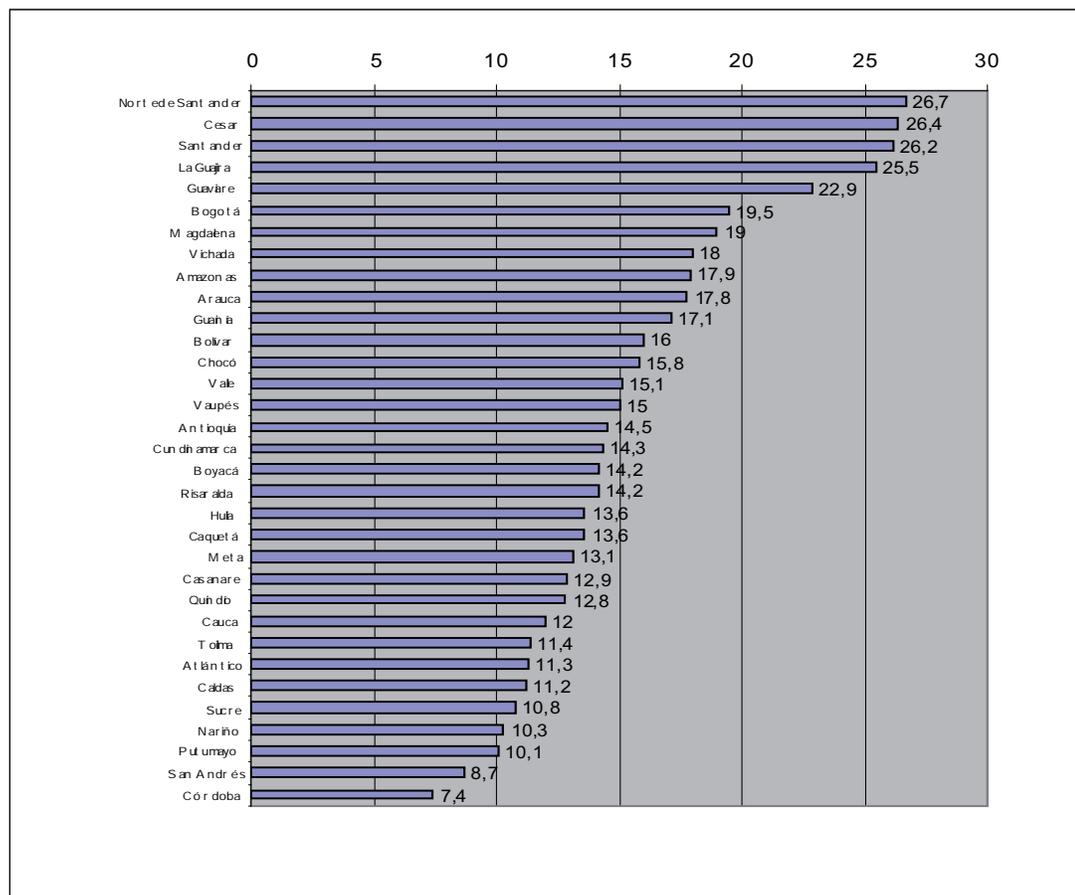
Este hallazgo no corresponde de manera exacta con los datos del IML, probablemente porque en los departamentos en donde se muestra que las mujeres han sufrido más violencia por parte de su pareja no existe cultura de denuncia o no tiene la connotación de situación anómala y delito, también podría mostrar más dificultades para acceder a los servicios de denuncia y protección en estos departamentos.

En el caso de mujeres desplazadas, las situaciones de control por parte del esposo o compañero se producen en el 64.95 de las mujeres. El maltrato verbal por parte del esposo se presenta en el 63.3% de las mujeres y las amenazas en 34.2%. Según la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas, el maltrato físico el 52% de las mujeres algunas vez unidas han sido víctimas de lesiones por parte del esposo o compañero, el 11% han sido violadas. De estas mujeres el 72.6% no visitó al médico para buscar ayuda o tratamiento, de las que consultaron el 15% no recibió información sobre formas de buscar protección o denunciar (Profamilia, 2001).

El 66% de las mujeres que han sido maltratadas físicamente por sus cónyuges se ha defendido golpeándolo, las mujeres que más reproducen la agresión hacia sus cónyuges son las de 20-24 años que viven en unión libre, que han aprobado algún curso de primaria, de la región Pacífica y las no desplazadas o receptoras. El 13% de las mujeres que experimentaron violencia física ha golpeado o agredido físicamente al esposo o compañero cuando el no la ha estado agrediendo (Profamilia, 2001).

Entre las mujeres alguna vez embarazadas, el 20% ha sido objeto de violencia física durante el embarazo (Profamilia, 2001). El 27% de todas las mujeres ha recibido algún tipo de violencia física por parte de una persona diferente al cónyuge. Sólo el 39% de las mujeres víctimas de maltrato ha pedido ayuda. El 23% de las que no pidieron ayuda lo hacen porque los daños no son serios, 17% porque tienen miedo a sufrir más agresión, el 16% consideran que pueden solas, el 8% considera que el maltrato es normal. En la población de zonas marginales el castigo físico a los niños es mayor, 63% con golpes y 67% reprimenda verbal.

Gráfico 5.10.1. Colombia. Mujeres Unidas que han sufrido alguna violencia física por parte de su compañero ENDS 2005



Fuente: ENDS 2005

En cuanto a la violencia sexual ejercida por el compañero (mujeres que han sido violadas por el compañero), los departamentos que presentan cifras más altas son Antioquia, Huila, La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Valle, Cundinamarca y Boyacá (Profamilia, 2005).

En cuanto a los delitos sexuales en mujeres desplazadas, 14% han sido forzadas por su cónyuge a tener relaciones sexuales; entre las mujeres desplazadas por el conflicto armado, los desconocidos son los agresores más frecuentes (36%), mientras que las mujeres receptoras en el 28% son agredidas por amigos (28%) (Profamilia, 2001).

La ENDS 2005, analiza además la atención que se brinda en estos episodios de violencia de pareja y la búsqueda de servicios por parte de las mujeres. Es preocupante que el 76.1% de las mujeres víctimas de violencia no han buscado ningún tipo de ayuda, en este caso no existen muchas diferencias entre regiones, la educación, el nivel de riqueza o el estado civil. En general es muy alto el porcentaje de mujeres que padecen violencia conyugal y no buscan apoyo.

La búsqueda de ayuda en instituciones por parte de las mujeres víctimas de violencia es mayor en Bogotá que en otras zonas del país, también se produce más en la población urbana y se realiza más la búsqueda de la inspección de policía. Vale la pena anotar que las instituciones de salud son buscadas en un porcentaje muy bajo, esto puede mostrar la necesidad de enfatizar en estos servicios la capacitación del personal para la detección, tratamiento, orientación y ayuda a las mujeres (Profamilia, 2005).

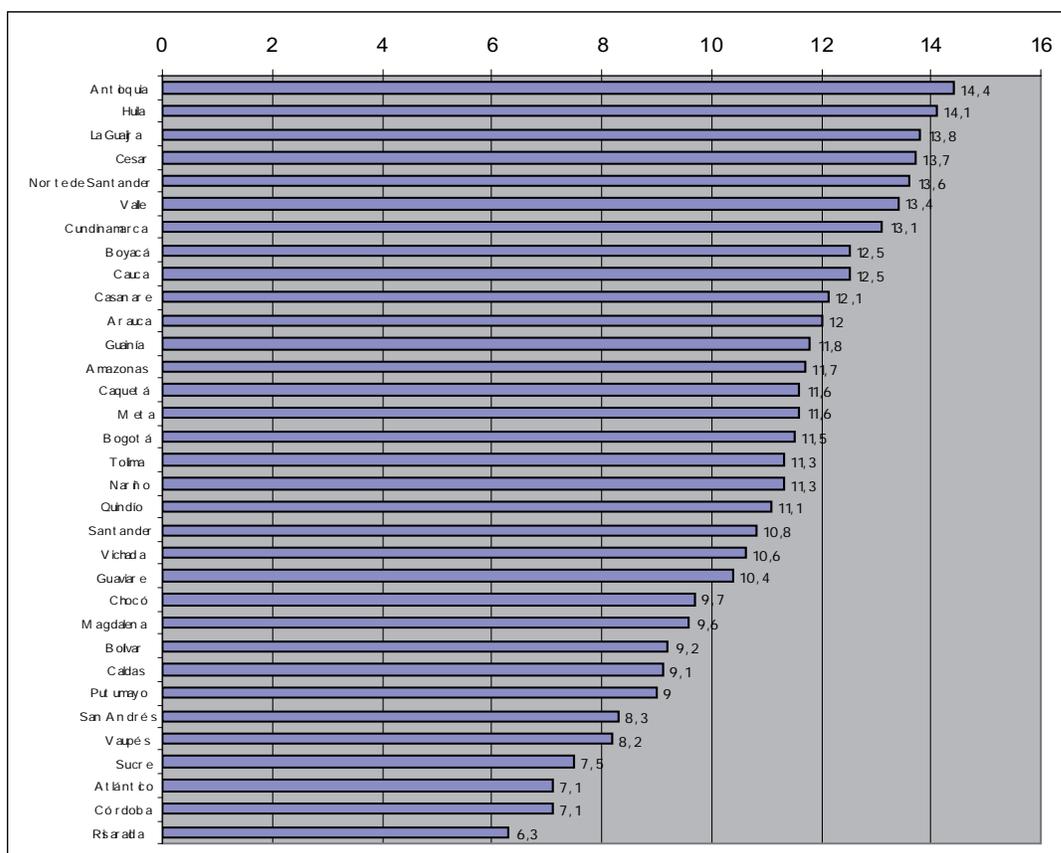
Cuadro 5.10.2 Colombia. Violencia física por parte del esposo/compañero o de otra persona, por departamento

Característica	La ha empujado/zaran-deado	La ha golpeado con la mano	La ha golpeado con objeto	La ha mordido	La ha pateado o arastrado	La ha amenazado con arma	La ha atacado con arma	Ha tratado de estrangulamiento/quemadura	La ha violado	Alguna de las anteriores	Número de mujeres alguna vez unidas	Alguna vez violencia física	Total de mujeres
Norte de Santander	38,5	32,8	9,3	2,6	13,8	11,6	4,5	5,1	13,6	45,4	770	26,7	1,089
Cesar	33,8	29,8	9,9	4,5	12,6	8,6	4,7	7,6	13,7	42,2	937	26,4	1,28
Santander	33	29,3	7,3	1,7	10,9	8,9	4	5,3	10,8	38,2	756	26,2	1,06
La Guajira	32,1	28	9,2	2,7	9,8	8,4	1,7	5,2	13,8	39,4	850	25,5	1,283
Guaviare	38,7	32,6	10,9	4,1	13,6	9,3	2,6	6	10,4	41,8	571	22,9	7,29
Bogotá	41	34,7	11	3	17,1	7,8	3,8	5	11,5	46,8	1,531	19,5	2,32
Magdalena	28,8	25,8	7,6	2,5	9,9	6,7	2,9	4,7	9,6	35,5	889	19	1,203
Vichada	39	35,1	15,7	3,6	13,6	10,1	4	6,4	10,6	46,3	433	18	561
Amazonas	35	36,2	10,7	2,6	14,8	10,4	4,3	5,7	11,7	47,6	511	17,9	7,22
Arauca	39,2	33,2	12,1	8,1	12,7	9,9	3,5	8,1	12	45,4	502	17,8	7,00
Guantánima	33,5	31	10,8	0,6	10,6	7,4	3,2	4,5	11,8	39,1	446	17,1	5,86
Bolívar	25,7	22,8	7	1,5	6,2	4,5	2,1	2,4	9,2	31,8	907	16	1,335
Chocó	33,3	34	7,4	4,4	12,3	8,8	2,7	2,8	9,7	41,9	621	15,8	9,29
Valle	31,2	25,4	9,2	3,7	12,4	8,7	4,7	6,1	13,4	35	1,593	15,1	2,346
Vaupés	38,2	37,4	13	2,1	15,8	7,5	2,7	5,8	8,2	46,3	382	15	5,89
Antioquia	33,3	27,6	7,9	2,5	12,2	9,2	4,5	6,5	14,4	38	1,519	14,5	2,269
Cundinamarca	31,9	32,6	11	2	12,8	8,3	3,9	2,8	13,1	38,7	712	14,3	1,06
Boyacá	39,8	36,2	12,5	2,4	16,2	8	3,8	3,3	12,5	47,4	590	14,2	9,79
Risaralda	23,9	20,8	5,7	1,5	9	5,5	3,4	3,2	6,3	27,5	672	14,2	1,019
Huila	40,6	37,6	14,8	1,5	16,7	10,1	4,8	7,5	14,1	46,1	884	13,6	1,321
Caqueotá	37,2	33,5	12,7	1,5	13,4	8	3,6	5,2	11,6	44,4	728	13,6	9,59
Meta	36,7	32,4	15,2	5,6	15,1	9,8	6,5	7,3	11,6	42,6	694	13,1	9,37
Casanare	37,3	36,5	12,4	3,1	15,9	9,4	4,3	4,9	12,1	45,7	413	12,9	5,97
Quindío	33,6	25,9	8,6	2,6	12,3	7,6	4	8,5	11,1	36,5	688	12,8	10,48
Cauca	36	30,8	10,7	5	15,1	10	4,6	6	12,5	41,8	796	12	1,218
Tolima	37,5	31,1	12,4	3,3	12,4	7	3,9	3	11,3	42,2	769	11,4	1,129
Atlántico	23,9	21,2	5,6	1,4	6,4	5,1	2,4	2,6	7,1	29,4	1,388	11,3	2,051
Caldas	28,8	26,5	8	1,1	11,2	6,3	3,8	4	9,1	34	651	11,2	1,019
Sucre	21,1	19,9	5,9	2,9	6,9	4,9	1,7	3,2	7,5	27,6	960	10,8	1,401
Nariño	40,5	34,6	10,1	2,4	19	8,5	4,6	6,3	11,3	46,8	794	10,3	1,366
Putumayo	31,7	28,2	13,7	5,1	15,3	6,5	3,7	4,7	9	36	456	10,1	6,83
San Andrés	21,7	21,2	7	4,6	9,1	6,9	3,4	3	8,3	26,9	328	8,7	4,93
Córdoba	23,3	20,6	6,3	2,1	7,8	4,3	2,6	3	7,1	26,9	939	7,4	1,316
Total	33,4	29	9,3	2,7	12,6	7,9	3,9	5	11,5	39	25,62	16	37,597

Fuente: ENDS 2005

La búsqueda de ayuda se realiza más en mujeres que pasan de 35 años y que están en estratos medios de riqueza, ni el más bajo ni el más alto consulta en proporciones importantes (Profamilia, 2005).

Gráfico 5.10.2 Porcentaje de mujeres alguna vez unidas que han sido violadas por su compañero ENDS 2005



Fuente: ENDS 2005

Hay que destacar que también en la ENDS 2005 se indaga por la respuesta agresiva de la mujer hacia su pareja en situaciones de violencia. Al respecto un 63.3% de las mujeres víctimas de violencia por parte del esposo se defiende del mismo modo, golpeando o agrediendo y el 46.9% agrede al esposo cuando no la está agrediendo, esta circunstancia muestra la dinámica que se genera con la violencia intrafamiliar facilitando respuestas más graves por parte de los dos miembros de la pareja.

Otra circunstancia que facilita el que el patrón de la violencia intrafamiliar se siga perpetuando es la forma como los padres reprenden a sus hijos, el 47% de las madres los reprenden con golpes y 34% con palmadas y los padres o sus compañeros también en un 75% realizan reprimenda verbal, 41% con golpes y 22% con palmadas. Esta situación empeora en la zona rural, mujeres mayores de 25 años y en unión libre (Profamilia, 2005).

Cuadro 5.10.3 Colombia. Entre las mujeres que han sufrido violencia, institución donde la mujer ha buscado ayuda cuando la maltrataron, por características seleccionadas, ENDS 2005

Característica	Institución donde la mujer ha buscado ayuda							Nunca ha buscado ayuda
	Inspección de Policía	Comisaría de Familia	ICBF	Fiscalía	Juzgado	Institución de Salud	Otro sitio	
Edad								
15-19	4.7	3.0	2.2	1.8	1.1	0.4	0.7	86.7
20-24	7.5	5.4	1.7	4.7	0.7	0.0	0.6	82.2
25-29	9.4	7.6	2.9	4.8	0.7	0.3	0.9	77.5
30-34	8.7	10.1	4.1	4.8	1.8	0.8	0.8	74.3
35-39	11.8	10.7	5.2	6.0	1.9	0.5	0.4	70.1
40-44	10.2	10.1	5.5	5.5	1.9	0.6	0.7	71.9
45-49	12.0	8.5	5.3	3.1	2.2	0.5	1.3	73.6
Estado civil								
Soltera	6.5	4.3	1.8	3.5	1.5	0.4	0.8	83.1
Casada	7.7	8.0	4.0	3.3	1.4	0.5	0.8	77.8
En unión libre	8.2	7.9	3.9	4.7	1.0	0.4	0.9	77.2
Unida anteriormente	14.0	10.8	5.1	5.9	2.3	0.4	0.7	69.3
Zona								
Urbana	10.0	9.2	4.4	5.0	1.5	0.5	0.8	74.3
Rural	7.1	4.5	2.2	2.9	1.6	0.3	0.8	82.5
Región								
Atlántica	6.4	5.5	4.3	3.6	0.8	0.3	0.9	81.2
Oriental	8.8	7.5	3.9	5.4	1.5	0.3	0.4	76.0
Bogotá	10.2	13.7	3.4	3.3	0.7	0.6	1.4	73.6
Central	10.1	7.3	4.0	5.1	2.5	0.8	0.7	73.8
Pacífica	11.1	6.9	4.1	5.2	1.7	0.2	0.4	76.8
Orinoquía y Amazonía	8.7	5.8	5.3	3.6	2.8	0.0	0.4	76.7
Educación								
Sin educación	12.7	6.1	4.2	2.8	1.2	0.4	1.9	75.9
Primaria	9.4	7.0	4.2	4.2	2.0	0.3	0.6	76.6
Secundaria	9.3	9.4	3.8	4.5	1.2	0.5	0.9	75.8
Superior	8.4	7.2	3.9	5.5	1.3	0.6	0.9	76.4
Índice de riqueza								
Más bajo	7.0	4.5	2.1	2.5	1.4	0.3	0.7	83.5
Bajo	9.9	7.3	3.9	5.1	1.8	0.2	0.7	76.4
Medio	10.2	8.6	4.8	5.3	1.8	0.7	1.3	73.1
Alto	9.8	9.6	3.9	5.2	1.1	0.8	0.4	74.4
Más alto	8.9	10.1	4.4	3.7	1.3	0.2	0.9	75.5
Total	9.3	8.2	3.9	4.5	1.5	0.5	0.8	76.1

Fuente: ENDS 2005

5.10.3. La relación entre violencia intrafamiliar y reproductiva

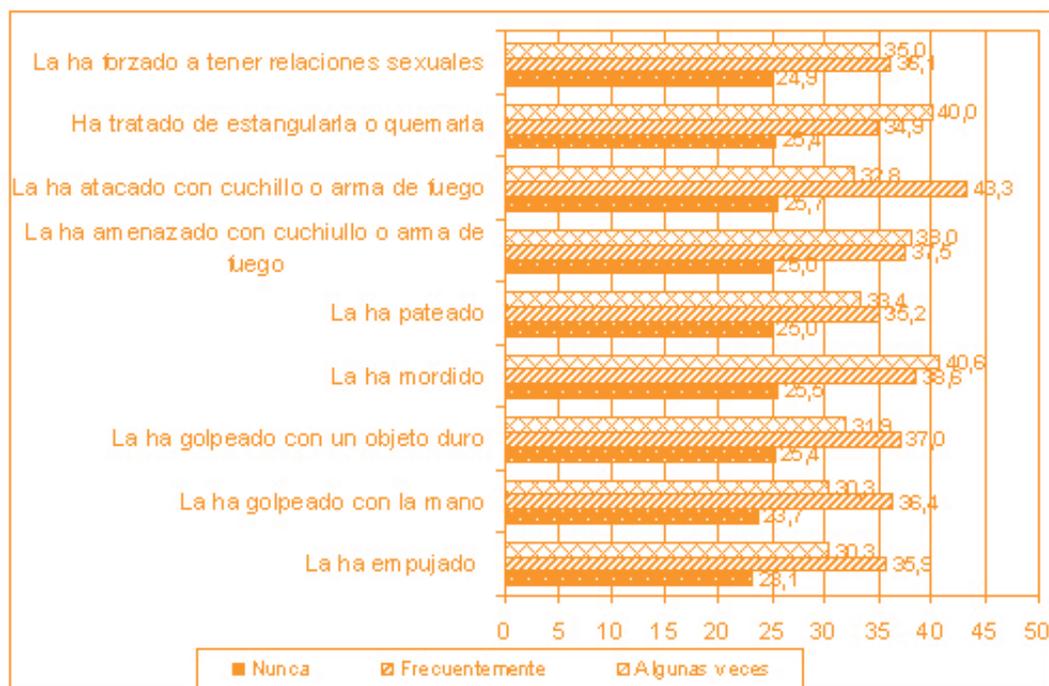
Como se ha dicho anteriormente las mujeres que sufren violencia intrafamiliar tienen dificultades para proteger su salud sexual y reproductiva porque están más expuestas a enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, a embarazos no deseados y aborto inseguro y también a pérdidas o abortos espontáneos pero causados por la angustia o los golpes.

Las ENDS recogen información, tanto de las manifestaciones de violencia como de salud reproductiva y permiten analizar la asociación que hay entre estos dos hechos. Unas primeras exploraciones con la ENDS-2000 indican que las mujeres que han tenido pérdidas o abortos han sido víctimas con mayor frecuencia de violencia por parte de su esposo o compañero. La proporción de mujeres que han tenido pérdidas o abortos es mayor entre las que han experimentado violencia intrafamiliar frecuentemente o algunas veces que entre las que nunca la han experimentado y esto se repite en todas las manifestaciones de violencia.

Cuadro 5.10.4 Proporción de mujeres que han tenido pérdidas o abortos según frecuencia de violencia intrafamiliar. ENDS-2000

	Nunca	Frecuentemente	A l g u n a s veces	Total
La ha empujado	23,1	35,9	30,3	26,1
La ha golpeado con la mano	23,7	36,4	30,3	26,1
La ha golpeado con un objeto duro	25,4	37,0	31,9	26,1
La ha mordido	25,5	38,6	40,6	26,1
La ha pateado	25,0	35,2	33,4	26,1
La ha amenazado con cuchillo o arma de fuego	25,0	37,5	38,0	26,1
La ha atacado con cuchillo o arma de fuego	25,7	43,3	32,8	26,1
Ha tratado de estranglarla o quemarla	25,4	34,9	40,0	26,1
La ha forzado a tener relaciones sexuales	24,9	36,1	35,0	26,1

Gráfico 5.10.3 Proporción de mujeres que han tenido pérdidas o abortos según frecuencia de violencia intrafamiliar. ENDS-2000



Fuente: Cálculos propios ENDS 2005

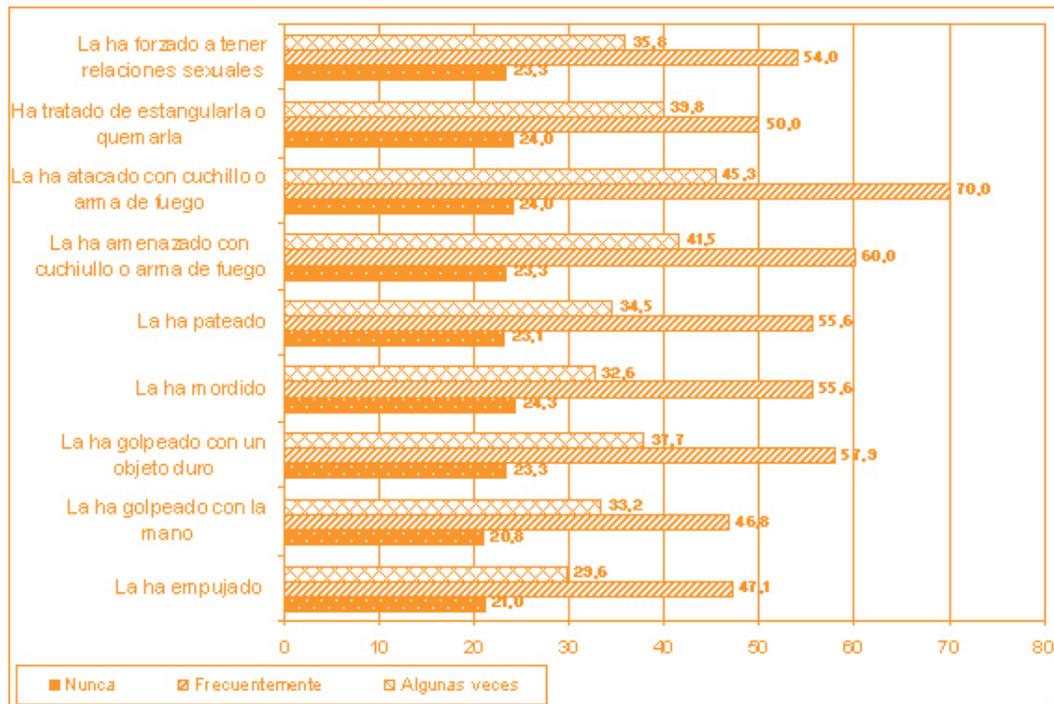
Así mismo, las mujeres que han experimentado violencia tienen más propensión a tener hijos no deseados. De las que frecuentemente han sido amenazadas con cuchillo o arma de fuego, 60% no han deseado el último hijo, en tanto que en las que nunca han experimentado violencia 23% el último hijo no ha sido deseado (Profamilia, 2000).

Cuadro 5.10.5 Porcentaje que no deseaba el último hijo según frecuencia de violencia intrafamiliar. ENDS-2000

Porcentaje que no deseaba el último hijo				
	Nunca	Frecuentemente	Algunas veces	Total
La ha empujado	21,0	47,1	29,6	24,7
La ha golpeado con la mano	20,8	46,8	33,2	24,7
La ha golpeado con un objeto duro	23,3	57,9	37,7	24,7
La ha mordido	24,3	55,6	32,6	24,7
La ha pateado	23,1	55,6	34,5	24,7
La ha amenazado con cuchillo o arma de fuego	23,3	60,0	41,5	24,7
La ha atacado con cuchillo o arma de fuego	24,0	70,0	45,3	24,7
Ha tratado de estranglarla o quemarla	24,0	50,0	39,8	24,7
La ha forzado a tener relaciones sexuales	23,3	54,0	35,8	24,7

Fuente: Cálculos propios ENDS 2005

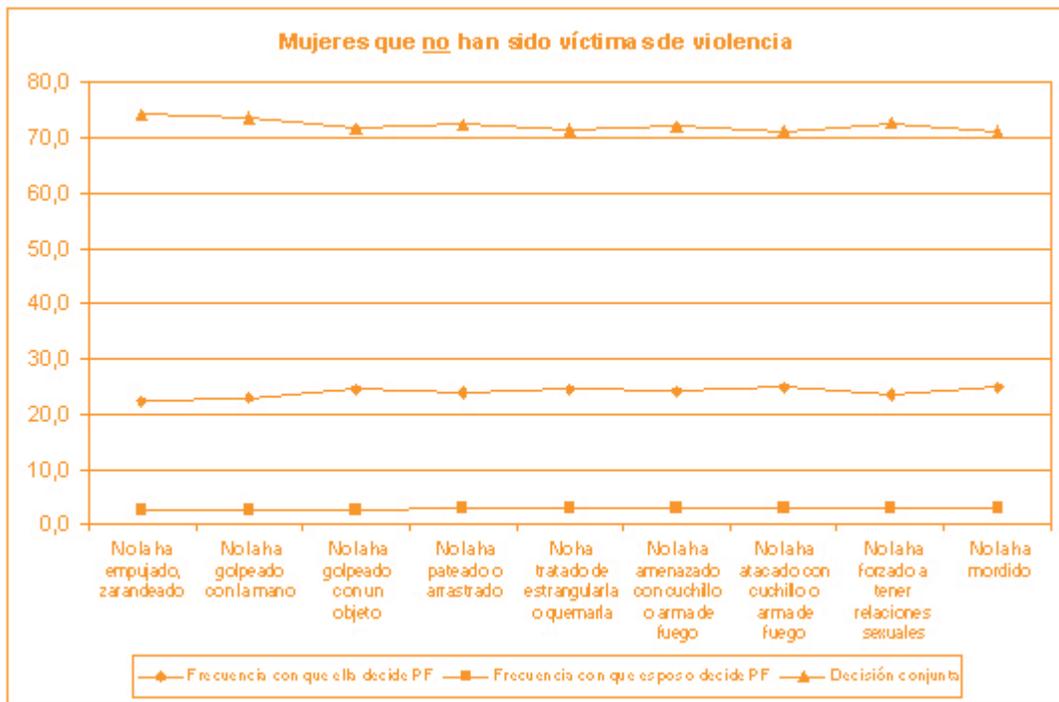
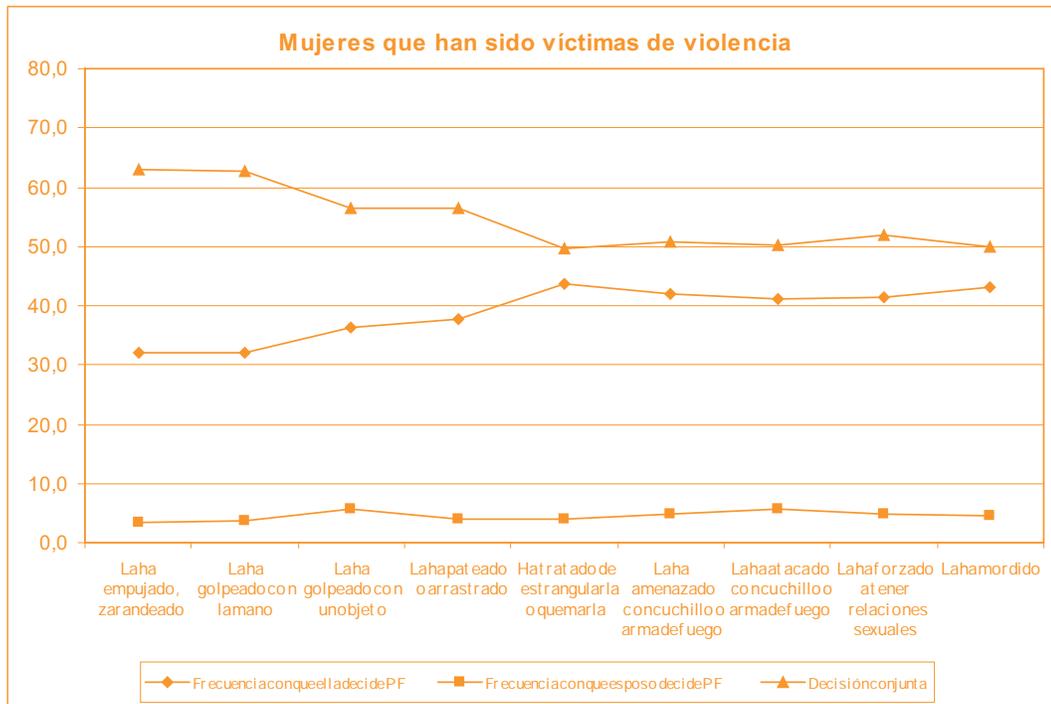
Gráfico 5.10.4 Porcentaje que no deseaba el último hijo según frecuencia de violencia intrafamiliar. ENDS-2000



Con la ENDS-2005 se exploró la asociación entre la presencia de violencia intrafamiliar y la frecuencia con que la mujer toma decisiones, en particular si decide acerca del uso de métodos de planificación familiar sea de manera individual o conjuntamente con el esposo o compañero. En el gráfico se puede observar cuando no hay presencia de violencia conyugal las decisiones de uso anticonceptivo se toman de manera conjunta en la mayor parte de los casos (más de 70%) mientras que en presencia de algún tipo de violencia la decisión conjunta disminuye y es asumida en mayor medida por la mujer.

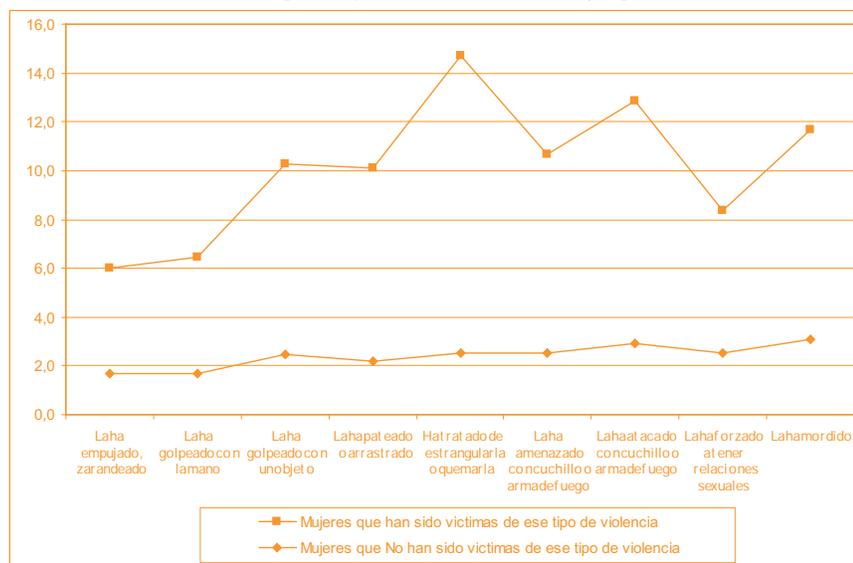
Este cambio está asociado con la gravedad de la agresión de que es objeto la mujer. En los casos en que es empujada o golpeada con la mano la decisión conjunta es de 63%, cuando la golpea con algún objeto o la patea o la arrastra, esta frecuencia de decisión conjunta baja a 56% y sigue bajando cuando ha intentado quemarla o estrangularla, cuando la amenaza con cuchillo o arma de fuego, cuando la obliga a tener relaciones sexuales o cuando la muerde (Profamilia, 2005). En general el hombre no decide solo pero es mayor la frecuencia en que lo hace (más o menos 4,5%) cuando agrede a su esposa o compañera que cuando no la arremete (más o menos 2,8%), (Profamilia, 2005).

Gráfico 5.10.5 Proporción de mujeres que deciden o participan en la decisión de uso de métodos de planificación familiar según presencia y tipo de violencia conyugal. ENDS-2005



Con la ENDS-2005 se puede identificar mejor la causalidad entre la violencia intrafamiliar y los embarazos terminados por esta razón. Se dispone de la pregunta ¿alguna de las pérdidas de embarazo se debió a violencia de la pareja, de la familia o de otra persona? Se observa, que si no han sufrido ese tipo específico de violencia, solo entre dos o tres por ciento de estas pérdidas se declara asociad con violencia del esposo, pero cuando sí han sido víctimas de un tipo de violencia específico entre 12 y 14% de las pérdidas se declaran causadas por la violencia del cónyuge.

Gráfico 5.10.6 Proporción de mujeres que declaran haber tenido la terminación de un embarazo como consecuencia de violencia intrafamiliar según tipo de violencia conyugal. ENDS-2005



Fuente: Cálculos propios ENDS 2005

6. CAMBIOS ESTRUCTURALES EN LA POBLACIÓN

6.1. Cambios en la estructura por edad de la población

La globalización y las reformas neoliberales son factores que han sido ampliamente discutidos como influyentes del desarrollo económico latinoamericano, así como del bajo crecimiento económico y la alta concentración del ingreso observados. Por el contrario, solo recientemente la demografía ha empezado nuevamente a recibir atención en la región como un factor estructural con gran influencia sobre el desarrollo económico (BID, 2000).

Durante los años cincuenta y sesenta, periodo de explosión demográfica, el crecimiento de la población era la variable demográfica importante para el desarrollo económico, por lo cual el énfasis de las implicaciones de política giraba alrededor del control de la natalidad. Hoy día, más que el crecimiento de la población, la variable

demográfica importante es la distribución por edades de la población, y el énfasis de las implicaciones de política gira alrededor de los requerimientos económicos para la prestación adecuada de los servicios sociales.

El desarrollo socioeconómico y el crecimiento de la población son dos variables que se influyen mutuamente. El desarrollo socioeconómico afecta la natalidad, la mortalidad y la migración y por ende el crecimiento poblacional. A su vez, el crecimiento de la población afecta el desarrollo socioeconómico. Aquí nos centraremos en esta última relación.

El crecimiento de la población afecta el crecimiento socioeconómico a través de tres factores: el tamaño de la población, su tasa de crecimiento y su distribución por edades. El tamaño de la población afecta directamente el ingreso per cápita, uno de los indicadores del nivel de desarrollo económico de un país o región. El tamaño de la población ha sido objeto de preocupaciones desde Malthus, quien sostenía que el tamaño de la población se vería en última instancia limitado por el hambre. Sin embargo, esta preocupación no ha demostrado tener fundamento lo suficientemente fuerte. La población mundial se ha incrementado pero los ingresos promedio han aumentado aún más y los recursos naturales no se han agotado (BID, 2000). Aunque sigue habiendo una preocupación mundial por la forma en que se utilizan los recursos, todavía subsisten controversias acerca del efecto malthusiano del tamaño de la población sobre el desarrollo socioeconómico.

El crecimiento de la población es importante ya que una mayor tasa de crecimiento poblacional implica un mayor nivel requerido de inversión para lograr un producto per cápita dado, dados unos niveles de cambio tecnológico. Cuando la población crece más rápido que la capacidad del gobierno de prestar servicios públicos y con mayor rapidez que el progreso tecnológico requerido para hacer un mejor uso de los recursos disponibles, la tasa de crecimiento poblacional se convierte en una amenaza (BID, 2000).

La distribución por edades de la población interactúa con las características sociales y económicas generando un impacto importante en el nivel de desarrollo socioeconómico y humano del país. La forma de distribución por edades implica una determinada tasa de dependencia económica, capacidad de ahorro, incorporación a la fuerza laboral y demandas económicas y de servicios sociales, que en últimas determinan el nivel de desarrollo económico, social y humano del país.

En primer lugar, el ingreso per cápita de un país depende no solo del tamaño absoluto de la población sino de su distribución por edades por tres razones fundamentales:

1 La distribución por edades determina la proporción de las personas en edad de trabajar frente a los grupos que económicamente debe sostener, es decir, la tasa de dependencia económica.

2 La productividad de los trabajadores cambia con la edad (en forma de U invertida: es alta en las edades intermedias y baja en las edades extremas). Por lo tanto, una distribución por edades joven, adulta o envejecida tiene implicaciones sobre el ingreso per cápita. Una distribución por edades muy joven o muy envejecida implica una menor productividad laboral que una distribución por edades centrada en las edades adultas.

3 La capacidad de ahorro de los trabajadores cambia con la edad (en forma de U invertida: es alta en las edades más productivas y baja en las edades extremas). Una distribución de edades adulta tiene mayor capacidad de ahorro que una distribución de edades muy joven o de una envejecida.

En segundo lugar, la estructura de edades determina el gasto social. Una estructura por edad muy joven tiene una baja capacidad para generar recursos pero una alta necesidad de servicios sociales (educación, salud, vivienda). Igualmente, una estructura por edad envejecida requiere apoyo financiero e inversiones en atención para la población jubilada, mientras que este grupo poblacional ya no puede aportar a la generación de recursos. Así, las necesidades de gasto social y la capacidad de ahorro y de generación de recursos de un país dependen fundamentalmente de la distribución por edades.

Obviamente el crecimiento poblacional y su distribución por edades están altamente relacionados. La distribución por edades de un país es el resultado de la evolución de sus tasas de natalidad, mortalidad, y migración, las cuales a su vez estuvieron determinadas por las condiciones sociales, económicas y culturales prevalecientes en el pasado.

6.1.1. La estructura por edad según diferentes fuentes

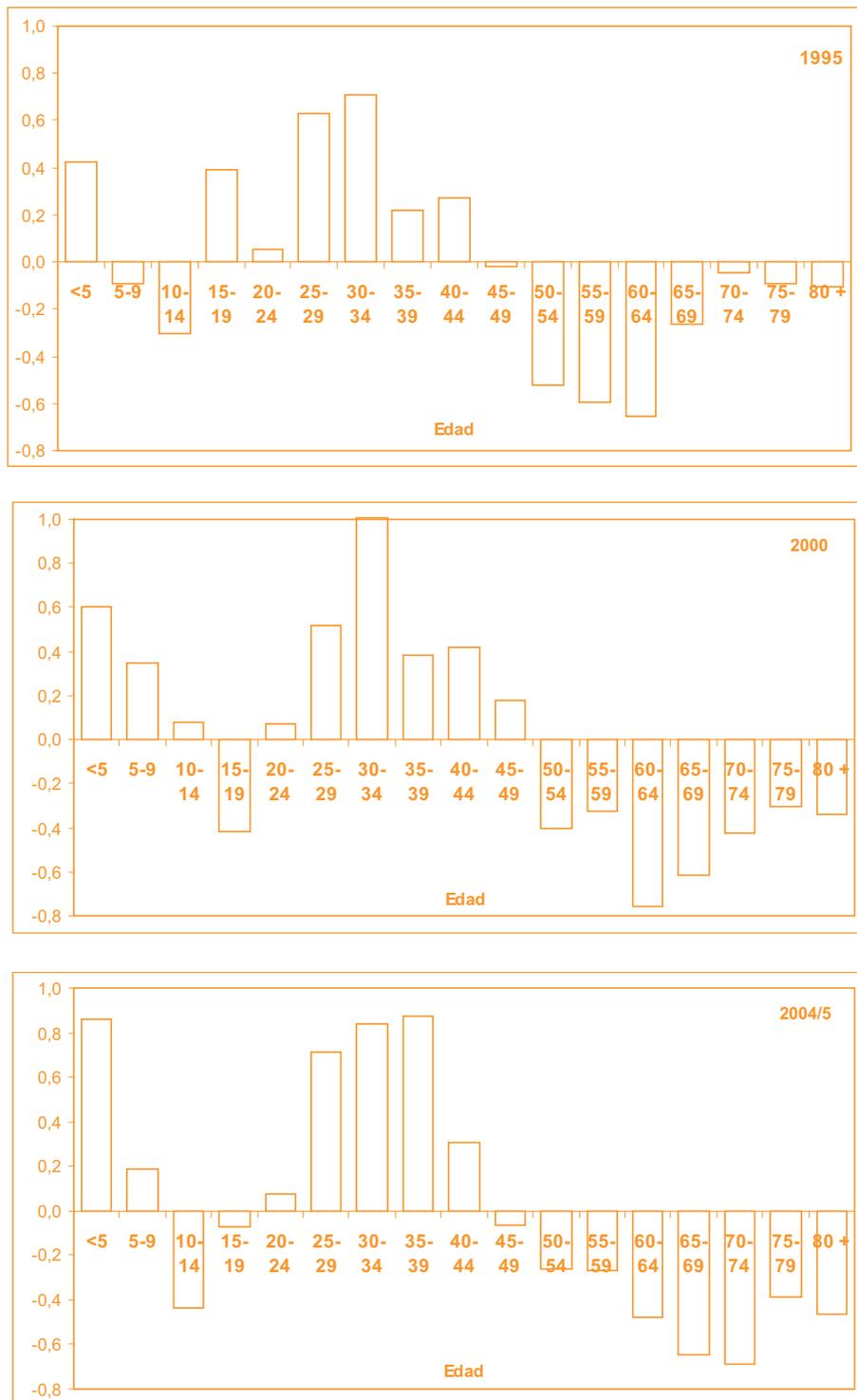
Los censos de población constituyen la principal fuente de información para determinar el volumen y la tasa de crecimiento de la población de un país, más aún cuando la población está afectada por la migración. En el caso colombiano, el último censo de población disponible es el de 1993. La información con la que actualmente se trabaja es la proveniente de las proyecciones de población realizadas por el DANE con base en los censos de población. Sin embargo, estas proyecciones de población podrían considerarse no realistas dados los cambios que ha sufrido el país desde el último censo de población. De una parte, los desplazamientos registrados por violencia en el país, al igual que la dinámica implícita en los procesos de transición demográfica que viven las diferentes regiones, generan unos volúmenes y una

distribución espacial diferente a la proyectada. De otra parte, las condiciones de violencia afectan la mortalidad y la expectativa de vida, especialmente la de los hombres. Este hecho lleva a la necesidad de revisar las tablas de vida y la expectativa de vida en las que se basan las proyecciones de población.

Las encuestas especializadas, en particular, la Encuesta de Demografía y Salud, realizada por Profamilia en 1995, 2000, y 2005, no permiten obtener estimativos de volumen y tasas de crecimiento de la población pero si permiten obtener estimaciones de la distribución por edades. Dadas estas condiciones, en este documento no se analizarán el volumen y las tasas de crecimiento poblacional, sino que el análisis se centrará en la distribución por edades con las implicaciones que conlleva para el crecimiento socioeconómico.

El Gráfico 6.1.1 muestra la diferencia en la distribución por edades de las proyecciones del DANE respecto a la obtenida en las DHS de 1995, 2000 y 2005. Claramente, las proyecciones de población del DANE tienen una estructura por edad más joven, en particular con una mayor concentración de población en las edades económicamente productivas (Cuadro 6.1.1), mientras que la distribución por edad observada en cada una de las tres encuestas DHS es de una población más vieja. Estas diferencias se acentúan con el tiempo (Gráfico 6.1.2). Así, por ejemplo, en el 2005, la DHS-05 indica que el 7.2% de la población es mayor de 64 años, mientras que esta cifra es menor al 5% en las proyecciones de población del DANE (Cuadro 6.1.1). Igualmente, las diferencias en la distribución por edad implican comportamientos muy diferentes en la tendencia en los índices poblacionales. Así, mientras la tasa de dependencia disminuye bajo la distribución de edades del DANE, aumenta bajo la distribución de edades estimada a partir de las DHS (Gráfico 6.1.2).

Gráfico 6.1.1: Diferencia en la distribución por edad entre DNP_DANE y las DHS. 1995-2000



Cuadro 6.1.1: Distribución por grupos de edad e índices de población según fuente de datos. 1995-2005

Grupo de edad	DHS			DANE-DNP		
	1995	2000	2005	1995	2000	2004
0-14	34,4	31,8	30,7	34,4	32,7	31,3
15-64	60,6	61,9	62,1	61,1	62,6	63,8
65+	5,0	6,4	7,2	4,5	4,7	4,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Índices						
Dependencia	0,65	0,62	0,61	0,64	0,60	0,57
Dependencia ajustada	0,90	0,93	0,96	0,86	0,82	0,80
Vejez	0,15	0,20	0,23	0,13	0,14	0,16
Juvenil	0,52	0,47	0,44	0,53	0,49	0,46

Índice de dependencia= (Población 0-14 + Población mayor de 64 años) / Población 15-64 años

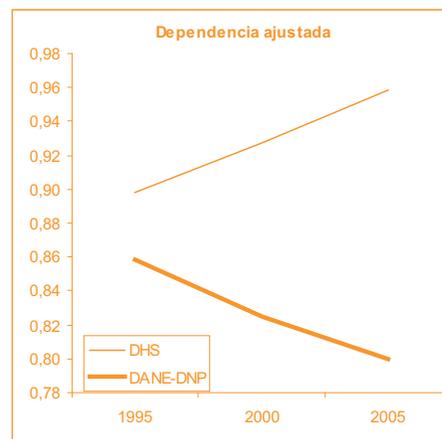
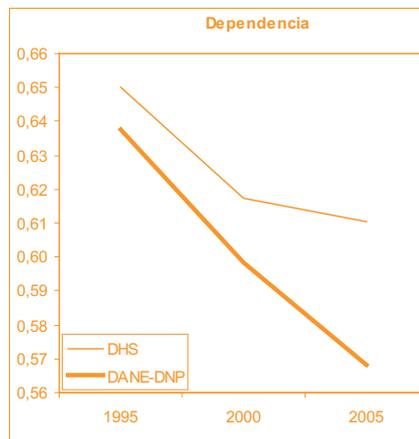
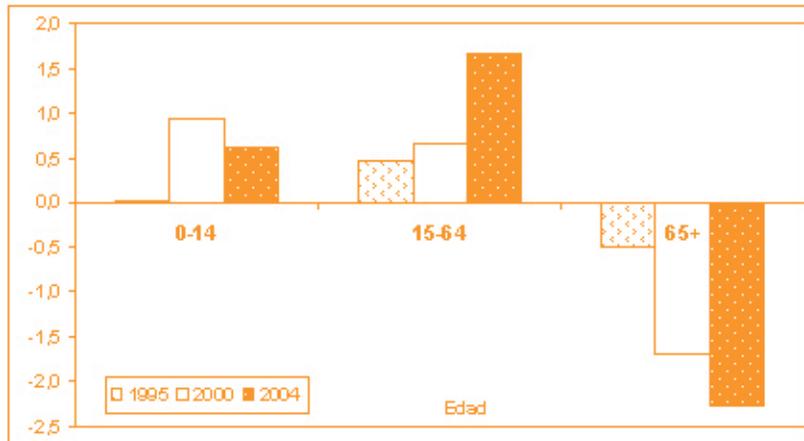
Índice de dependencia ajustada= (Población 0-14 + (Población 65+ años)*4) / Población 15-64 años

Índice de Vejez = Población 65+ años / Población 0-14 años

Índice Juvenil = Población 0-14 años / Población de 15 años y más

Fuente: DHS-95, DHS-00, DHS-05; DANE: Proyecciones de población.

Gráfico 6.1.2: Diferencias en la distribución por grandes grupos de edad e índices poblacionales entre el DNP-DANE y las DHS 1995-2005



Las diferencias observadas, persistentes en los tres años, podrían deberse a una subestimación de la mortalidad en las edades adultas jóvenes en las proyecciones de población, lo cual genera una mayor sobrevivencia en estas edades y una población más adulta y menos vieja.

Dada la consistencia en la distribución por edades observada en las tres encuestas DHS, en este documento se partirá de la distribución por edades allí obtenida. Aunque ninguna de las encuestas DHS incluye módulos sobre el consumo o el ingreso de los hogares, todas contienen preguntas sobre condiciones de la vivienda (acceso a servicios básicos [agua, alcantarillado], materiales de los pisos, hacinamiento), y sobre posesión de bienes en el hogar [carro, motocicleta, televisor, licuadora, nevera, radio, tractor (rural), etc.], que permiten aproximar las condiciones económicas del hogar. Con esta información, se construye un índice de activos como aproximación al nivel de riqueza del hogar.

6.1.2. La estructura por edad

La transición demográfica se hace evidente en un envejecimiento de la población: una pirámide poblacional más estrecha en la base y más amplia en las edades intermedias y edades mayores, lo cual se traduce en una mayor edad promedio de la población. Este proceso se refleja en los cambios observados en la distribución por edades entre 1995 y 2005 (Gráfico 6.1.3). A pesar de que es un periodo de solo 10 años, la estructura por edad alcanza a reflejar un estrechamiento de la base, con un leve aumento en la edad promedio de la población (de 27,8 a 28,1 años), consecuencia principalmente del continuo descenso de la fecundidad, aunque también es de esperarse un efecto del aumento de la emigración internacional.

De una parte, las DHS indican que la tasa total de fecundidad bajó de 3 hijos por mujer en 1995 a 2.4 en el 2005. Es decir, el proceso de transición de la fecundidad continúa en el país, reforzando el envejecimiento de la población.

De otra parte, estudios disponibles indican un aumento en la ola emigratoria del país, aumento que se inicia a partir de mediados de los años noventa y continúa hasta el presente (Gamarra, 2003; Guarnizo, 2003). Esta ola de emigrantes colombianos de creciente tamaño numérico, se caracteriza por su heterogeneidad social y regional, y ante todo, por la pluralidad de destinos (Guarnizo, 2003). Está conformada en alta proporción por personas adultas con un nivel de escolaridad más alto que la media nacional. El efecto de la emigración de colombianos puede evidenciarse también en la relación de sexos por edad. El Gráfico 6.1.4 muestra, para 1995, 2000 y 2005, un descenso muy marcado en la relación hombres/mujer entre los 15 años y los 40 años, lo cual podría relacionarse con el creciente flujo emigratorio de individuos adultos jóvenes calificados en busca de mejores oportunidades económicas en el exterior.

Gráfico 6.1.3: Distribución de la población por edad, sexo y zona. 1995-2005

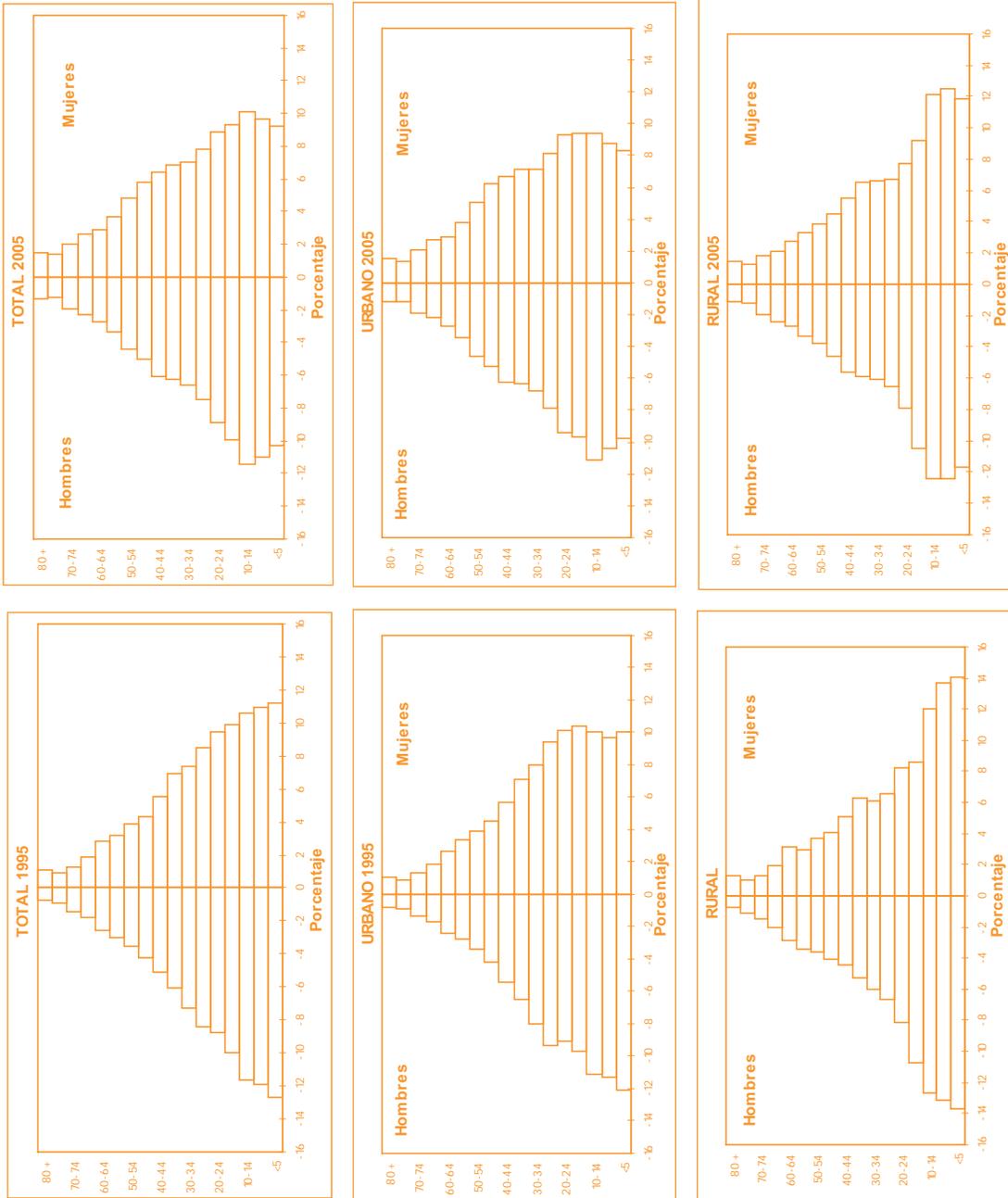
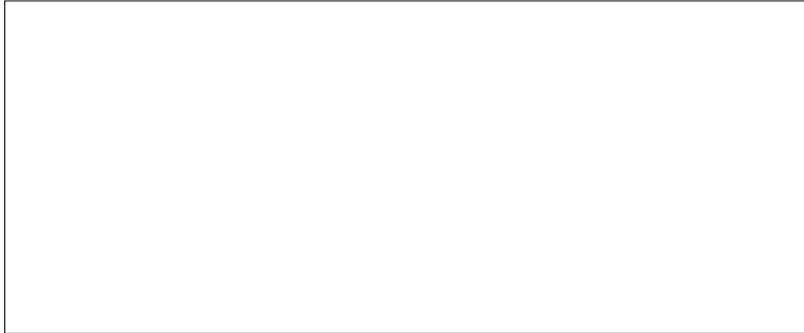


Gráfico 6.1.4: Relación de sexos por grupos de edad y zona. 1995-2005



6.1.3. Inequidades geográficas

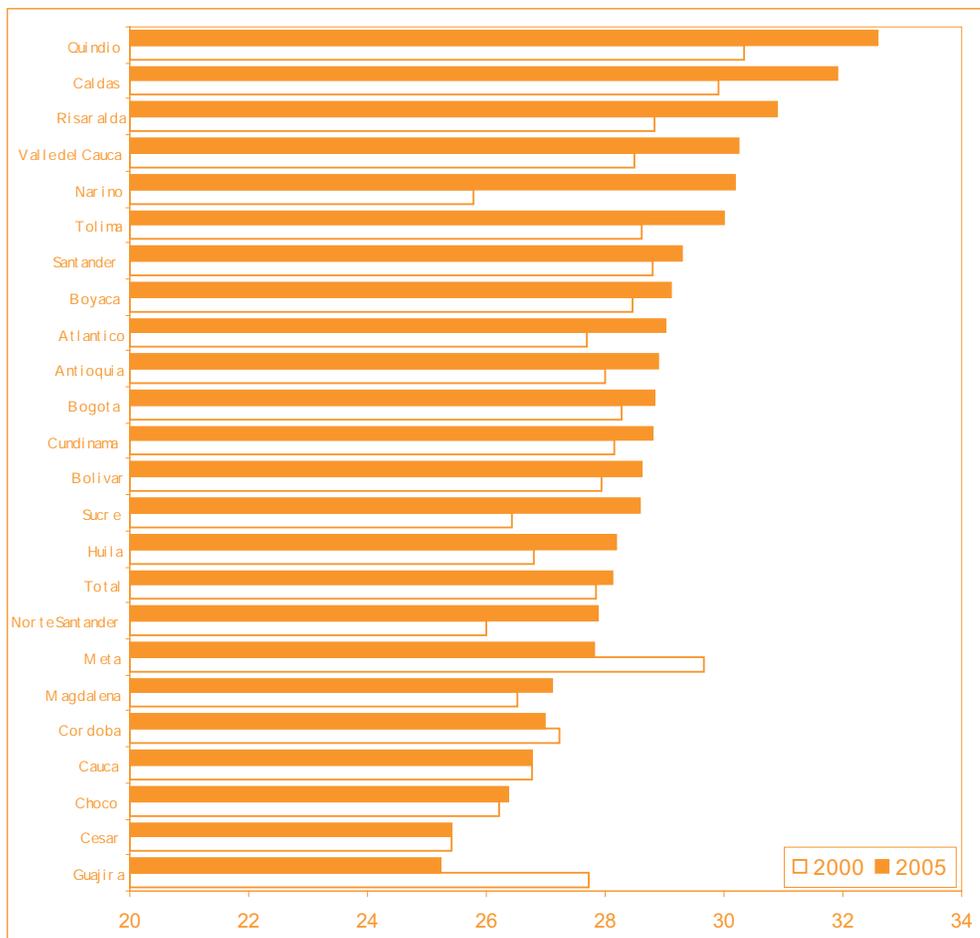
El envejecimiento de la población es más pronunciado en las zonas urbanas que en las rurales: la estructura por edad de la población rural muestra una base más amplia que aquella de la población urbana (Gráfico 6.1.3). En las zonas urbanas, en el 2005, la población menor de 15 años representaba el 28.7% del total de la población, mientras que en las zonas rurales llegaba al 36.4% (Cuadro 6.1.2). Este diferencial es producto de dos factores: una mayor fecundidad en las zonas rurales que en las urbanas, y una migración rural urbana asociada al proceso de desplazamiento por violencia, la cual ha sido principalmente de población en las edades económicamente productivas como también de familias completas. Estudios demuestran que la intensificación del conflicto armado en el país ha llevado a que la población rural se desplace a las zonas urbanas (Ibañez and Vélez 2003). La relación de sexos por grupos de edad permite evidenciar el efecto de la migración rural urbana sobre la población por zona (Gráfico 6.1.4): en las zonas urbanas, la relación hombres/mujer es alta en los primeros grupos de edad y luego cae bruscamente a partir de los 15 años como consecuencia de la inmigración del campo de mujeres con hijos pequeños; en las zonas rurales, la relación hombres/mujer es muy baja en los primeros grupos de edad, mientras que cae y vuelve a aumentar en las edades adultas (por encima de los 40 años), consecuencia de la emigración de mujeres con niños a la ciudad. La evidencia indica que las mujeres y los niños representan el 49% de la población desplazada (RSS, 2002).

