

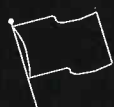
# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA



Encuesta Nacional de  
Demografía y Salud

2000

Resumen



PROFAMILIA

ENCUESTA NACIONAL  
DE DEMOGRAFÍA Y SALUD  
2000

# Colombia

## Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000

INFORME RESUMIDO

# ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 2000 INFORME RESUMIDO

<b>Antecedentes</b> .....	<b>3</b>
<b>Características de la Población y los Hogares</b> .....	<b>4</b>
Características de la Población .....	4
Características de las Viviendas y los Hogares .....	5
<b>Características de las Mujeres en Edad Fértil</b> .....	<b>6</b>
<b>Fecundidad</b> .....	<b>7</b>
Niveles y Tendencias .....	7
Diferenciales .....	7
Intervalos entre Nacimientos .....	8
Edad de las Mujeres al Primer Nacimiento .....	8
Fecundidad de las Adolescentes .....	8
<b>Planificación Familiar</b> .....	<b>9</b>
Conocimiento de Métodos .....	9
Uso de Métodos .....	9
<b>Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo</b> .....	<b>11</b>
Estado Conyugal .....	11
Edad a la Primera Unión .....	11
Edad a la Primera Relación Sexual .....	12
Actividad Sexual Previa y Reciente .....	12
Infertilidad Postparto .....	12
<b>Preferencias de Fecundidad y Demanda de Planificación Familiar</b> .....	<b>13</b>
Preferencias de Fecundidad .....	13
Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar .....	13
Ideal de Hijos .....	14
Planificación de la Fecundidad .....	14
<b>Mortalidad Infantil</b> .....	<b>15</b>
Niveles y Tendencias .....	15
Diferenciales .....	16
<b>Salud Materno-Infantil</b> .....	<b>17</b>
Cuidado Prenatal .....	17
Lugar y Ocurrencia del Parto .....	18
Peso y Talla al Nacimiento .....	18
Vacunación de los Niños .....	19
Enfermedades de los Niños .....	19
Cuidado Postnatal de la Madre .....	19
<b>Lactancia y Nutrición</b> .....	<b>20</b>
Lactancia Materna .....	20
Alimentación .....	20
Estado Nutricional de Madres de Niños Menores de 5 Años .....	21
Estado Nutricional de Niños Menores de 5 Años .....	21
<b>Conocimientos de SIDA y ETS</b> .....	<b>22</b>
<b>Violencia contra las Mujeres y los Niños</b> .....	<b>23</b>
Violencia Verbal .....	24
Violencia Física .....	24
Maltrato a los Niños .....	25
<b>Afiliación al Sistema Nacional de Salud</b> .....	<b>26</b>
<b>Salud Visual</b> .....	<b>28</b>
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b> .....	<b>30</b>
<b>Datos Básicos</b> .....	<b>31</b>
<b>Algunas Variables Demográficas</b> .....	<b>32</b>

---

**Créditos**

*Texto:* Gabriel Ojeda y Myriam Ordóñez  
*Revisión:* Ana Vega  
*Gráficos:* Marcela Sánchez  
*Fotos:* PROFAMILIA

En este informe se presenta un resumen de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 (**ENDS 2000**), desarrollada por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA). Este estudio se realizó gracias a la colaboración financiera de: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Ministerio de Salud Pública, Fundación Corona, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y PROFAMILIA.

Esta encuesta forma parte de la cuarta ronda del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud DHS (ahora conocido como *Measure/DHS+*) coordinado por Macro International Inc. bajo convenio con USAID.

La gerencia de Evaluación e Investigación de PROFAMILIA dedica este estudio al Dr. Fernando Tamayo Ogliastri, fundador y presidente de la institución por 34 años.

---

Información adicional sobre la **ENDS 2000** se puede obtener de PROFAMILIA, Calle 34 No. 14-52, Santa Fé de Bogotá, Colombia (Teléfono 3390900/3402825, Fax 2875530, e-mail [evaluacion&investigacion@profamilia.org.co](mailto:evaluacion&investigacion@profamilia.org.co)).

## Antecedentes

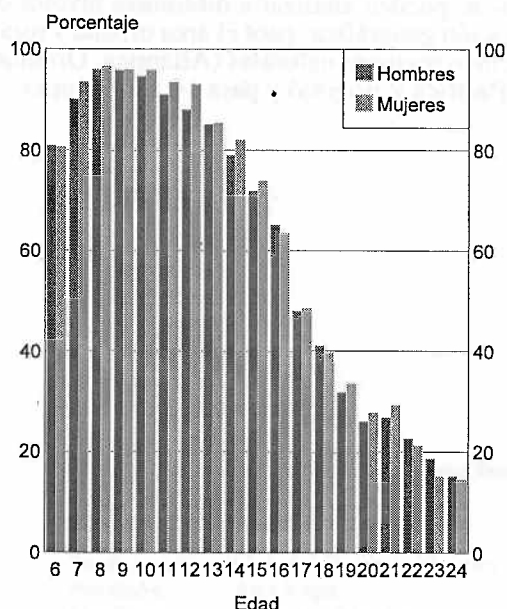
PROFAMILIA desarrolló la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 (**ENDS 2000**), dentro del marco de la cuarta ronda del Programa Mundial de Encuestas DHS (ahora conocido como Measure/DHS+) coordinado por Macro Internacional Inc. bajo convenio con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), con el fin de proporcionar, a quienes diseñan y administran programas de salud y planificación familiar y otro tipo de programas de carácter social, información actualizada para el país, sus regiones y subregiones sobre los niveles actuales de fecundidad y mortalidad infantil, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y fuentes de obtención de los métodos, salud materno-infantil, nutrición, SIDA, violencia doméstica, seguridad social y agudeza visual. La información obtenida en la **ENDS 2000** puede compararse con la proveniente de otras fuentes como las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de 1986, 1990 y 1995, para examinar tendencias en la mayoría de las variables que se estudian.

La muestra utilizada fue una submuestra de la muestra maestra de la población colombiana desarrollada por PROFAMILIA, es probabilística, multi-etápica, estratificada y por conglomerados de la población civil, no institucional y con fracciones de muestreo variables. La **ENDS 2000** está básicamente constituida por dos encuestas: una encuesta de *hogares* y una *encuesta individual* para recolectar información sobre las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años, además se efectuó examen de agudeza visual a niños entre 6 y 12 años escolarizados y no escolarizados y a personas mayores de 50 años.

Se completaron en total 10.907 entrevistas de hogares y 11.585 individuales a mujeres en edad fértil, se pesaron y tallaron 4.561 niños; se les practicó examen de agudeza visual a 6.340 niños y a 6.208 adultos mayores de 50 años. El trabajo de campo tuvo lugar entre el 28 de febrero y el 10 de junio del 2000. Los resultados se pueden analizar a diferentes niveles de desagregación geográfica: para el área urbana y rural, para las cinco regiones naturales (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá) y para 14 subregiones.



Gráfico 1  
Tasa de asistencia escolar  
por edad y sexo



## Características de la Población y de los Hogares

### Características de la Población

El 72 por ciento de los hogares tienen jefes hombres. Con relación a 1995, sigue aumentando la jefatura femenina, la cual estaba en 24 por ciento y sigue disminuyendo el tamaño promedio de los hogares de 4.4 a 4.2 personas. Continúa disminuyendo la proporción de menores de 15 años y aumentando la población adulta y vieja.

Como consecuencia del incremento de las separaciones maritales, ahora hay menos niños menores de 15 años viviendo con sus dos padres biológicos, en tanto que aumentan los que viven con uno solo de ellos.

El nivel educativo de la población sigue en aumento: el analfabetismo disminuye, en tanto que aumentan las proporciones de personas con secundaria y universitaria. Hay un pequeño aumento en los años de escolaridad: para los hombres está en 4.7 años y para las mujeres en 4.8.

La asistencia escolar de la población de 7-11 años es de 95 por ciento y la de 12-17 años 74 por ciento. La tasa neta de asistencia a la escuela primaria (TNP) o porcentaje de niños de 7-11 años que cursan la primaria, es de 84 por ciento para ambos sexos.

La tasa neta de asistencia a la secundaria (TNS) o porcentaje de niños de 12-17 años que cursan la secundaria, es de 61 por ciento.

Las mayores tasas de repitencia se observan en el grado 1º, al comenzar la primaria (21 por ciento) y en el grado 6º, al comenzar la secundaria (8 por ciento). Las mayores tasas de deserción se observan en el grado 5º (13 por ciento), con el que termina la educación primaria (13 por ciento), y en el grado 11 (69 por ciento), donde termina la secundaria (69 por ciento). La repitencia y la deserción son muy altas en las zonas rurales.

---

*El 70 por ciento de los menores de 3 años viven con los padres, mientras que para el grupo de 10-14 años esta proporción baja al 56 por ciento.*

---

### Características de las Viviendas y los Hogares

La disponibilidad de servicios básicos es, en general, mejor que en 1995. Los cambios más importantes se dan en el servicio de electricidad, en donde el 95 por ciento de los hogares tiene luz eléctrica, 78 por ciento de los hogares está conectado al acueducto, destacándose el aumento en las zonas rurales; sin embargo, la brecha todavía es muy grande entre la zona rural y la zona urbana en disponibilidad de agua potable. En cuanto se refiere al servicio de alcantarillado, los aumentos con relación a 1995 han sido mínimos y la zona rural sigue muy rezagada.

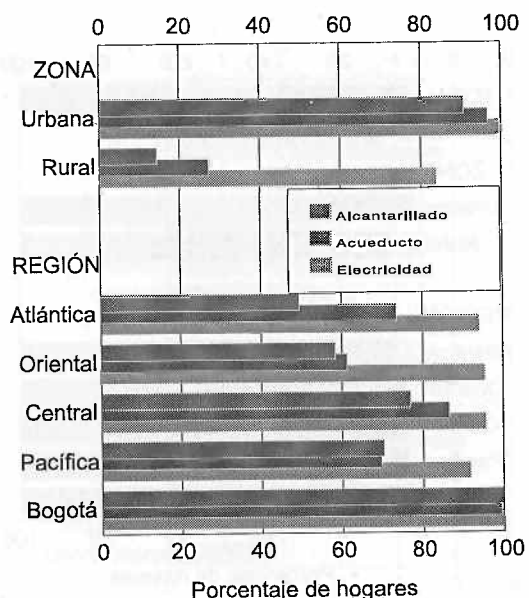
Con relación a posesión de bienes de consumo durable se observa un aumento de los hogares con nevera, televisión y teléfono, especialmente en las zonas rurales, en tanto que la proporción de hogares con radio no ha variado.

---

*El 91 por ciento de los hogares urbanos cuenta con servicio de alcantarillado, en contraste con apenas el 14 por ciento en la zona rural*

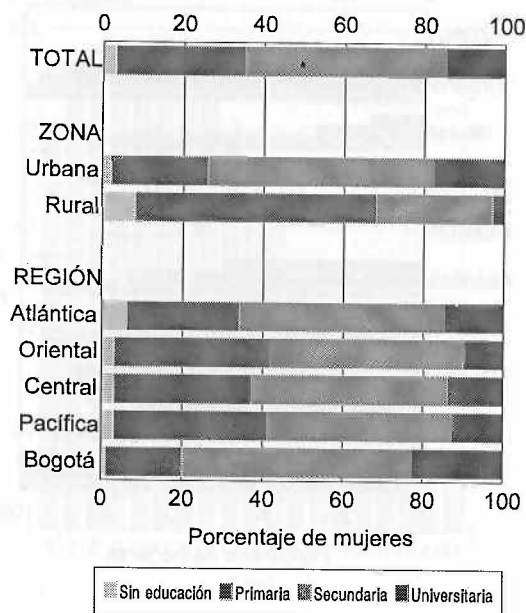
---

Gráfico 2  
Proporción de Hogares con Conexión a Servicios Básicos por Lugar de Residencia



## 6 Características de las Mujeres en Edad Fértil

Gráfico 3  
Nivel de Educación de las Mujeres en  
Edad Fértil por Lugar de Residencia



### Características de las Mujeres en Edad Fértil

La distribución por edad de las mujeres en edad fértil es similar a la de 1995; solamente se observa menor proporción de mujeres entre los 25 y 34 años de edad (al pasar de 31 a 29 por ciento) y mayor para las mujeres de 35 años y más (de 32 a 34 por ciento). La proporción de mujeres con residencia urbana pasa de 75 a 77 por ciento.