Algo que llama la atención es la diferencia en la relación hombre/mujer entre zona urbana y rural en los dos primeros grupos de edad: en las zonas urbanas la relación es alrededor de 2 hombres/mujer, mientras que en las zonas rurales es cercana a 1. Este hecho es persistente en las tres encuestas DHS, indicando un fenómeno de sobre representación de los niños varones en las zonas urbanas, sin explicación evidente.

Al igual que por zona, la distribución por edades de la población es altamente heterogénea cuando se consideran los departamentos. La edad media de la población, medida resumen de la distribución por edades, varía entre 32.5 años en el departamento del Quindío y 25 años en la Guajira y Cesar, estos últimos departamentos con la población más joven del país (Gráfico 6.1.5). Por subregiones, el Antiguo Caldas muestra la edad promedio más alta, cercana a 32 años, mientras que los antiguos territorios nacionales y el litoral Pacífico son las subregiones con las poblaciones más jóvenes: edad promedio de 25 años. Así, hay una diferencia de 8 años entre la edad promedio de las regiones más jóvenes y las más envejecidas (Cuadro 6.1.2). Como se ha mencionado, la estructura por edad de la población es

una expresión de nivel de fecundidad y de la importancia de la migración. Como el Cuadro 6.1.2 lo muestra, las regiones más adultas son las que tienen menor relación hombres/mujer, lo cual estaría relacionado con una inmigración mayor de mujeres que de hombres. El Gráfico 6.1.6 evidencia la gran heterogeneidad en la relación de sexos por departamentos, producto de procesos relacionados con la migración interna (voluntaria) y el desplazamiento por violencia. Así, Bogotá, uno de los centros de recepción de los desplazamientos por violencia, muestra una de las relaciones de sexo más bajas del país, consecuencia de las características demográficas de la población desplazada (mujeres con hijos principalmente).

Gráfico 6.1.5: Edad media de la población por departamento. 2000 y 2005

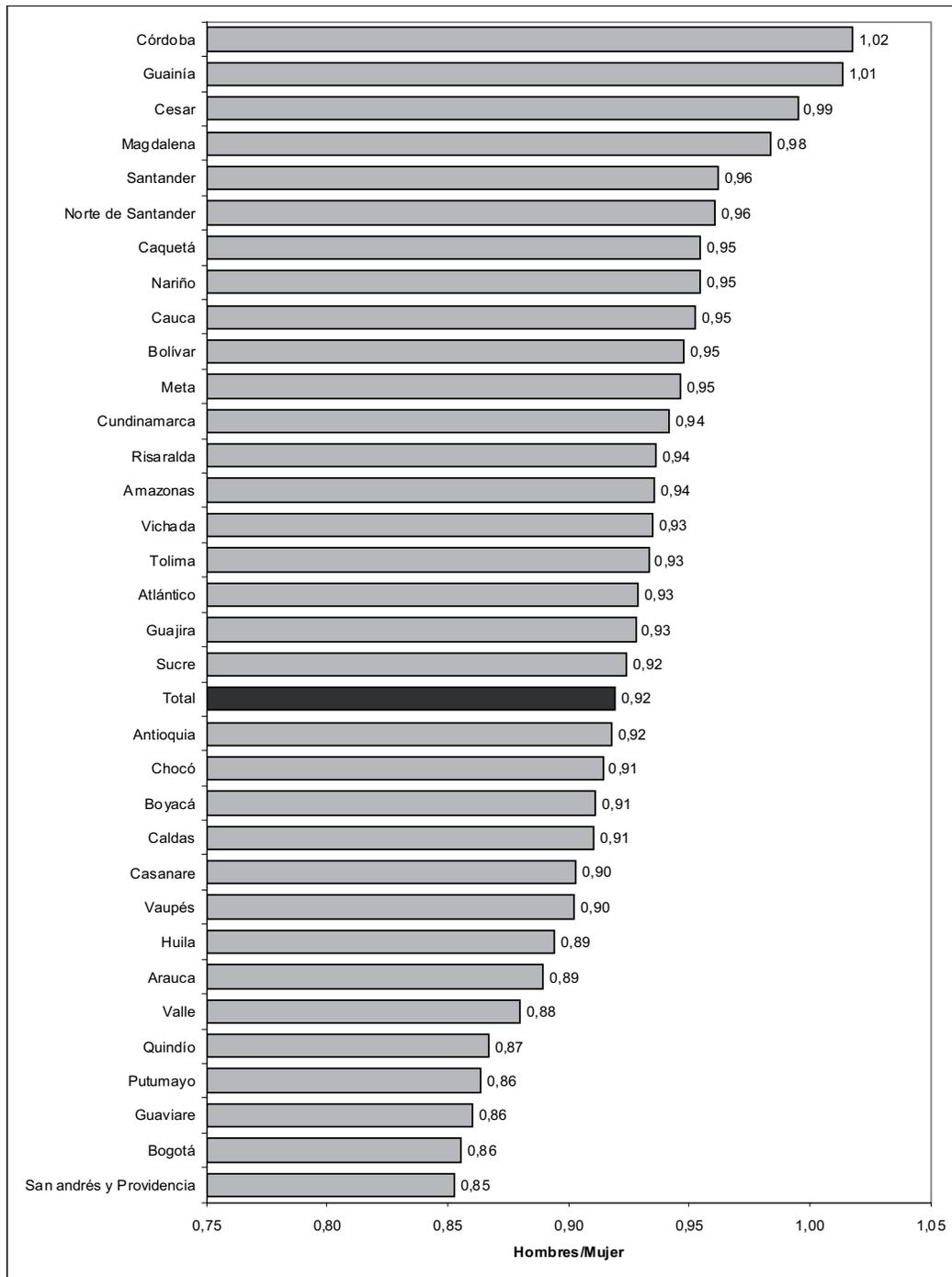


Cuadro 6.1.2: Edad promedio y relación de sexos por subregión. 2000 y 2005

Subregion	2000		2005	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Antiguo Caldas	29,7	26	31,8	29
Medellin	29,3	27	31,2	28
Valle del Cauca	28,6	25	30,5	27
Cali	29,0	25	30,2	27
Cauca, Nariño	26,9	23	29,8	26
Atlantico, Cartagena	27,7	24	29,2	26
Barranquilla			28,9	25
Bogotá D.C.	28,3	25	28,8	25
Boyaca, Cundinamarca, Meta	28,4	24	28,6	24
Santander, Norte de Santander	27,7	23	28,6	24
Total	27,8		28,1	
Tolima, Huila, Caquetá	27,7	22	27,9	23
Bolivar, Sucre , Córdoba	27,2	22	27,7	23
Antioquia	25,9	21	26,7	22
Guajira, Cesar, Magdalena	26,3	22	25,9	22
Litoral Pacifico	24,2	19	25,5	19
Orinoquía			25,5	22

Fuente: DHS-2000, 2005. Cálculos propios

Gráfico 6.1.6: Relación de sexos por departamento. 2005



Fuente: DHS 2005

Como era de esperarse, la distribución de edades de la población por nivel de urbanización refleja unas transiciones demográficas más avanzadas en las zonas más urbanizadas, y un rezago importante en las zonas rurales (Gráfico 6.1.7). Las zonas más rurales presentan una distribución por edades con una base piramidal mucho más amplia, consecuencia de mayores niveles de fecundidad y al mismo tiempo de una emigración selectiva de población en edades económicamente productivas y de mujeres (Gráfico 6.1.7). La relación hombres/mujer disminuye a medida que el nivel de urbanización aumenta, evidenciando la selectividad de la mujer en la migración rural-urbana (Gráfico 6.1.8).

Gráfico 6.1.7: Distribución de la población por edad, sexo y nivel de urbanización. 2005

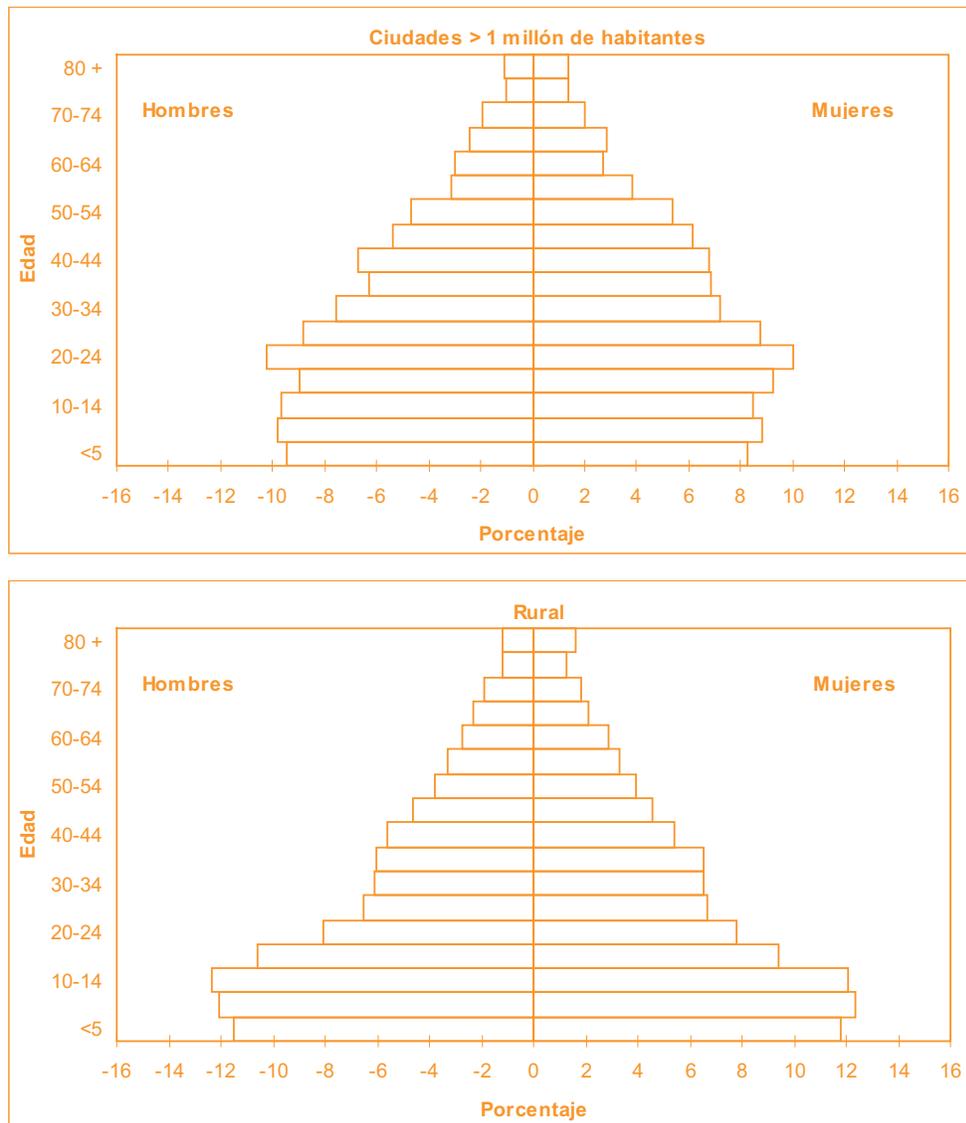
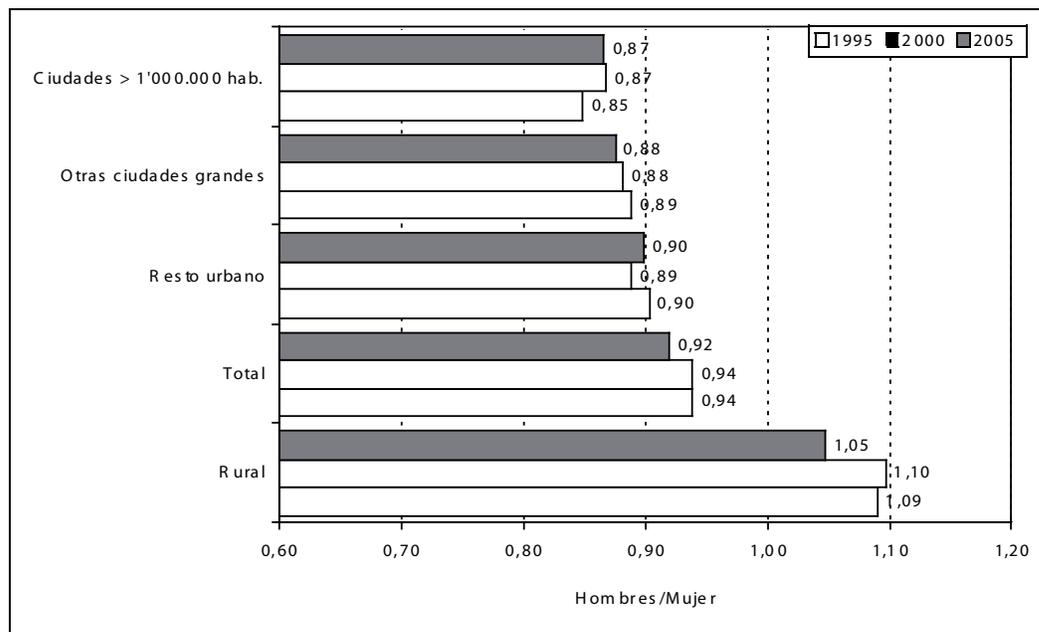


Gráfico 6.1.8: Relación de sexos por nivel de urbanización. 1995-2000 y 2005



Fuente: DHS -95, DHS-00, DHS-05.

6.1.4. Inequidades socioeconómicas

Al igual que por región, existen grandes diferencias en la distribución por edades de la población según nivel socioeconómico. Los grupos de mayor nivel de riqueza tienen una distribución de edades más envejecida, producto de menores niveles de fecundidad y de un proceso de transición demográfica que inició primero y que se encuentra más avanzado. Por el contrario, los grupos de menor nivel de riqueza tienen estructuras de edad más amplias en la base, con eslabones marcados entre los 15 y los 45 años, producto probablemente de una mayor influencia de la mortalidad por violencia (Gráfico 6.1.9). Las diferencias en la estructura por edad se reflejan en la relación hombres/mujer. El Gráfico 6.1.10 muestra que la relación hombre/mujer es mucho mayor en los grupos de menor nivel socioeconómico que en los grupos de mayor riqueza, indicando una mayor presencia niños en los estratos bajos, en donde todavía no se refleja el efecto de la migración ni de la mortalidad selectiva por sexo. En los estratos altos, la estructura por edad más adulta y envejecida conlleva una menor relación hombre/mujer consecuencia del efecto combinado de la migración en edades económicamente productivas y de una mortalidad desfavorable a los hombres.

Gráfico 6.1.9: Distribución de la población por edad, sexo y quintil de riqueza. 2005

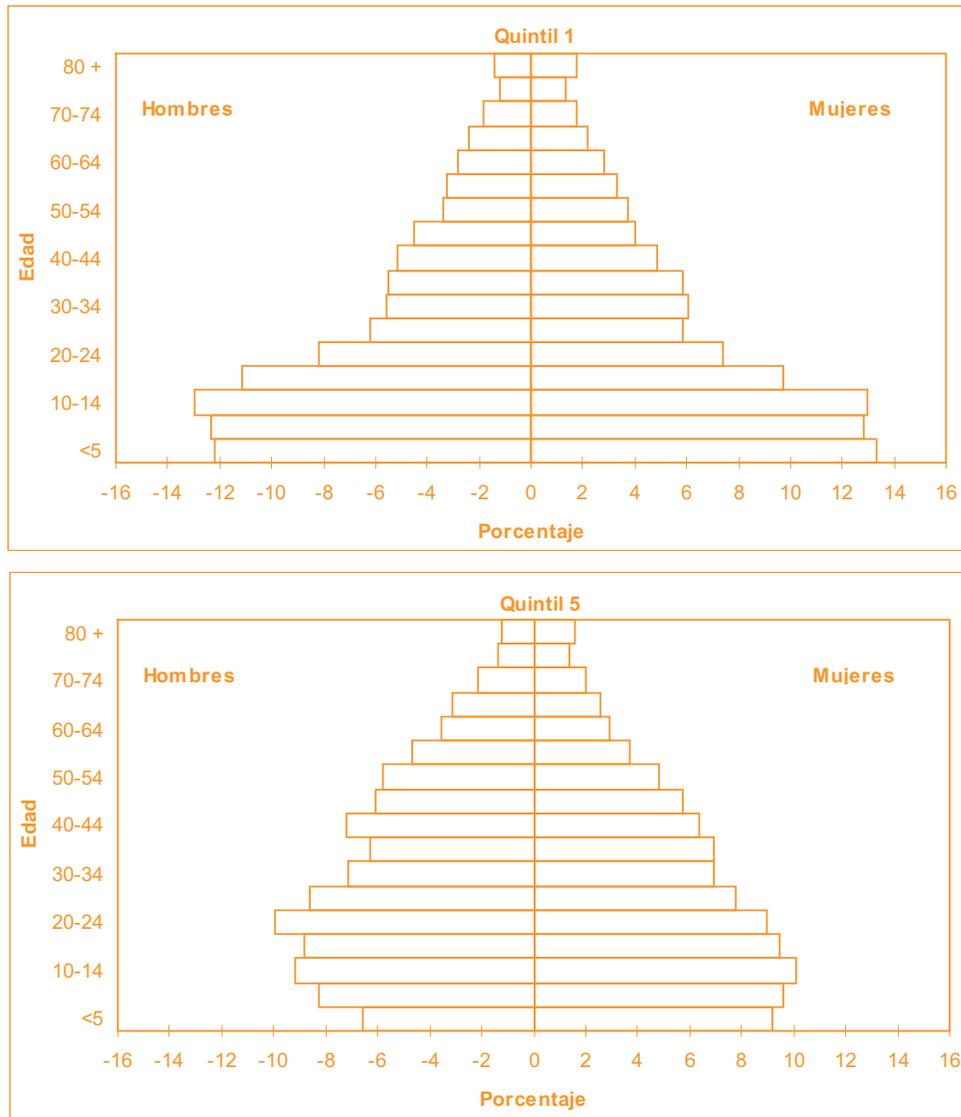
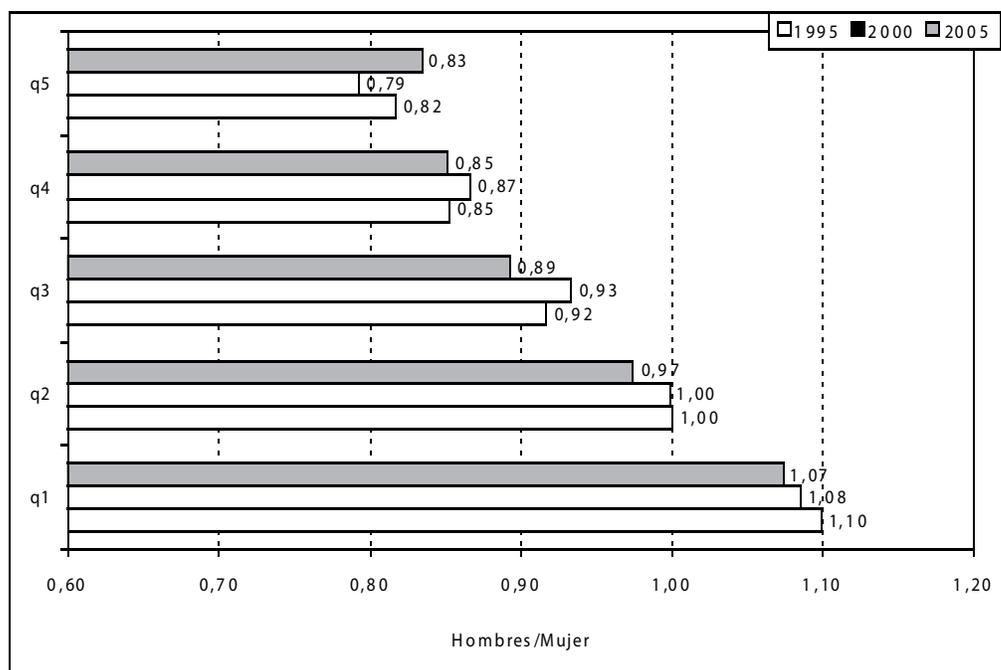


Gráfico 6.1.10: Relación de sexos por quintil de riqueza. 1995, 2000 y 2005



Fuente: DHS 1995, 2000 y 2005

6.1.5. La oportunidad demográfica

Los cambios demográficos tienen implicaciones directas sobre la carga económica que soportan unos grupos de edad frente a otros. El índice de dependencia mide la relación entre la población potencialmente económicamente inactiva (menores de 15 y mayores de 64 años), y la población trabajadora (individuos entre 15-64 años). Con el fin de considerar el mayor gasto social de la población en la tercera edad, se requiere ajustar este índice de dependencia. Se dice que un país tiene una oportunidad demográfica cuando los índices de dependencia, total y ajustados, alcanzan niveles bajos, debido a que los grupos jóvenes y los ancianos representan menores proporciones frente a la población económicamente productiva. Esta situación genera grandes oportunidades para realizar inversiones sociales, mejorar el ahorro, el crecimiento y la educación.

En el caso colombiano, el índice de dependencia ha estado disminuyendo en los últimos diez años, lo cual muestra que, aunque la población mayor en el país ha venido aumentando, existe un rezago significativo entre éste grupo poblacional y la población económicamente activa (Cuadro 6.1.3, Gráfico 6.1.11). Aún si consideramos la tasa de dependencia ajustada, ésta se encuentra alrededor de

0,9 y 1,1, valores relativamente bajos que indican que aún se está en la etapa de aprovechar la ventana de oportunidad demográfica, una oportunidad que genera el cambio demográfico, pues la proporción de la población de dependientes es menor que la población productiva, es decir que la base tributaria potencial para financiar inversiones en capital humano, como por ejemplo proyectos educativos y de salud, es superior a la demanda que se está presentando por estas inversiones (BID, 2001).

Cuadro 6.1.3: Distribución por grandes grupos de edad e índices de población por sexo y zona. 2005

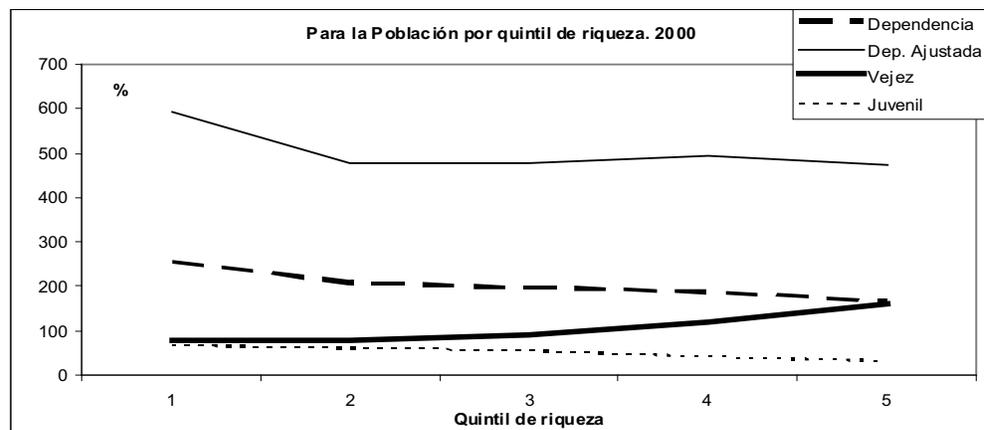
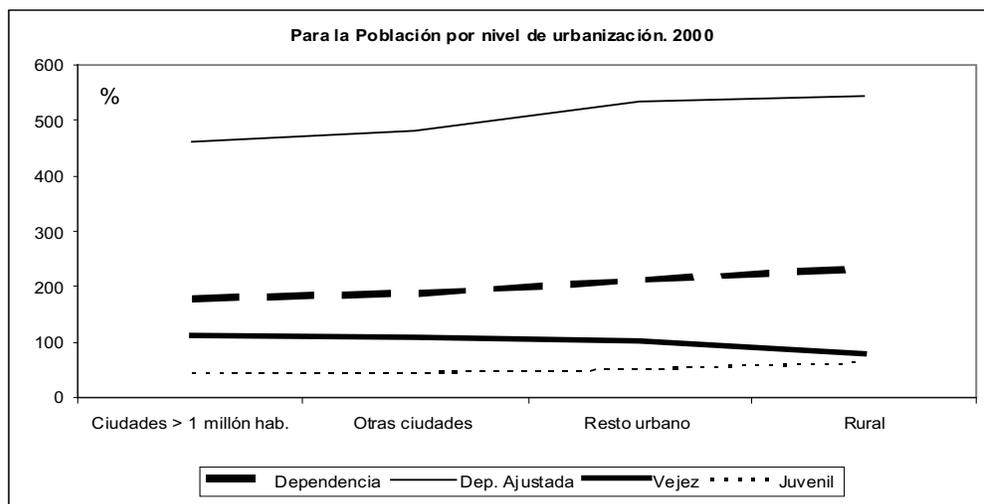
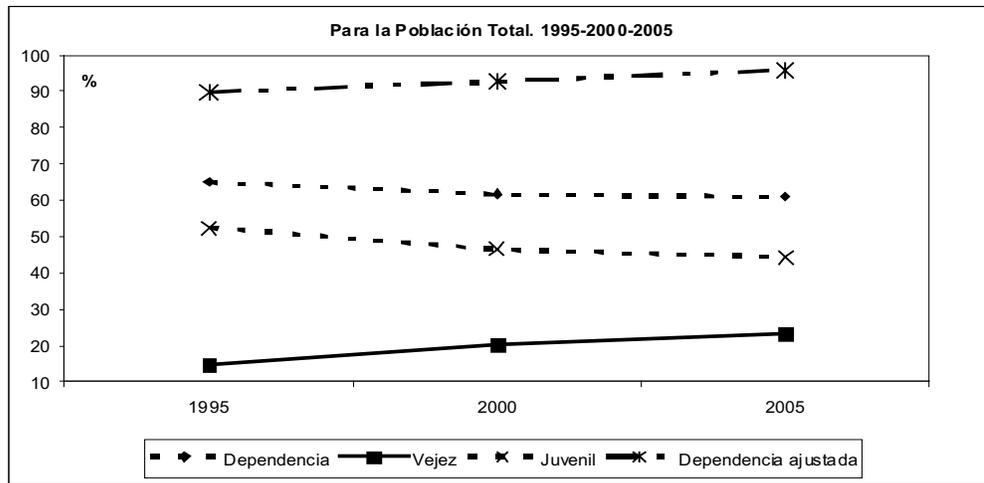
Grupo de edad	Total			Zona Urbana			Zona Rural		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-14	32,7	29,0	30,7	31,3	26,5	28,7	36,5	36,5	36,4
15-64	60,6	63,5	62,1	62,2	65,7	63,9	56,9	56,7	56,9
65+	6,7	7,5	7,2	6,5	7,8	7,4	6,6	6,8	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Índices									
Dependencia	65,0	57,5	61,0	60,8	52,2	56,5	75,7	76,4	75,7
Dep. Ajustada	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	1,1	1,1	1,0
Vejez	20,5	25,9	23,5	20,8	29,4	25,8	18,1	18,6	18,4
Juvenil	48,6	40,8	44,3	45,6	36,1	40,3	57,5	57,5	57,2

Fuente: DHS-2005

Por zona de residencia, las implicaciones de la distribución por edades son marcadas. La población más envejecida en las zonas urbanas se refleja en los índices poblacionales asociados: mientras la tasa de dependencia es de 56% en la zona urbana, llega al 76% en la rural (Cuadro 6.1.3). Esto implica mayores esfuerzos en la zona rural que en la urbana para sostener la población económicamente inactiva.

Por nivel de urbanización, las zonas más urbanizadas tienen una menor tasa de dependencia, a pesar de que tienen mayor proporción de población en la tercera edad, debido a una menor importancia de la población menor de 15 años (Cuadro 6.1.4, Gráfico 6.1.11). Esto implica que la oportunidad demográfica es mayor en las zonas más urbanizadas, debido al menor peso de los grupos jóvenes. Sin embargo, las regiones más atrasadas, menos urbanizadas y más pobres, se enfrentarán más tarde a la oportunidad demográfica, cuando avancen más en el proceso de transición demográfica.

Gráfico 6.1.11: Índices de población



Cuadro 6.1.4: Distribución por edad e índices de población por quintil de riqueza y nivel de urbanización. 2005

Quintil	Grupos de edad			Índices (%)			
	0-14	15-64	65+	Dependencia	Dep. Ajustada	Vejez	Juvenil
1	37,7	55,0	7,3	81,9	121,8	19,4	60,5
2	35,9	58,9	5,2	69,8	96,1	14,4	56,1
3	33,7	61,7	4,7	62,2	84,9	13,9	50,7
4	28,2	65,7	6,2	52,3	80,4	21,9	39,2
5	19,4	72,1	8,5	38,8	74,3	43,9	24,1
q1/q5	1,9	0,8	0,9	2,1	1,6	0,4	2,5
Nivel de urbanización							
Ciudades > 1 millón habitantes	27,1	65,9	7,0	51,8	83,7	25,8	37,2
Otras ciudades	28,1	64,7	7,2	54,6	88,0	25,6	39,1
Resto urbano	31,2	61,3	7,5	63,0	99,6	24,0	45,3
Rural	36,0	57,2	6,7	74,7	110,0	18,7	56,4
Total	30,5	62,5	7,1	60,1	94,0	23,2	43,8

Índices

Índice de dependencia= (Población 0-14 + Población mayor de 64 años) / Población 15-64 años

Índice de dependencia ajustada= (Población 0-14 + (Población 65+ años)*4) / Población 15-64 años

Índice de Vejez = Población 65+ años / Población 0-14 años

Índice Juvenil = Población 0-14 años / Población de 15 años y más

Por nivel de riqueza, las implicaciones de las diferencias marcadas en la distribución de edades (población mucho más joven en los estratos pobres) son grandes diferencias en los índices poblacionales (Gráfico 6.1.11, Cuadro 6.1.4). El índice de dependencia disminuye a medida que aumenta el nivel de riqueza, aunque el índice de envejecimiento aumenta con el nivel de riqueza. Esto implica que a pesar de que los grupos más ricos son más viejos, la menor participación de los jóvenes no alcanza a compensar el aumento de la población de la tercera edad, generando beneficios para su capacidad de ahorro y sostenimiento económico. Por lo tanto, la oportunidad demográfica actual es mayor en los grupos de población de mayor nivel socioeconómico. Esto implica que el Estado debe hacer mayores esfuerzos por compensar esa inequidad socioeconómica y definir políticas sociales que lleven a los grupos más pobres a alcanzar su oportunidad demográfica en el menor tiempo posible.

6.1.6. La oportunidad demográfica y las políticas económicas y sociales

Los beneficios de la oportunidad demográfica no son automáticos. Solo se hacen efectivos cuando se aplican políticas que permitan convertir esa oportunidad en una mayor productividad, en mayor ahorro, en menor desempleo, y en general en mejores indicadores socioeconómicos y de desarrollo humano. Algunos de los principales aspectos de política se refieren a las condiciones del mercado laboral y a la educación y la salud, los cuales son determinantes directos de la productividad laboral.

Los cambios en la estructura por edad evidencian el momento crucial en el que el país se encuentra para aprovechar la oportunidad demográfica. Aunque actualmente la oportunidad demográfica es mayor en los grupos más favorecidos, en un tiempo cercano son los grupos más rezagados los que enfrentarán la oportunidad demográfica. El Estado debe definir las políticas sociales que permitan aprovechar al máximo esa oportunidad.

Entre las políticas sociales que permitirán aprovechar la oportunidad demográfica, estarían:

1 Educación: en las próximas décadas, las condiciones demográficas serán favorables para avanzar más rápido en materia educativa. En el periodo de oportunidad demográfica en que se encuentra el país, la proporción de personas dependientes con respecto a quienes son económicamente productivos (tasa de dependencia) se mantendrá baja, y esto implica mejores posibilidades sociales y familiares para elevar el nivel educativo de la población. Desde el punto de vista del Estado, se cuenta con una mayor proporción de población económicamente productiva que implica una mayor base de generación de ingresos fiscales, mientras que en términos relativos se reduce población que demanda educación y aún es pequeña, en términos relativos, la población jubilada. Uno de los desafíos que impone la oportunidad demográfica es lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos y privados que actualmente se destinan a educación con el fin de lograr en poco tiempo mayores coberturas y mayor calidad.

2 Salud: Los cambios en la estructura por edad afecta las necesidades de servicios de salud. Los grupos de población adulta joven, económicamente productivos, son grupos, que por las características epidemiológicas, tienen una menor demanda de atención y un mayor potencial de contribución al sistema de salud. Como la carga financiera de la atención de la salud recae sobre la población trabajadora, a medida que el coeficiente de dependencia disminuye, el sistema de salud se beneficia de una mayor base tributaria y una menor demanda de servicios. Sin embargo, a medida que se avanza en el proceso de transición demográfica, se envejece la población aún más, y aumentarán la demanda de servicios de salud al mismo tiempo que disminuirá la base tributaria. Al mismo tiempo, con el envejecimiento de la población aumentarán los costos de atención en salud (un nuevo patrón epidemiológico con mayores costos de atención). Uno de los desafíos que impone la oportunidad demográfica es aumentar la eficiencia del gasto en atención en salud con el fin de anticiparse a los aumentos esperados en el costo de atención.

3 Pensiones: La tendencia hacia el envejecimiento de la población es motivo suficiente para tomar en consideración políticas de largo plazo. La creciente proporción de población en la tercera edad aumentará las dificultades financieras

que actualmente enfrenta el sistema de pensiones del país. Durante el periodo de oportunidad demográfica, con el mayor peso del grupo de población en edad económicamente productiva, será posible generar ahorros para lo cual es necesario ofrecer alternativas de ahorro de largo plazo, base financiera del pago de sus pensiones en el largo plazo. El Estado debe reforzar la regulación y vigilancia del funcionamiento del sistema pensional para proteger los ahorros de los trabajadores (sistema de vigilancia), al mismo tiempo que debe promover y facilitar el desarrollo del mercado de capitales para que los fondos acumulados de los trabajadores encuentren inversiones productivas, sostenibles en el largo plazo (BID, 2000). Sin embargo, dada las condiciones de pobreza y de baja cobertura del sistema pensional del país, es un reto para el Estado el garantizar la protección social de los trabajadores de bajo nivel económico cuando lleguen a su edad de jubilación.

4 Mercado laboral: Los cambios en la estructura de edades determinan el comportamiento del índice de dependencia, el cual determina el periodo de oportunidad demográfica. Sin embargo, dependiendo de la situación del mercado laboral, los cambios en la estructura de edades pueden estimular o limitar el mejoramiento del nivel de vida de la población. En ausencia de una adecuada inversión en capital físico, parte de los trabajadores potencialmente productivos no encontrará empleo o encontrará empleos de baja productividad y bajos ingresos, aumentando los niveles de pobreza del país. El desafío que enfrenta el Estado es la creación de nuevos empleos productivos, es generar un marco reglamentario del mercado laboral que proteja efectivamente a una mayor fracción de la fuerza laboral sin obstaculizar la generación de nuevos empleos en sectores altamente productivos.

6.2. Cambios en la estructura de las familias

Las diferentes modalidades de organización de las familias en Colombia han sido estudiadas principalmente desde el punto de vista sociológico y antropológico (Rubiano y Wartenberg, 1991; Flórez y Méndez, 1994; Wartenberg, 1999), y más recientemente desde el punto de vista económico (Serrano, 2003; DNP, 2002). El primer conjunto de estudios, los sociológicos y antropológicos, tratan de analizar la estructura de los hogares como base de la organización social. El segundo conjunto de estudios, los económicos, tratan de entender los determinantes de la conducta de los diferentes miembros de la unidad familiar, como también los procesos a través de los cuales la familia decide.

En esta sección, siguiendo el enfoque sociológico, se miran los cambios ocurridos, durante los últimos 25 años, en la organización de los hogares en el marco de las condiciones de violencia que ha venido viviendo el país, con el fin de identificar si existe alguna relación entre organización familiar e intensidad del conflicto armado,

que pueda tomarse en cuenta en el diseño de políticas sociales sobre familia.

La “familia” está constituida por “el conjunto de personas entre las que median lazos cercanos de sangre, afinidad o adopción, independientemente de su cercanía física o geográfica y de su cercanía afectiva o emocional” (Rubiano y Wartenberg, 1991). El no requerimiento de cercanía física o geográfica hace que la familia sea estadísticamente invisible. Por lo tanto, es necesario aproximarnos a ella a través del hogar. Aunque familia y hogar están estrechamente relacionados, los miembros de un hogar pueden no constituir una familia. Es el caso de los hogares no familiares. Este tipo de hogar es aquel constituido por una o más personas en las que no existe un núcleo familiar primario. Puede estar formado por personas emparentadas entre sí (hermanos, primos, etc.), y/o por personas sin vínculos de parentesco (amigos). Los hogares no familiares pueden ser unipersonales o múltiples.

Los hogares familiares son aquellos integrados por personas relacionadas entre sí en un primer o segundo grado de consanguinidad, adopción o matrimonio, incluyendo las uniones consensuales cuando son estables. Los hogares familiares, organizados alrededor de un núcleo familiar primario, pueden clasificarse de acuerdo con la relación de parentesco entre sus miembros o de acuerdo con la etapa del ciclo de vida de la familia. De acuerdo con la primera forma de clasificación, tenemos hogares familiares nucleares y amplios. Los primeros están conformados por el núcleo familiar primario únicamente. Los segundos, incluyen otros parientes y/o no parientes. Simultáneamente, el hogar puede clasificarse en biparental o monoparental por la presencia o ausencia del cónyuge del jefe del hogar. La segunda forma de clasificación, por ciclo de vida del hogar, se basa en la edad del núcleo familiar primario, en la edad de los hijos, y en la ausencia o presencia de los hijos. Dado que el objetivo aquí es analizar la organización de los hogares en el marco de las condiciones de violencia del país, solo utilizamos la clasificación del hogar según relación de parentesco.

6.2.1. Tipología del Hogar

La familia “tradicional”, hogares con ambos padres presentes y sus hijos o en una unidad que también incluye a otros parientes, sigue siendo la forma dominante de organización de los hogares colombianos urbanos. No menos del 60% de los hogares son familiares biparentales (nucleares o amplios), (Cuadro 6.2.1). Sin embargo, este tipo de hogar ha venido perdiendo importancia durante los últimos 25 años, siendo su espacio ocupado cada vez más por los hogares no familiares, especialmente los hogares unipersonales, y por los hogares monoparentales (Cuadro 6.2.1). Estos últimos surgen como consecuencia de eventos como la viudez, la separación o divorcio y el abandono. La importancia creciente de los hogares unipersonales, de 2.7% a 7.7%, y de los monoparentales, de 16% a 24%, en las

grandes ciudades, puede relacionarse con la transición demográfica, el proceso de modernización y los cambios culturales que experimentó el país desde mediados del siglo pasado. De una parte, los hogares unipersonales pueden ser una respuesta al proceso de envejecimiento y a la modernización. De otra, no sólo las condiciones de violencia de las últimas décadas han generado mayores tasas de viudez, sino que la modernización – los cambios culturales, los aumentos significativos en el nivel educativo, en la participación laboral de la mujer, entre otros- también ha traído consigo mayores tasas de disolución de las uniones (Flórez, 2004).

Cuadro 6.2.1: Distribución de los hogares por tipo. 7 ppales ciudades 1978-2003

Tipo de hogar		1978	1983	1988	1993	1998	2003
No familiar	Unipersonal	2.7	3.5	3.7	3.9	4.6	7.7
	Múltiple	5.8	5.3	6.3	5.0	5.1	6.2
Familiar	Nuclear biparental	52.9	53.7	53.5	52.3	53.2	45.9
	Nuclear monoparental	8.4	9.1	11.0	11.5	11.0	12.9
	Amplio biparental	22.3	20.6	17.3	17.8	16.7	15.6
	Amplio monoparental	7.9	7.8	8.2	9.5	9.4	11.7
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	No familiar	8.5	8.8	10.0	8.9	9.7	13.9
	Familiar biparental	75.2	74.3	70.8	70.1	69.9	61.5
	Familiar monoparental	16.3	16.9	19.2	21.0	20.4	24.6

Fuente: Flórez, 2004 (Cálculos con base en ENH, tercer trimestre)

Aunque la recomposición de los hogares no es exclusiva de algunas zonas, si se observa una mayor desintegración de los hogares a medida que aumenta el nivel de urbanización. Así, mientras en las zonas rurales el 19% de los hogares son monoparentales, en las ciudades de más de un millón de habitantes llegan a representar el 28% (Cuadro 6.2.2). Esta situación no es consecuencia de una mayor presencia de hogares no familiares en las grandes urbes (12% en ambas áreas), sino que podría estar asociada a mayores tasas de separación/divorcio en los mayores niveles de urbanización y/o al fenómeno del desplazamiento por violencia de las zonas rurales a las urbanas que generalmente es de familias monoparentales con mujeres jefes de hogar (Ibáñez y Vélez, 2003). Por subregión, la composición del hogar confirma la relación observada con el nivel de urbanización: son las grandes ciudades con sus áreas metropolitanas las que presentan mayor presencia de los hogares monoparentales. Sobresale la organización familiar observada en el departamento de Antioquia: de una parte, Medellín presenta la mayor tasa de hogares monoparentales (33.5%), mientras que el resto del departamento de Antioquia presenta la menor tasa (21%) (Gráfico 6.2.1). Esto podría estar relacionado con el fenómeno del desplazamiento por violencia que generalmente es de zonas rurales a zonas urbanas dentro del mismo departamento.

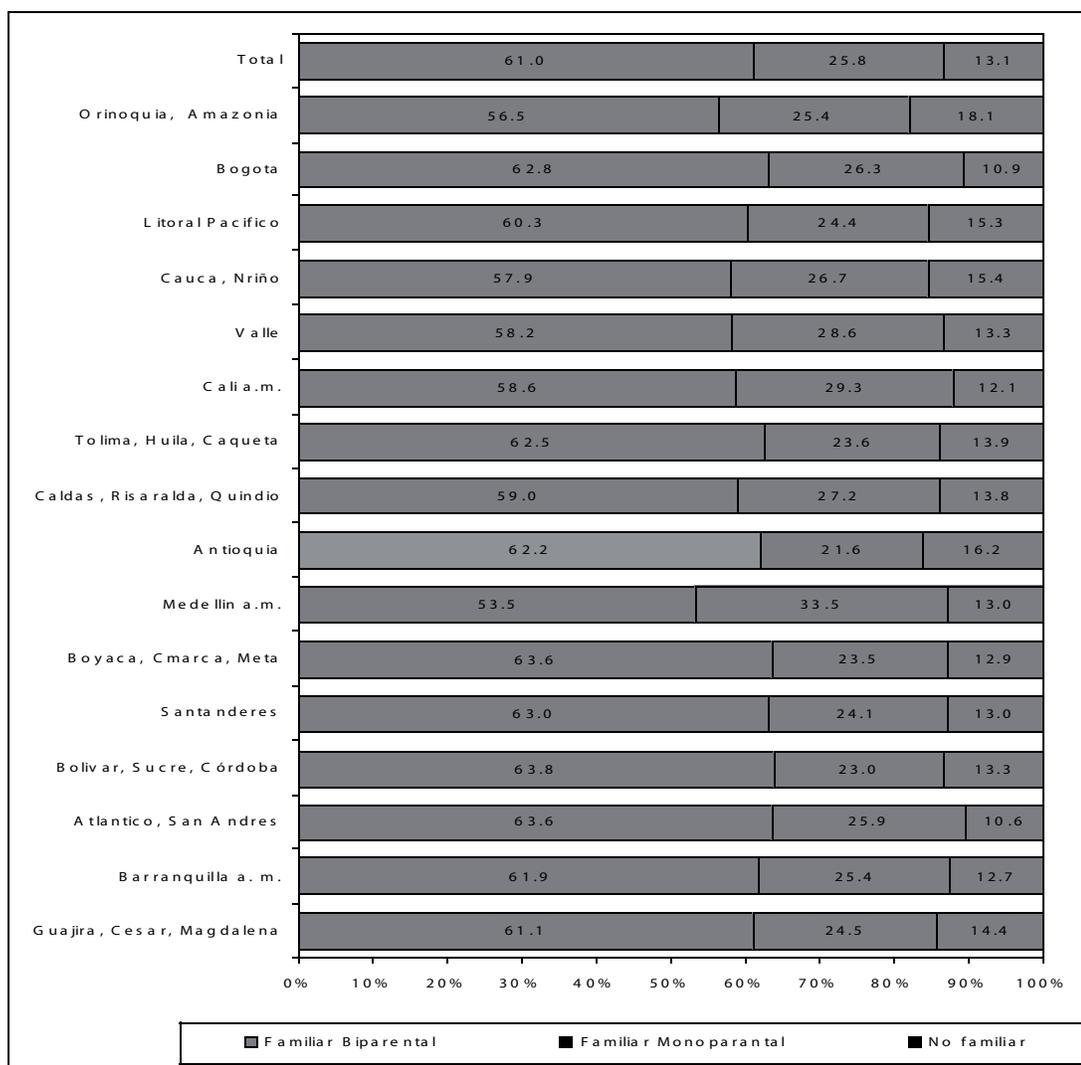
Cuadro 6.2.2: Distribución de los hogares por tipo según nivel de urbanización. 2005

Tipo de hogar		Ciudades > 1 millón hab	Otras ciudades grandes	Resto urbano	Total urbano	Rural	Total
No familiar	Unipersonal	7.0	7.5	9.4	7.7	7.7	7.7
	Múltiple	4.6	5.7	6.2	5.4	5.5	5.4
Familiar	Nuclear biparental	41.5	39.8	39.7	40.5	46.9	42.1
	Nuclear monoparental	12.8	11.8	11.5	12.1	8.4	11.2
	Amplio biparental	18.8	18.4	17.9	18.4	20.6	19.0
	Amplio monoparental	15.3	16.8	15.2	15.8	11.0	14.6
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	No familiar	11.6	13.2	15.6	13.1	13.2	13.1
	Familiar biparental	60.3	58.2	57.7	58.9	67.4	61.0
	Familiar monoparental	28.1	28.6	26.7	28.0	19.3	25.8

Fuente: DHS, 2005

La distribución de los hogares por tipo en las 7 grandes ciudades según nivel de ingreso (Cuadro 6.2.3), indica que el hogar no familiar y unipersonal es una forma de organización más frecuente en los quintiles altos que en los bajos. Por el contrario, el hogar familiar amplio (incluye otros parientes y/o no parientes), es una estrategia de organización principalmente de los hogares en los estratos bajos y medio. Estos diferenciales por ingreso en la estructura de los hogares se acentúan a través del tiempo: en los estratos altos aumenta de manera significativa el hogar no familiar unipersonal, mientras que en los estratos bajos el hogar amplio cobra mayor importancia (Cuadro 6.2.3). Sin embargo, a pesar de esas diferencias, los hogares en los diferentes estratos comparten la creciente importancia de los hogares monoparentales, es decir, comparten un “resquebrajamiento” de la familia “tradicional” biparental. Este fenómeno es mucho más marcado en el estrato bajo, en donde el hogar monoparental pasa de representar el 19% en 1978 al 30% en el 2003, mientras que en el estrato alto pasa del 10% al 17% (Cuadro 6.2.3). En el 2003, cerca de una cuarta parte de los hogares en las grandes ciudades era monoparental.

Grafico 6.2.1: Distribución de los hogares por tipo según subregión. 2005



Cuadro 6.2.3: Porcentaje de hogares por tipo según ingresos.

Tipo de hogar	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
1978						
No familiar unipersonal	0.3	0.4	0.5	4.0	8.0	2.7
Familiar Biparental	75.7	77.6	75.6	72.1	75.2	75.2
Familiar Amplio	34.5	33.3	32.2	28.8	22.8	30.2
Familiar Monoparental	19.2	17.1	18.0	16.8	10.5	16.3
2003						
No familiar unipersonal	2.2	2.4	2.8	8.9	21.1	7.7
Familiar Biparental	62.5	67.5	66.1	59.0	53.4	61.5
Familiar Amplio	39.4	32.9	30.2	22.7	12.9	27.3
Familiar Monoparental	30.3	25.4	24.7	25.6	17.5	24.6

Fuente: Flórez, 2004 (Cálculos con base en ENH, terce trimestre)

En el 2005, con representatividad nacional, la evidencia confirma la tendencia observada en las 7 grandes ciudades en cuanto al resquebrajamiento de la familia tradicional biparental: un poco más de la cuarta parte de los hogares (25.8%), son monoparentales (Cuadro 6.2.4). Sin embargo, la relación entre quintil de riqueza y tipo de hogar no es tan clara como la relación observada entre quintil de ingreso y tipo de hogar en las 7 grandes ciudades. De una parte, la importancia del hogar no familiar unipersonal no aumenta con el quintil de riqueza, tal cual se observa con el quintil de ingreso. De otra, la importancia del hogar monoparental no es mayor en los quintiles bajos de riqueza como se observa con el ingreso, sino que aumenta del quintil 1 al quintil 4 de riqueza, y luego disminuye en el quintil 5, para dar importancia al hogar biparental. Esto podría deberse a la forma en que está construido el índice de riqueza en el 2005, el cual se basa principalmente en condiciones de la vivienda (Profamilia, 2005).

Cuadro 6.2.4: Distribución de los hogares por tipo según índice de riqueza. 2005

Tipo de hogar	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
No familiar unipersonal	8.6	12.5	7.7	5.6	4.4	7.7
Familiar biparental	65.5	56.7	58.1	59.7	65.9	61.0
Familiar amplio	32.3	30.1	33.7	37.4	34.3	33.6
Familiar monoparental	20.3	25.5	28.2	29.3	24.9	25.8
Total (% hogares por quintil)	17.1	20.8	20.4	20.5	21.1	100.0

Fuente: DHS, 2005

6.2.2. Tamaño promedio

Como parte del proceso de transición demográfica y de los cambios estructurales de las últimas décadas, el tamaño de los hogares ha venido disminuyendo, independientemente del tipo de hogar y del nivel de ingreso (Cuadro 6.2.5). El tamaño promedio del hogar en las 7 grandes ciudades pasa de 5.3 personas en 1978 a 3.9 en el 2003.

Dos hechos explican el descenso en el tamaño promedio del hogar. Primero, dado que el hogar familiar nuclear biparental es la forma de organización prevaleciente en el país (Cuadro 6.2.1), este descenso está íntimamente relacionado con el fuerte descenso de la fecundidad que se experimentó desde inicios de la década de los sesenta, el cual empezó primero en los estratos altos y luego se difundió a los estratos medio y bajo. Segundo, el tamaño del hogar está en estrecha relación con su estructura. Por lo tanto, los cambios en su tamaño están también relacionados con las transformaciones en la organización familiar mencionadas en la sección anterior. La mayor importancia de los hogares unipersonales y de los hogares monoparentales, que han sido siempre de menor tamaño (Cuadro 6.2.5, Gráfico 6.2.2), se refleja en una disminución en el promedio de personas por hogar.

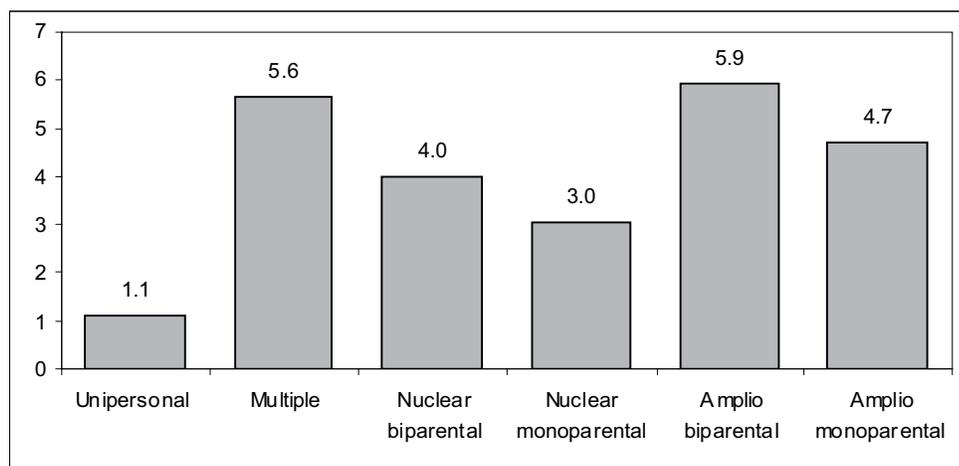
Estos determinantes del tamaño del hogar se reflejan también cuando se tiene en cuenta el nivel de urbanización. El tamaño del hogar disminuye a medida que aumenta el nivel de urbanización. En el 2005, el tamaño del hogar era 4.0 en las ciudades de más de 1 millón de habitantes, mientras que llega a 4.5 en las zonas rurales (Cuadro 6.2.6). Estas diferencias se deben a que las zonas más urbanizadas se encuentran en un estadio más avanzado de la transición demográfica y presentan un mayor resquebrajamiento del hogar biparental consecuencia de la migración forzada por desplazamiento y de la presencia de valores culturales más occidentales.

Cuadro 6.2.5: Tamaño promedio del hogar por tipo de hogar y por ingreso. 7 ppales ciudades. 1978-2003

Tipo de hogar	1978	1983	1988	1993	1998	2003
No familiar	3.0	2.5	2.6	2.3	2.2	1.9
Familiar						
Nuclear biparental	5.0	4.6	4.4	4.1	4.0	3.8
Nuclear monoparental	4.0	3.7	3.5	3.3	3.1	2.9
Amplio biparental	7.1	6.8	6.4	6.1	5.9	5.8
Amplio monoparental	6.1	6.0	5.6	5.5	5.2	5.0
Quintil de ingresos						
Quintil 1	6.4	6.0	6.0	5.5	5.2	4.9
Quintil 2	6.0	5.4	4.8	4.7	4.5	4.4
Quintil 3	5.4	5.0	4.6	4.3	4.3	4.0
Quintil 4	4.8	4.4	4.2	4.0	4.0	3.4
Quintil 5	4.1	3.8	3.4	3.4	3.4	2.8
Total	5.3	4.9	4.6	4.3	4.1	3.9
Qintil 1/quintil 5	1.6	1.6	1.8	1.6	1.5	1.8

Fuente: Flórez, 2004 (Cálculos con base en ENH, tercer trimestre)

Grafico 6.2.2: Tamaño promedio del hogar por tipo de hogar. 2005



Al igual que por nivel de urbanización, el tamaño del hogar no es homogéneo entre regiones. Depende del estadio en que la región se encuentre en el proceso de transición de la fecundidad y de la organización familiar que prevalezca. De una parte, las grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Cali), son las de menor tamaño del hogar, mientras que los departamentos de la zona costera son de mayor tamaño de hogar (Gráfico 6.2.3). Las grandes ciudades tienen un menor nivel de fecundidad (se encuentran en un estadio más avanzado), y al mismo tiempo presentan un mayor requereamiento de la familia tradicional biparental.

Cuadro 6.2.6: Tamaño promedio del hogar por tipo de hogar según nivel de urbanización. 2005

Tipo de hogar	Ciudades > 1 millón hab	Otras ciudades grandes	Resto urbano	Total urbano	Rural	Total
No familiar	2.7	3.1	2.9	2.9	3.1	3.0
Familiar						
Nuclear biparental	3.8	3.9	3.8	3.8	4.3	4.0
Nuclear monoparental	2.9	3.0	3.1	3.0	3.2	3.0
Amplio biparental	5.7	5.9	5.9	5.8	6.2	5.9
Amplio monoparental	4.6	4.7	4.7	4.7	4.8	4.7
Total	4.0	4.2	4.1	4.1	4.5	4.2

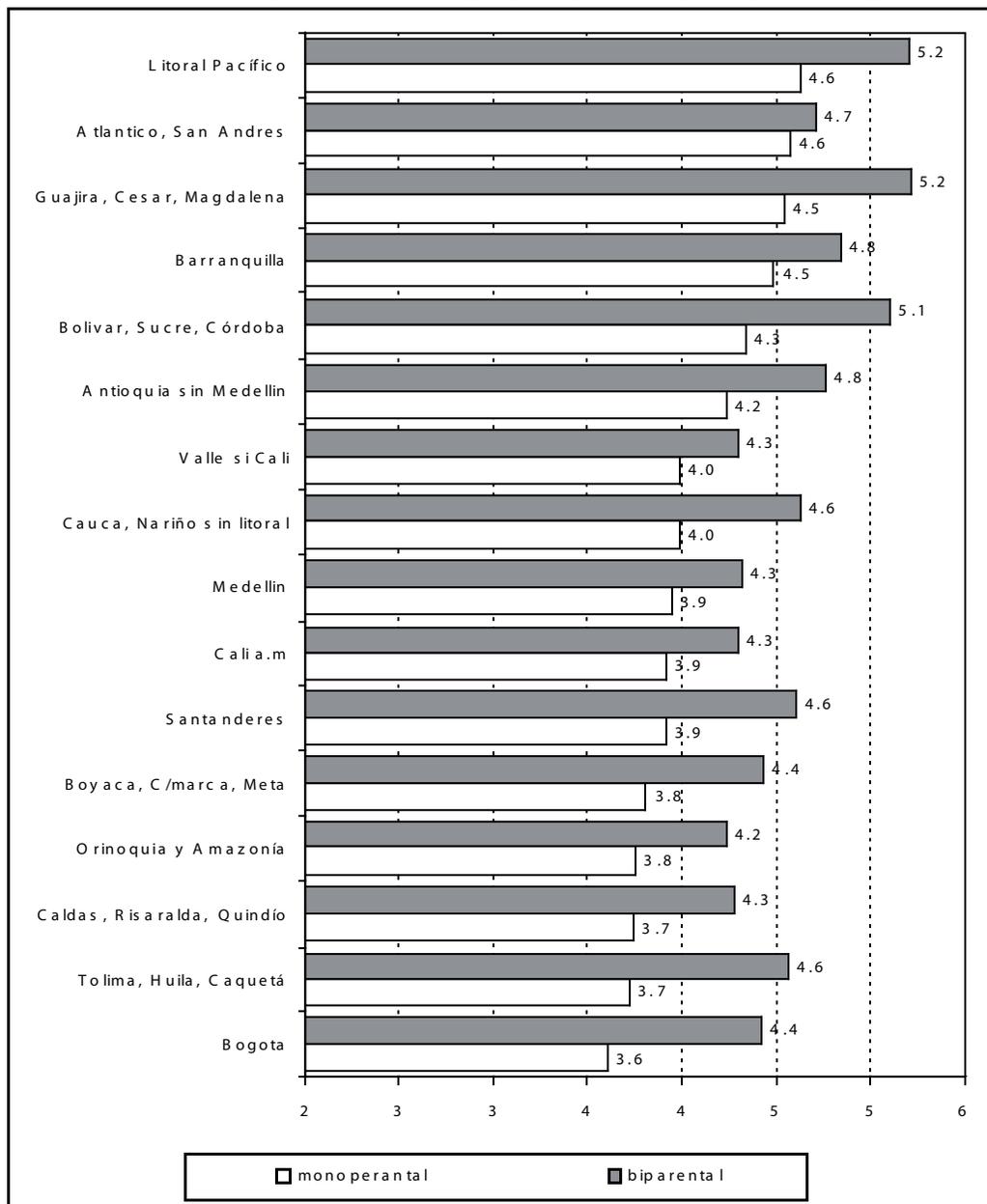
Fuente: DHS, 2005

El tamaño promedio de los hogares se relaciona inversamente con el nivel de ingreso (Cuadro 6.2.5). En las 7 grandes ciudades, en el 2003, el tamaño del hogar en el estrato alto era de 2.8, mientras que en el estrato bajo era de 4.9 personas. Este diferencial se debe a los menores niveles de fecundidad en los estratos altos, al predominio de los hogares unipersonales en los estratos altos, y a la mayor presencia de los hogares amplios en los estratos bajos y medios. Existen diferentes actitudes y normas culturales entre estratos altos y bajos frente a la edad apropiada para formar una familia, tener un hijo, el número ideal de hijos, el espaciamiento entre los hijos, el divorcio y la separación. Igualmente, los factores económicos desempeñan un papel importante en la organización de los hogares: incluir otros miembros (familiares y/o no familiares), en el hogar permite compartir recursos, mejorar la estabilidad del ingreso, reducir la vulnerabilidad y reducir los costos de transferir recursos entre miembros de la familia (BID, 1989).

A pesar de que el tamaño del hogar ha venido disminuyendo en todos los estratos, los diferenciales no han disminuido (Cuadro 6.2.5). El tamaño promedio del hogar en el estrato bajo (quintiles 1), en el 2003 (4.9 personas por hogar), es aún mayor al tamaño promedio del hogar que en 1978 se observaba en el estrato alto (quintil 5) (4.1 personas por hogar). Esto es consecuencia no solo del rezago de los estratos bajos frente a los altos en el proceso de transición demográfica, sino a la diferente estructura de los hogares por nivel de ingreso.

Los diferenciales en el tamaño del hogar por nivel socioeconómico no son tan marcados ni tan claros cuando se considera el índice de riqueza (Cuadro 6.2.7), especialmente en el 2005. En el 2005, el tamaño del hogar no disminuye consistentemente a medida que aumenta el nivel de riqueza. Este hecho puede deberse tal vez a la forma en que está construido el índice de riqueza en el 2005, el cual se basa principalmente en condiciones de la vivienda (Profamilia, 2005).

Grafico 6.2.3: Tamaño promedio del hogar por tipo de hogar según subregion. 2005



Cuadro 6.2.7: Tamaño promedio del hogar por quintil de riqueza. 1995-2005

Quintil de riqueza	1995	2000	2005
Quintil 1	5.1	4.6	4.7
Quintil 2	4.7	4.5	4.1
Quintil 3	4.3	4.3	4.2
Quintil 4	4.4	4.4	4.2
Quintil 5	4.2	3.7	4.1
Total	4.6	4.3	4.2
Q1/Q5	1.2	1.3	1.2

Fuente: DHS, 1995; 2000; 2005.

6.2.3. La jefatura de los hogares

Los hogares con jefatura femenina han aumentado consistentemente durante los últimos 25 años, pero de manera significativa en los años recientes. Mientras en 1978, el 15.8% de los hogares tenía a una mujer como jefe, en el 2003/05 se llega al 30% (Cuadro 6.2.8).

La jefatura femenina generalmente se asocia a casos de separación, divorcio, viudez, abandono o madres solteras. En las sociedades tradicionales, como la colombiana, el rol del jefe del hogar es atribuido al hombre, aunque de hecho la autoridad y el sostenimiento del hogar sean compartidos con la mujer o asumidos principalmente por ésta. Ante el supuesto (cultural) de que cuando en un hogar hay hombres adultos presentes, ellos deben ser los jefes del hogar, las estadísticas tienden a captar sólo las jefaturas femeninas de derecho (de jure), es decir, en ausencia permanente del hombre (Flórez y Méndez, 1994). En efecto, la evidencia indica que, masivamente, en los hogares familiares biparentales, el hombre es el jefe del hogar. Por el contrario, la mujer predomina como jefe de hogar en los hogares monoparentales (Cuadro 6.2.8).

El aumento constante y significativo en la proporción de hogares familiares monoparentales mencionado anteriormente, asociados a la mayor disolución de las uniones, explica a su vez la tendencia creciente en la tasa de jefatura femenina. Sin embargo, aún en los hogares familiares biparentales se observa consistentemente un aumento en la jefatura femenina. Así, mientras en 1978 la mujer era jefe en menos del 1% de los hogares amplios biparentales, en el 2003/05 lo es en casi el 8% de dichos hogares (Cuadro 6.2.8). Este fenómeno sugiere un reconocimiento cada vez mayor de la autoridad y contribución de la mujer al sostenimiento del hogar.

Cuadro 6.2.8: Tasa de jefatura femenina de los hogares familiares por tipo

Categoría	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2005*
Nuclear biparental	0.3	1.0	1.1	1.5	2.6	3.8	4.3
Nuclear monoparental	86.5	89.6	90.9	88.1	87.5	91.2	88.8
Amplio biparental	0.8	2.0	2.0	3.5	5.2	7.7	7.7
Amplio monoparental	86.9	86.7	87.5	89.4	88.6	88.6	81.1
Total	15.8	17.4	20.2	22.0	22.3	29.1	30.3

Fuente: Flórez, 2004 (Cálculos con base en ENH, tercer trimestre); 2005 se basa en la DHS-05

Nota. 1978-2003 hace referencia a las 7 ppales ciudades; 2005 al total nacional

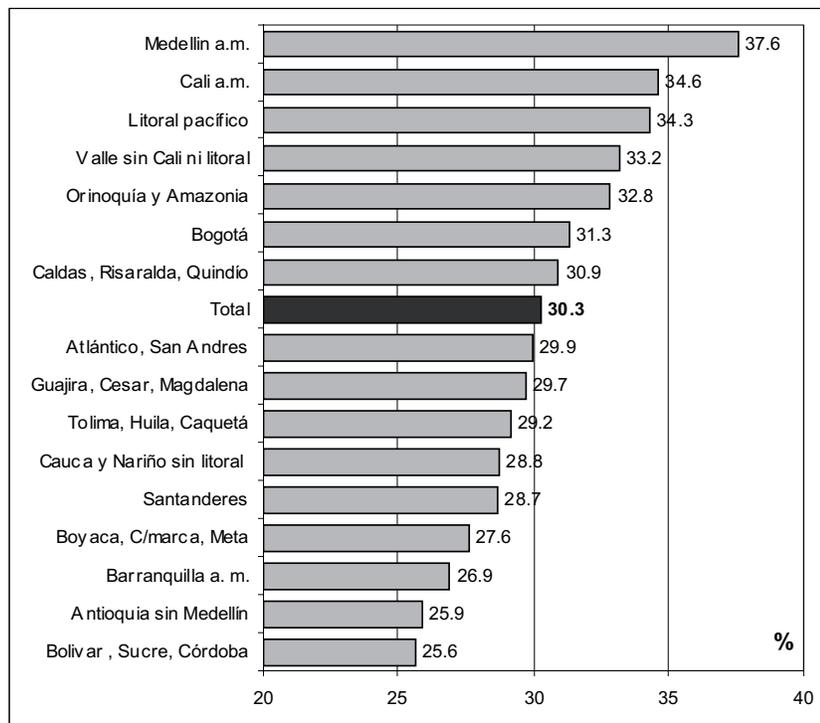
El aumento en la tasa de jefatura femenina y su relación con la estructura del hogar es común por nivel geográfico. Con excepción de la zona rural, en el 2005, la tasa de jefatura femenina está alrededor del 30% para todos los niveles de urbanización (Cuadro 6.2.9). En la zona rural, la tasa de jefatura femenina es de solo 21%, lo cual está asociado a la mayor importancia del hogar biparental en ésta área. Contrario al nivel de urbanización, existen grandes diferencias en la tasa de jefatura femenina por subregión (Gráfico 6.2.4), las cuales están asociadas a la estructura del hogar prevaleciente. Así, Medellín que muestra la mayor importancia del hogar monoparental es la subregión que tiene la mayor tasa de jefatura femenina. Por el contrario, el resto de Antioquia que muestra la menor importancia del hogar monoparental, tiene la menor tasa de jefatura femenina.

Cuadro 6.2.9: Tasa de jefatura femenina por tipo de hogar según nivel de urbanización. 2000

Tipo de hogar	Ciudades > 1 millón hab	Otras ciudades grandes	Resto urbano	Total urbano	Rural	Total
No familiar						
Unipersonal	40.2	51.1	47.5	46.2	37.4	44.0
Múltiple	39.9	34.7	31.5	35.6	24.6	32.8
Familiar						
Nuclear biparental	5.9	4.4	3.9	4.9	2.9	4.3
Nuclear monoparental	88.6	91.1	90.8	90.0	83.4	88.8
Amplio biparental	9.6	8.9	6.8	8.7	4.8	7.7
Amplio monoparental	81.6	82.8	85.1	82.8	73.6	81.1
Total	32.7	33.8	32.6	33.1	21.6	30.3

Fuente: DHS, 2005

Grafico 6.2.4: Tasa de jefatura femenina por subregión. 2005



El aumento en la tasa de jefatura femenina ha sido generalizado a todos los sectores sociales, de tal forma que en el 2003/05 la mujer es jefe en no menos de la cuarta parte de los hogares en cualquiera de los niveles de ingreso o riqueza. Sin embargo, aunque no existe una relación clara entre nivel de ingreso/riqueza y jefatura femenina, si se observa una tendencia hacia un diferencial en los extremos de la distribución, siendo generalmente mayor la jefatura femenina en los hogares más pobres (quintil 1), que en los más ricos (quintil 5) (Cuadro 6.2.10).

Cuadro 6.2.10: Tasa de jefatura femenina por quintil de ingresos/riqueza. 1978-2005

Ingreso / riqueza	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2005*
Quintil 1	19.1	20.3	10.9	22.6	30.0	34.1	22.4
Quintil 2	16.6	18.2	20.3	21.6	23.7	28.0	30.8
Quintil 3	17.4	18.4	20.7	24.3	21.2	28.5	33.9
Quintil 4	16.2	16.4	21.5	22.9	21.8	30.1	33.3
Quintil 5	9.6	13.5	17.2	18.1	16.8	23.9	29.6
Total	15.8	17.4	20.2	22.0	22.3	29.1	30.3
Q1/Q5	2.0	1.5	0.6	1.2	1.8	1.4	0.8

Fuente: Flórez, 2004 (Cálculos con base en ENH, tercer trimestre); 2005 se basa en la DHS-05

Nota. 1978-2003 hace referencia a las 7 ppales ciudades; 2005 al total nacional

6.2.4. Estructura del hogar y condiciones de violencia

Un elemento importante en la narrativa de la historia colombiana ha sido la violencia que data desde los años 50 (Gaitan y Montenegro, 2000). Desde 1970 se observa una expansión del conflicto. Las estadísticas de masacres, extorsiones, homicidios selectivos y desplazamiento forzoso de la población, evidencian un recrudecimiento de la violencia y de la criminalidad sufrida por el país (Pavajeau, 1999). La participación de los grupos armados e insurgentes es ampliamente reconocida tanto en el ámbito social, como económico y social, constituyéndose en uno de los principales obstáculos para el crecimiento y desarrollo social en el país.

Uno de los resultados más dramáticos de la violencia es el desplazamiento interno (Pavajeau, 1999). Entre 1995 y 2005, 1.661.284 personas han sido desplazadas a causa de la violencia de sus lugares habituales de residencia (Ibáñez y Moya, 2006). Las zonas de mayor expulsión en su mayoría son rurales. La encuesta realizada por CODHES en el 2003, señala que el 46% de los hogares en situación de desplazamiento provienen de las zonas rurales. De esta manera la migraciones internas a causa del conflicto han contribuido al aumento de la relación de la población urbano-rural, pasando de 39.6% en 1951 a 72.3% en 1994 (Pavajeau, 1999). Es decir, el desplazamiento generado por la violencia, hace que las personas “huyan” de sus hogares en forma individual o familiar, generando un desarraigo disperso y silencioso, que se asienta en las ciudades medianas y grandes (Pavajeau, 1999).

El conflicto ha contribuido al cambio en la estructura de los hogares colombianos. En las etapas iniciales de la transición demográfica (años treinta), la principal causa de la constitución de hogares monoparentales, especialmente con jefatura femenina, era producto de la viudez por causas naturales, es decir, el jefe de familia fallecía y la viuda adquiría éste rol. Sin embargo, bajo la situación actual, la constitución de hogares monoparentales ha sido alimentada por el conflicto armado, debido a que el desplazamiento individual, aunque ha disminuido en los últimos años, sigue siendo una forma importante de migración interna en el país (9% en el 2002/03), (CODHES, 2004). Un porcentaje significativo de los hogares de la población desplazada son hogares monoparentales (12%) (CODHES, 2004), aunque la mayor parte de ellos (54%) son hogares nucleares biparentales.

En los años noventa, la población desplazada provenía especialmente de Urabá, Córdoba, Llanos Orientales, Arauca y Putumayo (Ibáñez y Moya, 2006). Actualmente, los departamentos que presentan indicadores más críticos de esta situación son Antioquia, Choco y Bolívar, le siguen Sucre, Valle y Magdalena (Ibáñez y Moya, 2006). Estos departamentos también se caracterizan también por tener una mayor presencia de hogares monoparentales que el promedio del país: más del 26% de los hogares de Arauca, Valle, Putumayo, Choco y Antioquia se distinguen por tener solo uno de los padres presentes en el hogar (Mapa 6.2.1).

MAPA 6.2.1: Distribución de los hogares monoparentales



Fuente: DHS 2005

Si se comparan los diferentes tipos de hogar con algunos indicadores de violencia, los resultados encontrados sustentan la idea que el conflicto ha influido en la estructura de los hogares en Colombia (Cuadro 6.2.11). Los ataques de la guerrilla, FARC, ELN y AUC presentan una correlación positiva y relativamente alta (mayor a 0.4), con los hogares nucleares monoparentales. En cuanto a los indicadores de desplazamiento, se observa que las tasas de desplazamiento del municipio receptor y expulsor por 10.000 habitantes, muestran una relación positiva (por encima de 0.4), con los hogares no familiares múltiples y negativos (menor a -0.4), con los hogares familiares biparentales. Lo anterior implica que el desplazamiento afecta la unidad familiar, contribuye a la formación de otros tipos de hogares no familiares y a la desintegración de la familiar tradicional biparental.

Cuadro 6.2.11: Correlación entre tipología del hogar e indicadores de violencia. 2003/05

Tipo de hogar	Tasa de ataques / 100.000 hab.*			Tasa de desplazados / 10.000 hab. *		Tasa de homicidios / 100.000 hab**	Índice de intensidad del desplazamiento (expulsor)	Índice de presión del desplazamiento (receptor)
	ELN	FARC	AUC	Expulsor	Receptor			
No familiar Unipersonal	0.06	0.03	0.31	0.12	0.16	0.09	-0.35	-0.43
Multiple	0.11	-0.10	0.14	0.44	0.44	-0.42	0.65	0.61
Familiar Nuclear biparental	-0.17	-0.09	-0.12	-0.31	-0.38	0.15	-0.19	-0.21
Nuclear monoparental	0.43	0.49	0.32	0.06	-0.01	0.42	-0.63	-0.71
Amplio biparental	-0.18	-0.12	-0.24	-0.03	-0.02	-0.41	0.40	0.46
Amplio monoparental	-0.04	-0.13	-0.22	0.00	0.11	0.15	0.12	0.28
Total No familiar	0.11	-0.03	0.35	0.35	0.38	-0.15	0.18	0.06
Familiar biparental	-0.37	-0.21	-0.38	-0.37	-0.44	-0.25	0.16	0.18
Familiar monoparental	0.33	0.30	0.06	0.05	0.10	0.50	-0.43	-0.34

Fuente: Cálculos propios. Tipología del hogar.DHS-2005.

*Tasas promedio por departamento para 2004

** Tasa promedio por departamento para 2003

Con relación a la tasa de homicidios por 100.000 habitantes, muestra una correlación positiva con los hogares monoparentales, tanto nucleares como amplios (mayor a 0.4), lo cual puede estar relacionado con la mayor incidencia de muertes por homicidios en los hombres (Estadísticas vitales, 2002), y el aumento de la viudez por esta causa.

Respecto al impacto del desplazamiento en la estructura de los hogares, podemos ver dos índices uno referido a los municipios expulsores y otro a los municipios receptores. El índice de intensidad del desplazamiento, definido como el número de desplazados en un municipio expulsor por cada cien mil habitantes (Ibáñez y Moya, 2006), tiene una relación positiva con los hogares no familiares múltiples y con los amplios biparentales, y negativa con los hogares monoparentales (Cuadro 6.2.11). Esto se debe a que los municipios que sufren de desplazamiento, es decir que son expulsores de población, de donde emigra la población, queda fundamentalmente constituido con hogares completos, más no con los hogares incompletos que son los que emigran. Por esta razón se observa una relación positiva con los hogares biparentales y negativa con los monoparentales.

Por su parte, el indicador de presión, el cual se define como el número de desplazados en el municipio receptor como porcentaje de la población total del municipio (Ibáñez y Moya, 2006), presenta la misma relación con la estructura de hogares que la observada en los municipios expulsores. Esto podría indicar que el desplazamiento está favoreciendo agrupaciones de personas en un mismo hogar que no tienen relaciones de parentesco, pero al mismo tiempo, produce una ampliación de familias nucleares (que reciben los desplazados), con un mayor número de integrantes en el hogar, como primos, tíos, abuelos, etc.

En resumen, la evidencia da indicios de que el conflicto armado que el país ha vivido en las últimas décadas está afectando la estructura de los hogares colombianos, acentuando el resquebrajamiento del hogar tradicional biparental. Lo anterior, tiene implicaciones directas y negativas en el desarrollo psicosocial y afectivo de los niños y adolescentes

6.2.5. Implicaciones de política de los cambios en los hogares

De los cambios experimentados por los hogares en los últimos 25 años, la importancia creciente de los hogares monoparentales es uno de los de mayor implicación por sus efectos negativos sobre la capacidad de socialización familiar. La ausencia permanente de uno de los padres en el hogar generalmente refleja una situación de vulnerabilidad de las familias y de desventajas relativas en cuanto a la crianza y socialización de los niños y adolescentes.

La mayor importancia de los hogares monoparentales refleja un resquebrajamiento del hogar tradicional biparental, consecuencia de principalmente de dos efectos. De una parte, de cambios culturales asociados a la modernización mediante mayor incidencia de las separaciones y divorcios. De otra, consecuencia de mayor viudez y de los desplazamientos forzosos asociados al proceso de violencia que vive el país. En cuanto al primer efecto, no hay razón para intervenciones del Estado. En cuanto al segundo, es responsabilidad del Estado dar el apoyo social (educación, salud, vivienda), para la recuperación del bienestar y de las condiciones previas al desplazamiento.

7. RECOMENDACIONES

Basados en el diagnóstico, en las normas y en la política actual pertinente de los temas tratados en este documento, aquí se resumen las conclusiones y se presentan algunas recomendaciones de política.

7.1 Sobre las fuentes de información

Las fuentes de información sobre SSR, morbi-mortalidad, estructura de edad y otros temas relacionados de población, han sido regularmente las estadísticas vitales, los censos de población y encuestas especializadas como las encuestas DHS realizadas por Profamilia cada cinco años, o las encuestas continuas de hogares realizadas por el DANE. El uso de esta información permite hacer las siguientes recomendaciones sobre fuentes de información:

- 1) Fomentar que las encuestas regulares de hogares mejoren los marcos muestrales para que permitan obtener información representativa de los antiguos territorios nacionales, Orinoquía y Amazonía, que son de las regiones de menor nivel de desarrollo y de indicadores sociales más bajos, pero de las cuales se tiene un mayor desconocimiento de sus condiciones socioeconómicas y demográficas.
- 2) Solicitar al DANE fortalecer las estadísticas vitales con el fin de que prevean la fuente para actualizar indicadores de mortalidad materna y demás relacionados.
- 3) Solicitar al DANE actualizar los patrones de morbi-mortalidad. Esto permitirá conocer los patrones de morbilidad existentes, y actualizar las tablas de vida, base para la estimación de la esperanza de vida, de tal forma que se reflejen los diferenciales reales entre hombres y mujeres.
- 4) Solicitar al DANE la revisión de las proyecciones de población para que reflejen la estructura real por edad de la población.

7.2 Recomendaciones de Política de SSR en general

En general, todos los indicadores de SSR —fecundidad, anticoncepción, mortalidad materna, ITS y VIH/sida, cáncer de cuello uterino, mama y próstata, violencia intrafamiliar— muestran grandes inequidades regionales, por nivel educativo, por nivel de riqueza, por grupos étnicos y en las poblaciones desplazadas.

El sistema de seguridad social, basado en un esquema solidario y diseñado para contrarrestar las diferencias no está logrando su función. Es así como el tipo de afiliación también demuestra inequidades de manera que los del régimen contributivo y regímenes especiales tienen mejor situación que los del subsidiado y estos a su vez están mejor que los vinculados. Sin embargo, los indicadores para el contributivo tampoco indican un buen nivel, por ejemplo la mortalidad materna e infantil de sus afiliados es alta comparada con estándares internacionales.

Aunque los diferenciales por nivel educativo y por estrato socioeconómico de la fecundidad y de la fecundidad no deseada se han reducido, siguen reflejando la inequidad de acceso a los servicios de SSR, en particular, falta de información, falta de consejería o falta de suministro de métodos anticonceptivos.

De acuerdo con estos antecedentes, se sugieren las siguientes estrategias:

1. Incentivar y favorecer el uso del condón considerando que este método ofrece doble protección. La actual estructura de la anticoncepción revela pocos logros en el uso del condón, incluso en las nuevas generaciones. Desde un enfoque de derechos humanos es recomendable mantener un acceso equilibrado a los métodos de planificación familiar para garantizar la libre elección y su suministro. En el momento el condón no está cubierto por la seguridad social y resulta oneroso para la mayoría de los usuarios, especialmente la población de bajos recursos y los adolescentes de todos los estratos sociales. Habría ganancias en varios aspectos de la SSR: (a) efectos como método de PF; (b) como protección contra ITS y VIH/Sida; (c) al disminuir la ITS se interviene sobre la incidencia de cáncer de cuello uterino; (d) disminución de embarazos no deseados y sus consecuencias en la salud materna e infantil; (e) se incrementa la participación masculina en la anticoncepción y en la SSR en general.

2. Mejorar la eficiencia en anticoncepción, es decir reducir las tasas de falla y discontinuación a través de la calidad en la información y consejería sobre planificación familiar en todos los grupos sociales. La eficiencia de la anticoncepción sigue siendo una tarea pendiente en Colombia. Se han logrado altas tasas de prevalencia pero al mismo tiempo hay altas tasas de falla de los métodos y altas tasas de discontinuación. Es necesario enfrentar los mitos acerca de los posibles perjuicios y efectos secundarios de los métodos y que la población pueda tener confianza en ellos, comprender que no son perjudiciales o que los embarazos no deseados o en condiciones adversas por las características particulares de la usuaria encierran más riesgo que los métodos en sí mismos.

3. Asumir de manera efectiva la reducción de la mortalidad materna tal como se establece en el plan de desarrollo y en la política nacional de salud sexual y reproductiva. Una vez realizado el diagnóstico de la situación de salud sexual y reproductiva del país permite identificar que la mortalidad materna es muy alta, prácticamente constante y no se corresponde con los avances en otros aspectos como la mortalidad infantil, la prevalencia de anticoncepción moderna, la cobertura de atención prenatal y postnatal por parte de personal capacitado, la cobertura de parto institucional y el nivel educativo de las mujeres, entre otros. El nivel de la mortalidad materna no se compadece con las altas coberturas de atención por personal calificado, tanto para la atención prenatal como para el trabajo de parto

y el parto, se infiere que el mejoramiento de la cobertura no está acompañado por mejoras en la calidad de la atención y que la atención no está garantizando el cumplimiento de los protocolos. Los datos demuestran flaquezas en todos los procesos. Una alta proporción de las maternas no recibió información sobre complicaciones del embarazo y por lo tanto no está en capacidad de reconocer los riesgos obstétricos; la mortalidad por complicaciones del trabajo de parto y el parto muestra ineficiencia dentro de las instituciones de salud y sus sistemas de referencia y finalmente, la que parece más desprotegida es la atención postnatal tanto por el índice de complicaciones como por la baja proporción de casos atendidos. También hay indicios de que por lo menos una parte de las muertes maternas que ocurren por fuera del sistema de salud está relacionada con el alta temprana. Debe insistirse en la gran inequidad encontrada entre el régimen contributivo, el subsidiado y el vinculado.

En consecuencia se requiere un plan permanente y sistemático de reducción de la mortalidad materna que incluya sistemas de vigilancia de los casos de mayor riesgo, del cumplimiento de los protocolos y del desempeño institucional. El plan debe incluir el fortalecimiento de los sistemas de información y el desarrollo de la investigación al respecto.

4. Empezar investigaciones para determinar la prevalencia real del VIH/sida y revisar su consistencia con las metas propuestas. Las estimaciones sitúan la prevalencia por encima del tope previsto en las metas con el agravante de que las tendencias observadas son crecientes, el patrón de transmisión es principalmente heterosexual y la relación entre los sexos es dos casos en hombre por un caso en mujer. Se deben fortalecer las campañas de sensibilización y pruebas voluntarias, así como prevención especial en poblaciones vulnerables como los desplazados.

5. Identificar y ejecutar acciones para romper la inercia que trae el comportamiento del cáncer de cuello uterino y garantizar que se alcanzan las metas propuestas. Atendiendo a su asociación con ITS, enfatizar en su prevención en particular el uso del condón, retardar el inicio de relaciones sexuales y evitar las múltiples parejas sexuales. Facilitar el acceso al diagnóstico temprano y garantizar la continuidad con las pruebas para el diagnóstico definitivo.

7.3 Sobre la SSR dirigida a las/los Adolescentes

En general, la política social (Colombia 2019, Política Nacional de SSR, Objetivos del Milenio) plantea una reducción en la fecundidad adolescente, llevando la cifra del porcentaje de madres adolescentes de 19% en el 2000

a menos del 15% en el 2019. La consecución de esta meta es difícil alcanzar. La tendencia presentada por la fecundidad adolescente indica que dicha proporción crece a ritmos alarmantes: mientras en 1990 el porcentaje de jóvenes entre 15-19 años que habían estado embarazada era de 12.8%, en el 2005 este porcentaje alcanza niveles del 20.5%. La tendencia ha sido persistentemente creciente, a pesar de los esfuerzos del gobierno en educación sexual en los colegios, en aumentar coberturas educativas, en aumentar la disponibilidad de métodos de planificación familiar entre las adolescentes. Por lo tanto, es difícil lograr el cumplimiento de esta meta. Los modelos educativos tradicionales, el ausentismo y la disfunción familiar, la poca participación de la comunidad a este problema han generado un ambiente propicio para el aumento de la maternidad en edades tempranas. De esta manera, se requiere de medidas que favorezcan las conductas reproductivas y sexuales responsables, la promoción del fácil acceso y correcta utilización de los métodos de planificación, con el fin de poder contribuir positivamente en la reducción de la fecundidad adolescente, sin pretender lograr la meta planteada.

El objetivo principal que guía la propuesta de política es la reducción de la incidencia de la fecundidad entre las adolescentes, unidas y no unidas en el país. Partiendo de las líneas de acción de la política actual de SSR, se proponen dos grandes líneas de acción. La primera línea de acción está encaminada a afectar los determinantes próximos, es decir, aquellos que afectan el riesgo del embarazo; y la segunda busca incidir en los determinantes socioeconómicos y contextuales, es decir, aquellos factores que afectan los determinantes próximos.

Bajo la primera línea de acción – afectar los determinantes próximos - se proponen tres estrategias:

1) la promoción del retardo del inicio de la actividad sexual en las/los adolescentes a través del instrumento de difusión masiva de información - campañas en medios de comunicación - sobre los mecanismos de transmisión de ETS y VIH/SIDA, y el fomento de una cultura de protección de la salud.

2) incentivar la protección en la primera relación sexual, a través de campañas de difusión focalizadas a las adolescentes que no han tenido actividad sexual, y dirigidas enfáticamente a la protección de la primera relación sexual. Los medios de comunicación tienen un gran impacto en las cogniciones que desarrollan los jóvenes sobre SSR. Programas educativos y campañas masivas con mensajes claros que infieran sobre las consecuencias directas que puede tener la actividad sexual sin protección, son también un recurso que podría tener efecto positivo al lograr modificar la visión y los mitos que los adolescentes han desarrollado alrededor de éste evento.

3) mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de SSR dirigidos a los/las adolescentes, facilitar el acceso y mejorar el conocimiento y adecuada utilización de los métodos de planificación familiar, a través de la capacitación del personal de salud para la atención especializada de este grupo poblacional, la adecuación de espacios para atención de adolescentes en centros de salud, talleres informativos sobre los servicios de SSR a nivel de la comunidad, localidad y colegios, la reducción de precios y amplia difusión de métodos de planificación familiar, la elaboración de guías de los recursos existentes que brinde información sobre los servicios en SSR para adolescentes, a nivel local y nacional, que incluya las instituciones públicas y privadas.

Para el desarrollo de la segunda línea de acción – incidir en los determinantes socioeconómicos y contextuales - se proponen las siguientes dos estrategias:

1) ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la educación, dado que la educación es la principal herramienta para disminuir la maternidad precoz entre las adolescentes.

2) promoción de la educación en SSR con calidad, sin distinción de género, en los centros educativos formales y no formales, capacitando a los docentes encargados de las cátedras de SSR en colegio, del fortalecimiento de los servicios de consejería en SSR a los padres y adolescentes en colegios y centros no formales, centros de salud, la revisión y adecuación de los materiales de apoyo en las cátedras de SSR en los centros educativos. Es necesario tener en cuenta que las adolescentes de estratos bajos son las que menos posibilidades tienen de asistir al aparato educativo y por lo tanto, son excluidas del mecanismo más directo que tiene la política de SSR para impartir educación sexual y reproductiva a través de los colegios. Por lo tanto, la educación en SSR debe traspasar la escuela, e implementarse también en las comunidades, y dirigirse tanto a las mujeres como a los hombres.

III. ANÁLISIS SITUACIONAL ENTORNO A LAS PROBLEMÁTICAS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO

PRESENTACIÓN

El momento en que el Fondo de Población de Naciones Unidas –UNFPA– busca definir su Programa de Cooperación con el gobierno colombiano para el quinquenio 2008-2012 coincide con diversas expresiones de una búsqueda por definir consensos nacionales en torno a objetivos estratégicos del desarrollo del país. Esta situación representa una oportunidad propicia para compatibilizar las políticas y acciones que contenga el programa de cooperación del UNFPA, con las líneas estratégicas planteadas en iniciativas como la planteada en el documento *Visión Colombia 2.019*. Además, constituye un escenario adecuado para establecer vínculos entre los compromisos del gobierno colombiano y del sistema de agencias de la Naciones Unidas en torno al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con los temas relativos a la salud reproductiva, población y desarrollo, y equidad de género que juegan un papel fundamental en el Programa de Acción aprobado en Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994.

El documento se inicia con la presentación de un análisis situacional sobre algunos temas destacados de las problemáticas que plantea la relación entre población y desarrollo. El propósito es describir los rasgos y tendencias de las condiciones del país que permitan identificar campos destacados para las políticas. Sobre esta base, en la segunda parte, se señalan posibles líneas de acción, dentro de las estrategias de desarrollo del país. En las conclusiones se presentan algunas propuestas para la definición del programa de cooperación del UNFPA.

Los análisis y propuestas se ubican dentro del campo de los mandatos que han recibido el UNFPA y las prioridades que se han adoptado a su interior en torno a los temas salud reproductiva, población y desarrollo, igualdad de género y reducción de la pobreza. Enfatizan las acciones relativas al área de población y estrategias de desarrollo, que a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 incluye “todas las actividades que promueven una mejor comprensión del papel jugado por la dinámica poblacional en los esfuerzos de desarrollo; facilitan la identificación de intervenciones adecuadas en el área de intersección entre población y desarrollo; y ayudan a aclarar las alternativas de desarrollo, promoviendo así la reducción de la pobreza.” (UNFPA, 1997).

El documento está orientado a servir de punto de referencia para profundizar en un diálogo, ya iniciado, con las autoridades e instancias técnicas del gobierno colombiano relacionadas con los temas de población y desarrollo y con las demás agencias de cooperación internacional en la perspectiva de la definición de los

lineamientos del programa de cooperación del UNFPA.

1. TENDENCIAS DE POBLACIÓN Y RELACIÓN CON DESARROLLO Y POBREZA

1.1. Logros y limitaciones de los cambios poblacionales

Diversos indicadores muestran que la evolución de la población colombiana ha seguido una senda favorable para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, para ganar en la equidad de género y para el logro de los objetivos de desarrollo económico y social, y de sostenibilidad ambiental. Dentro de las situaciones que se destacan se encuentran el progreso en la esperanza de vida y la disminución en los niveles de mortalidad infantil y materna, la continua baja en las tasas de crecimiento poblacional, el incremento en el uso de métodos de planificación familiar, los avances en los niveles educativos y la inserción laboral femenina, la disminución de los flujos migratorios rural-urbano y de concentración de población en las grandes ciudades. Dentro del contexto internacional, Colombia presenta condiciones favorables en cuanto a sus tendencias demográficas frente a países que se encuentran en situaciones similares de desarrollo²².

La reducción de las tasas de crecimiento de la población y la transformación de la estructura de edades, en la etapa del proceso de transición demográfica por la que atraviesa Colombia, ofrece ventajas para disminuir la pobreza, mejorar las condiciones de vida, aminorar la presión sobre el medio ambiente y apoyar el crecimiento económico. Sin embargo, los aportes de estas circunstancias no han sido suficientes para que el país haya entrado en una etapa de crecimiento económico sostenido y de reducción permanente de los niveles de pobreza y desigualdad. A pesar del alcance de lo logrado, aún subsisten inequidades y barreras de difícil superación para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se observa un estancamiento en el uso de métodos de planificación familiar, y se mantienen factores de discriminación sistemática en contra de la mujer, especialmente en el mercado laboral. Además, el envejecimiento demográfico, el incremento de la emigración internacional y el desplazamiento forzado, dentro del contexto de confrontación armada que vive el país, como situaciones emergentes de la dinámica poblacional, plantean nuevos retos para las políticas públicas.

Las transformaciones en la estructura y dinámica de la población del país han ocurrido en consonancia con importantes cambios en las condiciones sociales de Colombia. Como se ha constatado en el análisis de muchas experiencias

²² Según la información publicada por el UNFPA en el Estado de la Población Mundial de 2005, Colombia ocupa una posición intermedia entre los países de América del Sur y se ubica en valores próximos al promedio de esta región en indicadores como la tasa de mortalidad de lactantes, la esperanza de vida al nacer, los alumbramientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, la tasa media de crecimiento demográfico y la tasa de fecundidad total. Dentro de los países que tienen, en general, indicadores de un mejor nivel se encuentran Argentina, Chile y Uruguay (UNFPA, 2005).

a nivel mundial y se ilustra en las secciones siguientes para el caso colombiano, aún se presentan niveles altos de fecundidad en las regiones y grupos más pobres y su disminución se dificulta porque cada vez más se encuentran asociados con transformaciones en las valoraciones y preferencias sociales, especialmente de las mujeres, las cuales dependen del aumento efectivo de su escolaridad y participación laboral, del mejoramiento en la información y el acceso integral a los servicios de planificación familiar. Estas circunstancias apoyan el establecimiento de un vínculo causal entre la mayor autonomía de las mujeres y el avance en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, de una parte, y la disminución de las tasas de fecundidad y el consecuente descenso del crecimiento de la población, de otra. Y permiten establecer la forma de romper el círculo vicioso entre pobreza y crecimiento de la población (pobreza -> fecundidad elevada y hogares más numerosos -> pobreza), a partir de apoyar las circunstancias que permiten aumentar la autonomía y promover el ejercicio de los derechos humanos (Sen, 2000, UNFPA 2004a).

La relación sinérgica entre el progresivo ejercicio de los derechos humanos, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental se encuentra en otros temas relacionados con las políticas relativas a población y desarrollo: salud sexual y reproductiva, equidad de género y apoyo a las crecientes poblaciones de la tercera edad y emigrantes a otros países. Otras circunstancias de las relaciones entre población y desarrollo, como las relativas a flujos migratorios internos y el ordenamiento territorial, escapan a las consideraciones directas de los derechos humanos y es preciso afrontarlas en la perspectiva de armonizar en forma práctica los cambios demográficos con las estrategias del país.

1.2. La ICPD y las líneas de política en Población y Desarrollo.

El enfoque de política que privilegia la elevación de la calidad de vida y el ejercicio de los derechos se encuadra dentro de las acciones destinadas a poner en práctica los contenidos del Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 (CIPD), a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y apoyar las iniciativas de definición de una perspectiva estratégica de desarrollo para Colombia, como la contenida en el documento Visión Colombia Segundo Centenario (DNP, 2006). Ese documento señala la conveniencia de considerar una política de población dentro de las estrategias de desarrollo, con ocasión del segundo centenario de la independencia del país, en la perspectiva de lograr acuerdos “para llegar a una visión de Colombia que deberá ser, no de gobierno, sino de Estado”.²³

²³ En otros trabajos elaborados en los últimos años, bajo diferentes perspectivas, se resalta igualmente la necesidad de una definición del país en torno a una estrategia de desarrollo de largo plazo. Entre ellos se encuentran: Montenegro y Rivas (2005), Garay (coord., 2002), y Gómez Buendía (1999). La necesidad de adoptar una política de población para el país se encuentra también en Montenegro y Rivas, 2005.

El Programa de Acción coloca el centro de la atención en los seres humanos y el ejercicio de los derechos humanos, en lugar de enfatizar el volumen de la población y su tasa de crecimiento. Las formulaciones que contiene significan un cambio de paradigma en el enfoque de la comunidad internacional con respecto a los problemas de la población y el desarrollo. El aspecto fundamental de este cambio consiste en apartarse de la noción de que la población es una variable instrumental de la planificación y las políticas, y pasar a adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, en el cual el aspecto fundamental es el bienestar de las personas (UNFPA, 2004a).

El Programa de Acción incorpora una amplia gama de circunstancias que desde la perspectiva de la población y el desarrollo sostenible se relacionan con el bienestar y el ejercicio de los derechos humanos. Toma en cuenta las condiciones particulares de grupos que tienen desventajas y que requieren de políticas especiales (niños y jóvenes, personas de edad, indígenas, discapacitados). Dentro de los temas que trata se encuentran los relativos a equidad entre los sexos y mejoramiento de la condición de la mujer, familia, distribución de la población, salud, morbilidad y mortalidad, urbanización y migración interna e internacional, población, educación, tecnología, investigación y desarrollo. En la relación entre población y desarrollo, el crecimiento de la población deja de ser el elemento privilegiado.

El Programa de Acción plantea que es preciso dar un tratamiento conjunto e interrelacionado a los temas de la población, la pobreza, las modalidades de producción y de consumo y el medio ambiente. Propone un enfoque en el cual se considera que el tamaño, el crecimiento y la distribución de la población se vinculan estrechamente con las perspectivas de desarrollo económico y social, y las acciones en una de estas dimensiones refuerzan las acciones en las otras (UNFPA, 2004a). Sobre esta base la Conferencia de El Cairo “exhortó a los países a integrar, plenamente las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos a todos los niveles”. (UNFPA, 2004a).

En tal contexto la política de población y desarrollo forma parte integrante de las políticas de desarrollo social y económico, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de la vida de todas las personas. Está dirigida, fundamentalmente, al desarrollo de capacidades y el cumplimiento de derechos y, sobre esta base, a obtener efectos positivos sobre la disminución de la pobreza, el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental.

Con estas motivaciones las políticas de población tiene como uno de sus propósitos influir en el crecimiento, la estructura y la distribución de la población, y tratar las

consecuencias que genera el comportamiento de estas variables sobre el bienestar de las personas, buscando compatibilizar las políticas sociales y económicas con la dinámica demográfica.

A continuación se presenta los elementos del análisis situacional sobre los temas seleccionados de las relaciones entre población y desarrollo.

1.3. Población, pobreza y desigualdad

1.3.1. Fecundidad, crecimiento de la población y niveles de vida

Existe una asociación entre la magnitud de la pobreza y de las desigualdades económicas y sociales, y la dinámica de crecimiento de la población. A mayores tasas de crecimiento de la población tienden a corresponder mayores niveles de pobreza e inequidad. Evidencia internacional muestra “que los países en desarrollo donde las tasas de fecundidad son más bajas y el crecimiento de la población es más lento, son los que tienen mayor productividad, mayor ahorro y mayores inversiones productivas, todo ello conducente a un más acelerado crecimiento económico”. (UNFPA, 2004a).

Los cambios en las tasas de crecimiento demográfico han dado lugar a lo que se ha llamado la “oportunidad demográfica” para el desarrollo económico: “Cuando es menor el número de hijos dependientes en relación con la población en edad activa, los países pueden efectuar inversiones adicionales que pueden estimular el crecimiento económico y contribuir a reducir la pobreza. Esta oportunidad se abre por única vez y se cierra a medida que las poblaciones van avanzando en edad y que, eventualmente, comienza a aumentar nuevamente la proporción de dependientes (niños y ancianos). Varios países del Asia oriental—los llamados Tigres Asiáticos—y algunos otros han aprovechado este dividendo económico. En China hubo una espectacular baja en la incidencia de la pobreza”. Esta situación se ha observado igualmente en algunos países de América Latina: “En un estudio se estimó que debido a la declinación de las tasas de fecundidad en el Brasil, el crecimiento anual del PIB per cápita había aumentado en 0,7 puntos porcentuales. México y otros países de América Latina han registrado efectos similares”. (UNFPA, 2004a).

Diversos estudios muestran que las causalidades entre estos fenómenos operan en dos sentidos. De una parte, las condiciones de pobreza determinan dinámicas demográficas que se expresan en más altas tasas de fecundidad, especialmente no deseada, y mayores niveles de mortalidad infantil y materna. De otra, las condiciones demográficas propician las situaciones de pobreza (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002). Se trata de una trampa o círculo vicioso, que perpetúa la pobreza.

Los altos niveles de fecundidad, al estar asociados con menores tasas de crecimiento económico, dificultan la reducción de la pobreza, y tienden a acentuar la concentración del ingreso. De esta forma, la pobreza no es solo una causa de las altas tasas de fecundidad, sino que a su vez, por lo menos una parte del comportamiento reproductivo de los pobres, tiene origen en sus condiciones de pobreza. Aunque no hay consenso entre los estudiosos sobre el tema en la especificación de los determinantes causales, especialmente respecto a las relaciones entre el comportamiento demográfico individual y de los hogares y la pobreza, donde sí lo hay es en que los esfuerzos de reducción de este fenómeno y de disminución de las tasas de crecimiento demográfico se refuerzan mutuamente (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002)²⁴.

La información sobre Colombia, proveniente de la última Encuesta sobre Demografía y Salud²⁵, constata diferencias significativas en los niveles de la fecundidad asociadas con las condiciones socioeconómicas. Un primer acercamiento a esta cuestión se obtiene en la comprobación de diferenciales en las tasas de fecundidad, que son sistemáticamente mayores en los grupos con peores condiciones de vida (Cuadro 1)²⁶. Las tasas de las mujeres de las zonas rurales son 1.6 veces superiores a las de las zonas urbanas. Y las de los niveles más bajos de las clasificaciones por nivel educativo y el índice de riqueza son 3,2 y de 2,9 veces mayores a las de los niveles con mejores condiciones. Las diferencias corresponden a las que existen entre países con muy diversos grados de desarrollo. La tasa de fecundidad de las mujeres sin educación es superior a la de Haití. Y la de las mujeres con mayor nivel educativo es inferior a la del promedio de los países más desarrollados y corresponde a la de Suiza²⁷.

Las mujeres sin educación tienen 3 hijos más que las que alcanzan educación universitaria y las que se encuentran en el nivel inferior del índice de riqueza tienen, en promedio, 2.7 hijos más que las del estrato superior. A conclusiones similares se llega a través de otros indicadores como el promedio de hijos nacidos vivos en las mujeres al final de su periodo reproductivo y el porcentaje de embarazadas (cuadro 1)²⁸.

Se observan igualmente desigualdades importantes en la edad de iniciación reproductiva y la frecuencia de embarazo en mujeres adolescentes con menores

²⁴ En Martine, Hakkert y Guzmán (2002) se encuentran referencias a estudios sobre estos temas dentro de los cuales está el Informe del Symposium de Bellagio y el estudio de Eastwood y Lipton (1999) sobre 45 países en desarrollo. Ese informe, en cita de los autores, señala que "...despite continuing concern that household poverty is a cause more than a consequence of high fertility, or that poverty and high fertility are not causally related, but jointly determined...theory and improved and expanded empirical efforts increasingly support the likelihood that at least some portion of high fertility of poor parents is contributing to their and their children's poverty".

²⁵ Profamilia, 2005.

²⁶ Los cuadros estadísticos se encuentran en el Anexo 1.

²⁷ UNFPA, 2005.

²⁸ Estas estadísticas y las comentadas en los párrafos siguientes provienen de Profamilia 2005.

niveles educativos, en posiciones inferiores de la escala de niveles de vida y de la zona rural (cuadros 2 y 3). En las mujeres de 25 a 29 años la edad mediana en que tuvieron el primer alumbramiento fue de 19,4 años, dentro del nivel inferior del índice de riqueza y de 27,6 años para las que estaban en el nivel superior de este índice. Mientras se observa cada vez un mayor aplazamiento en la edad del primer nacimiento en el estrato superior, las condiciones se mantienen en el inferior dentro de los distintos grupos de edad.

La proporción de madres adolescentes es de 7.4% en las mujeres con educación universitaria y de 36,6%, 5 veces superior, en las que no han tenido educación. Y la proporción de madres adolescentes en la posición inferior del índice de riqueza (25.2%) supera en tres veces la que ocurre en el estrato superior de riqueza (8.5%).

Estas cifras apoyan las posiciones que explican el descenso de la fecundidad por la mayor autonomía de las familias y en especial de las mujeres (Sen, 2000)²⁹. Los avances en la educación y la inserción laboral femenina con llevan transformaciones en las valoraciones y preferencias sociales, y cuando existen mejoras en la información y acceso libre a los servicios de control de la natalidad dan lugar al cambio demográfico. El mayor poder de decisión y avance en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos poseen un valor intrínseco y, además, con llevan consecuencias benéficas sobre el desarrollo económico, la equidad y otras dimensiones del nivel de vida.

Las capacidades de decisión sobre el número de hijos se expresan en las posibilidades de acceso a los métodos de planificación familiar, donde se encuentran igualmente desigualdades asociadas con las condiciones económicas, sociales y culturales. A nivel mundial la utilización de anticonceptivos varía en función de los niveles de ingreso y educación, del grupo étnico y de la extensión de los programas de planificación familiar. El uso de métodos anticonceptivos modernos es más común entre las mujeres más ricas que las pobres en casi todos los países, y la diferencia es especialmente pronunciada en los países más pobres. En África las mujeres en condiciones económicas más favorables tienen probabilidades cuatro veces superiores de utilizar anticonceptivos que las más pobres, y en algunos países, doce veces (UNFPA, 2005).

En Colombia aunque ha habido un avance importante en el uso de métodos anticonceptivos entre 1990 y 2005, especialmente en las zonas rurales y las mujeres con más bajas condiciones socioeconómicas (Cuadro 4), se mantienen diferencias significativas entre las poblaciones por su nivel de educación y su posición en

²⁹“En la concepción del ‘desarrollo como libertad’, la solución al problema del crecimiento demográfico (al igual que la solución de otros muchos problemas sociales y económicos) será la expansión de la libertad de los individuos cuyos intereses resultan más afectados por la excesiva procreación y crianza, en particular, la libertad de las mujeres jóvenes.”(Sen, 2000)

el índice de riqueza³⁰: 57% de las mujeres unidas sin educación usan un método moderno de planificación familiar, mientras que lo hacen 68% dentro de las que tienen educación superior. Los porcentajes son de 60% y 72% para las mujeres del nivel más bajo y más alto del índice de riqueza, respectivamente (cuadro 5).

La circunstancia está relacionada con las desigualdades existentes en las necesidades insatisfechas de planificación familiar. La proporción de mujeres unidas sin nivel educativo en esa situación (12.2%) es 3.3 veces mayor que la de las que tienen nivel universitario (3.7%), y la proporción de necesidades insatisfechas de las del nivel más bajo del índice de riqueza (10.6%) es casi 5 veces mayor que el de las del nivel superior (2.2%; cuadro 6).

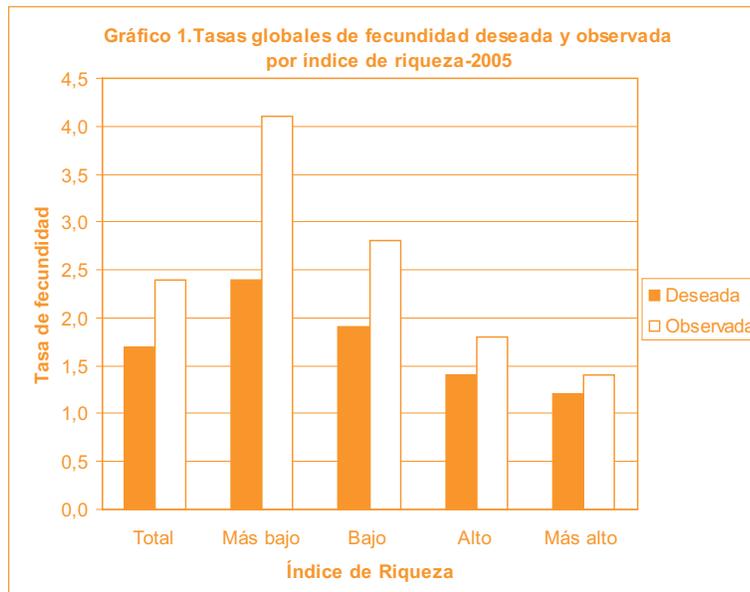
Un elemento adicional que ayuda a explicar estos resultados se encuentra en las diferencias entre las tasas de fecundidad observada y la deseada, como expresión aproximada de la fecundidad no deseada (Hakkert, Working Papers Series CST/ LAC, NO. 22.), que son superiores en los estratos más bajos del índice de riqueza. Según la encuesta de demografía y salud de 2005 las mujeres de nivel más bajo en este índice tienen 1,7 hijos más en promedio que los que declaran como valor deseado (70% de diferencia). En contraste la brecha entre la fecundidad observada y la deseada en el nivel superior del índice es de 0,2 hijos (17% de diferencia; gráfico 1). Esta situación, común en los países latinoamericanos, guarda relación con otros indicadores de preferencia de la fecundidad (Hakkert, Working Papers Series CST/ LAC, NO. 22.)³¹, y puede interpretarse como una expresión de que las limitaciones para decidir libremente el número de hijos son mayores a medida que el nivel socioeconómico de las mujeres sea más bajo. Corresponde igualmente con una alta proporción de nacimientos no deseados o inoportunos, situación que según la encuesta de Demografía y Salud de 2005 abarca más de la mitad (54%), de los nacimientos de los últimos 5 años (incluyendo las embarazadas en el momento de la entrevista).

De los nacimientos que comprende este porcentaje una mitad fueron inoportunos, es decir ocurrieron adelantados al momento en que se hubieran querido tener, y la otra eran completamente indeseados. Entre 2000 y 2005, la proporción de nacimientos abiertamente no deseados aumentó de 23 a 27%³².

³⁰ El índice de riqueza ha sido elaborado para dar cuenta de la estratificación socioeconómica de los hogares con las encuestas sobre Demografía y Salud. Fue construido, utilizando métodos estadísticos multivariados, con base en variables relativas a las dotaciones y activos de los hogares.

³¹ En este trabajo se anota comentando información sobre 8 países de América Latina proveniente de encuestas realizadas entre 1995 y 1998: "Se argumenta comúnmente que las preferencias de fecundidad no varían marcadamente por estrato social, pero como el acceso a medios para convertir estas intenciones en resultados sí varía fuertemente por niveles de pobreza y otras variables de estratificación, los pobres enfrentan una brecha de fecundidad mucho mayor que los ricos."

³² Profamilia, 2005.



Entre departamentos y regiones existen también diferencias importantes en los diferentes indicadores de fecundidad (Ruiz, Florez et al., 2006), que están vinculadas posiblemente con factores culturales y diferentes grados de penetración de los programas de planificación familiar y educación sexual.

Se destaca igualmente que no todas las disparidades en la fecundidad entre grupos poblacionales son claramente atribuibles a la fecundidad no deseada. Las mujeres de los estratos con menores niveles de vida en Colombia, en oposición con lo que sucede en países como Bolivia, Brasil y Perú (Hakkert, Working Papers Series CST/LAC, NO. 22.), tienden a desear, en promedio, dos veces más hijos que las de los estratos superiores (2.4 frente a 1,2 en el estrato superior; Gráfico 1, cuadro 7). La situación puede corresponder con limitaciones de información o con motivaciones propias de sus proyectos de vida o de sus lógicas de acción. Se trata, sin embargo, de circunstancias que se modifican en el tiempo en tanto se mantengan los avances en la extensión de la educación y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, y que pueden ser afectadas a través de políticas tendientes a fortalecer las capacidades de decisión de las mujeres. Sobre esta base es razonable postular que las distancias en torno al número de hijos deseados entre distintos estratos sociales se irán haciendo menores.

La disminución de las tasas de fecundidad ha dado lugar a un menor ritmo de crecimiento de la población y junto con el descenso de la mortalidad, especialmente la infantil, ha abierto una "oportunidad demográfica" favorable a la disminución de la pobreza y para el crecimiento económico. Los cambios en las estructuras de edad conllevan, sin embargo, un aumento progresivo del número de mujeres en edad

reproductiva, con lo cual el crecimiento inercial de la población (dependiente de esta variable), adquiere un peso preponderante respecto al aumento de la población que es explicado por las tasas de fecundidad y mortalidad independientemente de la estructura etaria (componente intrínseco). Para el período 2000-2005, la tasa efectiva anual de crecimiento para Colombia se calculó en 1.59%, siendo la tasa implícita de 0.73% y la inercial de 0,86%. Esto implica que, en el caso de que la fecundidad disminuyera a los niveles deseados actuales, el efecto en el crecimiento de la población podría no ser considerable (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002)³³. No obstante, con la modificación de las expectativas individuales sobre el número de hijos, especialmente entre los pobres, el efecto sería apreciable.

De otra parte, las asociaciones empíricas mencionadas llevan a hacer algunas aclaraciones sobre el concepto de pobreza y su relación con los derechos sexuales y reproductivos. La pobreza, medida por el método de los ingresos, no da cuenta apropiadamente de carencias en las capacidades básicas referidas a las dimensiones implicadas en estos derechos, ya que su ejercicio no depende únicamente de los ingresos corrientes, sino también de factores como las limitaciones en el acceso a la información y a los programas de planificación familiar, la falta de educación y de mecanismos de participación. Si se considera que las privaciones en estas capacidades son parte constitutiva de la pobreza, el análisis de la incidencia de la pobreza por ese método y los indicadores sobre posibilidades de decisión en el campo de los derechos humanos referentes a la salud sexual y reproductiva muestra las interdependencias entre dos facetas de la falta de capacidades³⁴.

³³“Demographers distinguish the effective growth rate, as observed by comparing population sizes at different times, from the intrinsic growth rate. The latter, which is the more important concept from the viewpoint of gauging the impact of population programmes, refers to the growth rate implicit in current fertility and mortality levels, independently of current age structures. The difference between the two is known as demographic inertia, i.e. the tendency of populations to maintain the growth rates of the past, due to inherited age structures, even after fertility patterns have already changed considerably... As for demographic inertia, the important thing is that very little can be done about it. In the course of about 50-100 years, it will disappear and effective growth rates will approach their intrinsic values. Until then, the continued growth of population is already implicit in the present population age structure, conditioned by the inexorable increase in the number of women of reproductive age, as the youngest cohorts gradually make their way into early adulthood... In short, fertility trends in the LAC region have evolved to the point where there is little to be gained by population control policies aimed at the implementation of individual fertility desires. The remaining population growth is mainly due to two underlying causes: 1. Demographic inertia, which is not amenable to any policy intervention within the bounds of moral and political acceptability; and 2. Individual aspirations. Although more can and should be done to act on the second component, most of the processes which will contribute to its transformation are implicit in the development process itself.” (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002).

³⁴“Los enfoques de pobreza centrados en capacidades y de participación resultan relevantes para conceptualizar la pobreza en su vinculación con la salud sexual y reproductiva. Para UNFPA, incorporar esas perspectivas significa poner el acento en el logro de auto-realizaciones humanas y la toma de decisiones considerando el rol de las personas como actores políticos y ciudadanos en las sociedades en que viven... Para medir la pobreza desde la salud sexual y reproductiva habría que crear instrumentos para conocer cómo opera la carencia de funcionamientos (realizaciones) como resultado de la insuficiencia de bienes, recursos y servicios de salud. Aunque este instrumento aún está por realizarse deberán considerarse, muy especialmente, las opiniones de los(as) usuarios de los servicios, si es que se desea que las propuestas sean inclusivas y que tomen en cuenta las voces de los pobres. En la actualidad ninguno de los métodos para medir la pobreza (LP, NBI, CNSE, CNA) consideran dimensiones de la salud sexual y reproductiva.” (Arilla, Franco y Child, 2004).

1.3.2. Estructura de la población y pobreza.

Las desigualdades en las tasas de fecundidad, unidas a las que tienen lugar en torno a la mortalidad, producen una diferenciación demográfica entre grupos de distintas condiciones socioeconómicas. A las circunstancias de desventaja de los pobres en factores como el acceso a activos, educación y niveles de ingresos se unen las de su situación demográfica, que conspiran para que mantengan su situación. Se trata de una inequidad demográfica (CEPAL, 1993), ya que los resultados de sus mayores niveles de fecundidad, como la composición por edades y el tamaño de los hogares, les dificultan mejorar sus condiciones de vida.

Una expresión de la inequidad demográfica en Colombia se encuentra en la composición etaria de los pobres. Las discrepancias entre las pirámides de población para los años 1996, 2000 y 2004 entre la población pobre, indigente (pobres extremos), y no pobre muestra el efecto diferencial del proceso de transición demográfica para estos grupos (gráficos 2).

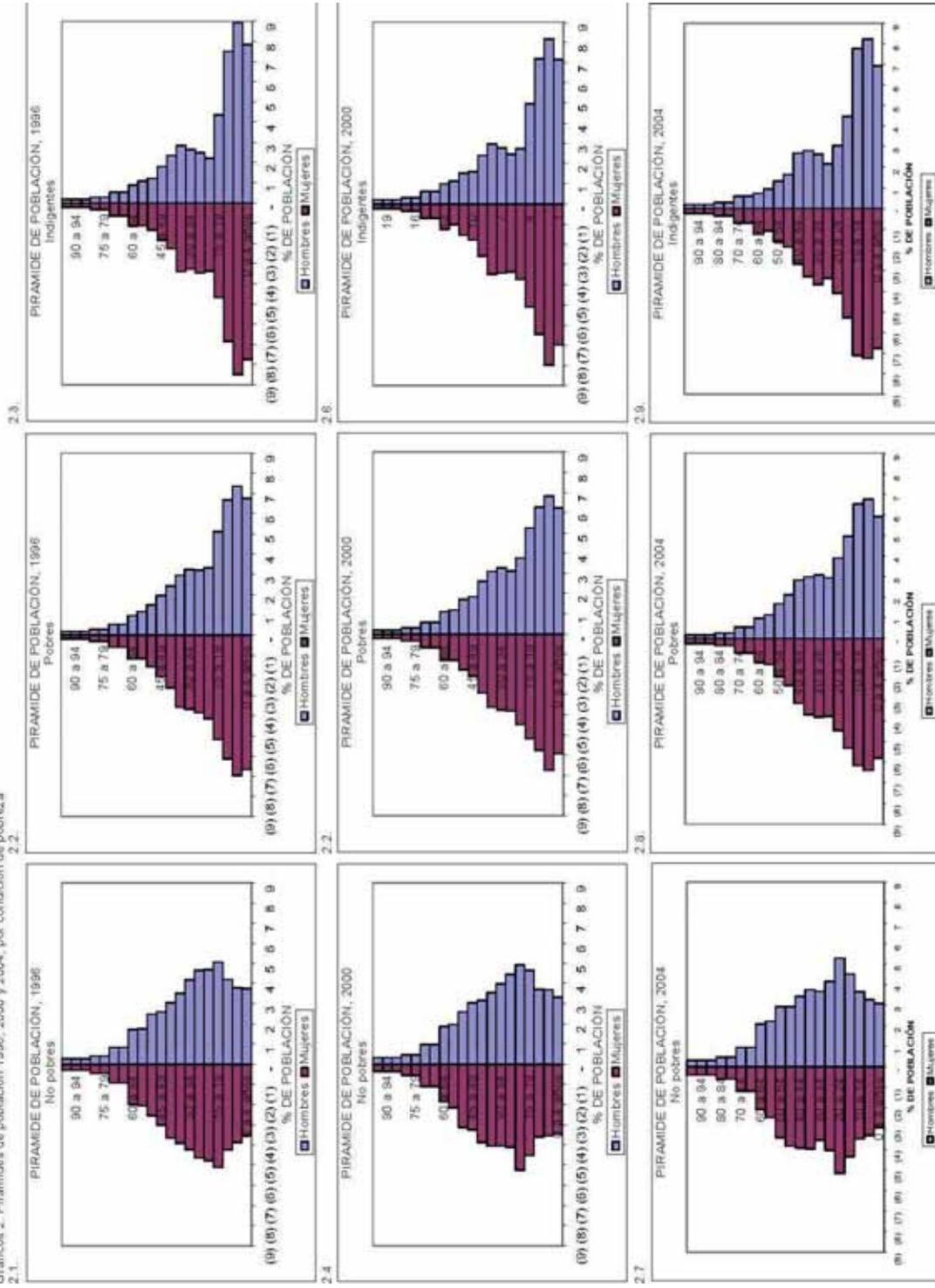
Las notables diferencias entre las estructuras poblacionales de los dos grupos expresan el "rezago demográfico" de los indigentes y pobres respecto a los no pobres. Entre los indigentes, por ejemplo, en 2004, el 13.7% de su población era menor a 5 años y entre la población de los no pobres esa proporción era de 6%.