Con relación a 1995, se observa una disminución de la proporción de mujeres casadas (30 a 25 por ciento) y un aumento relativo de las solteras, unidas, separadas y viudas. La proporción de mujeres en unión libre supera a la de casadas entre las menores de 35 años.

El promedio de años de educación de las mujeres en edad fértil es igual al de 1995: 7.6 años; el analfabetismo disminuye de 3.8 a 3.3 por ciento, las proporciones de mujeres con educación secundaria aumentan un poco y las de educación superior pasan de 11 a 15 por ciento. Las mayores ganancias en educación se observan para las mujeres de 20-24 años, de las regiones Atlántica y Central.

De las mujeres de 15-24 años el 40 por ciento asiste a la escuela, proporción similar a la de 1995. En el quinquenio 1995-2000 se observa una disminución de quienes abandonaron los estudios porque no querían seguir estudiando, en tanto que aumentan las que los dejaron por razones económicas.

Más de la mitad (52 por ciento) de las mujeres de la zona urbana y 38 por ciento de las de la zona rural están trabajando. Para la zona urbana no se observan cambios entre 1995 y 2000, pero en la rural las mujeres que trabajan disminuyen de 41 a 38 por ciento. El 40 por ciento de las mujeres no trabajó durante los 12 meses anteriores a la encuesta y 11 por ciento trabajó algunos meses, pero ya no lo hace.

Las que trabajan fuera del hogar aumentan de 60 a 69 por ciento y las que trabajan por su cuenta o para la familia de 5 a 8 por ciento; en cambio disminuyen quienes trabajan en el hogar de 29 a 23 por ciento.

Más de la mitad de quienes trabajan lo hace en ventas o servicios (55 por ciento), alrededor de una cuarta parte en administración o cargos profesionales (23 por ciento) y 14 por ciento como obreras, sean o no calificadas.

Una quinta parte (21 por ciento) de las mujeres que trabajan aporta todo su salario para los gastos del hogar, 39 por ciento gasta la mitad o más, 18 por ciento aporta menos de la mitad y 23 por ciento da un poco menos o casi nada. Quienes deben aportar todo su salario a los gastos del hogar son, principalmente, mujeres mayores de 35 años, sin unión actual y con menos de educación secundaria.



## Fecundidad

### Niveles y Tendencias

La Tasa Total (Global) de Fecundidad es de 2.6 hijos por mujer, la Tasa Bruta de Natalidad de 23 nacimientos por mil habitantes y la Tasa General de Fecundidad de 91 nacimientos por mil mujeres en edad fértil. Para las cabeceras municipales la tasa total es de 2.3 y para la zona rural de 3.8 hijos por mujer. El tamaño completo de la familia, o promedio de hijos nacidos vivos a las mujeres de 45-49 años, es de 3.7 para todas las mujeres y de 4.1 para las mujeres en unión.

Después de una década de fecundidad relativamente constante, de nuevo se observa un descenso importante de la Tasa Total de Fecundidad. Para el período 1984-1986 estaba en 3.2 y en 1993-1995 era de 3.0, aproximadamente (2.97). En la zona urbana desde 1985 la tasa baja de 2.7 a 2.3 y en la rural de 4.5 a 3.8 hijos por mujer. La Región Atlántica presenta la mayor disminución (un hijo), al pasar de 3.7 a 2.7 hijos.

### Diferenciales

En las regiones, la distancia entre las tasas mayor y menor se ha reducido a menos de un hijo: la Oriental, con la tasa más alta, tiene 2.8 hijos, en tanto que Bogotá, con la más baja, tiene 2.4 hijos.

Cali y Medellín están por debajo del nivel de remplazo, las dos ciudades con tasas de 1.8 hijos y el Valle del Cauca con 2.0 hijos por mujer. Bogotá tiene una Tasa Total de Fecundidad de 2.4, el Litoral Pacífico 3.4.

Por nivel educativo todavía hay un diferencial de 2.5 hijos entre las mujeres sin educación y las de educación superior y de 1.2 hijos entre quienes tienen primaria y quienes tienen estudios secundarios.

---

*La tasa total de fecundidad para el país se estima en 2.6 hijos por mujer.*

---

Gráfico4

Tasa Total de Fecundidad y Paridez por Lugar de Residencia y Educación

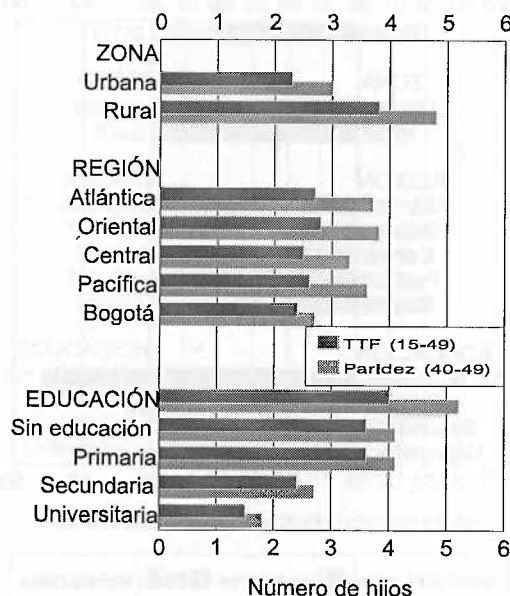
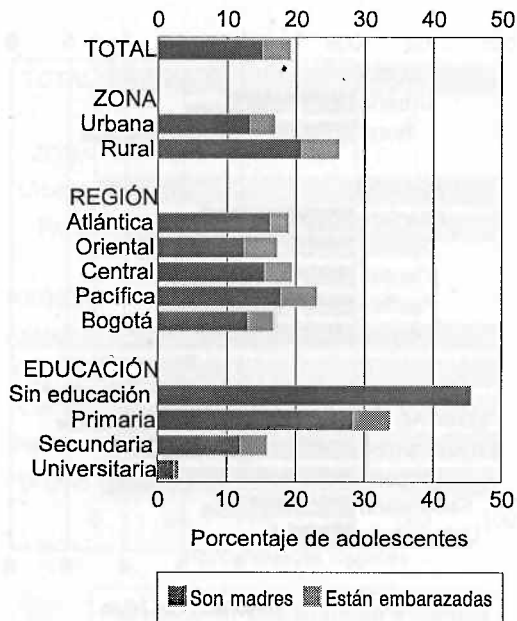


Gráfico 5  
Adolescentes que Son Madres o que están Embarazadas por Primera Vez por Lugar de Residencia y Educación



### Intervalos entre Nacimientos

El intervalo promedio entre nacimientos es de 37 meses, mayor que el obtenido en 1995 que fue de 34 meses. El intervalo en la zona urbana es de 40 meses, frente a 33 meses de la zona rural. Bogotá presenta el intervalo mayor con 41 meses y la Región Atlántica el menor con 34 meses. Para las mujeres con educación universitaria el intervalo es de 46 meses y entre las mujeres sin educación es de 34 meses.

### Edad de las Mujeres al Primer Nacimiento

La mediana de la edad al primer nacimiento, para las mujeres de 25-49 años, es de 22.1 años, igual a la obtenida en 1995. En Medellín el primer nacimiento ocurre, en promedio, a los 24 años, mientras que en el Litoral Pacífico y en Guajira-Cesar-Magdalena ocurre a los 20 años.

### Fecundidad de las Adolescentes

Desde 1985 se ha venido observando un incremento de la fecundidad de las mujeres de 15-19 años, en las zonas urbana y rural y en todas las regiones del país. Es especialmente notable el incremento en la región Oriental y en Bogotá.

Se observa que el 15 por ciento de las adolescentes han sido madres y 4 por ciento están embarazadas de su primer hijo, para un total de 19 por ciento que han estado embarazadas. Las respectivas proporciones para 1990 y 1995 eran 13.4 y 17 por ciento, respectivamente.

Las adolescentes que han tenido partos aumentan desde 3 por ciento a los 15 años hasta 32 por ciento a los 19 años de edad. Con relación a 1995, aumentan para las mujeres entre los 16 y los 18 años de edad.

La fecundidad adolescente es mayor en la zona rural y disminuye con el nivel educativo. La menor fecundidad adolescente se encuentra en la Región Oriental y en Bogotá y, la mayor en el Litoral Pacífico.

---

*Mientras las mujeres sin educación tienen un intervalo entre nacimientos de 34 meses, las mujeres con educación universitaria presentan intervalos de 46 meses.*

---

## Planificación Familiar

### Conocimientos de Métodos

En Colombia, la totalidad de las mujeres en edad fértil, sin importar su estado civil conoce por lo menos un método anticonceptivo, lo que indica que todas ellas están conscientes de que la fecundidad puede regularse y existe un conocimiento universal, por lo menos básico o elemental, con relación a la planificación familiar

### Uso de Métodos

El 76 por ciento de todas las mujeres en edad fértil y casi la totalidad de las que están actualmente unidas o casadas (95 por ciento) han usado alguna vez un método anticonceptivo. La experiencia en el uso alguna vez de métodos es más baja entre las mujeres de 15-19 años de edad y aumenta con la edad hasta los 40 años cuando desciende levemente.

Existen algunas diferencias entre las mujeres en unión y las que no lo están pero que son sexualmente activas, con relación a los métodos utilizados alguna vez. En las primeras la píldora, el condón, el DIU y el ritmo son en su orden los más usados, mientras que en las segundas este orden corresponde al condón, el retiro, la píldora, el ritmo y la inyección.

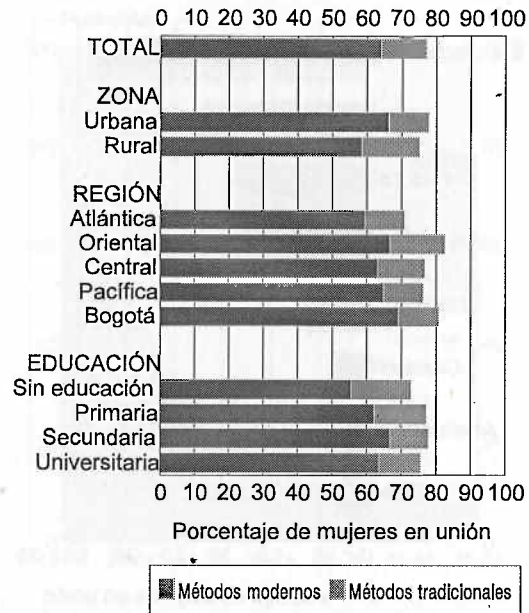
En Colombia, el uso actual de los métodos anticonceptivos se está generalizando cada vez más: el 77 por ciento de las mujeres en unión están actualmente usando un método de planificación familiar. El nivel de uso asciende al 84 por ciento entre las mujeres que no están en unión pero que son sexualmente activas. Estos resultados colocan al país, junto con Brasil, a la cabeza en América Latina en el uso de métodos anticonceptivos.

Entre las mujeres en unión, la esterilización femenina se consolida como el método de mayor uso (27 por ciento), seguida del DIU y la píldora (12 por ciento cada uno). Es importante anotar que el condón y la inyección presentaron incrementos importantes, en este grupo, entre 1995 y 2000. El uso de métodos tradicionales o naturales permanece constante.

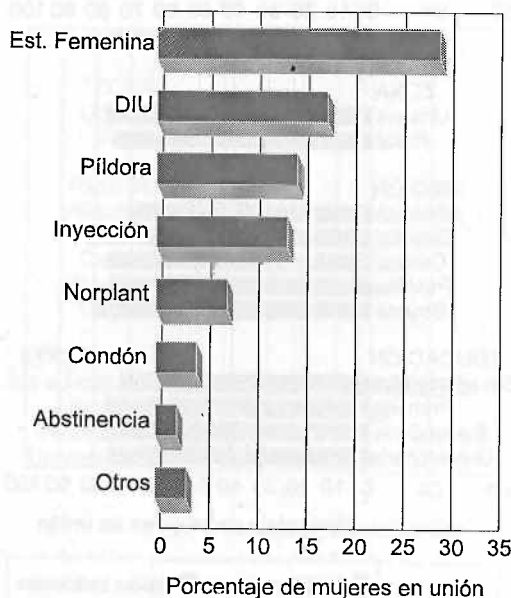
Entre las mujeres no unidas pero que son activas sexualmente, el método más usado es el condón, seguido de la píldora, el retiro, la esterilización femenina, el DIU y el ritmo.