En el otro extremo de la pirámide poblacional el 5,2% de los primeros tenía más de 65 años, y entre los segundos el 8.5% se encontraba en ese grupo de edad. Durante el período comprendido entre 1996 y 2004 en ambos segmentos se constatan disminuciones en las participaciones de los menores a 15 años y aumentos en los mayores a 60. No obstante, el mayor dinamismo en el cambio entre los no-pobres lleva a que las distancias aumenten. Mientras que la proporción de menores de 15 años disminuye 15% entre ellos, lo hace en 7,5% entre los pobres, y mientras que entre los primeros la participación de las personas de 60 y más años aumenta en 18%, entre los segundos lo hace en 7%.

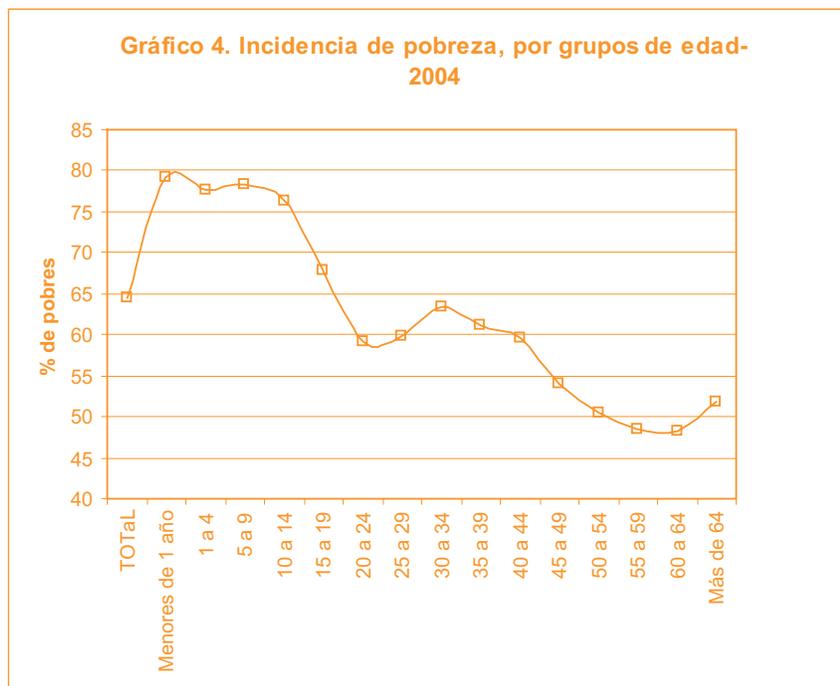
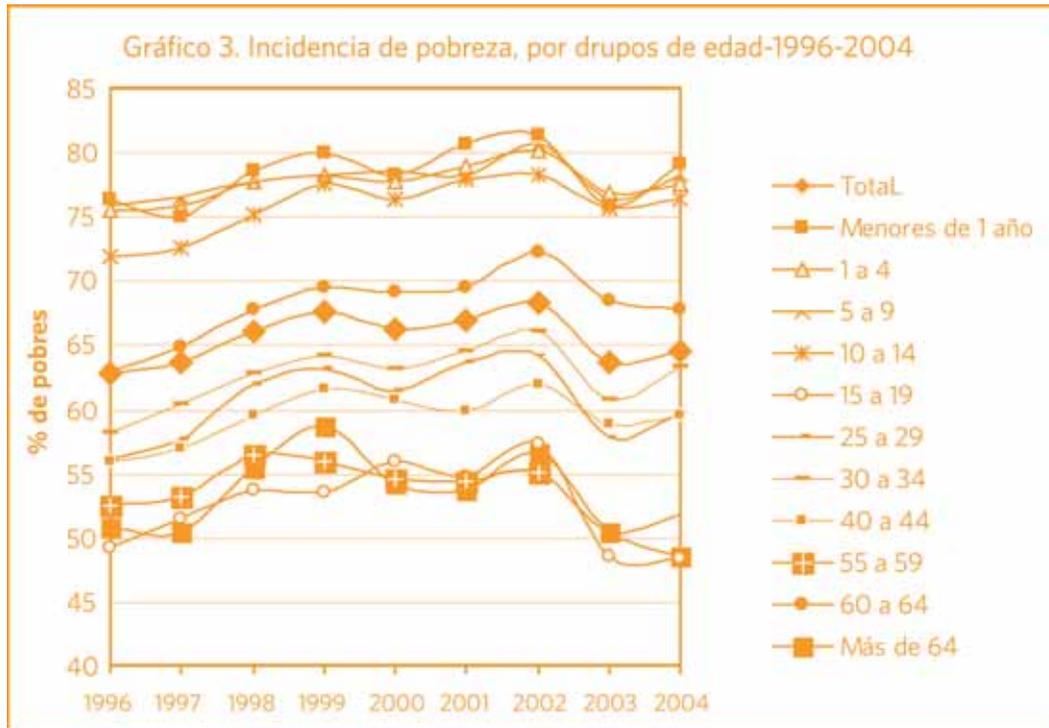
Esta disparidad en las estructuras y dinámicas demográficas es una manifestación de las inequidades sociales, que operan en una doble vía. De una parte, a través de las diferencias en los niveles de fecundidad, que expresan diferencias en las capacidades de decisión sobre el número de hijos, y de otra, por medio de una sobremortalidad en los pobres, con más bajas esperanzas de vida.

Otra conocida expresión de esta situación se encuentra en la asociación negativa entre la incidencia de pobreza y la edad: a medida que la población es más joven, la

Gráficos 2. Pirámides de población 1996, 2000 y 2004, por condición de pobreza



FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DAANE



incidencia de la pobreza tiende a ser mayor. Los menores de 20 años tienen siempre una proporción de pobreza superior a la promedio, siendo especialmente elevada entre los menores de 10 años (Cuadro 8 y gráficos 3 a 5). Resultados semejantes se observan en las medidas de pobreza según el enfoque de necesidades básicas insatisfechas (NBI; DANE 1989).



Un acercamiento al efecto que tiene la evolución de la estructura por edad de la población se obtiene calculando las incidencias de pobreza, medidas por el método de los ingresos, manteniendo constantes las estructuras atareas de la población, sin modificar las otras variables (*ceteris paribus*; Cuadro 9 y gráfico 6).

Con este recurso simple se observa que si la estructura poblacional no se hubiera modificado desde 1996, la pobreza sería en 2004 superior en 0.82 puntos porcentuales a la observada. Esta cifra da una idea de la dirección y la magnitud del efecto directo del cambio demográfico sobre los niveles de pobreza. El "aporte" de la transición demográfica es reducido frente a la magnitud del fenómeno, pero representa, dentro de la trayectoria de la pobreza entre estos años (aumento en 1.7 puntos porcentuales), el 48% de su variación. Es decir que sin este factor la incidencia de la pobreza hubiera aumentado casi en 50% más.



Dentro de las condiciones individuales y de las familias que explican cómo las más elevadas tasas de fecundidad de los pobres y los tamaños mayores de sus hogares (como se ilustra en el numeral siguiente, para el caso colombiano), operan para generar y reproducir la pobreza, se destacan las siguientes (UNFPA, 2004a):

- Las familias más pequeñas distribuyen el ingreso entre menor cantidad de personas y, por ende, aumenta el ingreso medio per cápita. Una familia de cierto tamaño tal vez esté por debajo del límite de pobreza, pero si tuviera un miembro menos, podría elevarse por encima del límite de pobreza.
- Cuando es menor el número de embarazos, también se reducen las tasas de mortalidad y morbilidad de las madres y a menudo esto redundo en mayor educación y más oportunidades económicas para la mujer. La muerte o la discapacidad de una madre pueden empujar a una familia hacia la pobreza. La capacidad de la madre para obtener un ingreso puede rescatar a la familia de la pobreza.
- Las altas tasas de fecundidad perjudican la educación de los hijos, especialmente de las niñas. Las familias más numerosas tienen menores recursos que invertir en la educación de cada hijo. Además, el embarazo precoz interrumpe la educación de la joven y en las familias numerosas, las madres suelen retirar a las hijas de la escuela para que ayuden a cuidar a sus hermanos. Lo frecuente es que el menor nivel educacional redunde en mayor pobreza para la familia y también en la transmisión de la pobreza a las generaciones sucesivas.
- Las familias donde las tasas de fecundidad son menores están en mejores condiciones de efectuar inversiones en la salud de cada

hijo y de proporcionar a todos sus hijos una nutrición adecuada. La desnutrición redonda en perturbación del crecimiento, subdesarrollo del cerebro y una consecuente imposibilidad de llegar a altos niveles de productividad en la fuerza laboral.

Según la CEPAL, el predominio de patrones de reproducción de alta fecundidad en los estratos pobres constituye, por sí solo, un elemento que fomenta la transmisión intergeneracional de la pobreza. En las familias pobres, con gran número de hijos la atención de cada hijo en salud, nutrición y educación es escasa; esto lo pone en desventaja para acceder satisfactoriamente, en su edad adulta, al mercado laboral. Tiende a quedar atrapado en la misma condición de pobreza de sus padres. Todo ello implica que, en una perspectiva temporal, al facilitar las decisiones individuales sobre los patrones reproductivos se ayudará directa y favorablemente a superar la inequidad en su acepción socioeconómica más amplia (CEPAL, 1992).

1.3.3. Tamaño y estructura de los hogares, relación con la pobreza y la equidad

Las inequidades demográficas se manifiestan igualmente en otras situaciones de los hogares como su tamaño (número de miembros), y presencia de niños y jóvenes (menores de 18 años). Los hogares no pobres tienen menos personas que los pobres y éstos menos que los indigentes (cuadro 10 y gráfico 7). En todos los grupos según su condición de pobreza se encuentra una disminución continua de las personas promedio por hogar entre 1996 y 2004. La presencia de menores de 5 y 18 años marca diferencias importantes en las incidencias de la pobreza (cuadro 11, Gráficos 8 y 9). Los hogares con dos menores de 5 años tienen, en los años analizados, proporciones de pobres superiores al 80%, y los que poseen tres o más menores de más del 90%. Circunstancias como estas demuestran las grandes desventajas de los hogares para la crianza de los niños y para llevar niveles dignos de vida. También las limitaciones para el ejercicio prioritario de los derechos de los niños.

Gráfico 7. Personas por hogar, según condición de pobreza e indigencia- 1996-2004

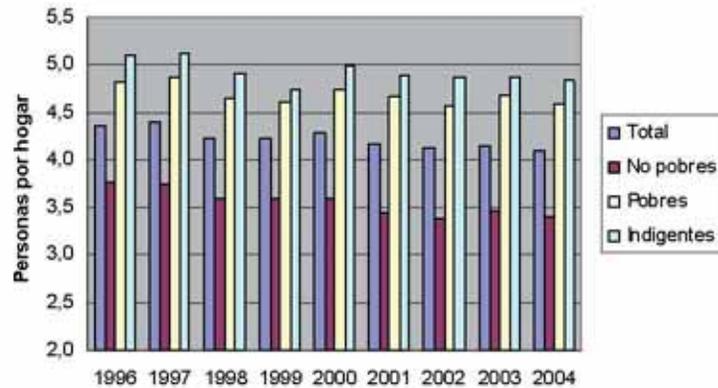
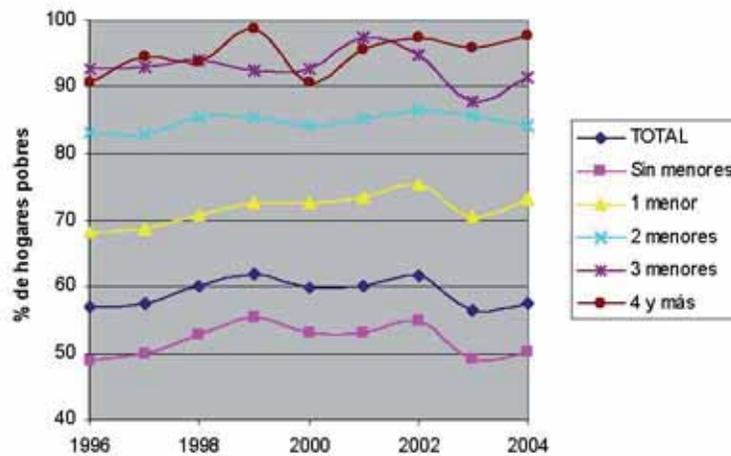
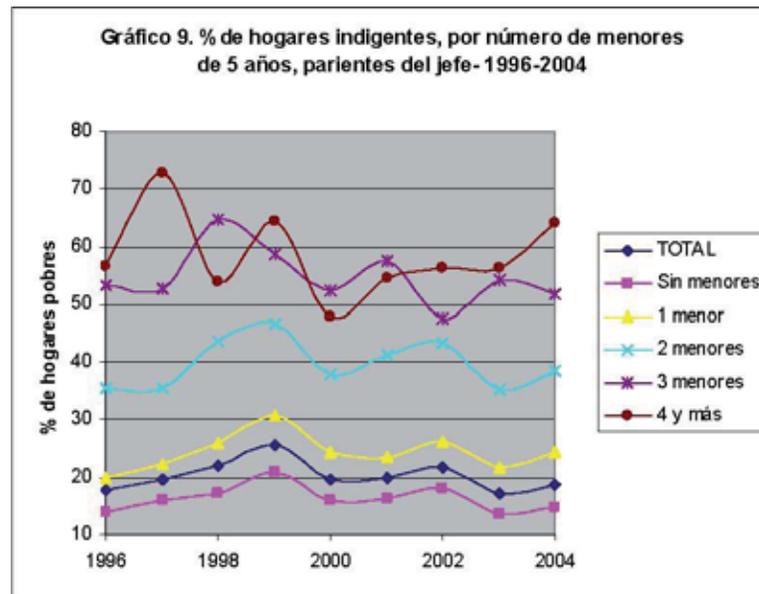


Gráfico 8. % de hogares pobres, por número de menores de 5 años, parientes del jefe- 1996-2004



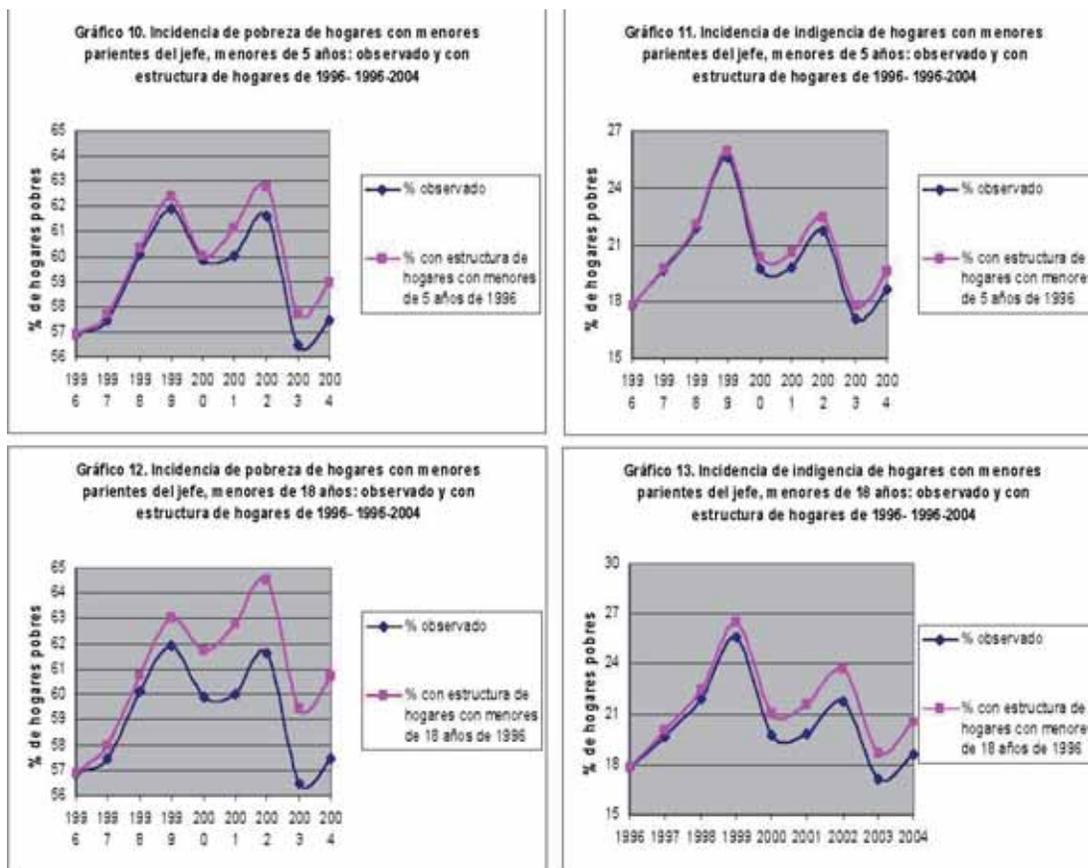


El efecto de los cambios de estas variables sobre la pobreza ha sido estimado con distintos procedimientos. En un ejercicio de simulación sobre los años 1996 a 2000 (Núñez, 2005), se encontró que a pesar del incremento de la incidencia de la pobreza durante estos años, el tamaño de los hogares y los avances educativos contrarrestaron, en parte, la influencia negativa, más decisiva, de los factores laborales (empleo y remuneraciones). El estudio llega a las mismas conclusiones para el período 2000 a 2004, cuando disminuyó la pobreza, aunque en este período actuaron también en un sentido positivo los factores laborales. Para el primer período, en las zonas urbanas, considerando no solo los efectos directos de la reducción del tamaño del hogar, sino también los indirectos en una mayor participación laboral de las mujeres, el aporte de este factor llevó a que la pobreza no aumentara en un punto adicional, es decir en 20% más. Y para el segundo, en estas mismas zonas el efecto fue de 60%. En las zonas rurales la magnitud del efecto de la reducción del tamaño del hogar sobre la medida de pobreza es menor: 8% entre 1996 y 2000.

En una vía complementaria, en un ejercicio de cuantificación sobre las consecuencias de la presencia de niños y jóvenes en los hogares se encontró (Núñez, 2005), que la probabilidad de ser pobre se incrementa en 18% por cada niño menor de 12 años que tenga el hogar. Y con un método diferente, que no considera modificaciones en otras variables, se encontró, para el período 1996-2004, que si la estructura (participación) de los hogares por número de menores de cinco años no se hubiera modificado y todas las otras circunstancias hubieran permanecido iguales, la incidencia de pobreza en 2004 hubiera sido mayor en 1,5 puntos porcentuales y la

indigencia en cerca de 1 punto. Y tomando como referencia el número de menores de 18 años, los incrementos hubieran sido de 3,2 puntos para la medida de pobreza y de 1,9 para la de indigencia (cuadro 12 y gráficos 10 a 13).

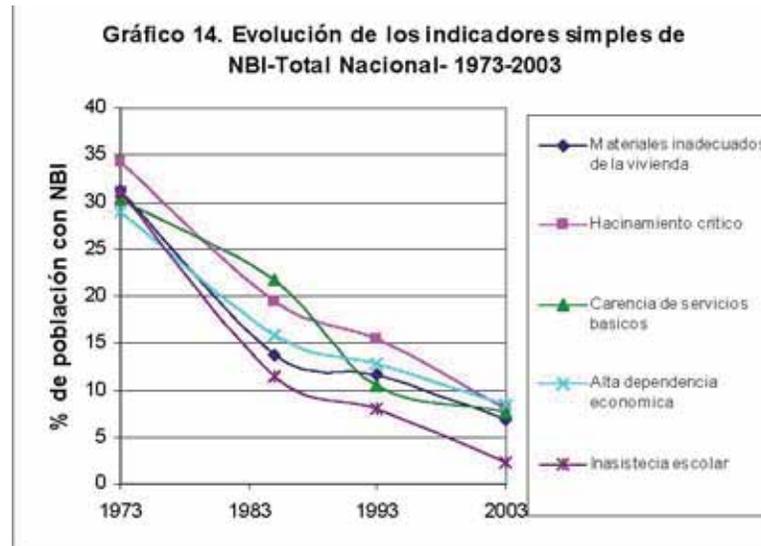
En otra opción metodológica, a través de un ejercicio de corte transversal con la encuesta de calidad de vida de 2003, utilizando un modelo de regresión logístico para explorar determinantes de la pobreza en los hogares, se encontró que la probabilidad de ser pobre aumenta por cada menor de 18 años, en una familia de 5 miembros, en cerca de 20%, y en algo más de 25% en una de 4 miembros³⁵.



La disminución de la proporción de población con NBI observada en Colombia desde 1973 se explica, en buena medida, en razón de la disminución del tamaño de los hogares y de las tasas de dependencia demográfica. Los indicadores de hacinamiento crítico, inasistencia económica y alta dependencia económica, que están incluidos en esta medida de pobreza, se encuentran altamente asociados con las características demográficas de las familias pobres. La reducción de la tasa de fecundidad y la migración rural-urbana han tenido un

³⁵ Los resultados de este modelo, que se comentan posteriormente, se encuentran en el anexo 2.

efecto positivo que sobre la caída del NBI. Hay una relación directa entre la desaceleración del ritmo de crecimiento de la población, la mayor urbanización y la disminución del NBI. La



1.3.4. Pobreza, crecimiento económico y concentración de ingresos

La dinámica demográfica ha sido, en general, favorable a la reducción de la pobreza medida por el método de los ingresos. Sin embargo, el comportamiento del crecimiento económico, del empleo y de la distribución del ingreso ha llevado a que los niveles del fenómeno se mantengan, tanto en su incidencia, como en su intensidad (cuadros 14 y 15 y gráficos 15 y 16)³⁶. Además, en el proceso existen grupos poblacionales que son especialmente propensos (vulnerables), a ser pobres.

³⁶ La información sobre pobreza fue calculada con base en las encuestas nacionales y continuas de hogares (año completo) haciendo correcciones de omisión y subdeclaración de ingresos, utilizando la cuenta de los Hogares de las Cuentas Nacionales. Líneas de pobreza e indigencia, DANE, 1998, con base en Encuesta de Ingresos y gastos de 1994-1995.

Gráfico 15. Incidencia de Pobreza e Indigencia de la población, Total Nacional y por zonas.1996-2004

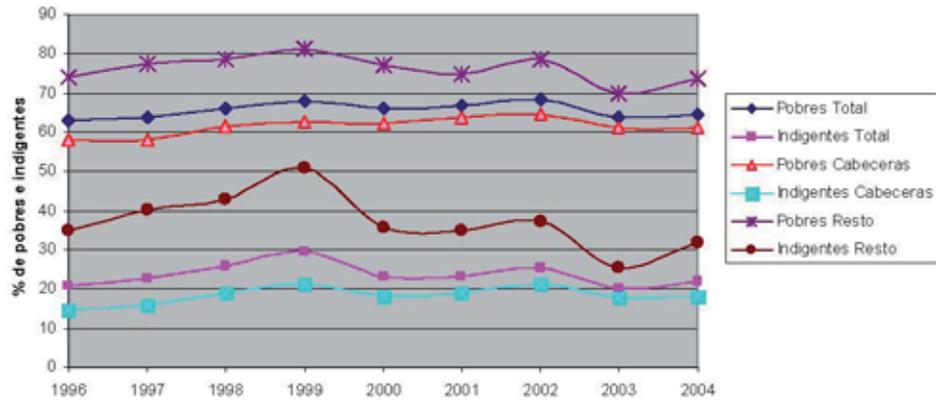
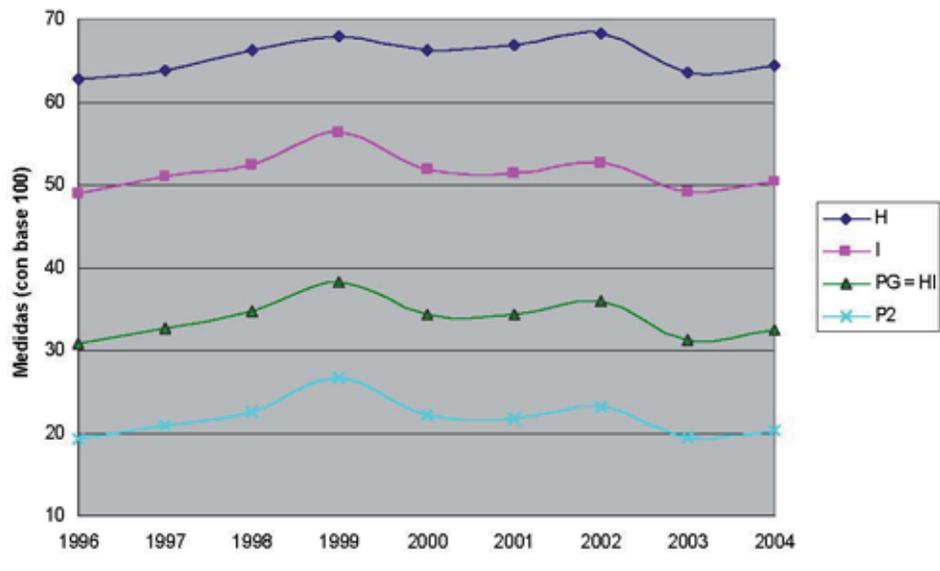
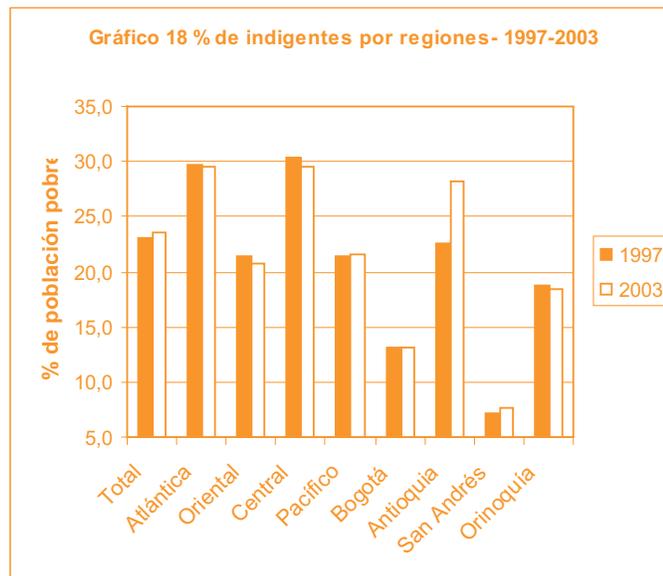
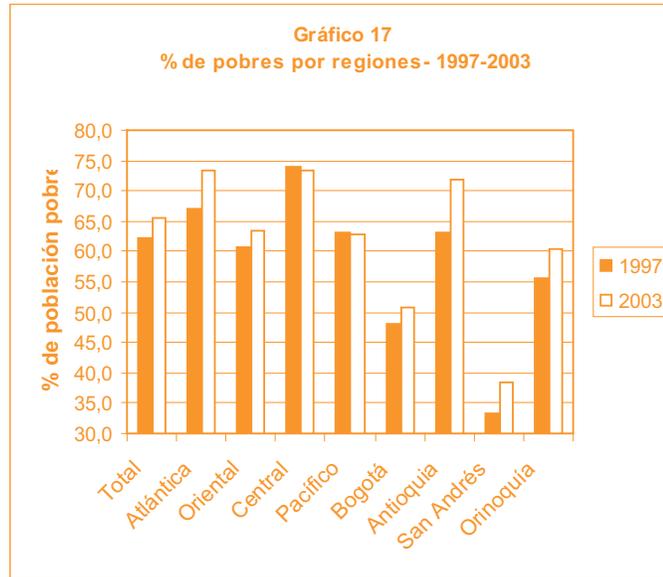


Gráfico 16. Medidas de pobreza-1994-2004

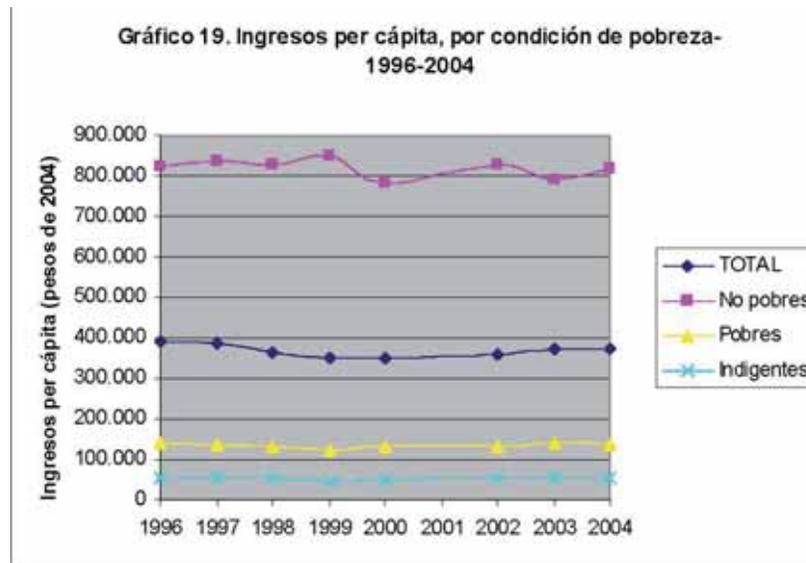


H=INCIDENCIA, I=INTENSIDAD, PG=HI=BRECHA DE POBREZA Y P2=FOSTER-GREER-THORBECKE

Las diferencias en los niveles de pobreza e indigencia por regiones se presentan en el cuadro 16 y los gráficos 17 y 18. Se utiliza información de las encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003.



En los niveles de ingresos per cápita se encuentran diferencias importantes entre los sectores de población clasificados por condición de pobreza e indigencia. Los pobres perciben, en promedio, ingresos casi seis veces inferiores a los de los no pobres, y los de los indigentes son 14 veces inferiores al de aquellos (cuadro 17 y gráfico 19).



Los niveles medios generales del ingreso corriente por habitante disminuyeron 4,2% en términos reales, durante el período, afectando tanto a los pobres como a los no pobres. En los indigentes el ingreso promedio ascendió en 4%. El año 2000 fue el escenario de una baja significativa y generalizada de los ingresos de los hogares. En 2002 hubo una recuperación seguida de un descenso en 2003 y de una nueva alza en 2004, que continuó en 2005, según estimaciones preliminares³⁷.

El estado de concentración del ingreso, medido por el coeficiente de Gini, se ha mantenido a niveles que dentro de los estándares internacionales, y dentro de América Latina, pueden considerarse elevados (Perry et al., 2006, Montealegre y Rivas, 2005, DNP, 2005). No se observa una tendencia clara en el comportamiento de esta medida pero el avance en la redistribución ha sido reducido y puede afirmarse que el estado de la inequidad se mantiene en medio de oscilaciones coyunturales (cuadro 18).

³⁷ Los ingresos reales correspondientes a las remuneraciones salariales disminuyeron durante el período, en términos per cápita, en 6,5%, los clasificados como ganancias (por trabajo independiente) en 5,9%. El descenso mayor tuvo lugar en los imputados por propiedad de vivienda, correspondientes a una proporción de entre 6 y 7% del ingreso de los hogares, que disminuyeron en 20,4%. Los "otros" ingresos (por capital y transferencias) aumentaron en 7,6%.

Gráfico 20. Coeficiente de Gini y PIB per cápita-1996-2004

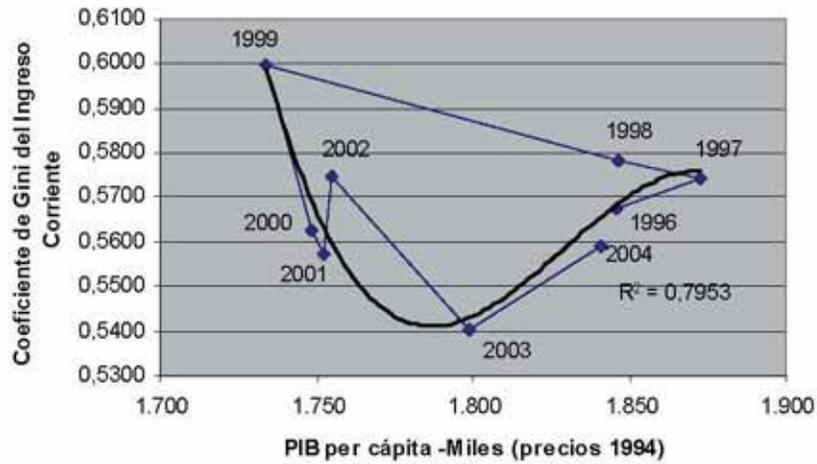


Gráfico 21. Incidencia de pobreza e indigencia y PIB per cápita-1996-2004

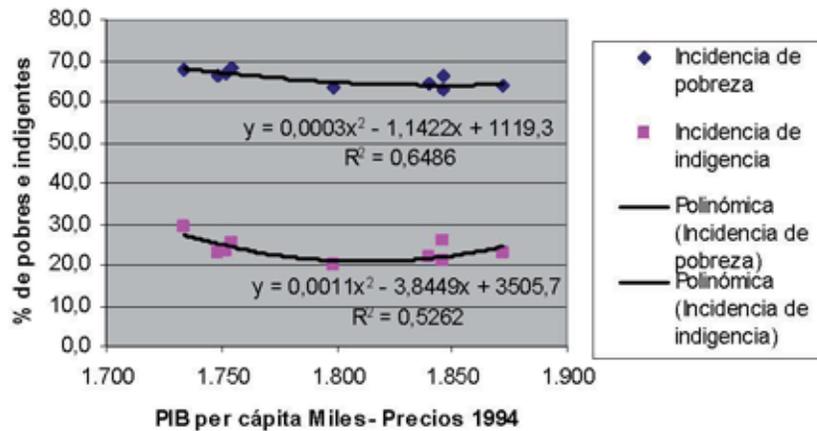


Gráfico 22. Incidencia de pobreza e indigencia y coeficiente de Gini del ingreso corriente per cápita- 1996-2004

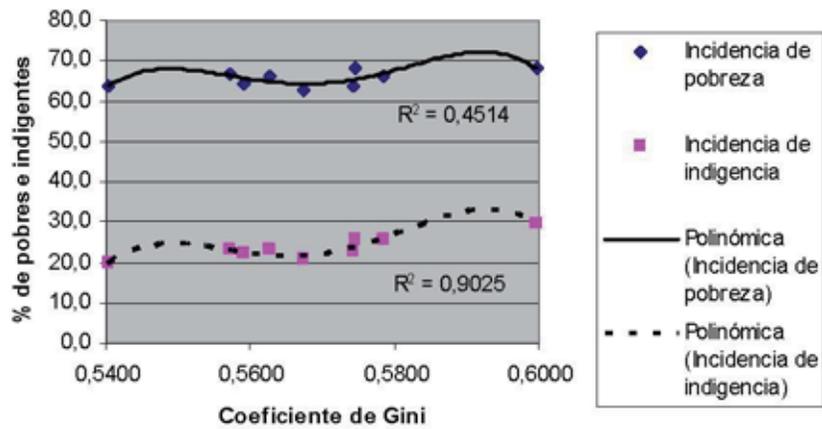
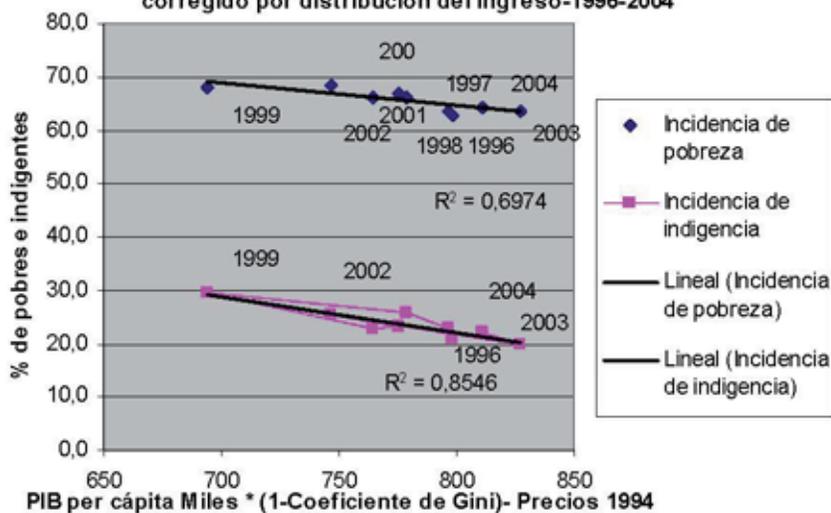


Gráfico 23. Incidencia de pobreza e indigencia y PIB per cápita, corregido por distribución del ingreso-1996-2004



La estructura por edad de la población tiene un efecto sobre las medidas de desigualdad como el coeficiente Gini de los ingresos, pero sus cambios no afectan, por sí mismos, los niveles reales de desigualdad económica. Se ha encontrado una asociación negativa entre la proporción de población joven (menor de 14 años), y el valor de esta medida: a mayor proporción de población joven menor valor del coeficiente. Y, de otra parte, existe evidencia de que las desigualdades en los ingresos son menores entre los más jóvenes y tienden a ser más altas a medida

que avanza la edad. De esta forma, en la fase actual de transición demográfica del país, con la forma usual de calcular el coeficiente, las modificaciones que presenta a través del tiempo pueden estar dando una idea distorsionada sobre la evolución del grado de concentración de los ingresos. La mayor participación de población activa en las edades más jóvenes implica que haya un efecto de la estructura por edades de la población que podría llevar a disminuir la medida de concentración de ingresos (Perry et al., 2006).

La relación entre el desempeño económico, en términos del PIB per cápita, y los valores del coeficiente de Gini, no tiene tendencias definidas, lo que puede expresar la ausencia de una dinámica tendiente a lograr un crecimiento dentro de una perspectiva de una mayor equidad (gráfico 20).

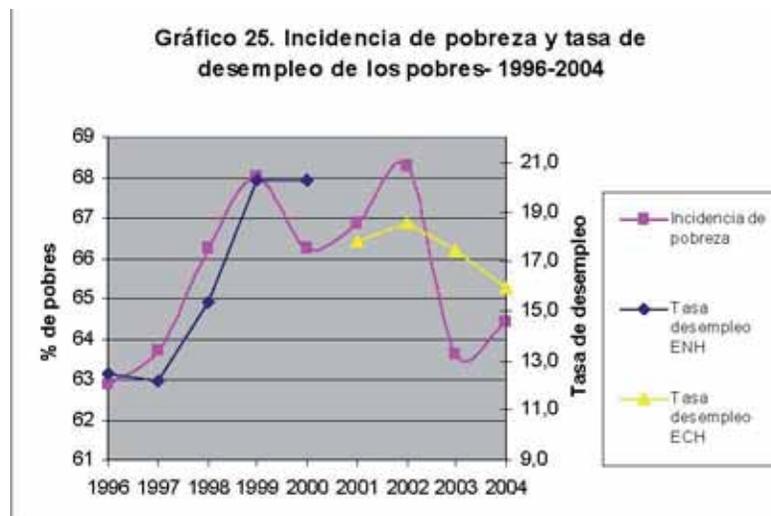
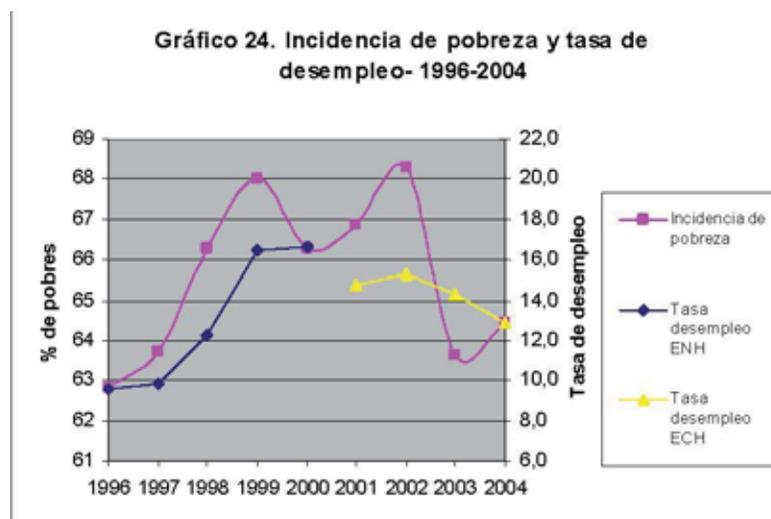
Las variaciones en el PIB per cápita guardan asociación estadística con la evolución de la pobreza, aunque no hay correspondencia lineal entre los niveles de las dos variables. A niveles similares de la incidencia de la pobreza corresponden niveles diferentes del PIB (gráfico 21). Tampoco se encuentra una relación lineal definida entre los valores del coeficiente de Gini y la incidencia de la pobreza (gráfico 22).

Si se relacionan los niveles de la pobreza con el PIB corregido por el coeficiente de Gini (multiplicando el PIB por 1 menos el valor del coeficiente: $1 - \text{Gini}$), utilizando un procedimiento sugerido en las elaboraciones del Índice de Desarrollo Humano, se encuentra una tendencia que es de más clara interpretación. Los aumentos en el PIB per cápita, con mayor redistribución, conducen, en las condiciones del país, a disminuir la pobreza (gráfico 23). Se requiere de los dos componentes, no basta con uno solo, por separado (Sarmiento, González et al., 2005, Perry et al., 2006).

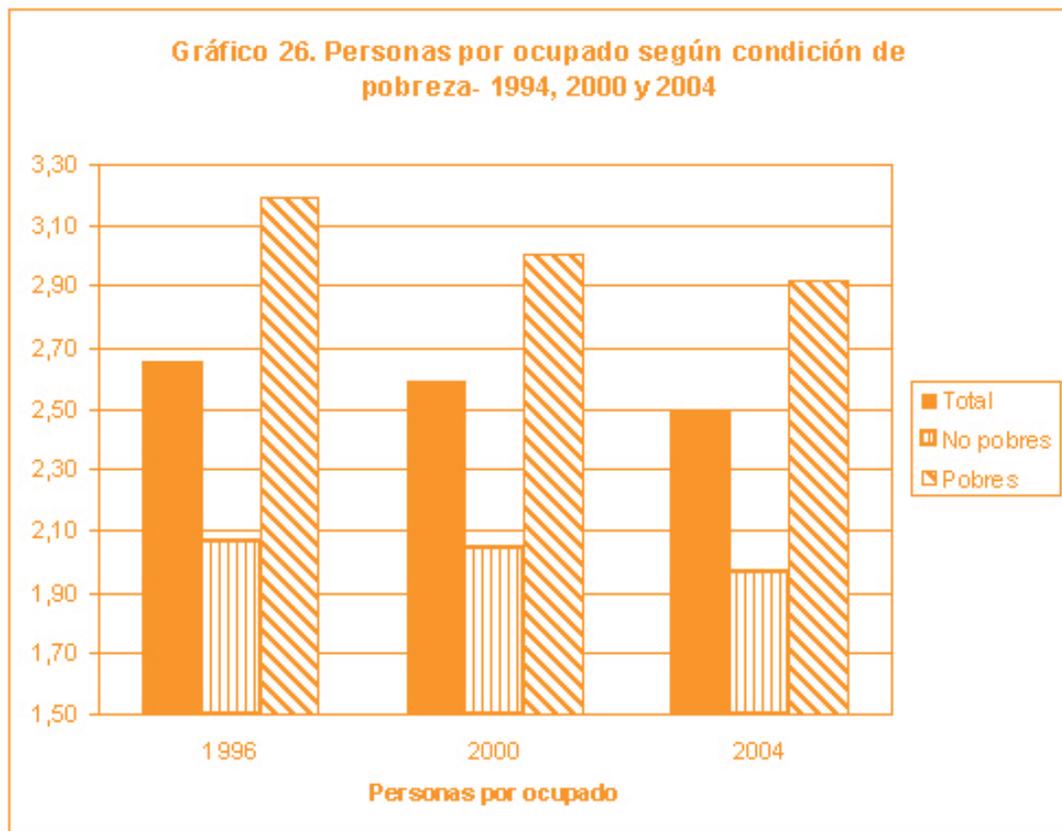
En análisis sobre el período 1996-2004 se ha llegado a determinar que en dos de los tres años en los cuales hubo crecimiento económico tuvo lugar una redistribución del ingreso favorable a los pobres. Y dentro de los cuatro en que hubo decrecimiento sólo en un año los pobres se lesionan menos que proporcionalmente. El estudio concluye que "se hace necesario un esfuerzo explícito a favor de políticas de crecimiento que favorezcan la distribución. Hay trampa de pobreza porque el crecimiento no ha estado acompañado de claras políticas redistributivas. En particular estrategias dirigidas a mejorar el acceso a activos como tierra, capital, crédito y educación para los más pobres. Si se quiere seriamente disminuir la pobreza es indispensable que el crecimiento esté acompañado de una mejor distribución de la riqueza. Políticas orientadas a hacer más equitativo el sistema tributario (renta, predial, plusvalías urbanas, etc.), son una exigencia clara para lograr simultáneamente una mejora del crecimiento y la equidad." (Sarmiento, González et al., 2005).

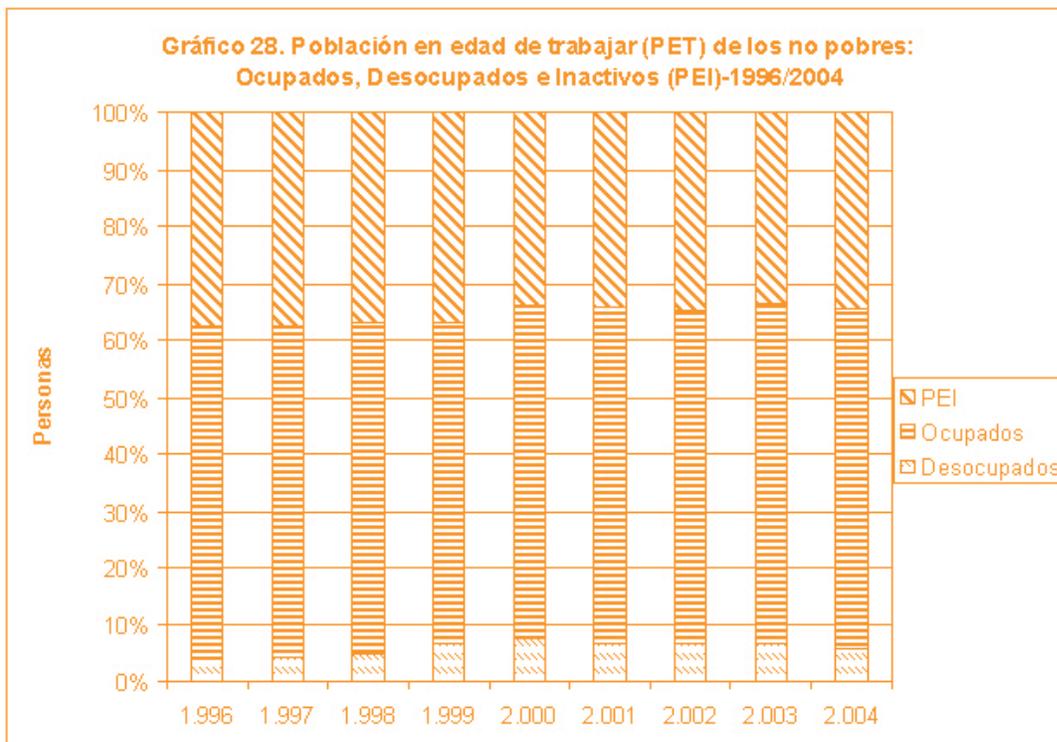
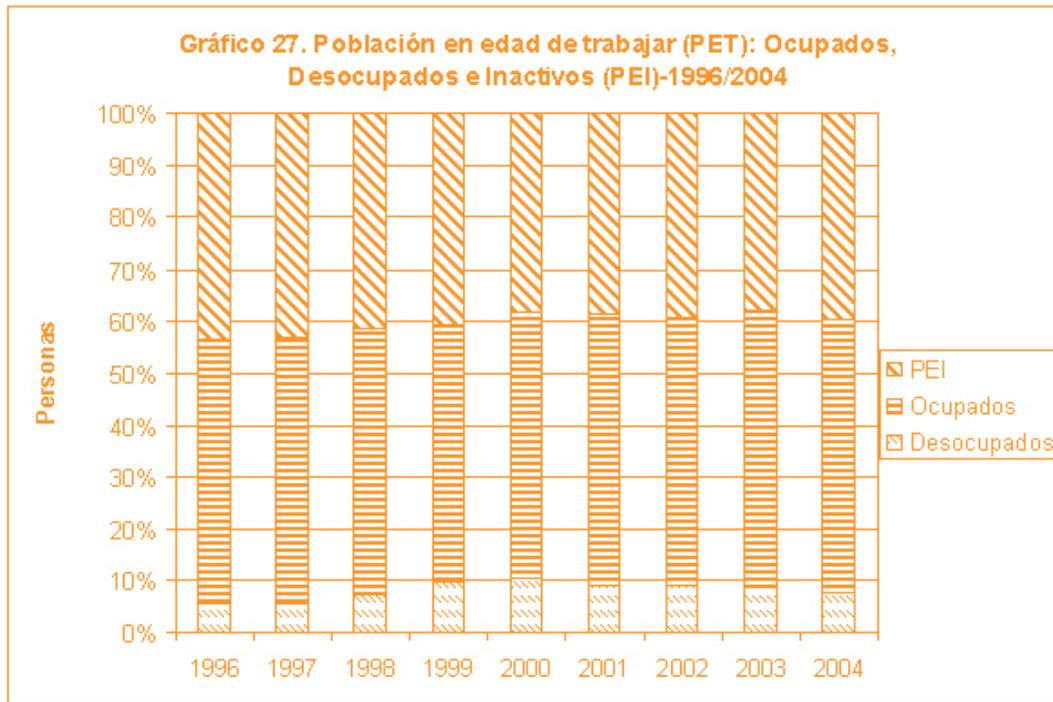
1.3.5. Mercado de trabajo, dinámica poblacional y pobreza

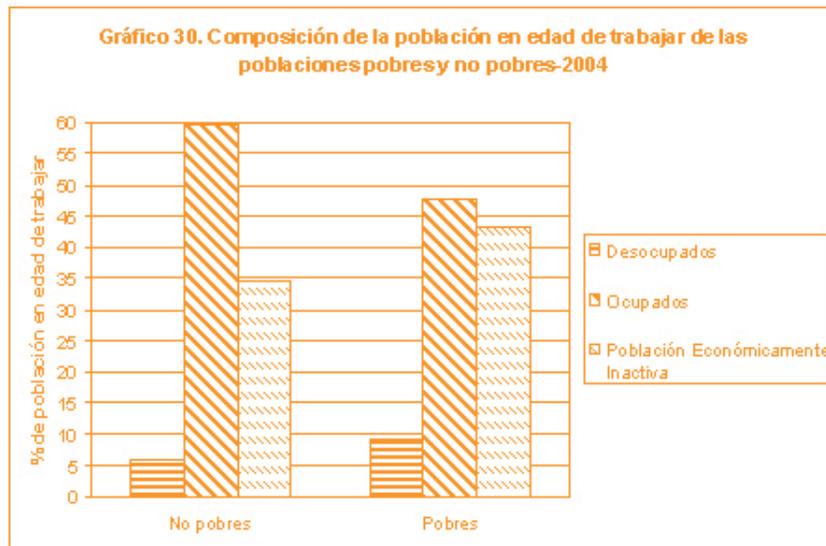
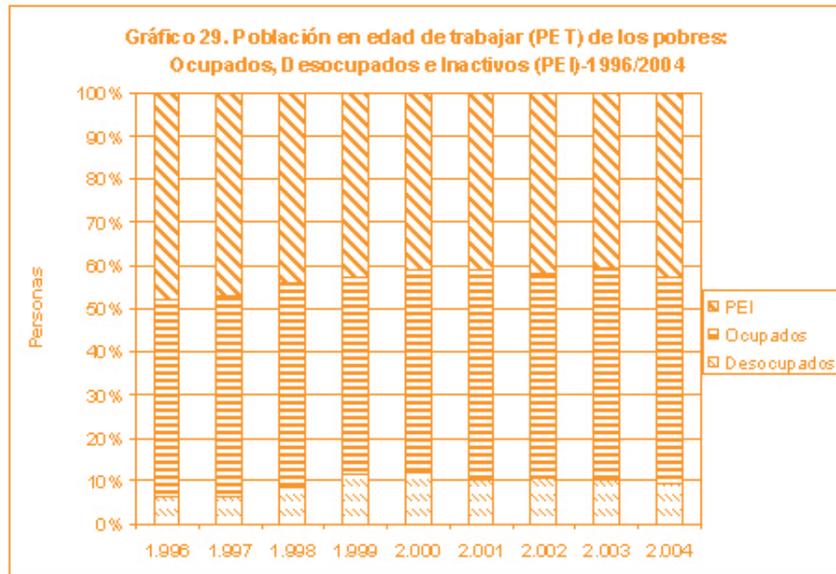
La pobreza ha evolucionado en paralelo con el curso que ha seguido la tasa general de desempleo y en especial la de los mismos pobres. Los gráficos 24 y 25 describen la asociación entre los dos fenómenos. Teniendo en cuenta que la metodología de cálculo de la tasa de desempleo se cambió a partir de 2001 y que no son comparables sus resultados con los de la metodología anterior, en los gráficos se diferencian las tasas de los dos subperíodos (1996-2000, Encuesta Nacional de Hogares –ENH- y 2001-2004 Encuesta Continua de Hogares-ECH).



Las oportunidades de obtención de ingresos de los hogares están condicionadas por su composición y la forma como participan sus miembros en el mercado de fuerza de trabajo. Las más altas proporciones de población desempleada y económicamente inactiva dentro de los pobres expresan las inequidades a este respecto, que dan lugar a “desventajas” expresadas en un número menor de ocupados por hogar y tasas de dependencia (personas por ocupado) mayores entre ellos (cuadro 17 y gráfico 26). A lo largo del período las participaciones de los segmentos de la PEI varían con las condiciones de oferta y demanda del mercado laboral (gráficos 27 a 30). Pero las diferencias entre pobres y no pobres en la dedicación económica de los mayores de 11 años (“población en edad de trabajar”-PET) se mantienen en torno a lo que ocurrió en 2004 (gráfico 26).



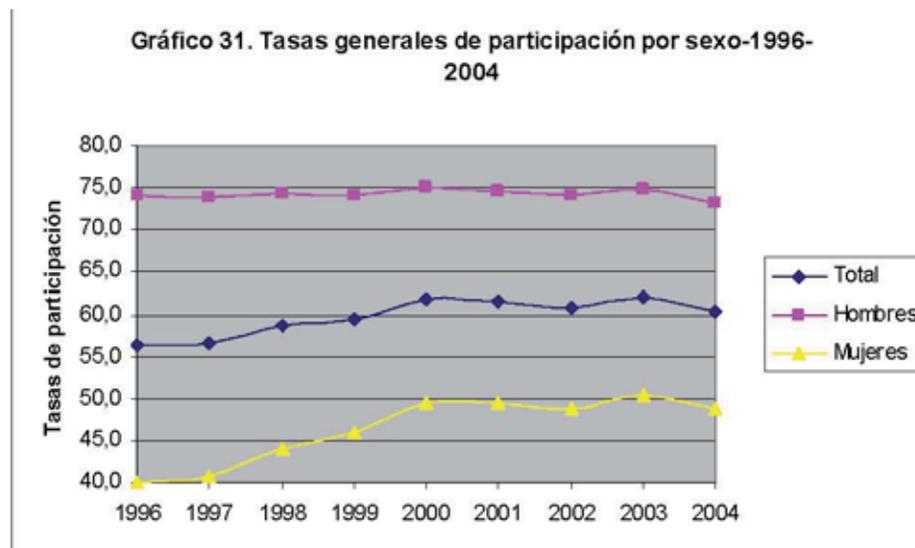




Estos indicadores reflejan otra faceta de las inequidades demográficas. La composición más joven de las poblaciones pobres los hace más propensos a ser afectados por el desempleo e impone mayores cargas por persona ocupada. La situación se convierte en factor determinante de la condición de pobreza al afectar las posibilidades de obtener recursos de las actividades laborales.

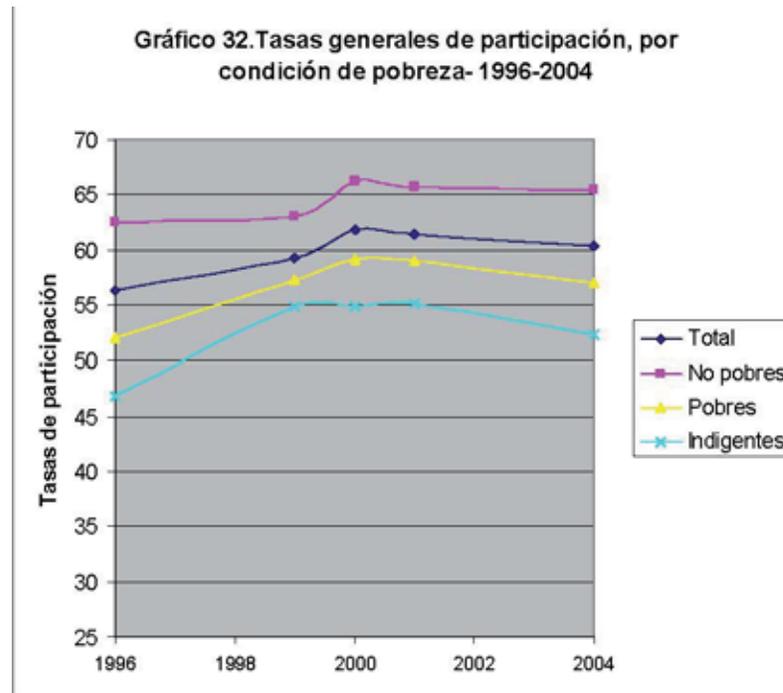
Las tasas generales de participación tienen una tendencia ascendente que responde a la progresiva incorporación de mayores proporciones de mujeres al mercado laboral, en todas las edades, y a factores socioeconómicos que se manifiestan en la clasificación de los hogares según el criterio de pobreza por ingresos.

Aunque siguen siendo importantes las distancias entre sexos en su participación en el mercado laboral, las brechas disminuyen rápidamente. Mientras que las tasas masculinas se mantuvieron casi constantes, las femeninas aumentaron 22% entre los años considerados, especialmente entre 1996 y 2000 (gráfico 31, cuadro 20)³⁸. Este hecho expresa no sólo un fenómeno económico, sino un cambio en los valores, que favorece una mayor participación y autonomía de las mujeres. Esta tendencia conlleva una tensión en el mercado laboral. Casi dos terceras partes (62%) del aumento de 4.270.000 personas en la población económicamente activa colombiana entre 1996 y 2004 son aportadas por las mujeres.



La tendencia al aumento de las tasas de participación es más pronunciada dentro de las poblaciones pobres e indigentes, donde son más bajas tanto de hombres como para mujeres, aunque en grados diferentes. En estos grupos también las tasas de participación masculinas se mantienen, con modificaciones coyunturales, y las femeninas aumentan considerablemente, más dentro de los pobres e indigentes (gráficos 32 a 34, cuadro 21). Se combinan así dos factores que presionan el mercado laboral hacia la elevación de la participación laboral: el de género y el socioeconómico.

³⁸ En el análisis se asume que el cambio en la metodología de las encuestas de hogares realizadas por el DANE, la definición de la población económicamente activa e inactiva no afecta significativamente el cálculo de las tasas generales de participación. Hay, sin embargo, comportamientos diferentes de esta tasa entre 1996 y 2000 y entre 2001 y 2004 que pueden corresponder a ese cambio.



De forma semejante existen contrastes en la dinámica de participación laboral entre las zonas urbana y rural. La oferta laboral aumenta más rápidamente en los centros urbanos, donde se concentra progresivamente la población, con las diferencias generales anotadas entre pobres y no pobres, y entre hombres y mujeres. En las zonas campesinas el crecimiento de la participación femenina, tradicionalmente baja, es particularmente rápido, en especial entre la población mayoritariamente pobre. Las tasas de participación de las mujeres pobres crecieron en los 8 años analizados, 40%, y 48% entre las indigentes, mientras que las tasas masculinas presentan un descenso en todos los grupos según su clasificación por condiciones de pobreza (gráficos 33 a 37, cuadro 21).