*El 77 por ciento de las mujeres en unión usan actualmente un método anticonceptivo.*

Gráfico 6  
Uso de Métodos entre Mujeres en Unión  
por Lugar de Residencia y Educación



**Gráfico 7**  
Método Preferido para Uso Futuro  
entre Mujeres que No Usan Actualmente



En el año 2000, existe en Colombia una diferencia de solamente tres puntos porcentuales entre la zona rural y la zona urbana en el uso de métodos de planificación familiar (75 y 78 por ciento respectivamente)

Por regiones, la que tiene el uso de métodos anticonceptivos más alta es la Oriental (83 por ciento), seguida de Bogotá (81 por ciento). La Región Atlántica sigue con la tasa de uso más baja (71 por ciento) aunque en los últimos 10 años, el uso se ha incrementado en más de 17 puntos porcentuales.

La planificación familiar ha dejado de ser una característica de las mujeres de los estratos socioeconómicos altos, las mujeres sin ninguna educación tienen una tasa de uso del 73 por ciento, que se incrementa entre aquellas con educación primaria y secundaria a 77 y 78 por ciento respectivamente, para luego descender entre las de educación superior al 75 por ciento.

La gran mayoría de las mujeres casadas o unidas que usan un método de planificación familiar, lo hacen con el objeto de limitar los nacimientos (59 por ciento); es decir, porque no quieren tener más hijos. El uso de la anticoncepción para espaciar los nacimientos llega solamente al 18 por ciento y es mayor entre las mujeres más jóvenes.

El 70 por ciento de las mujeres casadas o unidas que no practicaban la anticoncepción en el momento de la entrevista manifestaron su intención de usar un método en el futuro.

En Colombia, pese a la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud, y contrario a lo que sucede en la mayoría de los otros países en vía de desarrollo, el sector privado ofrece cerca del 70 por ciento de los métodos modernos, mientras que la participación del sector público llega al 27 por ciento.

*En el año 2000, existe en Colombia una diferencia de solamente 3 puntos porcentuales entre la zona rural y la zona urbana con relación a la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (75 y 78 por ciento respectivamente).*

## Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo

### Estado Conyugal

Hay 34 por ciento de mujeres solteras, 25 por ciento están casadas, 26 por ciento en unión libre, 2 por ciento de viudas, 12 por ciento de separadas y menos del uno por ciento divorciadas. Con relación a 1995, las mujeres de 15-19 años disminuyen sus proporciones de solteras y aumentan las de unión libre y las separadas. En todos los grupos de edad se observa disminución de las proporciones de mujeres casadas. La unión libre aumenta entre las menores de 35 años y las separaciones entre las mayores de 25 años.

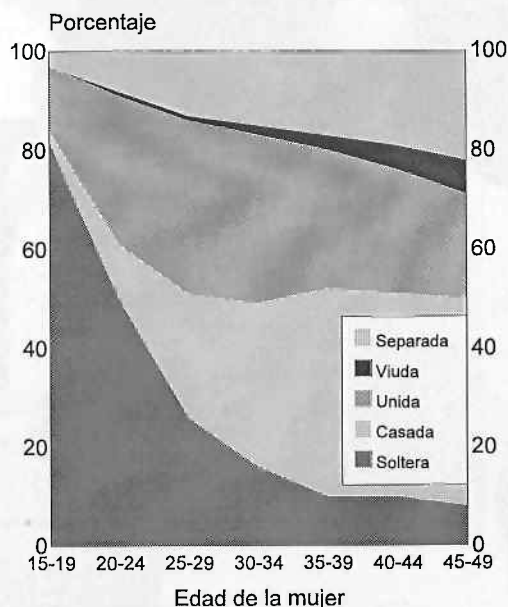
### Edad a la Primera Unión

La mediana de la edad a la primera unión, entre las mujeres de 25 a 49 años, es de 21.5 años, similar a la de 1995 (21.4). Esta edad ha aumentado menos de un año desde 1986, cuando estaba en 20.8 años. El aumento se observa por edad, las mujeres de 45-49 años se unieron a los 21 años y las de 30-34 años de edad a los 22.1 años.

La primera unión se realiza más temprano en las zonas rurales y en las regiones Atlántica, Oriental y Pacífica. En la Región Atlántica la unión se realiza 2.4 años antes que en Bogotá y en el Litoral Pacífico 4 años antes que en Medellín. Las mujeres sin educación entran a la primera unión 3.2 años antes que las que tienen educación secundaria.

*Las mujeres del Litoral Pacífico y la subregión Guajira-Cesar-Magdalena, entran a la unión a los 19 años, 4 años antes que en Medellín, donde se tiene la mayor edad a la primera unión (23 años).*

Gráfico 8  
Estado Civil de las Mujeres en  
Edad Fértil según Grupos de Edad





### Edad a la Primera Relación Sexual

La mediana de la edad a la primera relación sexual para las mujeres de 25-49 años es de 19.3 años, la cual ha bajado un poco desde 1990 cuando estaba en 19.9 años. Las mujeres de mayor edad tuvieron su primera relación a los 19.6 años, en tanto que las de 25-29 años la tuvieron a los 18.8 años.

Ahora hay más mujeres que han tenido relaciones sexuales, en comparación con 1990 y 1995. La primera relación sexual tiene lugar antes en la zona rural, pero la diferencia con la zona urbana se ha acortado respecto de la encontrada en 1995, debido a que disminuye la edad en la zona urbana (de 20 a 19.5 años). Ocurre antes en la Región Pacífica (18.8 años) y más tardíamente en la Central (19.5). En Bogotá ocurrió el mayor descenso (1.2 años) respecto de 1995. La primera relación ocurre casi 5 años antes entre las mujeres sin educación que entre aquellas con educación universitaria.

### Actividad Sexual Previa y Reciente

Del total de mujeres en edad fértil, 54 por ciento tuvieron actividad sexual en las 4 semanas anteriores a la encuesta, 4 por ciento estaban en abstinencia de postparto y 25 por ciento en abstinencia por causas diferentes al postparto.

La mayor actividad sexual se presenta en la zona rural y en las regiones Atlántica y Oriental y la menor en Medellín. Disminuye con el nivel educativo, pero las mujeres con educación superior tienen mayor actividad sexual que las de educación secundaria. La menor actividad sexual se observa entre las mujeres que no usan métodos anticonceptivos, y es menor para las esterilizadas que para las que usan métodos temporales. La actividad sexual aumenta con la edad, pero después de los 40 años disminuye. También disminuye con el tiempo pasado en unión marital.

### Infertilidad Postparto

De las madres con hijos nacidos vivos en los últimos cinco años, 16 por ciento están en amenorrea postparto, 14 por ciento en abstinencia de postparto, siendo no susceptibles al riesgo de embarazo el 23 por ciento. La no susceptibilidad al riesgo de embarazo es de 5.5 meses. La mediana de la amenorrea es de 4.3 meses y la de la abstinencia de 2.4 meses.

---

*La primera relación sexual ocurre casi 5 años antes entre las mujeres sin educación que entre aquellas con educación universitaria.*

---

## Preferencias de Fecundidad y Demanda de Planificación Familiar

### Preferencias de Fecundidad

En Colombia, el 70 por ciento de las mujeres casadas o unidas no quieren tener más hijos. Entre quienes desean más hijos, el 11 por ciento lo quieren inmediatamente y el 15 por ciento lo desean pero más tarde.

El 8 por ciento de las mujeres que no tienen hijos no desean tener, el 30 por ciento de las que tienen un hijo no desean más, el 76 por ciento de las que tienen dos hijos manifestaron su deseo por no tener más y más del 90 por ciento de las que tienen más de tres no desean más.

El deseo de no tener más hijos aumenta con la edad.

*Solamente cerca de una cuarta parte de las mujeres colombianas que están en unión quiere tener más hijos.*

### Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar

En Colombia, el 6 por ciento de las mujeres casadas o unidas se pueden considerar con necesidad insatisfecha de planificación familiar y la gran mayoría de ellas para limitar los nacimientos. Esto significa que si los programas hubieran sido totalmente efectivos, la tasa de uso entre este grupo, debería haber sido de 83 por ciento, en lugar de 77 que fue la encontrada en la encuesta.

La necesidad insatisfecha es mayor en las dos costas y entre las que tienen los niveles de educación más bajos.

*El 6 por ciento de las mujeres en unión tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, la gran mayoría para limitar sus nacimientos.*

Gráfico 9  
Preferencias de Fecundidad entre las Mujeres en Unión, según Número de Hijos

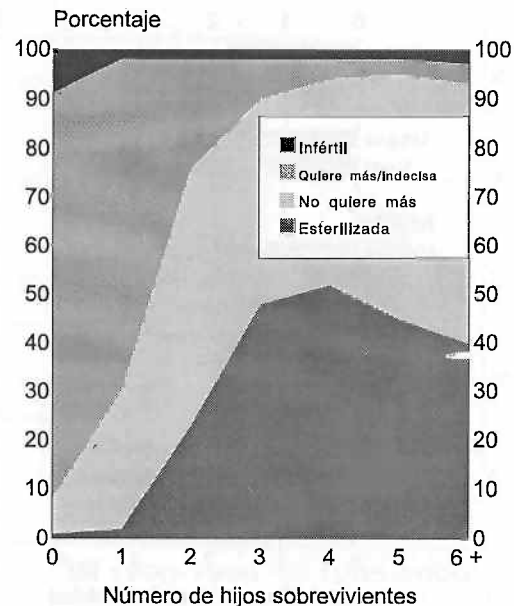
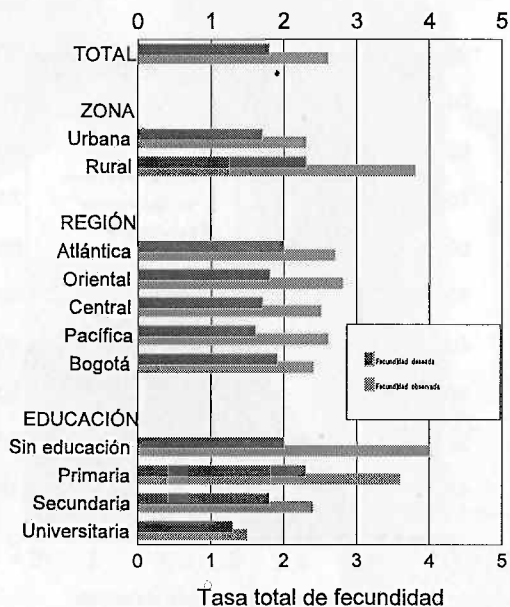


Gráfico 10  
Componentes de la Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar



Nota: Los recuadros no están a escala exacta

Gráfico 11  
Fecundidad Observada y Deseada  
por Lugar de Residencia y Educación



### Ideal de Hijos

El número ideal de hijos para todas las mujeres en edad fértil es de 2.3, mientras que para las que se encuentran en unión es de 2.5. El número ideal de hijos, para este último grupo, es mayor a medida que aumenta el número de hijos actualmente vivos y fluctúa entre 2.1 para las que no tienen hijos y 3.7 para las que tienen 6 o más.

El ideal de hijos es mayor en la zona rural que en la urbana y en la Región Atlántica.