Gráfico 33. Tasas generales de participación, masculinas por condición de pobreza- 1996-2004

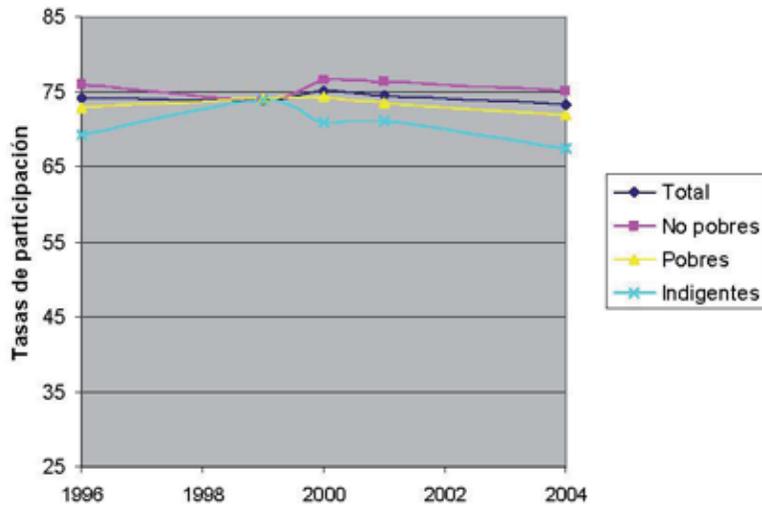
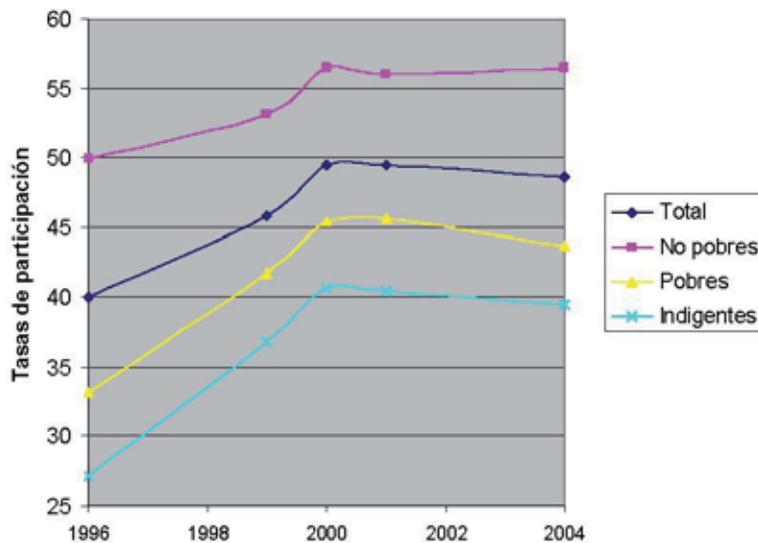
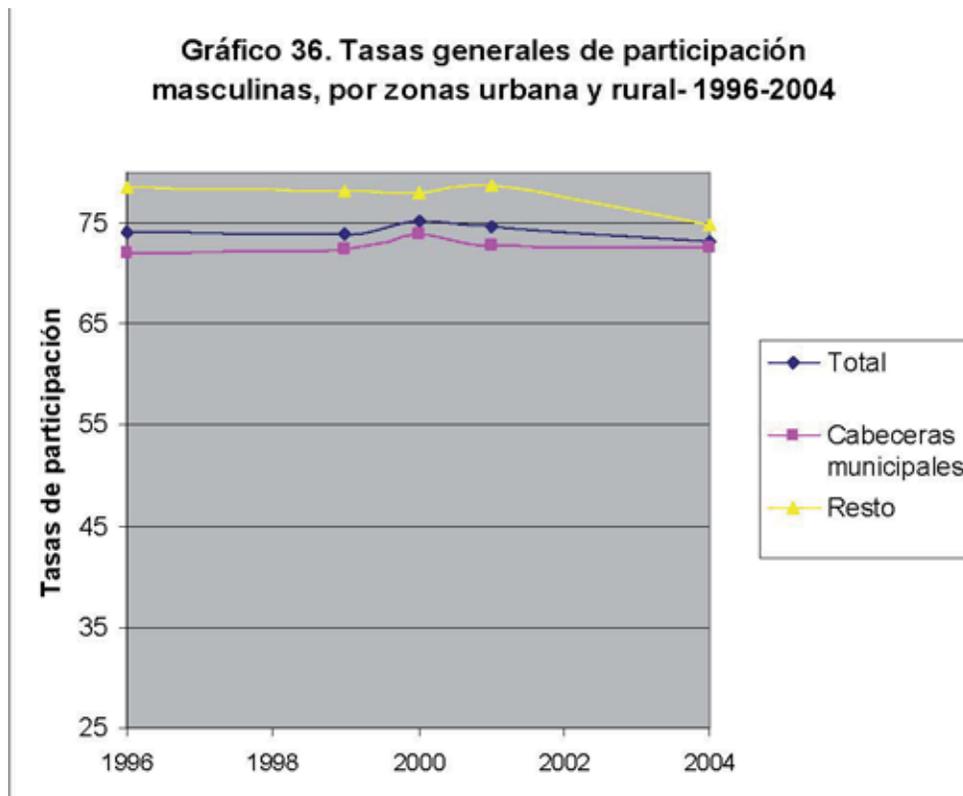
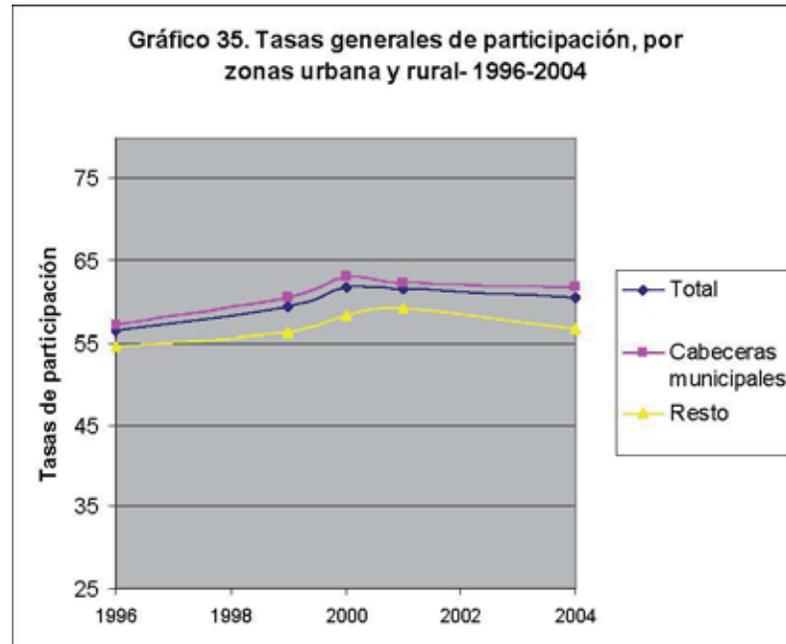
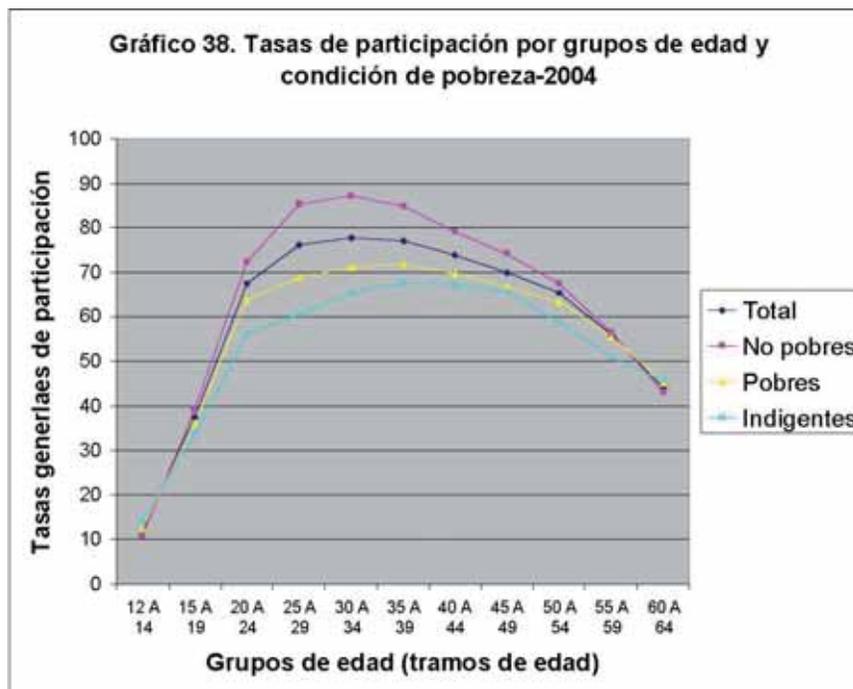
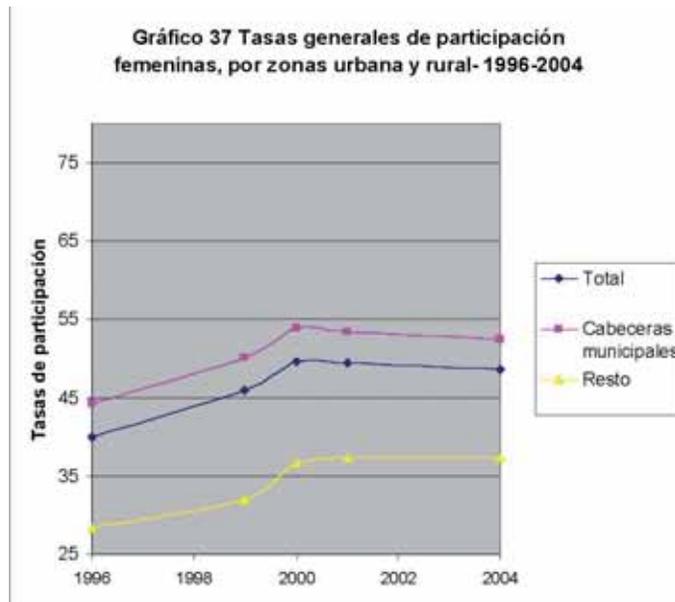


Gráfico 34. Tasas generales de participación, femeninas por condición de pobreza- 1996-2004







Las tasas de participación evolucionan con el ciclo de vida siendo bajas en las edades de inserción laboral y alcanzando su máximo valor entre los 30 y 35 años. A partir de entonces disminuyen paulatinamente. Tomando como referencia el año 2004, se ilustra en qué magnitud las tasas, por grupos de edad, son siempre superiores entre los no pobres y entre los hombres (gráficos 38 a 41). En su dinámica temporal las distancias entre estos grupos tienden a hacerse menores.

Por grupos de edad se encuentran marcadas diferencias en el comportamiento de la tasa de participación en los años analizados. A nivel general, las tasas disminuyen en los grupos extremos de menores de 15 años y mayores de 64, y aumentan en los tramos intermedios. Los incrementos son mayores entre los pobres y, dentro de ellos, en los indigentes, para todas las edades, hasta los 64 años. En el grupo de los no pobres las tasas se incrementan progresivamente con el aumento de la edad, hasta los 65 años. Las de los pobres y especialmente de los indigentes tienen un comportamiento que tiende a ser bimodal. Después de ascender hasta el grupo de 20 a 24 años, aumentan en forma menos pronunciada hasta los 44 años, luego se acrecientan para alcanzar el máximo en el grupo de 55 a 59 años y disminuyen en el grupo de 65 y más años.

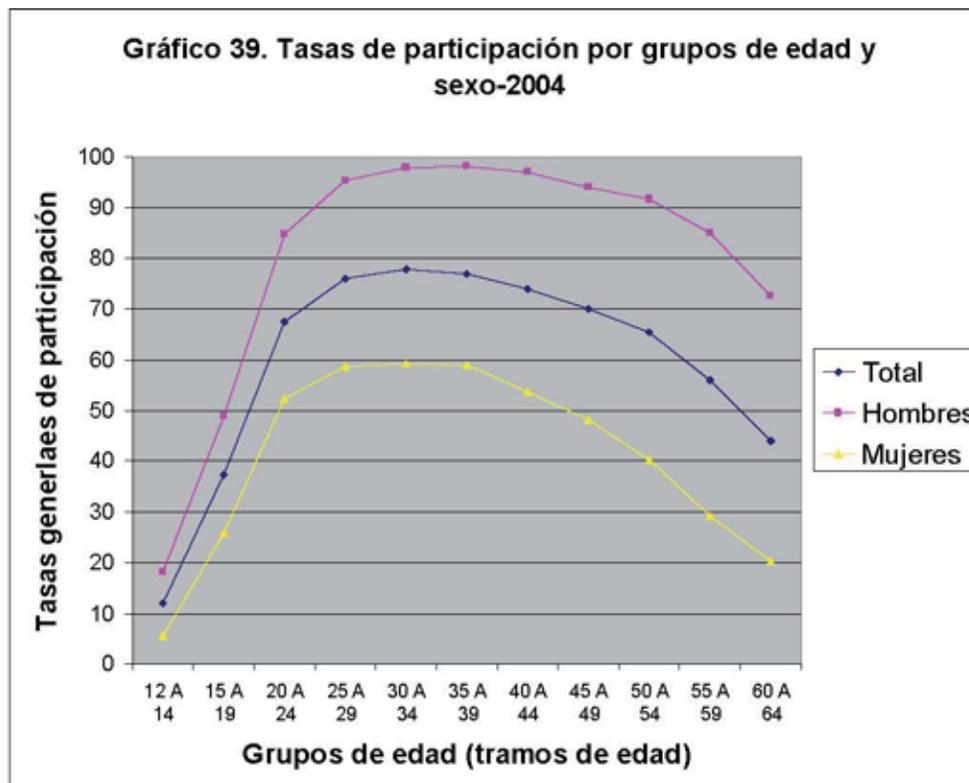


Gráfico 40. Crecimiento porcentual de las tasas de participación por grupos de edad y condición de pobreza- 1996-2004

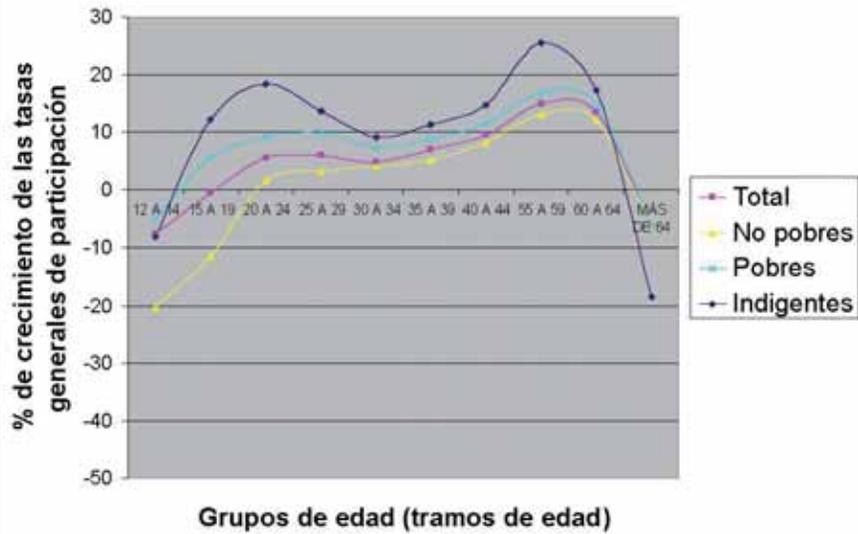
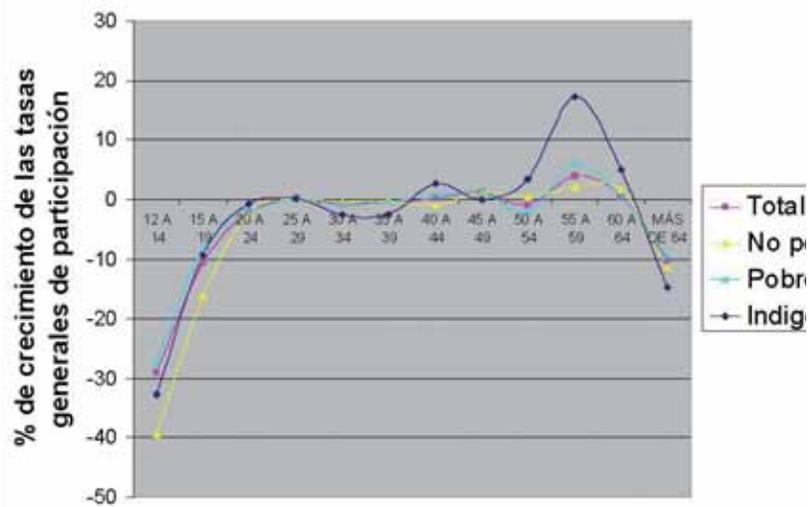
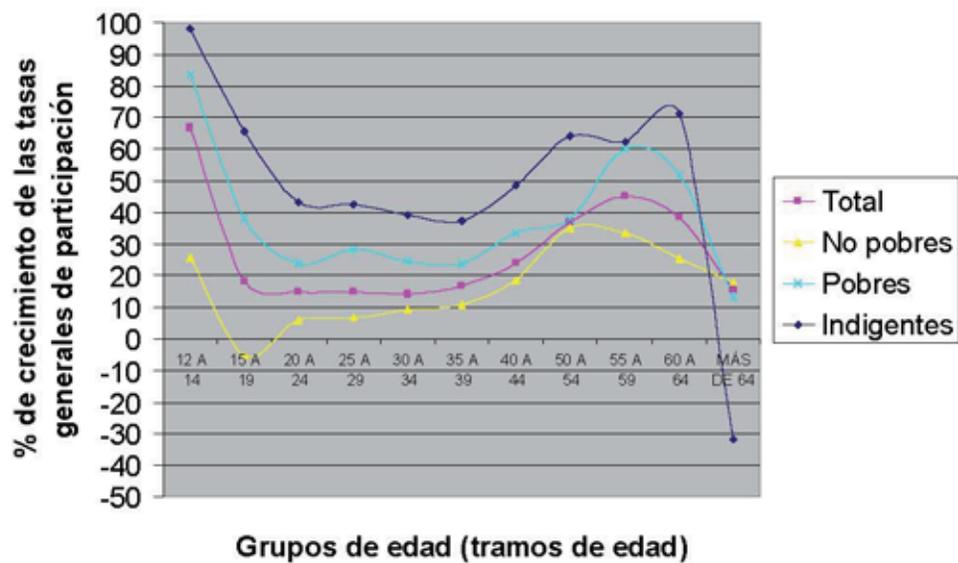


Gráfico 41. Crecimiento porcentual de las tasas de participación masculinas por grupos de edad y condición de pobreza- 1996-2004



Las dinámicas de la oferta laboral por sexo son bastante diferenciadas. Entre los hombres las tasas de menores de 20 años y mayores de 64 años disminuyen y en las edades intermedias se mantienen a niveles constantes, a excepción del grupo de 50 a 59 años, que presenta un incremento, especialmente pronunciado en los indigentes (gráfico 42). Entre las mujeres, en todos los grupos de edad, hay incrementos entre el 5 y el 98%, con excepción de la participación de 15 a 19 años entre las no pobres y de más de 64 entre las indigentes. Los más altos aumentos se presentan en el grupo de 12 a 14 años, donde las tasas, de un nivel menor al 6% en 1996 pasan a valores cercanos al 10%. Desde esta edad en adelante la tendencia es a un aumento progresivo en los porcentajes de crecimiento, hasta alcanzar el máximo entre los 50 y 60 años y luego tener una magnitud de cambio menor en las edades superiores. El aumento en la participación femenina después de los 40 años responde a una fase del ciclo de vida de las madres, donde generalmente han terminado con la crianza de los niños y adolescentes (gráfico 36). Y corresponde con la progresiva inserción laboral de las mujeres, desde las edades más jóvenes, al mercado laboral en las décadas pasadas, en un período en el que la disminución de los ingresos de los hogares presiona su permanencia en el trabajo. Este hecho se convierte en desventaja para el ingreso de la mujer al trabajo, en un mercado altamente cerrado a personas mayores.

Gráfico 42. Crecimiento porcentual de las tasas de participación femeninas por grupos de edad y condición de pobreza- 1996-2004



La fase de transición demográfica por la que atraviesa Colombia y el aumento de las tasas de participación, especialmente femeninas, imponen retos significativos para la generación de empleo. La situación se ilustra al comparar la forma como han venido evolucionando las poblaciones total, población económicamente activa e inactiva, el empleo (ocupados) y el desempleo en los últimos años (cuadro 22).

La población “en edad de trabajar” (de 12 y más años, según la definición aplicada en las encuestas de hogares del DANE), ha venido creciendo más rápidamente que la población total. La progresiva concentración de la población en los grupos de edad potencialmente activos expresa una ventaja, a la que se ha denominado el “bono demográfico”³⁹, (gráficos 2). No obstante, en la dinámica del mercado laboral colombiano significa también un reto en para ampliar la demanda por trabajo. A pesar de que la población en edad de trabajar ha crecido a una tasa anual menor a la del empleo, el incremento de las tasas de participación a un ritmo superior condujo a un crecimiento del desempleo. El incremento en más de un millón de desempleados durante los años analizados ilustra la tendencia del “desajuste” entre el crecimiento de la población y el aumento en las tasas de participación laboral, de una parte, y el comportamiento del empleo, de otra⁴⁰.

³⁹ “...the so-called “demographic bonus” is a phenomenon that will require countries to devise adequate responses in years to come. A direct consequence of the fertility reductions witnessed over the past 30 years, the demographic bonus consists in a significant reduction in the proportion of the total population under age 15, while the number of people over age 65 is still relatively small. The result is a temporary concentration of the population in the economically active age group of 15-64, which will disappear as more people gradually enter the highest age groups. In the LAC region as a whole, the peak years of economic activity will be the 2020-2029 decade, when 67% of the population will be between 15 and 64 years of age...Generally speaking, the demographic bonus has been presented as a positive phenomenon that will allow countries to reap the economic benefits of their earlier investments in fertility reduction. These benefits, however, are not automatic, and without complementary investments in other social areas, the bonus could actually turn into a handicap...” (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002)

“Demographic forces offer many countries in the region a unique opportunity to translate the human capital accumulation of young cohorts into a more productive labor force and a faster reduction in poverty. Most countries are in the midst of a demographic transition where the “dependency ratio” (the fraction of the population that is too young or too old to work) is declining...Bolivia and Haiti are the only Latin American countries just beginning the first stage of demographic transition. As countries go through this transition, labor force participation is expected to rise. Because the share of younger cohorts in the working-age population will rise faster, older and poorly educated workers can be replaced with younger workers at a fast pace. Most Central American countries just recently started this process and can still reap most of these benefits, while the rest of the region is much more advanced but still has a decade or so to take advantage of the transition. (Perry et al., 2006)”

⁴⁰ Las diferencias en los conceptos operativos de las encuestas nacional (1996) y continua (2004) de hogares para el empleo y el desempleo llevan a que las cifras comentadas sólo ilustren una tendencia. Con conceptos unificados el crecimiento del empleo sería menor y el desempleo mayor, aunque en una magnitud que no es posible establecer con precisión.

1.3.6. Desempleo factores poblacionales y pobreza

Desde la segunda mitad de la década pasada el mercado laboral pasó por dos fases. En la primera, que se extiende hasta 2000-2002, se presentó un incremento de las tasas de desocupación. A partir de estos años han venido descendiendo, sin alcanzar los niveles de mediados de los años 90.

En este contexto se destacan las “desventajas” de algunos grupos de población, que requieren de medidas especiales para satisfacer sus demandas de empleo, como se ha analizado en múltiples estudios: las poblaciones jóvenes entre 15 y 24 años, las mujeres y las poblaciones urbanas (cuadro 23). El 43% de los desempleados en 2004 eran jóvenes de estas edades, y el 40% mujeres de las zonas urbanas⁴¹.

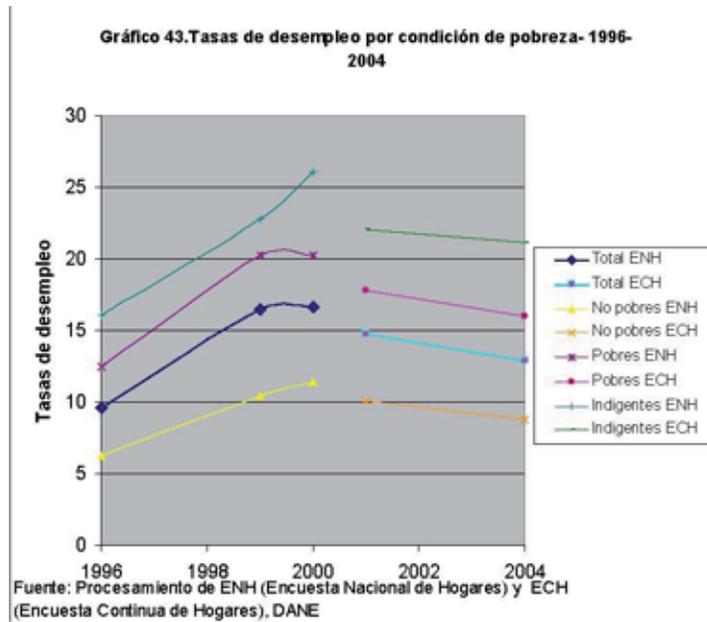
Las desventajas de las mujeres expresan viejas inequidades, que se hacen más evidentes cuando crecen sus demandas por trabajo. Las de los jóvenes manifiestan su creciente participación en la población del país, aunque son mayores los crecimientos relativos de la población activa en grupos de mayor edad.

Durante el período 1996-2000, como consecuencia de la disminución del nivel de empleo, los notables incrementos porcentuales de la tasa de desempleo (74% en el nivel nacional), fueron más elevados en los mayores de 40 años (donde se duplicaron sus niveles), y especialmente en las mujeres de esas edades (donde casi se triplican). En los años siguientes (2001 a 2004), las tasas de desempleo tienden a disminuir más, en los grupos de 35 a 44 años entre los hombres y de 40 y más años entre las mujeres, en proporciones que no superan el 35% (cuadro 23).

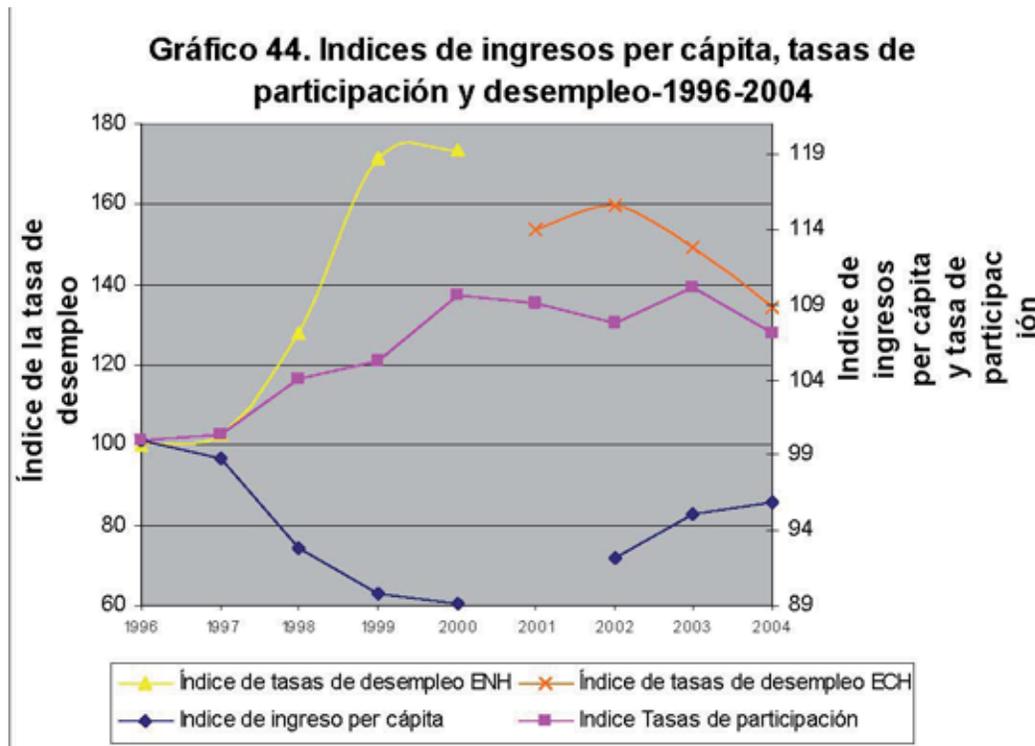
Las diferencias entre las tasas de desempleo, según condición de pobreza, son considerables. En 2004, las de los pobres eran 1,8 veces mayores que las de los no pobres, y las de los indigentes 2,4 veces mayores que la de aquellos. Esta situación se mantiene a pesar de que las distancias parecen haber disminuido.

Entre 1996 y 2000 fueron generalizados los aumentos de la tasa de desempleo para todos los grupos. En los no pobres se incrementaron en 83% y en los pobres e indigentes en 62%. Desde 2001 hasta 2004 disminuyeron en 13% para los no pobres, en 10% para los pobres y en 4% para los indigentes (gráfico 43).

⁴¹ La participación de los hombres desempleados en las zonas urbanas, en el desempleo total del país, es de 30%.



A las variaciones en las tasas de participación motivadas por la progresiva incorporación al mercado laboral de distintos grupos de población se suman las que encuentran su origen en factores coyunturales del comportamiento de los ingresos y el desempleo. Con el aumento del desempleo y la disminución de los ingresos per cápita entre 1996 y 2000, la respuesta es una mayor demanda por trabajo, que buscan compensar la disminución en los recursos de los hogares. En la fase siguiente, las tasas de participación tienden a estabilizarse cuando el desempleo disminuye y se presenta una recuperación en los ingresos (gráfico 44).



1.3.7. Subempleo edad, sexo y condición de pobreza

Las tasas de subempleo, que reflejan las aspiraciones por trabajar más tiempo, con mejor remuneración o en ocupaciones adecuadas a las competencias laborales, tienen niveles especialmente altos y señalan características estructurales del mercado de fuerza de trabajo colombiano. Entre 2002 y 2004 se observa una disminución de las tasas de subempleo del 40 al 35% (cuadro 24, gráfico 45).

Las diferencias entre grupos de población, por condición de pobreza, son considerables y reflejan otra faceta de las desigualdades sociales, en las oportunidades de obtención de ingresos y tener un trabajo digno. A pesar de las disminuciones de las tasas, las distancias entre no pobres, pobres e indigentes siguen siendo grandes. El 42% de los ocupados pobres y el 50 de los indigentes son subempleados (gráfico 45).

Gráfico 45. Tasas de subempleo por condición de pobreza -2002-2004

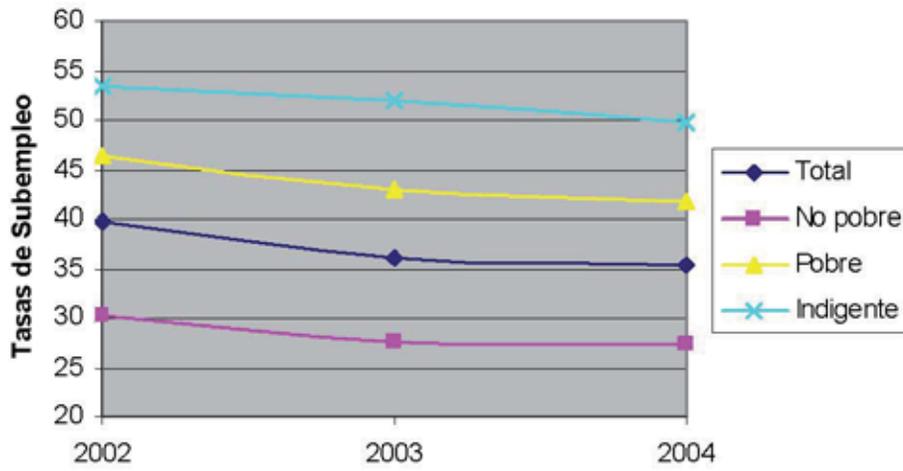
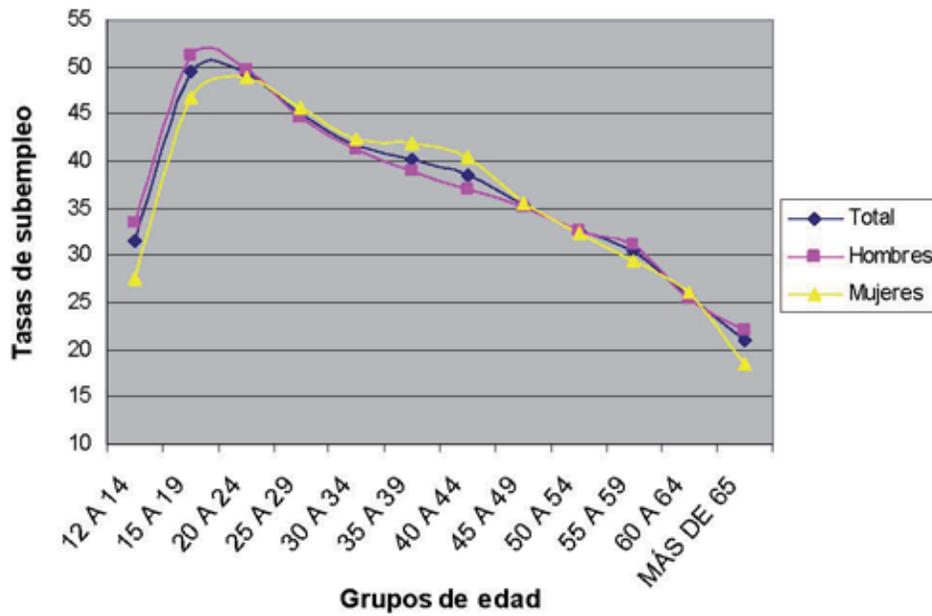
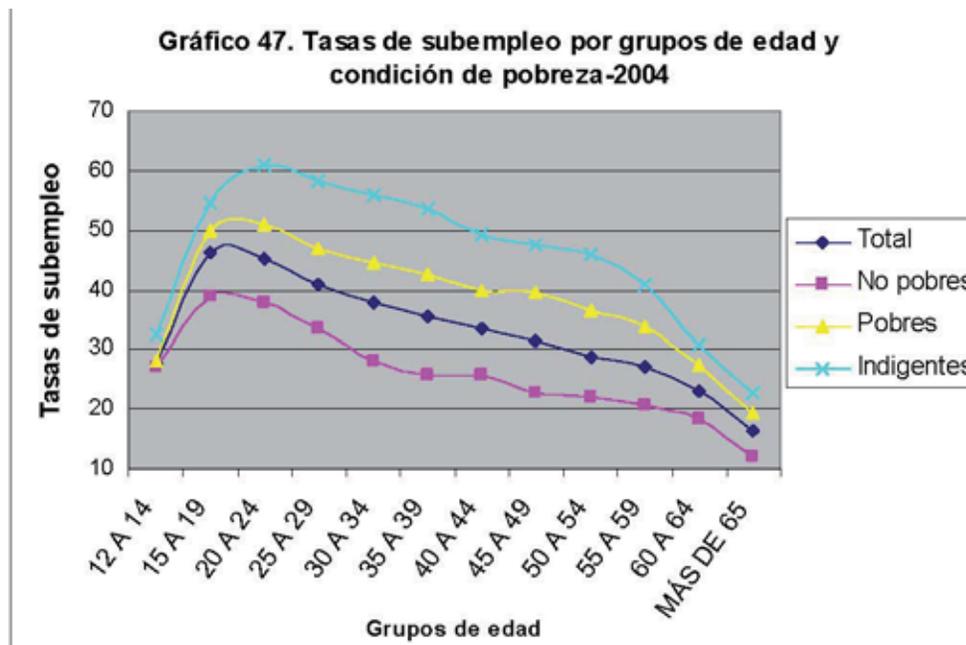


Gráfico 46. Tasas de subempleo por grupos de edad y sexo- 2004



Las tasas de subempleo aumentan con la edad a partir de los 15 años, donde tienen un nivel cercano al 50%. Por sexo no se encuentran diferencias notables en las tasas en los distintos grupos de edad, como lo ilustra la situación del año 2004 (gráfico 46). Y para todos los grupos de edad, los niveles de la tasa son superiores entre los indigentes y los pobres (gráfico 47).



1.4. Vulnerabilidad demográfica

1.4.1. La noción de vulnerabilidad demográfica

El concepto de vulnerabilidad demográfica busca captar la relación entre los logros de bienestar de los hogares y de las comunidades, y las variables poblacionales. Su incorporación al análisis social busca enfatizar el papel instrumental de determinadas condiciones demográficas para obtener mejores condiciones de vida, evitar la pobreza y poder ejercer sus derechos. A través de este concepto se obtienen indicaciones útiles para la formulación de políticas y programas para determinados grupos poblacionales que se encuentran en condiciones sociales desfavorables. La identificación de grupos vulnerables favorece la especificación de riesgos, la comprensión de la forma como operan y las respuestas que generan.

El creciente interés por la noción de vulnerabilidad social se explica porque es útil para caracterizar condiciones objetivas y subjetivas de incertidumbre y desprotección y para entender las oscilaciones de la movilidad social de comunidades, hogares y personas; además, ofrece una mirada complementaria, a otros enfoques o conceptos que expresan situaciones de desventaja social, como los de pobreza y exclusión. (CEPAL, 2002).

La vulnerabilidad demográfica es una forma particular de la vulnerabilidad social, noción que se refiere a la existencia de algún factor contextual que hace a determinados grupos más propensos a experimentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal ya sea en términos de características de los hogares o en la disposición de recursos que les permiten decidir sobre su destino. La noción puede ser entendida como la combinación de tres elementos: (i) eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas; (ii) la incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos; (iii) la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos. (CEPAL, 2002).

El concepto de vulnerabilidad demográfica ha sido definido de distintas formas y ciertos autores consideran que se requiere de un mayor rigor para especificarlo (Stern, 2002), o que se encuentra en proceso de construcción teórica y operativización metodológica (Busso, 2003). En algunos trabajos esta vulnerabilidad se entiende como las características demográficas que limitan la acumulación de activos. En otros se define en términos de una combinación de riesgos, incapacidad de respuesta e inhabilidad adaptativa para enfrentarlos. Hace referencia a conductas sociodemográficas, (como una fecundidad alta y temprana o una migración forzada), rasgos sociodemográficos (índices de dependencia altos a escala de hogar, por ejemplo), y procesos sociodemográficos (como un patrón de localización en zonas expuestas a desastres naturales), que pueden generar adversidades para el desenvolvimiento de personas, hogares y comunidades, por lo que cabe considerarlos como riesgos sociodemográficos. (J. Rodríguez, 2000).

Para Rodríguez (2000), la vulnerabilidad demográfica se define en términos de acceso a los recursos: "corresponde a un conjunto de características demográficas de las unidades domésticas que, en una sociedad moderna, limitan la acumulación de recursos". Se refiere a rasgos sociodemográficos de las unidades domésticas que generan dificultades, limitaciones o menores opciones en los procesos de adquisición y habilitación para el manejo de activos de todo tipo, dentro de los cuales se encuentran todas las formas de capital y el tiempo. Estos rasgos se pueden clasificar en tres dimensiones de las unidades domésticas: i) pautas de estructuración de las familias; ii) ciclo de vida y, iii) condiciones demográficas básicas.

Para Gustavo Busso (2003), la noción de vulnerabilidad se propone captar la importancia de las variables de población como generadoras de riesgos adicionales y complementarios a los que están expuestos individuos, hogares y comunidades. Define la vulnerabilidad “como una situación y un proceso (multidimensional y multicausal), en la que confluyen simultáneamente la exposición a riesgos, la incapacidad de respuesta y adaptación de individuos, hogares o comunidades, los cuales pueden ser heridos, lesionados o dañados ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas que afectan su nivel de bienestar y el ejercicio de sus derechos”. La capacidad de respuesta de los individuos, hogares y comunidades a los riesgos tanto de origen natural como social están condicionados por los activos, conjuntamente con las estrategias que están en posibilidad de adoptar.

La noción de vulnerabilidad sociodemográfica, por su parte, es para Busso (2003), “ el espacio analítico en donde confluyen procesos que definen situaciones de desventajas relativas de los actores (individuos, hogares o comunidades), para enfrentar riesgos a raíz de la intervención de factores (tendencias, características, conductas), relacionados con las variables de la estructura y dinámica de la población”. Dentro de las circunstancias que abarca esta vulnerabilidad se encuentran la maternidad adolescente, el tamaño del hogar, los índices de dependencia, la jefatura de hogar muy joven o muy anciana, el acceso a la salud reproductiva, la localización residencial.

Para este autor la vulnerabilidad demográfica se encuadra dentro de cuatro procesos de cambio demográfico de largo plazo, que configuran los escenarios presentes y futuros que contribuyen a definir la configuración de escenarios de vulnerabilidad sociodemográfica: 1.) La transición demográfica clásica, que conlleva el descenso sostenido de la fecundidad y de la mortalidad y a largo plazo resulta en un cambio poblacional, expresado en la reducción del ritmo de crecimiento demográfico y en un cambio en la estructura etaria de la población; 2.) La transición urbana y de la movilidad: aumenta la proporción urbana en la población total, crecen la migración entre ciudades y los desplazamientos cortos y largos (movimientos intrametropolitanos y movilidad internacional, respectivamente), (CEPAL/CELADE, 2002); 3.) Los cambios en la estructura familiar, que, en sus diferentes manifestaciones, han sido considerados una segunda transición demográfica; y 4.) La transición epidemiológica, que se da en paralelo con la transición demográfica; implica el paso de enfermedades y causas de muerte infecciosas y transmisibles hacia enfermedades mayormente degenerativas y no transmisibles (Busso, 2003).

La diferencia entre la pobreza y la vulnerabilidad social consiste en que la primera es la situación de falta de medios para la satisfacción de las necesidades, mientras que la vulnerabilidad social es una “susceptibilidad”, un estado en el que se está propenso a recibir un golpe físico o moral. Anota que la vulnerabilidad puede ser disminuida aún dentro de la pobreza. Pobreza y vulnerabilidad social son conceptos

relacionados pero no equivalentes. La vulnerabilidad social se asocia generalmente con la pobreza pero, esta relación es contingente y no necesaria, comprende la interacción de condiciones y situaciones tanto estructurales como coyunturales, en varias dimensiones: la económica, social y la cultural y varios niveles: objetivo y subjetivo (Busso, 2003).

1.4.2. La vulnerabilidad demográfica en Colombia

En un ejercicio de aproximación a la identificación de los factores relacionados con la vulnerabilidad se aplicó a la información de la encuesta de calidad de vida de 2003 (DANE), un modelo de regresión logístico tomando como variable dependiente la condición de pobreza de los hogares y como variables independientes indicadores relacionados con factores de vulnerabilidad-no vulnerabilidad, demográficos (sexo del jefe, porcentaje de niños menores de 5 años y de 5 a 17 años, condición de migración, zona y región de residencia), posesión de activos y capital humano (tenencia de vivienda propia, activos físicos y financieros, ingresos por pensiones, años de educación del jefe), eventos desfavorables que afectan al hogar (enfermedad grave en los últimos 12 meses, desplazamiento forzado, desempleo del jefe), y formas de integración y participación social (trabajo en empresa grande, asistencia a establecimientos privados de educación, ingresos por cesantías)⁴². El modelo estima la probabilidad de que un hogar sea pobre en función de las variables mencionadas y permite comparar la forma como inciden cada una de ellas en esa probabilidad.

Los resultados de este ejercicio no permiten obtener conclusiones definitivas sobre la causalidad de la pobreza, pero aportan indicaciones valiosas para corroborar factores asociados con la presencia del fenómeno y cuantificar su posible interrelación.

Como conclusiones destacadas del ejercicio se encuentran:

- Dentro de las variables que afectan en forma más definida la probabilidad de ser pobre de un hogar se encuentran la residencia en la zona rural (la probabilidad de ser pobre de un hogar que vive en la zona rural es 3.3 veces mayor (230%) a la de un hogar que vive en la zona urbana), y en algunas regiones del país (la probabilidad de ser pobre es 42% superior para los habitantes de la región antioqueña a la de los habitantes de Bogotá y 26% superior para los hogares de la región pacífica).
- La probabilidad de ser pobre es 93% más alta en un hogar con jefe desempleado, 81% mayor si ha sido objeto de desplazamiento forzado y 27% si ha tenido enfermedad grave en los últimos 12 meses.

⁴² En el anexo 2 se encuentran los resultados de la aplicación del modelo. El ejercicio fue realizado por Francisco Lasso. El R2, o coeficiente de determinación generalizado, del modelo es de 0.515 y los coeficientes de todas las variables independientes son significativos a un nivel de 1%.

- Por cada año adicional del jefe del hogar disminuye la probabilidad de que el hogar sea pobre en 0,08, es decir por 10 años en 8%. La probabilidad de ser pobre de un hogar con jefe de 20 años es 32% mayor que la de un hogar con un jefe de 60 años.
- La probabilidad de ser pobre disminuye en magnitud significativa a medida que aumentan los años de educación del jefe.
- La presencia de niños y jóvenes menores de 18 años aumenta la probabilidad, de ser pobre, como se señaló anteriormente: por cada menor de 18 años, en una familia de 5 miembros esta probabilidad se incrementa en cerca de 20%, y en algo más de 25% en una de 4 miembros.
- La condición de emigrante reciente con lleva menor probabilidad de ser pobre que la de ser nativo o haber migrado hace más de 5 años.
- Los hogares con jefatura femenina tienen 5% más de probabilidad de ser pobres que los que tienen un hombre como jefe.
- La tenencia de activos y fuentes de ingreso que denotan integración a la economía formal disminuye la probabilidad de ser pobre • La probabilidad de ser pobre es mayor entre los hogares que no tienen condiciones que expresan formas de integración y participación social.

Estos resultados ratifican situaciones conocidas asociadas con la pobreza y dan luces para fijar prioridades en programas sociales para poblaciones vulnerables: hogares rurales, desplazados por la violencia, familias con presencia de menores de 18 años y bajos niveles educativos. Igualmente señala la importancia de fortalecer programas de protección social que apoyen a los hogares en casos de eventos como la enfermedad o el desempleo.

1.5. Desplazamiento forzado, migración y ordenamiento territorial

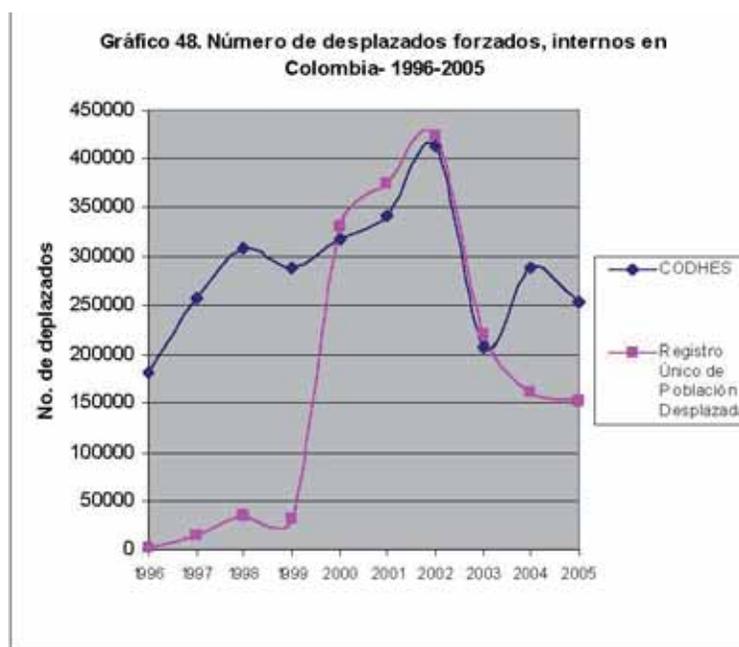
1.5.1. Desplazamiento forzado

En Colombia, la población desplazada por la violencia (PDV) se ha convertido en un fenómeno social de emergencia humanitaria (UNFPA, Trabajar en salud sexual y reproductiva en contextos de desplazamiento internos). Entre septiembre de 1995 y febrero de 2006, según el Registro Único de Población Desplazada de la Red de Solidaridad Social, habrían sido desplazadas 1.765.000 personas y cerca de 400.000 hogares⁴³. A pesar de la disminución del volumen de PVD desde 2002, cuando alcanzó un máximo de 425.000 personas, en 2005 se registraron más de 152.000

⁴³ Para el período 1996-2005 el Registro Único de Población Desplazada, de la Red de Solidaridad Social, informa 1.749.626 desplazados internos y el CODHES 2.853.852, cifras que representan 4.1 y 6.7% de la población nacional proyectada para el año 2000, respectivamente. Estas diferencias obedecen a la falta de concordancia en las definiciones adoptadas sobre desplazamiento y a particularidades en los sistemas de recolección de información de cada una de estas instituciones (Ibáñez y Moya, 2005).

personas afectadas por esta situación (Cuadro 25, Gráfico 48)⁴⁴. De los desplazados que han sido clasificados por edad, 23% son menores de 10 años y 46% menores de 18 años (Cuadro 26)⁴⁵ y 47.6% son mujeres⁴⁶.

El fenómeno del desplazamiento forzado abarca a todos los departamentos y 98% de los municipios del país (1.087 municipios con población expulsada y 1.023 municipios con población recibida), aunque el 60% de los desplazados provienen de 97 municipios y se han dirigido a sólo 37 de ellos. Los departamentos de los cuales ha sido expulsado un mayor número de personas (Cuadro 24) son: Antioquia (303.000 personas, 17,2% del total desplazados según el Registro Único de Desplazados), Bolívar (10.1%), Magdalena (7%), Cesar (6.3%) y Chocó (96.000 personas, 5.4%). Antioquia ha recibido también el mayor número de desplazados (263.000, 15% del total nacional), junto con Bolívar (7.1%), Bogotá (6.4%) y Valle del Cauca (5.8%). Son, sin embargo, algunos de los departamentos de la Amazonía, Orinoquía y la costa pacífica los que han recibido un impacto mayor del desplazamiento en el volumen de su población. Desde mediados de la década pasada, Putumayo ha perdido más del 10% de su población, y Guaviare, Chocó y Caquetá cerca del 8% (cuadro 27).



⁴⁴ La cifra de desplazados internos del CODHES (Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento) para 2005 es de 252.801 personas.

⁴⁵ Registro Único de Población Desplazada septiembre de 1995, febrero de 2006.

⁴⁶ CODHES (Ibáñez y Moya, 2005).

El desplazamiento forzado por el conflicto armado tiene como consecuencia inmediata la insatisfacción de las necesidades básicas de la población afectada, y la desprotección y vulnerabilidad que afectan especialmente los niños y las mujeres, “La población desplazada vive en condición de emergencia y es la más vulnerable entre las vulnerables. Para acceder al mercado laboral está en desventaja, pues sus habilidades, destrezas y conocimientos adquiridos son de otro ámbito productivo; el desarraigo afectivo, material y social limita sus posibilidades de reconstrucción y desarrollo integral en condiciones dignas y estables. La inasistencia escolar, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a los servicios de salud, la carencia de vivienda y de trabajo son sólo algunas de las secuelas”. (Murad, 2003).

La mayor vulnerabilidad de los hogares desplazados tiene origen en las pérdidas considerables de capital físico, humano y financiero al salir de su antiguo lugar de residencia, lo que los deja sin posibilidades para responder a circunstancias desfavorables que tienen que afrontar y para satisfacer sus necesidades básicas.

“La migración forzada también tiene un impacto significativo sobre los ingresos y el consumo de los hogares. Diversos estudios revelan que el ingreso de los hogares desplazados los ubica, en promedio, apenas por encima de la línea de indigencia... El desplazamiento profundiza la vulnerabilidad de los hogares puesto que implica la pérdida de la tierra, la vivienda y los activos de los hogares, genera desempleo y marginación, denota peores condiciones de salud de los hogares, inseguridad alimentaria, desarticulación social, empobrecimiento y, en general, el deterioro acelerado en las condiciones de vida de los hogares desplazados en los municipios receptores.” (Ibáñez y Moya, 2005).

La vulnerabilidad demográfica de que son objeto los desplazados se expresa en que, frente a los pobres urbanos y rurales, sean mayores el tamaño de sus hogares, la proporción de menores de edad y la tasa de dependencia. De igual forma, los hogares desplazados tienen menos años de escolaridad, que los hogares pobres urbanos e indigentes. El perfil básicamente agrícola de los jefes de hogar supone grandes obstáculos para su inserción en el mercado laboral urbano y se traduce en tasas de desempleo más altas para los desplazados en comparación con los miembros de hogares pobres urbanos y rurales e indigentes urbanos (Ibáñez y Moya, 2005).

La situación de la población desplazada respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es descrita en documento del UNFPA: “Existen evidencias que la PDV tiene un mayor riesgo de sufrir vulneraciones de sus derechos sexuales y reproductivos y efectos negativos para el ejercicio de su sexualidad y su reproducción, según la Encuesta Nacional en Poblaciones Desplazadas (PROFAMILIA, 2001). Por

ejemplo, en el grupo de adolescentes, el 30% de las mujeres entre 13 y 19 años ha estado alguna vez embarazada; este valor es diez puntos porcentuales más alto que el reportado para el conjunto de adolescentes colombianos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), del año 2000 (19%), y más alto del reportado para zona rural (26%). Las embarazadas desplazadas por el conflicto son quienes en menor proporción acuden a controles prenatales en centros de salud (44%). Entre las adolescentes unidas el 60% no está usando protección anticonceptiva y el 81% de las jóvenes que han iniciado actividad sexual no se protege con ningún método anticonceptivo.

Las mujeres que viven en zonas marginadas y entre ellas las desplazadas sufren todo tipo de violencia de género incluyendo la violencia sexual. La encuesta de PROFAMILIA muestra que formas como maltrato verbal, amenazas, abandono económico, maltrato físico y sexual están presentes cotidianamente. El 52% de las mujeres alguna vez unidas ha sido maltratada físicamente por su cónyuge. El 14% ha sido forzada a tener relaciones sexuales y en igual proporción ha sido amenazada con armas por su cónyuge. Sin incluir este 14%, el 9% de las mujeres entrevistadas ha sido violada por personas diferentes a su cónyuge. Entre las mujeres desplazadas por el conflicto armado, los desconocidos son los agresores más frecuentes (36%) a diferencia de las mujeres receptoras quienes han sido agredidas sexualmente en mayor proporción por amigos (28%).”(UNFPA, Trabajar en salud sexual y reproductiva en contextos de desplazamiento internos)”

1.5.2. Migración interna y ordenamiento territorial

El desplazamiento forzado es sólo una parte de los movimientos de población al interior del país. Los procesos migratorios espontáneos responden frecuentemente a un intento racional y dinámico de encontrar nuevas oportunidades en la vida, aunque también son promovidos por factores de presión, como la distribución desigual de los recursos, la adopción de tecnologías inadecuadas y la falta de acceso a la tierra, y tienen consecuencias económicas, sociales y ambientales - tanto positivas como negativas - para los lugares de origen y de destino. La búsqueda de una distribución espacial equilibrada de la población, es un factor que apoya de manera integrada el desarrollo equitativo y ecológicamente sostenible (Programa de Acción de la CIPD).

En esta sección se examinan los cambios en las tendencias recientes generales de la urbanización y los movimientos migratorios internos, en la perspectiva de identificar situaciones favorables y desfavorables a los procesos de integración regional y de dotación de infraestructuras y servicios.

Sobre el curso de los procesos migratorios interdepartamentales e interregionales posteriores a 1993 no se cuenta con información suficientemente precisa, en ausencia de datos censales posteriores. En estas circunstancias el recurso a los resultados de las Encuestas Continua y de Calidad de Vida de 2003, que se comentan posteriormente, tiene como propósito la identificación de posibles cambios en las tendencias⁴⁷.

El análisis de la información lleva a identificar las siguientes tendencias, que guardan similitud con situaciones de otros países de América Latina (Rodríguez, 2004):

- La intensidad y dirección de los movimientos migratorios internos son bastante estables, a pesar de la magnitud del desplazamiento forzoso ya comentado. Al parecer, existe una disminución en los flujos de población interdepartamentales desde la década pasada. Los patrones de doblamiento, expresados en la proporción de nativos dentro de las regiones funcionales del país favorece los proyectos de integración regional.
- El desplazamiento de la población rural a los centros urbanos, en la situación actual y como balance general, favorece la disminución de la incidencia de la pobreza.
- La composición por sexo de los migrantes lleva a sugerir que en Colombia, a diferencia de otros países de la región (Rodríguez, 2004), se mantiene una selectividad femenina en los desplazamientos de la población.
- Existe también selectividad migratoria por la edad a favor de las edades más jóvenes en la fase del ciclo de vida de inserción laboral.
- No hay grandes diferencias en los niveles educativos de no migrantes y migrantes, sin embargo, dentro de éstos hay proporciones importantes de personas con educación superior. La mayor participación de las personas con más elevada escolaridad dentro de los migrantes recientes podría significar un incremento de las desigualdades territoriales.
- Dentro de los migrantes recientes se encuentran mayores tasas de desempleo, lo cual señala las dificultades que tienen para incorporarse social y económicamente en sus lugares
- Aunque siguen predominando los movimientos de población hacia los centros urbanos, el volumen de población migrante hacia ciudades como Bogotá podría estar decreciendo (Pérez, 2003), lo que conlleva una disminución en su tasa de crecimiento demográfico.

⁴⁷ Tanto por limitaciones de las muestras utilizadas en las encuestas, como por otros factores metodológicos la información provista por ellas sólo da una idea imperfecta y muy aproximada de la magnitud de los fenómenos migratorios. La información comentada y presentada en los cuadros sólo busca identificar tendencias generales. De otra parte, es probable que a través de las encuestas no se capte adecuadamente la magnitud de los desplazamientos forzados comentados anteriormente.

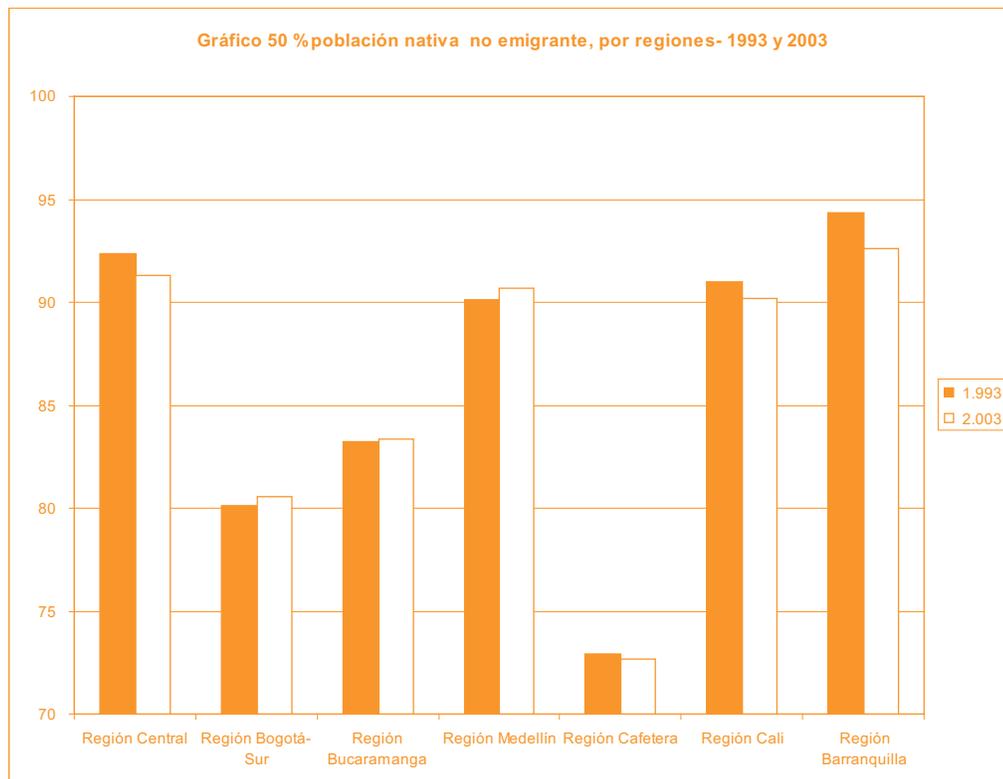
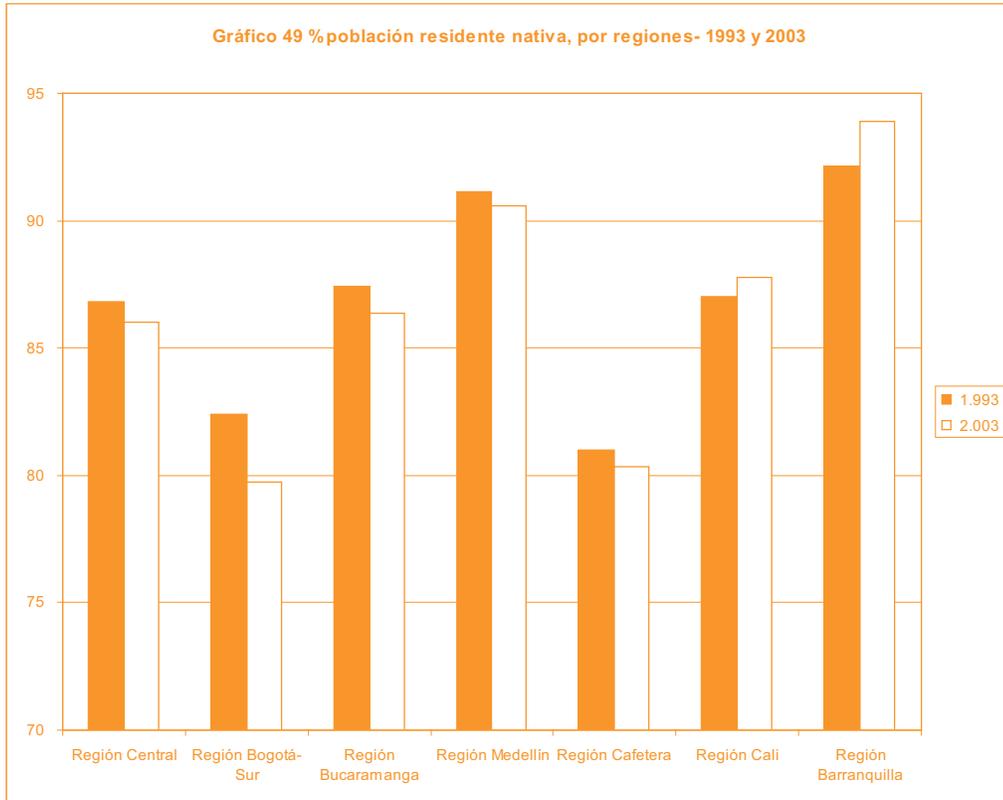
Migración durante toda la vida

Las proporciones de residentes nativos y de nativos no emigrantes interregionales señalan que se mantienen a nivel de regiones los patrones de asentamiento y la composición de las poblaciones que habitan las regiones del país entre 1993 y 2003 (cuadros 28 y 29 y gráficos 49 y 50). La regularidad en la composición de la población de las regiones, según el lugar de nacimiento, es expresión de factores de carácter estructural tanto en su papel en el mercado laboral, como posiblemente, de la influencia de elementos de tipo cultural y de persistencia de identidades territoriales, que influyen las preferencias de ubicación. La situación no significa que la población no haya migrado a lo largo de su vida ya que esta información no considera la migración de retorno ni la que se da al interior de las regiones. Es algo que ocurre en todos los países de América Latina y que ha sido interpretado como expresión de una vinculación biográfica con el lugar de residencia y con redes de apoyo en las localidades, el conocimiento de la región, y el mantenimiento de una raigambre y una identidad territorial (Rodríguez, 2004). El análisis de la migración lleva a encontrar, como en la mayor parte de América Latina, que hay una raigambre territorial que es favorable al proyecto de procesos de integración regional y que los flujos de población dan base para la consolidación de un mercado laboral regional. Es una evidencia que apoya el desarrollo de proyectos de integración regional en el conjunto del país (CID, DAPD, 2006).

Las regiones de Bogotá y Cali se han mantenido con un saldo migratorio positivo. La de Barranquilla pasó de ser expulsora a receptora y la de Medellín de ser expulsora a mantener un equilibrio entre la población inmigrante y emigrante. Las regiones de Bucaramanga y cafetera permanecen en su condición de expulsoras.

La región de Bogotá sigue recibiendo la mayor parte de aportes de población nacida en otras regiones (36% de los emigrantes regionales). Los inmigrantes provienen predominantemente de las regiones de Bucaramanga, Cali y la cafetera, con un posible aumento de los nacidos en la región de Barranquilla. Se destacan el incremento de los flujos migratorios de poblaciones nativas de la región de Barranquilla hacia la de Medellín y de la región de Bogotá hacia la de Cali.

Las regiones que tienen una proporción mayor de emigrantes son la cafetera y la de Bucaramanga. La primera posiblemente presenta mayores porcentajes de inmigración y emigración debido a su tamaño territorial y poblacional más reducido. El origen de sus inmigrantes y el destino de sus emigrantes expresa una mayor interdependencia de esta región con las de Cali y Bogotá. Las interrelaciones principales de la segunda se encuentran referidas a las regiones de Bogotá y de Barranquilla.

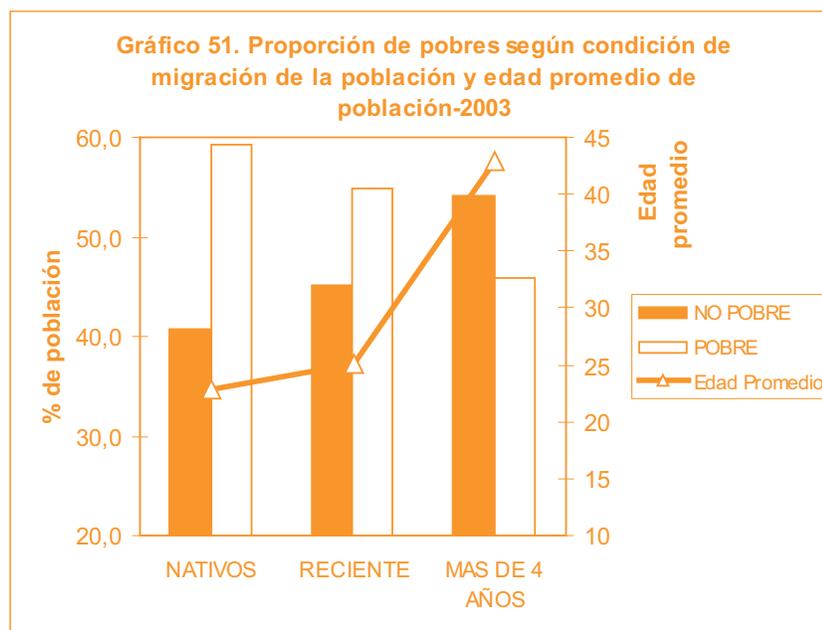


La información sobre la distribución de la migración interdepartamental de toda la vida señala que posiblemente hubo una disminución de la intensidad de los movimientos de población entre 1993 y 2003. En la mayor parte de los departamentos se observan disminuciones en los porcentajes de migrantes y emigrantes entre estos dos años, lo que podría indicar la influencia de flujos de retorno motivados por factores económicos y las condiciones de violencia. Se exceptúan los departamentos de Tolima, Cauca, Caldas y Antioquia. En Bogotá siguen residiendo la mayor parte de emigrantes de los departamentos (31%).

Características de los migrantes y no migrantes

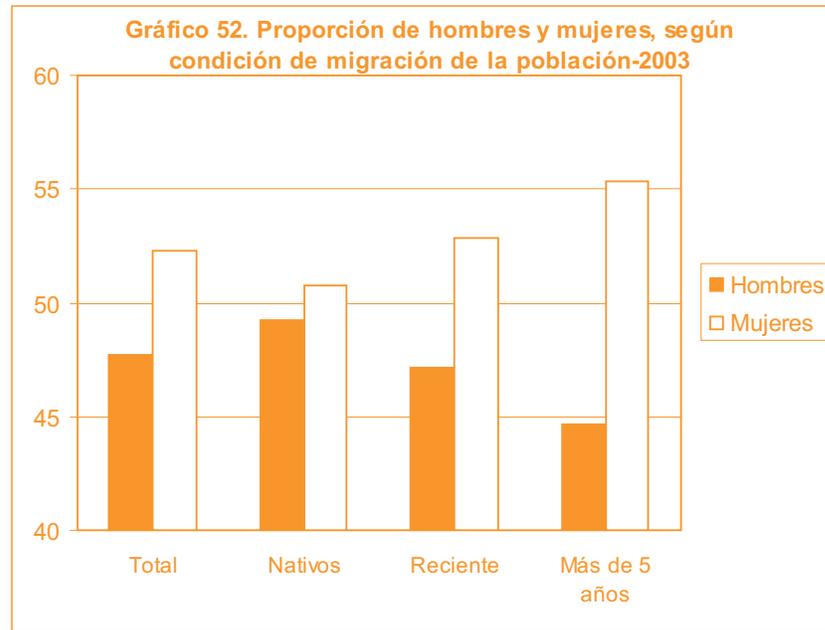
Las características sociodemográficas de los migrantes captados por la encuesta de calidad de vida de 2003 señalan posibles tendencias de los procesos migratorios en el país.

Los emigrantes interdepartamentales tienen proporciones de pobreza menores que los nativos (cuadro 30). Y dentro de los emigrantes de los últimos cinco años es más alta la incidencia de pobreza que entre los que migraron en períodos anteriores. Son situaciones que guardan correspondencia con la composición etaria de los grupos. Los migrantes de hace más de cinco años tienen edades considerablemente superiores. La media de su edad es de 43 años, mientras que la de los migrantes recientes es de 25 y la de los nativos de 23 (cuadro 30; gráfico 51)⁴⁸.

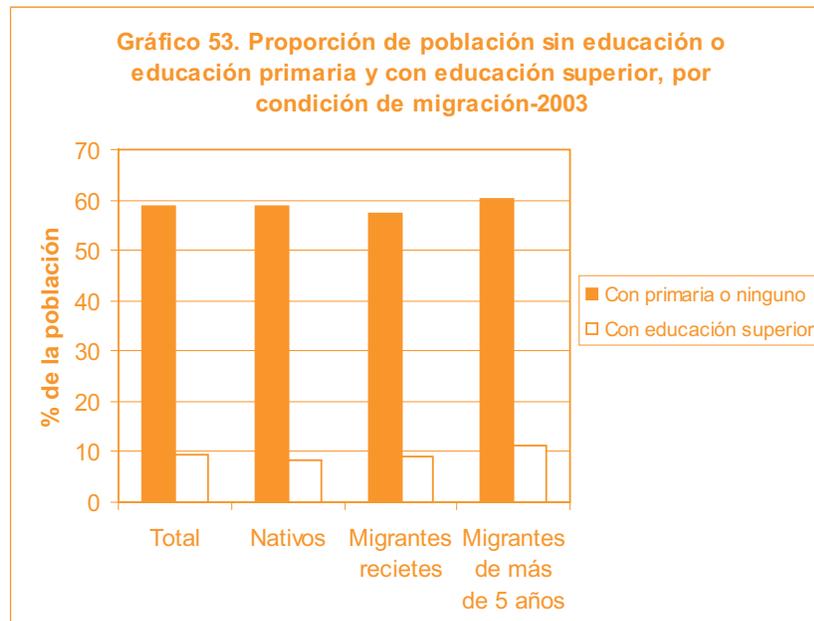


⁴⁸ En el gráfico se incluye la clasificación de pobres con la línea de pobreza del 2005, con la cual se obtiene una incidencia de pobreza del 54.9% para 2003. Busca ilustrar una tendencia. La información se refiere a migración interdepartamental.

La proporción de hombres es mayor dentro de los nativos y correlativamente hay mayor proporción de mujeres dentro de los migrantes, siendo más elevada dentro de los que migraron 5 años antes de la encuesta. Colombia a diferencia de otros países de América Latina parece conservar la tendencia a una mayor migración femenina (gráfico 52; Rodríguez Vignoli, 2004).

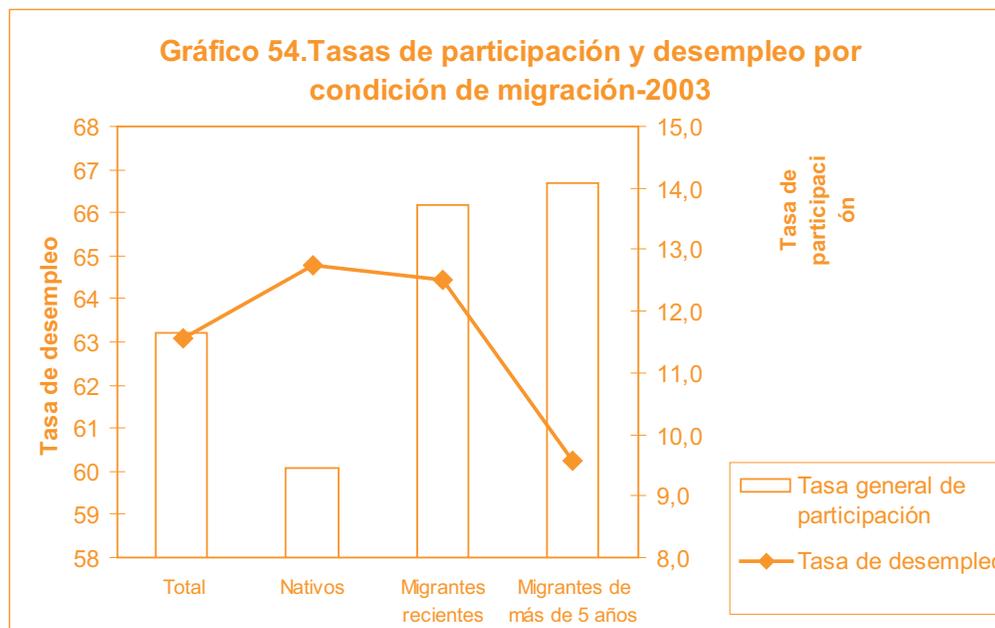


No se encuentran diferencias significativas entre los grupos considerados por su condición de migración, de acuerdo con su nivel educativo. Dentro de los migrantes de más de 5 años es mayor el porcentaje de personas con educación primaria o sin educación, pero también mayor el de personas con nivel superior (gráfico 53). Este hecho, ya observado para el período 1988-1993 (Murad, 2003), señala la subsistencia de una tendencia a la migración preferencial de personas con bajos niveles educativos que se sobrepone a una creciente migración de grupos con niveles educativos más altos.



De acuerdo con su posición frente al mercado de trabajo, los nativos tienen menores tasas de participación y más altas tasas de desempleo, lo que expresa su composición etaria y sus menores oportunidades de inserción laboral. Los inmigrantes recientes y los que migraron hace más de 5 años tienen tasas de participación similares, pero estos últimos son menos afectados por el desempleo.

Así se expresa su progresiva incorporación al empleo (gráfico 54). La migración significa una presión sobre la oferta laboral de destino, pero la situación de los inmigrantes, a pesar de su predominio femenino, tiene una dinámica hacia su progresiva incorporación, mientras que en los nativos existen, al parecer, inercias que llevan a mantener a niveles más elevados el desempleo.



Sigue siendo preponderante la migración hacia los centros urbanos. El 70% de los migrantes recientes en 2003 se habían dirigido a las cabeceras municipales (Pérez, 2003). Dadas las altas probabilidades de ser pobre en el medio rural, la mayor concentración de población en las zonas urbanas, independiente de otras consecuencias que pueda conllevar, favorece la disminución de la pobreza. Una estimación del efecto del cambio de la distribución urbana-rural de la población sobre la pobreza se presenta en el cuadro 9 y el gráfico 5. Con la distribución de la población urbana-rural de 1996 la incidencia de la pobreza en 2004 hubiera sido menor (con todas las otras circunstancias iguales). El efecto es reducido pero favorable.

2. ORIENTACIONES DE POLÍTICA

Los avances favorables en los indicadores demográficos se han obtenido en ausencia de políticas de población sistemáticas que permitan incidir sobre las tendencias de evolución de la población en la perspectiva de contrarrestar efectos indeseables y armonizar el conjunto de políticas públicas dentro de una visión de largo plazo.

Las diversas tentativas que se han promovido para la formulación de una política nacional de población no han culminado satisfactoriamente. Esta situación es común a la de la mayor parte de los países de América Latina donde aunque ha habido, bajo enfoques sectoriales, políticas, programas y proyectos que se inscriben dentro de

los campos de las políticas relacionadas con la población, con efectos importantes, ha faltado la conformación de un espacio temático e institucional sistemático sobre los temas de población y desarrollo (Martine y Hakkert, 2000).

En el Informe Final del UNFPA para la revisión de Programa y Propuestas de Estrategias para el Ciclo Programático 1998-2002 de Colombia (UNFPA, 1997), se señalaba que “El país ha tenido una postura ambigua en cuanto a la definición de políticas de población”. Y añadía que, “Ha verificado avances sustantivos en la consideración de la dinámica demográfica en el proceso de desarrollo. Paralelamente, ha discutido mucho la necesidad de contar con una política nacional explícita, comprensiva y aprobada. Sin embargo, los logros observados en el país en el área de población, ocurrieron en la ausencia de tal política”. Hoy, casi 10 años después, no parece haber un cambio significativo en la situación, a pesar de nuevos avances en distintas áreas poblacionales. No obstante, como se sustenta en este documento, en el contexto actual de Colombia existen condiciones que son favorables a que esa aspiración, largamente aplazada, se alcance, a través de un proceso en el que el UNFPA puede jugar un papel dinamizador.

La aparente paradoja de una evolución demográfica favorable a los fines del desarrollo económico y social en ausencia de políticas integrales y sistemáticas de población en los países de América Latina ha sido explicada a partir del efecto directo de los cambios en las condiciones económicas, sociales y políticas sobre las dinámicas de la población: “...los importantes cambios que se han dado en la dinámica demográfica de los países de América Latina y el Caribe responden fundamentalmente a transformaciones económicas, sociales y políticas ocurridas en las sociedades de esos países y, en menor grado, a algunos programas aislados (planificación familiar, educación en población, inserción de mujeres en el trabajo productivo, entre otros). Ha sido relativamente menor la contribución – si alguna – de las llamadas políticas de población” (Miró).

Este tipo de explicación, referida principalmente a una situación casi general en los países de la región a comienzos de la década pasada, puede plantear desconfianza sobre la necesidad de adoptar medidas particulares referentes a la población, cuando se han superado las fases más críticas de la transición demográfica: ¿Se requiere la adopción de acciones de política específicas en los temas de población en general y de población y desarrollo en particular, cuando los cambios demográficos (crecimiento de la población, tamaño de las familias, volumen de los flujos migratorios internos) tienden a ser más favorables a las metas de desarrollo económico y social?

La respuesta a preguntas con ésta requiere de un examen de las condiciones de los cambios demográficos, de sus consecuencias y determinantes, para avanzar en el ejercicio de los derechos humanos y la elevación de la calidad de vida, en una perspectiva estratégica de largo plazo. Sobre esta base es posible dilucidar los posibles campos de acción de las políticas de población y de su forma de operación.

La adopción de una política de población requiere de un consenso político en torno a objetivos precisos y de una definición en torno a los espacios institucionales que permitan ponerlas en práctica con legitimidad (Martine y Hakkert, 2000). La fundamentación de una decisión para su elaboración y puesta en práctica plantea la necesidad de afrontar nuevos interrogantes: ¿Cuáles serían los objetivos y metas de esas políticas en las nuevas circunstancias? ¿Cuál sería su ubicación institucional, cuando las políticas sociales abarcan buena parte de las problemáticas relacionadas con los temas poblacionales?

Como punto de partida, es posible identificar algunas características de las acciones en el campo de la población que sustentan otorgarles un carácter propio en las condiciones actuales de Colombia. Son elementos generales que requieren ser detallados en sus consecuencias sobre los contenidos y formas de aplicación que implican:

1. Sitúan las políticas de desarrollo social y económico dentro de una perspectiva estratégica, como la planteada en el documento *Visión Colombia, Segundo Centenario*, en las estrategias de tratamiento de la desigualdad y la pobreza o en los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
2. Permiten la integración entre las políticas económicas y sociales, de una parte, y las políticas ambientales y de ordenamiento territorial, de otra.
3. Reivindican campos intersectoriales de política que no tienen ubicación institucional definida: los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género, el tratamiento de grupos con desventajas por sus condiciones sociodemográficas.
4. Son el punto de unión de diversas políticas sectoriales que requieren compatibilizarse.
5. Se basan en una especialización del conocimiento y tienen su propio cuerpo de información.

El primer punto llama la atención sobre un rasgo de las acciones públicas referidas a la población que le otorga un papel articulador cuando se abordan los problemas del desarrollo económico y social en una perspectiva de largo plazo,

de un acuerdo nacional sobre perspectivas estratégicas. Este enfoque cobra relieve cuando se observa que existen problemas estructurales expresados en la persistencia de los niveles de pobreza y desigualdad que requieren de acciones de largo aliento, para superar la búsqueda de logros de corto plazo. Se trata de abordar una situación compleja que evidentemente supera las consideraciones demográficas, pero que encuentra uno de sus ejes en las tendencias poblacionales del país. No es por azar que adquieren importancia los temas poblacionales cuando se abordan los problemas del desarrollo del país en una perspectiva que cubre lo que resta de la década presente y la siguiente. En el espíritu de los contenidos del Programa de Acción de la CIPD, las políticas de población permiten articular los objetivos de extensión del ejercicio de los derechos humanos con las metas de crecimiento económico, mitigación de la pobreza y mayor equidad.

El segundo punto es una extensión del primero en torno a los temas de ordenamiento territorial y de sostenibilidad ambiental. La distribución espacial de la población, la adopción de una regionalización política y administrativa y la relación entre población y medio ambiente son elementos de una política nacional de desarrollo en una perspectiva de largo plazo. En este campo se destaca el papel de las entidades territoriales (departamentos y municipios) en el tratamiento de estos temas, dentro del marco de la descentralización política y administrativa establecida en Colombia.

El tercer punto señala la necesidad de adoptar un cuerpo de políticas y una forma de ejecutarlas, sobre temas sin una clara orientación sectorial, que carecen de una ubicación institucional definida. Un conjunto coherente de acciones referidas a los problemas de población y desarrollo puede servir de factor de articulación sobre materias que se tratan aisladamente. Dentro de los temas se encuentran en esta situación pueden mencionarse los relativos a las políticas de salud sexual y reproductiva y equidad de género, las políticas de pobreza orientadas a tratar la vulnerabilidad demográfica de los hogares y, en algunos aspectos, del desplazamiento forzado. Todos estas problemáticas, a pesar de su aparente heterogeneidad, encuentran bases comunes en un enfoque de población y pueden articularse en torno a él.

La compatibilización de las políticas sectoriales, a que se refiere el cuarto punto, es quizás el aspecto más evidente de las acciones en los campo de población y desarrollo, cuando se los considera como componentes con vocación intersectorial. A este respecto se busca ganar en coherencia y articulación y tomar en cuenta las situaciones que implican los cambios poblacionales y en la composición de las familias en aspectos como la provisión de servicios sociales, la definición de políticas de empleo y el alcance de los sistemas de pensiones.

El quinto punto resalta la especificidad de las acciones tendientes a tratar los problemas relativos a la población, que se basan en un espacio delimitado del saber, de carácter interdisciplinario y que cuentan con un cuerpo de información definido. Esta característica tiene implicaciones sobre condiciones para el adelanto de las políticas de desarrollo en relación con la investigación, la formación de recursos humanos y la provisión de información para la planificación, el seguimiento y evaluación de políticas.

2.1. Áreas de política en las acciones referentes a los temas de población y desarrollo

Con estas características se destacan tres áreas en torno a las cuales pueden definirse los objetivos de las acciones relativos al área de población y desarrollo, que se sustentan en el análisis de situación realizado. Sobre ellas tienen responsabilidades diferentes entidades públicas dentro del contexto institucional del país y confluyen distintas agencias de cooperación internacional.

A. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género: políticas sobre fecundidad no deseada y de adolescentes, mortalidad materna e infantil, enfermedades de transmisión sexual, violencia doméstica y contra la mujer (Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, ICBF, ONGs).

B. Tratamiento de la pobreza y la inequidad social: apoyo a hogares con vulnerabilidad demográfica y que han sido objeto de desplazamiento forzado, (DNP, Presidencia de la República, Ministerios Sectoriales, Cancillería, DANE).

C. Articulación entre las tendencias poblacionales y las políticas de medio ambiente, ordenamiento territorial y urbanización (Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, DANE, Entidades Territoriales).

Dentro estas áreas los propósitos generales para las políticas que buscan tratarlas podrían ser los siguientes:

1. Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre los pobres y las poblaciones jóvenes en el marco de la actual política nacional sobre el tema. Sobre esta base armonizar los objetivos de equidad social, de reducción de la pobreza y crecimiento económico con las tendencias demográficas.

2. Promover la equidad de género, con énfasis en las inequidades laborales.
3. Promover y articular políticas y programas hacia las poblaciones que tienen desventajas demográficas y son propensas a ser pobres (vulnerabilidad demográfica).
4. Promover intervenciones en el campo de población acordes con el modelo de ordenamiento del país, de sus regiones y municipios, en busca de armonizarlas con el desarrollo sostenible.
5. Promover la coordinación intersectorial entre las políticas económicas y sociales para lograr coherencia entre sus objetivos, las tendencias de cambio demográfico y las transformaciones de la familia, en la adecuada previsión de servicios futuros, la promoción de empleo para la creciente demanda laboral y los sistemas de protección social.
6. Propiciar la formación de recursos humanos, la producción de información y el estudio sobre los fenómenos demográficos y su incorporación en la planificación social y económica.

Estos objetivos se ubican en la perspectiva del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referentes a la disminución de la pobreza y el hambre, y de las tasas de mortalidad materna y el control del VIH/SIDA.

2.1.1. Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

Sobre este tema el país cuenta con una experiencia, un esquema institucional definido y una política nacional aprobada sobre salud sexual y reproductiva. Se requiere hacer los ajustes para hacer más eficaz esa política en la perspectiva de lograr el ejercicio pleno de los derechos humanos y para articularla dentro de las estrategias y programas de mitigación de la pobreza y de apoyo a las poblaciones desplazadas por la violencia.

2.1.2. Promover la equidad de género, con énfasis en las inequidades laborales

También sobre este objetivo existe un marco de política, un Acuerdo nacional por la equidad entre mujeres y hombres, y una base institucional y de coordinación en la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Y también a este respecto se requiere hacer los ajustes que garanticen la necesaria coordinación institucional y la garantía de los derechos humanos. Del análisis situacional se destacan los aspectos

relativos a las desventajas de las mujeres para llevar una vida digna, que se expresan en sus mayores tasas de pobreza, y a las que las afectan para tener un empleo digno y una remuneración laboral equitativa.

2.1.3. Promover y articular políticas y programas hacia las poblaciones que tienen desventajas demográficas y son propensas a ser pobres (vulnerabilidad demográfica)

En torno a este objetivo existen de una parte políticas generales y, de otra, programas de carácter sectorial y focalizado hacia las familias pobres. El análisis situacional en torno a la relación entre pobreza y factores poblacionales y vulnerabilidad demográfica sustenta tres líneas de acción sobre este objetivo:

- a. Recuperar un enfoque poblacional en las políticas que permita definir intervenciones particulares de acuerdo con las particularidades de carencias, vulnerabilidades y regiones del país. Para ello se requiere revisar los criterios de selección de beneficiarios e identificar poblaciones acordes con las características de vulnerabilidad de los individuos y las familias.
- b. Definir estrategias para la extensión de los programas a todos los segmentos de pobres y vulnerables.
- c. Adoptar un marco institucional que permita la coherente aplicación de las políticas de mitigación de la pobreza y tratamiento a la vulnerabilidad.

De otra parte, en la perspectiva del logro de los derechos, la noción de pobreza adquiere una connotación especial y se requiere revisar su significado habitual y su forma de medición. Se trata de un asunto conceptual que tiene implicaciones prácticas fundamentales. En esta perspectiva el UNFPA ha recurrido a planteamientos sobre el tema desarrollados por el Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que incumbe igualmente a Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas (UNFPA, 2005).

Desde el punto de vista de los derechos humanos, abordar la pobreza se convierte en una obligación moral. La pobreza y la discriminación restringen la libertad, privando a las personas de oportunidades de ejercer sus derechos humanos fundamentales. Dado que los derechos humanos son interdependientes y se refuerzan mutuamente, pueden establecer un círculo virtuoso que faculta a la gente para superar la pobreza. En cambio, la denegación de los derechos humanos puede conducir a un círculo vicioso, que atrapa las personas en una vida de opciones sumamente

restringidas. Por ejemplo, una mujer a quien se deniegue su derecho a la educación, probablemente tropezará con obstáculos para la vigencia de sus derechos a recibir servicios de salud, a votar, a contraer matrimonio voluntariamente y a elegir el número de sus hijos y el espaciamiento entre ellos (UNFPA, 2005).

“El enfoque basado en los derechos humanos, señala el UNFPA (2005), marca una transición, apartándose del anterior enfoque del desarrollo que trataba de satisfacer necesidades básicas y dependía de la buena voluntad o la caridad. En cambio, un enfoque basado en los derechos humanos reconoce que las personas son “titulares de derechos”, y esto implica la existencia de otras personas “obligadas a asegurar la vigencia de los derechos”. Por el contrario, las necesidades no se refieren a un objeto: no hay personas o mecanismos a quienes incumbe satisfacerlos.”

Con la justificación valorativa que sustenta los derechos humanos la pobreza expresa la falta de capacidades para el cumplimiento de los derechos básicos en el campo social. Bajo este enfoque humanos las acciones tendientes al tratamiento de la pobreza adquieren una connotación particular (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2002):

- Las políticas e instituciones para enfrentar la pobreza tienen fundamento explícito en los valores y normas que sustentan las formulaciones y acuerdos internacionales sobre los derechos humanos.
- La justificación de la reducción de la pobreza no se encuentra únicamente en el hecho de que los pobres tienen necesidades. Se sustenta ante todo en que los pobres tienen derechos, es decir titularidades que dan obligaciones legales a los otros. La reducción de la pobreza deja de ser solo caridad o una obligación moral y se convierte en una obligación legal, que compete a todos.
- La efectiva reducción de la pobreza no es posible sin la ampliación de las capacidades de los pobres y sin su empoderamiento.
- El tratamiento de la pobreza se dirige a afectar la discriminación social, que es una de las causas que le dan permanencia.
- Se impone el requerimiento de dar tratamiento integral a todos los derechos: sociales, económicos y culturales, civiles y políticos.
- Se establece un cuerpo básico de obligaciones que no pueden ser aplazadas: el cumplimiento de los derechos fundamentales.
- El enfoque de los derechos humanos reconoce que la reducción de la pobreza es una empresa que se realiza progresivamente, pero que implica que se le dediquen todos los recursos disponibles.

- Es necesario dar participación a los pobres en la fijación de estrategias y el desarrollo de las políticas y programas, y de que haya una rendición pública de cuentas sobre las acciones y resultados obtenidos.
- El reconocimiento explícito de los derechos humanos conlleva igualmente a que si las limitaciones en los recursos -humanos, financieros y técnicos- imposibilitan que se satisfagan al mismo tiempo las reivindicaciones de todos los titulares de derechos, se requiera fijar prioridades y asegurar una vigencia progresiva de los derechos. "No obstante, en virtud del enfoque basado en los derechos humanos, no deben escatimarse esfuerzos para garantizar la vigencia del conjunto de derechos básicos que se trasuntan en los ODM, como los derechos a la seguridad personal, la supervivencia, el alimento, la vivienda, la educación y la salud." (UNFPA, 2005)

2.1.4. Promover intervenciones en el campo de población acordes con el modelo de ordenamiento del país, de sus regiones y municipios, en busca de armonizarlas con el desarrollo sostenible.

En torno a este objetivo existen vacíos en las políticas, en ausencia de un marco normativo sobre el ordenamiento territorial del país. En los niveles departamentales y municipales es preciso apoyar los esfuerzos por definir estrategias de largo plazo, que tome en cuenta las tendencias demográficas. La incorporación de un enfoque poblacional en los planes de ordenamiento territorial de los municipios es un elemento indispensable en esta perspectiva.

2.1.5. Promover la coordinación intersectorial entre las políticas económicas y sociales en torno a los temas poblacionales

Esta es la estrategia, quizás menos costosa, pero la más importante. De su logro depende la definición de una política integral de población y una ejecución coherente de programas en torno a temas tan variados como los enunciados anteriormente.

2.1.6. Propiciar la formación de recursos humanos, la producción de información y el estudio sobre los fenómenos demográficos y su incorporación en la planificación social y económica

Este es igualmente un objetivo que busca dar bases necesarias para el logro de los restantes. Contar con buena y oportuna información, con investigación sobre temas estratégicos es una inversión que puede dar muchos dividendos. Un punto de partida indispensable es la evaluación de la información básica con que cuenta el país.

3. CONCLUSIONES: EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN DEL UNFPA CON EL GOBIERNO COLOMBIANO

La definición del programa de cooperación del UNFPA para los años 2008 y 2012 implica además de un soporte en el análisis de la situación del país, llevar a cabo un diálogo indispensable con las instancias gubernamentales y agentes sociales comprometidos en los temas relacionados con población y desarrollo. Las áreas de política que se han reseñado requieren, por lo demás, concretarse a través de ese diálogo.

Dada la magnitud y complejidad de la problemática, la agenda de cooperación, dentro del ámbito de competencias de las agencias de las Naciones Unidas y el estado de avance de Colombia en torno a esos temas, podría centrarse en torno a apoyar las iniciativas para la formulación y puesta en práctica de una política de población.

Eso implica apoyar acciones en los campos auxiliares de la información, investigación y evaluación, de la formación de recurso humano, de asistencia técnica y de programas experimentales que sirvan de modelo para ser generalizados en fases posteriores. En esta perspectiva, es de importancia fundamental definir igualmente el modelo institucional para la aplicación de las políticas.

Otro escenario para el programa de cooperación, que podría acompañar al anterior, es el de apoyar acciones estratégicas de políticas públicas para problemas especialmente urgentes y sobre los cuales se requieran recursos adicionales. Por esta vía, se continuarían acciones como las que en la actualidad ayuda a realizar el UNFPA.

El análisis situacional provee un marco de referencia para identificar, dentro de un amplio contexto, asuntos que requieren de solución urgente, y para ofrecer orientaciones generales para tratarlos. Se requiere para concretar el programa de cooperación ponerlo a consideración de las autoridades y agentes nacionales.

Anexo 1 - Cuadros Estadístico**Cuadro 1**

Tasa global de fecundidad (TGF), número promedio de hijos nacidos vivos a mujeres de 40-49 años y porcentaje de mujeres embarazadas, por características seleccionadas, Colombia -2005

Zona, nivel educativo e índice de riqueza	Tasa global de fecundidad ¹	Promedio de nacidos vivos de mujeres 40-49	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas 15-49
Total	2,4	3,1	4,2
Zona			
Urbana	2,1	2,8	3,7
Rural	3,4	4,2	5,7
Educación			
Sin educación	4,5	4,9	5,3
Primaria	3,4	3,7	4,5
Secundaria	2,4	2,6	4,2
Superior	1,4	1,8	3,4
Índice de riqueza			
Más bajo	4,1	4,9	6,6
Bajo	2,8	3,6	5,2
Medio	2,4	3,1	4,5
Alto	1,8	2,6	3,1
Más alto	1,4	2,2	2,5

¹ Tasas para los tres años que precedieron la encuesta
Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Análisis de situación en población para Colombia - Volumen 1

Cuadro 2

Edad mediana al primer nacimiento entre las mujeres de 25-49 años, por edad actual, según características seleccionadas, Colombia 2005

Zona, nivel educativo e índice de riqueza	Edad actual					
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
Total	21.6	21.6	22.1	21.9	21.7	21.8
Zona						
Urbana	22.1	22.2	22.7	22.5	21.9	22.3
Rural	19.8	20.1	20.3	20.3	21.0	20.3
Educación						
Sin educación	18.5	17.8	18.7	18.7	19.6	18.9
Primaria	19.2	19.7	20.2	20.3	20.7	20.1
Secundaria	21.0	21.6	22.4	22.6	22.3	21.8
Superior	a	27.4	27.7	27.2	26.9	a
Índice de riqueza						
Más bajo	19.4	19.7	19.8	19.9	20.6	19.8
Bajo	20.0	20.4	21.3	20.8	20.9	20.6
Alto	22.7	22.4	23.0	23.0	22.1	22.7
Más alto	27.6	24.6	24.6	24.4	23.0	24.4

Se omite pues menos del 50 por ciento de las mujeres han tenido un nacimiento antes de los 25 años

Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Cuadro 3

Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, por características seleccionadas, Colombia 2005

Adolescentes alguna vez embarazadas			
Zona, nivel educativo e índice de riqueza	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total alguna vez embarazadas
Total	16.2	4.3	20.5
Zona			
Urbana	14.5	4.0	18.5
Rural	21.6	5.3	26.9
Educación			
Sin educación	36.6	15.8	52.3
Primaria	35.8	6.5	42.3
Secundaria	13.2	4.0	17.3
Superior	7.4	1.6	9.0
Índice de riqueza			
Más bajo	25.2	6.3	31.5
Bajo	21.0	4.5	25.6
Medio	17.3	4.8	22.1
Alto	10.4	4.0	14.4
Mas alto	8.5	2.1	10.7

Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Cuadro 4
Niveles de uso anticonceptivo de las mujeres en unión, por lugar de residencia y educación, según varias encuestas, Colombia 1990-20050

Características	2005	2000	1995	1990
Total	78	76	72.2	66
<i>Métodos modernos</i>	68.2	68.2	59.3	54.6
<i>Métodos tradicionales</i>	9.5	9.5	11.1	11.5
<i>Folclóricos</i>	0.6	0.6	1.8	0.5
Zona				
Urbana	78.8	78.8	74.4	69.1
Rural	76.7	76.7	67.0	59.1
Educación				
Sin educación	67.1	72.7	58.0	52.6
Primaria	78.5	77.0	70.4	63.3
Secundaria	79.3	77.7	74.7	69.4
Universitaria	76.8	75.4	77.1	76.8

Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Cuadro 5
Distribución porcentual de las mujeres en unión según método usado actualmente, por características seleccionadas, Colombia 2005

Zona, nivel educativo e índice de riqueza	Cualquier método	Métodos modernos	Métodos tradicionales	No usa
Total	78.2	68.2	10.0	21.8
Zona				
Urbana	78.8	69.1	9.7	21.2
Rural	76.7	65.6	11.1	23.3
Nivel educativo				
Sin educación	67.1	57.4	9.7	32.9
Primaria	78.5	67.5	11.0	21.5
Secundaria	79.3	59.6	9.6	20.7
Superior	76.8	67.6	9.2	23.2
Índice de riqueza				
Más bajo	73.0	60.4	12.5	27.0
Bajo	77.1	66.6	10.5	22.9
Medio	78.6	69.3	9.3	21.4
Alto	80.9	71.7	9.2	19.1
Más alto	80.7	71.8	8.9	19.3

Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Cuadro 6

Porcentaje de mujeres en unión con necesidad insatisfecha, con necesidad satisfecha de planificación familiar y con demanda total de planificación familiar, por características seleccionadas, Colombia 2005

Característica	Necesidad insatisfecha de planificación familiar ¹			Necesidad satisfecha de planificación familiar (usuarias actuales) ²			Demanda total de planificación familiar ³			Porcentaje de necesidad satisfecha ⁴
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limita	Total	
Total	2.5	3.3	5.8	16.9	61.3	78.2	20.8	65.4	86.2	93.3
Zona										
Urbana	2.2	2.7	4.9	17.7	61.0	78.8	21.4	64.4	85.9	94.3
Rural	3.4	4.8	8.2	14.5	62.1	76.7	19.2	67.8	87.0	90.6
Nivel educativo										
Sin educación	2.5	9.7	12.2	5.3	61.8	67.1	9.0	72.5	81.5	85.1
Primaria	2.1	4.3	6.4	10.3	68.2	78.5	13.3	73.6	86.9	92.7
Secundaria	2.9	2.5	5.5	19.7	59.6	79.3	24.3	62.7	87.0	83.7
Superior	2.0	1.7	3.7	25.8	51.0	76.8	29.8	53.1	82.9	95.5
Índice de riqueza										
Más bajo	4.3	6.4	10.6	13.7	59.2	73.0	19.4	66.6	86.0	87.6
Medio	2.5	3.0	5.5	18.1	60.5	78.6	22.3	64.6	86.9	93.6
Alto	1.8	2.1	3.9	18.6	62.3	80.9	22.0	64.7	86.7	95.5
Más alto	0.8	1.4	2.2	16.8	64.0	80.7	18.6	65.8	84.4	97.4

Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

¹ La necesidad insatisfecha para limitar incluye mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que no desean más hijos. La necesidad insatisfecha para espaciar incluye las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo sí fue deseado, pero más tarde y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que sí desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

² La necesidad satisfecha para espaciar se refiere a las mujeres que usan algún método de planificación familiar porque desean espaciar los nacimientos (respondieron que desean tener más hijos o están indecisas al respecto). La necesidad satisfecha para limitar incluye aquellas mujeres que están usando porque desean limitar los nacimientos (respondieron que no desean más hijos).

³ La demanda total incluye mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falta de método)

⁴ (Necesidad satisfecha)+(falta de método)/(demanda total)

Cuadro 7
Promedio ideal de hijos para todas las mujeres por edad, según características seleccionadas,
Colombia 2005

	Edad actual de la mujer							
	Total	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Total	2.2	1.9	2.0	2.0	2.2	2.4	2.5	2.7
Zona								
Urbana	2.1	1.9	1.9	1.9	2.1	2.3	2.4	2.6
Rural	2.5	2.0	2.1	2.3	2.5	2.8	2.9	3.2
Educación								
Sin educación	3.0	1.8	2.5	2.3	2.9	3.0	3.4	3.5
Primaria	2.4	2.0	2.1	2.2	2.4	2.6	2.7	2.8
Secundaria	2.1	1.9	1.9	2.0	2.1	2.3	2.4	2.5
Superior	2.1	1.9	1.9	1.9	2.1	2.2	2.4	2.4
Nivel de vida								
Más bajo	2.6	2.1	2.2	2.5	2.7	3.0	3.2	3.6
Bajo	2.3	2.0	2.0	2.1	2.3	2.5	2.7	2.8
Medio	2.2	1.9	1.9	2.0	2.2	2.3	2.5	2.7
Alto	2.1	1.8	1.9	1.9	2.1	2.2	2.3	2.5
Más alto	2.1	1.8	1.9	1.8	2.0	2.2	2.3	2.5

Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Análisis de situación en población para Colombia - Volumen 1

Incidencia de pobreza de la población colombiana por grupos de edad y sexo- 1996-2004

años	TOTAL	Menores de 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	Más de 64
1996	62,79	76,46	75,58	75,91	71,92	63,09	57,14	56,09	58,12	59,69	55,96	54,64	50,68	50,74	49,36	52,52
1997	63,70	74,98	75,89	76,63	72,71	64,97	57,75	57,72	60,48	60,08	57,08	56,03	51,66	50,52	51,49	53,29
1998	66,03	78,61	77,79	77,76	75,20	67,80	60,84	61,97	62,80	61,11	59,55	56,19	54,77	55,37	53,81	56,41
1999	67,59	79,97	78,35	78,33	77,63	69,59	63,24	63,18	64,16	64,94	61,59	58,64	57,13	58,72	53,56	55,96
2000	66,31	78,37	77,85	78,66	76,34	69,15	61,48	61,54	63,23	63,49	60,84	55,24	54,39	54,26	55,92	54,53
2001	66,95	80,65	78,98	78,23	78,04	69,48	63,18	63,73	64,49	64,97	59,99	56,07	55,44	53,82	54,84	54,46
2002	68,39	81,45	80,24	80,65	78,34	72,36	64,67	64,23	66,10	64,99	62,05	58,66	56,42	56,58	57,33	55,11
2003	63,79	75,81	76,89	76,40	75,70	68,50	59,78	57,78	60,80	61,74	58,88	51,91	50,12	50,56	48,66	50,47
2004	64,49	79,21	77,62	78,36	76,33	67,80	59,20	59,83	63,38	61,10	59,60	54,09	50,40	48,52	48,35	51,90
Hombres																
1996	62,77	76,95	74,85	76,67	72,86	63,05	54,41	53,66	56,57	58,62	57,41	55,89	49,96	52,58	48,28	51,91
1997	63,92	73,97	76,27	76,47	73,21	65,00	56,67	56,25	59,09	59,59	58,17	58,61	52,82	51,82	50,93	52,13
1998	65,86	79,75	78,09	77,30	75,64	66,75	59,48	58,90	61,85	61,03	59,98	58,14	55,44	54,15	53,88	56,11
1999	67,98	80,40	78,53	78,07	77,57	70,59	62,98	62,44	62,81	64,68	61,77	61,18	58,19	59,90	54,70	55,49
2000	66,25	79,39	78,56	78,43	76,82	68,94	60,02	58,12	61,73	63,20	61,96	54,57	56,34	54,20	53,85	54,34
2001	67,24	82,23	80,39	77,70	78,15	70,61	62,46	61,82	62,97	64,27	60,47	55,45	56,45	54,73	53,09	55,04
2002	68,68	80,87	80,73	80,81	78,67	72,04	62,78	62,07	66,77	64,22	61,16	60,13	57,28	59,74	57,29	55,05
2003	63,28	76,37	76,60	76,02	75,44	67,57	56,42	55,53	56,88	60,45	60,18	52,13	49,80	51,51	47,44	49,91
2004	64,21	78,21	77,68	78,93	76,39	66,63	57,32	56,45	60,33	59,12	60,14	56,99	51,38	48,70	46,26	51,68
Mujeres																
1996	62,82	75,91	76,31	75,12	70,92	63,12	59,54	58,28	59,56	60,61	54,68	53,50	51,36	49,05	50,25	53,06
1997	63,50	75,94	75,50	76,80	72,19	64,94	58,72	58,99	61,76	60,49	56,09	53,62	50,61	49,38	52,02	54,33
1998	66,20	77,55	77,46	78,23	74,77	68,84	62,10	64,63	63,62	61,18	59,15	54,42	54,12	56,54	53,74	56,67
1999	67,22	79,53	78,17	78,61	77,69	68,63	63,48	63,85	65,45	65,15	61,44	56,48	56,14	57,67	52,55	56,35
2000	66,37	77,28	77,12	78,90	75,83	69,36	62,76	64,66	64,59	63,74	59,87	55,86	52,65	54,31	57,80	54,69
2001	66,69	79,08	77,46	78,78	77,92	68,34	63,85	65,43	65,80	65,56	59,58	56,61	54,50	52,96	56,34	53,98
2002	68,12	82,18	79,72	80,49	77,98	72,66	66,33	66,26	65,53	65,65	62,89	57,39	55,72	53,94	57,37	55,16
2003	64,26	75,17	77,19	76,79	75,98	69,47	62,67	59,80	64,45	62,82	57,72	51,72	50,41	49,78	49,61	50,93
2004	64,74	80,20	77,56	77,77	76,26	68,93	60,96	62,78	66,07	62,80	59,11	51,61	49,53	48,35	50,30	52,08

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 9
Incidencia de pobreza de la población con estructura etárea
distribución urbana rural de 1996- 1996-2004

Año	% de pobres observada	% de pobres con estructura de edad de 1996	% de pobres con distribución urbana-rural de 1996
1996	62,79	62,79	62,79
1997	63,70	63,80	63,78
1998	66,03	66,22	66,26
1999	67,59	67,87	68,16
2000	66,31	66,75	66,55
2001	66,95	67,56	67,16
2002	68,39	69,05	68,68
2003	63,79	64,51	63,99
2004	64,49	65,30	64,82

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 10
Personas por hogar, por condición de pobreza e indigencia, según zona -1996-2004

AÑO	Total				Cabecera				Resto			
	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Po-bres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes
1996	4,36	3,77	4,82	5,10	4,28	3,80	4,71	4,90	4,59	3,64	5,04	5,32
1997	4,40	3,75	4,87	5,12	4,29	3,76	4,77	4,97	4,68	3,70	5,07	5,28
1998	4,23	3,60	4,65	4,92	4,19	3,63	4,63	4,94	4,36	3,48	4,69	4,89
1999	4,22	3,59	4,61	4,73	4,23	3,64	4,67	4,87	4,21	3,35	4,48	4,58
2000	4,28	3,59	4,74	4,98	4,16	3,58	4,62	4,84	4,61	3,66	5,00	5,18
2001	4,18	3,45	4,66	4,90	4,11	3,47	4,57	4,79	4,38	3,37	4,87	5,06
2002	4,12	3,40	4,57	4,87	4,02	3,39	4,48	4,79	4,40	3,40	4,79	4,99
2003	4,15	3,46	4,69	4,88	4,06	3,40	4,61	4,80	4,44	3,65	4,89	5,03
2004	4,09	3,41	4,59	4,83	3,99	3,38	4,51	4,76	4,37	3,57	4,76	4,95

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 11
Incidencia de pobreza de los hogares por presencia de menores de 5 y 18 años-1996-2004

Con menores de 5 años										Con menores de 18 años									
% de hogares pobres																			
AÑO	TOTAL	Sin menores	1 menor	2 menores	3 menores	4 y más	TOTAL	Sin menores	1 menor	2 menores	3 menores	4 y más							
1996	56,88	48,89	68,21	83,03	92,70	90,64	56,88	33,46	50,29	64,21	75,90	88,81							
1997	57,47	49,96	68,68	82,70	92,97	94,58	57,47	33,81	51,98	64,87	78,54	89,68							
1998	60,09	52,82	70,89	85,38	94,02	93,85	60,09	35,81	56,42	69,33	78,75	90,71							
1999	61,90	55,28	72,51	85,36	92,37	98,71	61,90	39,88	57,79	70,70	81,17	91,95							
2000	59,88	52,95	72,52	84,19	92,79	90,61	59,88	36,14	56,54	70,87	81,45	91,75							
2001	60,01	53,01	73,46	85,15	97,35	95,49	60,01	37,26	56,64	71,51	84,26	92,97							
2002	61,63	54,74	75,26	86,33	94,71	97,38	61,63	39,52	59,14	71,97	86,93	93,66							
2003	56,48	49,11	70,45	85,53	87,84	95,81	56,48	32,47	53,17	68,25	81,92	92,13							
2004	57,48	50,10	73,20	84,14	91,35	97,71	57,48	33,15	56,12	68,75	83,01	92,73							
% de hogares indigentes										Con menores de 18 años									
AÑO	TOTAL	Sin menores	1 menor	2 menores	3 menores	4 y más	TOTAL	Sin menores	1 menor	2 menores	3 menores	4 y más							
1996	17,77	14,02	20,06	35,52	53,38	56,63	17,77	9,89	10,78	16,91	26,08	42,78							
1997	19,63	16,14	22,32	35,49	52,60	72,65	19,63	11,66	12,40	18,72	29,31	46,88							
1998	21,90	17,18	25,90	43,74	64,54	53,89	21,90	11,94	14,17	22,41	32,30	53,17							
1999	25,59	20,95	30,82	46,72	58,81	64,45	25,59	14,43	19,34	28,04	36,29	54,93							
2000	19,76	16,04	24,34	38,00	52,33	47,79	19,76	10,64	13,42	21,34	31,08	49,08							
2001	19,81	16,24	23,44	41,19	57,58	54,56	19,81	12,39	11,86	19,49	35,57	51,07							
2002	21,74	18,01	26,22	43,32	47,67	56,32	21,74	12,98	13,94	21,50	39,16	55,25							
2003	17,07	13,46	21,75	35,29	54,09	56,26	17,07	9,11	12,22	15,42	30,96	46,86							
2004	18,61	14,76	24,55	38,41	51,61	64,13	18,61	9,57	13,43	19,81	31,55	49,47							

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 12

Incidencia de pobreza e indigencia de los hogares: observada y con estructura de presencia de menores de 1996-2004

Años	Incidencia de pobreza (%)			Incidencia de indigencia (%)		
	% observado	% con estructura de hogares con menores de 5 años de 1996	% con estructura de hogares con menores de 18 años de 1996	% observado	% con estructura de hogares con menores de 5 años de 1996	% con estructura de hogares con menores de 18 años de 1996
1996	56,88	56,88	56,88	17,77	17,77	17,77
1997	57,47	57,69	58,00	19,63	19,74	19,99
1998	60,09	60,35	60,78	21,90	22,07	22,48
1999	61,90	62,36	63,03	25,59	25,94	26,45
2000	59,88	60,01	61,75	19,76	20,31	21,06
2001	60,01	61,12	62,77	19,81	20,56	21,61
2002	61,63	62,76	64,56	21,74	22,45	23,71
2003	56,48	57,70	59,45	17,07	17,79	18,72
2004	57,48	58,96	60,68	18,61	19,56	20,52

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 13

Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas 1973-2003-NBI (1)

	1973			1985			1993			2003		
	Total	Urbano	Rural									
Total	70,5	58,9	88,4	45,0	32,3	71,8	35,8	26,8	59,5	22,2	13,1	47,5
Materiales inadecuados de la vivienda	31,2	28,6	35,3	13,8	7,3	27,3	11,6	7,0	23,8	6,8	3,0	17,1
Hacinamiento crítico	34,2	26,7	46,4	19,4	16,1	26,4	15,4	12,0	24,4	7,9	5,4	14,9
Carencia de servicios básicos	30,3	12,0	60,0	21,8	8,8	49,0	10,5	7,2	19,3	7,5	2,5	21,6
"Alta dependencia económica"	29,0	20,0	43,5	15,9	12,4	23,5	12,8	8,9	23,3	8,5	4,9	18,3
Inasistencia escolar	31,0	22,3	45,1	11,5	6,8	21,4	8,0	4,9	16,4	2,3	1,3	5,0

Fuentes: DANE, PNUD, UNICEF, Min Agricultura, 1989, Censo 1993, Encuesta Nacional de Calidad de Vida-2003.

(1) No se consideran las poblaciones indígenas en los censos de 1973, 1985 y 1993.

Análisis de situación en población para Colombia - Volumen 1

Cuadro 14

Incidencia de la pobreza e indigencia (1) de la población, por zona - Colombia 1996-2004

AÑOS	TOTAL		CABECERAS		RESTO	
	Pobres	Indigentes	Pobres	Indigentes	Pobres	Indigentes
1996	62,9	20,8	58,2	14,9	74,1	35,1
1997	63,7	22,9	58,2	15,8	77,3	40,2
1998	66,3	25,6	61,4	18,9	78,7	42,9
1999	68,0	29,5	62,8	21,1	81,4	50,9
2000	66,3	23,0	62,1	18,2	77,1	35,5
2001	66,9	23,2	63,8	18,8	74,9	34,9
2002	68,3	25,6	64,5	21,2	78,6	37,4
2003	63,6	20,0	61,3	18,0	70,0	25,4
2004	64,4	22,0	61,1	18,3	73,6	32,1

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

(1) Con corrección de omisión y subdeclaración de ingresos utilizando la cuenta de los Hogares de las Cuentas Nacionales. Líneas de pobreza e indigencia, DANE, 1998, con base en Encuesta de Ingresos y gastos de 1994-1995.

Con las líneas de pobreza del DANE, elaboradas en 2.005 las incidencias de la pobreza y la indigencia son más bajas a las presentadas en el cuadro. Por ejemplo, el porcentaje nacional de pobres para 2000 es de 54,9%, y el de indigentes de 18.8%. Con esas líneas las tendencias de cambio de la pobreza son similares a las aquí presentadas.

Cuadro 15
Medidas de pobreza e Indigencia - Colombia 1996-2004

AÑOS	TOTAL NACIONAL															
	Indigencia				Pobreza				Indigencia				Pobreza			
	H	I	PG=HI	P2	H	I	PG=HI	P2	H	I	PG=HI	P2	H	I	PG=HI	P2
1996	0,2079	0,4337	0,0902	0,0583	0,6285	0,4898	0,3078	0,1930	0,1487	0,3835	0,0570	0,0350	0,5817	0,4642	0,2701	0,1614
1997	0,2287	0,4397	0,1006	0,0647	0,6373	0,5112	0,3258	0,2091	0,1582	0,3731	0,0590	0,0345	0,5821	0,4794	0,2791	0,1692
1998	0,2564	0,4406	0,1130	0,0724	0,6626	0,5243	0,3474	0,2264	0,1887	0,3628	0,0685	0,0386	0,6139	0,4935	0,3030	0,1865
1999	0,2947	0,5041	0,1486	0,1011	0,6804	0,5634	0,3833	0,2664	0,2109	0,4543	0,0958	0,0627	0,6283	0,5240	0,3292	0,2169
2000	0,2298	0,4344	0,0998	0,0623	0,6626	0,5183	0,3434	0,2218	0,1816	0,4082	0,0741	0,0453	0,6209	0,5058	0,3140	0,1984
2001	0,2321	0,4078	0,0947	0,0571	0,6687	0,5134	0,3433	0,2182	0,1881	0,3727	0,0701	0,0398	0,6385	0,4990	0,3186	0,1972
2002	0,2560	0,4225	0,1082	0,0661	0,6831	0,5261	0,3593	0,2324	0,2122	0,4061	0,0862	0,0512	0,6445	0,5146	0,3317	0,2117
2003	0,1996	0,4135	0,0825	0,0497	0,6363	0,4912	0,3126	0,1952	0,1797	0,3853	0,0692	0,0399	0,6130	0,4940	0,3028	0,1880
2004	0,2199	0,3774	0,0830	0,0464	0,6442	0,5037	0,3245	0,2026	0,1834	0,3640	0,0668	0,0364	0,6109	0,4985	0,3046	0,1885

AÑOS	RESTO															
	Indigencia				Pobreza				Indigencia				Pobreza			
	H	I	PG=HI	P2	H	I	PG=HI	P2	H	I	PG=HI	P2	H	I	PG=HI	P2
1996	0,3507	0,4851	0,1701	0,1145	0,7414	0,5381	0,3989	0,2694	0,5381	0,3989	0,2694	0,2694	0,5381	0,3989	0,2694	0,2694
1997	0,4023	0,5041	0,2028	0,1392	0,7731	0,5701	0,4408	0,3073	0,5701	0,4408	0,3073	0,3073	0,5701	0,4408	0,3073	0,3073
1998	0,4286	0,5277	0,2262	0,1586	0,7866	0,5853	0,4604	0,3279	0,5853	0,4604	0,3279	0,3279	0,5853	0,4604	0,3279	0,3279
1999	0,5091	0,5570	0,2836	0,1995	0,8138	0,6413	0,5218	0,3931	0,6413	0,5218	0,3931	0,3931	0,6413	0,5218	0,3931	0,3931
2000	0,3554	0,4693	0,1668	0,1065	0,7712	0,5446	0,4200	0,2828	0,5446	0,4200	0,2828	0,2828	0,5446	0,4200	0,2828	0,2828
2001	0,3486	0,4580	0,1596	0,1030	0,7487	0,5459	0,4087	0,2740	0,5459	0,4087	0,2740	0,2740	0,5459	0,4087	0,2740	0,2740
2002	0,3736	0,4475	0,1672	0,1061	0,7865	0,5512	0,4335	0,2881	0,5512	0,4335	0,2881	0,2881	0,5512	0,4335	0,2881	0,2881
2003	0,2538	0,4679	0,1188	0,0763	0,6999	0,4844	0,3390	0,2149	0,4844	0,3390	0,2149	0,2149	0,4844	0,3390	0,2149	0,2149
2004	0,3206	0,3987	0,1278	0,0739	0,7362	0,5154	0,3795	0,2414	0,5154	0,3795	0,2414	0,2414	0,5154	0,3795	0,2414	0,2414

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE
 (1) Con corrección de omisión y subdeclaración de ingresos utilizando la cuenta de los Hogares de las Cuentas Nacionales. Líneas de pobreza e indigencia, DANE, 1998, con base en Encuesta de Ingresos y gastos de 1994-1995.
 H=INCIDENCIA, I=INTENSIDAD, PG=HI=BRECHA DE POBREZA Y P2=FOSTER-GREER-THORBECKE

Cuadro 16
Incidencia de pobreza e indigencia, por regiones y zonas- 1997 y 2003

Regiones Y Zonas	Total Nacional						Cabecera						Resto											
	1997		2003		2003		1997		2003		2003		1997		2003		2003							
	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes	% Pobres	% Indigen- tes						
Total	62,2	23,0	65,7	23,5	52,9	18,1	63,2	20,8	72,6	32,3	73,9	32,7	67,1	29,8	73,2	29,5	63,9	26,0	72,1	27,4	77,0	41,7	76,6	35,8
Atlántica	60,7	21,4	63,5	20,7	56,9	18,3	60,1	15,8	68,9	28,2	70,5	30,7	74,1	30,4	73,2	29,6	74,2	27,3	73,2	30,3	73,9	37,1	73,3	27,8
Central	63,2	21,4	63,0	21,5	60,5	19,9	58,2	17,6	70,1	25,3	75,1	31,6	47,9	13,0	50,8	13,2	58,6	19,9	71,3	25,0	74,7	29,4	74,2	38,9
Pacífica	47,9	13,0	50,8	13,2	41,8	7,6	38,4	7,7	55,7	18,4	60,5	18,4	33,5	7,1	38,4	7,7	41,8	7,6	38,4	7,7	55,7	18,4	60,5	18,4
Bogotá	63,0	21,5	60,5	19,9	58,2	17,6	70,1	25,3	75,1	31,6	75,1	31,6	63,0	21,4	63,0	21,5	60,5	19,9	58,2	17,6	70,1	25,3	75,1	31,6
Antioquia	47,9	13,0	50,8	13,2	41,8	7,6	38,4	7,7	55,7	18,4	60,5	18,4	33,5	7,1	38,4	7,7	41,8	7,6	38,4	7,7	55,7	18,4	60,5	18,4
San Andrés	63,0	21,5	60,5	19,9	58,2	17,6	70,1	25,3	75,1	31,6	75,1	31,6	63,0	21,4	63,0	21,5	60,5	19,9	58,2	17,6	70,1	25,3	75,1	31,6
Orinoquía	47,9	13,0	50,8	13,2	41,8	7,6	38,4	7,7	55,7	18,4	60,5	18,4	33,5	7,1	38,4	7,7	41,8	7,6	38,4	7,7	55,7	18,4	60,5	18,4

Fuente: cálculos con base en las Encuestas de Calidad de Vida del DANE.