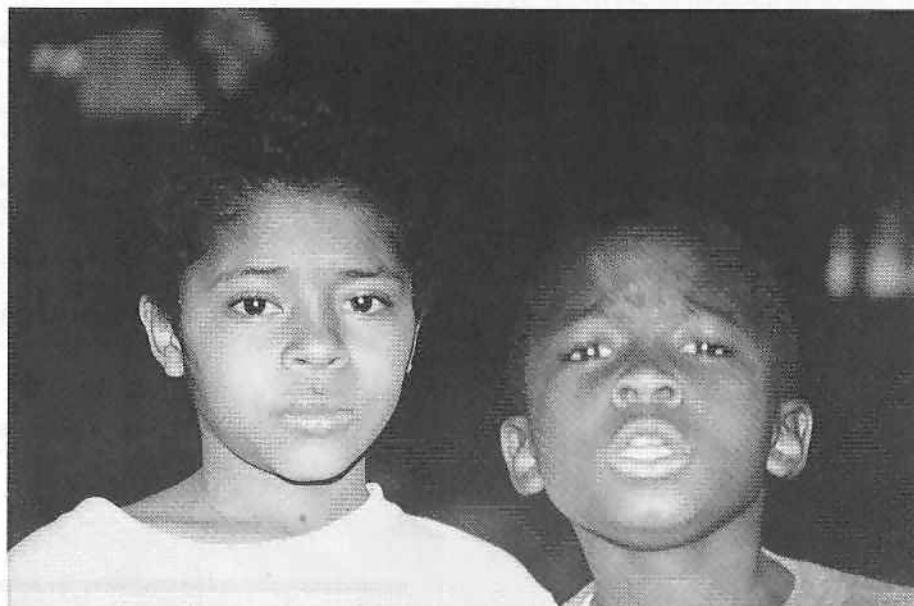
### Planificación de la Fecundidad

Menos de la mitad (48 por ciento) de los embarazos actuales y de los ocurridos en los últimos cinco años a las mujeres no esterilizadas, fueron deseados en el momento en que la mujer quedó embarazada, el 29 por ciento eran deseados pero para más tarde y el 23 por ciento fueron reportados como **no deseados**.

El porcentaje de embarazos no deseados aumenta a medida que se incrementa el número de hijos actualmente vivos y pasa del 5 por ciento entre las que tienen un solo hijo hasta el 59 por ciento entre las de 4 y más hijos vivos.

Si todos los nacimientos no deseados se hubieran evitado, la Tasa Total de Fecundidad en Colombia sería de 1.8 y no de 2.6 que fue la encontrada en la encuesta.

Las mayores diferencias entre las tasas totales de fecundidad observada y deseada, se encuentra en el área rural, en las regiones Oriental y Pacífica y entre las mujeres con los niveles más bajos de educación.





## Mortalidad Infantil

### Niveles y Tendencias

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1995-2000 es de 21.4 por mil nacimientos, siendo la mortalidad neonatal de 15 por mil y la postneonatal de 6.5 por mil.

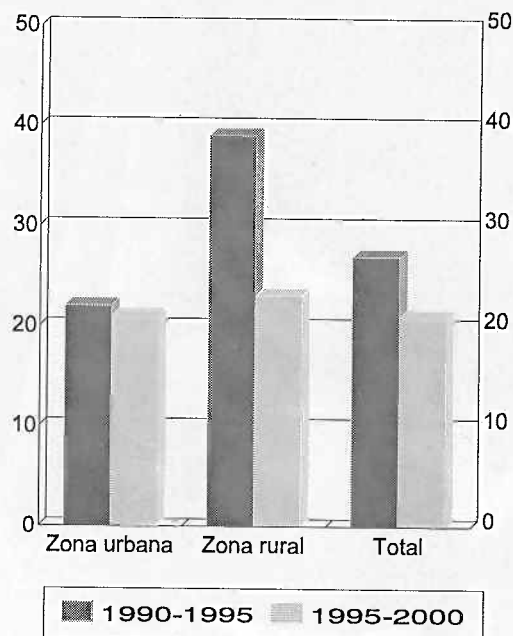
La mortalidad infantil para los 10 años anteriores a la encuesta es de 24 por mil. Es mayor para la zona rural, especialmente la postneonatal.

La tasa de mortalidad perinatal (la que ocurre en la primera semana de vida más los nacidos muertos de 28 o más semanas de gestación), es de 52 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración.

En todas las regiones la tasa de mortalidad infantil descendió entre 1995 y 2000, excepto en la Oriental. La mayor disminución se observa en la Región del Pacífico, al bajar de 39 a 29 por mil.

*La mortalidad neonatal está aumentando su proporción dentro del total de muertes infantiles.*

Gráfico 12  
Evolución de la Mortalidad Infantil  
entre 1990-1995 y 1995-2000





### Diferenciales

Las regiones con la menor mortalidad infantil son Bogotá y la Central (17 y 20 por mil, respectivamente), en tanto que en las dos zonas costeras es de 29 por mil.

La mortalidad infantil cuando las madres no tienen educación, es 3 veces más alta que cuando aquellas tienen educación superior. Cuando la mujer ha tenido cuidados médicos prenatales y en el parto, la mortalidad infantil es de 15 por mil, en tanto que casi se triplica para las que no tuvieron estos cuidados. La menor mortalidad infantil se observa para las mujeres que tenían entre 20-29 años en el momento del nacimiento y es del doble cuando la mujer tenía más de 40 años de edad. A menor duración del intervalo con el nacimiento anterior, mayor la mortalidad infantil. Medellín tiene la menor mortalidad infantil (12 por mil), seguida por Cali, Bogotá y Antioquia sin Medellín, en tanto que el Litoral Pacífico sigue teniendo la mayor mortalidad.

---

*Cuando la madre ha tenido cuidados prenatales y en el parto, la mortalidad infantil es de 15 por mil, en tanto que si no ha tenido ninguno de estos cuidados la mortalidad infantil se triplica.*

---

Las mayores tasas de mortalidad neonatal se observan cuando las madres son menores de 20 años o tiene entre 30 y 39 años de edad en el momento del nacimiento, cuando los niños son de orden cuarto o mayor y cuando el intervalo previo es menor de 2 años.

Las mayores tasas de mortalidad postneonatal se presentan cuando la madre es menor de 20 años de edad al nacimiento y cuando los intervalos entre nacimientos son menores de 2 años.

La mortalidad perinatal más baja la presentan las mujeres primigestantes y las que tuvieron intervalos de 15-26 meses con el embarazo previo, en tanto que es muy alta cuando el intervalo es menor de 15 meses. Es mayor para las madres de 30 años o más, siendo especialmente alta para las que tenían 40-49 años en el momento del nacimiento.

---

*Las razones de alto riesgo reproductivo son más altas en la zona rural que en la urbana.*

---

## Salud Materno-Infantil

### Cuidado Prenatal

El 87 por ciento de las mujeres que tuvieron hijos en los últimos cinco años tuvieron atención prenatal por parte de médico y 4 por ciento por parte de enfermera, es decir que 9 por ciento no tuvo ninguna atención. La atención profesional de médico o enfermera se viene incrementando: en 1986 fue de 67 por ciento y en 1995 de 82 por ciento.

La atención prenatal es mayor para las madres de 20-34 años, de primerizas o de segundo o tercer orden de nacimiento. Mientras en Bogotá, Medellín, Cali y Atlántico-Bolívar Norte la atención es alta, en el Litoral Pacífico y en departamentos donde la proporción de población rural es alta, la atención prenatal es muy precaria. La atención aumenta con el nivel educativo de la madre.

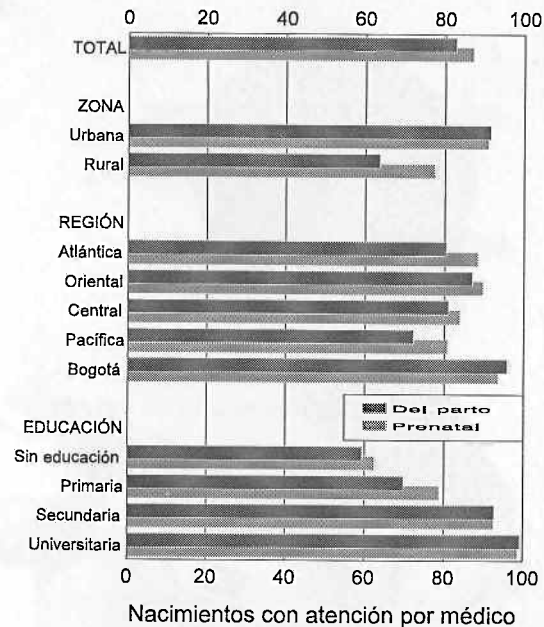
El promedio de visitas prenatales es de 7 y la primera visita se produjo, en promedio, a los 3 meses de embarazo. Tan solo 8 por ciento tuvo la primera visita en el mes octavo.

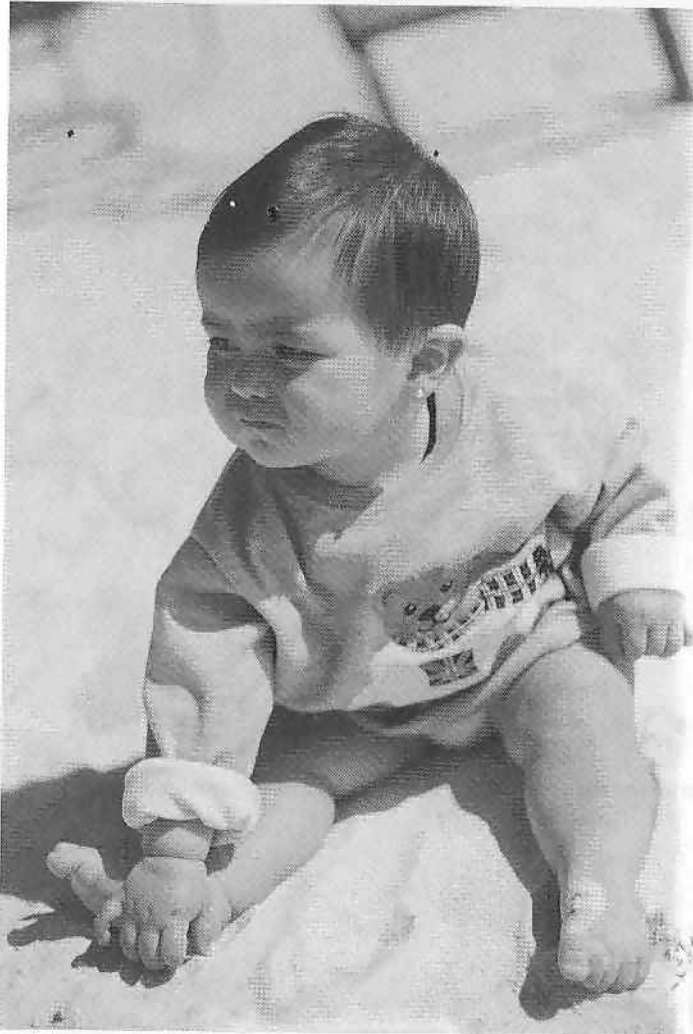
El 88 por ciento de las madres recibió vacuna anti-tetánica, especialmente las mujeres menores de 35 años, con 4 o más hijos, con educación primaria o secundaria. En 1990 esta vacuna se les aplicó al 54 por ciento de las mujeres.

El 77 por ciento tomó hierro durante el embarazo, en tanto que menos del 1 por ciento recibió drogas anti-maláricas. El 9 por ciento dijo haber tomado alcohol durante el embarazo, la mayoría de las cuales reportó haber tomado menos de un trago a la semana. Un 5 por ciento dijo haber fumado estando embarazada y casi todas ellas se fumaron entre uno y cinco cigarrillos al día.

*La proporción de nacimientos que reciben atención prenatal por parte de profesional médico ha pasado de 67 por ciento en 1986 a 91 por ciento en el 2000.*

Gráfico 13  
Atención Prenatal y del Parto por Médico según Residencia y Educación





### Lugar y Ocurrencia del Parto

El 88 por ciento de los nacimientos ocurrió en un establecimiento de salud (94 por ciento en la zona urbana) y 12 por ciento en la casa (29 por ciento en la zona rural). Más de cuatro de cada cinco (83 por ciento) de los partos fueron atendidos por médico, 4 por ciento por enfermera, 9 por ciento por comadrona y 4 por ciento por un familiar. Mientras la atención por parte de médico ha venido incrementándose, la atención de enfermera y comadronas ha disminuido. La atención por parte de médicos o enfermeras aumentó entre 1990 y el año 2000, de 81 a 87 por ciento.

La atención médica se observa más alta, especialmente, para las mujeres de 20-34 años de edad, de menor paridez, de las zonas urbanas, de Bogotá y la Región Oriental y de mujeres con educación secundaria o más.

Casi la cuarta parte de los nacimientos ocurrieron por cesárea, práctica que se ha venido incrementando en el tiempo, especialmente en las áreas urbanas.

### Peso y Talla al Nacimiento

El 68 por ciento de los niños pesaron 2.5 kilos o más al nacer. Los niños con bajo peso al nacer fueron 7 por ciento. El menor peso al nacer, para quienes se obtuvo información (73 por ciento), lo presentan los primogénitos o de mayor orden de nacimiento (6+), hijos de mujeres menores de 20 o mayores de 34 años de edad, con educación secundaria, especialmente de Bogotá y la región Atlántica (Bolívar-Sucre-Córdoba).

Para quienes recordaron la talla al nacimiento (58 por ciento), la mediana se sitúa en 50 centímetros, con una desviación estándar de 3 centímetros. Entre 47 y 53 centímetros se tiene el 82 por ciento de los niños, quedando 9.4 por ciento por debajo de 47 centímetros y 9 por ciento por encima de 53 centímetros. Los de menor talla al nacer fueron los niños de dos categorías diferentes; por un lado, primogénitos, de madres menores de 20 años, con educación secundaria, de Bogotá y la Región Central; por otro, hijos de orden 6° o más, de madres mayores de 34 años, sin educación formal, de la zona rural y de la subregión Guajira-Cesar-Magdalena.

## Vacunación de los Niños

Los niños con carnet de vacunación aumentaron con relación a encuestas anteriores. Las proporciones de niños vacunados con BCG, las tres dosis de DPT o las tres dosis de Polio, no varían significativamente de las encontradas en 1995, pero la de Polio al nacimiento se duplica, al pasar de 33 a 66 por ciento. La vacuna de sarampión durante el primer año de vida es muy escasa pero, cuando se suma a la Triple Viral, que se aplica al año, se obtiene que 71 por ciento de los niños la han recibido en cualquier momento; de cualquier modo, esta proporción es inferior a las obtenidas anteriormente. Hay que tener en cuenta que desde 1990 no se observan defunciones de menores de un año por causa del sarampión, lo cual debería hacer más importante esta vacuna para evitar nuevos brotes de la enfermedad.

## Enfermedades de los Niños

Entre los niños menores de cinco años, el 13 por ciento tuvieron tos con respiración corta y rápida y/o dificultades para respirar, en las dos semanas anteriores a la encuesta y a más de la mitad los llevaron a un servicio de salud.

El 26 por ciento tuvo fiebre y, de éstos, 37 por ciento fueron llevados a un servicio de salud y 8 por ciento al médico, en tanto que a 43 por ciento no los atendió nadie.

El 14 por ciento de los menores de cinco años presentaron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta. Menos de una tercera parte (29 por ciento) fueron llevados a un servicio de salud y 61 por ciento recibieron tratamiento de rehidratación oral.

## Cuidado Postnatal de la Madre

La encuesta averiguó si las madres que no tuvieron el parto en institución de salud habían tenido control médico después del parto. Del 12 por ciento que lo tuvieron por fuera de los servicios de salud, 83 por ciento no tuvieron ningún control postnatal.

*Entre mayor sea la educación de la madre y menor el orden del nacimiento, son mayores las proporciones de niños que han recibido todas las vacunas.*

Gráfico 14  
Vacunación a Niños de 1 Año (12-23 Meses) durante el Primer Año de Vida y en Cualquier Momento, según Vacuna

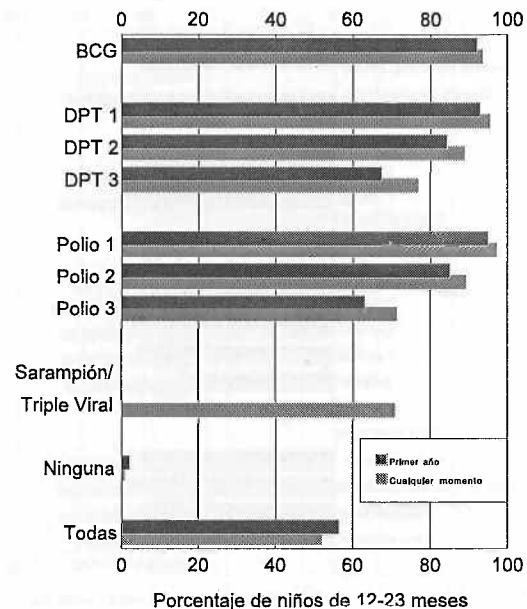
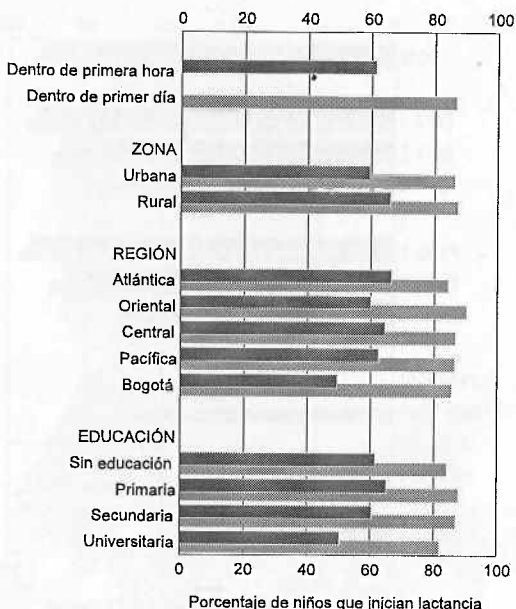


Gráfico 15  
Iniciación de la Lactancia  
por Lugar de Residencia y Educación



## Lactancia y Nutrición

### Lactancia Materna

La gran mayoría de madres de niños menores de 5 años de edad (96 por ciento) amamanta a sus hijos cuando nacen pero, por lo general, durante las primeras 24 horas de nacido y no en la primera hora como es aconsejable. Tan solo el 23 por ciento de las mujeres amamanta en forma exclusiva hasta el cuarto mes y 12 por ciento hasta el sexto. La edad promedio de iniciación de alimentos complementarios de la leche materna fue de 2.3 meses.

Los niños menores de 3 años de edad reciben leche materna durante 15 meses en promedio (13 meses según la mediana), con diferencias notorias según lugar de residencia y nivel educativo de las madres. La duración mediana entre residentes de la zona rural fue de cuatro meses más que las de la zona urbana y más del doble del tiempo en Boyacá-Cundinamarca-Meta y Cauca, Nariño en comparación con las grandes ciudades como Bogotá y Cali. Mujeres con educación secundaria y universitaria amamantan por menos tiempo y con menor duración de lactancia exclusiva que mujeres con educación primaria.

### Alimentación

Entre los niños que están lactando, los alimentos más frecuentemente consumidos en un día son los cereales, seguidos por carnes, frutas y verduras, tubérculos, leche y derivados, fórmulas infantiles y en última instancia, las leguminosas. En cambio, en el grupo de niños que no reciben leche materna es más frecuente que consuman cereales y en orden descendente: carnes, frutas y verduras, tubérculos y raíces, leche y derivados, leguminosa y por último la fórmula infantil. Sin embargo, en los primeros 3 meses, este último es el alimento más importante.

---

*La edad mediana de la lactancia se estimó en 13 meses para el total del país.*

---

### Estado Nutricional de Madres de Niños Menores de 5 Años

El promedio de estatura de las mujeres colombianas, no-embarazadas y que han tenido hijos nacidos vivos en los 5 años previos a la encuesta es de 154.6 centímetros, con una desviación estándar de 6.0 centímetros, o sea con rango entre 148.6 y 160.6 centímetros. Casi el 6 por ciento de ellas está por debajo de los 145 cm.

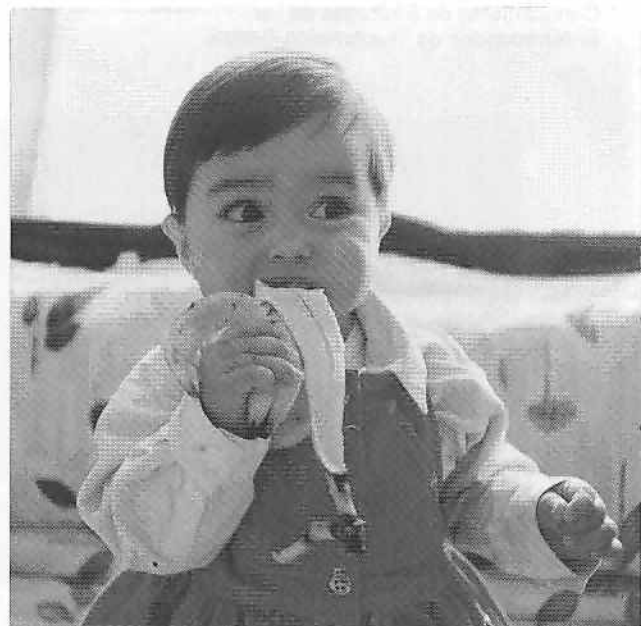
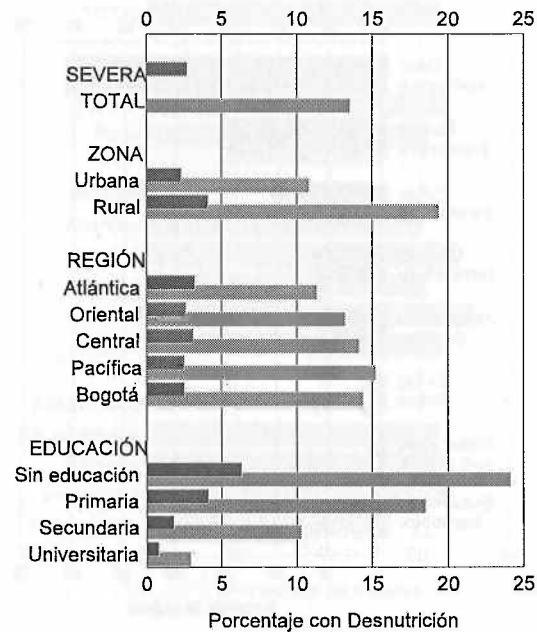
El índice de masa corporal<sup>1</sup> promedio es de 24.7, dentro del rango de normalidad. Un 3 por ciento de las madres está a riesgo por tener un índice menor de 18.5. Llama la atención que 30 por ciento de las madres tiene peso excesivo para la talla y 11 por ciento son obesas.

### Estado Nutricional de Niños Menores de 5 Años

La prevalencia de desnutrición crónica<sup>2</sup> o retardo en el crecimiento fue de 13.5 por ciento entre los niños menores de 5 años de edad; el 2.8 por ciento de ellos se encuentra a riesgo de desnutrición severa. La desnutrición aguda o emaciación<sup>3</sup> se presentó en el 0.8 por ciento de menores de 5 años, con severidad en el 0.1 por ciento de ellos. La prevalencia de desnutrición global<sup>4</sup> fue de 6.7 por ciento, con severidad en el 0.8 por ciento.

*Ha habido mejoras en todos los indicadores de desnutrición, especialmente en la crónica severa.*

Gráfico 16  
Desnutrición Crónica por Lugar de Residencia y Educación



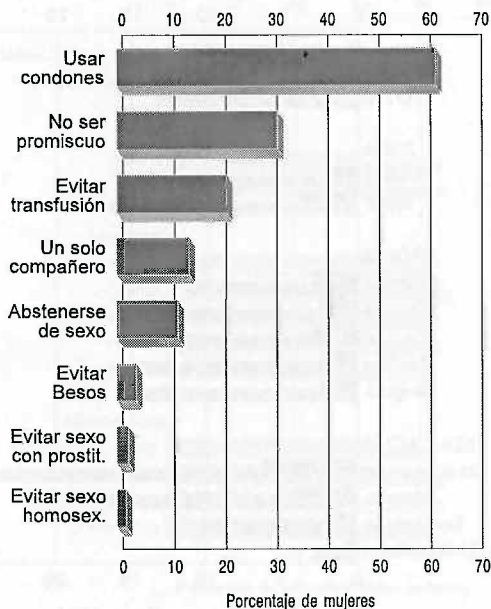
<sup>1</sup> Definido como el cociente del peso (expresado en Kg.) y el cuadrado de la talla (expresado en metros).

<sup>2</sup> Baja talla del niño para la esperada para su edad y género.