Cuadro 17
Ingresos corrientes per cápita a precios constantes de 2004 por condición de pobreza- 1996-2004 (pesos)

Años	TOTAL		No pobres		Pobres		Indigentes	
	Valor promedio	Índice						
1996	391.155	100,0	824.264	100,0	139.948	100,0	54.263	100,0
1997	386.458	98,8	836.249	101,5	135.223	96,6	53.437	98,5
1998	362.904	92,8	827.339	100,4	131.126	93,7	54.506	100,4
1999	351.112	89,8	850.196	103,1	121.945	87,1	45.308	83,5
2000	348.652	89,1	782.505	94,9	132.808	94,9	52.205	96,2
2002	360.352	92,1	827.784	100,4	131.483	94,0	54.521	100,5
2003	371.915	95,1	792.744	96,2	139.370	99,6	56.390	103,9
2004	374.834	95,8	815.989	99,0	138.472	98,9	56.576	104,3

Fuente: Cálculos a partir de las encuestas de Hogares del DANE, años completo.

Cuadro 18

Coefficientes de Gini del ingreso corriente, personas y hogares, por zona- 1996-2004

AÑOS	TOTAL NACIONAL		CABECERAS		RESTO	
	PERSONAS	HOGARES	PERSONAS	HOGARES	PERSONAS	HOGARES
1996	0,5674	0,5553	0,5397	0,5316	0,4843	0,4716
1997	0,5744	0,5573	0,5409	0,5260	0,4935	0,4902
1998	0,5784	0,5606	0,5458	0,5276	0,5186	0,5136
1999	0,5997	0,5779	0,5594	0,5397	0,5923	0,5821
2000	0,5626	0,5434	0,5374	0,5219	0,4710	0,4670
2001	0,5572	0,5361	0,5346	0,5147	0,4896	0,4776
2002	0,5745	0,5511	0,5489	0,5278	0,5304	0,5186
2003	0,5404	0,5147	0,5253	0,4994	0,4462	0,4407
2004	0,5592	0,5338	0,5401	0,5146	0,4597	0,4582

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 19

Ocupados por hogar y personas por ocupado, por condición de pobreza - 1996-2004

AÑO	Ocupados por Hogar			Personas por ocupado		
	Total	No pobres	Pobres	Total	No pobres	Pobres
1996	1,64	1,82	1,51	2,65	2,07	3,19
1997	1,66	1,80	1,57	2,64	2,09	3,11
1998	1,62	1,74	1,55	2,61	2,08	3,00
1999	1,56	1,68	1,49	2,71	2,14	3,10
2000	1,65	1,76	1,58	2,59	2,04	3,00
2001	1,65	1,71	1,60	2,54	2,02	2,90
2002	1,60	1,69	1,55	2,57	2,01	2,96
2003	1,68	1,74	1,63	2,47	1,99	2,87
2004	1,64	1,73	1,57	2,49	1,97	2,92

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Análisis de situación en población para Colombia - Volumen 1

Cuadro 20
Tasas de Participación por grupos de edad y sexo-1996-2004

Grupos de edad y sexo*	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
TOTAL	56,4	56,6	58,7	59,3	61,8	61,5	60,7	62,1	60,4
12 A 14	12,0	10,5	11,8	10,0	10,9	12,8	10,1	13,3	11,1
15 A 19	37,3	36,1	39,4	38,1	42,0	40,0	40,2	42,2	37,0
20 A 24	67,4	66,9	68,9	71,4	74,1	73,3	73,0	73,9	71,1
25 A 29	76,1	77,1	77,5	80,3	82,2	82,9	81,5	83,5	80,5
30 A 34	77,8	77,5	79,4	81,6	83,5	83,0	82,6	83,8	81,5
35 A 39	77,1	77,2	78,9	80,9	83,2	82,5	82,1	82,5	82,4
40 A 44	73,9	76,3	78,6	79,2	80,5	80,8	82,7	82,5	80,9
45 A 49	70,0	72,0	72,9	75,1	78,0	76,0	79,3	78,8	78,7
50 A 54	65,4	65,6	67,2	67,9	70,2	71,9	68,6	73,5	71,9
55 A 59	55,9	53,7	57,8	58,9	62,0	60,7	59,1	64,4	64,3
60 A 64	44,0	47,2	50,0	45,3	49,6	49,3	49,2	49,0	49,9
MÁS DE 64	28,2	28,8	29,5	26,8	29,0	29,9	27,1	27,7	26,4
Hombres									
TOTAL	74,1	73,8	74,4	74,0	75,1	74,6	74,0	74,9	73,2
12 A 14	18,1	15,3	17,0	14,2	15,1	16,4	13,2	16,8	12,9
15 A 19	48,9	46,5	48,3	46,5	50,2	49,6	49,0	50,7	43,7
20 A 24	84,7	83,3	83,1	84,0	85,3	84,5	85,5	85,6	82,9
25 A 29	95,4	95,3	95,2	96,3	95,6	95,5	95,8	95,3	95,5
30 A 34	98,0	97,1	97,4	96,8	97,6	97,6	98,1	98,1	97,3
35 A 39	98,2	97,6	97,4	97,7	97,9	97,9	97,0	98,1	97,9
40 A 44	96,9	97,3	96,7	97,1	96,7	97,4	97,0	97,6	97,0
45 A 49	94,0	96,0	95,4	95,4	96,4	94,5	95,8	96,4	95,2
50 A 54	91,7	92,8	90,1	91,6	92,0	92,3	90,8	91,8	90,9
55 A 59	85,0	85,7	86,3	87,2	87,2	85,9	85,3	89,6	88,3
60 A 64	72,6	74,6	73,7	71,4	75,0	72,3	71,2	72,0	73,2
MÁS DE 64	47,2	48,5	47,5	45,5	46,7	44,9	43,1	44,1	42,3
Mujeres									
TOTAL	40,0	40,8	44,1	45,9	49,5	49,5	48,8	50,5	48,6
12 A 14	5,6	5,5	6,8	5,5	6,5	8,8	6,8	9,5	9,3
15 A 19	25,8	26,2	30,6	30,1	33,7	30,4	32,0	33,3	30,6
20 A 24	52,3	52,1	55,8	60,1	64,3	62,9	62,1	63,9	60,1
25 A 29	58,7	61,3	62,1	66,0	69,9	71,6	68,0	73,0	67,5
30 A 34	59,1	59,6	63,8	67,3	70,8	70,3	69,4	70,4	67,4
35 A 39	59,0	60,0	62,6	66,6	70,6	69,5	69,4	69,3	69,0
40 A 44	53,7	57,1	61,9	62,8	66,5	66,1	69,1	69,0	66,5
45 A 49	48,2	49,6	52,4	57,8	61,3	59,7	65,3	63,0	64,5
50 A 54	40,3	41,2	45,1	45,8	50,6	53,2	50,7	56,8	55,2
55 A 59	29,3	25,6	30,7	33,9	39,1	36,8	37,2	43,6	42,5
60 A 64	20,3	21,2	26,4	22,2	26,5	29,6	30,2	31,1	28,1
MÁS DE 64	11,7	11,2	13,8	11,2	13,8	17,3	13,1	14,1	13,6

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 20 (Continuación)
Tasas de Participación por grupos de edad y sexo-1996-2004

Grupos de edad y sexo ^a	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cabeceras									
TOTAL	57,1	57,5	59,2	60,4	63,1	62,3	62,3	63,1	61,7
12 A 14	6,3	6,7	5,9	5,6	6,4	7,8	8,5	8,9	8,7
15 A 19	32,0	30,6	33,5	34,3	37,9	36,6	37,1	38,5	33,3
20 A 24	67,6	66,9	69,7	72,0	74,6	73,8	72,7	73,2	72,0
25 A 29	78,2	80,1	80,5	83,0	85,3	84,1	84,3	86,4	82,8
30 A 34	80,1	79,7	81,2	83,6	86,2	85,3	86,7	86,3	84,1
35 A 39	79,7	80,0	81,3	83,1	85,5	85,2	84,9	85,5	84,9
40 A 44	76,2	78,5	80,8	81,3	82,6	82,6	84,3	84,2	82,4
45 A 49	70,8	73,7	73,8	76,5	79,4	77,2	79,5	80,3	80,8
50 A 54	65,1	65,4	67,6	68,2	70,2	70,4	70,0	73,5	72,7
55 A 59	53,2	51,2	54,9	57,0	60,3	60,4	59,4	63,4	62,7
60 A 64	37,2	42,0	41,9	40,9	46,1	43,0	45,2	45,3	45,5
MÁS DE 64	22,7	21,8	21,9	21,7	22,6	23,7	23,7	22,6	22,6
Resto									
TOTAL	54,7	54,4	57,2	58,7	60,9	59,2	56,5	59,5	56,6
12 A 14	18,7	15,3	19,3	6,5	6,5	19,4	12,2	19,0	14,4
15 A 19	50,8	49,6	54,0	36,2	39,2	49,6	48,6	51,7	46,6
20 A 24	67,0	66,8	66,4	73,3	75,0	71,7	74,1	76,2	68,2
25 A 29	69,7	68,4	68,4	79,4	81,2	78,6	72,7	74,3	73,3
30 A 34	70,7	70,8	73,9	80,5	82,6	76,4	70,5	76,5	73,2
35 A 39	69,5	68,0	70,8	79,7	82,1	73,9	73,9	73,3	74,8
40 A 44	67,3	69,7	72,1	77,7	79,9	74,8	78,0	76,5	76,1
45 A 49	67,9	67,8	70,5	74,6	76,5	72,1	78,8	74,1	72,3
50 A 54	66,0	66,1	65,9	66,4	68,8	76,4	64,2	73,4	69,3
55 A 59	62,5	59,2	65,6	57,5	60,9	61,4	58,2	67,3	69,4
60 A 64	58,5	58,8	69,0	41,0	46,5	63,7	60,6	59,9	62,4
MÁS DE 64	40,9	44,2	47,4	23,1	23,3	43,7	36,3	43,3	37,8

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 21
Tasas de Participación por grupos de edad, sexo, zona y condición de pobreza - 1996, 2000, 2001 y 2004

Grupos de edad y sexo	1996			1999			2000			2001			2004							
	Total	No pobres	Po-bres	Indi-gentes																
TOTAL	56,4	62,5	52,0	46,9	59,3	63,0	57,3	54,9	61,8	66,2	59,1	54,9	61,5	65,8	59,0	55,2	60,4	65,5	57,0	52,3
12 A 14	12,0	10,9	12,4	14,1	10,0	5,8	11,2	13,3	10,9	9,5	11,3	13,0	12,8	9,9	13,6	16,1	11,1	8,7	11,8	13,0
15 A 19	37,3	39,2	36,1	33,6	38,1	33,1	40,3	43,7	42,0	40,0	43,0	42,3	40,0	38,5	40,7	42,1	37,0	34,8	38,1	37,6
20 A 24	67,4	72,3	63,8	56,2	71,4	71,5	71,4	68,0	74,1	75,5	73,2	69,5	73,3	73,3	73,3	71,3	71,1	73,4	69,6	66,5
25 A 29	76,1	85,4	68,8	60,4	80,3	87,1	76,4	72,3	82,2	89,8	77,4	72,3	82,9	89,1	79,3	76,6	80,5	88,0	75,5	68,6
30 A 34	77,8	87,2	71,0	65,5	81,6	87,6	78,3	74,1	83,5	90,5	79,5	75,5	83,0	90,6	78,8	72,2	81,5	90,7	76,1	71,4
35 A 39	77,1	84,9	71,8	67,6	80,9	87,5	77,3	73,0	83,2	89,1	79,8	76,1	82,5	88,8	79,2	74,0	82,4	89,2	78,0	75,3
40 A 44	73,9	79,2	69,8	67,2	79,2	85,5	75,3	73,5	80,5	84,8	77,7	76,7	80,8	87,2	76,5	73,0	80,9	85,6	77,7	77,1
45 A 49	70,0	74,0	66,7	65,5	75,1	77,8	73,2	70,6	78,0	81,5	75,1	72,1	76,0	80,2	72,8	70,3	78,7	84,0	74,2	68,5
50 A 54	65,4	67,5	63,3	58,7	67,9	70,3	66,1	66,5	70,2	71,9	68,7	66,2	71,9	72,6	71,4	74,9	71,9	74,7	69,3	69,5
55 A 59	55,9	56,5	55,4	50,9	58,9	58,1	59,5	58,8	62,0	61,3	62,6	63,9	60,7	62,0	59,6	51,4	64,3	63,8	64,8	63,9
60 A 64	44,0	42,8	45,3	45,7	45,3	42,7	47,6	51,2	49,6	49,4	49,8	48,5	49,3	48,9	49,6	51,9	49,9	47,9	52,0	53,5
MAS DE 64	28,2	27,3	29,1	29,7	26,8	24,4	28,7	31,0	29,0	26,6	31,0	32,0	29,9	28,6	30,9	31,9	26,4	25,6	27,2	24,2
Hombres																				
TOTAL	74,1	76,0	72,8	69,3	74,0	73,9	74,0	73,9	75,1	76,5	74,3	70,8	74,6	76,4	73,5	71,1	73,2	75,1	72,0	67,4
12 A 14	18,1	15,3	19,2	22,0	14,2	7,7	15,9	19,2	15,1	11,8	16,1	18,6	16,4	11,2	17,7	21,2	12,9	9,3	13,9	14,8
15 A 19	48,9	46,5	50,3	48,8	46,5	36,3	50,7	56,5	50,2	44,7	52,7	53,4	49,6	45,1	51,5	54,0	43,7	39,0	46,0	44,2
20 A 24	84,7	81,4	87,4	86,2	84,0	76,9	88,2	90,4	85,3	81,5	87,8	87,1	84,5	77,5	88,8	90,4	82,9	79,5	85,5	85,6
25 A 29	95,4	94,9	95,8	94,4	96,3	95,0	97,0	97,8	95,6	95,8	95,6	93,5	95,5	94,4	96,2	95,7	95,5	95,1	95,8	94,5
30 A 34	98,0	98,2	97,8	98,7	96,8	97,3	96,5	96,7	97,6	98,0	97,4	96,5	97,6	98,9	96,8	97,6	97,3	97,8	97,0	96,3
35 A 39	98,2	98,5	98,0	97,8	97,7	97,6	97,8	97,0	97,9	98,4	97,6	97,7	97,9	97,9	97,8	98,4	97,9	98,4	97,5	95,3
40 A 44	96,9	97,0	96,9	95,6	97,1	96,4	97,5	96,7	96,7	96,3	96,9	97,7	97,4	98,2	96,8	96,2	97,0	96,1	97,6	98,1
45 A 49	94,0	94,3	93,8	93,1	95,4	94,3	96,1	96,6	96,4	95,6	97,0	97,3	94,5	95,6	93,7	94,0	95,2	95,6	95,0	93,1
50 A 54	91,7	90,3	93,1	89,8	91,6	91,2	91,9	92,1	92,0	91,6	92,3	91,5	92,3	90,4	93,8	93,4	90,9	90,8	91,1	92,8
55 A 59	85,0	84,2	85,7	78,9	87,2	83,6	89,6	90,8	87,2	85,1	88,9	88,8	85,9	87,6	84,5	72,4	88,3	86,0	90,8	92,5
60 A 64	72,6	68,2	77,4	77,2	71,4	66,6	75,3	80,6	75,0	71,1	78,3	75,6	72,3	71,6	72,8	74,1	73,2	69,3	77,8	81,1
MAS DE 64	47,2	44,0	50,1	51,5	45,5	40,7	49,4	53,5	46,7	42,6	50,1	49,6	44,9	43,4	46,2	46,5	42,3	39,0	45,4	43,9

Cuadro 21 (continuación)

Grupos de edad y sexo	1996				1999				2000				2001				2004			
	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes
Mujeres																				
TOTAL	40,0	49,9	33,2	27,1	45,9	53,2	41,7	36,8	49,5	56,5	45,4	40,6	49,5	56,0	45,6	40,5	48,6	56,4	43,7	39,5
12 A 14	5,6	6,4	5,2	5,6	5,5	3,8	6,0	6,7	6,5	7,1	6,3	6,9	8,8	8,5	8,9	10,8	9,3	8,1	9,6	11,0
15 A 19	25,8	32,0	22,2	19,4	30,1	30,2	30,1	30,8	33,7	35,1	33,1	31,5	30,4	32,2	29,5	29,0	30,6	30,4	30,6	32,1
20 A 24	52,3	63,3	44,8	36,4	60,1	66,5	56,4	48,8	64,3	69,9	60,9	56,6	62,9	69,4	59,2	55,4	60,1	67,2	55,6	52,1
25 A 29	58,7	75,8	46,4	36,4	66,0	79,7	58,2	50,3	69,9	83,3	62,5	56,8	71,6	84,0	65,1	62,6	67,5	80,8	59,6	52,0
30 A 34	59,1	76,3	47,5	38,5	67,3	77,7	61,7	53,0	70,8	83,0	64,0	58,7	70,3	82,8	63,8	53,1	67,4	83,4	59,2	53,6
35 A 39	59,0	72,8	50,1	42,3	66,6	78,9	60,0	53,5	70,6	80,9	64,6	57,6	69,5	80,7	63,6	53,7	69,0	80,6	62,2	58,2
40 A 44	53,7	64,5	44,7	37,8	62,8	75,6	54,8	50,4	66,5	75,3	60,6	57,3	66,1	77,6	58,3	51,7	66,5	76,5	59,6	56,1
45 A 49	48,2	56,5	41,0	38,8	57,8	65,3	52,0	42,7	61,3	68,2	55,7	49,7	59,7	66,1	54,7	50,5	64,5	75,2	54,5	46,6
50 A 54	40,3	45,1	35,8	30,6	45,8	51,7	41,2	40,5	50,6	55,6	46,1	41,5	53,2	56,8	50,2	54,4	55,2	61,0	49,4	50,2
55 A 59	29,3	32,8	25,7	24,0	33,9	36,8	31,8	26,6	39,1	39,6	38,8	37,2	36,8	38,7	35,1	26,3	42,5	43,8	41,1	39,0
60 A 64	20,3	21,0	19,7	21,6	22,2	22,5	22,0	24,0	26,5	27,7	25,6	27,0	29,6	27,9	30,8	29,1	28,1	26,3	29,9	37,1
MÁS DE 64	11,7	12,4	11,1	11,7	11,2	10,6	11,7	12,0	13,8	12,8	14,6	17,0	17,3	16,7	17,9	19,1	13,6	14,6	12,6	8,0
Cabecera																				
TOTAL	57,1	62,2	52,7	45,9	60,4	62,9	58,7	57,0	63,1	66,1	60,9	52,3	62,3	65,5	60,2	57,1	61,7	65,8	58,6	53,5
12 A 14	6,3	5,6	6,7	6,1	5,6	2,9	6,5	8,4	6,4	6,2	6,5	16,6	7,8	6,9	8,1	10,1	8,7	7,8	9,0	9,1
15 A 19	32,0	34,0	30,7	25,1	34,3	30,6	36,2	38,3	37,9	35,3	39,2	50,0	36,6	33,9	37,9	38,5	33,3	32,3	33,8	31,5
20 A 24	67,6	70,7	64,8	56,5	72,0	70,0	73,3	69,8	74,6	74,2	75,0	64,9	73,8	71,8	75,1	73,4	72,0	73,1	71,3	67,2
25 A 29	78,2	85,9	71,0	62,0	83,0	88,3	79,4	76,8	85,3	91,0	81,2	65,0	84,1	89,0	81,0	79,5	82,8	89,5	77,7	71,8
30 A 34	80,1	87,8	73,6	68,9	83,6	88,2	80,5	75,7	86,2	91,4	82,6	67,9	85,3	90,7	81,9	76,8	84,1	91,6	79,1	75,3
35 A 39	79,7	85,9	74,6	69,6	83,1	88,4	79,7	77,4	85,5	90,6	82,1	71,8	85,2	89,9	82,3	79,4	84,9	89,8	81,5	79,2
40 A 44	76,2	80,6	72,0	68,6	81,3	85,9	77,7	76,9	82,6	86,2	79,9	70,4	82,6	88,4	78,4	74,7	82,4	86,5	79,2	77,7
45 A 49	70,8	74,9	66,7	66,5	76,5	78,7	74,6	72,3	79,4	82,3	76,5	69,4	77,2	81,1	73,7	74,1	80,8	85,1	76,4	72,9
50 A 54	65,1	67,5	62,4	54,5	68,2	70,0	66,4	67,6	70,2	71,6	68,8	67,0	70,4	71,4	69,4	74,1	72,7	74,7	70,4	70,9
55 A 59	53,2	53,6	52,8	43,9	57,0	56,5	57,5	55,0	60,3	59,6	60,9	66,6	60,4	61,7	59,0	47,9	62,7	62,6	63,0	64,2
60 A 64	37,2	37,6	36,7	32,0	40,9	40,7	41,0	41,9	46,1	45,6	46,5	55,4	43,0	45,4	40,7	42,7	45,5	44,8	46,4	48,5
MÁS DE 64	22,7	23,3	22,0	15,7	21,7	20,5	23,1	25,0	22,6	22,0	23,3	40,3	23,7	23,9	23,4	22,3	22,6	22,0	23,3	19,2

Cuadro 21 (continuación)

Grupos de edad y sexo	1996				1999				2000				2001				2004			
	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes
Hombres																				
TOTAL	72,1	73,6	70,8	63,9	72,4	72,2	72,5	71,5	73,9	74,6	73,3	72,4	72,8	74,2	71,9	69,7	72,6	74,0	71,5	66,4
12 A 14	8,0	5,9	9,0	7,6	7,3	3,0	8,9	11,4	7,6	5,8	8,4	23,9	9,2	7,5	9,7	12,0	9,8	8,2	10,4	11,3
15 A 19	38,6	36,5	40,0	32,6	37,9	30,5	41,6	42,5	42,1	35,9	45,3	65,6	41,9	36,5	44,3	45,5	37,4	34,6	39,0	36,2
20 A 24	81,1	77,4	84,7	81,7	80,6	72,9	85,8	86,9	82,5	78,0	85,9	90,0	81,4	72,9	86,9	87,7	80,8	76,6	84,0	83,1
25 A 29	94,5	94,1	94,9	91,5	95,9	94,9	96,6	97,4	95,0	95,3	94,8	94,8	94,5	93,0	95,6	96,2	94,7	94,0	95,4	94,0
30 A 34	97,8	98,0	97,6	98,3	96,6	97,0	96,2	95,7	97,8	97,9	97,7	96,3	97,0	98,6	96,0	97,9	97,0	97,3	96,8	95,7
35 A 39	98,0	98,4	97,8	97,9	97,7	97,9	97,6	96,2	97,8	98,4	97,4	98,3	97,6	98,2	97,3	98,2	97,8	98,2	97,5	95,4
40 A 44	96,4	96,5	96,2	94,4	96,9	96,4	97,4	96,1	96,7	96,6	96,7	98,1	97,1	97,9	96,5	95,5	96,4	95,6	97,0	98,0
45 A 49	92,7	93,5	92,0	89,9	94,5	93,6	95,3	94,9	96,2	95,6	96,8	96,1	93,9	94,6	93,3	95,7	94,7	94,9	94,5	93,3
50 A 54	90,1	89,1	91,3	83,7	90,3	90,5	90,1	87,5	90,3	90,4	90,3	94,4	90,8	88,3	93,1	88,8	89,7	90,0	89,3	90,7
55 A 59	82,2	82,6	81,7	63,9	84,4	81,0	87,4	89,4	83,7	81,7	85,8	93,9	83,3	84,7	81,9	59,6	85,8	84,0	87,9	89,6
60 A 64	63,1	59,8	67,8	58,7	65,3	63,6	67,2	69,6	70,4	66,7	74,2	80,2	65,0	68,0	61,8	62,0	66,8	64,5	70,2	69,1
MÁS DE 64	39,0	37,6	40,7	29,8	36,9	34,3	39,9	44,4	37,7	35,2	40,5	59,0	33,9	34,2	33,6	34,4	36,3	33,9	38,8	35,9
Mujeres																				
TOTAL	44,2	52,2	37,4	31,6	50,2	54,9	46,9	44,2	53,9	58,7	50,4	32,1	53,4	58,2	50,2	46,5	52,4	58,6	47,7	43,4
12 A 14	4,6	5,4	4,2	4,4	3,7	2,8	4,0	4,7	5,2	6,6	4,6	8,6	6,3	6,4	6,3	8,1	7,6	7,4	7,6	6,8
15 A 19	26,0	31,7	22,1	18,2	31,1	30,8	31,3	34,4	33,9	34,7	33,5	32,7	31,5	31,7	31,4	31,7	29,4	30,0	29,1	27,6
20 A 24	56,5	64,9	49,7	41,4	64,5	67,5	62,5	55,9	68,3	70,8	66,5	41,7	67,2	70,9	64,8	62,0	64,0	69,7	59,9	54,8
25 A 29	64,2	78,4	52,0	41,4	72,0	82,4	65,1	60,1	76,7	86,6	70,4	42,0	75,3	85,5	69,2	68,6	73,1	85,4	64,7	59,4
30 A 34	64,6	78,4	53,4	45,6	72,0	79,8	67,2	58,5	76,3	85,4	70,4	43,8	75,9	83,9	71,2	61,8	72,9	86,0	65,2	61,7
35 A 39	65,0	75,5	56,7	49,3	71,6	80,8	65,7	63,2	75,6	84,2	70,0	46,0	75,4	83,2	70,7	63,4	74,2	82,5	68,6	65,9
40 A 44	59,5	67,9	51,2	45,3	67,6	76,8	60,5	58,4	71,2	78,1	65,9	39,9	70,7	80,7	63,4	58,6	71,1	79,3	64,5	61,2
45 A 49	52,4	59,7	44,9	46,8	62,6	68,0	57,5	50,9	65,0	70,5	59,9	41,5	63,3	69,7	57,7	55,5	69,6	78,0	60,5	55,2
50 A 54	42,8	47,2	37,9	32,6	48,8	52,4	45,4	49,7	53,4	57,3	49,1	38,8	53,6	58,0	49,3	60,1	59,1	62,8	54,7	57,1
55 A 59	29,8	32,1	26,9	28,1	35,1	37,2	33,1	25,0	40,9	41,0	40,9	31,1	40,0	41,5	38,5	35,6	43,5	44,6	42,1	42,4
60 A 64	18,6	20,3	16,7	17,8	21,8	22,3	21,2	23,3	25,6	26,7	24,6	32,0	25,4	25,7	25,2	18,8	27,0	26,4	27,7	36,7
MÁS DE 64	9,5	11,2	7,8	6,0	10,3	9,6	10,9	11,0	10,8	11,4	10,1	23,1	16,2	16,8	15,7	13,8	12,5	13,3	11,7	6,6

Cuadro 21 (continuación)

Grupos de edad y sexo	1996				1999				2000				2001				2004			
	Total	No pobres	Po- bres	Indi- gentes	Total	No pobres	Po- bres	Indi- gentes	Total	No pobres	Po- bres	Indi- gentes	Total	No pobres	Po- bres	Indi- gentes	Total	No pobres	Po- bres	Indi- gentes
TOTAL	54,7	63,9	50,8	47,8	56,2	63,7	54,2	52,7	58,3	66,5	55,5	52,3	59,2	66,7	56,2	52,6	56,6	64,3	53,4	50,4
12 A 14	18,7	21,6	18,0	18,4	16,2	13,8	16,6	16,5	16,5	17,0	16,4	16,6	19,4	16,1	20,0	20,7	14,4	10,5	15,2	16,5
15 A 19	50,8	58,7	47,7	42,9	49,2	45,9	50,0	50,4	52,7	57,2	51,3	50,0	49,6	54,4	48,0	47,7	46,6	42,9	47,9	48,5
20 A 24	67,0	79,0	61,3	55,9	69,5	80,2	66,3	65,5	72,3	81,6	68,6	64,9	71,7	80,0	68,3	67,7	68,2	74,6	65,0	65,0
25 A 29	69,7	82,8	63,6	58,5	71,6	80,4	68,8	66,1	72,3	84,0	67,8	65,0	78,6	89,4	74,5	71,1	73,3	81,2	69,8	63,5
30 A 34	70,7	84,6	64,9	61,2	74,9	84,0	72,2	71,8	75,5	85,9	72,0	67,9	76,4	90,4	71,1	65,3	73,2	86,6	68,1	65,0
35 A 39	69,5	80,4	65,4	65,4	73,2	81,9	70,9	67,3	76,1	81,8	74,1	71,8	73,9	83,8	70,2	64,6	74,8	87,0	69,0	69,1
40 A 44	67,3	72,5	65,0	65,7	72,2	82,6	69,4	69,1	73,4	77,2	72,1	70,4	74,8	82,2	71,2	70,0	76,1	81,4	74,0	75,9
45 A 49	67,9	70,4	66,6	64,6	70,3	71,8	69,9	68,8	73,8	77,4	72,2	69,4	72,1	75,4	70,4	64,8	72,3	78,8	69,2	61,9
50 A 54	66,0	67,6	65,0	62,5	67,2	72,2	65,6	65,5	70,0	73,4	68,5	67,0	76,4	77,6	75,9	75,8	69,3	74,4	66,4	67,3
55 A 59	62,5	66,6	60,1	57,6	63,9	66,3	63,1	62,3	66,4	67,4	65,8	66,6	61,4	63,0	60,5	54,5	69,4	69,8	69,2	63,4
60 A 64	58,5	58,1	58,7	57,2	57,3	53,4	58,6	58,6	58,5	64,1	56,0	55,4	63,7	59,7	65,9	61,3	62,4	61,5	62,9	59,8
MÁS DE 64	40,9	41,2	40,8	43,0	40,5	46,3	38,6	36,3	44,0	44,7	43,7	40,3	43,7	43,8	43,7	41,4	37,8	41,1	35,9	31,1
Hombres																				
TOTAL	78,5	83,4	76,2	73,9	78,1	82,0	77,0	76,3	78,1	83,4	76,0	72,4	78,7	83,2	76,7	72,8	74,8	78,8	72,9	68,6
12 A 14	29,6	32,5	28,9	29,6	23,6	20,9	24,0	24,5	24,2	24,1	24,3	23,9	25,5	18,3	26,9	28,0	16,8	11,3	18,0	17,7
15 A 19	71,2	74,9	69,6	65,9	69,0	63,8	70,1	72,0	68,6	73,6	67,0	65,6	69,0	71,5	68,2	65,2	58,6	51,6	61,4	57,5
20 A 24	93,9	94,7	93,4	90,9	94,8	96,3	94,2	95,0	92,6	94,3	91,8	90,0	93,4	93,3	93,5	94,9	89,7	89,8	89,7	91,0
25 A 29	97,6	97,7	97,6	98,0	97,4	95,5	98,0	98,2	97,5	97,9	97,3	94,8	98,2	99,8	97,5	95,0	97,6	98,9	96,8	95,1
30 A 34	98,5	99,3	98,2	99,2	97,7	98,7	97,3	97,9	97,2	98,7	96,6	96,3	98,8	100,0	98,4	97,2	98,2	99,8	97,5	97,1
35 A 39	98,5	98,9	98,4	97,7	97,9	96,0	98,5	97,9	98,1	98,3	98,1	98,3	98,5	97,1	99,1	98,7	98,2	98,9	97,7	95,1
40 A 44	98,3	98,8	98,1	96,7	97,6	96,6	97,9	97,4	96,8	95,1	97,4	98,1	98,1	99,5	97,4	97,3	98,7	98,1	99,0	98,2
45 A 49	97,0	97,3	96,8	95,6	97,5	97,6	97,5	98,2	96,8	96,0	97,2	96,1	96,3	99,5	94,5	91,4	96,6	98,1	96,0	92,8
50 A 54	95,4	94,6	95,9	94,3	95,3	95,1	95,4	96,1	96,0	96,0	96,0	94,4	95,9	97,6	95,0	97,9	94,5	94,0	94,8	95,4
55 A 59	90,4	88,2	91,9	90,7	93,5	94,9	93,1	91,9	94,4	95,7	93,8	93,9	91,1	96,1	88,5	82,4	95,6	93,9	96,6	96,3
60 A 64	88,4	88,0	88,7	87,9	84,5	80,4	85,9	87,2	85,0	84,8	85,1	80,2	87,1	81,7	90,3	88,5	88,9	86,2	90,7	95,8
MÁS DE 64	63,4	64,0	63,1	68,7	64,6	68,4	63,2	60,2	65,0	67,1	64,0	59,0	64,6	64,8	64,5	56,0	57,3	55,4	58,5	53,4

Grupos de edad y sexo	1996				1999				2000				2001				2004			
	Total	No pobres	Pobres	Incl- gientes	Total	No pobres	Pobres	Incl- gientes	Total	No pobres	Pobres	Incl- gientes	Total	No pobres	Pobres	Incl- gientes	Total	No pobres	Pobres	Incl- gientes
Mujeres																				
TOTAL	28,3	38,8	24,4	22,5	32,1	42,0	29,5	28,0	36,5	45,2	33,8	32,1	37,2	45,8	34,2	31,7	37,2	45,8	34,1	33,2
12 A 14	6,7	8,8	6,2	6,2	8,1	6,5	8,4	7,8	8,1	8,3	8,1	8,6	12,2	13,5	12,0	12,9	11,7	9,6	12,1	15,0
15 A 19	25,2	33,7	22,4	20,7	27,0	27,0	27,0	26,0	33,1	36,8	32,0	32,7	26,9	34,4	24,3	24,0	33,7	32,0	34,3	40,4
20 A 24	38,4	54,3	32,8	30,2	43,3	58,7	39,4	38,0	49,7	64,3	44,7	41,7	46,8	60,4	42,3	43,4	47,5	55,7	44,0	47,3
25 A 29	39,3	59,3	32,4	29,9	44,4	62,8	39,0	35,6	46,7	65,1	41,1	42,0	58,6	75,3	53,5	49,8	46,9	53,6	44,6	38,0
30 A 34	41,0	64,0	33,2	29,5	48,5	63,4	44,5	44,4	51,6	68,3	46,8	43,8	50,9	77,0	42,5	38,9	49,2	69,7	42,9	39,6
35 A 39	39,4	55,9	34,3	33,4	47,0	63,6	43,2	39,8	51,4	60,8	48,5	46,0	46,4	65,4	40,5	37,8	52,6	71,2	45,9	45,1
40 A 44	34,7	47,3	29,0	28,5	45,0	65,6	39,8	39,6	48,5	57,9	45,2	39,9	48,8	62,8	42,0	36,3	49,0	59,0	45,3	43,6
45 A 49	36,1	42,8	32,6	30,7	38,4	42,3	37,2	32,4	48,3	55,4	45,5	41,5	45,2	44,1	45,6	43,3	46,8	60,8	39,4	33,2
50 A 54	33,3	36,5	31,5	28,5	34,9	47,2	30,6	30,1	41,5	45,9	39,7	38,8	51,8	50,1	52,6	46,7	39,9	49,9	34,4	36,2
55 A 59	27,7	36,2	23,2	19,3	30,3	34,4	29,0	28,2	33,8	33,4	34,1	31,1	28,9	29,2	28,7	17,3	38,5	39,0	38,2	34,5
60 A 64	24,7	23,4	25,6	25,9	23,7	23,6	23,8	24,8	29,1	32,9	27,7	32,0	40,2	35,6	42,6	37,7	31,9	26,3	34,6	37,6
MÁS DE 64	17,5	17,2	17,6	18,0	14,1	17,1	13,3	13,0	22,0	19,2	23,2	23,1	20,3	16,2	22,2	25,5	17,4	22,6	14,9	10,0

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Cuadro 22
Crecimiento de la población total, en edad de trabajar, económicamente activa e inactiva-1996-2004

	1996	2004	Incremento absoluto de población	Crecimiento porcentual en el período	Tasas anuales de crecimiento (%)
Población Total	38.051.125	43.697.817	5.646.692	14,84	1,73
Población en edad de trabajar (PET)	28.130.137	33.344.784	5.214.647	18,54	2,13
Población económicamente activa (PEA)	15.858.889	20.127.893	4.269.004	26,92	2,98
Desocupados (1)	1.521.920	2.591.322	1.069.402	70,27	6,65
Ocupados (1)	14.336.969	17.536.571	3.199.602	22,32	2,52
Población económicamente inactiva (PEI)	12.271.248	13.216.891	945.643	7,71	0,93

Fuente: Encuestas de Hogares del DANE (procesamiento anual), con proyecciones implícitas a junio de cada año.
(1) No hay comparabilidad exacta entre las definiciones de ocupados y desocupados de los dos años.

Cuadro 23
Tasas de Desempleo por grupos de edad, sexo, zona y condición de pobreza - 1996, 2000, 2001 y 2004

Grupos de edad y sexo	1996				1999				2000				2001				2004			
	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No po- bres	Pobres	Indi- gentes
TOTAL	9,6	6,2	12,5	16,1	16,5	10,4	20,2	22,8	16,7	11,4	20,2	26,1	14,7	10,1	17,8	22,0	12,9	8,8	16,0	21,1
12 A 14	10,4	8,2	11,1	13,1	13,4	6,4	14,3	15,5	18,2	13,1	19,5	21,1	9,5	9,3	9,5	9,5	11,2	3,5	12,8	17,2
15 A 19	20,8	15,8	23,9	30,8	33,9	26,0	36,7	37,2	33,1	24,2	36,8	41,0	29,6	19,9	33,7	38,2	29,0	21,7	32,2	38,6
20 A 24	17,2	11,5	22,0	28,3	29,5	20,6	34,7	38,1	28,4	20,7	33,5	45,2	26,7	19,3	31,0	35,0	23,0	16,7	27,6	37,1
25 A 29	11,2	7,5	14,7	19,4	18,4	11,9	22,7	25,8	18,1	13,8	21,2	30,2	18,5	14,2	21,2	29,8	15,7	11,4	19,1	27,8
30 A 34	8,9	6,0	11,4	18,3	13,8	9,4	16,7	19,9	14,2	9,8	17,1	23,4	12,2	7,6	15,1	17,9	11,2	9,6	12,4	15,7
35 A 39	6,8	3,9	9,1	11,7	11,7	6,5	14,8	17,9	11,8	7,6	14,5	20,1	11,3	7,5	13,5	21,6	9,2	5,0	12,3	16,6
40 A 44	5,9	3,7	7,8	11,2	11,4	6,9	14,6	17,6	11,5	7,9	14,1	20,5	10,2	7,4	12,4	15,7	7,5	5,4	9,1	11,2
45 A 49	4,7	2,8	6,4	10,3	9,3	6,0	11,8	13,7	10,4	6,6	13,8	18,7	8,5	7,0	9,8	15,4	6,8	4,7	8,8	12,1
50 A 54	3,2	1,8	4,7	6,1	8,9	5,2	11,7	14,2	9,4	6,6	11,8	16,4	6,7	4,6	8,4	12,0	6,7	4,8	8,7	14,1
55 A 59	3,8	1,8	5,7	7,8	8,6	4,0	11,7	14,3	9,6	6,6	12,1	16,3	8,0	6,5	9,4	11,4	7,9	5,8	10,1	15,1
60 A 64	3,0	1,3	4,7	4,9	6,2	6,1	6,3	6,0	8,9	6,3	10,9	12,0	5,6	4,5	6,5	8,3	6,2	3,6	8,8	12,1
MAS DE 64	2,1	1,3	2,9	4,6	4,7	2,5	6,2	8,3	6,0	4,9	6,8	7,5	3,1	2,0	4,0	3,4	3,5	2,6	4,3	5,3
Hombres																				
TOTAL	7,2	4,9	9,0	12,0	12,7	9,1	14,7	15,7	12,1	9,6	13,7	17,4	11,6	8,8	13,3	16,1	9,9	7,7	11,5	15,9
12 A 14	8,9	8,7	9,0	11,2	9,8	3,8	10,6	11,7	14,9	13,3	15,2	18,1	7,2	8,9	6,9	7,7	10,2	3,2	11,6	14,4
15 A 19	15,7	13,1	17,1	22,4	26,6	25,1	27,0	24,7	25,4	20,9	27,1	28,2	22,4	16,1	24,7	26,8	21,9	17,7	23,7	31,0
20 A 24	13,3	9,2	16,5	23,0	23,4	19,2	25,6	24,0	21,5	17,9	23,7	31,2	24,0	18,8	26,8	29,9	18,5	14,4	21,4	28,9
25 A 29	7,2	5,1	9,0	11,8	13,7	10,3	15,7	17,2	12,0	11,7	12,2	16,5	12,1	11,1	12,8	20,6	10,9	10,2	11,5	19,5
30 A 34	6,7	5,3	7,9	13,9	9,7	8,7	10,3	13,1	9,0	8,3	9,4	12,1	7,8	5,7	9,1	10,4	8,3	8,6	8,1	11,1
35 A 39	4,7	3,2	5,7	7,9	8,5	5,0	10,4	12,6	7,6	5,3	8,9	13,2	8,3	6,4	9,3	15,3	5,6	3,7	7,0	10,9
40 A 44	5,0	2,9	6,6	9,2	8,6	4,8	10,8	12,7	8,2	7,1	8,9	14,9	8,5	7,2	9,3	11,4	5,7	4,1	6,8	7,7
45 A 49	3,8	2,2	5,1	8,5	8,2	5,6	9,8	11,1	8,4	6,3	10,1	15,9	7,8	7,3	8,2	14,6	6,5	4,9	7,6	12,3
50 A 54	3,2	1,6	4,7	5,6	8,5	4,6	11,2	13,9	7,4	5,5	8,8	10,9	6,3	4,5	7,6	7,9	5,9	3,8	7,9	13,6
55 A 59	4,2	2,0	6,2	8,8	8,7	4,0	11,6	13,4	8,5	5,2	11,1	15,6	8,2	7,0	9,3	9,7	8,2	6,5	9,8	15,0
60 A 64	3,3	1,3	5,2	5,5	7,2	7,7	6,9	6,0	9,4	5,9	12,1	11,4	5,9	4,8	6,8	9,0	6,1	3,9	8,5	11,5
MAS DE 64	2,2	1,6	2,7	4,5	5,3	2,9	6,8	9,8	6,3	4,9	7,3	8,5	3,8	2,7	4,7	3,4	3,9	3,4	4,4	4,9

Cuadro 23 (continuación)

Grupos de edad y sexo ^a	1996					2000					2001					2004				
	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes
Mujeres																				
TOTAL	13,6	8,1	19,5	25,2	22,0	12,0	29,3	36,4	23,0	13,7	29,9	39,6	19,1	11,6	24,5	31,6	16,9	10,2	22,5	28,7
12 A 14	15,3	6,8	19,3	21,5	23,2	12,1	25,1	28,0	26,5	12,7	31,0	30,1	14,3	9,9	15,4	13,1	12,6	3,9	14,8	21,4
15 A 19	30,2	19,7	39,1	50,6	44,6	26,8	52,8	60,4	44,7	28,4	52,3	62,1	41,6	24,8	50,1	61,6	38,9	27,1	44,2	47,4
20 A 24	22,8	14,5	30,8	36,6	37,1	22,0	47,4	60,6	36,6	23,8	45,3	60,8	29,9	19,8	36,7	41,9	28,8	19,4	36,1	47,1
25 A 29	16,9	10,5	24,4	33,4	24,6	13,6	33,1	40,2	25,7	16,4	32,4	46,7	26,0	17,7	31,7	40,1	21,7	12,9	28,8	37,7
30 A 34	12,1	6,9	17,8	27,4	19,5	10,1	25,7	31,5	20,8	11,5	27,4	38,4	17,4	9,8	22,5	28,3	15,0	10,8	18,0	21,7
35 A 39	9,8	4,7	14,7	19,0	15,6	8,1	20,9	25,6	16,9	10,0	21,8	30,0	14,9	8,8	18,9	31,3	13,5	6,4	19,0	24,6
40 A 44	7,2	4,6	10,3	16,2	15,5	9,2	20,9	26,9	15,7	8,8	21,4	29,3	12,6	7,6	17,1	23,1	9,9	6,8	12,6	17,4
45 A 49	6,2	3,5	9,3	14,3	10,8	6,4	15,1	20,1	13,3	6,9	19,4	23,6	9,5	6,6	12,1	16,5	7,2	4,5	10,7	11,7
50 A 54	3,3	2,1	4,6	7,4	9,6	6,2	12,8	15,0	12,7	8,2	17,6	28,3	7,3	4,7	9,7	19,8	7,8	6,0	9,9	14,8
55 A 59	2,6	1,5	3,9	4,4	8,4	4,1	12,0	17,5	12,0	9,2	14,4	18,1	7,7	5,5	9,8	16,8	7,4	4,4	10,8	15,4
60 A 64	2,2	1,4	3,1	3,4	3,3	2,2	4,4	6,0	7,7	7,5	7,9	13,4	4,9	3,7	5,7	6,5	6,4	2,8	9,5	12,8
MÁS DE 64	1,9	0,2	3,5	5,2	2,9	1,3	4,0	2,7	5,3	4,9	5,6	4,8	1,6	0,6	2,5	3,5	2,4	0,9	4,0	7,2
Cabecera																				
TOTAL	11,2	6,9	15,5	25,6	18,7	11,0	24,5	32,8	19,3	12,5	24,6	35,8	17,1	11,1	21,4	29,7	14,3	9,3	18,5	26,8
12 A 14	18,6	11,4	21,7	44,0	16,7	14,9	17,0	18,5	30,4	19,3	34,5	43,7	17,8	8,3	20,5	24,5	15,8	4,3	19,4	31,5
15 A 19	27,5	20,2	33,0	57,6	41,9	28,7	47,6	57,9	41,7	29,4	47,4	57,5	37,1	22,1	43,5	52,8	34,7	25,3	39,4	49,3
20 A 24	19,5	12,8	25,9	40,7	32,7	21,8	39,8	50,0	31,9	22,8	38,3	55,9	29,7	21,2	35,0	42,5	25,3	17,9	30,9	44,3
25 A 29	12,7	8,4	17,4	27,4	20,3	12,3	26,4	33,7	20,1	14,8	24,3	37,8	19,8	15,2	23,1	33,8	16,8	12,1	20,9	31,9
30 A 34	9,8	6,5	13,0	24,5	15,2	9,7	19,1	26,7	15,8	10,5	19,8	29,7	13,5	8,2	17,3	22,8	12,1	9,2	14,3	20,9
35 A 39	7,5	4,0	10,7	16,1	13,1	7,0	17,5	24,2	13,3	8,2	17,1	25,8	12,9	8,6	15,7	28,8	9,6	5,4	12,8	21,2
40 A 44	6,6	3,8	9,6	18,3	12,6	7,0	17,4	24,8	13,0	8,4	16,8	28,8	11,3	8,3	13,8	17,7	8,8	5,6	11,5	14,6
45 A 49	5,1	2,5	7,9	16,7	10,5	6,3	14,5	21,3	12,1	6,9	17,6	28,4	9,2	7,5	10,8	19,6	7,6	4,7	10,9	17,0
50 A 54	3,8	1,7	6,5	11,1	9,8	5,5	14,0	20,8	11,3	7,5	15,4	25,1	8,4	5,5	11,3	19,6	7,8	5,6	10,5	16,4
55 A 59	4,5	1,8	7,8	13,2	10,9	4,7	16,4	27,7	12,0	7,7	16,3	27,0	9,6	7,1	12,3	15,6	9,1	6,4	12,4	18,7
60 A 64	4,1	1,3	7,8	12,1	8,2	7,1	9,6	12,4	12,0	8,0	15,7	19,4	7,8	6,0	9,8	15,6	7,9	4,6	12,1	21,1
MÁS DE 64	2,9	1,8	4,3	10,4	6,3	2,8	9,6	17,2	9,2	6,7	11,7	16,1	5,3	3,0	7,7	9,3	4,3	2,7	6,0	9,3

Cuadro 23 (continuación)

Grupos de edad y sexo ^a	1996					2000					2001					2004				
	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi- gentes	Total	No po- bres	Pobres	Indi- gentes	Total	No po- bres	Pobres	Indi- gentes
Hombres																				
TOTAL	9,2	5,9	12,3	22,3	15,7	10,0	19,6	26,1	15,3	11,4	18,2	26,4	14,6	10,7	17,3	22,8	11,9	8,6	14,6	22,6
12 A 14	18,4	20,2	17,9	43,6	12,9	8,2	13,5	14,3	28,4	23,6	29,7	34,5	13,2	7,4	14,6	15,8	18,4	4,1	22,6	34,8
15 A 19	23,9	19,3	26,7	48,4	37,8	32,1	40,0	47,0	36,1	28,6	39,2	44,5	31,6	21,8	35,2	40,9	28,9	24,4	31,1	46,0
20 A 24	16,7	11,3	21,4	39,0	27,8	20,4	32,1	36,0	26,4	21,5	29,8	43,3	29,2	23,7	32,2	37,5	21,9	17,1	25,3	37,6
25 A 29	8,8	6,1	11,4	18,8	16,3	11,6	19,6	25,2	14,6	13,7	15,4	22,1	13,0	12,2	13,5	21,5	13,0	11,6	14,3	26,4
30 A 34	8,0	6,2	9,7	21,3	11,7	9,4	13,4	21,0	10,9	9,3	12,1	18,2	9,6	6,7	11,6	14,1	9,3	8,2	10,1	15,6
35 A 39	5,8	3,7	7,5	13,3	10,4	5,5	13,5	19,8	9,3	6,0	11,5	19,2	10,5	7,4	12,4	22,4	6,9	4,4	8,7	15,5
40 A 44	6,3	3,4	8,9	17,1	10,0	5,1	13,8	20,0	10,1	8,0	11,6	23,1	9,8	8,6	10,6	12,3	6,9	3,8	9,2	10,7
45 A 49	4,6	2,2	7,1	15,1	10,2	6,0	13,6	20,5	10,6	7,1	14,0	27,2	9,5	8,4	10,4	20,6	7,8	4,8	10,4	18,5
50 A 54	3,8	1,3	7,0	11,1	9,8	4,9	14,3	23,0	9,6	6,8	12,2	18,4	8,3	5,5	10,8	14,4	7,1	4,6	9,9	15,6
55 A 59	5,6	2,3	9,1	19,5	11,6	4,7	17,4	28,0	11,2	6,3	16,1	28,3	10,4	7,7	13,3	16,4	9,6	7,3	12,4	19,0
60 A 64	5,2	1,3	10,0	17,8	10,3	9,3	11,4	14,0	13,0	7,7	18,0	18,3	8,5	6,9	10,4	17,0	8,5	5,1	13,0	19,4
MÁS DE 64	3,5	2,3	4,9	13,3	7,4	3,2	11,4	22,2	9,7	7,1	12,2	16,6	7,6	4,6	10,5	9,7	5,1	3,5	6,6	9,2
Mujeres																				
TOTAL	13,9	8,0	20,8	30,9	22,5	12,1	31,0	42,2	23,9	13,8	32,3	47,1	20,0	11,6	26,5	38,3	17,0	10,1	23,4	31,8
12 A 14	18,9	2,3	30,3	44,7	25,0	23,1	25,4	30,6	33,4	15,5	43,7	68,9	25,1	9,3	30,8	37,1	12,3	4,6	15,0	25,7
15 A 19	32,3	21,0	43,5	72,4	46,3	25,8	57,1	70,3	48,3	30,1	57,6	73,7	44,1	22,5	55,2	69,4	41,7	26,3	49,6	52,8
20 A 24	22,9	14,3	31,9	42,8	38,0	23,0	49,2	67,7	37,3	23,9	46,9	66,3	30,3	18,9	38,3	48,1	29,3	18,8	38,0	52,2
25 A 29	17,5	10,9	26,2	40,5	24,9	13,1	34,9	44,8	26,0	16,1	33,8	53,4	27,2	18,2	33,9	45,2	20,7	12,7	28,0	36,6
30 A 34	12,1	7,0	18,2	29,8	19,3	10,1	26,0	34,8	21,1	11,8	28,4	42,3	17,5	9,6	23,0	32,5	15,3	10,2	19,2	26,5
35 A 39	9,5	4,3	15,1	20,1	16,2	8,5	22,2	29,3	17,5	10,3	23,1	33,7	15,4	9,8	19,3	37,4	12,6	6,5	17,6	28,0
40 A 44	6,9	4,1	10,6	20,7	15,8	9,1	22,5	32,3	16,3	8,8	23,1	35,4	13,0	8,0	17,7	24,5	10,8	7,3	14,3	19,6
45 A 49	5,7	3,0	9,4	19,3	10,9	6,6	15,8	22,7	14,0	6,5	22,3	30,0	8,8	6,4	11,4	18,2	7,5	4,6	11,6	14,9
50 A 54	3,8	2,5	5,7	11,1	9,7	6,5	13,3	17,2	13,8	8,4	20,9	38,1	8,6	5,4	12,2	26,9	8,7	6,8	11,2	17,3
55 A 59	2,1	0,8	4,2	1,9	9,4	4,7	14,4	26,8	13,5	10,2	16,7	24,8	8,1	6,1	10,3	14,2	8,2	5,0	12,4	18,1
60 A 64	1,5	1,1	2,0	2,1	3,4	1,8	5,2	9,1	9,6	8,9	10,3	21,6	6,4	4,0	8,6	9,7	6,5	3,3	10,3	23,0
MÁS DE 64	1,0	0,3	2,1	0,7	3,4	1,6	5,0	2,5	7,9	5,8	10,2	14,4	1,9	0,7	3,2	8,7	2,6	1,2	4,5	9,7

Cuadro 23 (continuación)

Grupos de edad y sexo ¹	1996					1999					2000					2001					2004				
	No pobres		Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres		Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres		Pobres	Indi- gentes	Total	No pobres		Pobres	Indi- gentes	Total	No po- bres		Pobres	Indi- gentes	
	Resto					Resto					Resto					Resto									
TOTAL	5,6	3,9	6,5	7,4	9,6	7,2	10,3	11,0	9,3	6,6	10,5	12,7	8,2	6,1	9,2	11,1	8,7	6,5	9,8	12,3					
12 A 14	7,1	6,5	7,3	7,7	11,8	1,5	13,1	14,5	12,3	8,0	13,1	13,0	5,1	10,2	4,3	3,9	7,5	2,3	8,2	10,1					
15 A 19	9,9	6,5	11,5	13,7	17,8	16,3	18,1	17,9	17,2	12,5	18,8	23,2	14,2	14,9	14,0	19,8	18,6	13,1	20,4	26,4					
20 A 24	10,3	6,7	12,5	13,9	18,0	14,4	19,3	20,0	17,4	12,0	20,0	25,7	16,3	11,7	18,5	21,2	15,3	11,6	17,5	22,5					
25 A 29	6,0	3,5	7,6	8,6	11,2	9,3	11,9	13,2	10,5	8,4	11,6	15,8	13,8	9,7	15,7	21,3	12,0	7,9	14,2	20,5					
30 A 34	5,9	3,3	7,3	9,7	8,6	7,1	9,2	9,7	8,7	5,8	9,9	12,3	7,7	5,4	8,8	9,2	8,2	11,7	6,5	5,9					
35 A 39	4,6	3,4	5,2	6,4	5,9	2,9	6,8	8,3	6,5	4,3	7,3	9,9	5,0	2,2	6,2	6,4	7,8	3,0	10,6	8,2					
40 A 44	3,5	3,1	3,7	3,2	7,0	6,0	7,2	7,3	5,9	4,9	6,3	6,3	6,6	3,4	8,4	12,0	3,2	4,4	2,7	5,1					
45 A 49	3,6	3,7	3,6	4,4	4,9	3,6	5,3	5,0	5,0	5,0	5,0	6,4	6,0	4,5	6,8	8,1	3,9	4,8	3,4	3,2					
50 A 54	1,7	1,9	1,6	2,2	5,9	3,4	6,8	7,5	3,9	2,7	4,5	6,1	1,9	1,0	2,4	3,7	2,7	0,6	4,1	10,0					
55 A 59	2,2	2,0	2,4	3,8	3,1	0,8	3,9	3,8	4,1	2,7	4,9	6,3	4,7	4,5	4,8	8,2	4,4	2,9	5,2	10,2					
60 A 64	1,6	1,4	1,6	1,5	2,3	2,2	2,4	2,4	2,9	1,6	3,6	5,6	2,0	0,8	2,7	3,2	2,7	0,5	4,0	2,8					
MÁS DE 64	1,1	0,3	1,5	2,6	2,4	1,9	2,6	2,9	2,2	1,4	2,5	2,6	0,5	0,2	0,6	0,3	2,0	2,3	1,9	2,0					
Hombres																									
TOTAL	3,3	2,3	3,8	4,4	5,8	5,5	5,9	6,0	5,2	3,9	5,8	7,6	5,2	3,7	5,9	8,5	5,0	4,6	5,2	7,1					
12 A 14	6,0	4,9	6,3	6,8	8,5	2,0	9,3	10,8	9,7	8,2	9,9	12,3	4,4	10,0	3,7	5,2	4,1	2,0	4,4	3,2					
15 A 19	6,0	4,4	6,8	8,7	10,5	9,4	10,7	10,0	10,7	8,7	11,3	13,9	8,2	7,2	8,6	13,7	11,3	4,9	13,4	15,3					
20 A 24	5,6	3,4	6,9	8,4	11,8	15,0	10,6	9,5	9,8	6,7	11,2	16,2	11,3	5,5	14,0	18,7	9,0	6,1	10,8	12,1					
25 A 29	3,3	1,9	4,1	3,5	6,3	4,4	6,9	7,2	4,4	3,2	4,9	8,1	9,7	7,1	11,0	19,2	5,3	5,7	5,1	10,5					
30 A 34	3,3	1,8	4,1	5,1	3,7	5,6	3,0	3,2	3,7	4,0	3,6	3,5	3,6	2,5	4,1	5,2	5,4	10,2	3,2	4,5					
35 A 39	1,9	1,3	2,1	2,8	3,1	2,7	3,2	4,1	3,1	2,8	3,2	4,6	2,2	2,8	1,9	2,4	2,2	1,5	2,6	4,0					
40 A 44	1,8	0,6	2,3	2,2	4,1	3,3	4,3	3,8	2,9	2,8	2,9	4,4	4,9	2,4	6,1	10,2	2,8	5,3	1,7	3,6					
45 A 49	2,1	2,4	1,9	3,7	3,2	3,9	3,0	2,4	2,7	2,5	2,7	4,2	3,0	3,1	2,9	5,0	3,1	5,3	2,1	3,2					
50 A 54	1,8	2,5	1,4	2,1	5,0	2,9	5,6	6,6	2,3	1,1	2,8	2,7	1,7	1,3	1,9	2,4	2,9	0,9	4,1	11,1					
55 A 59	1,8	1,2	2,3	2,9	2,7	1,1	3,3	2,4	3,3	2,4	3,8	6,2	4,2	5,1	3,7	6,0	4,6	3,9	5,0	10,0					
60 A 64	1,0	1,3	0,9	0,7	2,1	1,7	2,2	2,2	2,8	1,5	3,5	5,6	1,9	2,9	2,9	2,2	1,7	0,6	2,5	4,6					
MÁS DE 64	0,6	0,3	0,7	1,4	2,5	2,2	2,7	2,9	2,2	1,1	2,8	3,7	0,3	0,2	0,3	0,4	2,1	3,1	1,5	1,4					

Cuadro 23 (continuación)

Grupos de edad y sexo	1996					1999					2000					2001					2004				
	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	Total	No pobres	Pobres	Indi-gentes	
Mujeres																									
TOTAL	12,7	8,3	15,4	16,8	19,6	11,1	22,8	25,3	18,9	12,7	21,6	24,2	15,3	11,5	17,2	17,2	16,6	10,6	19,5	22,2					
12 A 14	12,3	13,1	12,0	12,6	22,1		24,9	27,1	20,8	7,2	23,2	15,1	6,6	10,6	5,8	0,9	13,0	2,7	14,6	19,5					
15 A 19	23,6	13,7	28,6	29,0	38,5	33,3	39,8	42,4	33,9	21,9	38,1	44,0	32,3	33,5	31,7	42,4	32,2	29,8	33,0	40,6					
20 A 24	22,5	15,8	26,5	26,1	32,0	13,0	39,3	44,6	33,2	22,5	38,4	44,7	27,9	25,6	29,1	26,1	26,9	22,7	29,1	36,1					
25 A 29	13,5	7,7	17,2	20,4	22,6	18,0	24,8	28,9	23,6	19,0	25,9	29,3	20,7	14,4	23,5	25,0	27,3	14,4	32,4	40,7					
30 A 34	12,6	6,6	16,5	22,8	20,1	10,4	23,9	24,8	19,2	9,3	23,3	29,0	16,7	10,8	20,2	17,5	13,3	14,4	12,8	8,6					
35 A 39	11,6	8,3	13,3	16,9	12,1	3,4	15,0	17,4	13,7	7,6	16,1	20,8	11,7	0,9	17,1	14,5	17,8	6,0	24,4	16,3					
40 A 44	8,6	8,2	9,0	7,6	13,6	10,9	14,8	16,2	12,4	8,8	14,0	11,4	10,3	5,1	14,2	18,1	4,3	2,3	5,3	10,1					
45 A 49	8,2	6,8	9,2	6,6	10,0	3,0	12,4	14,9	10,2	10,2	10,2	11,8	13,2	8,5	15,2	13,3	5,7	4,0	7,0	3,4					
50 A 54	1,4	0,3	2,1	2,9	8,7	4,4	11,0	10,8	8,2	6,8	8,9	14,4	2,4		3,5	7,6	2,3	0,0	4,2	6,7					
55 A 59	3,9	4,8	3,1	8,4	4,5		6,3	9,0	6,6	3,7	8,1	6,7	6,3	2,6	8,6	22,0	3,7	0,0	5,9	10,7					
60 A 64	3,7	2,3	4,5	4,3	3,3	4,3	2,9	3,0	3,1	1,8	3,6	5,7	2,4	2,9	2,2	5,1	5,9	0,0	8,1	0,0					
MAS DE 64	3,1	0,0	4,7	6,9	1,6		2,3	2,9	2,0	2,4	1,8	0,0	1,1		1,5		1,8	0,0	3,2	4,9					

FUENTE: Cálculos con base en Encuestas de Hogares años completos, DANE

Análisis de situación en población para Colombia - Volumen 1

Cuadro 24
Tasas de subempleo por sexo, grupos de edad y condición de pobreza-2002-2004

Sexo y Grupos de edad		2002				2003				2004			
		Total	No pobre	Pobre	Indigente	Total	No pobre	Pobre	Indigente	Total	No pobre	Pobre	Indigente
Total	TOTAL	39,7	30,2	46,4	53,4	36,1	27,6	42,9	52,0	35,4	27,3	41,7	49,8
	12 A 14	31,5	18,3	34,5	36,3	28,4	26,3	29,0	30,1	27,9	27,0	28,2	32,5
	15 A 19	49,6	41,0	53,4	55,8	45,0	34,9	49,9	55,4	46,2	38,7	49,8	54,7
	20 A 24	49,4	41,8	54,5	62,3	45,1	37,6	51,1	62,1	45,2	37,7	50,8	60,9
	25 A 29	45,0	36,1	51,7	62,3	40,0	32,2	46,7	58,8	40,9	33,6	47,0	58,3
	30 A 34	41,7	32,0	48,1	59,6	38,1	29,0	44,7	55,9	37,7	28,1	44,6	55,8
	35 A 39	40,2	29,6	47,3	55,7	37,1	28,0	43,7	54,2	35,5	25,9	42,5	53,7
	40 A 44	38,5	27,4	46,5	55,8	33,9	24,2	42,0	53,7	33,6	25,6	39,9	49,2
	45 A 49	35,3	25,4	43,7	53,7	33,1	24,7	41,5	54,1	31,3	22,8	39,4	47,6
	50 A 54	32,5	24,0	40,5	47,7	30,9	23,4	39,0	50,3	28,9	21,9	36,6	45,8
	55 A 59	30,6	22,7	37,7	41,5	27,9	20,5	35,4	46,3	27,0	20,7	33,8	40,7
	60 A 64	25,7	19,2	31,2	31,4	25,2	18,2	32,0	35,9	23,2	18,5	27,5	30,9
MÁS DE 65	21,0	14,7	25,5	27,5	18,1	12,4	22,5	26,5	16,2	12,1	19,4	22,6	
Hombres	TOTAL	39,3	30,0	45,0	51,9	34,6	26,7	40,3	49,8	34,4	26,9	39,7	47,5
	12 A 14	33,5	17,4	36,6	36,7	29,4	27,2	30,0	30,6	30,0	29,0	30,3	35,7
	15 A 19	51,2	42,5	54,6	56,9	45,5	37,8	48,7	55,3	46,2	40,7	48,5	53,6
	20 A 24	49,8	43,7	53,3	61,5	43,8	37,6	48,1	59,6	44,7	38,5	48,8	57,9
	25 A 29	44,6	35,3	50,2	59,9	37,6	30,8	42,9	55,6	39,8	32,7	45,0	55,2
	30 A 34	41,2	32,7	46,2	57,6	35,2	26,7	41,2	52,4	36,7	28,5	41,9	52,5
	35 A 39	38,9	29,0	44,8	51,4	35,0	26,8	40,4	52,6	34,2	25,1	40,0	50,8
	40 A 44	37,0	26,7	43,5	54,0	32,1	23,1	38,7	49,1	32,0	24,4	37,2	45,8
	45 A 49	35,1	25,7	42,1	49,8	32,8	24,7	39,9	53,4	30,4	21,9	37,3	44,6
	50 A 54	32,6	23,8	39,9	48,9	30,5	23,4	37,4	51,3	28,9	22,8	34,8	46,0
	55 A 59	31,2	22,6	38,0	44,2	27,1	18,8	34,8	47,0	26,5	21,2	31,7	38,3
	60 A 64	25,5	17,9	31,7	31,1	24,9	18,5	31,0	34,4	23,3	17,9	28,2	32,9
MÁS DE 65	22,0	15,2	26,6	28,7	18,1	13,1	22,0	24,3	15,9	11,7	19,3	21,7	
Mujeres	TOTAL	40,3	30,4	48,7	56,5	38,3	28,7	47,3	55,8	36,8	27,7	45,2	53,8
	12 A 14	27,6	19,7	29,9	35,4	26,1	24,8	26,6	28,9	23,2	21,7	23,5	25,9
	15 A 19	46,7	38,9	51,0	53,2	44,0	30,9	52,8	55,8	46,1	35,6	52,3	56,9
	20 A 24	48,8	39,6	56,8	64,3	47,0	37,5	55,7	66,5	45,9	36,7	54,1	66,5
	25 A 29	45,7	36,9	54,1	66,8	43,4	33,9	52,9	63,8	42,4	34,6	50,4	64,2
	30 A 34	42,4	31,1	51,0	63,2	41,8	32,0	49,5	60,8	39,1	27,5	48,8	60,6
	35 A 39	41,9	30,2	50,7	63,1	39,7	29,2	48,4	57,0	37,4	26,8	46,0	58,8
	40 A 44	40,4	28,2	51,0	59,2	36,3	25,5	47,4	62,0	35,6	26,9	44,2	55,1
	45 A 49	35,5	25,1	46,1	61,2	33,5	24,7	43,9	55,4	32,5	23,7	42,8	52,5
	50 A 54	32,3	24,2	41,7	45,5	31,6	23,3	41,5	48,7	29,0	20,7	39,7	45,4
	55 A 59	29,5	22,9	36,9	35,9	29,1	22,9	36,6	44,9	27,9	19,9	38,0	45,5
	60 A 64	26,1	22,0	29,9	32,0	25,6	17,8	34,1	38,9	23,0	19,7	26,1	27,4
MÁS DE 65	18,4	13,3	22,5	24,6	18,1	10,6	23,8	31,0	16,9	13,2	19,8	24,6	

Fuente: Procesamiento Encuesta de Hogares del DANE. CID, Universidad Nacional de Colombia.