<sup>3</sup> Bajo peso del niño en función del peso esperado para su talla y género, sin tener en cuenta su edad.

<sup>4</sup> Bajo peso del niño para el esperado para su edad y género.

Gráfico 17  
Conocimiento de Formas de Evitar el VIH/SIDA



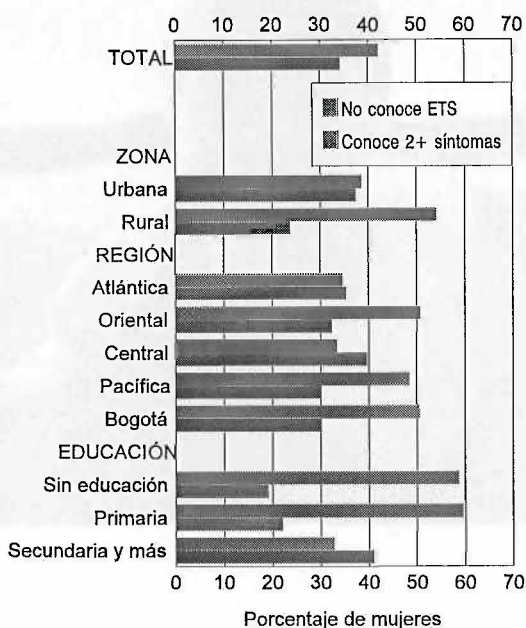
## Conocimiento de SIDA y ETS

El conocimiento sobre la existencia del SIDA es prácticamente universal (99 por ciento), pero a pesar de ello, aún existe un gran desconocimiento sobre las formas de contagio de la enfermedad. El 62 por ciento de las mujeres entrevistadas manifestó que se puede prevenir, usando condón durante la relación sexual; 12 por ciento dijo que otra forma de prevención es no tener relaciones sexuales; 31 por ciento no ser promiscuo, 14 por ciento tener relaciones solo con un compañero sexual; no tener relaciones con prostitutas lo mencionó el 2 por ciento; evitar las relaciones con homosexuales el 2 por ciento, evitar las transfusiones de sangre el 21 por ciento.

Aún existen muchos tabúes e interpretaciones equivocadas con relación a la enfermedad; el 40 por ciento de las entrevistadas dice que un profesor no puede seguir enseñando en caso de tener la enfermedad, el 36 por ciento reportó que una persona infectada debe ser suspendida del trabajo y 84 por ciento piensa que una persona infectada no puede seguir teniendo relaciones sexuales.

Es sorprendente que cerca de la mitad (42 por ciento) de las entrevistadas no conoce nada acerca de las enfermedades o infecciones de transmisión sexual, lo que demuestra una vez más, la falta de educación en estos temas.

Gráfico 18  
Conocimiento de Síntomas de las Enfermedades de Transmisión Sexual



*A pesar de que la mayoría de las mujeres conocen el VIH/SIDA, aún existe un gran desconocimiento sobre las formas de prevención de las enfermedades.*



## Violencia contra las Mujeres y los Niños

A pesar que en los últimos años el Estado colombiano ha tratado de frenar el problema de la violencia dentro de la familia mediante, la creación de instituciones de defensa legal y cambios legislativos en los que se penaliza a los maridos que ejerzan violencia física contra sus compañeras, todo parece indicar que la situación con relación a este tema, no ha cambiado y por el contrario parece que tiene tendencia al incremento.

### Violencia Verbal

El 65 por ciento de las mujeres alguna vez unidas, contestó que sus esposos o compañeros tenían reacciones negativas contra ellas o ejercían situaciones de control, como acusarlas de infidelidad, impedirles el contacto con su familia o amigas o amigos, siempre insistían en saber en donde estaban ellas, ignorarlas y vigilar la manera como ellas gastan el dinero.

El 26 por ciento manifestó que su esposo o compañero se expresaba en forma desobligante contra ella, como "usted no sirve para nada", "usted nunca hace nada bien", "mi mamá me hacía mejor las cosas".

Las amenazas frecuentes de abandono, quitarle los hijos o suspenderle el apoyo económico fueron reportadas por el 34 por ciento de las mujeres que habían estado alguna vez unidas.

Gráfico 19  
Situaciones de Control por  
Parte del Esposo o Compañero

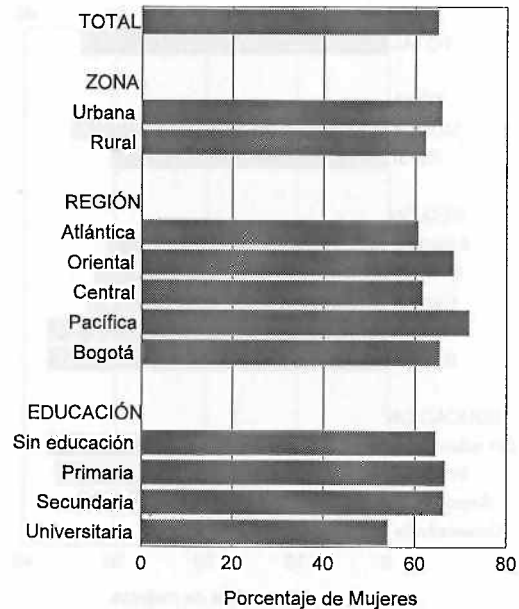
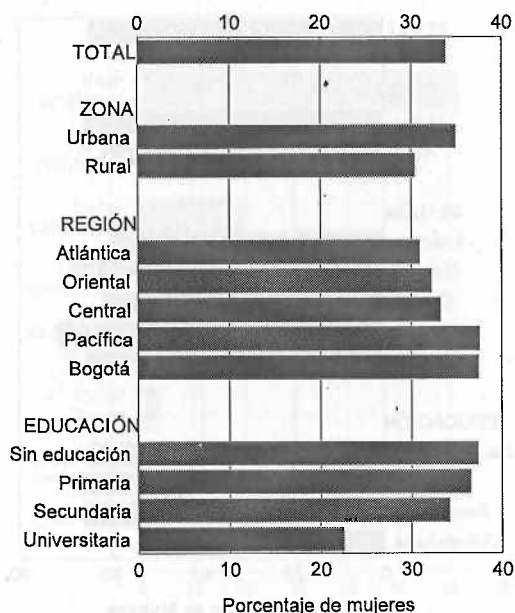


Gráfico 20  
Violencia Física por  
Parte del Esposo o Compañero



## Violencia Física

Es sorprendente que el 41 por ciento de las mujeres alguna vez unidas, contestó en forma afirmativa, una o más de las preguntas relacionadas con la violencia física por parte del cónyuge; el 37 por ciento manifestó que la empujaba, el 31 por ciento que la golpeaba con la mano, el 12 por ciento que la pateaba o arrastraba, el 9 por ciento que la golpeaba con un objeto duro, el 4 por ciento que la mordía, el 8 por ciento que la amenazaba con armas, el 4 por ciento que la había atacado con dichas armas, el 5 por ciento que había intentado quemarla o estrangularla y, lo que es aún peor, el 11 por ciento que la había violado.

Estos episodios de violencia física contra la mujer, son más frecuentes entre las mujeres de más edad, las que estuvieron anteriormente unidas, en la zona urbana, en las regiones Pacífica, Oriental y Bogotá. Por educación, no existe mucha diferencia entre las que no asistieron a la escuela, las que tienen educación primaria y las de secundaria, se reduce entre las que reportaron educación universitaria, pero más del 29 por ciento de ellas manifestaron ser víctimas de este tipo de violencia.

El 54 por ciento de las mujeres que habían recibido golpes por parte del esposo informó que habían quedado con lesiones, especialmente moretones y fuertes dolores 53 por ciento, el 10 por ciento con heridas profundas y huesos rotos, el 2 por ciento tuvo pérdida parcial o total de un órgano y el 3 por ciento estaba embarazada en el momento de la golpiza y el resultado fue un aborto o pérdida fetal.

El 68 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestó que sus esposos o compañeros toman trago hasta emborracharse y el 5 por ciento que ellos consumían sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína o heroína.

El 20 por ciento de las mujeres entrevistadas manifestó, que había sido golpeada por otra persona diferente al esposo o compañero, los principales agresores habían sido la madre, el padre o un hermano.

---

*El 47 por ciento de las mujeres alguna vez en unión ha sido maltratada físicamente por su cónyuge y el 20 por ciento de todas las mujeres lo ha sido por otra persona.*

---

Es igualmente sorprendente que solamente el 22 por ciento de todas las mujeres que han sido maltratadas físicamente han denunciado la golpiza; los sitios más frecuentemente mencionados para denunciar este tipo de atropellos son las inspecciones de policía, las comisarías, el ICBF, la fiscalía y los juzgados.

Las razones más frecuentemente enunciadas para no denunciar la golpiza, es que ellas consideran que los daños producidos no fueron lo suficientemente serios como para entablar una denuncia (28 por ciento), no desea dañar al agresor (15 por ciento), considera que ella sola puede resolver el problema (14 por ciento), miedo a recibir más agresiones (14 por ciento), cree que no volverá a suceder (9 por ciento), considera que la golpiza es parte de la vida normal (9 por ciento), siente vergüenza o humillación para entablar la demanda (7 por ciento), miedo a una separación (5 por ciento), siente que merece el abuso (4 por ciento) no sabe a dónde ir (4 por ciento) y no cree en la justicia colombiana (3 por ciento).

### **Maltrato a los Niños**

Entre las mujeres alguna vez unidas, el 42 por ciento reportó que su esposo o compañero castigaba a sus hijos con golpes, el 27 por ciento con palmadas, el 73 por ciento con reprimendas verbales y el 39 por ciento prohibiéndoles algo que les gusta.

El 47 por ciento manifestó que ella misma castigaba a los hijos con golpes, el 36 por ciento con palmadas, el 72 por ciento con reprimendas verbales y 48 por ciento prohibiéndoles algo que les gusta.

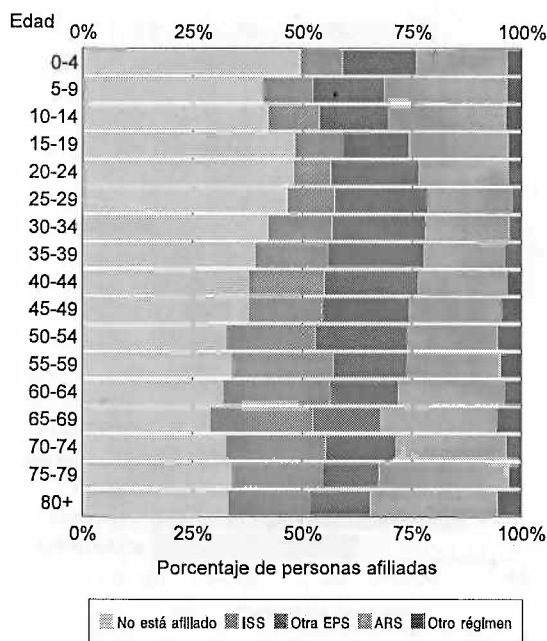
Cerca de la mitad de las mujeres (53 por ciento) con hijos considera que el castigo físico es necesario para educar a los hijos.

---

*El 7 por ciento de las mujeres entrevistadas ha sufrido violencia sexual.*

---

Gráfico 21  
Tipo de Afiliación según Edad



## Afiliación al Sistema Nacional de Salud

La afiliación al Sistema Nacional de Salud se ha incrementado en forma significativa en los últimos años. En 1993 cerca del 24 por ciento de la población colombiana estaba afiliada a alguno de los sistemas de seguridad social o compensación familiar existente en el país. Según la **ENDS 2000**, el 58 por ciento de la población se encuentra afiliada. El 22 por ciento lo está a una ARS, el 18 por ciento a una EPS diferente al ISS, el 14 por ciento al ISS, y el 4 por ciento a regímenes especiales.

Existen grandes diferencias por región, mientras en Bogotá, el 72 por ciento de la población está afiliada, en la Región Atlántica la afiliación tan solo es el 45 por ciento. También en Bogotá es mayor la proporción de afiliados a otras EPS y al ISS y menor en la Región Atlántica. Es mayor la proporción de afiliados a las ARS en las regiones Oriental y Pacífica. También existen diferencias por área, es mayor en la zona urbana que en la rural y mientras que en la primera, son más frecuentes las afiliaciones a EPS, diferentes al ISS, en las segundas predominan las afiliaciones a ARS.

La afiliación es menor entre los menores y tiende a aumentar con la edad y es mayor entre las mujeres que entre los hombres. A medida que aumenta la educación, se incrementa la afiliación general y la correspondiente al ISS y otras EPS en particular. La relación es inversa para la Afiliación a ARS, ya que disminuye con el incremento en el nivel educativo.

De igual manera, la afiliación es significativamente mayor entre los pensionados, que registraron un 98 por ciento de afiliación y entre los incapacitados y empleados y en contraste, la falta de afiliación es marcada entre los desempleados buscando trabajo. La afiliación a las ARS es mayor entre los incapacitados, las personas dedicadas a oficios del hogar y entre los desempleados buscando trabajo.

*La afiliación ha aumentado considerablemente en Colombia en los últimos 7 años, principalmente por el ingreso de las personas de bajos recursos al Sistema de Seguridad Social.*

El 5 por ciento de la población reportó una hospitalización, en el año anterior a la encuesta, siendo más alta la proporción en las regiones Oriental y Central y menor en la Pacífica, es mayor en la zona urbana que en la rural.

Llama la atención que la hospitalización de las mujeres fue más baja que la de los hombres (3.3 y 7.7 por ciento respectivamente), ya que en otras encuestas se ha encontrado lo contrario, debido a las necesidades obstétricas

El 64 por ciento de los usuarios de los servicios de hospitalización considera que la atención recibida es buena y el 21 por ciento que es excelente. Solamente el 2.2 por ciento considera que es deficiente y 12.2 que es regular.

La razón más frecuentemente mencionada en el no uso de los servicios es la falta de dinero, seguida de que el caso era leve y no requería una hospitalización.

La mayoría de la población (67 por ciento), percibe su estado de salud como bueno, 5 por ciento como excelente, 25 por ciento como regular y el 3 por ciento como malo.

*Las personas con mayor percepción de que su salud es buena y muy buena son los estudiantes, los trabajadores y los desempleados.*

Gráfico 22  
No Uso de Servicio por  
Tipo de Actividad Económica

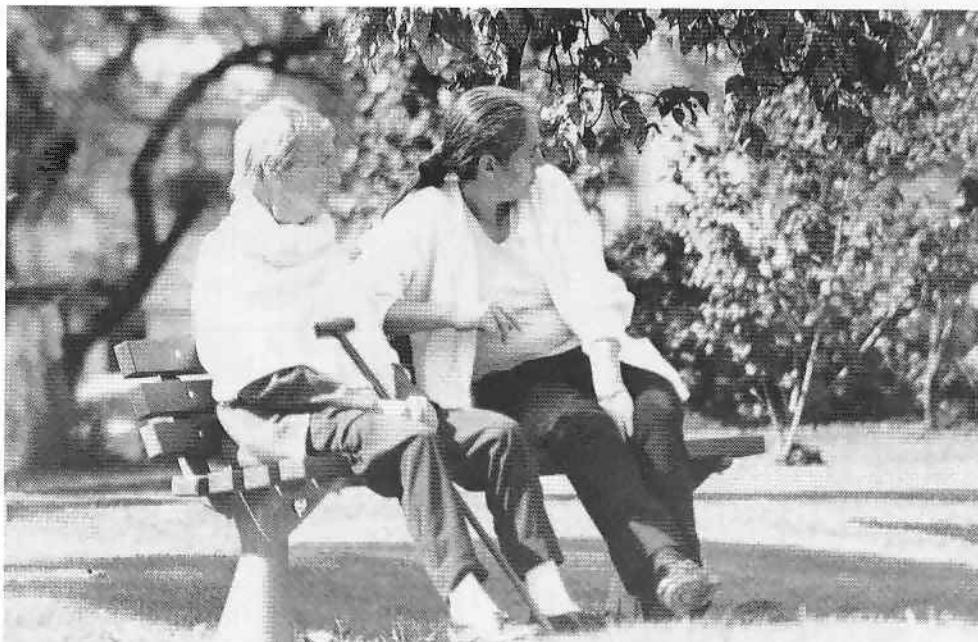
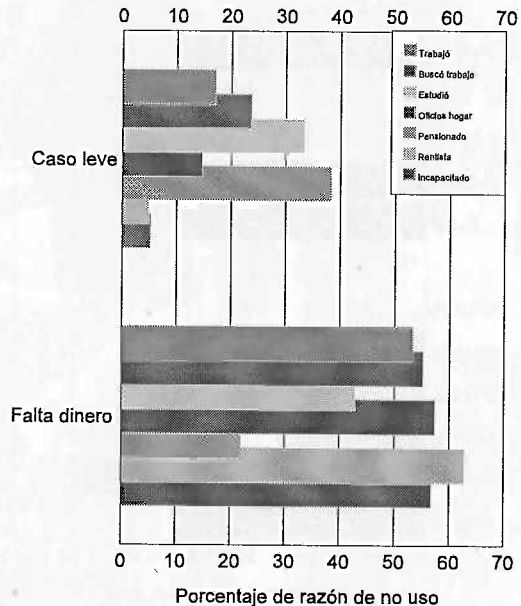
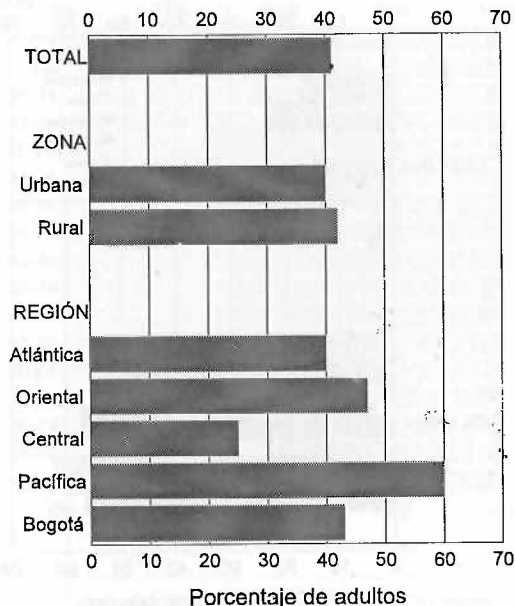


Gráfico 23  
Prevalencia de Cataratas en la Población  
Adulta de 50 Años y Más por Residencia



## Salud Visual

Para la evaluación del componente de la situación de salud visual de la población infantil, se estudiaron 6.277 niños y niñas de 6 a 11 años. El 11 por ciento informó el antecedente de formulación de corrección óptica y de estos el 50 por ciento refirió usar las gafas o los lentes al momento de la encuesta. Del total de niños y niñas examinadas, el 95 por ciento se encontró con agudeza visual normal en ambos ojos, mientras el 1 por ciento presentó agudeza visual deficiente (valoración entre 20/70 y 20/200), el 1 por mil deficiencias severas de la agudeza (20/400) y la prevalencia de ceguera (20/800 a NPL) fue de 0.2 por mil lo que corresponde a 2 niños y niñas de 6 a 11 años ciegos por cada millón de personas en las mismas edades.

Del total de niños y niñas con deficiente agudeza visual (valoración entre 20/70 y 20/200), tan solo el 49 por ciento informó el antecedente de prescripción de corrección óptica. Un porcentaje inferior 36 por ciento hace uso de corrección óptica; el 19 por ciento de estos niños y niñas no hacen uso de los lentes formulados mientras al 47 por ciento restante no se les ha prescrito corrección alguna.

*Tan solo el 36 por ciento de todos los niños con deficiente agudeza visual en algún ojo usa corrección.*

En relación con los adultos, se examinaron y entrevistaron 6.208 personas mayores de 49 años. Se observó que el 50 por ciento había sido formulado para el uso de corrección óptica alguna vez en su vida y de estos el 88 por ciento refirió hacer uso de la corrección óptica formulada. El 52 por ciento de los adultos estudiados obtuvo un resultado normal en la valoración de la agudeza visual en ambos ojos. La estimación de personas con deficiencias de la agudeza visual (valoración de 20/70 a 20/200) fue del 25 por ciento, y con deficiencias severas de la agudeza visual se encontró al 2 por ciento de las personas observadas. La prevalencia de ceguera entre la población mayor de 50 años fue de 3 por ciento.

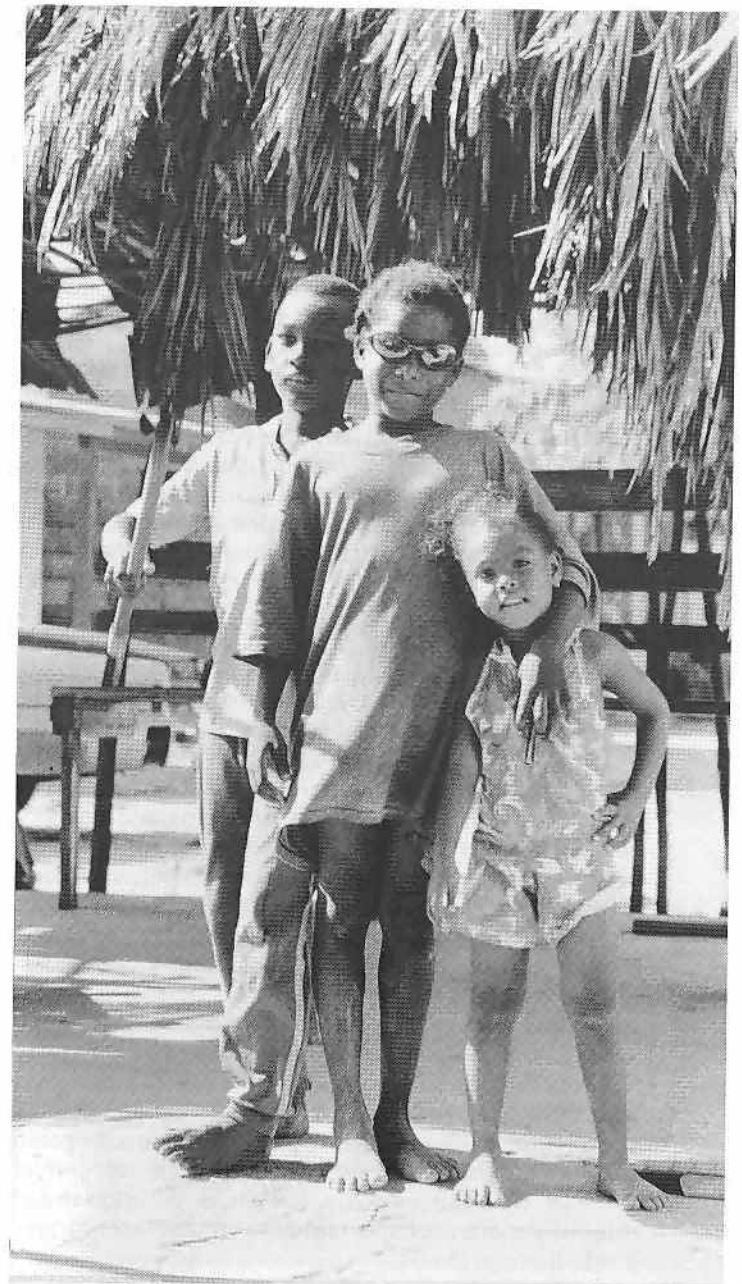
En lo referido a la valoración del cristalino se pudo establecer que la prevalencia de catarata en adultos para todo el país fue de 41 por ciento, en el ojo derecho de 37 por ciento y para el izquierdo de 38 por ciento. La presencia de catarata incipiente para el país fue de 30 por ciento para ambos ojos y para el caso de la catarata madura, la prevalencia fue de 7 por ciento en el ojo derecho y 8 por ciento en el izquierdo. Entre la población con catarata el 55 por ciento mencionó no tener conocimiento de tener algún problema que requiera de cirugía, el 31 por ciento no se ha operado por algún factor relacionado con su salud y el 8 por ciento por algún factor referido a los servicios de salud.

Finalmente, el 2.7 por ciento de la población adulta se encontró con lente intraocular (es decir su catarata fue intervenida quirúrgicamente), de éstos el 49 por ciento refirió que los costos de la cirugía fueron asumidos por la EPS, mientras en el 33 por ciento de los casos el costo se derivó directamente al usuario. En lo referido al lugar de la operación, el 64 por ciento fue operado en hospital o clínica privada, y el 30 por ciento en hospital público.