Cuadro 25
Número de desplazados internos, forzados 1985-2005

Año	Registro Único de Población Desplazada	COHDES
Total	1.756.022	3.662.852
En depuración	6.102	
Anteriores a 1995 ¹	43	720.000
1995 ²	251	89.000
1996	2.582	181.000
1997	15.244	257.000
1998	35.655	308.000
1999	31.084	288.000
2000	331.286	317.375
2001	374.989	341.925
2002	424.193	412.553
2003	220.230	207.607
2004	162.161	287.591
2005	152.202	252.801

¹ De 1985 a 1995 para el CODHES.

² Septiembre a Diciembre para el Registro Único de Desplazados.

Cuadro 26
Desplazados forzados por grupos de edad¹
Septiembre de 1995 a febrero de 2006

Grupos de edad	No.	%
Total	1.205.704	100,0
0 a 4	73.549	6,1
5 a 9	208.435	17,3
10 a 14	174.771	14,5
15 a 19	147.488	12,2
20 a 24	115.590	9,6
25 a 29	94.632	7,8
30 a 39	153.344	12,7
40 a 49	108.712	9,0
50 a 59	62.797	5,2
60 a 69	37.500	3,1
70 a 79	20.157	1,7
80 a 89	7.323	0,6
90 y más	1.406	0,1

Fuente: Registro Único de Población Desplazada

¹ Desplazados con información sobre edad.

Cuadro 27

Población recibida y expulsada según el Registro Único de Población Desplazada (RUT), por departamentos cifras acumuladas, septiembre de 1995 a febrero de 2006

Departamento	Población proyectada 2000	Inmigrantes recibidos	Emigrantes expulsados	% Recibidos en población 2000	% Expulsados en población 2000	% neto: recibidos menos expulsados en población 2.000	% Recibidos	% Expulsados
Total general	42.299.301	1.765.616	1.765.616	4,2	4,2	0,0	100,0	100,0
Amazonas	70.489	476	320	0,7	0,5	0,2	0,0	0,0
Antioquia	5.377.854	263.299	303.318	4,9	5,6	-0,7	14,9	17,2
Arauca	240.190	12.124	21.178	5,0	8,8	-3,8	0,7	1,2
Atlántico	2.127.567	66.586	1.974	3,1	0,1	3,0	3,8	0,1
Bogotá D.C.	6.437.842	112.379	836	1,7	0,0	1,7	6,4	0,0
Bolívar	1.996.906	125.349	178.136	6,3	8,9	-2,6	7,1	10,1
Boyacá	1.365.110	8.022	6.675	0,6	0,5	0,1	0,5	0,4
Caldas	1.107.626	34.076	39.847	3,1	3,6	-0,5	1,9	2,3
Caquetá	418.998	45.262	78.231	10,8	18,7	-7,9	2,6	4,4
Casanare	285.416	13.070	17.822	4,6	6,2	-1,7	0,7	1,0
Cauca	1.255.333	44.511	56.589	3,5	4,5	-1,0	2,5	3,2
Cesar	961.535	87.673	110.516	9,1	11,5	-2,4	5,0	6,3
Chocó	407.255	62.684	95.983	15,4	23,6	-8,2	3,6	5,4
Córdoba	1.322.852	72.942	65.417	5,5	4,9	0,6	4,1	3,7
Cundinamarca	2.142.260	42.029	36.448	2,0	1,7	0,3	2,4	2,1
Guajira	483.106	35.202	28.534	7,3	5,9	1,4	2,0	1,6
Guaviare	117.189	14.712	24.592	12,6	21,0	-8,4	0,8	1,4
Guainía	37.162	980	909	2,6	2,4	0,2	0,1	0,1
Huila	924.968	33.684	21.746	3,6	2,4	1,3	1,9	1,2
Magdalena	1.284.135	104.267	122.880	8,1	9,6	-1,4	5,9	7,0
Meta	700.506	51.223	55.041	7,3	7,9	-0,5	2,9	3,1
Nariño	1.632.093	51.072	38.063	3,1	2,3	0,8	2,9	2,2
Norte Santander	1.345.697	54.468	63.936	4,0	4,8	-0,7	3,1	3,6
Putumayo	332.434	41.618	79.540	12,5	23,9	-11,4	2,4	4,5
Quindío	562.156	11.535	2.535	2,1	0,5	1,6	0,7	0,1
Risaralda	944.298	27.490	10.516	2,9	1,1	1,8	1,6	0,6
San Andrés	73.465	26	6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santander	1.964.361	72.486	45.514	3,7	2,3	1,4	4,1	2,6
Sucre	794.631	111.741	75.707	14,1	9,5	4,5	6,3	4,3
Tolima	1.296.942	39.098	75.208	3,0	5,8	-2,8	2,2	4,3
Valle del Cauca	4.175.515	103.268	69.136	2,5	1,7	0,8	5,8	3,9
Vaupés	29.942	859	1.609	2,9	5,4	-2,5	0,0	0,1
Vichada	83.467	1.685	3.303	2,0	4,0	-1,9	0,1	0,2
Sin información		19.720	33.551				1,1	1,9

Fuente: Registro Único de Población Desplazada (RUT).

Cuadro 28
Población por región de nacimiento, según región de residencia- 1993 y 2003

Región de Residencia ¹	1993												
	Total	Región de nacimiento											
		Región Bogotá	Región Central	Región Bogotá-Sur	Bucaramanga	Región Medellín	Región Cafetera	Región Cali	Región Barranquilla	Amazonia y Orinoquia	Otros países	Sin información	
Total Nacional	32.797.146	9.954.352	8.860.282	1.094.070	3.063.309	4.701.846	2.300.333	5.493.601	6.614.812	118.469	109.152	441.272	
Región Bogotá	10.489.649	9.279.783			317.309	106.968	234.947	251.373	115.565	13.892	30.949	138.863	
Región Central	9.425.287		8.184.636	131.413	311.845	101.067	219.793	191.864	112.091	13.102	30.293	129.183	
Región Bogotá-Sur	1.064.362		86.866	876.868	5.464	5.901	15.154	59.509	3.474	790	656	9.680	
Región Bucaramanga	2.916.037	152.485	146.232	6.253	2.549.326	34.131	16.672	21.625	97.340	1.671	17.943	24.844	
Región Medellín	4.650.854	49.679	45.638	4.041	19.473	4.237.369	106.252	53.023	133.864	343	9.492	41.359	
Región Cafetera	2.070.999	120.615	111.425	9.190	9.395	101.567	1.677.139	135.968	7.855	579	4.093	13.788	
Región Cali	5.743.098	219.203	160.435	58.768	20.752	109.366	242.211	4.997.698	20.259	2.244	17.050	114.315	
Región Barranquilla2	6.770.064	99.314	93.630	5.684	139.375	110.449	19.479	28.761	6.238.907	596	27.166	106.017	
Amazonia y Orinoquia	156.445	33.273	31.420	1.853	7.679	1.996	3.633	5.153	1.022	99.144	2.459	2.086	
Porcentaje de población residente por región de nacimiento													
Total Nacional	100,0		27,0	3,3	9,3	14,3	7,0	16,8	20,2	0,4	0,3	1,3	
Región Central	100,0		86,8	1,4	3,3	1,1	2,3	2,0	1,2	0,1	0,3	1,4	
Región Bogotá-Sur	100,0		8,2	82,4	0,5	0,6	1,4	5,6	0,3	0,1	0,1	0,9	
Región Bucaramanga	100,0		5,0	0,2	87,4	1,2	0,6	0,7	3,3	0,1	0,6	0,9	
Región Medellín	100,0		1,0	0,1	0,4	91,1	2,3	1,1	2,9	0,0	0,2	0,9	
Región Cafetera	100,0		5,4	0,4	0,5	4,9	81,0	6,6	0,4	0,0	0,2	0,7	
Región Cali	100,0		2,8	1,0	0,4	1,9	4,2	87,0	0,4	0,0	0,3	2,0	
Región Barranquilla2	100,0		1,4	0,1	2,1	1,6	0,3	0,4	92,2	0,0	0,4	1,6	
Amazonia y Orinoquia	100,0		20,1	1,2	4,9	1,3	2,3	3,3	0,7	63,4	1,6	1,3	

Cuadro 28 (Continuación)
Población por región de nacimiento, según región de residencia- 1993 y 2003

Región de Residencia ¹	1993										2003											
	Región de nacimiento										Región de nacimiento											
Total	Región Bogotá	Región Central	Región Bogotá-Sur	Región Bucaramanga	Región Medellín	Región Cafetera	Región Cali	Región Barranquilla	Amazonia y Orinoquia	Otros países	Sin información	Región Bogotá	Región Central	Región Bogotá-Sur	Región Bucaramanga	Región Medellín	Región Cafetera	Región Cali	Región Barranquilla	Amazonia y Orinoquia	Otros países	Sin información
Porcentaje de población nacida en la región por región de residencia																						
Total Nacional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Región Central	28,7	92,4	12,0	10,2	2,1	9,6	3,5	1,7	11,1	27,8	29,3											
Región Bogotá-Sur	3,2	1,0	80,1	0,2	0,1	0,7	1,1	0,1	0,7	0,6	2,2											
Región Bucaramanga	8,9	1,7	0,6	83,2	0,7	0,7	0,4	1,5	1,4	16,4	5,6											
Región Medellín	14,2	0,5	0,4	0,6	90,1	4,6	1,0	2,0	0,3	8,7	9,4											
Región Cafetera	6,3	1,3	0,8	0,3	2,2	72,9	2,5	0,1	0,5	3,7	3,1											
Región Cali	17,5	1,8	5,4	0,7	2,3	10,5	91,0	0,3	1,9	15,6	25,9											
Región Barranquilla 2	20,6	1,1	0,5	4,5	2,3	0,8	0,5	94,3	0,5	24,9	24,0											
Amazonia y Orinoquia	0,5	0,4	0,2	0,3	0,0	0,2	0,1	0,0	83,7	2,3	0,5											
2003																						
Total Nacional	43.716.379	13.376.240	11.806.653	3.942.004	6.187.081	2.835.035	7.179.135	9.688.597	118.050	390.252	-											
Región Bogotá	14.123.488	12.361.383		411.906	186.148	360.724	419.391	243.618	49.105	91.217	-											
Región Central	12.536.879			398.240	178.150	335.885	261.378	240.784	47.625	89.800	-											
Región Bogotá-Sur	1.586.609			13.666	7.998	24.839	158.013	2.834	1.480	1.417	-											
Región Bucaramanga	3.804.111	202.033	195.216	3.284.988	37.315	17.797	4.916	184.062	21.597	51.404	-											
Región Medellín	6.197.395	92.058	90.353	38.694	5.612.205	114.277	99.554	216.639	2.965	21.002	-											
Región Cafetera	2.564.610	197.172	174.795	21.940	101.826	2.059.906	149.856	17.880	4.310	11.720	-											
Región Cali	7.380.146	352.265	285.526	18.508	150.738	255.085	6.476.819	52.680	236	73.817	-											
Región Barranquilla 2	9.554.868	133.507	128.946	163.715	96.102	18.721	24.073	8.972.757	4.910	141.092	-											
Amazonia y Orinoquia	91.761	37.822	37.179	2.253	2.747	8.525	4.526	961	34.927	-	-											

Cuadro 28 (continuación)
Población por región de nacimiento, según región de residencia-1993 y 2003

Región de Residencia ¹	1993											Sin información
	Total	Región de nacimiento										
	Región Bogotá	Región Central	Región Bogotá-Sur	Región Bucaramanga	Región Medellín	Región Cafetera	Región Cali	Región Barranquilla	Amazonia y Orinoquia	Otros países		
Porcentaje de población residente por región de nacimiento												
Total Nacional	100,0	27,0	3,6	9,0	14,2	6,5	16,4	22,2	0,3	0,9	-	
Región Central	100,0	86,0	1,6	3,2	1,4	2,7	2,1	1,9	0,4	0,7	-	
Región Bogotá-Sur	100,0	7,0	79,7	0,9	0,5	1,6	10,0	0,2	0,1	0,1	-	
Región Bucaramanga	100,0	5,1	0,2	86,4	1,0	0,5	0,1	4,8	0,6	1,4	-	
Región Medellín	100,0	1,5	0,0	0,6	90,6	1,8	1,6	3,5	0,0	0,3	-	
Región Cafetera	100,0	6,8	0,9	0,9	4,0	80,3	5,8	0,7	0,2	0,5	-	
Región Cali	100,0	3,9	0,9	0,3	2,0	3,5	87,8	0,7	0,0	1,0	-	
Región Barranquilla ²	100,0	1,3	0,0	1,7	1,0	0,2	0,3	93,9	0,1	1,5	-	
Amazonia y Orinoquia	100,0	40,5	0,7	2,5	3,0	9,3	4,9	1,0	38,1	-	-	
Porcentaje de población nacida en la región por región de residencia												
Total Nacional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	
Región Central	28,7	91,3	12,9	10,1	2,9	11,8	3,6	2,5	40,3	23,0	-	
Región Bogotá-Sur	3,6	0,9	80,6	0,3	0,1	0,9	2,2	0,0	1,3	0,4	-	
Región Bucaramanga	8,7	1,7	0,4	83,3	0,6	0,6	0,1	1,9	18,3	13,2	-	
Región Medellín	14,2	0,8	0,1	1,0	90,7	4,0	1,4	2,2	2,5	5,4	-	
Región Cafetera	5,9	1,5	1,4	0,6	1,6	72,7	2,1	0,2	3,7	3,0	-	
Región Cali	16,9	2,4	4,3	0,5	2,4	9,0	90,2	0,5	0,2	18,9	-	
Región Barranquilla ²	21,9	1,1	0,3	4,2	1,6	0,7	0,3	92,6	4,2	36,2	-	
Amazonia y Orinoquia	0,2	0,3	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	29,6	-	-	

Fuentes: Censo de 1993, procesamiento propio de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003.

¹ La composición de las regiones agrupa los departamentos: Región Central: Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, Meta y Tolima. Región Bogotá-Sur: Huila y Caquetá (departamentos de la región funcional de Bogotá, que no son incluidos en la Región Central); Región Bucaramanga: Arauca, Casanare, Norte de Santander y Santander. Región Cali: Nariño, Putumayo, Valle. Región Barranquilla: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, San Andrés y Providencia y Sucre. Región cafetera: Caldas, Quindío y Risaralda. Región Amazonia y Orinoquia: restantes departamentos de los antiguos territorios nacionales.

² No incluye información para los municipios de Manaure y Uribia en 1993.

Cuadro 29
Población inmigrante y emigrante interregional¹, según su lugar de nacimiento y de residencia 1993 y 2003

Condición de migración, según lugar de nacimiento y de residencia	1993							2003						
	Región Bogotá	Región Bucaramanga	Región Medellín	Región Cafetera	Región Cali	Región Barranquilla	Región Bogotá	Región Bucaramanga	Región Medellín	Región Cafetera	Región Cali	Región Barranquilla		
Residentes Inmigrantes	1.209.866	366.711	413.485	393.860	745.400	531.157	1.762.109	519.123	585.190	504.704	903.327	582.111		
Nativos Emigrantes	674.569	513.983	464.477	623.194	495.903	375.905	1.014.857	657.016	574.876	775.129	702.316	715.840		
Saldo Neto	535.297	-147.272	-50.992	-229.334	249.497	155.252	747.252	-137.893	10.314	-270.425	201.011	-133.729		
% Residentes Inmigrantes	11,5	12,6	8,9	19,0	13,0	7,8	12,5	13,6	9,4	19,7	12,2	6,1		
% Nativos Emigrantes	6,8	16,8	9,9	27,1	9,0	5,7	7,6	16,7	9,3	27,3	9,8	7,4		
% Saldo neto en residentes	5,1	-5,1	-1,1	-11,1	4,3	2,3	5,3	-3,6	0,2	-10,5	2,7	-1,4		

Fuentes: Censo de 1993, sin ajuste por cobertura. Procesamiento CID, Universidad Nacional de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003.

¹La composición de las regiones agrupa los departamentos, por su jerarquía funcional, en torno a las principales ciudades.

Región Bogotá: Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, Meta y Tolima, Huila y Caquetá.

Región Bucaramanga: Arauca, Casanare, Norte de Santander y Santander. Región cafetera: Caldas, Quindío y Risaralda.

Región Medellín: Antioquia y Chocó. Región Cali: Nariño, Putumayo, Valle. Región Barranquilla: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, San Andrés y Providencia y Sucre.

Cuadro 30
POBLACIÓN POR MIGRACIÓN Y CONDICIÓN DE POBREZA, SEGÚN DEPARTAMENTOS

DEPARTAMENTOS	TOTAL			NATIVOS			RECIENTE			MAS DE 4 AÑOS		
	TOTAL	NO POBRE	POBRE	TOTAL	NO POBRE	POBRE	TOTAL	NO POBRE	POBRE	TOTAL	NO POBRE	POBRE
TOTAL NAL	100,0	45,1	54,9	100,0	40,8	59,2	100,0	45,2	54,8	100,0	54,1	45,9
ANTIOQUIA	100,0	36,7	63,3	100,0	32,7	67,3	100,0	35,2	64,8	100,0	44,3	55,7
ATLANTICO	100,0	43,6	56,4	100,0	40,4	59,6	100,0	52,9	47,1	100,0	46,5	53,5
BOGOTA	100,0	64,4	35,6	100,0	62,4	37,6	100,0	59,3	40,7	100,0	69,2	30,8
BOLIVAR	100,0	32,4	67,6	100,0	29,4	70,6	100,0	32,2	67,8	100,0	45,9	54,1
BOYACA	100,0	34,0	66,0	100,0	31,6	68,4	100,0	25,5	74,5	100,0	45,0	55,0
CALDAS	100,0	34,3	65,7	100,0	30,5	69,5	100,0	41,8	58,2	100,0	38,3	61,7
CAQUETA	100,0	34,6	65,4	100,0	23,1	76,9	100,0	65,6	34,4	100,0	39,0	61,0
CAUCA	100,0	38,0	62,0	100,0	32,6	67,4	100,0	47,3	52,7	100,0	55,7	44,3
CESAR	100,0	34,4	65,6	100,0	27,7	72,3	100,0	66,7	33,3	100,0	39,4	60,6
CORDOBA	100,0	30,2	69,8	100,0	26,2	73,8	100,0	47,8	52,2	100,0	36,9	63,1
CUNDINAMARCA	100,0	50,1	49,9	100,0	47,7	52,3	100,0	47,2	52,8	100,0	56,9	43,1
CHOCO	100,0	23,9	76,1	100,0	19,4	80,6	100,0	33,5	66,5	100,0	38,5	61,5
HUILA	100,0	27,7	72,3	100,0	23,2	76,8	100,0	30,4	69,6	100,0	36,8	63,2
LA GUAJIRA	100,0	59,2	40,8	100,0	55,0	45,0	100,0	56,6	43,4	100,0	69,7	30,3
MAGDALENA	100,0	39,2	60,8	100,0	39,4	60,6	100,0	12,3	87,7	100,0	50,3	49,7
META	100,0	53,5	46,5	100,0	55,9	44,1	100,0	56,1	43,9	100,0	49,3	50,7
NARIÑO	100,0	28,3	71,7	100,0	24,8	75,2	100,0	29,8	70,2	100,0	38,9	61,1
NORTE SANTANDER	100,0	46,1	53,9	100,0	41,3	58,7	100,0	52,5	47,5	100,0	53,3	46,7
QUINDIO	100,0	45,3	54,7	100,0	39,1	60,9	100,0	56,2	43,8	100,0	49,3	50,7
RISARALDA	100,0	47,3	52,7	100,0	47,4	52,6	100,0	43,7	56,3	100,0	49,0	51,0
SANTANDER	100,0	55,3	44,7	100,0	49,6	50,4	100,0	52,9	47,1	100,0	63,9	36,1
SUCRE	100,0	39,2	60,8	100,0	31,4	68,6	100,0	67,0	33,0	100,0	54,1	45,9
TOLIMA	100,0	32,8	67,2	100,0	28,1	71,9	100,0	32,8	67,2	100,0	42,4	57,6
VALLE	100,0	57,6	42,4	100,0	53,9	46,1	100,0	51,4	48,6	100,0	65,4	34,6
ARAUCA	100,0	36,9	63,1	100,0	36,6	63,4	100,0	26,5	73,5	100,0	44,3	55,7
CASANARE	100,0	49,9	50,1	100,0	38,8	61,2	100,0	53,9	46,1	100,0	60,9	39,1
PUTUMAYO	100,0	57,4	42,6	100,0	57,6	42,4	100,0	43,7	56,3	100,0	64,7	35,3
SAN ANDRES	100,0	75,3	24,7	100,0	71,2	28,8	100,0	90,1	9,9	100,0	77,3	22,7
GUAVIARE	100,0	81,0	19,0	100,0	82,0	18,0	100,0	76,1	23,9	100,0	85,4	14,6

FUENTE: CILCULOS CON BASE EN ECV-2003, DANE

Anexo 2 - Resultados del modelo logístico de la probabilidad de ser pobre de los hogares, con la encuesta de calidad de vida de 2003

POBLACION Y POBREZA
 PROBABILIDAD DE SER POBRE LP NACIONAL
 The LOGISTIC Procedure

Model Information		
Data Set	WORK.DATO	
Response Variable	PBR021	INDICADOR DE LP DANE-VIEJA
Number of Response Levels	2	
Number of Observations	22948	
Frequency Variable	FEX	FEX
Sum of Frequencies	11182226	
Link Function	Logit	
Optimization Technique	Fisher's scoring	

Response Profile		
Ordered Value	PBR021	Total Frequency
1	0	6606842
2	1	4575384

Class Level Information										
Class	Value	Design Variables								
		1	2	3	4	5	6	7	8	
M081	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
M084	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
DES_JEFE	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
JEFO01	A MUJER	1								
	B HOMBRE	-1								
MIGR	MAS DE 4 A—OS	1	0							
	NATIVOS	0	1							
	RECIENTE	-1	-1							
TPENS	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
TCESA	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
D01	A PROPIA PAGADA	1								
	Z OTRA	-1								
TACTI-FIS	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
TACTI-FIN	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
TRA_EMPG	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
EST_PRIV	A SI TIENE	1								
	B NO TIENE	-1								
REGION	A ATLANTIVO	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	B ORIENTAL	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	C CENTRAL	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	D PACIFICO	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	E ANTIOQUIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	F VALLE	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	G SAN ANDRES	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	H ORINOQUIA-CASA	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Z BOGOTA	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	
ZONA	CABECERA	1								
	RESTO	-1								

Model Convergence Status	
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.	

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	15130750	9747698.0
SC	15130764	9748096.5
-2 Log L	15130748	9747642.0

R-Square	0.3821	Max-rescaled R-Square	0.5152
----------	--------	-----------------------	--------

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	5383105.65	27	<.0001
Score	4356549.24	27	<.0001
Wald	2736701.37	27	<.0001

Type III Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
M081	1	6000.7780	<.0001
M084	1	6315.3074	<.0001
DES_JEFE	1	22225.7635	<.0001
JEF001	1	695.8575	<.0001
JEF002	1	12470.7339	<.0001
JEF003	1	1086244.87	<.0001
MIGR	2	26621.9416	<.0001
PPER0004	1	358499.160	<.0001
PPER0517	1	565491.992	<.0001
TO	1	300834.934	<.0001
TPENS	1	548571.787	<.0001
TCESA	1	87415.9758	<.0001
D01	1	8484.8215	<.0001
TACTIFIS	1	240358.353	<.0001
TACTIFIN	1	21477.6565	<.0001
TRA_EMPG	1	50359.2597	<.0001
EST_PRIV	1	69001.6843	<.0001
REGION	8	75833.5277	<.0001
ZONA	1	286838.463	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0,0345	0,00822	175.541	<.0001
M081	A SI TIENE	1	0,1191	0,00154	60.007.780	<.0001
M084	A SI TIENE	1	0,2955	0,00372	63.153.074	<.0001
DES_JEFE	A SI TIENE	1	0,3309	0,00222	222.257.635	<.0001
JEF001	A MUJER	1	0,0237	0,000898	6.958.575	<.0001
JEF002		1	-0,00791	0,000071	124.707.339	<.0001
JEF003		1	-0,2394	0,00023	1086244,87	<.0001
MIGR	MAS DE 4 A—OS	1	0,00528	0,00126	175.478	<.0001
MIGR	NATIVOS	1	0,2067	0,00127	266.175.112	<.0001
PPER0004		1	0,0406	0,000068	358.499.160	<.0001
PPER0517		1	0,0308	0,000041	565.491.992	<.0001
TO		1	-0,0162	0,000029	300.834.934	<.0001
TPENS	A SI TIENE	1	-1,1856	0,0016	548.571.787	<.0001
TCESA	A SI TIENE	1	-0,3347	0,00113	874.159.758	<.0001
D01	A PROPIA PAGADA	1	-0,0842	0,000914	84.848.215	<.0001
TACTIFIS	A SI TIENE	1	-0,6643	0,00136	240.358.353	<.0001
TACTIFIN	A SI TIENE	1	-0,4589	0,00313	214.776.565	<.0001
TRA_EMPG	A SI TIENE	1	-0,3145	0,0014	503.592.597	<.0001
EST_PRIV	A SI TIENE	1	-0,3437	0,00131	690.016.843	<.0001
REGION	A ATLANTIVO	1	0,3217	0,00288	124.390.681	<.0001
REGION	B ORIENTAL	1	-0,0629	0,00285	4.867.580	<.0001
REGION	C CENTRAL	1	0,1387	0,0031	20.073.058	<.0001
REGION	D PACIFICO	1	0,3861	0,00365	112.021.557	<.0001
REGION	E ANTIOQUIA	1	0,5019	0,00312	258.822.391	<.0001
REGION	F VALLE	1	-0,0985	0,00316	9.696.809	<.0001
REGION	G SAN AN-DRES	1	-0,6893	0,0169	16.556.620	<.0001
REGION	H ORINO-QUIA-CASA	1	-0,65	0,00686	89.696.577	<.0001
ZONA	CABECERA	1	0,5986	0,00112	286.838.463	<.0001

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
MO81 A SI TIENE vs B NO TIENE	1.269	1.261	1.277
MO84 A SI TIENE vs B NO TIENE	1.806	1.780	1.832
DES_JEFE A SI TIENE vs B NO TIENE	1.938	1.921	1.955
JEFO01 A MUJER vs B HOMBRE	1.049	1.045	1.052
JEFO02	0.992	0.992	0.992
JEFO03	0.787	0.787	0.787
MIGR MAS DE 4 A—OS vs RECIENTE	1.243	1.236	1.250
MIGR NATIVOS vs RECIENTE	1.520	1.511	1.529
PPER0004	1,041	1.041	1.042
PPER0517	1,031	1.031	1.031
TO	0.984	0.984	0.984
TPENS A SI TIENE vs B NO TIENE	0.093	0.093	0.094
TCESA A SI TIENE vs B NO TIENE	0.512	0.510	0.514
DO1 A PROPIA PAGADA vs Z OTRA	0.845	0.842	0.848
TACTIFIS A SI TIENE vs B NO TIENE	0.265	0.263	0.266
TACTIFIN A SI TIENE vs B NO TIENE	0.399	0.394	0.404
TRA_EMPG A SI TIENE vs B NO TIENE	0.533	0.530	0.536
EST_PRIV A SI TIENE vs B NO TIENE	0.503	0.500	0.505
REGION A ATLANTIVO vs Z BOGOTA	1.185	1.178	1.191
REGION B ORIENTAL vs Z BOGOTA	0.806	0.802	0.811
REGION C CENTRAL vs Z BOGOTA	0.987	0.981	0.993
REGION D PACIFICO vs Z BOGOTA	1.263	1.254	1.273
REGION E ANTIOQUIA vs Z BOGOTA	1.419	1.410	1.427
REGION F VALLE vs Z BOGOTA	0.778	0.773	0.783
REGION G SAN ANDRES vs Z BOGOTA	0.431	0.415	0.448
REGION H ORINOQUIA-CASA vs Z BOGOTA	0.448	0.442	0.455
ZONA CABECERA vs RESTO	3.311	3.296	3.325

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	87.1	Somersí D	0.743
Percent Discordant	12.8	Gamma	0.744
Percent Tied	0.1	Tau-a	0.359
Pairs	3,02E+20	c	0.872

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS – SECCION 1

- Barrera, F. y Higuera, L. (2004). Embarazo y Fecundidad Adolescente, Fedesarrollo, Bogotá.
- BID (2000). Demografía: ¿amenaza u oportunidad para América Latina? En: Desarrollo más allá de la Economía. Progreso Económico y Social de América Latina. Informe 2000. Washington D.C. Capítulo 2.
- Brugo-Omedo, S., Chillik, C., Kopelman, S., (2003). Definición y causas de la infertilidad, Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, octubre-diciembre
- Bruyin, M. (2001); Jóvenes en riesgo: Adolescentes y la Salud Sexual en Revista Agenda de Salud, ISIS Internacional, Chile, No. 23.
- Cardich, R. et al (1993). Desde las mujeres: Visiones y circunstancias del aborto. The Population Council & Movimientos Manuela Ramos, Lima.
- Centeno Monge, H. & Cáceres Rodas, R. (2005). La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15-24 años. El Salvador , un reto para las políticas de salud, Revista electrónica publicada por el Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, Volumen 2, Número 2, Artículo 1, <http://ccp.urc.ac.cr/revista/>
- CEPAL (2000). Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. CELADE- Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), Serie: Población y Desarrollo, Chile, No. 9
- CEPAL (2004). Panorama social de América Latina 2002-2003, revista de la Facultad de Economía, Año VIII, No.24, México.
- CLAP-OPS/OMS (2003). www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticasdelaregion/ última actualización octubre-2003 consultada noviembre-2005
- CODHES, (2004); Codhes informa, Boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, Bogotá, Numero 52.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), El Cairo.
- Consejería para la Equidad de la Mujer, Observatorio de Asuntos de Género, Familia y Derechos Humanos, Colombia, Boletín 2 Septiembre.
- Colombia Médica (1998). Universidad del Valle, Cali.
- DANE (2006); www.dane.gov.com. Población series y proyecciones. Colombia. Indicadores de dinámica demográfica, hechos vitales del período 1985-2015.
- DNP, Consejería para la Política Social (1996) Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005. Bogotá
- DNP, Banco Interamericano de Desarrollo BID y Universidad de los Andes (2004). Violencia en las Familias Colombianas. Costos Socioeconómicos. Causas y Efectos, Munera Editores, Colección Justicia y Seguridad, Santa fe de Bogotá.

- DNP (2005). 2019 Visión Colombia II Centenario. Propuesta para discusión. DNP, Bogotá.
- DNP (2005a) Hacia una Colombia equitativa e influyente. Informe de Colombia sobre los objetivos del milenio 2005, DNP, Bogotá.
- DNP (2005b). www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=611
- DNP (1995). El envejecimiento y vejez. Documento CONPES 2793. Republica de Colombia, Bogotá.
- DNP. (2002). Familias Colombianas: estrategias frente al riesgo. Sección 1.3: La organización de las familias y sus proyectos de bienestar. DNP-ICBF-Misión Social. Pp. 35-51.
- DNP, (2004) Objetivos del Milenio Meta 6.
- DHS (2005). Salud sexual y reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Profamilia, Bogotá.
- Echeverry, Gonzalo (1991). Contra Viento y Marea. 25 años de planificación familiar en Colombia, Profamilia, Santa fe de Bogotá.
- Echeverry, E (2002). La salud en Colombia, Abriendo el siglo y la brecha de las inequidades, Revista Gerencia y Políticas de Salud.
- Family Care, Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos, 1995, N Y, USA
- Family Care, Freire Ferraz, Elenice, La epidemiología de las cesáreas en América Latina, en Elu, M.C. y A. Langer (eds.) Cesáreas: Tendencias actuales y perspectivas. México DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos 1997 México,
- Flórez, C. y Nuñez, J (2002). Teenage childbearing in latin american countries, Documentos CEDE, Centro de Estudios sobre de Desarrollo Económico, Santa fe de Bogotá.
- Flórez, Carmen E (2004). La transformación de los hogares: una visión de largo plazo. Coyuntura Social No. 30, Junio. Fedesarrollo. Pp. 24-49.
- Flórez, Carmen E. y R. Méndez. (1994). Boletín de Estadísticas sobre hogar y familia en Colombia 1972-92. CEDE, Universidad de Los Andes.
- Flórez Carmen E., Tono T. y Nupia O. (2001). Tendencias en las inequidades en el acceso a los servicios de salud en la población colombiana 1990-200. Monografía. CEDE-Centro de Gestión Hospitalaria.
- FNUP (2005) ; Reproductive Health: A Measure of Equity, www.unfpa.org/swp/2005/english/ch4/index.htm
- Fundación Agenda Colombia, Ponencia Nelcy Paredes, Directora ACEMI, Foro VIH/ Sida y desarrollo. Bogotá.
- Gaitan, F. y Montenegro, M. (2000). Un análisis crítico de los estudios de Violencia en Colombia, Conferencia Internacional: "Crimen y violencia: Causas y Políticas de Prvención" Auspiciado por el Banco Mundial y la Universidad de los Andes, Bogotá. <http://lnweb18.worldbank.org/External/lac/lac.nsf/0/>

- [e0f204f13846627a85256887005daae1/\\$FILE/GaitanYMontenegro.pdf](#)
- Gamarra, Eduardo A. (2003). La Diáspora Colombiana en el Sur de la Florida. En: Colombia nos une: Memorias Seminario sobre Migración Internacional
- Gaviria, A (2000). Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas, Coyuntura Social, Santa fe de Bogotá.
- GinecoCES (2004).Factores de Riesgo asociados a MM en Medellín 2002-2003.
- Goldstein S. (---) Violencia contra la mujer, extendida globalmente Informe Hopkins
- Guzmán, J. et al (2000). Diagnostico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe, EAT, México.
- Henning, S. (2003). La transición de la Fecundidad en el mundo en La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- Ibáñez, A. y Vélez, C.E. (2003). 'Una mirada a la situación del migrante reciente', Fedesarrollo – Banco Mundial, Manuscrito.
- Ibáñez, A. y Moya, A. (2006); La población desplazada en Colombia: examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales, Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la Desigualdad (MERPD), DNP, Bogotá.
- Instituto Nacional de Cancerología (2005). Colombia, Incidencia y Mortalidad por Cáncer 1995-1999.
- ISS (1993) Encuesta sobre Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual, Sida, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer y accidentes.
- Kremer y Chen (2000). Income distribution dynamics with endogenous fertility. National Bureau of economic research. Working paper 7530.
- Langer, A; Nigenda, G. (2000). Instituto Nacional de Salud Pública de México, Banco Interamericano de Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, desafíos y oportunidades, México.
- Langer, A; Nigenda, G. y Catino, J. (2000). Boletín de la Organización Mundial de la Salud, recopilación de artículos, Reforma del Sector Sanitario y Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe: fortalecer vínculos.
- López, C. et al (2004). Costos de Implementar el plan de acción de salud sexual y reproductiva (PASSR) en Colombia, Fundación Agenda Colombia, International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region (IPPF/WHR), Bogotá.
- López, H. (2005). ¿Cuántos son los pobres en Colombia?; Misión para el Diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y desigualdad, Departamento Nacional de Planeación, Santa fe de Bogotá, http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=639

- Mayorga, C, (2004) Tendencia de la mortalidad y sus determinantes Revista Gerencia y Políticas de Salud, Diciembre
- Medina C., G. (1997). Adolescencia y Salud en México 1985-1997. Un Estado del Arte, Desarrollo Humano Adolescente –FLACSO sede México, http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est_Medina_AdolescenciaYSaludEnMexico parte2.htm
- Ministerio de Salud (1996). Acuerdo Número 00049 de 1996, Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de Salud (1996) Resolución 4288. Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de Salud (1996) Resolución 3997. Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de Salud, (1998) Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de Salud, (1999). Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II, Republica de Colombia, Bogotá
- Ministerio de Salud, (2000-1). Resolución 412. Republica de Colombia, Bogotá
- Ministerio de Salud (2002-2) Acuerdo 229 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, República de Colombia. Bogotá.
- Ministerio de Salud (2000-3) Resolución 3384. Republica de Colombia, Bogotá
- Ministerio de Salud (2002-1). Macroproyecto: protección de la Salud Pública en el ámbito nacional, Republica de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- Ministerio de Salud (2002-2). Programa Nacional de Salud 2002-2006, Republica de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- Ministerio de Protección Social (2003-1). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Republica de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2003-2). Evaluación de las acciones de protección específica y detección temprana Régimen Contributivo 2002; Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2003-3). Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social, (2004). OPS Situación de salud en Colombia, Indicadores Básicos, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004-1). Evaluación del 4.01% del Régimen Subsidiado; Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004-2). Circular Externa Numero 00018 de 2004; Republica de Colombia, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004-3). Acuerdo 282 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Republica de Colombia, Bogotá
- Ministerio de la Protección Social (2004-4). Plan de Choque para la reducción de la mortalidad materna, Republica de Colombia, Bogotá
- Ministerio de la Protección Social, (2005-1) Lineamientos técnicos para el fortalecimiento de la gestión en entidades territoriales, EPS, ARS en la

- prevención de los problemas nutricionales de la población.
Ministerio de la Protección Social, (2005-2) Informe Preliminar UNGASS,
Mora, M. et al (1995). Aborto. Factores involucrados y consecuencias, Fundación Moriah, Oriéntame, Santa fe de Bogotá.
- Moreno Mary (2004). Barreras de Acceso a los Programas de Planificación Familiar para las Mujeres Afiliadas al Régimen subsidiado en el Municipio de Cali- Valle Colombia en Reformas del Sector Salud y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. Experiencia de Vinreplac, Fundación Mexicana para la Salud, A.C., México. <http://www.funsalud.org.mx/Sites/funsalud-site/htdocs-funsalud/inicio/apoyoacademico/casesalud/ReformasSectorSalud.pdf>
- Núñez Rivas, Hilda; Rojas Chavarría, Ana. (1999). Prevención y atención del embarazo en el adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Rev Costarric Salud Pública; 8(14):9-19., <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/22/Prevencion.htm>
- Núñez, J y Espinosa, S. (2004). Asistencia social en Colombia. Diagnostico y propuestas. Mimeo, IADB.
- Núñez & Ramírez (2002) Determinantes de la pobreza en Colombia: años recientes. CEPAL. Documento de Trabajo. Bogotá.
- OATL (2005). Apartes del informe preparado por la Oficina de Asistencia Técnica Legislativa- OATL, sobre el análisis y los cambios que se han efectuado en los últimos 10 años en materia de salud en los regimenes contributivos, subsidiados y riesgos profesionales, sus efectos en materia de cobertura, calidad de los servicios y nivel de las prestaciones otorgadas a los beneficiarios. http://abc.senado.gov.co/prontus_senado/site/artic/20050716/asocfile/017_SISTEMA_DE_SEGURIDAD_SOCIAL_EN_SALUD_Y_SRP.pdf
- Ordóñez, Myriam y Murad, Rocío (2002). Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil. Estudio a profundidad de la ENDE -2000, Profamilia - Fondo de Población de Naciones Unidas, Santa fe de Bogotá.
- OPS (2002); La salud de las Américas, PAHO, edición 2002, Vo. 1, [www.paho.org/Spanish, DD/PUB/SAP28.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAP28.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2001). Villar, J., Piaggio, G., et al. Antenatal Care Trial Group, Systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet, Oxford.
- Pantelides, E. (2003). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- Paredes N. (2004) Prestación de atención integral a las personas que viven con VIH/Sida. Una visión desde las EPS en VIH/Sida y desarrollo Fundación Agenda Colombia.

- Pavajeau, J (1999); Las migraciones forzadas de población, por la violencia, en Colombia: una historia de éxodos, miedo, terror, y pobreza en Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, Nº 45 (33), http://www.ub.es/geocrit/sn-45-33.htm#N_1
- Pereira, R. (2003). Bolivia: programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad en La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- Perpétuo, I. y Rodríguez, L. (2003). Programas y políticas que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil en La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- PNUD-DNP-ACCI-PNDH (2003) Diez años de desarrollo humano en Colombia.
- Population Referente Burerau (2004), La prevención del cáncer cervical a nivel mundial.
- Prada, E (2001). Mortalidad Materna en Colombia. Evolución y Estado Actual, 2001; Family Care Internacional – FCI, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, Santa fe de Bogotá.
- PROFAMILIA (1990). Memorias PROFAMILIA JOVEN.
- PROFAMILIA, <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR114/01Cap%C3%ADtulo01.pdf>
- PROFAMILIA (2001). Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas, Situación de las Mujeres desplazadas, Santa Fe de Bogotá.
- PROFAMILIA (2000). Salud sexual y reproductiva, Encuesta de Demografía y Salud, Bogotá.
- PROFAMILIA (2005). Salud sexual y reproductiva, Encuesta de Demografía y Salud, Bogotá.
- Ranse, S. (1994). "No me vas a pensar esas cosas": Actitudes y prácticas que inciden en el embarazo deseado y el aborto inseguro en Bolivia en Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa fe de Bogotá.
- Realpe, C. (2000). Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. Manizales. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No3/EPS.htm>
- Redondo, G. Seguridad social: régimen subsidiado. Medicus abc - Legislación médica. http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/373/pagina/3/seguridad_social_regimen.html
- República de Nicaragua, Dirección Primer Nivel de Atención (2003). Estrategias y lineamientos Básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia, Ministerio de Salud, [http://www.bvs.org.ni/adolec/doc/Estrategias de prevención del embarazo.PDF](http://www.bvs.org.ni/adolec/doc/Estrategias_de_prevencci3n_del_embarazo.PDF)

- Rodríguez Vignoli, J. (2005). La Reproducción en la Adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política, Naciones Unidas, CEPAL – Revista de la CEPAL 86-Agosto, Santiago de Chile.
- Rodríguez Vignoli, J. (2003). La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo de transición en La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- Rosero – Bixby, L. (2003). La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina: la fecundidad de reemplazo y más allá en La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias, Chile.
- Rubiano N, y Waternberg (1991), Hogares y redes familiares en centros urbanos. Ponencia al Congreso de Trabajo Social.
- Ruiz M., Cabré A., Castro T., Solsona M. (2005) «Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r) evolución» Colección de Estudios ambientales y Socio-económicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid.
- Ruiz M, (2005) La mortalidad materna en Colombia, 1998-2001: ¿cuánto ha mejorado su estimación? En Población, pobreza y desarrollo. Memorias del día mundial de la población 2004 U. Externado de Colombia-Fondo de Población de las Naciones Unidas-Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Pags. 133-157.
- Ruiz M., Bodnar Y. (2006) Análisis de la fecundidad y la mortalidad infantil por etnia y región en los pueblos indígenas de Colombia, según el censo de 1993. Universidad Externado de Colombia (en prensa).
- Salas, L. (2005) Transmisión Intergeneracional de la Violencia Intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas, Santa Fe de Bogotá, Agosto.
- Serrano E. (2003). Economía de la familia: modelos de comportamiento intrafamiliar y asignación de recursos. Tesis Doctoral Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Economía.
- Schkolnik, S. (2003). La Fecundidad en América Latina en La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- Simmos G. (1985). Research on the determinants of fertility. In: Farrooq and Simmons (Eds) Fertility in Developing Countries. Macmillan series
- Singh, S. y Wulf, D. (1990). Adolescentes de hoy, padres de mañana, The Alan Guttmacher Institute, New York.
- The Alan Guttmacher Institute (1994). Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana, The Alan Guttmacher Institute, New York.
- Tono, T. et al (2002). El impacto de la reforma en los servicios de salud pública. El caso de la salud sexual y reproductiva, Fundación Corona, Bogotá. www.fundacioncorona.org.co/descargas/PDF_publicaciones/Salud/Salud_Doc7.pdf

- UNDPa, (2003); El conflicto, callejón con salida: Informe Nacional de Desarrollo Humano, UNDP, Bogotá.
- UNDPb, (2003); 10 años de desarrollo humano en Colombia, UNDP, Bogotá.
- UNDP (2003). 10 años de desarrollo humano, Programa de Naciones Unidas, Bogotá.
- Universidad de Antioquia. Investigación y educación en Enfermería, Vol. XIV, No. 2 septiembre 1996, <http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/consejer.html>
- Urrea, F. et al (2003); "Sociabilidades y sexualidad entre jóvenes de sectores populares de Cali", Manuscrito. Universidad del Valle, Cali.
- Varela, C. (2003). El reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal en La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile
- Vargas, E. y Barrera, F. (2003). Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: algunos factores explicativos, Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales - CESO, Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de los Andes, Documento No. 56, Santa fe de Bogotá
- Vargas, E. et al (2004). Influencia de los programas de televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes, Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales - CESO, Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de los Andes, Documento No. 82, Santa fe de Bogotá.
- Vargas, E. (2005). Educación sexual y reproductiva en el ámbito escolar. Conferencia dirigida a rectores y orientadores de colegios públicos y privados, Octubre 4, Universidad de Los Andes.
- Vargas, E. (2005 a). Sexualidad... mucho más que sexo. Bogotá: Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes.
- Vasquez, L (1994). Un informe psico-socio demográfico del aborto en Cuba en Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa fe de Bogotá.
- Vignoli, J (2000); Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un macro de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Serie Población y Desarrollo, CELADE-UNFPA, Chile, No. 17
- Wartenberg, L Zamudio, L. y Rubiano, N. (1994). El Aborto Inducido en Colombia: condiciones demográficas y socioculturales. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogota, D.C.
- Wartenberg, Lucy. (1999). Vulnerabilidad y jefatura en los hogares urbanos colombianos. En: Gonzalez de la Rocha M. comp. Divergencias del modelo tradicional: Hogares de jefatura femenina en América Latina, CIESAS, Plaza y Valdés, México.
- Zamudio, L. y Rubiano, N. (1991). Las separaciones conyugales en Colombia; Universidad Externado de Colombia, Santa fe de Bogotá.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS – SECCIÓN 2

- ARILHA Margareth, FRANCO Silvia, CHILD Raquel, 2004. Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos, Versión preliminar. UNFPA/EAT-LAC Equipo de Salud Sexual y Reproductiva.
- BAYONA Manuel. , 2000. Criterios para tener en cuenta en políticas de población en zonas de conflicto.
- BECKER Gary 1994. Treatise on the Family, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, Reedición.
- BUSSO Gustavo, 2003. Vulnerabilidad social y sociodemográfica. Departamento. de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Río Cuarto; República Argentina, Instituto de Desarrollo Regional (FCE-UNRC).
- 2003. Vulnerabilidad sociodemográfica en Nicaragua.
- CELADE-BID, 2004. Impacto de las tendencias demográficas en los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas
- BAY Guiomar, Del Popolo, Fabiana y Ferrando, Delicia. 2003. Determinantes próximos de la fecundidad. Aplicación a países latinoamericanos. CELADE.
- CEPAL Población, Equidad y Transformación Productiva, 1992, Santiago de Chile
- CEPAL, CELADE, 1993. Población, equidad y transformación productiva. Santiago de Chile.
- CEPAL, 2002. Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas.
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD), 2006. Dinámica social y económica Bogotá – Región Centro, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- CODHES (Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento), 2003. La otra guerra: destierro y desplazamiento forzado, conflicto armado y derechos humanos en Colombia, Bogotá. Boletín Número 44, 28 de abril.
- DANE, PNUD, UNICEF, 1989. La Pobreza en Colombia, Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2005. Visión Colombia Segundo Centenario, Bogotá.
- FERRER Yadira, 2000. Colombia: cambio poblacional demanda nuevas políticas sociales.
- FRESNEDA Oscar, GONZÁLEZ Jorge Iván, CÁRDENAS Miguel Eduardo y

- SARMIENTO Libardo, 1997. Reducción de la pobreza en Colombia: el impacto de las políticas públicas. PNUD, Proyecto Regional de Mitigación de a pobreza RLA/92/009, Quito.
- FLOREZ Carmen Elisa, ECHEVERRI Rafael y MÉNDEZ Regina, 1987. "Caracterización de la transición demográfica en Colombia", en Ocampo y Ramírez (editores).
- GARAY Luis Jorge (Coordinador general), 2002. Repensar a Colombia. Hacia um nuevo contrato social. ACCI, PNUD, Bogotá.
- GÓMEZ BUENDÍA, Hernando (compilación y análisis), 1999. ¿Para dónde va Colombia?. Tercer Mundo, Colciencias, Bogotá.
- GONZÁLEZ Gustavo, 2000.. América Latina: Brecha de género posterga el desarrollo.
- HAKKERT Ralph, s.f. Fecundidad deseada y no deseada en América Latina, Working Papers Series CST/ LAC, NO. 22.
- HUENCHUAN, Sandra, 2000.. Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género.
- IBÁÑEZ Ana María y MOYA Andrés, 2005. La población desplazada en Colombia: Examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. Universidad de los Andes. Trabajo preparado para la Misión de Pobreza del DNP.
- JUÁREZ Eduardo (consultor) y HAKKERT Ralph (supervisor), 2004. Contribución de la agenda del Fondo de Población de las Naciones Unidas al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (borrador). UNFPA. Working Papers, CST/ LAC.
- MARTINE George y HAKKERT, Ralph, 2000. Pasado y futuro de las políticas de población en América latina y el Caribe, UNFPA.
- MARTINE George, HAKKERT, Ralph y GUZMÁN, José Miguel, 2002. Population and Development Strategies: Responding to new Challenges (Draft for Discussion). UNFPA, Working Papers Series CST/ LAC NO. 3.
- MARTÍNEZ Ciro y Rincón Manuel, 1997. "Tendencias recientes de las migraciones internas en Colombia". En Desarrollo urbano en cifras N° 2, pp. 230-261, Abril, Cenac, Ministerio de Desarrollo Económico, Bogotá.
- MARTÍNEZ Pizarro Jorge, 1992. Interrelaciones entre pobreza y dinámica demográfica. Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, LC/DEM/R.173 Serie A-268, Santiago de Chile.
- MIRÓ Pablo, 2005. La familia como institución económica..
- MONTENEGRO, Armando y RIVAS Rafael, 2005. Las piezas del rompecabezas. Desigualdad, pobreza y crecimiento. Taurus, Bogotá.
- MURAD Rocío, 2003. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia. CELADE, Serie Población y Desarrollo No. 48. Santiago de Chile.
- NÁJERA Natalia, 1997. Determinantes de la fecundidad de las mujeres pobres, CONAPO, México D.F.
- NUÑEZ, Jairo, 2005. Demografía, Pobreza y Equidad, presentación efectuada en el

- evento de celebración del día mundial de la población. Bogotá.
Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas
(2002) Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction
Strategies. En: <http://www.unhcr.ch/development/povertyfinal.html>.
- PÉREZ Francisco José, 2003. Evidencia reciente del comportamiento de la
migración interna en Colombia a partir de la Encuesta Continua de Hogares,
DANE, policopiado.
- PERRY Guillermo et al, 2006. Poverty Reduction and Growth: Virtuous and Vicious
Circles , Banco Mundial, Latin American and Caribbean studies, Washington.
- PROFAMILIA2001. Encuesta Nacional en Poblaciones Marginadas, Bogotá.
- Red de Solidaridad Social, s.f. Sistema Único de Registro de población desplazada
por la violencia en Colombia. Datos publicados en página Web: www.red.gov.co.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI Jorge, 2000. Vulnerabilidad demográfica: una faceta de
las desventajas sociales, CEPAL-CELADE, Serie Población y Desarrollo No. 5,
Santiago de Chile.
- RODRÍGUEZ Jorge y VILLA Miguel. Vulnerabilidad socio-demográfica en América
Latina, 2002.
- RUIZ Magda, FLOREZ Carmen Elisa, BOADA, Claudia y SOTO, Victoria, 2006. Análisis
de situación para la formulación del programa de cooperación del UNFPA con
el país para el período 2008-2012. Informe Final. UNFPA, Bogotá.
- SARMIENTO, Alfredo, GONZALEZ Jorge Ivan, ALONSO Carlos Eduardo, ANGULO
Roberto y ESPINOSA Francisco, 2005. Crecimiento pro-poor en Colombia: 1996-
2004. DNP, Archivos de Economía No. 283.
- SEN Amartya. Desarrollo y Libertad. 2000
--- "Pas de bonne économie sans démocratie", en Le Monde, 28 octubre de 1998.
- STERN Claudio, 2002. Pobreza, vulnerabilidad social y embarazo adolescente en
México.
- UNFPA, 1997. Informe de Misión. Revisión de Programa y Propuesta de Estrategias
para el ciclo programático 1998-2002. Bogotá, policopiado. Misión dirigida por
George Martin.
- UNFPA. El estado de la población mundial 2000.
----2002. Posibles líneas de trabajo en aspectos socioeconómicos relacionados
con las variables de población. Informe Final. Elaborado por Héctor Maldonado
Gómez y otros)
----2004a. El estado de la población mundial.
----2004b.. Trabajar en salud sexual y reproductiva en contextos de
desplazamiento internos es una condición para restablecer derechos. Una
experiencia en Colombia.
----2004c. Garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva como medio de
inclusión ciudadana.

- 2004c. El enfoque de derechos humanos sexuales y reproductivos, una necesidad en el trabajo de atención humanitaria con la PDV. (2004)
- 2005. El estado de la población mundial 2005.
UNFPA, Colombia, s.f. Trabajar en salud sexual y reproductiva en contextos de desplazamiento internos es una condición para restablecer derechos. Una experiencia en Colombia, policopiado, Bogotá.
- URDINOLA Piedad, 2004. The Hidden Cost of Violence: Infant Mortality in Colombia, ULAP.