---

*El 55 por ciento de los adultos con catarata menciona no saber que presenta algún problema que requiera de cirugía.*

---



## Conclusiones y Recomendaciones

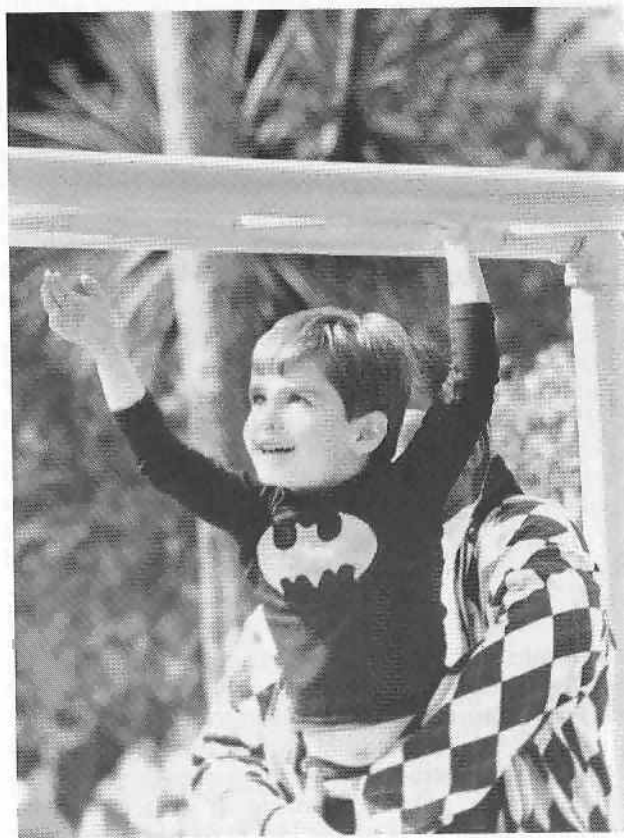
La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 (ENDS 2000), documenta cambios positivos e importantes en las diferentes variables relacionadas con salud sexual y reproductiva, producidos en el país en los últimos años. Sin embargo, las condiciones más desfavorables siguen siendo las de las mujeres y niños de las zonas rurales, los de aquellos con bajos niveles de educación y los de algunas regiones y subregiones, como son los dos litorales. Los servicios se encuentran por lo general concentrados en las grandes ciudades.

A pesar del aumento continuo y sistemático en el uso de métodos anticonceptivos, se hace necesario profundizar en la dinámica reproductiva, ya que aún es elevado el porcentaje de embarazos y niños nacidos vivos no deseados, que se suceden anualmente en el país, lo que obliga a indagar más ampliamente la forma en que la población ha incorporado el proceso reproductivo a su propia cosmovisión y asegurar que se logra responder a las preferencias reproductivas y a las necesidades de la población, a través de sus diferentes grupos, pero especialmente al de adolescentes que reportan grandes carencias y necesidades.

Es necesario la implantación de la Ley de Educación Sexual, en todos los establecimientos escolares y buscar nuevas formas de comunicación con la población, como lo es la comunicación personalizada y la educación reproductiva en términos de la capacidad crítica y autodeterminación de cada individuo y asegurar que se respeten sus diferencias y derechos.

En lo que se refiere a otras acciones, la ENDS 2000 muestra una clara necesidad de mayor cobertura en el Sistema de Seguridad Social, que aunque se dobló en pocos años, aún está muy distante de la meta de cien por ciento, así como de mejores servicios de salud materno-infantil, necesarios para continuar con el proceso de reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna, especialmente en las zonas rurales y urbanas marginales.

Es recomendable que el país haga esfuerzos para motivar los estudios, especialmente las encuestas por muestreo, para poder hacer un seguimiento más minucioso de la situación social del país, especialmente en el área de salud, con el fin de lograr una clara identificación de los problemas y grupos más necesitados, con el ánimo de planear y desarrollar proyectos especiales para su solución.





## Datos Básicos

### Indicadores Demográficos, 2000 (Cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística)

Población total (en millones)	42.3
Población urbana (porcentaje)	71.1
Tasa de crecimiento de la población (porcentaje)	1.8
Años requeridos para que se duplique la población	39
Tasa de natalidad (por 1,000 habitantes)	23.4
Tasa de mortalidad (por 1,000 habitantes)	5.6
Esperanza de vida al nacer (años)	70.6

### Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000

#### Población de la muestra

Mujeres de 15 a 49 años	11,585
Niños nacidos en últimos 5 años	4,563
Sobrevivientes menores de 5 años	4,462
Niños vivos de 12-23 meses	890

#### Características básicas<sup>1</sup>

Porcentaje urbano	77.4
Porcentaje de MEF con menos de educación secundaria	35.1

#### Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad

Porcentaje de mujeres actualmente unidas	51.2
Porcentaje que han estado unidas alguna vez	66.0
Para mujeres 25-49 años:	
Edad mediana a la primera unión	21.5
Edad mediana al primer nacimiento	22.1
Duración media de la amenorrea postparto (en meses) <sup>2</sup>	4.3
Duración media de la abstinencia postparto (en meses) <sup>2</sup>	2.4

#### Fecundidad

Tasa total de fecundidad <sup>3</sup>	2.6
Número medio de niños nacidos vivos de mujeres 40 a 49 años	3.7

#### Preferencias reproductivas

Porcentaje de mujeres actualmente unidas:	
Que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas)	41.5
Que desea postergar el nacimiento siguiente más de 2 años	15.1
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años	2.3

#### Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:	
Que conoce algún método moderno	100.0
Que actualmente usa un método	76.9
Píldora	11.8
Dispositivo intrauterino (DIU)	12.4
Inyecciones	4.0
Métodos vaginales	0.8
Condón	6.1
Esterilización femenina	27.1
Ritmo	6.0
Retiro	6.3
Otros métodos	2.6

#### Mortalidad y salud materno-infantil

Tasa de mortalidad infantil <sup>4</sup>	21
Tasa de mortalidad de menores de cinco años <sup>4</sup>	25

#### Atención materna

Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron: <sup>5</sup>	
Atención de un médico, enfermera	90.8
Atención de un médico, enfermera	86.4

#### Vacunación

Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con tarjeta de vacunación	74.7
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna	99.2
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido: <sup>6</sup>	
BCG	93.4
DPT (las tres dosis)	76.8
Polio (las tres dosis)	71.3
Sarampión	70.8
Todas las vacunas <sup>7</sup>	52.0

#### Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años

Porcentaje de niños con diarrea <sup>8</sup>	13.9
Porcentaje de niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO)	36.3
Porcentaje de niños enfermos con IRA <sup>9</sup>	12.6

#### Lactancia infantil y nutrición en la niñez

Duración media de la lactancia (en meses) <sup>2</sup>	16.1
Porcentaje de niños de 0 a 1 meses amamantados	98.4
Porcentaje de niños de 4 a 5 meses amamantados	83.0
Porcentaje de niños de 10 a 11 meses amamantados	61.5
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica <sup>10</sup>	13.5

#### Nutrición de las madres<sup>11</sup>

Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms	5.5
Índice de masa corporal menor de 18.5 cms	3.2

- <sup>1</sup> Mujeres en edad fértil
- <sup>2</sup> Estimación con el método de prevalencia-incidencia con los nacimientos en los 36 meses anteriores a la encuesta
- <sup>3</sup> Tomando como base los partos de mujeres de 15 a 49 años durante los tres años que precedieron la encuesta (1997 a 2000 aproximadamente)
- <sup>4</sup> Defunciones por cada 1,000 nacidos vivos para el período de cinco años precedente a la encuesta (1995 a 2000 aproximadamente)
- <sup>5</sup> Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta
- <sup>6</sup> Información obtenida del carnet de vacunación y de la información proporcionada por la madre
- <sup>7</sup> Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT, y sarampión
- <sup>8</sup> Niños menores de cinco años cuyas madres declararon que aquéllos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta
- <sup>9</sup> Niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta
- <sup>10</sup> Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad, basado en una distribución estándar
- <sup>11</sup> Tomando como base a las mujeres con hijos nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta

**AMERICA LATINA**  
**Algunas Variables Demográficas<sup>1</sup>**

	Población Total (millones) 1999	Población Proyección (millones) 2025	Tasa media Crec. Dem. 1995-2000 (%)	% Pobl. Urbana 1995	Fecundidad Tasa Total 1995-2000	Mortalidad de Lactantes Total por 1.000 Nacidos Vivos	Esperanza de Vida al Nacer M/F	Conocimiento de Métodos Anticonceptivos		Prevalencia del Uso de Anticonceptivos (Mujeres Casadas o Unidas)	
								% que conoce Método	% que conoce Fuente	Todos los Métodos	Métodos Modernos
<b>América Latina y El Caribe</b>	511,3	696,7	1,6	74	2,70	36	66,1/72,6			66	57
Caribe (14)	37,7	47,3	1,1	62	2,55	36	66,3/71,0				
Cuba	11,2	11,8	0,4	76	1,55	9	74,2/78,0	100		70	68
Haití	8,1	12,0	1,7	32	4,38	68	51,4/56,2	81	66	18	13
Jamaica	2,6	3,2	0,9	54	2,50	22	72,9/76,8	99		62	58
Puerto Rico	3,8	4,5	0,8	73	2,11	12	69,4/78,5			64	57
Rep. Dominicana	8,4	11,2	1,7	65	2,80	34	69,0/73,1	100	96	64	60
Trinidad y Tobago	1,3	1,5	0,5	72	1,65	15	71,5/76,2	97	96	53	45
<b>Centro América</b>	132,8	188,5	1,9	68	3,05	33	68,4/74,0				
Belice	0,2	0,4	2,4	47	3,66	29	73,4/76,1	95		47	42
Costa Rica	3,9	5,9	2,5	50	2,83	12	74,3/78,9	100		75	65
El Salvador	6,2	9,1	2,0	45	3,17	32	66,5/72,5	98	99	53	48
Guatemala	11,1	19,8	2,6	41	4,93	46	61,4/67,2	70		31	26
Honduras	6,3	10,7	2,8	44	4,30	35	67,5/72,3	95	64	50	41
México	97,4	130,2	1,6	75	2,75	31	69,5/75,5	91		67	58
Nicaragua	4,9	8,7	2,7	63	4,42	43	65,8/70,6	97	72	49	45
Panamá	2,8	3,8	1,6	53	2,63	21	71,8/76,4	95		58	54
<b>América del Sur (15)</b>	340,8	460,9	1,5	78	2,58	37	65,3/72,3				
Argentina	36,6	47,2	1,3	88	2,62	22	69,7/76,8				
Bolivia	8,1	13,1	2,3	61	4,36	66	59,8/63,2	73	66	45	17
Brasil	168,0	217,9	1,3	78	2,27	42	63,1/71,0	100	95	77	71
Chile	15,0	19,5	1,4	84	2,44	13	72,3/78,3				
Colombia <sup>2</sup>	41,6	59,8	1,7	73	2,61	21	67,3/74,3	100	94	77	64
Ecuador	12,4	17,8	2,0	58	3,10	46	67,3/72,5	89	88	57	46
Paraguay	5,4	9,4	2,6	53	4,17	39	67,5/72,0	98	90	56	41
Perú	25,2	35,5	1,7	72	2,98	45	65,9/70,9	96	89	64	41
Uruguay	3,3	3,9	0,7	90	2,40	18	70,5/78,0				
Venezuela	23,7	34,8	2,0	93	2,98	21	70,0/75,7	98	68	49	37

<sup>1</sup> Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 6 mil millones, es hora de optar. Estado de la Población Mundial 1999, p. 71

<sup>2</sup> ENDS 2000

## **FE DE ERRATAS ENDS-2000, COLOMBIA**

Página 15, párrafo 3, línea 3. Dice: La tasa de mortalidad perinatal (la que ocurre en la primera semana de vida más los nacidos muertos de 28 o más semanas de gestación), es de 52 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración.

Debe decir: La tasa de mortalidad perinatal (la que ocurre en la primera semana de vida más los nacidos muertos de 28 o más semanas de gestación), es de 24 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración.