



Resumen Ejecutivo

Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ENDS
COLOMBIA
2015

Esta publicación fue posible gracias al apoyo del Gobierno de los Estados Unidos de América a través de su agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). Sus contenidos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos de América.

Resumen Ejecutivo

Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro (e) de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO LUBIN BURGOS BERNAL

Secretario General

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS

Directora de Epidemiología y Demografía

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

JUAN PABLO CORREDOR PONGUTA

Jefe de Oficina de Promoción Social

SUPERVISOR CONVENIO ESPECIAL DE COOPERACIÓN 703 DE 2014 – ENDS 2015 (FASE I)

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA

Ministerio de Salud y Protección Social

COMITÉ TÉCNICO FASE I

Ministerio de Salud y Protección Social

RICARDO LUQUE NUÑEZ

IVETTE DEL CARMEN PERNET BOLAÑO

Profamilia

CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ

ANA ELVIRA VEGA BOLAÑOS

SUPERVISOR CONVENIO ESPECIAL DE COOPERACIÓN 314 DE 2015 – ENDS 2015 (FASE II)

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA

Ministerio de Salud y Protección Social

COMITÉ TÉCNICO FASE II

Ministerio de Salud y Protección Social

RICARDO LUQUE NUÑEZ

IVETTE DEL CARMEN PERNET BOLAÑO

HERNEY ALONSO RENGIFO REINA

JOHN JAIRO QUIÑONEZ MUÑOZ

Profamilia

CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ

ANA ELVIRA VEGA BOLAÑOS

SUPERVISOR CONVENIO ESPECIAL DE COOPERACIÓN 294 DE 2016 – ENDS 2015 (FASE III)

VICTOR HUGO ÁLVAREZ CASTAÑO

Ministerio de Salud y Protección Social

COMITÉ TÉCNICO FASE III

Ministerio de Salud y Protección Social

RICARDO LUQUE NUÑEZ

HERNEY ALONSO RENGIFO REINA

PAUL RENE OCAMPO TELLEZ

Profamilia

CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ

ANA ELVIRA VEGA BOLAÑOS

Equipo técnico Ministerio de Salud y Protección Social

Alvaro Alfonso Trujillo - Dirección de Epidemiología y Demografía
Andrea Avella - Dirección de Epidemiología y Demografía
Andrea Cardenas - Oficina de Promoción Social
Andrea Rodriguez - Dirección de Promoción y Prevención
Angelica Fonseca - Dirección de Epidemiología y Demografía
Anyul Milena Vera - Dirección de Promoción y Prevención
Carlos Torres - Dirección de Epidemiología y Demografía
Carolina Estupiñan - Dirección de Epidemiología y Demografía
Clemencia Nieto - Oficina de Promoción Social
Conny Gutierrez - Dirección de Epidemiología y Demografía
Diana Parra - Oficina de Promoción Social
Diego Alberto Cuellar - Dirección de Epidemiología y Demografía
Diego Quiroga - Dirección de Promoción y Prevención
Diva Janneth Moreno - Dirección de Promoción y Prevención
Eugenia Ramirez Buitrago - Dirección de Epidemiología y Demografía

Germán Gallego - Dirección de Promoción y Prevención
Herney A. Rengifo R. - Dirección de Epidemiología y Demografía
Herny Herrera - Dirección de Epidemiología y Demografía
Jennifer Ortiz - Dirección de Promoción y Prevención
Jose Alberto Losano - Dirección de Epidemiología y Demografía
Liliana Andrade - Dirección de Promoción y Prevención
Lilibeth Camargo - Dirección de Epidemiología y Demografía
Lorenza Ospino - Dirección de Promoción y Prevención
Marcela Enciso - Dirección de Promoción y Prevención
Maria Cecilia Maldonado - Oficina de Promoción Social
Margarita Bernal - Dirección de Promoción y Prevención
Mauricio Gonzalez - Dirección de Promoción y Prevención
Mary Yulieth Caicedo - Dirección de Epidemiología y Demografía
Omaira Roldan - Dirección de Promoción y Prevención
Paul Ocampo - Dirección de Epidemiología y Demografía
Pilar Cardona - Dirección de Promoción y Prevención
Ricardo Luque - Dirección de Promoción y Prevención
Rocio Gutierrez - Oficina de Promoción Social
Sandra Cediel - Dirección de Epidemiología y Demografía
Victor Hugo Alvarez - Dirección de Epidemiología y Demografía

PROFAMILIA

MARTA ROYO

Directora Ejecutiva

LUZ JANETH FORERO

Gerente de Proyectos e Investigaciones

CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ

Directora de investigaciones

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD - ENDS 2015

EQUIPO DE TRABAJO

CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ

Directora ENDS 2015

ANA ELVIRA VEGA BOLAÑOS

Coordinadora ENDS 2015

ROCIO MURAD RIVERA

Estadística e investigadora

SANDRA MARCELA SÁNCHEZ MOLANO

Directora trabajo de campo

GERMÁN DANYLO GÓMEZ MONTAÑA

Estadístico

MARÍA PAULINA PIRA UMBARILA

Apoyo Operativo

HÉCTOR PARRA TELLEZ

Apoyo procesamiento de la información

EDWIN CESAR GÓMEZ ALVARADO

Apoyo Administrativo

ASESOR INTERNACIONAL

JOSÉ GUILLERMO ROJAS GONZÁLEZ

ICF

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

JOSÉ GUILLERMO ROJAS GONZÁLEZ
ANA ELVIRA VEGA BOLAÑOS

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

CIRO LEONARDO MARTÍNEZ GÓMEZ

Capítulos: Cambios demográficos, Caracterización de los hogares y de la población, Características generales y situación de mujeres y hombres, Migración.

CARMEN ELISA FLÓREZ.

Capítulos: Fecundidad, Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo

CATALINA GONZÁLEZ URIBE

Capítulos: Anticoncepción: conocimiento y uso de métodos, Preferencias de fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos, Salud materna

MARCELA SÁNCHEZ LARA

Capítulos: Violencias de género, Roles de género, identidad de género y orientación sexual

ELVIA VARGAS TRUJILLO

Capítulo: Educación integral de la sexualidad
Profesora Asociada. Universidad de los Andes

ISABEL CRISTINA RUIZ BUITRAGO

Capítulo: Mortalidad

MARÍA LOURDES CALDERÓN MENDOZA

Capítulo: Detección temprana de cáncer

DEVI NEREIDA PUERTO JIMÉNEZ

Capítulo: Detección temprana de cáncer

ÁNGELA CARMELA GONZÁLEZ PUCHE

Capítulo: Conocimiento de ITS y del VIH/Sida: formas de prevención

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ PROMICIEROS

Capítulo: Conocimiento de ITS y del VIH/Sida: formas de prevención

JOSE LUIS WILCHES

Apartado: Aborto e Interrupción Voluntaria del Embarazo

ROCIO MURAD RIVERA

Apartado: Discapacidad

ELIZABETH CASTILLO

Apartado: Percepciones y Actitudes hacia la población LGBT

EQUIPO DE COMUNICACIONES

LUZ HELENA SÁNCHEZ ACUÑA

DIANA PAOLA ALAPE

ANDRES FELIPE RUIZ UBAQUE

MARCELA MEDINA APONTE

IVONNE ALEJANDRA JIMÉNEZ JIMÉNEZ

Corrección de Estilo

EDM comunicaciones

Diseño y diagramación

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

Impresión

CTP All solutions S.A.S

Fotografía de la carátula

Alex González Flórez- Encuestador
Puerto Carreño – Vichada

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN ENDS 2015	7
CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	10
CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y LA POBLACIÓN	14
CARACTERÍSTICAS GENERALES Y SITUACIÓN DE MUJERES Y HOMBRES	23
MIGRACIÓN	30
MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	34
FECUNDIDAD	37
FECUNDIDAD ADOLESCENTE	40
ANTICONCEPCIÓN: CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS	43
NUPCIALIDAD Y EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EMBARAZO	48
PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD Y DEMANDA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES Y HOMBRES	54
SALUD MATERNA	59
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER	65
CONOCIMIENTO DE ITS Y DEL VIH/SIDA: FORMAS DE PREVENCIÓN	71
VIOLENCIAS DE GÉNERO	78
ROLES DE GÉNERO, IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL	86
EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD	92

ENDS
COLOMBIA
2015

RESUMEN EJECUTIVO

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD – ENDS - 2015

El presente documento es un resumen en el que se extraen los principales hallazgos del análisis hecho por el equipo de investigación de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015.

La ENDS 2015 hace parte del Sistema Nacional de Encuestas y estudios Poblacionales para la Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Los estudios poblacionales del Sistema se definen como investigaciones para la salud que se ocupan del análisis de grupos poblacionales en función de sus relaciones económicas o socioculturales, con una descripción demográfica y epidemiológica, valorando los factores sociales, culturales, económicos y políticos que pueden modificar la composición de los grupos estudiados.

La ENDS 2015 es referente para el monitoreo de las metas propuestas en la Dimensión de Sexualidad y Derechos del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021; para el seguimiento del cumplimiento de los objetivos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014; así como de los compromisos adquiridos en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo para América Latina y el Caribe 2013; y los Objetivos de Desarrollo Sostenible a implementar a través de una agenda que se desarrollará durante los próximos 15 años.

La ENDS 2015 se hizo en tres fases, a través de un convenio marco de cooperación suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, y con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Onu Mujeres Colombia y The Open Society Foundation.

Objetivo general

El objetivo general de la ENDS 2015 es establecer los cambios demográficos de la población colombiana ocurridos en los últimos cinco años (2010 – 2015), y obtener información actualizada

sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil.

Objetivos específicos

- Identificar los cambios en la estructura poblacional del país en los últimos cinco años y las actuales características socioeconómicas de la población colombiana.
- Establecer las actuales condiciones habitacionales de las viviendas y la composición de los hogares colombianos.
- Establecer las características sociodemográficas de mujeres y hombres en edad reproductiva con énfasis en el acceso a la educación y a los servicios de salud de la población colombiana.
- Estimar los niveles de migración interna e internacional, y las características de los emigrantes, así como los motivos de la emigración.
- Estimar los niveles de mortalidad infantil y adulta a partir de preguntas sobre la sobrevivencia de las hermanas de las personas entrevistadas.
- Establecer la variación de los determinantes próximos (edad de la primera relación sexual, edad de la primera unión, uso de métodos anticonceptivos y tipo de unión) de la fecundidad de las mujeres de 13 a 49 años y los hombres de 13 a 59 años.
- Establecer los niveles de exposición al riesgo del embarazo y de la infertilidad postparto.
- Establecer la necesidad de métodos anticonceptivos para las mujeres unidas y para las mujeres no unidas sexualmente activas.
- Determinar los niveles y tendencias del uso de los servicios de salud materno e infantil.
- Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con el autoexamen de seno, la citología vaginal, la mamografía, el examen de próstata y autoexamen testicular.
- Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida.

- Estimar los niveles de violencia psicológica, económica, física y sexual contra las mujeres y hombres, y determinar los niveles de tolerancia a las violencias de género.
- Medir los niveles de autonomía de las mujeres y de los hombres en la toma de decisiones en el hogar, del cuidado de su salud, del manejo de su dinero y sobre la vivencia de su sexualidad; así como establecer inequidades entre mujeres y hombres en cuanto a sus conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Evaluar la participación y percepción de las mujeres en edad fértil (13 a 49 años) y de los hombres de 13 a 59 años sobre la educación integral de la sexualidad.

Metodología

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 se aplicó en una muestra representativa de mujeres de 13 a 49 años, y de hombres de 13 a 59 años.

Muestra

La ENDS 2015 se desarrolló en una submuestra de la Muestra Maestra de Hogares para Estudios en Salud que fue diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar

un enfoque integral y de complementariedad desde el punto de vista temático y de las poblaciones objeto de investigación, en términos de representatividad y desagregación similar de los resultados de los estudios del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud. La Muestra Maestra de Salud, es probabilística, de conglomerados, estratificada y polietápica, y a partir de ella se seleccionan las submuestras probabilísticas requeridas por los diferentes estudios.

El universo de estudio para la ENDS está constituido por la población civil, no institucionalizada, de 13 a 69 años, de las zonas urbanas y rurales de 1,122 municipios de 32 departamentos de Colombia y Bogotá D.C. Para su selección se utilizó como marco muestral el Censo de Población y Vivienda de 2005.

La encuesta efectiva se llevó a cabo en una submuestra probabilística de hogares en la que se identificaron 92.799 personas elegibles para encuesta individual (52.479 mujeres de 13 a 69 años y 40.300 hombres de 13 a 69 años), provenientes de 44,614 hogares urbanos y rurales de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 295 municipios agrupados en 258 Unidades Primarias de Muestreo (UPM), de los 32 departamentos del país y Bogotá. El total de segmentos efectivamente trabajados fue de 4,878, de los cuales el 74 por ciento pertenecen a la cabecera y el 26 por ciento son rurales.

Departamentos y ciudades en la clasificación de regiones y subregiones en 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010.

Región	Subregiones en 2005, 2010 Y 2015	Subregiones en 1995 y 2000	Subregiones en 1990
Atlántica	Guajira, Cesar, Magdalena	Ídem	Ídem
	Barranquilla (Área Metropolitana), Atlántico sin Barranquilla		
	San Andrés, Bolívar Norte	Atlántico, Bolívar Norte	Atlántico
	Bolívar Resto, Sucre, Córdoba		Bolívar, Sucre, Córdoba
Oriental	Santanderes	Ídem	Ídem
	Boyacá, Cundinamarca, Meta	Ídem	Ídem
Bogotá	Bogotá (sin Soacha)	Bogotá (con Soacha)	Ídem
Central	Medellín (Área Metropolitana)	Ídem	Ídem
	Antioquia sin Medellín	Ídem	Ídem
	Caldas, Risaralda, Quindío	Ídem	Ídem
	Tolima, Huila, Caquetá	Ídem	Ídem
Pacífica	Cali (Área Metropolitana)	Ídem	Ídem
	Valle del Cauca (sin Cali y sin Zona Costera)	Ídem	Valle del Cauca (sin Cali)
	Cauca y Nariño (sin la Costa Pacífica)	Ídem	Chocó, Cauca, Nariño
	Litoral Pacífico: Chocó; Zona Costera del Valle, Cauca y Nariño	Ídem	na
Orinoquía y Amazonía	Arauca, Casanare, Guainía, Vichada, Amazonas, Putumayo, Guaviare, Vaupés	na	Ídem

Nota: En la presentación de resultados en 1990, Cali y Medellín no se mostraron por separado.
na = No aplica

Cobertura

En los hogares encuestados se encontraron 44,733 mujeres elegibles de 13 a 49 años y se logró la encuesta de 38,718 para una tasa de respuesta del 86.6 por ciento. Al igual que en las encuestas de hogar, la menor tasa de respuesta de mujeres está en Bogotá (74.6%) y la mayor en la región de Orinoquía y Amazonía (90.1%). También se encontraron 47,889 hombres elegibles de 13 a 59 años de edad y se hizo la encuesta a 35,783 para una tasa de respuesta del 74.7 por ciento. En con-

cordancia con los resultados anteriores, Bogotá presentó la menor tasa de respuesta de hombres (56.6%) y la Orinoquía y la Amazonía la mayor (81.4%).

En la muestra de hogares fue posible identificar 14,741 mujeres entre 50 y 69 años de las cuales fue posible entrevistar a 13,761 para una tasa de respuesta del 93.4 por ciento. Por su parte, en la muestra se identificaron 5,147 hombres entre 60 y 69 años de edad y fue posible hacer la encuesta individual a 4,517 para una tasa de respuesta del 87.3 por ciento.

Número de hogares, número de entrevistas y tasas de respuesta, según zona y región de residencia, Colombia 2015

Característica	Zona		Región						Total
	Urbana	Rural	Atlántica	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Orinoquía y Amazonía	
Entrevistas de hogar									
Hogares seleccionados	44,012	14,996	13,600	8,705	4,737	14,391	9,195	8,380	59,008
Hogares ocupados	39,362	12,621	12,273	7,441	4,409	12,587	7,919	7,354	51,983
Hogares entrevistados	32,936	11,678	10,388	6,469	3,069	10,947	7,022	6,719	44,614
Tasa de respuesta de hogares	83.7	92.5	84.6	86.9	69.6	87.0	88.7	91.4	85.8
Entrevista de mujeres de 13 a 49 años									
Mujeres elegibles	34,041	10,692	11,228	6,090	3,176	10,104	7,054	7,081	44,733
Mujeres entrevistadas	30,656	8,062	8,278	6,615	6,640	9,560	6,657	969	38,718
Tasa de respuesta	85.2	90.9	87.7	86.1	74.6	86.2	87.4	90.1	86.6
Entrevista de mujeres de 50 a 69 años									
Mujeres elegibles para detección temprana de cáncer	11,422	3,319	3,563	2,151	1,060	4,035	2,227	1,705	14,741
Mujeres entrevistadas para detección temprana de cáncer	10,645	3,116	3,327	2,025	925	3,795	2,065	1,624	13,761
Tasa de respuesta	93.2	93.9	93.4	94.1	87.3	94.1	92.7	95.2	93.4
Entrevista de hombres de 13 a 59 años									
Hombres elegibles	34,756	13,133	12,439	6,849	3,460	10,702	7,190	7,249	47,889
Hombres entrevistados	27,252	8,531	7,641	6,225	5,993	8,898	6,141	885	35,783
Tasa de respuesta	72.5	80.7	74.7	73.0	56.6	76.2	76.2	81.4	74.7
Entrevista de hombres de 60 a 69 años									
Hombres elegibles para detección temprana de cáncer	3,521	1,653	1,265	807	284	1,446	766	606	5,174
Hombres entrevistados para detección temprana de cáncer	3,015	1,502	1,081	707	214	1,269	673	573	4,517
Tasa de respuesta	85.6	90.9	85.5	87.6	75.4	87.8	87.9	94.6	87.3

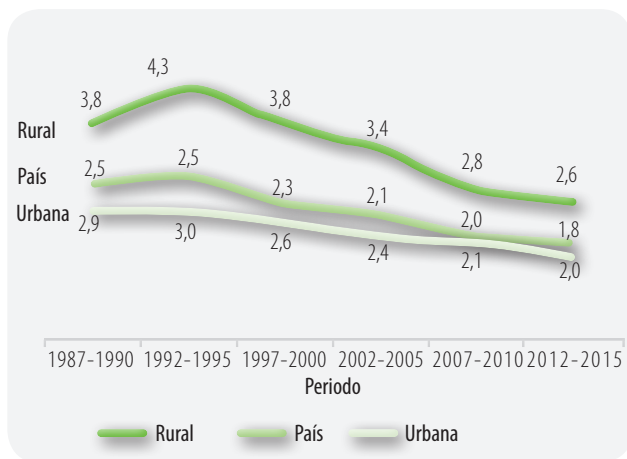
CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

Desde la década del 60, Colombia ha vivido un proceso acentuado de transición demográfica, con un descenso marcado de la mortalidad, principalmente infantil, y de la fecundidad.

Tendencias de la fecundidad

La reducción de la fecundidad es quizás el cambio más importante en el contexto de la transición demográfica que ha vivido el país, no solo por sus consecuencias sobre el crecimiento, sino también y, principalmente, por su incidencia en la transformación de la estructura por edad de la población. El descenso fue un poco más notorio en las zonas urbanas que en las rurales.

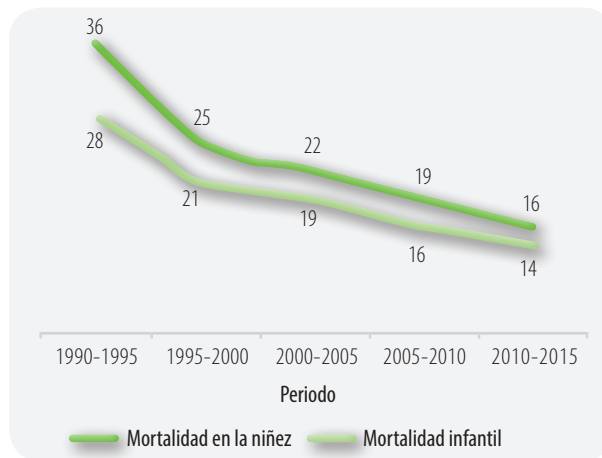
Tasas globales de fecundidad, 1990-2015



Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez

Los resultados de la ENDS 2015 indican que la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez continúan descendiendo. Aunque el ritmo de descenso ha disminuido, la reducción total en las dos décadas observadas es de magnitud apreciable: la Tasa de Mortalidad Infantil se ha reducido a la mitad desde el período 1990 hasta el período más reciente. La Tasa de Mortalidad en la Niñez ha descendido igualmente en el mismo lapso.

Tasas de mortalidad infantil y en la niñez, según las ENDS, 1995-2015



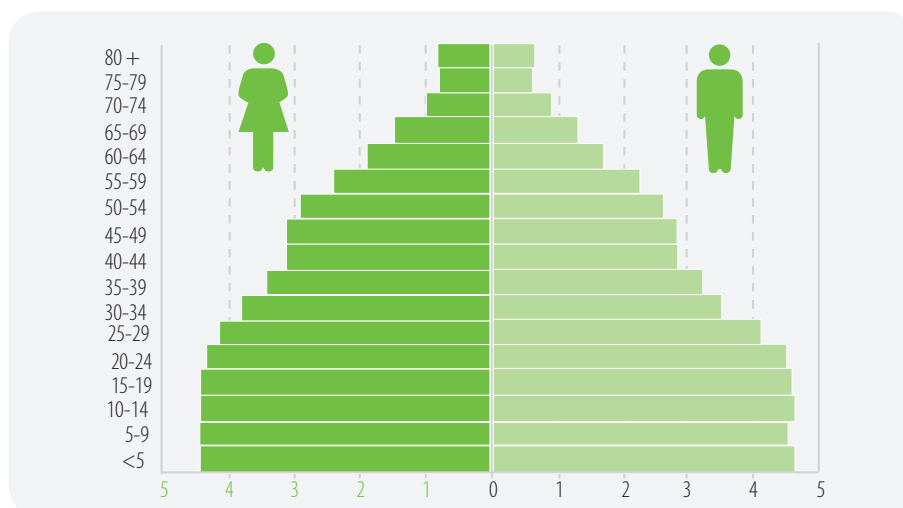
La estructura por edad de la población

La principal consecuencia de los cambios en los componentes de la dinámica demográfica, es el cambio en la estructura por edad de la población. Debido al descenso sostenido de la fecundidad se dan generaciones cada vez menos numerosas de personas, y este cambio se va transmitiendo como oleadas a medida que esas generaciones avanzan en su curso vital.

En Colombia, el 26.8 por ciento de la población total es menor de 15 años, el 65.7 por ciento está entre 15 a 64 años y un 7.4 por ciento tiene 65 o más años.

Frente a los datos de la ENDS 2010, la población menor de 15 años es ahora menor (era el 29% en ese año), mientras que la población activa y la población mayor aumentó (64% y 7% respectivamente). Así mismo también se estableció que actualmente en Colombia hay más hombres jóvenes menores de 15 años que mujeres, y que la población rural es más joven que la urbana, con un 31.5 por ciento de población menor de 15 años, frente a un 25.4 por ciento en la zona urbana.

Pirámide de población, Colombia 2015



De igual manera se destaca el estrechamiento de la base de la pirámide, que involucra a los grupos de 0 a 4 años hasta el de 20 a 24 años, el abultamiento de la población en edades activas y también el mayor envejecimiento de la población femenina frente a la masculina.

Tamaño de los hogares

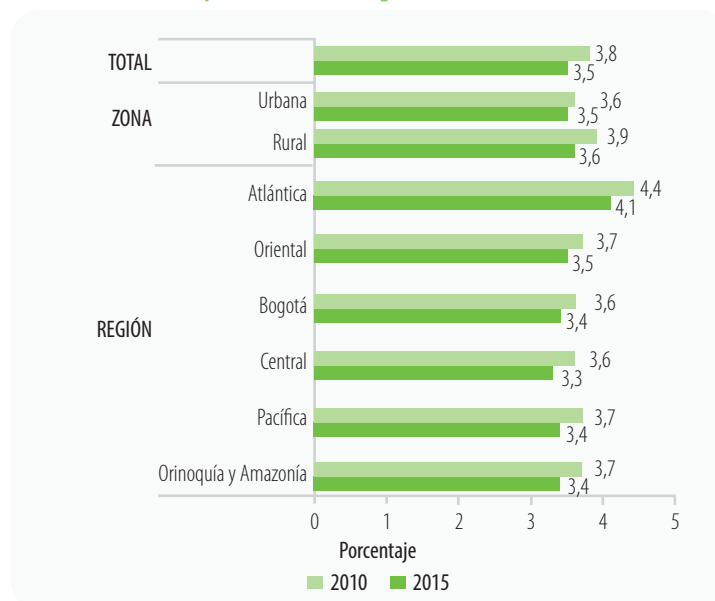
En Colombia, como en otros países de América Latina, se han identificado tendencias al descenso de los hogares con familias extendidas y compuestas, aumento de las parejas sin hijos y de los hogares sin núcleo conyugal, incremento de los hogares monoparentales especialmente los de jefatura femenina y aumento de arreglos de convivencia que no incluyen parentesco.

Para 2015 el 11.1 por ciento de los hogares es unipersonal, el 19.1 por ciento está constituido por dos personas, y el 23.3 por ciento por tres personas.

El cambio más notorio frente al 2010 es el incremento de hogares unipersonales. En 2010 eran el 9.5 por ciento, para el 2015 representan el 11.2%.

Asociado con el avance en la transición demográfica, principalmente con el descenso de la fecundidad, así como también con los cambios en la composición familiar, se viene observando un descenso marcado del tamaño de los hogares. El tamaño promedio de los hogares colombianos es de 3.5 personas por hogar.

Tamaño promedio de los hogares. ENDS 2010 - 2015

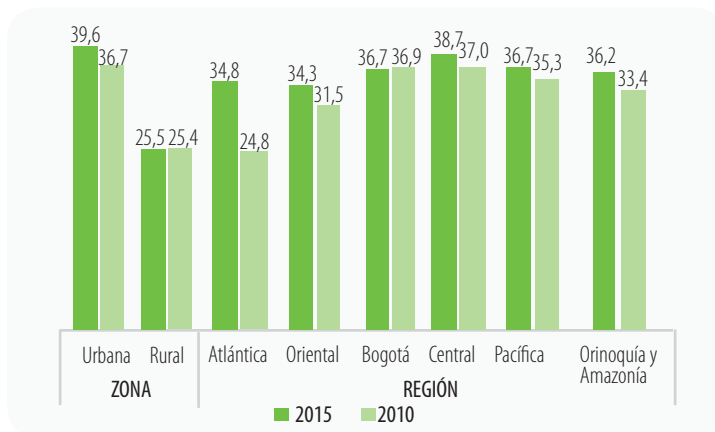


Jefatura femenina

El 36.4 por ciento de los hogares en Colombia tiene jefatura femenina. Se trata de un fenómeno más urbano que rural ya que

el 39.6 por ciento de los hogares en la zona urbana están en cabeza de una mujer, y en la zona rural es del 25.5 por ciento.

Jefatura femenina. ENDS 2010 - 2015

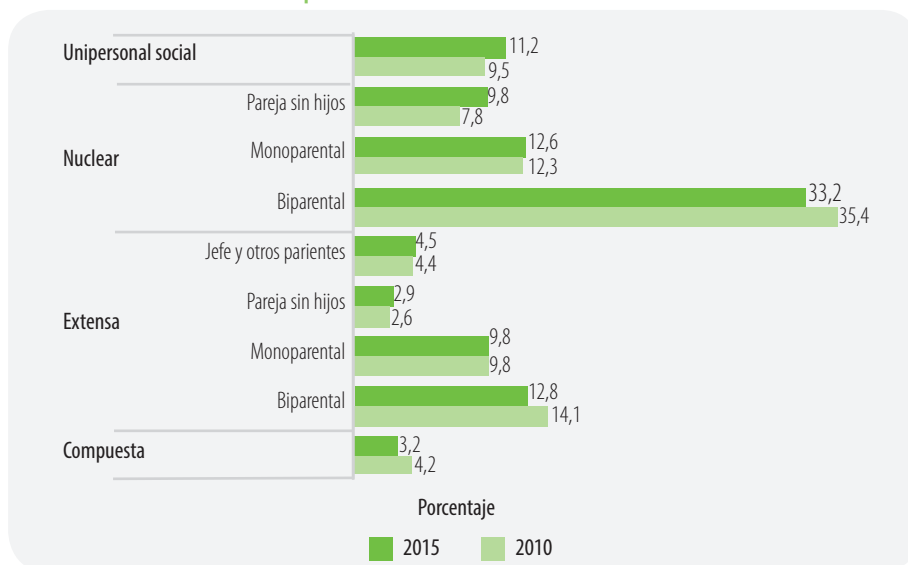


Tipos de familias

Respecto a los tipos de familia, se encontró que un tercio del total de los hogares del país (33.2%) está ocupado por familias nucleares biparentales (ambos padres e hijos), un 12.6 por ciento por nucleares monoparentales (falta el padre o la madre) y un 9.8 por ciento de ellas por parejas sin hijos; un 12.8 por ciento son ocupados por familias extensas biparentales

(pareja, más hijos solteros, otros parientes, hijos con pareja y/o con hijos); 9.8 por ciento son extensas monoparentales (el jefe o la jefe sin cónyuge con los hijos solteros o casados y otros parientes); 2.9 por ciento pertenecen a parejas sin hijos junto con otros parientes y en un 4.5 por ciento de los hogares del país vive el jefe con otros parientes.

Tipos de familia. ENDS 2010 - 2015



Los hogares unipersonales y los hogares ocupados por familias nucleares, principalmente los de familias nucleares biparentales, son más frecuentes en las zonas rurales, mientras que los hogares ocupados por familias extensas son más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales.

Grupos étnicos

De acuerdo con los resultados de la encuesta, un 14.4 por ciento de la población del país se auto reconoció como perteneciente a un pueblo indígena o como afrodescendiente.

En la población rural hay una proporción mayor población que se declara indígena (15.2%) frente a solo un 2.9 por ciento en la población urbana. Las regiones donde hay una mayor proporción de la población se declaró indígena son: Orinoquía y Amazonía (16.9% de su población total), seguida por la Atlántica (10.3% de su población) y la Pacífica (9.8%).

Por su parte, la región en donde una mayor proporción de su población se declaró afrocolombiana fue la Pacífica (25.8%), seguida de la Atlántica (7.9%) y la de Bogotá (5.4%).

Casi el 80 por ciento de indígenas pertenece a los quintiles bajo y más bajo de riqueza. La población afrocolombiana está un poco menos afectada por la pobreza: el 55 por ciento de ella pertenece a los quintiles bajo y más bajo de riqueza.

Derechos de los niños

Asistencia a programas de atención dirigidos a niñas y niños

El 48.4 por ciento de los niños y niñas menores de 6 años asisten a programas de atención a la primera infancia. Entre los que asisten, la mayor proporción, el 25.2 por ciento, lo hace a los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), le siguen en importancia los jardines preescolares privados (18.6%), los hogares Fami del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (16.3%) y los jardines preescolares oficiales (15.1%).

Más de la mitad de los niños y niñas menores de 6 años de la zona urbana (50.3%) asisten con mayor frecuencia a los programas públicos y privados de atención, en la zona rural asiste el 43.5 por ciento.

Entre las razones de no asistencia se destacan, el no contar con una institución cerca a la casa de los menores; el no conseguir cupo no cumplir con los requisitos para el ingreso

Razón para no asistir a una institución: menores de 6 años

Característica	No hay una institución cerca	No consiguió cupo	No cumple con los requisitos
Zona			
Urbana	1.7	4.0	5.3
Rural	32.8	3.7	4.5
Región			
Atlántica	12.9	4.3	5.1
Oriental	13.7	3.3	4.9
Bogotá	1.0	4.2	3.6
Central	16.4	3.0	8.1
Pacífica	6.4	4.5	2.5
Orinoquía y Amazonía	17.8	6.2	3.2
Quintil de riqueza			
Más bajo	34.8	3.9	4.3
Bajo	4.5	4.9	7.7
Medio	1.8	5.7	4.3
Alto	0.7	2.4	4.3
Más alto	1.5	1.4	4.1
Total	11.2	3.9	5.0

Registro civil

El derecho de las niñas y los niños a la identidad abarca los derechos al nombre, a la nacionalidad y a la familia; es la forma legal de demostrar que una persona existe jurídicamente como ciudadano pleno de derechos y deberes. Su carencia somete a los niños y niñas al riesgo de ser excluidos de servicios esenciales en salud y educación.

En 2005, cerca de un 3.5 por ciento de los niños menores de 5 años carecían de registro, con porcentajes mayores en zonas rurales con población dispersa y en zonas de frontera, en grupos indígenas y población desplazada. En 2015, un 1.4 por ciento de los niños menores de cinco años en Colombia no fueron registrados.

La causa más frecuente es la ausencia, abandono o no reconocimiento por parte del padre, que se presenta en el 23 por ciento de los casos. Le siguen en frecuencia que la madre está en recuperación (14.6%) y que los padres no tienen papeles (14.1%). La lejanía del sitio de registro y la falta de tiempo son dos problemas de acceso relacionados entre sí, cada uno con una frecuencia superior a 10 por ciento, pero que en conjunto serían la segunda causa del no registro (20.9%). También hay una frecuencia no menor de casos en que los padres consideran que el niño es muy pequeño (7.5%).

El porcentaje de niños no registrados es mayor en la zona rural (2.5%) que en la urbana (0.9%).

CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y LA POBLACIÓN

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 analiza las características socioeconómicas de los hogares y de las personas, como parte de los factores estructurales que intervienen en la determinación de inequidades en el estado de salud y de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Colombia.

El análisis se realiza bajo tres perspectivas: la primera se refiere al análisis de las condiciones de las viviendas; en un segundo abordaje se hace una aproximación al método de Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y en la tercera, las condiciones de las viviendas se combinan con la información sobre la posesión de bienes duraderos en el hogar, para producir la estratificación por quintiles de riqueza, que constituye el criterio básico de estratificación socioeconómica utilizado en las ENDS.

CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

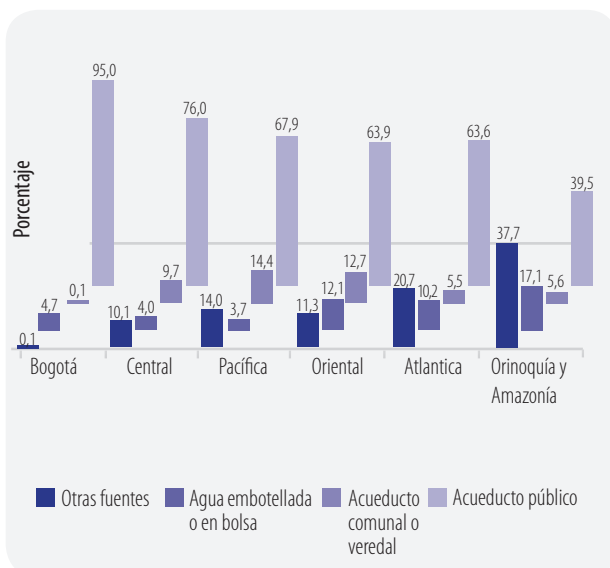
Acceso de los hogares a los servicios básicos y condiciones de las viviendas

Las condiciones físicas y la conexión con diferentes servicios proporcionan una visión básica de la situación socioeconómica de los hogares, de su calidad de vida, de las limitaciones de acceso a los servicios básicos que enfrentan y de la posible situación de vulnerabilidad frente a amenazas del entorno y riesgos de salud.

Fuente de agua para beber

El acueducto público es considerado como la fuente de agua de mejor calidad debido a que es objeto de un tratamiento completo de potabilización.

Fuente de agua para beber por región



El 88.9 por ciento de los hogares de las zonas urbanas del país viven en viviendas conectadas a acueducto público. Por el contrario, en las rurales solo un 15.7 por ciento de los hogares cuentan con esta fuente de agua potable.

Tipo de servicio sanitario

Los tipos de servicio sanitario más adecuados son los conectados al alcantarillado y pozo séptico, que son usados

por el 75.9 y 15.3 por ciento de los hogares del total del país, respectivamente. El sanitario conectado a alcantarillado es el más frecuente en las zonas urbanas, donde lo poseen el 93.6 por ciento de los hogares. En las zonas rurales, solo el 15 por ciento de los hogares dispone de conexión a alcantarillado y la mayoría, el 53.6 por ciento, utilizan pozos sépticos.

La cobertura de alcantarillado en Bogotá es casi universal, mientras en la región Atlántica solo un 60.8 por ciento cuenta con conexión a alcantarillado, por debajo incluso de la región Pacífica (68.3 %) y Orinoquía/Amazonía (70.9 %).

Eliminación de las basuras

La recolección periódica por un servicio de aseo es la forma más adecuada de disposición de las basuras. En el país, el 82 por ciento de los hogares cuentan con este tipo de servicio, que es característico de la zona urbana y por tanto tiene una cobertura casi universal en Bogotá y en el conjunto urbano del país. En las zonas rurales, solo una cuarta parte de los hogares (25.4%) tienen acceso a este servicio, mientras que otro 50.2 por ciento queman sus basuras y un 14.7 por ciento adicional utilizan formas tan precarias como botarlas sobre el terreno o en las corrientes de agua.

Combustible usado para cocinar

El tipo de combustible usado por los hogares puede clasificarse por sus impactos ambientales y por los riesgos que implica su uso al interior de las viviendas. En el país, el uso de energía eléctrica para cocinar, por su costo elevado, se ha reducido hasta llegar a ser marginal (2.3%). El 84.5 por ciento de los hogares colombianos usan gas natural; 62.8 por tubería y 21.7 por ciento usan pipetas de gas propano; un 11.7 por ciento de los hogares acude todavía al uso de leña, madera, carbón de leña o carbón mineral, combustibles altamente contaminantes, y se registra la eliminación del consumo del kerosene, petróleo, cocinol, etc., combustibles cuyo uso al interior de los hogares conllevaba grandes riesgos.

En las zonas rurales, el uso de gas por tubería continúa siendo limitado, (9.1% de los hogares) y casi la mitad de los hogares (47.9 %) tienen que acudir todavía al uso de leña, madera y carbón.

Tipo de vivienda ocupada por los hogares

La casa es el tipo de habitación más usual en las zonas rurales, con una frecuencia de más del 93 por ciento de los hogares, mientras la frecuencia de apartamentos es muy baja (3.5%). Por su parte, en las zonas urbanas, aunque también predominan las casas (60.5%), la diferencia es que los apartamentos alcanzan frecuencias mayores (36.4 %).

El 67.9 por ciento de los hogares viven en una casa, un 29 por ciento viven en apartamento y muy pocos (1.2 %) ocupan cuartos en inquilinatos.

Materiales principales de los pisos

Los materiales usados en los pisos se relacionan directamente con las condiciones higiénicas de los hogares y, de acuerdo con su durabilidad, tienen que ver con la situación de vulnerabilidad frente a los riesgos del entorno. En Colombia, el 59.8 por ciento de los hogares cuenta en sus viviendas con alguna de las tres categorías de materiales adecuados para los pisos (baldosa, vinilo y tableta ladrillo; mármol, o maderas pulidas y parqué) y casi otro tercio (30 %) con cemento o gravilla; solo un 6.1 por ciento mantiene pisos de tierra o arena y otro 4 por ciento utiliza maderas burdas y otros materiales vegetales.

Materiales principales de las paredes

Los materiales usados en las paredes guardan estrecha relación con la protección de los hogares frente a las condiciones del entorno. El 86.3 por ciento de hogares del país viven en construcciones con paredes de materiales más durables (bloque, ladrillo, piedra, madera). En las zonas urbanas el uso de materiales durables llega al 95.2 por ciento mientras que en las zonas rurales la frecuencia llega solo al 55.6 por ciento y continúan teniendo presencia considerable las viviendas de maderas burdas (19.4 %) y el conjunto de tapia pisada, adobe y bahareque revocado y sin revocar (20.9 %).

Número de cuartos para dormir

El porcentaje de hogares que cuentan con un solo cuarto para dormir en Colombia es 18.1 por ciento. El porcentaje de hogares que cuentan con un solo cuarto para dormir está por encima del promedio nacional en las zonas rurales y en las regiones Atlántica y Orinoquía y Amazonía; por el contrario, en esas mismas zonas y regiones, el porcentaje de hogares con dos o tres cuartos para dormir está bastante por debajo del promedio nacional.

El indicador de hacinamiento, que hace parte del Índice de Pobreza Multidimensional, ratifica que las zonas rurales, la región Atlántica y la región Orinoquía y Amazonía, son las que tienen un índice de hacinamiento mayor que el promedio nacional, pero entre ellas, la que sufre una peor situación es la región Atlántica.

Forma de tenencia de las viviendas

El total de viviendas propias (totalmente pagadas o en proceso de pago) constituye un 54.3 por ciento del total. La frecuencia de vivienda propia totalmente pagada es mayor (64.2%) en las zonas rurales que en las urbanas (44.5%), mientras que el arriendo es menos frecuente en las zonas rurales (9.9%) que en las urbanas (39.1%).

Bogotá es la única región en donde la frecuencia de la tenencia en arriendo (44.2%) supera a la de la propiedad (39%), tendencia frecuente en ciudades grandes.

Disponibilidad de bienes de consumo duradero

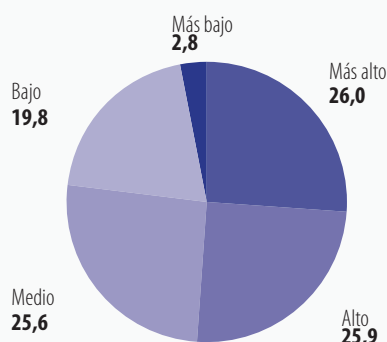
Los resultados de la ENDS permiten hacer un análisis complementario del grado de bienestar de los hogares con base en la posesión de bienes de consumo duradero que permiten suplir necesidades de orden menos básico como son las de comunicación (teléfono, radio, televisión, computador, Internet), de apoyo en las tareas del hogar (nevera, lavadora, microondas) y de movilidad y transporte (motocicleta, carro y bicicleta).

Se evidencia que la posesión de computador y el acceso a Internet son inferiores a lo deseable dadas las exigencias y el avance tecnológico actual. Cubren a menos de la mitad de los hogares (42.3% y 37.7% respectivamente).

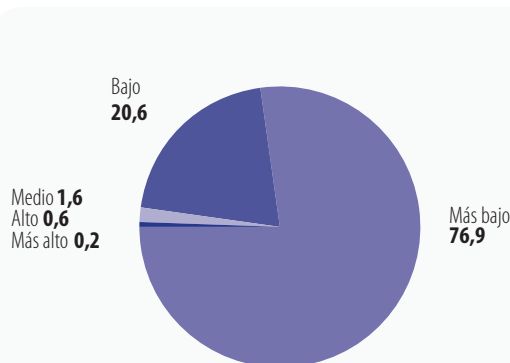
Los quintiles de riqueza

Para la clasificación socioeconómica de los hogares, en la ENDS 2015 se ha utilizado la metodología de quintiles de riqueza, desarrollada por el Banco Mundial y que viene siendo aplicada de forma regular en todas las encuestas de demografía y salud a nivel mundial. Con base en la posesión de bienes de consumo duradero en los hogares encuestados, que representan activos o riqueza y en combinación con ciertas características de las viviendas, la metodología asigna a cada residente del hogar un valor que lo gradúa en la escala de posesión de bienes y características positivas de su vivienda, para generar quintiles de bienestar o riqueza, es decir, cinco grupos con el mismo número de personas a nivel del total de país; de manera que cada grupo (quintil) representa un nivel más alto de cumplimiento de las características. Los quintiles están ordenados de menor riqueza (quintil 1) a mayor riqueza (quintil 5). En la medida en que el porcentaje de población en un quintil de una región sea mayor que 20 por ciento, quiere decir que hay una concentración de población mayor que el promedio o que lo esperado en ese quintil y viceversa.

Quintiles de riqueza zona urbana



Quintiles de riqueza zona rural



La población rural está concentrada casi en su totalidad (97.5%) en los dos quintiles de menor riqueza (más bajo y bajo), en tanto que en las zonas urbanas, en esos dos grupos se acumula solo el 22.6 por ciento de la población, y en cambio en estas zonas hay una concentración relativa en los dos quintiles de mayor riqueza (alto y más alto), cuya suma alcanza 51.9 por ciento.

Índice de pobreza multidimensional

La ENDS 2015 introduce por primera vez un nuevo criterio para la clasificación socioeconómica de los hogares y la población, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), desarrollado para Colombia por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el cual a partir de la información de características de la población y las viviendas, determina la privación en diferentes dimensiones del bienestar y los derechos.

La información de la ENDS permite obtener 14 de 15 indicadores contemplados en la definición, quedando excluido el indicador de desempleo de larga duración, para el que la ENDS no incluye información.

Las zonas rurales son las que tienen mayores privaciones relativas (comparadas con el promedio nacional) en casi todas las dimensiones del IPM. Las carencias más apremiantes son las que se presentan en el bajo logro educativo (82.2% de los hogares, frente a 48.4% del promedio nacional), las fuentes de aguas mejoradas (31.7% contra 9%), la eliminación de excretas (31.4% frente a 11.5%), en materiales inadecuados de los pisos (21.5% contra 6%), y en material predominante de paredes (69.1% frente a 18.6%).

Los dos únicos aspectos en que las zonas rurales no tienen privación relativa al total nacional son la informalidad del empleo y el aseguramiento en salud.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Asistencia a centros de enseñanza y nivel de educación

La educación juega un papel crucial como determinante de los comportamientos reproductivos y como el principal vehículo para que las personas y sus hogares puedan

superar los círculos de pobreza y exclusión. Junto con la anticoncepción, la educación es el principal determinante del cambio en el comportamiento reproductivo experimentado en el país en las últimas décadas, con claras implicaciones sobre el riesgo de embarazo, el uso de anticoncepción, la fecundidad, la mortalidad y la salud infantil.

Asistencia escolar de la población de 6 a 24 años

El porcentaje de población de 6 a 10 años que asiste a escuelas o centros de enseñanza regulares es de 97.3 por ciento. A medida que se avanza en la edad (y en los niveles de enseñanza), la asistencia disminuye.

La asistencia se reduce en más del 40 por ciento al pasar del grupo de 11 a 16 años al de 17 a 20 años, y en más del 23 por ciento al pasar de este al de 21 a 24 años en el promedio nacional.

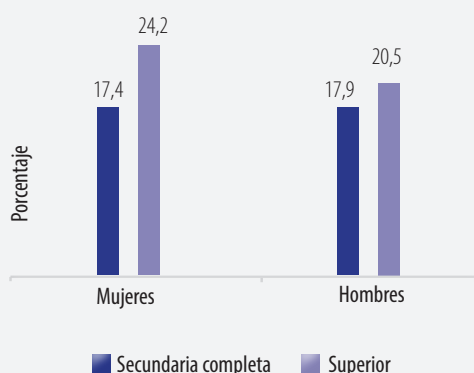
En la distribución por sexo se ratifica la ventaja relativa de las mujeres, ya usual en los indicadores educativos, puesto que hay una mayor asistencia de las niñas y mujeres jóvenes frente a los niños y jóvenes hombres en todos los grupos de edad considerados, tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

Nivel de educación de mujeres y hombres

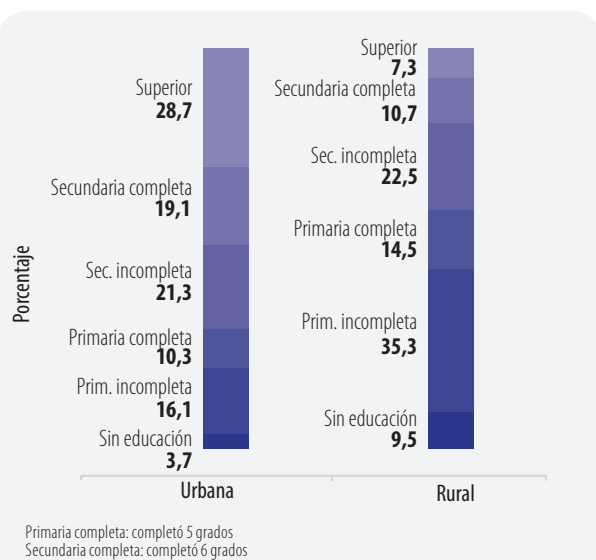
De la población masculina de 6 y más años, el 60.9 por ciento no ha alcanzado a completar la educación secundaria, y el promedio de años de educación que alcanza en su vida llega solo a 7.6. La proporción de población masculina que completa la secundaria es 17.9 por ciento y la que llega a la educación superior es el 20.5 por ciento.

El porcentaje que no alcanza a completar la secundaria es menor para las mujeres (57.9%) y, aunque el porcentaje de mujeres que tiene secundaria completa (17.4%) es prácticamente igual al de los hombres, el de quienes llegan a educación superior (24.2%) es mayor que el de los hombres; lo que se confirma con un promedio también superior (8.0) de años de educación.

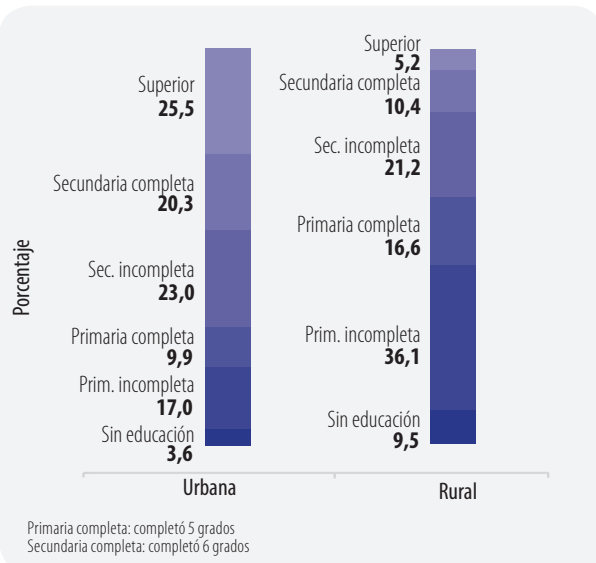
Nivel de educación por sexo



Población femenina según nivel educativo alcanzado por zona



Población masculina según nivel educativo alcanzado por zona



Diferenciales socioeconómicos y de género en los niveles educativos

La proporción de población femenina que no tiene educación es sustancialmente mayor en los quintiles bajos y disminuye marcadamente a medida que se avanza hacia los quintiles más altos. Lo mismo sucede con la proporción de población que solo alcanza hasta la secundaria incompleta. Por el contrario, las proporciones de mujeres que alcanzan los niveles más altos de educación, específicamente secundaria completa y educación superior, aumentan al pasar de quintiles bajos a quintiles altos de riqueza.

La proporción de mujeres con educación superior en los quintiles bajos es de solo un 4.7 por ciento, mientras que en los quintiles de riqueza altos llega al 46.2 por ciento (10 veces mayor).

En cuanto a los hombres, la proporción de quienes alcanzan la educación superior en el quintil más alto es 15 veces superior a la del quintil de riqueza más bajo, mientras que en el caso de las mujeres esa brecha es de 10 veces.

Diferencial urbano rural y por sexo de los niveles educativos

Las frecuencias de población que alcanzan niveles educativos que pueden considerarse bajos de acuerdo con las exigencias actuales (sin educación, primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa) son mayores en las zonas rurales que en las urbanas.

En las zonas rurales, el 81.8 por ciento de mujeres no ha alcanzado la secundaria completa; en las zonas urbanas, el porcentaje es de 51.4.

Por sexo, es claro el mejor nivel educativo de las mujeres en comparación con los hombres, tanto en las zonas urbanas como rurales y, además, los diferenciales urbano - rurales son más marcados en el caso de los hombres, sobre todo en el nivel superior, ya que los hombres que llegan a ese nivel constituyen el 5.2 por ciento en las zonas rurales y 25.5 por ciento en las zonas urbanas (5 veces más).

Diferenciales y tendencias por regiones y sexo en los niveles educativos

Bogotá tiene la menor proporción acumulada de mujeres que no han alcanzado la secundaria completa, con un 46.5 por ciento; mientras que la región Orinoquía y Amazonía tiene la mayor proporción acumulada de mujeres en dichos niveles (67%).

Situación opuesta se da en los niveles superiores de educación: Bogotá tiene las mayores proporciones de mujeres que completan la educación secundaria (20.9%) y que llegan a la educación superior (31.9%), mientras que en la Orinoquía y Amazonía se dan las menores proporciones de mujeres en estos niveles (14.9% y 17.9%).

En el caso de los hombres, los cambios con relación a 2010 si bien son un poco más moderados, también son sustanciales y en el mismo sentido: disminución de las proporciones en los menores niveles educativos y aumento en los niveles superiores. Regiones que tenían situación más rezagada en los niveles educativos han obtenido incrementos más sustanciales, lo que implica una reducción de las diferencias regionales.

Tasas de asistencia escolar, repitencia, deserción y extraedad

La ENDS 2015 recoge información sobre la población mayor de 6 años que está asistiendo a establecimientos de educación formal, pública o privada, en los diferentes niveles educativos. Las tasas de asistencia escolar se analizan según las tasas de asistencia bruta que se definen como el cociente entre el número total de estudiantes que asiste a un nivel educativo, sin importar su edad, y la población en la edad escolar correspondiente a ese nivel y las tasas netas de asistencia que son el porcentaje de la población en edad escolar que asiste al grado educativo que le corresponde según la edad establecida oficialmente para ese nivel.

Tasas de asistencia escolar para los grados primaria y secundaria

Las tasas brutas de asistencia para primaria son mayores en los quintiles de riqueza bajos y disminuyen sistemáticamente

a medida que se avanza hacia los quintiles de riqueza más altos, tanto para las mujeres como para los hombres.

Las tasas brutas de asistencia a la secundaria son mayores a medida que se avanza de los quintiles bajos a los quintiles altos; también en las zonas urbanas en relación con las rurales y sistemáticamente mayores las tasas de las mujeres que las de los hombres.

Tasas de repitencia escolar

La repetición de los grados escolares se opone al logro y a la progresión educativa, estimula el abandono y afecta la eficiencia y la calidad del sistema educativo.

El porcentaje de repitentes en el primer grado de primaria es el más alto (10.2% en el promedio nacional) pero tiende a bajar en los grados posteriores hasta ubicarse en un 3.1 por ciento en el grado quinto. Aumenta nuevamente y se mantiene elevado (por encima de 8%) en los tres primeros años de la secundaria y tiende a bajar hasta ubicarse en 4.6 por ciento en el grado 11 de secundaria.

El aumento entre 2010 y 2015 en la repitencia en el ciclo secundario afecta a las mujeres y a los hombres, pero más claramente a ellas, tanto en las zonas urbanas como rurales.

La repitencia de los hombres es sistemáticamente mayor que la de las mujeres en todos los grados, tanto de primaria como de secundaria. La repitencia, en todos los grados de primaria, es inferior en las zonas urbanas.

Tasas de deserción escolar para la escuela primaria y secundaria

Las tasas de deserción son un indicador muy importante de desempeño del sistema educativo. Tasas altas de deserción pueden relacionarse con factores como una valoración negativa de las reales oportunidades que el estudio proporciona frente al mercado de trabajo o con la necesidad de que las y los jóvenes y adolescentes trabajen para apoyar la economía de sus familias o pueden ser el efecto del embarazo y maternidad temprana, entre otros factores.

La deserción en secundaria se mantiene relativamente baja en los cinco primeros grados, pero acusa un gran salto en el grado once, donde afecta al 51.2 por ciento de los estudiantes.

La deserción afecta más a los hombres que a las mujeres, tanto en primaria como en secundaria (aunque el diferencial se invierte en los grados noveno y décimo).

Las tasas de deserción son mayores en las zonas rurales que en las urbanas, y este diferencial se acentúa en el grado quinto y en la secundaria.

La deserción afecta más a los estudiantes de los quintiles de riqueza más bajos.

Las tasas de extraedad escolar para la escuela primaria y secundaria

En este informe de la ENDS 2015 se incluye por primera vez el cálculo de las tasas de extraedad que dan cuenta del rezago educativo, es decir, el porcentaje de personas que están asistiendo a un nivel inferior al que les corresponde en razón de su edad.

Las tasas son sorprendentemente altas para el primer grado de primaria en el promedio nacional: un quinto (el 19.5 %) de los estudiantes de ese grado tienen una edad superior en dos años o más a la edad oficial.

El rezago escolar está claramente asociado a la situación socioeconómica de los hogares: a medida que se avanza de los quintiles de riqueza bajos hacia los más altos, el indicador disminuye.

El rezago escolar en el primer grado es mayor en las mujeres que en los hombres, pero a partir de allí es claramente superior en los hombres, aunque la diferencia se atenúa hacia el final del ciclo secundario.

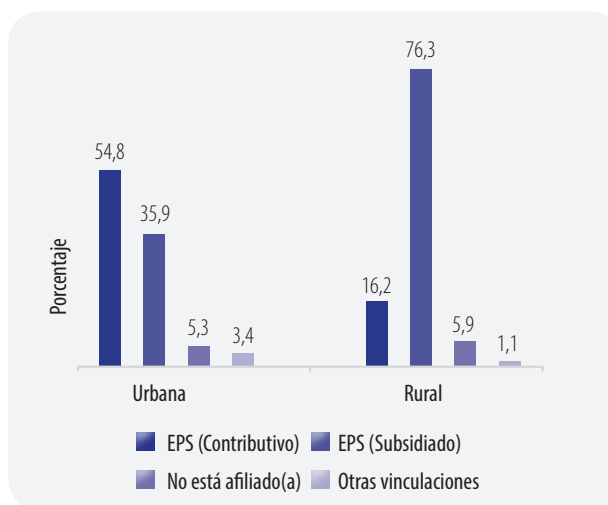
Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y tipo de afiliación

En 2015, la afiliación de la población total presente en los hogares al régimen contributivo ascendió moderadamente a un 45.9 por ciento y la afiliación al régimen subsidiado aumentó a 45.3 por ciento, mientras que el porcentaje de no afiliados bajó de más de 12 por ciento en 2010 a solo un 5.5 por ciento en 2015.

La afiliación al régimen contributivo se concentra en las edades activas (20 a 59 años) y menos en los menores de 20 y los mayores de 59 años. La afiliación al régimen subsidiado es característica de los menores (sobre el 50% para menores de 20 años) y en las personas mayores (sobre el 47% para la población de 70 y más años).

En el ámbito urbano se concentra la afiliación al régimen contributivo (54.8 %) y en el rural al régimen subsidiado (76.3%).

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por zona



Problemas de salud en el último mes y tipos de respuesta para tratarlos

El 9 por ciento de las personas de los hogares tuvieron problemas de salud en el mes anterior a la encuesta. Los hombres fueron más frecuentemente afectados.

Un 64.6 por ciento acudió a consulta con el médico, terapeuta o a institución de salud. La automedicación es la respuesta que sigue en frecuencia, con un 13.9 por ciento, después los remedios caseros con casi un 10 por ciento y las farmacias con un 8.5 por ciento; solo un 2.8 por ciento de la población que tuvo problemas de salud responde que no hizo nada al respecto.

El porcentaje de población de las zonas rurales que acude al médico o a una institución de salud (57.4%) es inferior en casi 9 puntos porcentuales al de las zonas urbanas (66.5 %).

Con excepción de Bogotá, el porcentaje de personas que se automedica es relativamente alto en todas las regiones, del 12.2 por ciento en la Central al 18.0 por ciento en la Atlántica.

Con relación a 2010, la frecuencia con la que la población acude al médico o institución de salud según sus problemas de salud se ha reducido (de 68% a 65%) y, como contrapartida, han aumentado las opciones de farmacia, remedios caseros y automedicación. La disminución de la opción de tratamiento institucional se observa tanto en las áreas urbanas como rurales y también para las mujeres y los hombres.

Razones de no solicitar o recibir atención médica

El 39.1 por ciento de las personas que no acudieron a atención médica ante sus problemas de salud adujeron razones personales y un 35.8 por ciento lo atribuyeron a razones de los servicios de salud. La distribución de los motivos es muy similar para las mujeres y para los hombres, salvo que son ellas quienes tienen más problemas relacionados con los servicios de salud, mientras ellos aducen con más frecuencia razones personales y económicas.

En la zona rural priman las razones de los servicios (41.4%) y en la urbana, las razones personales (41.4%). Los problemas económicos tienen un peso más marcado en las zonas rurales (15.9% frente a 3.2%), mientras que la falta de conocimiento y el no estar afiliado son motivos más frecuentes en las zonas urbanas.

DISCAPACIDAD

A partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, se reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” [...] de igual manera se reconoce la necesidad de promover “el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana” (ONU, 2006).

Niveles de dificultad para la realización de actividades

Los niveles de dificultad que tienen las personas para desarrollar nueve actividades relacionadas con las capacidades y habilidades básicas para su subsistencia, autocuidado y participación en el hogar y la comunidad se analizan en la ENDS 2015, de acuerdo con la escala de valoración propuesta por el DANE. En el nivel 1 la persona presenta una discapacidad total, sus condiciones le impiden llevar a cabo la actividad y requiere de ayuda y apoyo de terceros; en el nivel 2, hay una grave disminución en su capacidad para realizar la actividad y requiere un alto grado de apoyos aún usando ayudas técnicas; en el nivel 3, tiene alguna dificultad para realizar la actividad, pero puede realizarla por sí misma; en el nivel 4, la persona no tiene dificultad que afecte su capacidad para el desempeño de la actividad.

La ENDS 2015 evidenció que el mayor porcentaje de personas tiene dificultad para ver (6.3%) y en segundo orden para moverse o caminar (2.2 %); el 1.3 por ciento enfrenta dificultades para hacer las tareas diarias por problemas cardíacos, respiratorios o renales; el 1.1 por ciento tiene dificultad para oír; otro 1.1 por ciento para entender, recordar o tomar decisiones; el 1.0 por ciento tiene dificultad para coger o mover objetos con las manos, y menos del 1 por ciento tienen dificultad para hablar o conversar (0.8%) o relacionarse con los demás (0.7%) o para su autocuidado (0.7%).

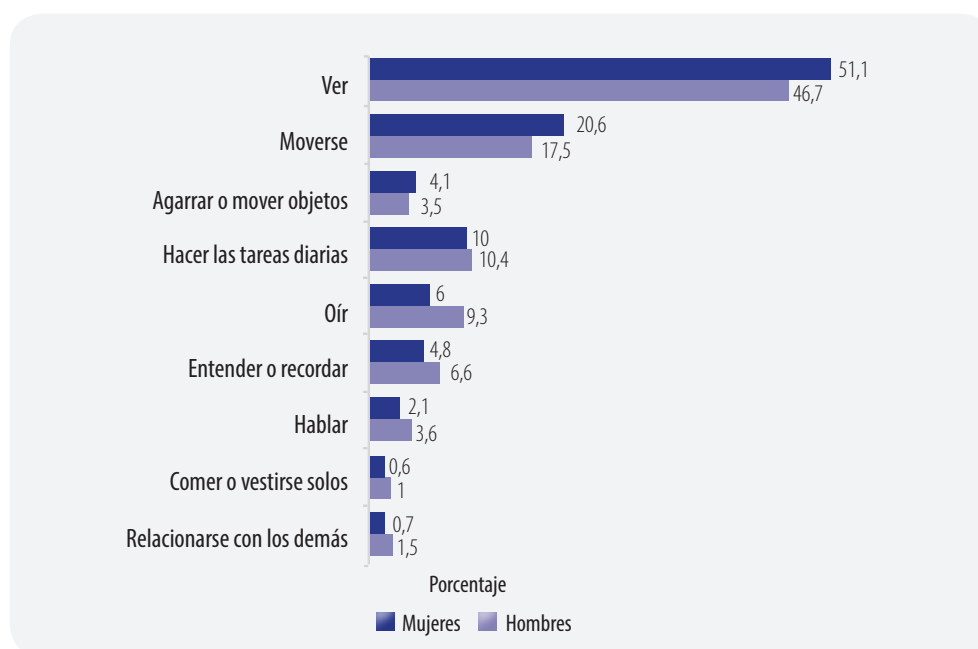
Los mayores porcentajes de personas con dificultades se encuentran entre las mujeres que tiene dificultad para ver (7.4%) y para mover el cuerpo (2.6%).

Salvo en el caso de la pérdida de la agudeza visual que afecta a las personas de todos los niveles educativos, se encuentran más personas con discapacidad en el menor nivel educativo.

Dificultad que más afecta el desempeño de las actividades diarias

La dificultad para ver (49.2%), para moverse o caminar (19.3%) y para hacer las tareas diarias por problemas cardiacos, respiratorios o renales (10.2%) son las que más afectan el desempeño de las actividades diarias del mayor porcentaje de personas con alguna dificultad.

Dificultades que más afectan en el desempeño de las actividades diarias por sexo



Barreras de acceso a los servicios de salud

El 51.3 por ciento de las personas con discapacidad encontró problemas en la prestación de los servicios de salud cuando acudió a consultas relacionadas con sus dificultades.

Los problemas de acceso relacionados con barreras en la disponibilidad de servicios en los centros de atención mencionados con mayor frecuencia son la falta de disponibilidad de profesionales de salud en los servicios (21.4%) y las dificultades para la entrega de medicamentos prescritos (8.5%).

Necesidad de ajustes razonables, apoyos o ayudas permanentes

El mayor porcentaje de personas con discapacidad necesita apoyos tecnológicos (59.7%). El 34.7 por ciento de las personas con discapacidad necesita permanentemente de medi-

camentos o terapias. La necesidad del apoyo permanente de otras personas es del 18 por ciento para el total de las personas con discapacidad.

Necesidad de apoyo permanente de otra persona

Lo más frecuente es que las personas con discapacidad recibieran el cuidado y apoyo de una mujer del hogar o de la familia (17.1%): la madre (4.9%), la hija (5.3%), la hermana (2.6%), otra familiar mujer (3.3%) o la abuela (1.0%).

No obstante, la mayor vinculación de las mujeres al mercado laboral y el cambio en las relaciones intrafamiliares aumentan la probabilidad de que los hombres participen en estas actividades; es así como en el 10.1 por ciento de los casos el cuidado de las personas con discapacidad está a cargo de un familiar hombre: padre (2.2%), hijo (3.5%), hermano (1.9%), otro familiar hombre (2.2%) o el abuelo (0.3%).

CARACTERÍSTICAS GENERALES Y SITUACIÓN DE MUJERES Y HOMBRES

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 se aplicó por primera vez un conjunto de preguntas sobre las características y comportamientos sexuales y reproductivos de los hombres, en esta ocasión se presentan también las características individuales de ellos y su análisis se realiza de manera comparativa, aportando de esa forma a la indispensable aplicación de una perspectiva de género con el fin de establecer las inequidades entre mujeres y hombres.

Características de las mujeres y hombres entrevistados

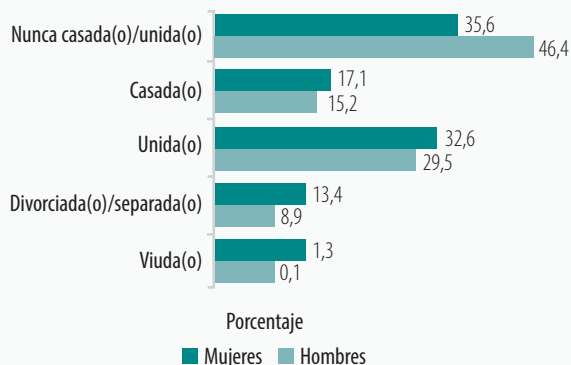
Se entrevistaron un total de 38.718 mujeres de edad reproductiva de 13 a 49 años y 35.783 hombres de 13 a 59 años de edad.

Para efectos de comparación en las mujeres, se muestran los resultados para el grupo de 13 a 49 años de hombres.

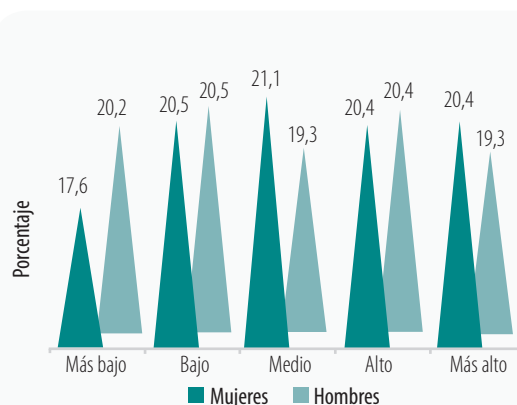
Edad

Dentro de la población de mujeres de 13 a 49 años, el grupo de 13 a 14 años constituye 6.2 por ciento del total y el grupo de 13 a 19 años (adolescentes y jóvenes), 22 por ciento del total. Dentro de la población de hombres de 13 a 49 años, el grupo de 13 a 14 años constituye el 6.6 por ciento del total y el grupo de 13 a 19 años 23.2 por ciento del total. Es decir, la proporción de adolescentes y jóvenes es superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

Estado civil por sexo



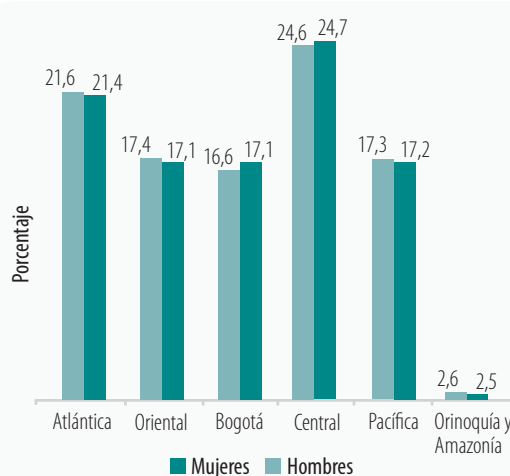
Distribución del quintil de riqueza por sexo



Distribución territorial

Las mujeres del área urbana representan 79.2 por ciento del total de mujeres y las del área rural, 20.8 por ciento.

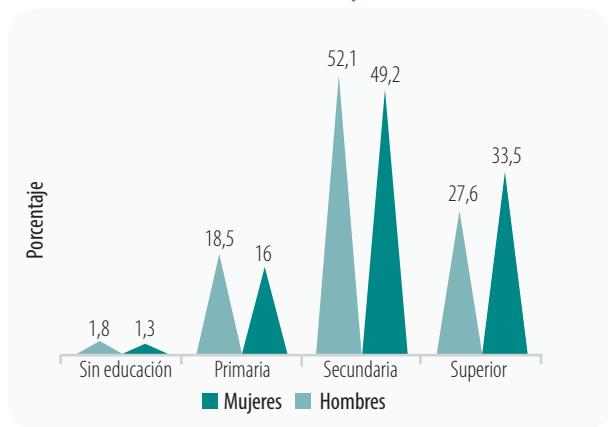
Distribución territorial por región



Nivel educativo

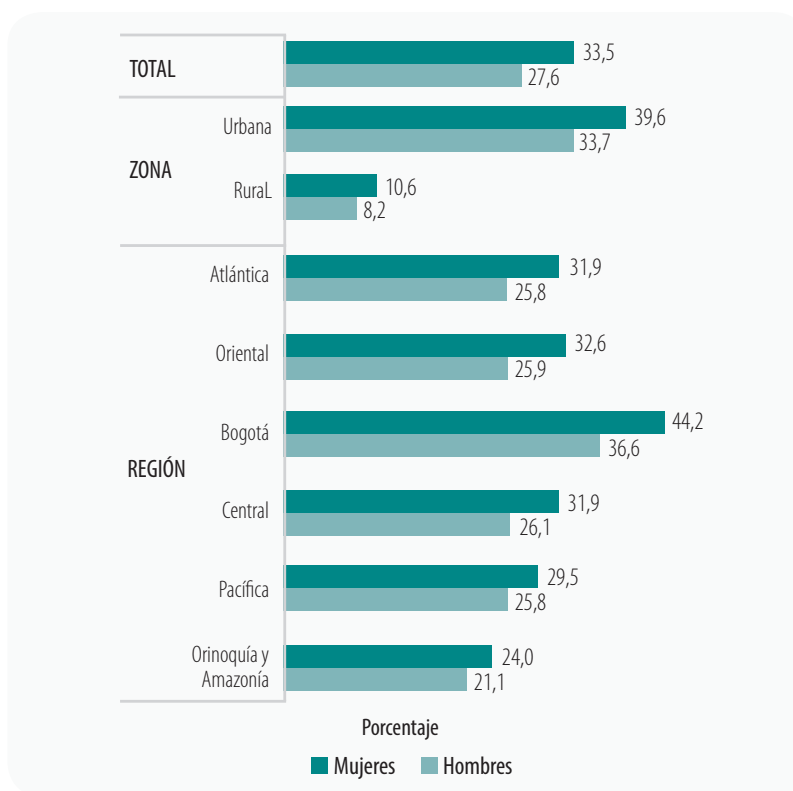
Después del uso de la anticoncepción, el nivel educativo de las mujeres se ha identificado como la variable que más ha influido en el cambio del comportamiento reproductivo en Colombia. Así mismo, el nivel educativo de los hombres también influye de manera importante en el cambio reproductivo.

Nivel educativo por sexo



La principal diferencia del nivel educativo de mujeres y hombres se marca por la proporción que llegan a la educación superior, 27,6 por ciento para los hombres, inferior en casi 6 puntos porcentuales a las de las mujeres.

Mujeres y hombres de 13 a 49 años con educación superior



Cambios en los niveles de mujeres de 15 a 49 años sin educación. 1990-2015

Lugar de residencia	ENDS					
	2015	2010	2005	2000	1995	1990
Urbana	0.6	1.0	1.6	2.0	1.9	2.7
Rural	4.3	4.2	6.6	7.8	9.5	8.5
Total	1.4	1.7	2.7	3.3	3.8	4.2

Educación y razones de abandono

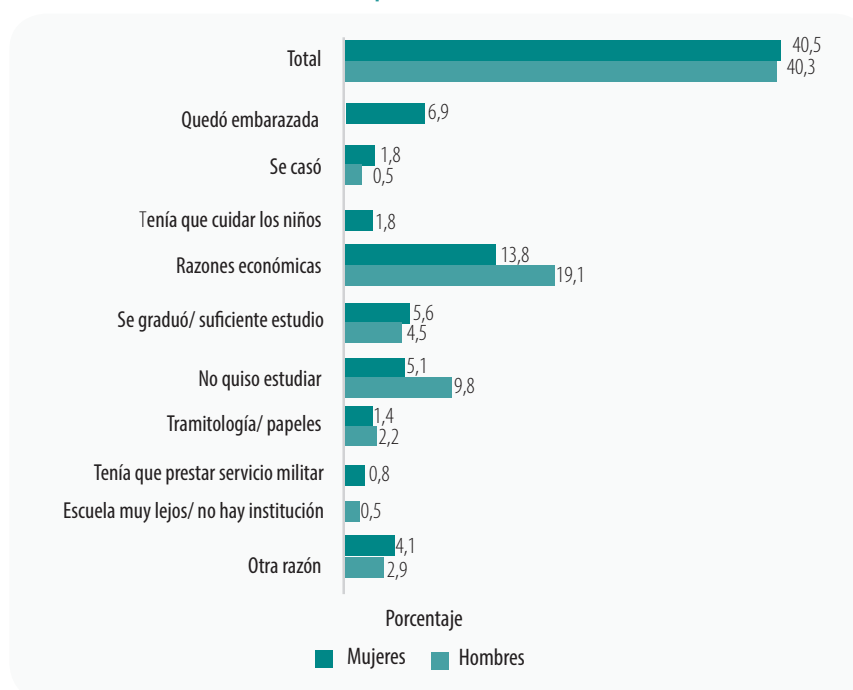
El cambio demográfico reciente ha llevado a una concentración de la población en el grupo de jóvenes en edad escolar secundaria y superior y en tránsito hacia el empleo, lo que confiere especial importancia para examinar las oportunidades que se les ofrecen y los obstáculos que enfrentan en el sistema educativo.

El 40.5 por ciento de las mujeres adolescentes y jóvenes de 13 a 24 años no está asistiendo actualmente a un establecimiento educativo. En el caso de los hombres adolescentes y jóvenes, el porcentaje de inasistencia escolar es 40.4 por ciento.

Por cada tres mujeres en edad escolar que asisten, hay dos que no lo hacen. El 59.5 por ciento de las mujeres adolescentes y jóvenes de 13 a 24 años está asistiendo actualmente a un establecimiento educativo mientras que el 40.5 por ciento no.

Los mayores índices de inasistencia o abandono (71.9%) se observan para las mujeres que ya alcanzaron la educación secundaria completa. Es un grado muy alto de inasistencia: casi tres de cada cuatro mujeres jóvenes que alcanzó este nivel no está estudiando. Esto constituye un indicador de las dificultades que enfrentan las jóvenes para entrar a la universidad.

Mujeres y hombres de 13 a 24 años que no asisten a institución educativa por razones de abandono



Nivel de alfabetismo

El alfabetismo es una condición educativa básica sin la cual las personas pueden estar sometidas a drásticas limitaciones para desempeñar tareas cotidianas simples, incluyendo las relacionadas con su propio cuidado, la nutrición de los hijos y el saneamiento de sus hogares.

El 82.7 por ciento de las mujeres colombianas ha alcanzado un nivel educativo de secundaria o superior y por tanto sabe leer y escribir. Otro 15.2 por ciento no ha alcanzado ese nivel, pero también saben leer y escribir y solo el 2 por ciento de las mujeres no sabe leer ni escribir. El analfabetismo de las mujeres del área rural es superior al de las mujeres del área urbana: 6.2 por ciento contra 0.9 por ciento.

El nivel de analfabetismo de los hombres de 13 a 49 años (3%) es superior al de las mujeres del mismo rango de edad. Es

mayor en la zona rural que en la urbana: 8.2 por ciento contra 1.3 por ciento.

Situación de empleo

La participación laboral es otro factor de reconocida importancia como determinante del cambio de los patrones reproductivos que se han dado en el país.

El 67.7 por ciento de las mujeres trabajó en los últimos 12 meses. De ellas, el 53.6 por ciento está trabajando actualmente y el 14.1 por ciento ya no lo hace.

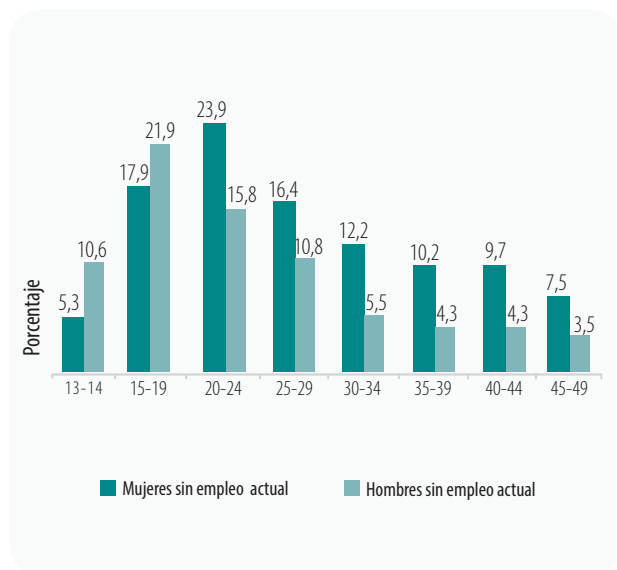
Comparando con la ENDS 2010, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que trabajó en los últimos 12 meses pasó de 66.3 por ciento en 2010, a 71.2 por ciento en 2015.

En relación con el nivel educativo, se ocupan más las mujeres con educación superior (68.9%) y aquellas con educación primaria (51.3%) y las que menos se ocupan son las mujeres con educación secundaria (44%), incluso menos que las mujeres sin educación (49%).

La proporción de hombres de 13 a 49 años que está trabajando actualmente, el 75 por ciento, es superior en un 40 por ciento al de las mujeres. La proporción de hombres que están desempleados actualmente (10.6%) es inferior a la de las mujeres en un 33 por ciento.

Con relación al nivel educativo, la mayor proporción de ocupados la tienen los hombres sin educación (92.5%), seguidos por los hombres con primaria (85.1%), mientras la menor proporción de ocupados la exhiben los que tienen secundaria (67.8%).

Situación de empleo por grupo de edad

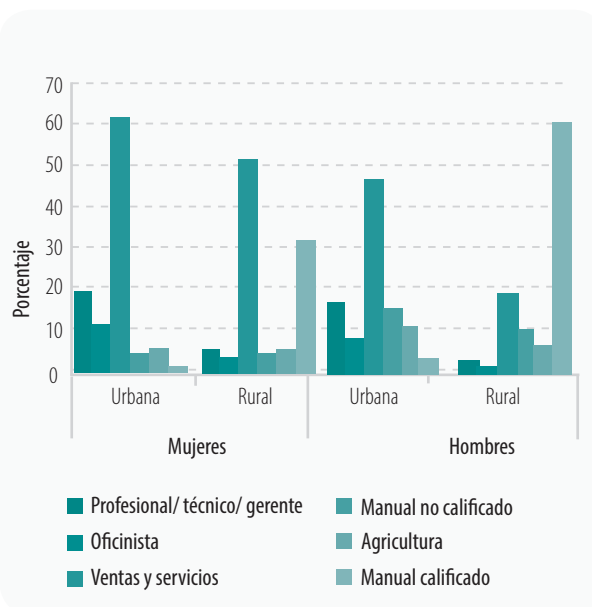


Tipo de ocupación

De las mujeres de 13 a 49 años que trabajaron en los doce meses anteriores a la encuesta, la mayor proporción, un 59.1 por ciento eran trabajadoras de ventas y servicios, seguido por un 16.7 por ciento que trabajaban como profesional, técnico o gerente, y un 9.8 por ciento que trabajaban como oficinistas.

Los hombres están con menos frecuencia ocupados en actividades de profesionales, técnicos y gerentes (13.5%), de oficinistas (6.1%) y en ventas y servicios (39.3%), mientras que tienen proporciones mayores en actividades manuales calificadas (14%), no calificadas (9.8%) y agrícolas (17.4%).

Mujeres y hombres que trabajaron en los últimos 12 meses según tipo de ocupación



En las mujeres, el cambio principal con relación a 2010 es el incremento de la proporción de profesionales, técnicas y gerentes (en 2010 era de 11.8%), lo que indica una mejora notable de la calidad del empleo. No obstante, también hay un incremento de las trabajadoras manuales no calificadas (de 1.7% a 4.8%), que indica una desmejora (de menor magnitud) de la calidad del empleo.

Solo las mujeres que tienen educación superior tienen opciones claras de trabajar como profesionales, técnicas o gerentes (38.1%) y como oficinistas (18.1%). En el otro extremo, las mujeres que no tienen educación o solo cuentan con primaria, son las que presentan proporciones mayores (26.7% y 21.5%) en actividades agrícolas.

En el nivel de educación influye de manera crucial en la proporción de hombres que se emplean como profesionales, técnicos y gerentes: la proporción de los hombres con educación superior que tiene esa ocupación llega al 38.6 por ciento, levemente superior a las de las mujeres de igual característica.

Es de destacar la dedicación temprana de los hombres adolescentes a las ventas y servicios de 13 a 14 años (47.6%) y de 15 a 19 años (49.1%) y a la agricultura de 13 a 14 años (36%) y de 15 a 19 años (23.5%).

Forma de remuneración

El 92 por ciento de las mujeres reciben la remuneración por su trabajo en forma de dinero solamente, el 4.6 por ciento lo recibe en dinero y en especie y a un 2.6 por ciento de ellas no le pagan por su trabajo.

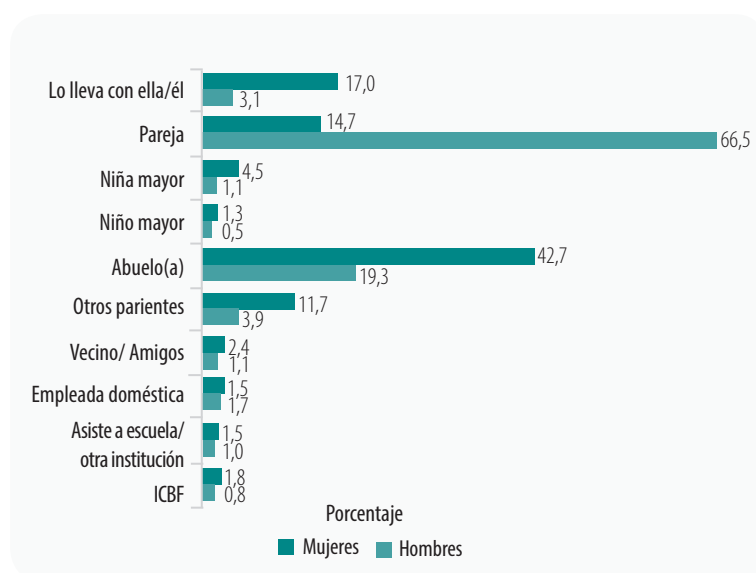
Las principales diferencias entre las mujeres y los hombres con relación a la remuneración son: las proporciones de hombres a los que les pagan solo en dinero son mayores sea trabajo agrícola o no agrícola, de la zona rural o urbana; frente a las proporciones de hombres a los que les pagan solo en especie o no les pagan son menores que en el caso de las mujeres; la mayor diferencia a favor de los hombres se presenta en el caso de remuneración solo monetaria en trabajo agrícola de la zona rural donde al 87 por ciento de

los hombres les pagan solo en dinero, frente al 70 por ciento de las mujeres.

Opciones de cuidado de los niños y niñas

El no disponer de opciones de cuidado de las niñas y niños menores, al momento de ausentarse del hogar, se puede convertir en un grave factor limitante para la participación económica de la pareja. Al mismo tiempo la necesidad puede forzar a la pareja a acudir a opciones de cuidado como los niños mayores del hogar o a vecinos y amigos, que son riesgosas desde varios puntos de vista, incluidos el riesgo de abuso sexual. Por ello, establecer opciones adecuadas de cuidado es un elemento clave dentro de las políticas tendientes a incentivar la participación económica y otras formas de participación de los miembros de los hogares.

Persona que cuida al menor de 6 años cuando la/el mujer/hombre se ausenta del hogar



La mayor proporción de las mujeres tiene que acudir a los abuelos independientemente de su estado conyugal, pero esa frecuencia es mayor cuando son solteras y menor cuando las mujeres están unidas.

Entre el cuidado de los niños y el quintil de riqueza hay dos relaciones claras: a medida que aumenta el quintil de riqueza, se acude más a los abuelos y a la empleada doméstica.

Decisiones sobre el uso del dinero

Las transformaciones en el comportamiento reproductivo que se han experimentado en el país tienen una indudable interrelación con el nivel de autonomía y de participación

que han alcanzado los miembros de los hogares, especialmente las mujeres. La autonomía y participación son aspectos muy vinculados a las concepciones de género predominantes.

El 64.5 por ciento de las mujeres entrevistadas que reciben dinero por su trabajo deciden solas como gastar el dinero que ganan, 33.9 por ciento toman la decisión junto con su pareja y en muy pocos casos interviene otra persona o decide la pareja.

El porcentaje de mujeres que deciden solas sobre los gastos viene descendiendo a través de las encuestas, en 2005 era el 90 por ciento y en 2010 el 76 por ciento.

En el caso de los hombres de 13 a 49 años, la decisión totalmente autónoma del gasto de su salario, es mucho menos frecuente (26.9%) que en el caso de las mujeres, la decisión compartida con su pareja es mucho más frecuente (67.4%) que en el caso de las mujeres, e incluso la frecuencia de casos en que la decisión la toma solo la pareja (5.3%) es mayor que en el caso de las mujeres.

Contribución al gasto de los hogares

El aporte de las mujeres a los gastos de sus hogares es muy importante: un 4.5 por ciento de las mujeres cubre todos los gastos de su hogar y un 46.3 por ciento cubre la mitad o más de la mitad.

El porcentaje de los hombres que aportan la mitad del gasto del hogar (24.5%) son mucho menores que en el caso de las mujeres, mientras que las proporciones de los que aportan todo el gasto del hogar (39.1%) son muy superiores al caso de las mujeres.

Control de los ingresos para contribuciones a gastos específicos del hogar

Cuando la mujer no contribuye a los gastos del hogar, en el 85.7 por ciento de los casos es ella sola la que decide sobre cómo gastar el dinero, pero en un 13.1 por ciento, comparte la decisión con su pareja. Cuando la mujer contribuye con todo el gasto del hogar, en un 66.5 por ciento de los casos es ella sola quien decide y en un 30.7 por ciento comparte la decisión.

En el caso de los hombres, cuando aportan todo, en una proporción del 27.1 por ciento, mucho menor que las mujeres,

deciden solo ellos sobre cómo gastar su ingreso en el hogar y en un 67.2 por ciento de los casos toman la decisión de manera compartida.

Participación en la toma de decisiones en el hogar

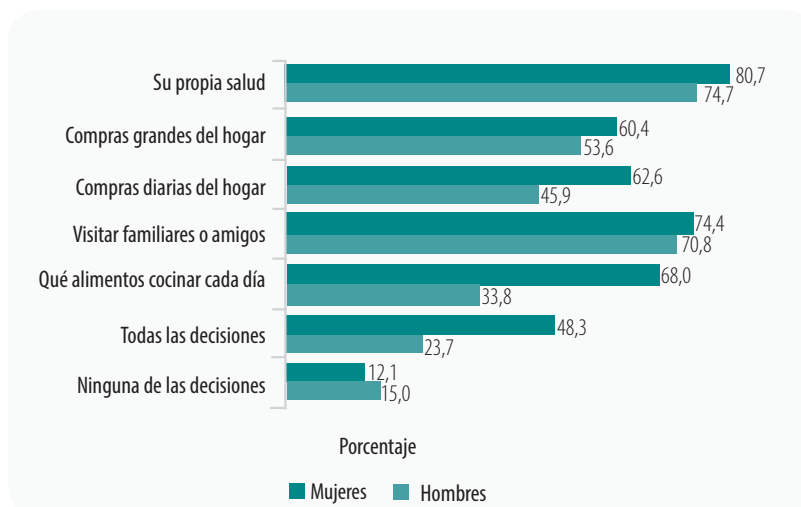
En las decisiones sobre la salud el 36.4 por ciento de las mujeres son autónomas, seguido por las decisiones sobre los alimentos que se cocinan cada día (31.9%) y el estudio (27.5%). Las decisiones que más consultan con la pareja son las relaciones sexuales (37%), las visitas familiares (30.2%) y las grandes compras del hogar (28.5%).

Las decisiones que con mayor frecuencia toman de manera autónoma los hombres son acerca de su propia salud (27%) y sobre el estudio (18.9%). Las que más consultan con su pareja son el tener relaciones sexuales (37.9%), las visitas familiares (32.2%) y las compras grandes del hogar (28.6%). Las decisiones que los hombres dejan con mayor frecuencia a su pareja son las que tienen que ver con qué cocinar cada día (21.1%).

Persona que tiene la última palabra en decisiones específicas del hogar

	Actualmente en unión			
	Entrevistada(o)		Pareja	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Su propia salud	36.4	27.4	2.7	4.1
Grandes compras del hogar	11.3	8.5	7.3	5.8
Compras diarias del hogar	18.7	6.4	5.5	12.0
Visitar familiares o amigos	13.5	7.3	3.1	3.2
Qué alimentos cocinar cada día	31.9	3.7	1.8	21.1
Estudiar	27.5	18.9	1.6	2.7
Tener relaciones sexuales	8.9	4.1	3.4	2.3

Mujeres y hombres que sola(o) o con alguien más tienen la última palabra en decisiones del hogar



Exigencia de certificaciones y despido durante el embarazo

Dos aspectos que han sido fuente de discriminación y maltrato contra las mujeres en el mercado laboral son la exigencia arbitraria de certificaciones y el despido durante el embarazo.

Edad y zona	Le exigieron prueba de embarazo	Le exigieron certificado esterilización	Le exigieron prueba de Sida	La despidieron estando embarazada
Grupo de edad				
13-14	0.7	0.0	0.0	0.0
15-19	7.5	0.4	1.7	0.5
20-24	27.5	1.9	6.8	2.4
25-29	37.3	2.1	9.7	2.7
30-34	42.0	2.5	9.8	4.0
35-39	37.0	2.8	8.2	4.3
40-44	37.2	2.5	9.3	4.0
45-49	32.5	2.8	6.0	3.8
Zona				
Urbana	37.0	2.5	8.5	3.3
Rural	12.9	1.0	4.0	2.3
Total	32.5	2.2	7.6	3.1

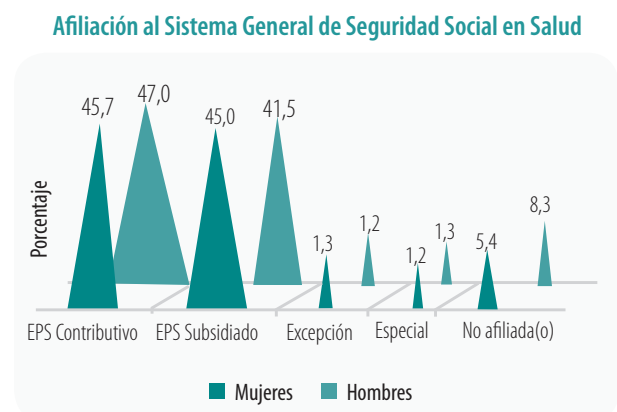
Al 32.5 por ciento de las mujeres que han trabajado alguna vez le exigieron prueba de embarazo, al 2.2 por ciento le solicitaron prueba de esterilización, al 7.6 por ciento le pidieron prueba de Sida y al 3.1 por ciento la despidieron cuando estaba embarazada.

La solicitud de pruebas y el despido durante el embarazo son más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales.

A medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, se incrementa la frecuencia con que les piden prueba de embarazo: de 6.1 por ciento a 44.2 por ciento.

Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud

La afiliación al sistema de seguridad social puede entenderse como un indicador aproximado del grado de formalización del trabajo.



El 45.7 por ciento de las mujeres de 13 a 49 están afiliadas al régimen contributivo, el 46 por ciento al régimen subsidiado. Los hombres de 13 a 49 años están afiliados con una frecuencia apenas un poco mayor al régimen contributivo, 47 por ciento y menos al régimen subsidiado, 41.5 por ciento. Sin embargo, el porcentaje de no afiliación es mayor para los hombres: 8.3 por ciento, que para las mujeres: 5.4 por ciento.

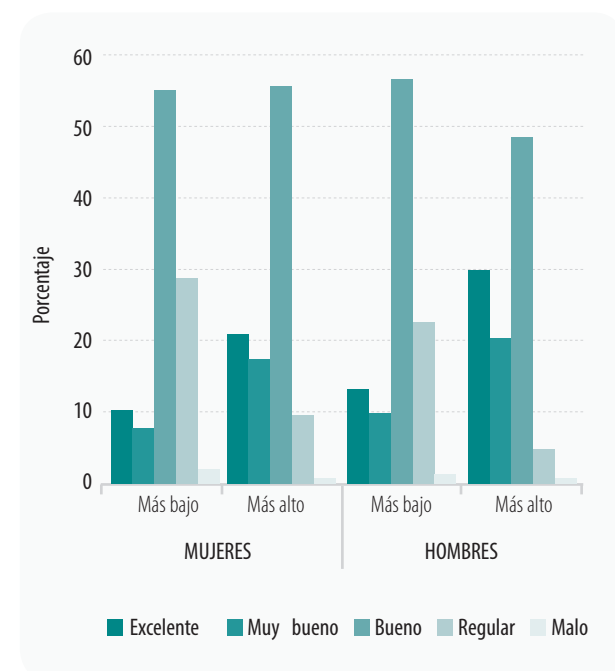
Tanto para las mujeres como para los hombres, los porcentajes de afiliación son mayores en la zona urbana que en la rural. En el caso de las mujeres, el porcentaje de no afiliación también es mayor en la zona urbana.

Percepción del estado de salud

La percepción de las mujeres sobre el estado de su salud es buena en un poco más de la mitad de los casos (54.1%), otro cuarto (26.7%) lo percibe como excelente o muy bueno; en el otro extremo, el 18.2 por ciento de las mujeres lo percibe como regular y una fracción muy pequeña, como malo.

En general, los hombres tienen una mejor percepción de su estado de salud: también un poco más de la mitad de ellos lo percibe como bueno (51.8%), pero más de un tercio (34.8%) lo percibe como excelente o muy bueno y menos proporción que las mujeres lo perciben como regular (12.7%).

Hombres y mujeres según percepción de su estado de salud por quintil de riqueza más bajo y más alto



MIGRACIÓN

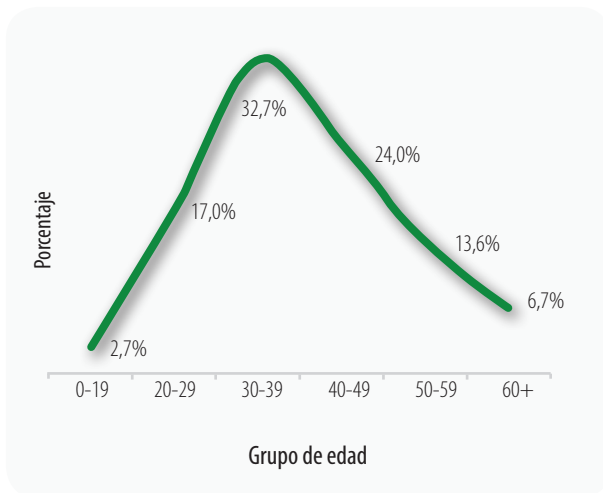
La migración interna e internacional se estudian en la ENDS 2015 como elemento indispensable del panorama demográfico, pero además, atendiendo a la relevancia que ha alcanzado recientemente la emigración internacional y otros fenómenos como el desplazamiento forzado por causa del conflicto armado interno.

Migración internacional

Características de los emigrantes internacionales

Se evidencia que más de la mitad de los emigrantes internacionales de Colombia son mujeres (56.6%) mientras que el 43.3 por ciento son hombres; el mayor porcentaje (32.7%) de migrantes tiene entre 30 y 39 años.

Emigrantes internacionales por grupo de edad



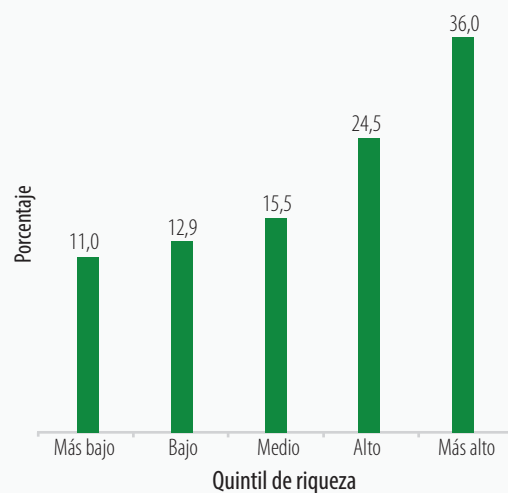
En cuanto a los países de destino, Estados Unidos es el país donde se encuentra la mayor proporción de población colombiana con un 24 por ciento, seguido de Venezuela 20.2 por ciento y España con 14.2 por ciento. También se encuentran emigrantes en otros países de Europa distintos a España 5.4 por ciento y Canadá 2.4 por ciento.

Emigrantes internacionales por país de residencia actual



La población de estratos más altos migra con mayor frecuencia que la de estratos más bajos; razón por la cual el 36 por ciento de los emigrantes provienen de hogares con un nivel de riqueza alto, mientras que un 11 por ciento proviene de hogares con el quintil de riqueza más bajo.

Emigrantes internacionales por quintil de riqueza



Origen de los emigrantes

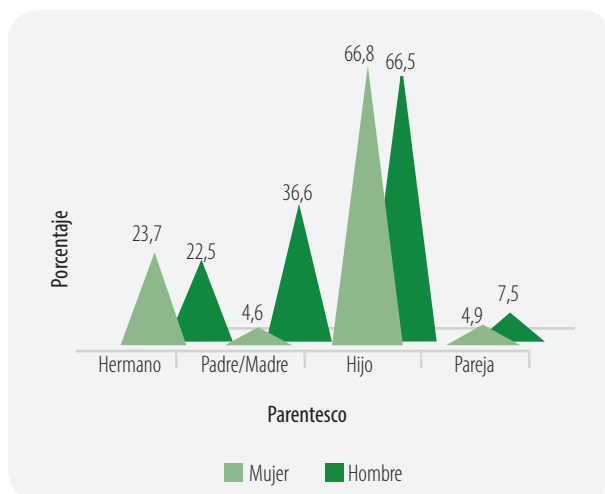
Las ciudades más grandes del país son los principales orígenes de los emigrantes: Bogotá, Cali y Medellín, mientras que de Orinoquía y Amazonía solo proviene un 1.3 por ciento. Los resultados son congruentes con la experiencia migratoria conocida de ciertas regiones del país, por ejemplo Cali y el eje cafetero son origen tradicional de emigración hacia Estados Unidos y los Santanderes de emigración a Venezuela.

El 87.3 por ciento de los emigrantes son de la zona urbana, mientras que el 12.7 por ciento son de la zona rural.

Relaciones familiares

La ENDS 2015 evidenció que el 66.6 por ciento de los emigrantes son hijos de los jefes del hogar, mientras que el 23.2 por ciento son hermanos del jefe de hogar y solo un seis por ciento son parejas del jefe de hogar.

Parentesco de la persona migrante con el jefe de hogar por sexo

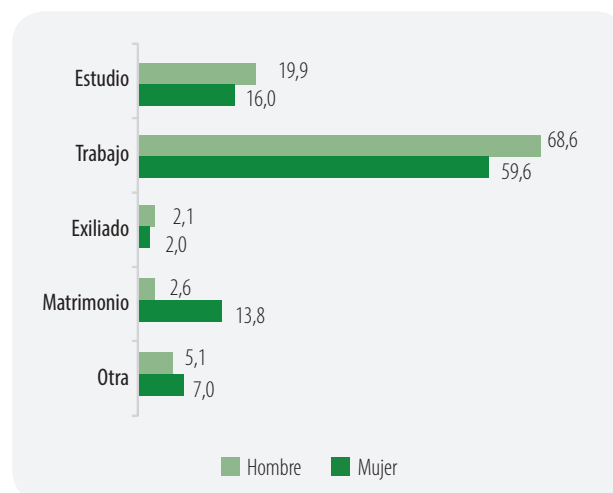


Razones para emigrar

Una de las principales razones por las cuales los colombianos han emigrado del país es por el trabajo con un 63.5 por ciento, y la frecuencia de emigración por motivo de estudio es del 17 por ciento.

Hay una proporción mucho mayor de las mujeres emigrantes que salieron con motivo del matrimonio (13.8%) frente a los hombres que corresponde al 2.6 por ciento. En cambio, proporciones mayores de hombres que de mujeres salieron para estudiar: 19.9 por ciento de los emigrantes hombres y 16 por ciento de las emigrantes mujeres, y para trabajar el 68.6 por ciento de los emigrantes hombres y 59.6 por ciento de las emigrantes mujeres.

Razones para emigrar



Aunque el trabajo es el principal motivo de la emigración desde todas las regiones de origen, llama la atención el motivo matrimonio en varias de las subregiones de la Costa Atlántica (14.6% en Guajira, Cesar, Magdalena y 18.2% en Barranquilla), los Santanderes (14.5%) y Amazonía y Orinoquía (14.4%).

Migración interna

A partir de la década de 1990 se ha agudizado el desplazamiento forzado interno, que ha alcanzado proporciones de desastre humanitario y ha significado un agudo desdoblamiento de las zonas rurales, abarcando también a los centros urbanos pequeños¹. También se ha detectado el incremento de la movilidad entre centros urbanos y el surgimiento de contracorrientes desde las grandes ciudades hacia los municipios de su entorno inmediato, debido a la pérdida de calidad de vida en las grandes ciudades.

Por su carácter muestral, los datos aportados por la ENDS 2015, solo permiten una mirada parcial del proceso migratorio interno², ya que se refieren solo a los inmigrantes en su lugar de destino con indicación muy general de su origen. Sin embargo pueden aportar algunos indicios sobre los cambios que se han producido en las características descritas.

Características de los inmigrantes

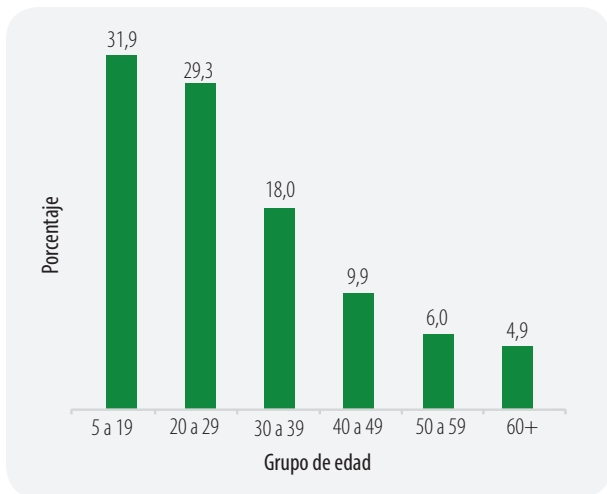
En el total del país, un 10.6 por ciento de la población de los hogares encuestados es clasificada como inmigrante reciente. De ellos, el 51.3 por ciento son mujeres y el 48.7

¹Según Alfonso, Oscar A. (2012), en 2012, 1034 municipios eran expulsores netos de población desplazada.

²No permiten elaborar matrices migratorias y por tanto no se obtienen datos de emigrantes desde un lugar ni, por supuesto, de migrantes netos.

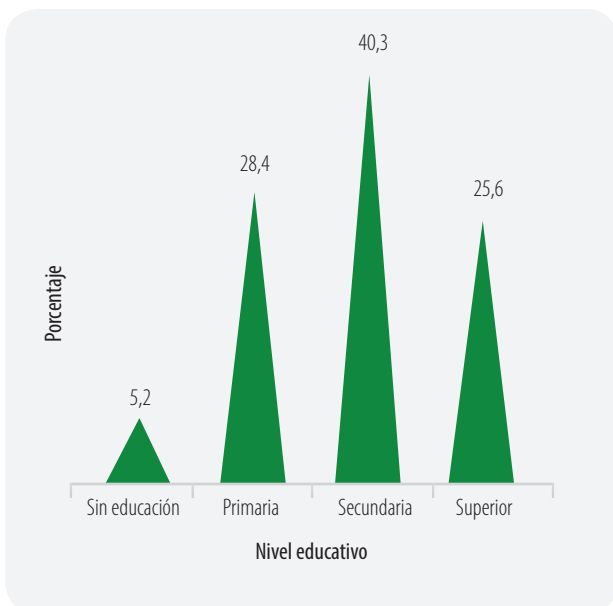
por ciento son hombres, lo que corrobora la tendencia a la feminización de la migración, para el caso de la migración interna.

Inmigrantes por grupos de edad



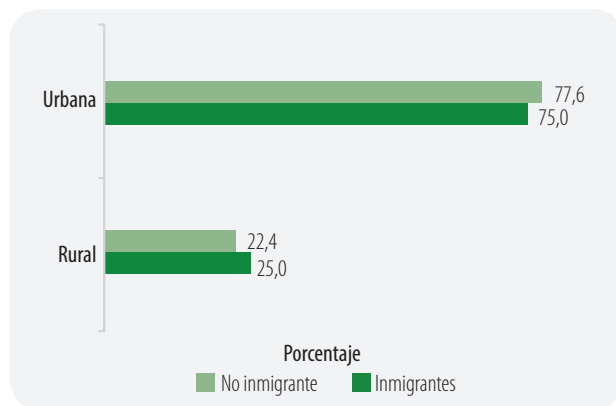
La mayor proporción de los inmigrantes están en las edades de 5 a 19 años (31.9%) y los porcentajes mayores de inmigrantes son acogidos en hogares de los quintiles de riqueza bajos (24.8%).

Inmigrantes por nivel educativo



El 65.9 por ciento de los inmigrantes captados en la encuesta tienen nivel educativo secundaria o superior.

Inmigrantes por zona



El 75 por ciento de los inmigrantes residen actualmente en las zonas urbanas y el 25 por ciento en las zonas rurales.

El mayor número de inmigrantes está en la subregión de Boyacá, Cundinamarca y Meta con un 15.8 por ciento, seguido de la Amazonía y Orinoquía con un 15 por ciento, mientras que se ha pronunciado una pérdida de atracción de las ciudades grandes, principalmente en Bogotá con un 6.3 por ciento.

Las áreas tradicionales de atracción interna se han modificado moderadamente, principalmente por la pérdida de atracción de varias de las ciudades (Bogotá, Medellín y Cali). Atracción que se ha trasladado a las subregiones que están en sus entornos geográficos más inmediatos. Centros de atracción como Barranquilla o el Eje Cafetero continúan activos.

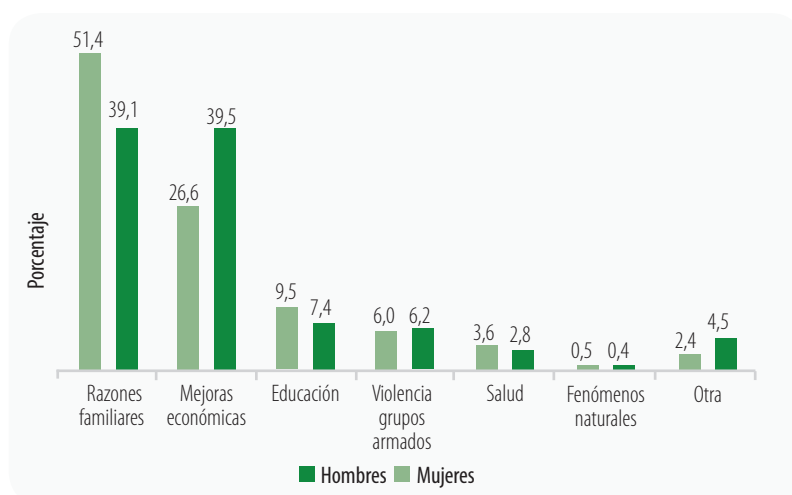
Razones para emigrar

El motivo principal que originó el movimiento de los inmigrantes captados por la ENDS 2015 son las razones familiares, 45.4 por ciento; seguido por la busca de mejoras económicas, 32.9 por ciento; la educación, 8.5 por ciento, y la violencia causada por los grupos armados 6.1 por ciento.

La mayoría de mujeres inmigrantes (51.4%) lo hizo por razones familiares, frente a la cifra de hombres inmigrantes (39.1%); mientras que una mayor parte de los hombres inmigrantes migró en busca de mejoras económicas (39.5%), frente a la de las mujeres (26.6%). Las razones de educación y de salud pesaron un poco más para las mujeres inmigrantes que para los hombres.

Las razones para migrar tienen relación con el nivel educativo y el quintil de riqueza. La población de estratos más altos migra con mayor frecuencia por motivos de estudio, la población más pobre migra con mayor frecuencia por motivos familiares, por fenómenos naturales y por la violencia de los grupos armados.

Inmigrantes nacionales por razón de migración según sexo



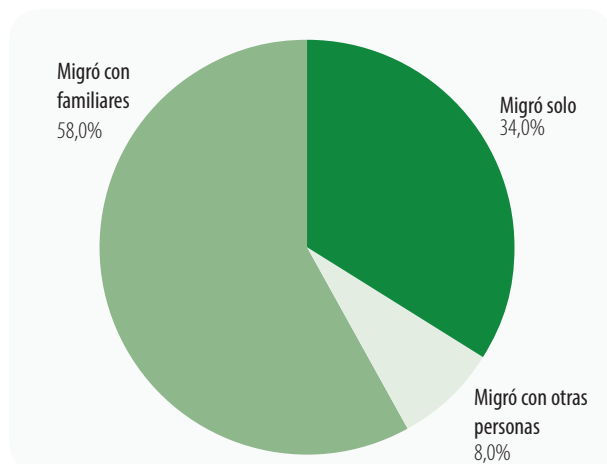
Relaciones familiares

La cantidad de inmigrantes captados por la encuesta que migraron sin acompañantes es del 34 por ciento, y otro 7.8 por ciento migraron con personas no familiares. El 58.2 por ciento restante migraron con la pareja, las hijas o hijos, o las madres o padres, o suegros o hermanas o hermanos, o alguna combinación de estos parentescos.

Las inmigrantes mujeres, declaran con más frecuencia que migraron con hijas o hijos (37.8%), mientras que el 39.1 por ciento de los hombres ha emigrado solo y se presenta especialmente en las edades de los 30 y 39 años.

La proporción de inmigrantes que migraron solos crece con el nivel educativo (pasa de 15.5% a 62.4%), mientras la proporción de los que migraron con hermanos o hermanas y padres o suegros decrece con el nivel educativo.

Inmigrantes nacionales por razón de migración según sexo



Origen de los inmigrantes

En todas las regiones predomina el porcentaje de inmigrantes que proviene de cabeceras municipales (retroceso del flujo rural-urbano). Prácticamente la totalidad de los inmigrantes de Bogotá proviene de cabeceras municipales.

La mayor proporción de migrantes que provienen de áreas rurales dispersas se presenta en la región Oriental (28.2%) y la mayor proporción que proviene de centros poblados está en Orinoquía y Amazonía (26.1%).

Tanto la emigración internacional como la migración interna de la población colombiana son procesos altamente selectivos por estrato socioeconómico y nivel educativo. Puede decirse que el proyecto migratorio involucra costos que lo alejan del alcance de los estratos más pobres de la población.

MORTALIDAD

Mortalidad infantil y en la niñez

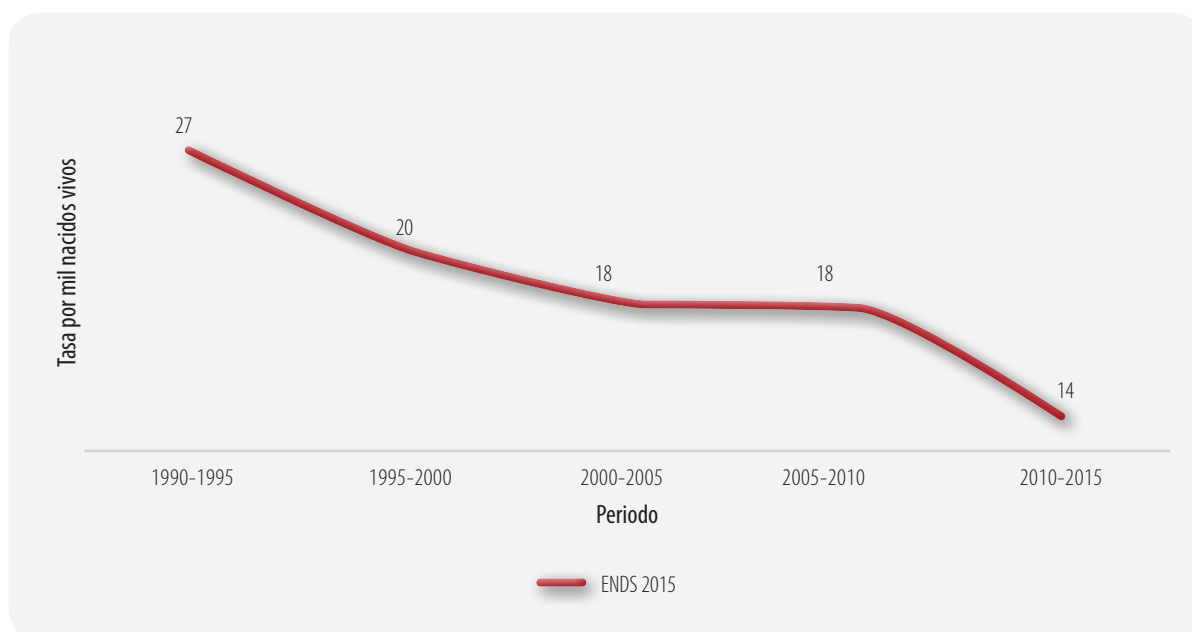
La información generada por las ENDS sobre la mortalidad infantil y en la niñez, permite las estimaciones indirectas de esta mortalidad que sirven de referencia para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; de igual manera son un referente de comparación con las estadísticas vitales así como un aporte a las proyecciones de población al no contar con Censo reciente en Colombia.

La probabilidad de morir durante el primer mes de vida corresponde a la Mortalidad Neonatal, la probabilidad de morir

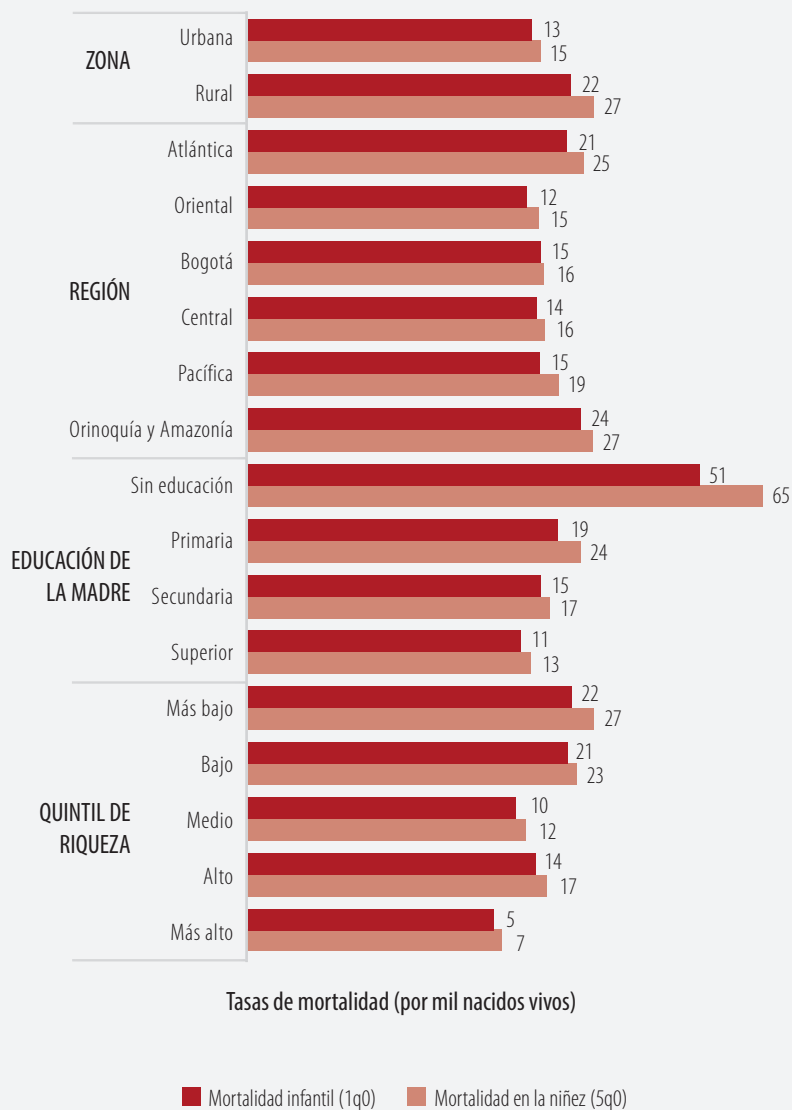
durante el primer año de vida corresponde a la Mortalidad Infantil, la probabilidad de morir entre el primero y el quinto aniversario corresponde a la Mortalidad Post-infantil y finalmente, la probabilidad de morir antes de cumplir 5 años corresponde a la Mortalidad en la Niñez.

La Tasa de Mortalidad Infantil ha venido en descenso progresivo desde 1990 con una tasa de 27 por mil nacidos vivos, hasta 14 en el 2015, lo que significa una disminución del 48 por ciento en la tasa total. En 2015 la mortalidad infantil de la zona rural es 1.5 veces más alta que la tasa de la zona urbana y 1.28 veces más alta que la tasa de mortalidad infantil para todo el país.

Evolución de la Mortalidad Infantil - 1995-2015



Mortalidad Infantil y en la Niñez



Mortalidad neonatal

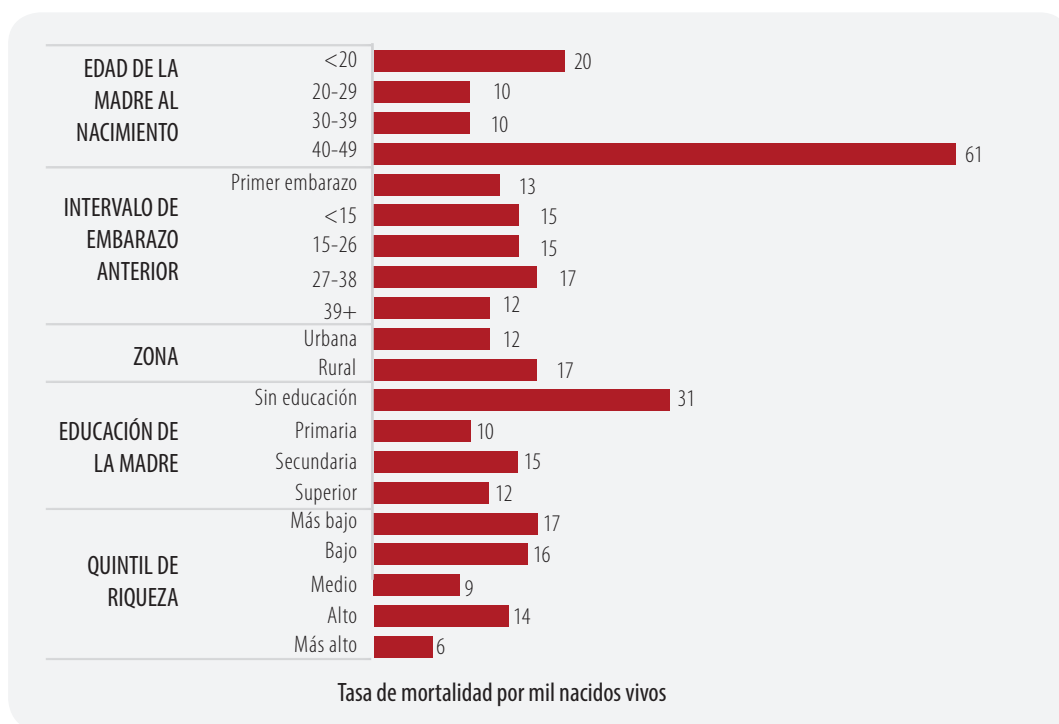
En la mortalidad neonatal subyacen causas como las malformaciones congénitas, la prematuridad, el bajo peso, la asfisia neonatal, las infecciones, el acceso y desarrollo de servicios neonatales de alta complejidad, la calidad del control prenatal, la cobertura de las primeras consultas del recién nacido, la adherencia a la lactancia materna, la salud materna. La tasa de Mortalidad Neonatal, 10 por 1000 nacimientos en 2015, es 3.6 veces más alta en los nacimientos de mujeres de 40-49 años, que en los nacimientos de madres menores de 20 años.

Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es el resultado de las condiciones de acceso a servicios de salud materno perinatales de calidad, a las características biológicas, sociales y de salud de la madre, a los cuidados prenatales y de atención del parto y el puerperio.

En los diez años anteriores a la encuesta ha variado de 17 por mil nacimientos en 2005 a 13 en la encuesta de 2015. Al igual que la Mortalidad Neonatal, es 3 veces más alta entre los nacimientos de mujeres de entre 40 y 49 años que entre madres menores de 20 años y en el quintil más bajo de riqueza.

Tasa de Mortalidad Perinatal para el periodo de cinco años antes de la encuesta



MORTALIDAD ADULTA

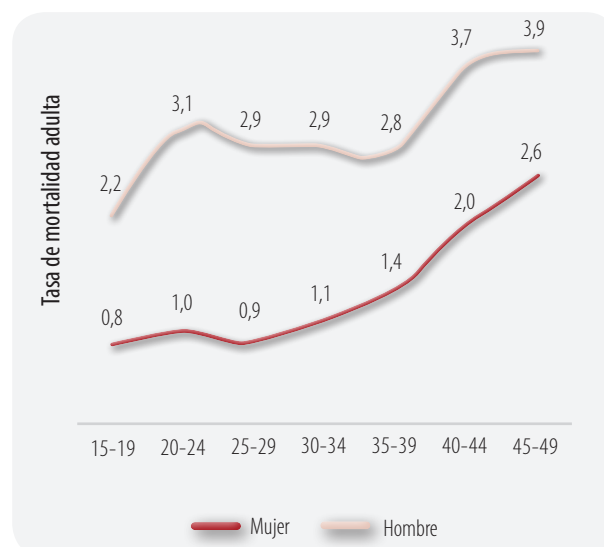
Atendiendo a que aún hay incertidumbre sobre la cobertura de los registros de defunción y la calidad de la información contenida en los mismos, especialmente en departamentos con problemas de conflicto armado y en extensas zonas rurales dispersas o de difícil acceso del país, el Ministerio Salud y de la Protección Social y Profamilia incorporaron la medición de la mortalidad adulta en la Encuesta Nacional de Demografía 2015 que permitiera disponer de cifras de referencia sobre esta mortalidad, en períodos anteriores a la encuesta.

A partir de la información recopilada en el cuestionario de hogares sobre las defunciones ocurridas en el hogar en los últimos 12 meses, se identificaron 165 defunciones de hombres que corresponden al 0.35 por ciento del total de los hombres y 91 defunciones de mujer que corresponden al 0.17 por ciento del total de las mujeres, evidenciando que la razón de mortalidad hombre: mujer es igual a 1.7 hombres por cada mujer.

En la Ends 2015 la mortalidad adulta es la probabilidad de morir entre los 13 y los 49 años de edad, estimada a partir del método de las hermanas. Este método suministra información de la proporción de hermanos o hermanas sobrevivientes por edad del informante y es una aproximación a la probabilidad de sobrevivencia desde el nacimiento hasta la edad de los informantes, que para el caso de la encuesta es de 13-49 años.

En la estructura de la mortalidad adulta se observa la mayor mortalidad en hombres especialmente en los grupos de 20 a 29 años de edad y una tendencia general del aumento de la mortalidad con la edad en ambos sexos. La tasa de mortalidad de 15 a 49 años de hombres es de 3.08 por mil personas exposición y la tasa de mortalidad de mujeres en ese mismo grupo de edad es de 1.35.

Tasas de mortalidad adulta para los 6 años anteriores a la encuesta

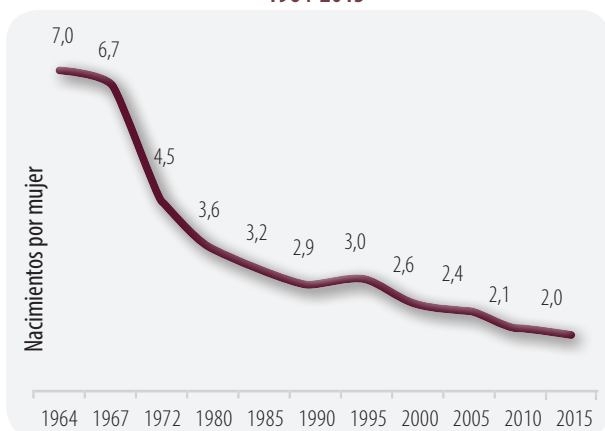


FECUNDIDAD

La fecundidad es la capacidad reproductiva de una población, hace referencia al número de hijos o hijas que una mujer tendría a lo largo de su período reproductivo (entre los 15 a 49 años). En Colombia, el nivel de fecundidad ha disminuido sistemáticamente de 6.7 hijos o hijas por mujer en 1967 a 2.1 en 2010. Para la ENDS 2015 se reporta una tasa global de fecundidad de 2 hijos por mujer.

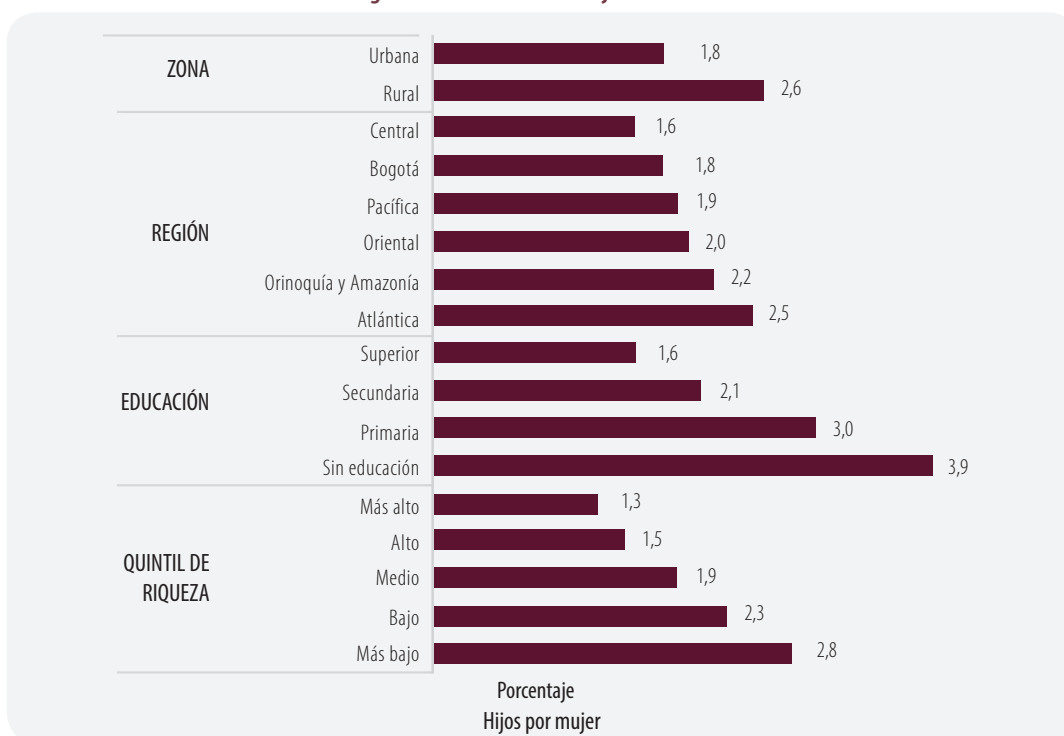
La fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas, en los quintiles más bajos de riqueza y en los de menor nivel de educación. Mientras que las mujeres más educadas, las del quintil más alto de riqueza, las que viven en la zona urbana o en las regiones más desarrolladas tienen niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (2 hijos o hijas por mujer).

Tasa global de fecundidad. Mujeres de 15 a 49 años
1964-2015



La fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas, en los quintiles más bajos de riqueza y en los de menor nivel de educación.

Tasa global de fecundidad. Mujeres 15 a 49 años



Los diferenciales de la fecundidad se presentan por nivel educativo y quintil de riqueza. Es así como mientras una mujer de 15 a 49 años sin educación tiene en promedio 3.9 hijos o hijas, una mujer con educación superior tiene en promedio 1.6. Por su parte, una mujer en el quintil de riqueza más bajo 2.8 hijos y una mujer en el quintil de riqueza más alto tiene en promedio 1.3.

Por zona y región los diferenciales son menores, pero significativos: una mujer que vive en la zona rural tiene en promedio 2.6 hijos o hijas mientras que una de la zona urbana tiene en promedio 1.8. La región en la que se registra el mayor promedio de hijos o hijas por mujer es la Atlántica con 2.5 y la de menor promedio es la Central con 1.6.

Mujeres embarazadas

Entre las mujeres de 15 a 49 años entrevistadas el 3.2 por ciento se encontraba embarazada al momento de la encuesta, estos porcentajes son más altos en las mujeres de la zona

rural (4.4%), en las que no tienen educación formal (3%) y en las del quintil más bajo de riqueza (4.7%).

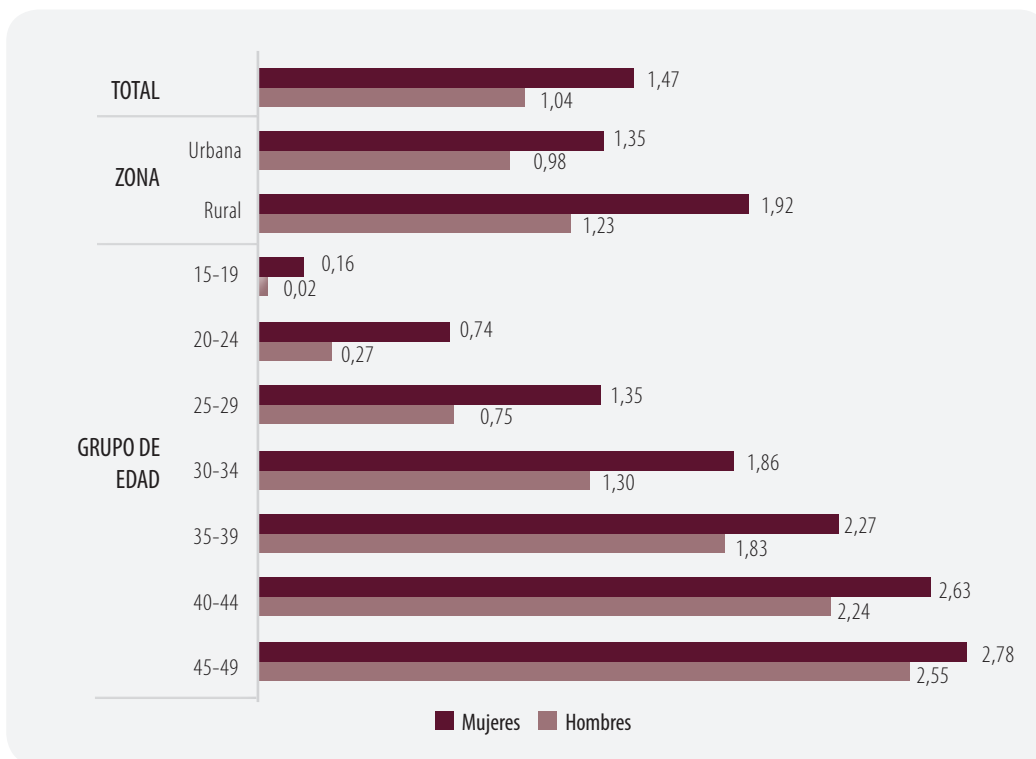
La región con mayor porcentaje de mujeres embarazadas es la Atlántica con 3.8 por ciento, por departamentos los porcentajes mayores se encuentran en Vaupés (9%), Chocó (6.1%), Amazonas (5.7%) y Huila (5.1%).

Los departamentos con el menor porcentaje de mujeres embarazadas al momento de la ENDS 2015 son Caldas (1.8%), Bogotá (2.2%) y San Andrés (2.4%).

Hijos nacidos vivos y sobrevivientes

El promedio de hijos o hijas nacidos vivos y de sobrevivientes, a cada edad, es mayor para las mujeres que para los hombres. Para el total del país, en 2015, el promedio de hijos o hijas nacidos vivos de mujeres de 13 a 49 años es de 1.47, mientras que en los hombres es de 1.04. Es decir, las mujeres tienen 1.4 veces más hijos o hijas nacidos vivos en promedio que los hombres.

**Promedio de hijos nacidos vivos.
Mujeres y hombres de 13 a 49 años**



Intervalo intergenésico

El intervalo intergenésico se refiere al espaciamiento entre hijos o hijas, para la ENDS 2015 este indicador muestra una mediana de 50.7 meses, mientras que en 2010 era de 47.5 y en 2005 de 41.6 meses, lo que indica que cada vez hay un mayor espaciamiento entre hijos o hijas.

A mayor edad y mejores condiciones socioeconómicas de la mujer, mayor el espaciamiento entre hijos, por ejemplo, las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años), las que viven en la zona rural o en las regiones menos desarrolladas, las de menor nivel educativo y las del quintil más bajo de riqueza tienen los menores intervalos intergenésicos.

A mayor edad y mejores condiciones socioeconómicas de la mujer, mayor el espaciamiento entre hijos.

Ahora bien, el intervalo intergenésico por departamento evidencia más claramente la gran heterogeneidad en este indicador: el rango fluctúa entre 30.8 meses en La Guajira y 68 meses en Risaralda.

Intervalo protogenésico

El intervalo protogenésico se refiere al período entre la unión y el nacimiento del primer hijo, este indicador es importante para entender el contexto de nacimiento y crianza de los hijos o hijas y su relación con la constitución de uniones, ya sean legales o consensuales.

Los resultados indican que un 23.5 por ciento del total de nacimientos son de madres con más de una unión; que 9.2 por

ciento de los nacimientos primerizos ocurre en mujeres nunca unidas; que 16.6 por ciento ocurre antes de la fecha de la primera unión, y un 13 por ciento en los primeros 8 meses desde la fecha de la unión. Es decir, 38.8 por ciento de los nacimientos primerizos se concibieron antes de la fecha de la unión.

El 50.7 por ciento de los nacimientos se concibió antes de una unión.

Respecto a los nacimientos en el marco de las uniones, la ENDS 2015, evidenció que el 12 por ciento de los nacimientos ocurre en mujeres nunca unidas, 21.7 por ciento ocurre antes de la fecha de la primera unión y un 17 por ciento ocurre en los primeros 8 meses desde la primera unión; lo que indica que un 33.7 por ciento de los nacimientos ocurrió fuera de una unión y un 50.7 por ciento de los nacimientos se concibió antes de una unión.

Edad al nacimiento del primer hijo

Entre las mujeres de 25 a 49 años, la edad mediana al primer nacimiento no ha cambiado en los últimos años 10 años: 21.8 en 2005, 21.6 en 2010 y 21.7 en 2015. Sin embargo la edad mediana al primer nacimiento es mayor en la zona urbana (22.2 años) que en la rural (20 años).

De acuerdo con los hallazgos de la ENDS 2015, el inicio del rol reproductivo ocurre a una edad mucho menor en las mujeres que en los hombres, tanto en la zona urbana como en la rural. Entre las mujeres y hombres de 30 a 34 años, el rol reproductivo de ellas empezó a los 21.5 años, y el de ellos a los 27.4 años.

FECUNDIDAD ADOLESCENTE

La fecundidad en la adolescencia se convierte en un problema de salud pública cuando a partir de 1990 se detecta su tendencia sistemáticamente creciente que encuentra el valor máximo en 2005; el descenso empieza a partir de 2010 como lo confirman los hallazgos de la ENDS 2015. El porcentaje de adolescentes, de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo o hija aumenta de 12,8 por ciento en 1990 a 20,5 por ciento en 2005, para luego disminuir a 19,5 por ciento en 2010 y a 17,4 por ciento en 2015.

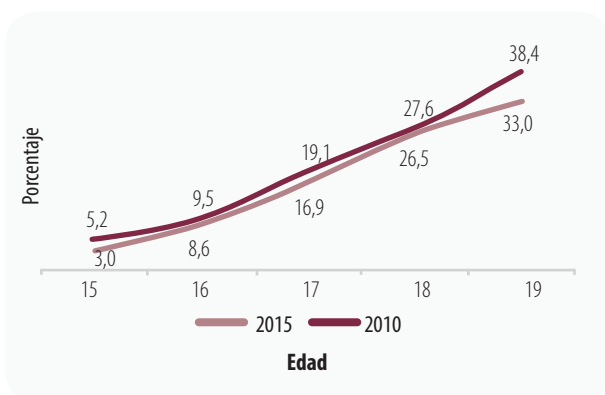
El descenso del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija entre 2010 y 2015 se presentó en todos los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza, siendo mayor entre las mujeres de 19 años.

El mayor descenso se da en los grupos de adolescentes más favorecidos socialmente: en los quintiles alto y más alto de riqueza, en el nivel superior de educación, en la zona urbana y en las regiones más desarrolladas; esta disminución diferencial por grupos sociales lleva a que en 2015 se amplíen las brechas socioeconómicas.

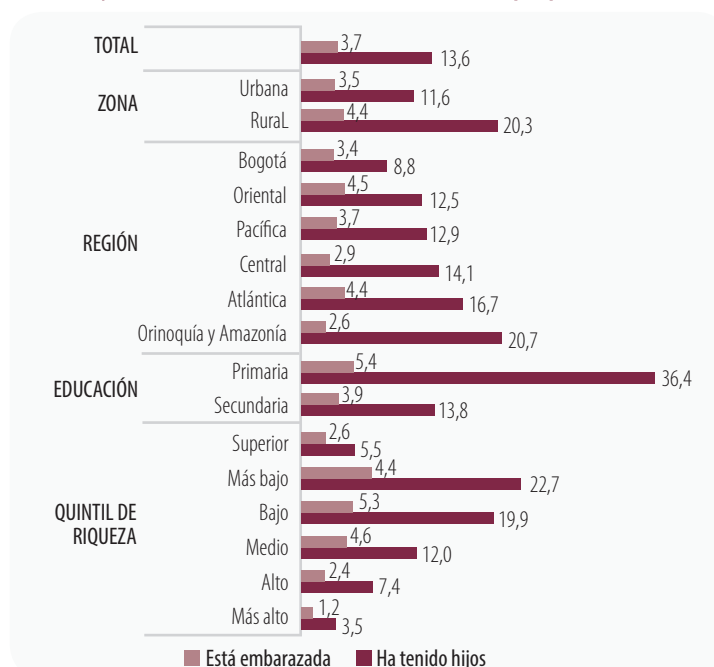
El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años del quintil bajo de riqueza madres o embarazadas por primera vez es 5,8 veces el porcentaje observado en las adolescentes de la misma edad del quintil alto de riqueza; la prevalencia de la maternidad o primer embarazo entre las adolescentes con educación primaria es 5,2 veces la de aquellas con educación superior.

El mayor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas, 41,8 por ciento, se encuentra entre las adolescentes con el menor nivel educativo (primaria), mientras que el menor porcentaje, 4,7 por ciento, se observa en las adolescentes del quintil más alto de riqueza.

Mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo(a) ENDS 2010 - 2015

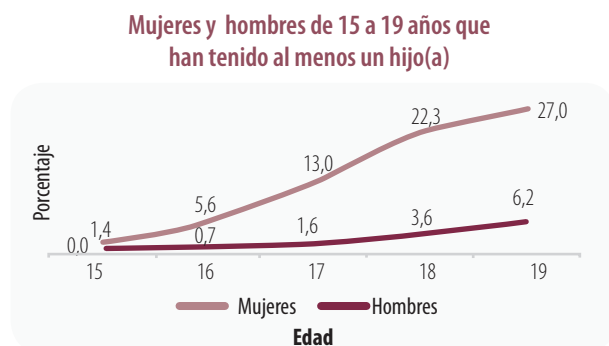


Mujeres de 15 a 19 años madres o embarazadas por primera vez



Fecundidad en adolescentes mujeres y hombres

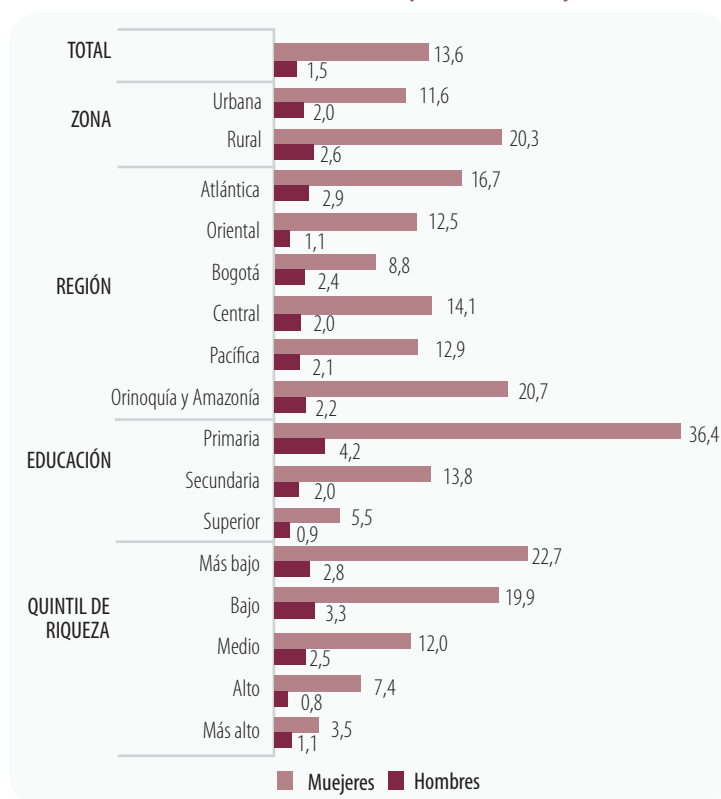
El porcentaje de adolescentes, mujeres y hombres, de 15 a 19 años que ha tenido un hijo o hija confirma el inicio más temprano del rol reproductivo en las mujeres que en los hombres. El 13.6 por ciento de las mujeres y el 1.5 por ciento de los hombres de 15 a 19 años ha tenido un hijo o hija.



El porcentaje de adolescentes, mujeres y hombres, de 15 a 19 años que ha tenido un hijo o hija disminuye a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas, tanto en hombres como en mujeres: es mayor en la zona rural, en el quintil más bajo de riqueza, en menor nivel educativo y en las regiones menos desarrolladas.

Sin embargo, el gradiente social es mucho más marcado en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de quintil más bajo de riqueza que son madres (22.7%) es 6.5 veces el porcentaje observado en las mujeres adolescentes de quintil más alto de riqueza (3.5%); mientras que la brecha por quintil de riqueza en los hombres es de solo 2.5 veces (2.8% vs 1.1%).

Adolescentes de 15 a 19 años que han tenido hijos



Factores asociados al embarazo en la adolescencia

La fecundidad en la adolescencia está influenciada por una serie de factores individuales, familiares, sociales y políticos. En la ENDS 2015 se recogió, por primera vez, información sobre

algunas variables relacionadas con las causas que influyen de una u otra manera en el embarazo en adolescentes.

La diferencia de edad de la mujer con la pareja padre del hijo o hija refleja condiciones de asimetría de poder -en negociación en pareja sobre temas de sexualidad, toma de

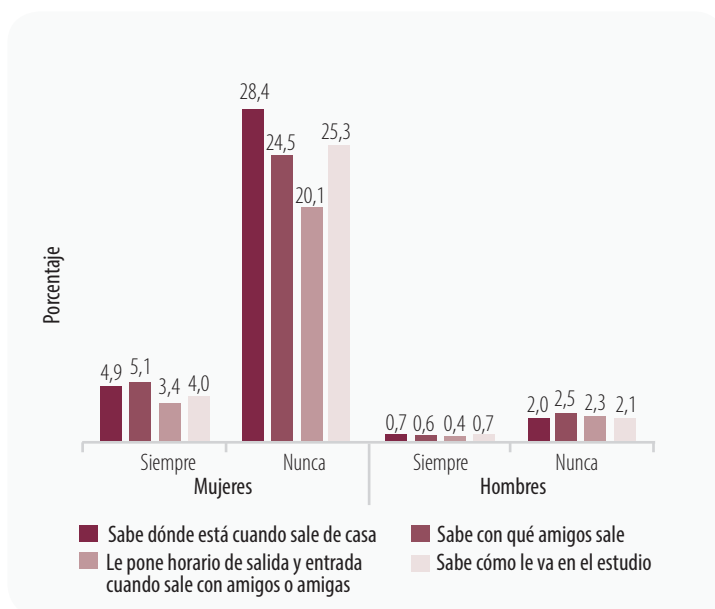
decisiones, planes de vida, etcétera-, como también aspectos de desigualdad de género: a mayor edad del hombre con respecto a la de la mujer, mayor la asimetría de poder desfavorable a la mujer y mayor la desigualdad de género.

Un 4.6 por ciento de las adolescentes madres era por lo menos 20 años menor que la pareja al momento del nacimiento del primer hijo o hija; un 18.5 por ciento era por lo menos 10 años menor, y un 43.5 por ciento era por lo menos 6 años menor. Es decir, un poco menos de la mitad de las adolescentes está en condiciones de asimetría de poder con el padre de su primer hijo o hija.

Así mismo, la supervisión parental es considerada un factor protector del embarazo en la adolescencia, que se presenta en mayor medida cuando disminuye la supervisión parental, tanto en las mujeres como en los hombres, aunque el gradiente es mayor en las mujeres que en los hombres.

Por ejemplo, el porcentaje de mujeres madres es mayor, (28.4%) entre las mujeres adolescentes de 13 a 19 años cuyos padres nunca saben dónde está cuando sale de la casa, mientras que es de solo 4.9 por ciento entre aquellas cuyos padres siempre saben dónde está.

Mujeres y hombres de 13 a 19 años que han tenido al menos un hijo(a) según conocimiento de sus padres del horario, la compañía y el rendimiento escolar



La norma social percibida por el adolescente y la presión de los pares para el inicio de relaciones sexuales, el inicio de la maternidad o el uso del condón, entre otros, son factores determinantes de la maternidad en la adolescencia.

El embarazo en las mujeres de 13 a 19 años es mayor entre las que perciben que todas sus amigas ya iniciaron

relaciones sexuales (23.3%) que entre aquellas que consideran que ninguna ha iniciado relaciones sexuales (2.4%). Así mismo, es mayor en el grupo que percibe que ninguna de sus amigas activas sexualmente usa condón (15.8%) mientras que es menor entre las que piensan que todas usan condón (7.5%).

ANTICONCEPCIÓN: CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS

Conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento sobre algún método anticonceptivo y algún método moderno es universal en Colombia entre las mujeres y los hombres encuestados. Es mayor el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos frente a los tradicionales, tanto en mujeres como en hombres.

Para mujeres y hombres encuestados, los métodos modernos más conocidos son el condón masculino, esterilización femenina y píldora (todos por encima del 90%). Los menos conocidos son: espuma/jalea, parche anticonceptivo, Método de Amenorrea por Lactancia (MELA) y anillo vaginal.

Entre mujeres y hombres de zona urbana el porcentaje de conocimiento de algún método anticonceptivo es universal, similar en zona rural donde el conocimiento para ambos está por encima del 99 por ciento.

Entre mujeres y hombres adolescentes de 13 a 19 años el conocimiento de algún método anticonceptivo está por encima del 97 por ciento.

Uso alguna vez de métodos anticonceptivos

Entre las mujeres entre 13 y 49 años en unión y las que reportan actividad sexual reciente sin vivir en unión, el uso en el pasado de métodos anticonceptivos modernos es del 96.7 por ciento y 88.3 por ciento, respectivamente.

En los hombres entre 13 y 49 años en unión y los que reportan actividad sexual reciente sin vivir en unión, el uso pasado de algún método anticonceptivo moderno es del 90.9 por ciento y 89.2 por ciento respectivamente.

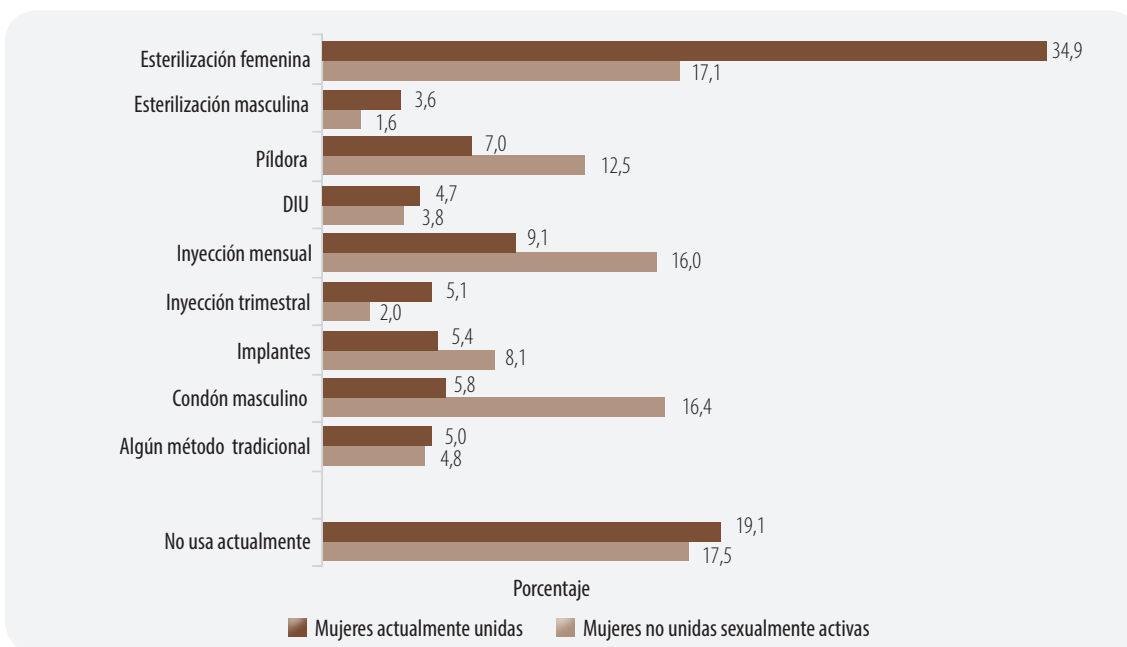
Entre las mujeres en unión marital y entre las mujeres que declaran vida sexual activa sin unión marital, los métodos anticonceptivos modernos más usados son el condón masculino, los inyectables y la píldora.

Entre los hombres en unión marital, el uso en el pasado de métodos anticonceptivos modernos más reportados corresponde a los usados por la mujer: los inyectables, la esterilización femenina y la píldora.

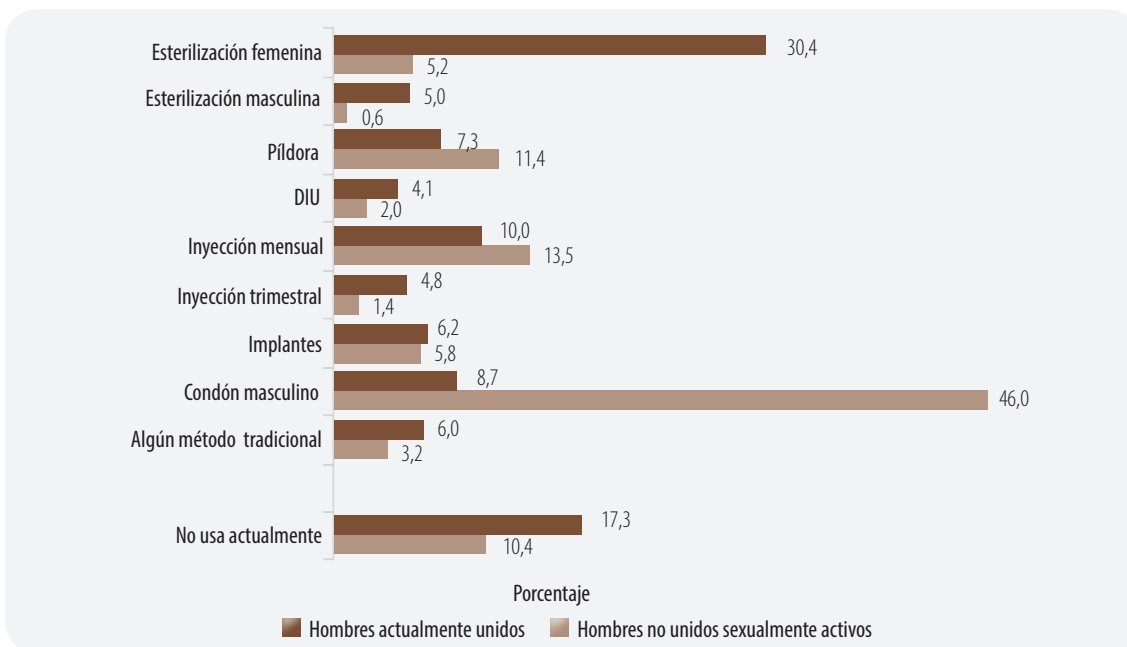
Dentro de los hombres que reportan actividad sexual reciente sin vivir en unión, los métodos anticonceptivos modernos más usados corresponden a los inyectables, implantes, DIU y la esterilización femenina.

Uso actual de métodos anticonceptivos

Uso actual de métodos anticonceptivos - Mujeres de 13 a 49 años



Uso actual de métodos anticonceptivos - Hombres de 13 a 49 años



El 69.9 por ciento de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años no usan métodos anticonceptivos, comparado con los hombres adolescentes en el mismo rango de edad que son el 52.7 por ciento.

Uso actual de métodos

Entre las mujeres en unión, la esterilización femenina es el método más usado, seguida por la inyección y la píldora. Para las mujeres sexualmente activas sin unión marital, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más reportados fueron condón masculino, inyección y píldora.

Entre los hombres unidos, los métodos anticonceptivos modernos más usados son los siguientes: esterilización femenina, inyección, condón masculino y píldora. En el caso de los hombres no unidos sexualmente activos, los métodos anticonceptivos modernos de uso actual más utilizados son el condón masculino, la inyección y la píldora.

Diferencial por nivel educativo en los niveles de uso actual

Por nivel de educación el uso de algún método anticonceptivo o algún método moderno en las mujeres en unión sin educación formal, es bajo en comparación con las mujeres en unión en los demás niveles de educación. Los hombres en unión sin educación formal reportan 66.8 por ciento en el uso de algún método moderno, mientras que los hombres en unión con nivel superior de educación reportan 74.2 por ciento.

Uso actual de métodos anticonceptivos: Mujeres y Hombres en unión de 13 a 49 años						
Región	Todos		Modernos		Tradicionales	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Atlántica	73.5	74.8	69.1	70.4	4.3	4.5
Oriental	82.3	85.8	76.0	76.9	6.3	8.9
Bogotá	84.7	86.0	80.4	78.0	4.3	7.9
Central	83.3	84.9	78.2	80.4	5.1	4.5
Pacífica	83.1	84.2	77.8	79.0	5.3	5.2
Orinoquía y Amazonía	78.3	79.4	74.0	72.1	4.3	7.2

Evolución del uso de métodos anticonceptivos: Mujeres de 15 a 49 años						
	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Cualquier método	66.1	72	76.9	78.2	79.1	81
Métodos modernos	54.6	59.3	64	68.2	72.9	75.9
Esterilización femenina	20.9	25.7	27.1	31.2	34.9	35
Esterilización masculina	0.5	0.7	1	1.8	3.4	3.6
Píldora	14.1	12.9	11.8	9.7	7.6	7
DIU	12.4	11.1	12.4	11.2	7.5	4.7
Inyección	2.2	2.5	4	5.8	9.2	14.2
Implantes	0	0.7	0.2	0.3	3.1	5.4
Condón masculino	2.9	4.3	6.1	7.1	7	5.8
Vaginales	1.7	1.4	0.8	0.5	0.3	0

La prevalencia de uso de cualquier método se incrementó en 15 puntos porcentuales entre 1990 y 2015. Para los métodos modernos, el incremento en este mismo período de tiempo fue de casi 20 puntos porcentuales.

Número de hijos al usar por primera vez un método

El 63.5 por ciento de las mujeres de 13 a 49 años inician el uso de métodos anticonceptivos antes de tener hijos o hijas.

Número de hijas(as) al usar anticoncepción por primera vez

ZONA	Número de hijos al iniciar uso de métodos				
	0	1	2	3	4+
URBANA	67.3%	24.7%	5.3%	1.6%	1.0%
RURAL	48.0%	31.6%	10.4%	4.8%	5.3%
TOTAL	63.5%	26.1%	6.3%	2.3%	1.9%

Edad al momento de la esterilización

El porcentaje de mujeres esterilizadas antes de los 25 años es de 22.6 por ciento. Llama la atención que alrededor del 80 por ciento de las mujeres esterilizadas se operan antes de los 35 años.

Arrepentimiento de la esterilización

El 15.9 por ciento de las mujeres esterilizadas se han arrepentido, con mayor prevalencia entre las mujeres jóvenes de 30 a 34 años (22.4%).

Los principales motivos de arrepentimiento reportados entre las mujeres esterilizadas son el deseo de otra hija o hijo (75.9%) y el compañero desea otra hija o hijo (14.7%).

Conocimiento del período fértil

Es importante resaltar que persiste la tendencia observada en el país, durante los últimos 15 años, de bajos niveles de

conocimiento del período fértil de la mujer. Entre las mujeres entrevistadas, solo el 29.2 por ciento reconocen que el período fértil ocurre entre dos períodos menstruales del ciclo ovulatorio de la mujer.

Por primera vez se observa esta información en hombres. El 22 por ciento de todos los hombres respondió correctamente, entre los que usan este método el porcentaje fue de 37.1 por ciento.

Solo el 56.2 por ciento de las mujeres usuarias del ritmo respondieron que el período fértil ocurre entre dos períodos menstruales del ciclo ovulatorio de la mujer; es decir que más del 40 por ciento de mujeres en el país usa incorrectamente este método tradicional.

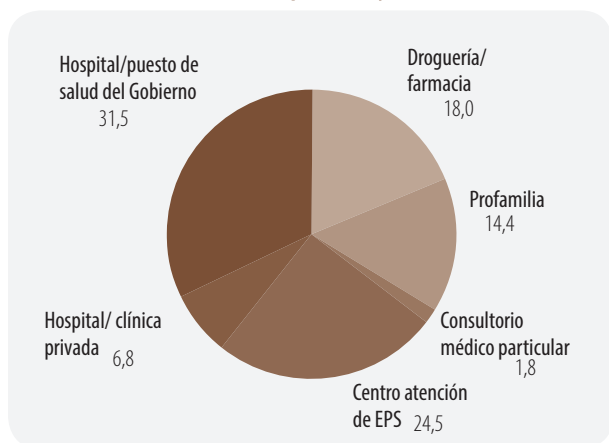
Fuente de suministros de métodos anticonceptivos en las mujeres

El 40.7 por ciento de las mujeres reportaron haberse realizado la esterilización femenina en el hospital/centro o puesto de salud del Gobierno.

Las droguerías son la principal fuente de suministro de la píldora 42.6 por ciento e inyección mensual 32.2 por ciento en la zona urbana.

Son las droguerías la principal fuente de suministro del condón masculino en la zona rural 66.3 por ciento y urbana 71.7 por ciento.

Fuente de suministro de métodos modernos de anticoncepción: Mujeres



Información suministrada durante la prescripción de métodos anticonceptivos modernos

El 65.6 por ciento del total de las mujeres fueron informadas sobre posibles efectos secundarios o problemas durante la prescripción de un método anticonceptivo. Los porcentajes más altos sobre información suministrada durante la prescripción de métodos anticonceptivos se registra entre las usuarias de implantes y de DIU.

Sobresale la situación de desventajada en la región Atlántica con porcentajes de reporte relativamente más bajos que las demás (54.7%). La región con mejores resultados de información suministrada durante la prescripción de métodos es Bogotá (76.1%).

En el caso específico de la esterilización femenina, al 91.1 por ciento de sus usuarias les explicaron que el método es irreversible.

Abandono del método

El 37 por ciento de los segmentos de uso de métodos anticonceptivos terminaron durante el primer año de uso.

El porcentaje de segmentos de uso que fueron discontinuados durante los primeros 12 meses de uso es mayor para la inyección trimestral (60.6%) que para la reportada para la inyección mensual (38.9%).

Las principales razones de discontinuación del método en los últimos cinco años son efectos colaterales (18.2%), quería un método más efectivo (14.8%), quería quedar embarazada (14.3%), sexo infrecuente/compañero ausente (13.3%) y quedó embarazada mientras usaba el método (11.5%).

Intención uso futuro de método anticonceptivo

El 63.8 por ciento de las mujeres casadas o unidas que no estaban usando un método al momento de ser entrevistadas, manifestaron su intención de usarlo en el futuro. El 3.7 por ciento de las mujeres manifestó que estaban inseguras sobre el uso futuro de métodos anticonceptivos. El 32.4 por ciento de las mujeres en unión manifestó que no intentarán usar algún método de anticoncepción en el futuro.

Preferencias de un método anticonceptivo en el futuro

Entre las mujeres que no estaban usando algún método en el momento de la entrevista, pero que lo desean hacer, el método preferido para usar en el futuro es la esterilización femenina, 28 por ciento.

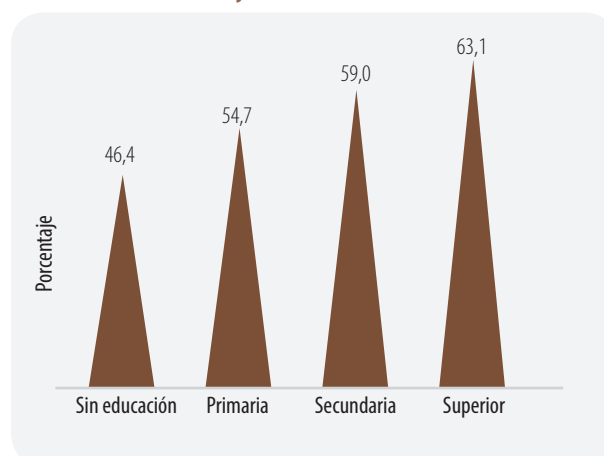
Entre las adolescentes de 15 a 19 años que no están usando, los métodos preferidos de uso futuro son implantes (43.8%), inyección (27.7%) y píldora (11.3%).

Conocimiento de derechos en anticoncepción

El 59.5 por ciento de todas las mujeres de 13 a 49 sabe que la EPS proporciona gratuitamente métodos anticonceptivos temporales.

Solo el 24.6 por ciento de mujeres entre 13 y 14 años saben que la EPS proporciona métodos temporales en forma gratuita.

Conocimiento sobre derechos en anticoncepción.
Mujeres de 13 a 49 años



Percepción sobre métodos anticonceptivos por parte de los hombres

Las percepciones de aprobación o rechazo sobre métodos anticonceptivos son permeadas por patrones sociales y culturales que pueden convertirse en barreras o ventajas frente a temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva y en esta medida pueden influenciar el uso y reporte de uso de métodos anticonceptivos en los hombres.

Entre los hombres es alta la aprobación frente al uso de métodos anticonceptivos por parte de las parejas (95.1%). En zona urbana (95.8%) y rural (92.9%).

Se destaca que los hombres sin educación formal reportan los porcentajes más bajos (85.8%). Este comportamiento se mantiene tanto para hombres en unión, como para aquellos no unidos sexualmente activos.

Acceso a información sobre anticoncepción por parte de los hombres

La principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos entre los hombres de 13 a 49 años es la televisión (69.4%) seguida de periódicos, revistas o internet (52.8%) y radio (44.2%).

El 10.5 por ciento de los hombres entrevistados reporta haber hablado sobre anticoncepción con un profesional de salud.

Un 20.9 por ciento de los hombres entrevistados reporta haber oído o hablado sobre anticoncepción en la EPS.

NUPCIALIDAD Y EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EMBARAZO

El inicio de relaciones sexuales y la actividad sexual previa y reciente son indicadores de la exposición al riesgo de embarazo que tradicionalmente se han incluido en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Sin embargo, la ENDS 2015 recoge información sobre inicio de relaciones sexuales y de actividad sexual previa y reciente no solo para las mujeres de 13 a 49 años, sino también para los hombres en edad reproductiva entre 13 a 59 años.

EDAD DE INICIO DEL PERÍODO REPRODUCTIVO

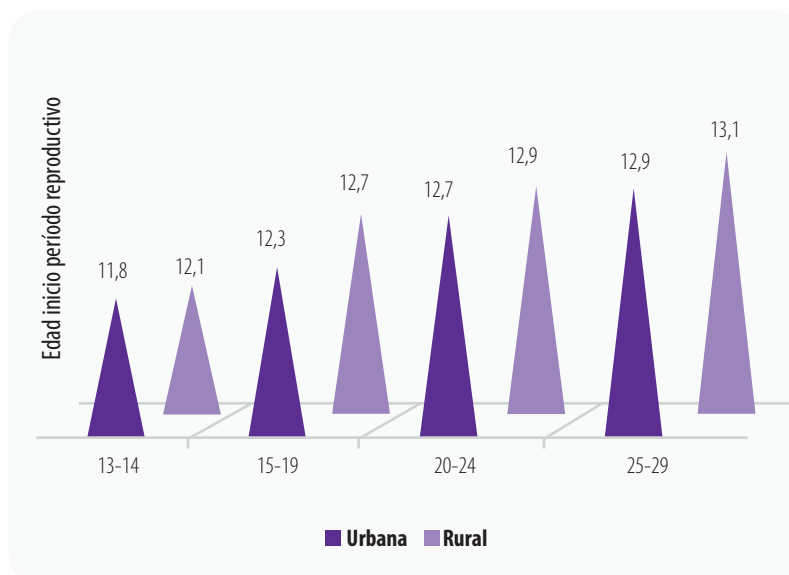
El adelanto de la menarquía o primera menstruación, que marca el inicio del período reproductivo en la mujer, se evidencia en Colombia al comparar cohortes de edad que muestran un descenso de un año entre el grupo de mujeres de 25 a 29 años y 13 a 14 años, tanto en la zona urbana como en la rural. Es decir, se podría estar dando un descenso de aproximadamente un mes por año entre las mujeres de 25 años y de 13 años.

Grupo de Edad de las Mujeres	Grupo de edad a la menarquía
13 a 14 años	11.9
15 a 19 años	12.4
20 a 24 años	12.7
25 a 29 años	12.9
30 a 34 años	12.9
35 a 39 años	13.1
40 a 44 años	13.1
45 a 49 años	13.2

Actualmente, las adolescentes en Colombia adquieren su capacidad reproductiva desde los 12 años.

En promedio, la edad a la menarquía es de 11.8 años en la zona urbana y de 12.1 en la rural; 11.8 años en las mujeres del quintil más alto de riqueza y de 12.1 en las del quintil más bajo de riqueza.

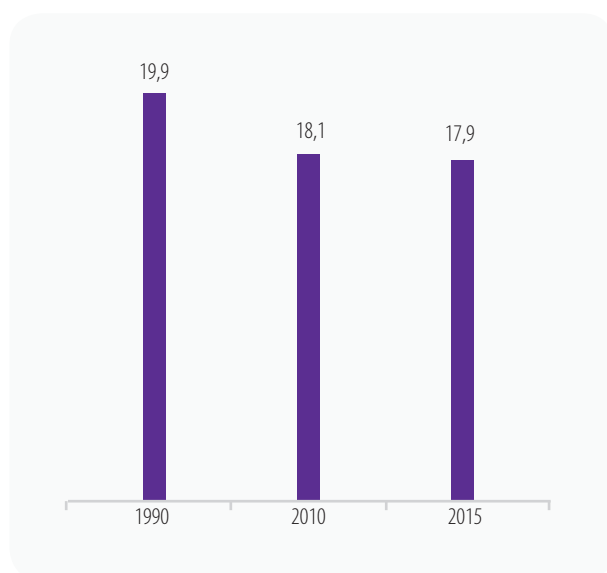
Edad promedio de la menarquía por edad actual. Mujeres de 13 a 29 años según zona



INICIO DE RELACIONES SEXUALES

La edad de la primera relación sexual marca el inicio de la exposición al riesgo de embarazo. Los resultados de la ENDS 2015 indican que los hombres inician relaciones sexuales más temprano que las mujeres. La edad mediana a la primera relación sexual es de 17.7 años entre las mujeres de 25 a 49 años mientras que es de 16.1 años entre los hombres del mismo grupo de edad.

Edad mediana a la primera relación sexual entre las mujeres de 25 a 49 años. ENDS 1990 -2015

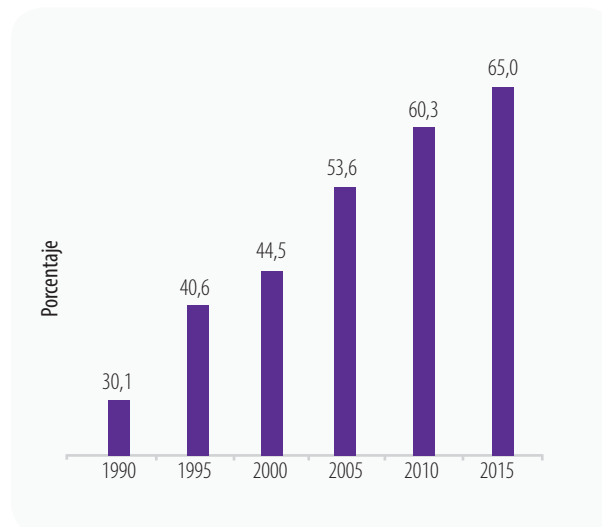


En los últimos 25 años, la edad mediana a la primera relación sexual descendió dos años entre las mujeres de 25 a 49 años.

Como consecuencia, el período de exposición al riesgo de embarazo se amplía, así mismo aumenta el porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo.

El inicio cada vez más temprano en las relaciones sexuales es evidente cuando se compara a través del tiempo el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que inició relaciones sexuales antes de los 18 años.

Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años. ENDS 1990 - 2015



En los hombres también se ha dado un descenso en la edad de inicio de relaciones sexuales y un aumento en el porcentaje de hombres a cada edad que han iniciado relaciones sexuales.

El inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años aumenta de 40.9 por ciento a 65 por ciento en las mujeres mientras que en los hombres va de 72.9 por ciento a 81.2 por ciento.

Los resultados evidencian una mayor diferencia entre mujeres y hombres en el inicio de las relaciones sexuales, con mayor precisión en las zonas rurales que urbanas.

Se amplía el período de exposición al riesgo de embarazo como consecuencia de un descenso en la edad a la primera relación y aumenta el porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo debido a un descenso en el porcentaje que nunca ha tenido relaciones sexuales a cada edad.

EDAD DE LA PAREJA EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE HOMBRES Y MUJERES

La diferencia de edad con la primera pareja sexual es un indicador de la existencia de asimetrías de poder en las relaciones de pareja en negociación sobre temas de sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, uso del condón. A mayor la diferencia de edad entre las parejas sexuales, mayor la asimetría de poder.

Hombres

Los resultados indican que un 10 por ciento de los hombres inició relaciones sexuales con una mujer de mayor edad, un 3.8 por ciento lo hizo con una mujer de menor edad (por lo menos 10 años menor), mientras que cerca de un 60 por ciento lo hizo con una mujer de su misma edad o menor (pero no más de 5 años menor).

Mujeres

En el caso de las mujeres, los resultados indican que casi un 10.4 por ciento inició relaciones sexuales con un hombre por lo menos 10 años mayor, un 2.8 por ciento con un hombre de menor edad y un 67.9 por ciento con un hombre de su misma edad o no más de 5 años mayor.

Estos resultados evidencian una mayor asimetría de poder en las mujeres que en los hombres en el inicio de relaciones sexuales, mayor en las zonas rurales que urbanas.

RELACIÓN SEXUAL PREVIA Y RECIENTE

La exposición al riesgo de embarazo está determinada no solo por la edad de inicio de las relaciones sexuales, sino por la frecuencia de las relaciones sexuales, especialmente en ausencia de uso de métodos anticonceptivos eficientes.

La mayor frecuencia de relaciones sexuales es más común en los hombres que en las mujeres. Al igual que en las mujeres, el porcentaje de hombres que nunca ha tenido relaciones sexuales disminuye con la edad, mientras que la frecuencia de las relaciones sexuales aumenta con la edad.

	Grupo de edad 13 a 49 años	Característica
Mujeres	15.9%	Nunca ha tenido relaciones sexuales
	56.1%	Tuvo relaciones sexuales en las cuatro semanas previas a esta encuesta.

	Grupo de edad 13 a 49 años	Característica
Hombres	13.8%	Nunca ha tenido relaciones sexuales
	62.2%	Tuvo relaciones sexuales en las cuatro semanas previas a la entrevista.

La frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con el nivel educativo y con el nivel de riqueza en las mujeres de 15 a 49 años.

Relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas	Grupo de Edad	Educación	Quintil de riqueza
Mujeres	13 a 49 años	66.9% sin educación	58.1% más bajo
		60.0% superior	54.7% quintil de riqueza más alto

Contrario a lo observado en las mujeres, en los hombres la relación sexual en las últimas cuatro semanas es más común en la zona urbana (63.3%) que en la rural (58.5%).

NUPCIALIDAD

ESTADO CONYUGAL ACTUAL

Del total de mujeres de 13 a 49 años, un 35.6 por ciento nunca ha estado unida, un 32.6 por ciento está en unión consensual y solo un 17.1 por ciento está casada. En los hombres, el porcentaje nunca en unión es significativamente mayor que en las mujeres, para el mismo grupo de edad, 13 a 49 años: 46.4 por ciento. La condición de nunca unida o unido disminuye con la edad, mientras que la condición de separadas o separados, divorciadas o divorciados, y viudas o viudos aumentan con la edad.

LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL

Aunque en Colombia las relaciones sexuales previas a la primera unión son cada vez más comunes, la unión (legal o consensual) continúa siendo la institución predominante para la tenencia y crianza de las hijas o hijos.

Tanto en hombres como en mujeres y en zonas urbanas como rurales, la edad mediana a la primera unión no ha cambiado de manera importante. Esto es evidente al comparar la edad mediana por grupos de edad.

Entre más jóvenes se unan las personas, especialmente la mujer, mayor será el tiempo de exposición al riesgo de embarazo.

Las mujeres adelantan 3 años la conformación de su primera unión respecto a los hombres.

	Grupo de edad	Zona	Edad mediana a la primera unión
Mujeres	25 a 49 años	Urbana	22.0 años
Mujeres	25 a 49 años	Rural	19.5 años
Hombres	25 a 49 años	Urbana	25.0 años
Hombres	25 a 49 años	Rural	23.9 años

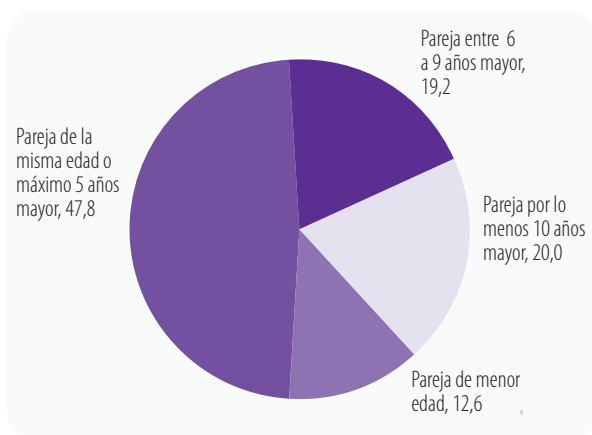
En las mujeres de 25 a 49 años, la edad mediana está alrededor de los 21.4 años, mayor en la zona urbana (22 años) que en la rural (19.5 años), sin grandes diferencias por grupos de edad. En los hombres la edad mediana a la primera unión es de 24.7 años en los hombres de 25 a 49 años, siendo mayor en la zona urbana (25 años) que en la rural (23.9 años).

Las mujeres rurales son las que muestran un patrón por edad a la primera unión más temprano y más denso, mientras que los hombres urbanos son los que más postergan la conformación de su primera unión.

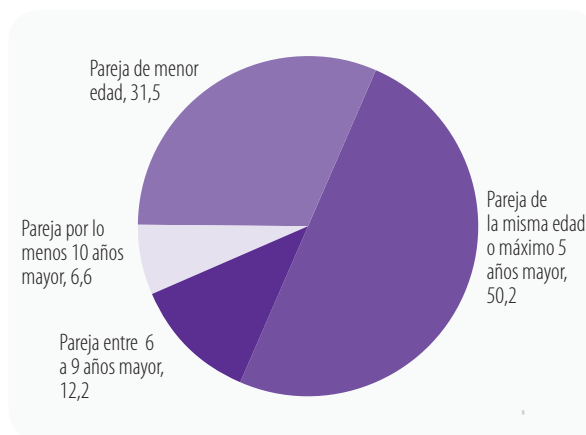
DIFERENCIA DE EDAD CON LA PRIMERA PAREJA CONYUGAL

La diferencia de edad con la primera pareja conyugal es un indicador de la existencia de asimetrías de poder en las relaciones de pareja (en negociación sobre temas de sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, uso del condón, etc.): a mayor la diferencia de edad entre las parejas conyugales, mayor la asimetría de poder.

Diferencia de edad con la primera pareja conyugal.
Mujeres de 13 a 49 años



Diferencia de edad con la primera pareja conyugal.
Hombres de 13 a 49 años



Una de cada 5 mujeres de 13 a 49 años se unió por primera vez con una pareja de mucha más edad, implicando asimetrías de poder en la relación, desfavorables a las mujeres. Esta situación de asimetría en la primera unión de la mujer es mayor en la zona rural que la urbana.

Diferencia de edad con la primera pareja conyugal en mujeres adolescentes

Edad	Zona	Diferencia de edad de 6 a 9 años
15 a 19 años	Urbana	22,3
	Rural	33,9

Diferencia de edad con la primera pareja conyugal en hombres adolescentes

Edad	Zona	Diferencia de edad de 6 a 9 años
15 a 19 años	Urbana	0,0
	Rural	2,5

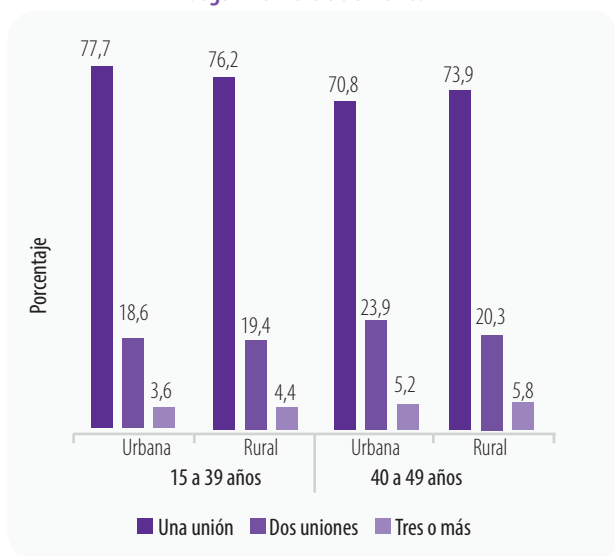
HISTORIA DE UNIONES

La ENDS 2015 recoge la historia completa de uniones y permite identificar algunos rasgos de la Segunda Transición Demográfica.

Del total de mujeres de 15 a 39 años alguna vez unidas, el 22,6 por ciento tiene dos o más uniones y el 3,8 por ciento tiene 3 o más uniones.

Estos porcentajes, como era de esperarse, aumentan con la edad: 28,6 por ciento de las mujeres de 40 a 49 años tiene 2 o más uniones y el 5,3 por ciento tiene 3 uniones o más.

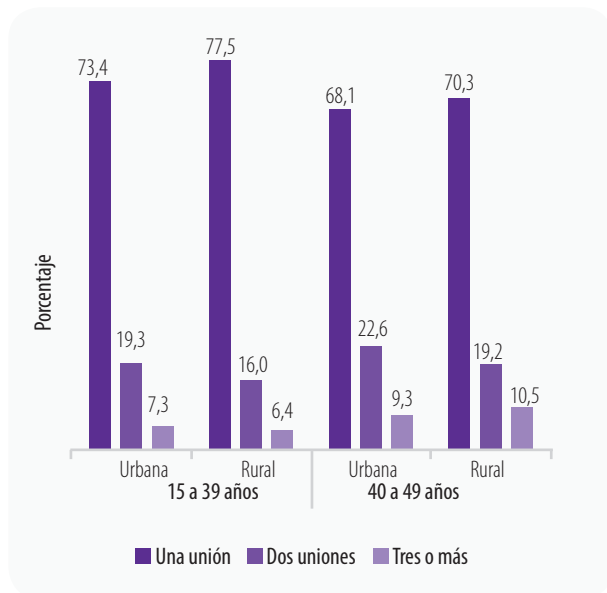
Distribución de las mujeres de 15 a 49 años alguna vez unidas según número de uniones



En los hombres es más común el rematrimonio: 25,6 por ciento de los hombres de 15 a 39 años tiene 2 o más uniones y 7,1 por ciento tiene 3 o más.

En los hombres de 40 a 59 años, los porcentajes suben a 31,4 por ciento y 9,5 por ciento, respectivamente.

Distribución de los hombres de 15 a 49 años alguna vez unidas según número de uniones



El número de uniones tiende a ser mayor entre las mujeres y hombres de menor nivel socioeconómico: zona rural, menor nivel de desarrollo, menor educación, quintil de riqueza bajo.

Transición entre primera y segunda unión: mujeres y hombres

Aproximadamente un 10 por ciento de las segundas uniones son rematrimonios, tanto en las mujeres como en los hombres; mientras que las segundas uniones son en su mayoría uniones libres (96,4% y 92,5% respectivamente). Es decir, la forma de reconstitución de la familia deja de ser a través de rematrimonios para pasar a ser cohabitación postmatrimonios.

Sexo de la pareja actual

La ENDS 2015, a través de la historia completa de uniones, permite identificar la organización de parejas diferentes a la pareja tradicional heterosexual.

Un 98.2 por ciento de las mujeres y un 98.8 por ciento de los hombres actualmente en unión tienen pareja de sexo contrario (son parejas heterosexuales) mientras que un 1.7 por ciento de las mujeres y un 1.1 por ciento de los hombres en unión tienen pareja del mismo sexo (son parejas homosexuales).

Estos porcentajes tienden a ser similares en la zona rural y la urbana y, aunque bajos, son dicientes de una realidad de nuevas organizaciones familiares diversas.

INFERTILIDAD POSPARTO Y MENOPAUSIA

El período de insusceptibilidad de posparto está conformado por la duración de la amenorrea posparto (infertilidad debido a la lactancia) y de la abstinencia posparto. Es una condición que contribuye al control de la fertilidad y al aumento de los intervalos entre los nacimientos. Por lo tanto, es importante determinar la longitud de este período y sus componentes: amenorrea y abstinencia.

La duración promedio de la amenorrea posparto es de 7.4 meses mientras que para la abstinencia es de solo 4 meses. Sin embargo, la duración mediana en ambos casos es mucho más corta, 4 y 1.6 meses respectivamente.

Duración mediana de meses en amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad postparto.

Edad de las mujeres	Características	2010	2015
15 a 49 años	Amenorrea	4.6	4.0
	Abstinencia	2.4	1.6
	Insusceptibilidad	6.0	5.4

La duración mediana, y promedio, del período de insusceptibilidad posparto disminuye entre 2010 y 2015 debido a un descenso en la duración de la abstinencia y de la amenorrea posparto, pero principalmente de la primera. Esto lleva a que el porcentaje de nacimientos con madres en amenorrea posparto aumente levemente entre 2010 y 2015, mientras que disminuye el porcentaje en abstinencia posparto y en insusceptibilidad posparto.

Menopausia

La menopausia es la desaparición de la ovulación y por tanto de la menstruación y de la capacidad de reproducción de la mujer. Normalmente tiene lugar entre los 40 y los 50 años.

Un 11 por ciento de las mujeres de 30 a 49 años está en menopausia, porcentaje prácticamente igual al del 2010 (10.9%). Como era de esperarse, el porcentaje de mujeres en menopausia aumenta con la edad, especialmente a partir de los 44 años, llegando a 40.2 por ciento entre las mujeres de 48 a 49 años.

PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD Y DEMANDA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES Y HOMBRES

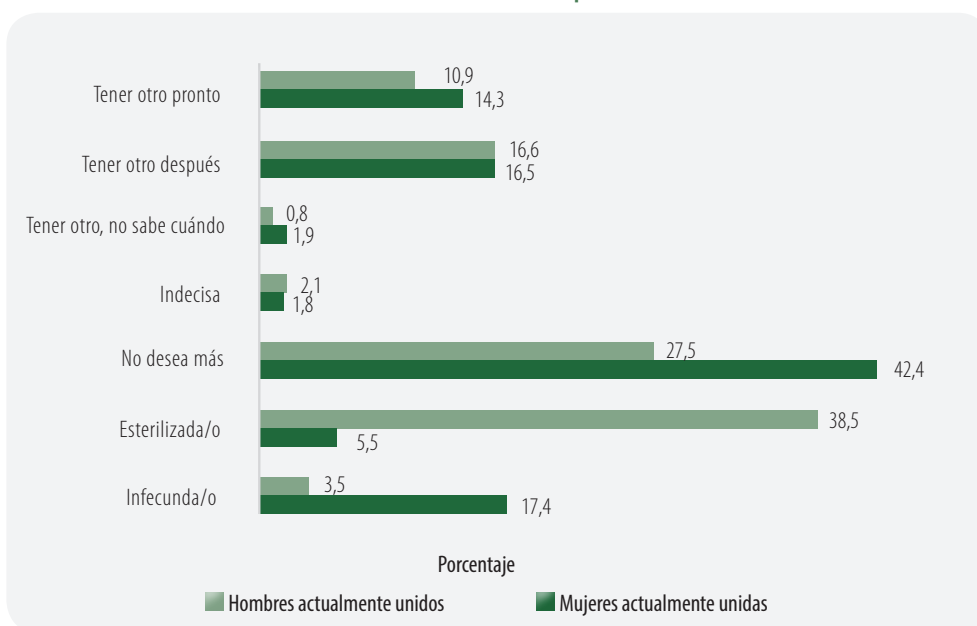
El uso voluntario de métodos anticonceptivos eficaces es esencial para reducir la carga de eventos relacionados con la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR), incidiendo en la disminución de la mortalidad y morbilidad materna e infantil, y disminuyendo la necesidad de abortos inseguros.¹

Una de cada tres muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto podrían evitarse si las mujeres que quieren una anticoncepción eficaz tuvieran acceso a la misma.

Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes

El 27.5 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años en unión no desea tener más hijas o hijos. Esta cifra llega al 66 por ciento si se suman las mujeres que se han realizado la esterilización femenina. El 38.6 por ciento de los hombres de 13 a 49 años en unión no desea tener más hijas o hijos, si se suman los que están esterilizados, el deseo de no tener más hijos o hijas llega a 43.6 por ciento.

Preferencias de fecundidad por sexo



¹(Guttmacher Institute, 2010; Singh, Darroch, Ashford, & Vlassoff, 2009; UNFPA, 2005)

Sin tomar en cuenta mujeres y hombres esterilizados, se evidencia que el porcentaje de hombres que no desea tener más hijas o hijos (38.6%) es considerablemente mayor en relación al porcentaje de mujeres (27.5%).

Cambios en las preferencias de fecundidad

La ENDS 2015 muestra el nivel más bajo de mujeres que reportan no querer más hijas o hijos (27.5%), el cual ha oscilado entre 42.6 por ciento en 1990 y 31.8 por ciento en 2010. Las mujeres esterilizadas han pasado de 21.4 por ciento en 1990 a 38.5 en 2015.

El porcentaje de mujeres que desea más hijas o hijos aumentó a 28.3 por ciento, alcanzando un nivel similar al observado en el año 1990 (28.4%).

Preferencias de fecundidad: Mujeres de 15 a 49 años

Preferencia	ENDS					
	2015	2010	2005	2000	1995	1990
No desea más hijas(os)						
No quiere más	27.5	31.8	38.1	41.5	40.9	42.6
Esterilizada ¹	38.5	38.3	33.0	28.1	26.4	21.4
Desea más hijas(os)						
Desea	28.3	25.8	24.4	27.0	29.7	28.4
Indecisa	2.1	1.8	1.7	1.0	1.2	3.6
Se declarada infecunda	3.5	2.3	2.7	2.5	1.6	3.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

¹ Incluye esterilización femenina y masculina

Un 14.3 por ciento de las mujeres de 13 a 49 años que no tienen hijas o hijos, manifiesta que no desea tenerlos; el 35.6 por ciento de las que tienen una hija o hijo no desean tener más, y un 78.4 por ciento de las que tienen dos señalan que no desean tener otra hija o hijo.

El deseo total de limitar el número de hijas e hijos en los hombres de 13 a 49 años de edad es 14.5 por ciento entre los que no tienen hijas o hijos, 25.9 por ciento entre los que tienen una hija o hijo, y 54.9 por ciento entre los hombres con dos hijas o hijos.

LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA DEMANDA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos para las mujeres en unión

Las mujeres actualmente unidas de 13 a 49 años de edad reportan necesidad insatisfecha de anticoncepción de 6.7 por ciento. Por tipo de necesidad es similar la necesidad de

anticoncepción para espaciar (3.2%) con la necesidad para limitar (3.4%).

El grupo de edad que presenta el mayor porcentaje de necesidades insatisfechas es el de 15 a 19 años (19.3%), constituido principalmente por necesidad de espaciamiento de los nacimientos. En la zona rural, la necesidad insatisfecha es mayor que en la zona urbana (8.8% y 6% respectivamente). Por tipo de necesidad, también se observan porcentajes mayores en zona rural (4.2%) que en la urbana (3.0%) para espaciamiento, y 4.6 y 3.1 por ciento respectivamente, para limitación.

Referente al nivel educativo y la riqueza, las mujeres sin educación formal y en quintil más bajo de riqueza reportaron mayores porcentajes de necesidad insatisfecha.

Mientras aumenta el nivel educativo y el quintil de riqueza, disminuye el porcentaje de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión.

Necesidad satisfecha de métodos anticonceptivos para las mujeres en unión

La necesidad satisfecha para las mujeres en unión de 13 a 49 años es de 80.9 por ciento. La necesidad satisfecha para espaciar es el 20.7 por ciento, mientras que la necesidad satisfecha para limitar es el 60.2 por ciento.

Demanda total de métodos anticonceptivos para las mujeres en unión

La demanda total de métodos anticonceptivos para mujeres en unión es de 87.6 por ciento, 63.7 por ciento para limitar y 24 por ciento para espaciar.

Necesidad insatisfecha para mujeres no unidas sexualmente activas

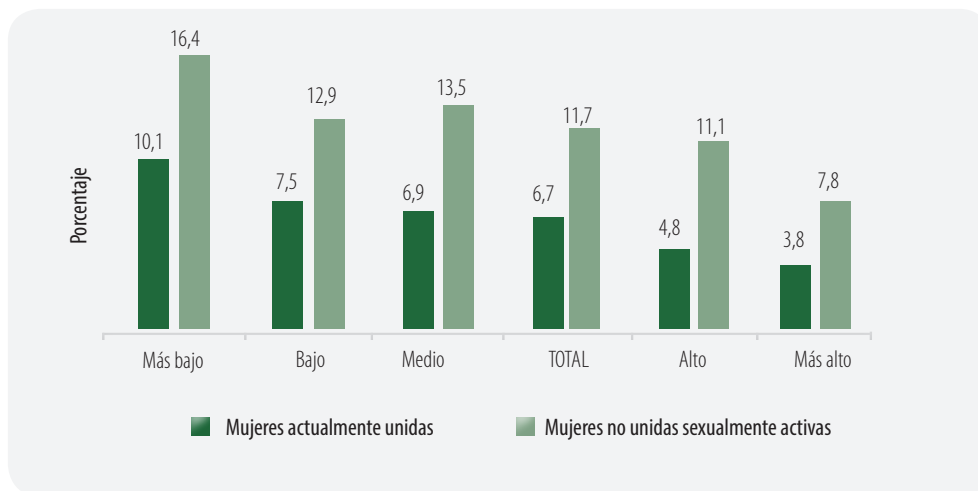
La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos es del 11.7 por ciento, para las mujeres no unidas sexualmente activas.

Hay mayor necesidad insatisfecha para espaciar el próximo nacimiento en mujeres no unidas sexualmente activas (7.9%) y para limitar (3.8%), que en todas las mujeres (3.1% y 2.4% respectivamente).

Necesidad satisfecha de métodos anticonceptivos para las mujeres no unidas sexualmente activas

Frente a la necesidad satisfecha de demanda por espaciar, se observa un porcentaje mayor entre mujeres no unidas sexualmente activas (45.6%), con relación a todas las mujeres (19.9%).

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos



Demanda total de anticonceptivos para las mujeres no unidas sexualmente activas

La demanda total de métodos anticonceptivos es casi un 30 por ciento más alta para mujeres no unidas sexualmente activas (94.2%) en relación a todas las mujeres (66.6%).

Se encuentran los porcentajes más altos de demanda total de anticoncepción en mujeres no unidas sexualmente activas, de 13 a 19 años (igual o mayor al 97.5%), sin educación formal (97.4%), y las del quintil de riqueza más alto (97.3%).

NÚMERO IDEAL DE HIJOS

El número ideal de hijas o hijos para todas las mujeres de 13 a 49 años fue de 2.2 para el 2015, siendo relativamente mayor para la zona rural (2.5), frente a la zona urbana (2.1). Para las mujeres en unión, el número ideal de hijas o hijos fue de 2.4, y por zona de residencia fue de 2.7 en zona rural y de 2.3 en zona urbana.

El número ideal de hijas o hijos para todos los hombres en el grupo de edad de 13 a 49 años es de 2.4; por zona de residencia es de 2.4 en zona urbana y de 2.7 en rural.

Entre los hombres de 13 a 49 años actualmente en unión el ideal es de 2.7 hijas o hijos. Por zona de residencia, en la zona urbana el ideal de hijos o hijas es 2.6 y en la zona rural 3.0.

Para el total de mujeres se evidencia un promedio de dos hijas o hijos como número ideal (52.2%) seguido por tres hijas o hijos (17%) y un hijo (15.6%). En los hombres, al igual que en las mujeres, el número ideal reportado es dos (53.5%), seguido por tres (20.1%) y uno (10.3%).

PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

De los nacimientos y embarazos al momento de la encuesta, el 49.5 por ciento fueron deseados, el 29.2 por ciento eran deseados para después y el 21.3 por ciento fueron declarados no deseados.

Deseo de los hijos nacidos en los últimos cinco años



En cuanto al orden de nacimiento en hijas o hijos deseados en ese momento, el porcentaje más elevado es del segundo (54.3%) y el primero (52.3%).

Para las mujeres que exponen que deseaban su hija o hijo después, el orden de nacimiento con mayor porcentaje es el primer hijo (37%).

Los mayores porcentajes de hijas o hijos no deseados están en el orden de nacimiento del tercero (34.2%), y cuatro y más (55.8%).

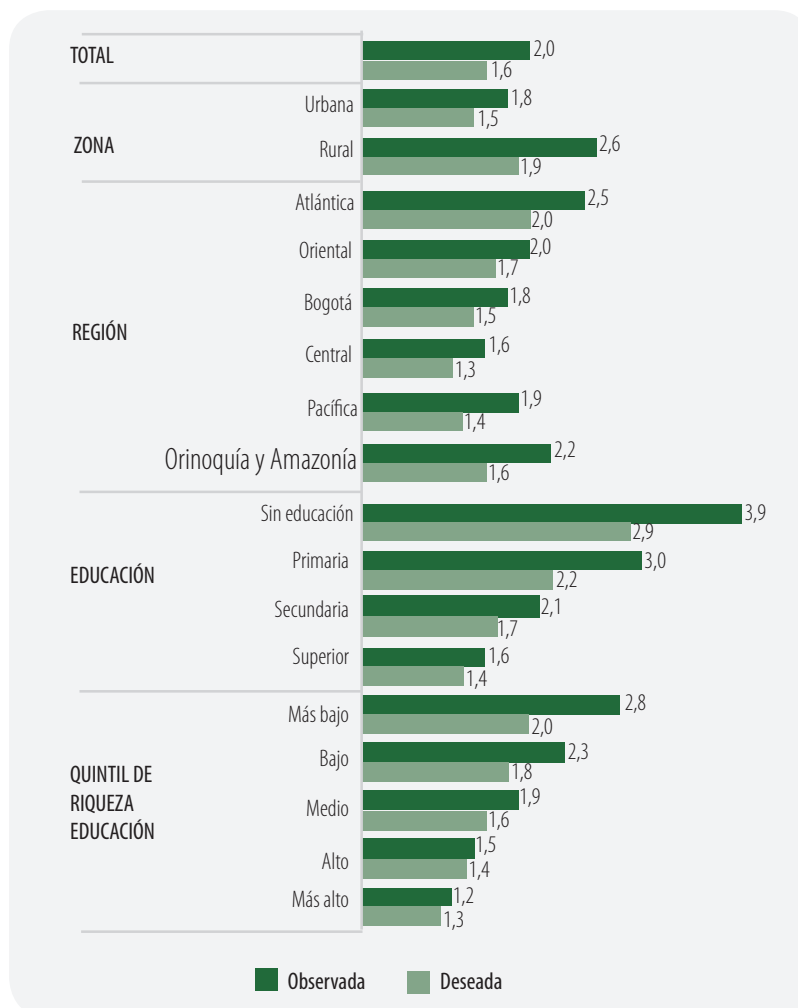
Tasa de fecundidad deseada y observada

La medición de la fecundidad deseada y observada permite entender el impacto de los nacimientos no planeados, lo cual se puede relacionar con necesidad insatisfecha de anticoncepción y determinantes sociales asociadas a barreras individuales o contextuales para el uso de métodos anticonceptivos.

La tasa de fecundidad deseada y observada fue de 1.6 y 2.0 respectivamente.

La tasa de fecundidad deseada y observada en la zona urbana es de 1.5 y 1.8 hijas o hijos por mujer respectivamente, y en la zona rural 1.9 y 2.6 hijas o hijos por mujer, respectivamente.

Tasa de fecundidad deseada y observada



INFERTILIDAD

La infertilidad es un tema menos explorado en la literatura basada en las ENDS y encuestas similares. Sin embargo, constituye información útil para una mirada integral de derechos y género en Salud Sexual y Salud Reproductiva. La definición de la OMS señala que la planificación de la fecundidad se alcanza con el uso de métodos anticonceptivos y con el tratamiento de la infertilidad.

El porcentaje de las mujeres de 13 a 49 años que desean uno o más hijas o hijos y han tenido problemas de fertilidad es de 10.2 por ciento.

De las mujeres de 13 a 49 años que no han podido quedar embarazadas y que han visitado un especialista, el 47.7 por ciento reporta que la causa es un problema de la mujer.

En cuanto a recibir un tratamiento para la infertilidad, el 19.3 por ciento declaró estar en tratamiento y el 24.2 por ciento reporta no recibir tratamiento dado el alto costo.

Entre las mujeres que no han podido quedar embarazadas, el 45 por ciento no ha consultado sobre infertilidad con un especialista debido a razones personales, en segundo orden 17.2 por ciento, no han consultado por razones económicas.

SALUD MATERNA

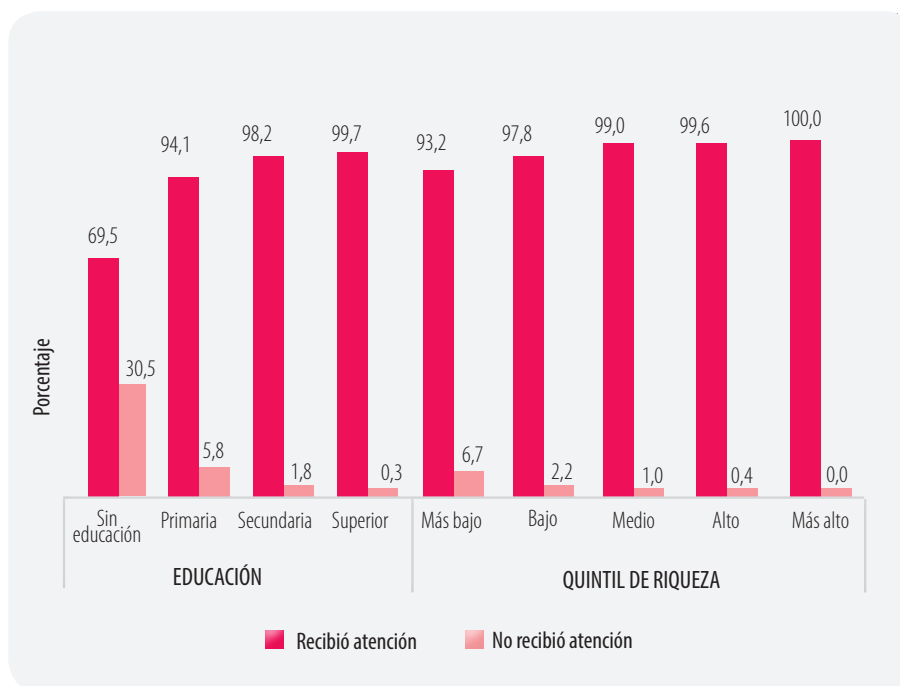
Atención prenatal

La ENDS 2015, indaga sobre la atención prenatal para el último nacimiento entre mujeres de 13 a 49 años, que tuvieron nacimientos en los cinco años que preceden la encuesta. Con relación a los resultados obtenidos en la ENDS 2010, se evidencia a nivel nacional que la atención prenatal brindada por parte de profesional calificado

(médico/a y enfermero/a), a madres gestantes durante los últimos cinco años es del 98 por ciento para 2015.

Se observan diferencias por nivel de educación. Las mujeres sin educación formal tienen la cobertura más baja de atención prenatal por parte de un profesional de la salud (65.7%); así como las mujeres en el quintil de riqueza más bajo.

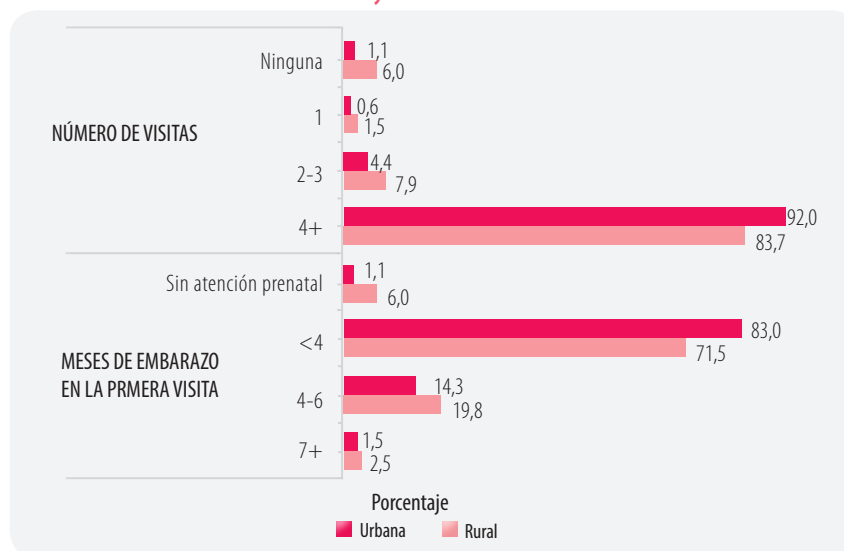
Atención prenatal según educación y quintil de riqueza
Mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años



Con respecto al número de visitas prenatales de control, 92 por ciento obtuvo cuatro visitas o más en la zona urbana; y el 83.7 por ciento en la zona rural. Estas cifras evidencian un aumento del 1 y 3 por ciento respectivamente para cada

zona, comparado con la ENDS 2010, pero a su vez refieren la situación de desventaja en la que se encuentran las gestantes en zona rural, estando 8 puntos por debajo de aquellas en zona urbana.

Visitas Prenatales de Control y Meses de Embarazo al Primer Control



Suplementos y vitaminas

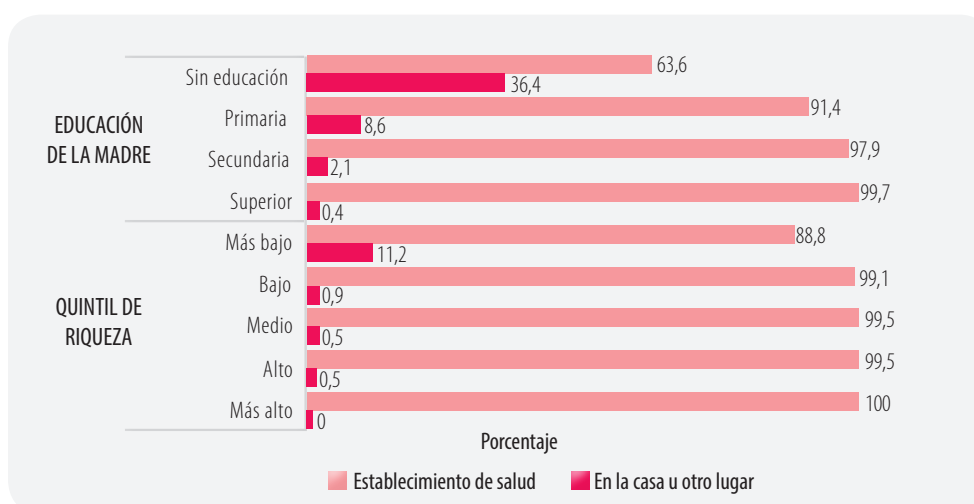
De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, el promedio de tiempo en meses durante el cual se consumió el suplemento para todas las mujeres es de 5.4 para hierro y de 5.6 tanto para calcio como ácido fólico. También se estableció que el 0.4 por ciento de mujeres tomaron medicina contra la malaria, comparado con 0.3 en el 2010.

Lugar de ocurrencia del parto

Casi la totalidad de los partos en el país ocurren en instituciones de salud (96.9%), no obstante los partos no institucionalizados se presentan en mujeres con seis hijos o más (75.6%), mujeres sin educación (63.6%) y mujeres en el quintil de riqueza más bajo (88.8%).

A mayor número de hijos disminuye el nacimiento en establecimiento de salud, mientras que a mayor nivel de educación y de riqueza aumenta el nacimiento en establecimiento de salud.

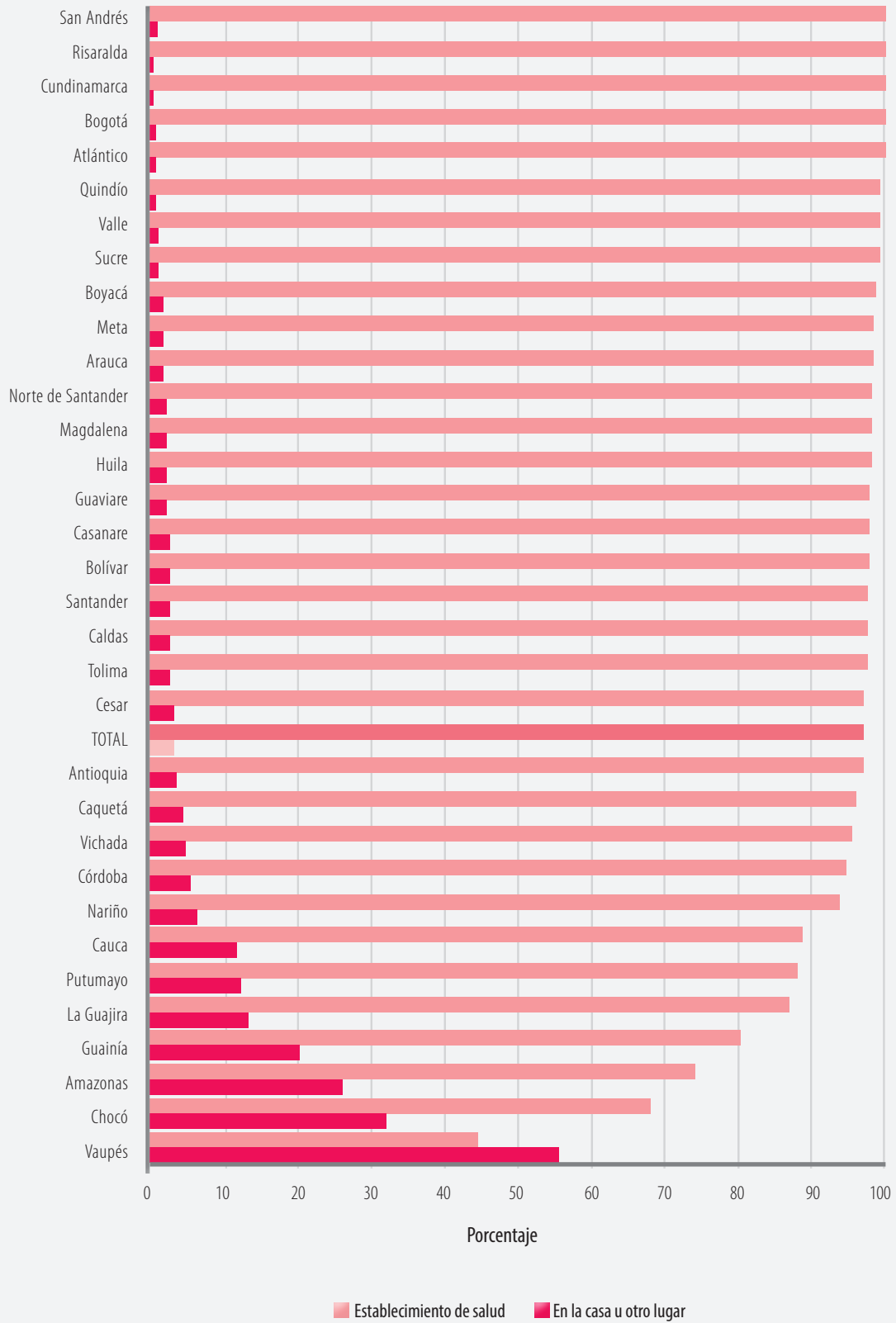
Lugar del parto por nivel de educación de la madre y quintil de riqueza Mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años



Aunque la cantidad de partos ocurridos en casa, no supera el tres por ciento a nivel nacional, se evidencia una mayor predominancia en mujeres con quintil de riqueza más bajo (9.9%) y sin educación

formal (33%), así como habitantes de los departamentos de La Guajira (13.2%), Cauca (10.9%), Chocó (26.6%), Guainía (16.6%), Amazonas (25.3%), Putumayo (11.7%) y Vaupés (51.9%).

Lugar de ocurrencia del parto por departamento
Mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años

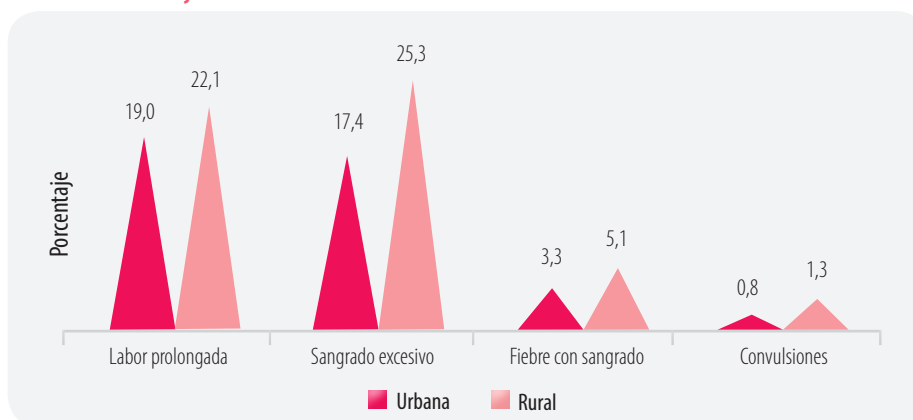


Razones complicación del parto

El 36.7 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta, presentó alguna complicación durante el parto. Las razones de mayor reporte fueron la labor prolongada y el sangrado excesivo con una prevalencia de 20% cada una.

En el caso de labor prolongada, la brecha entre zonas urbana (19%) y rural (22.1%) es relativamente menor, que para sangrado excesivo. En el caso de sangrado excesivo hay diferencias porcentuales importantes entre la zona urbana (17.4%) y rural (25.3%).

Razones de complicaciones del parto
Mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años

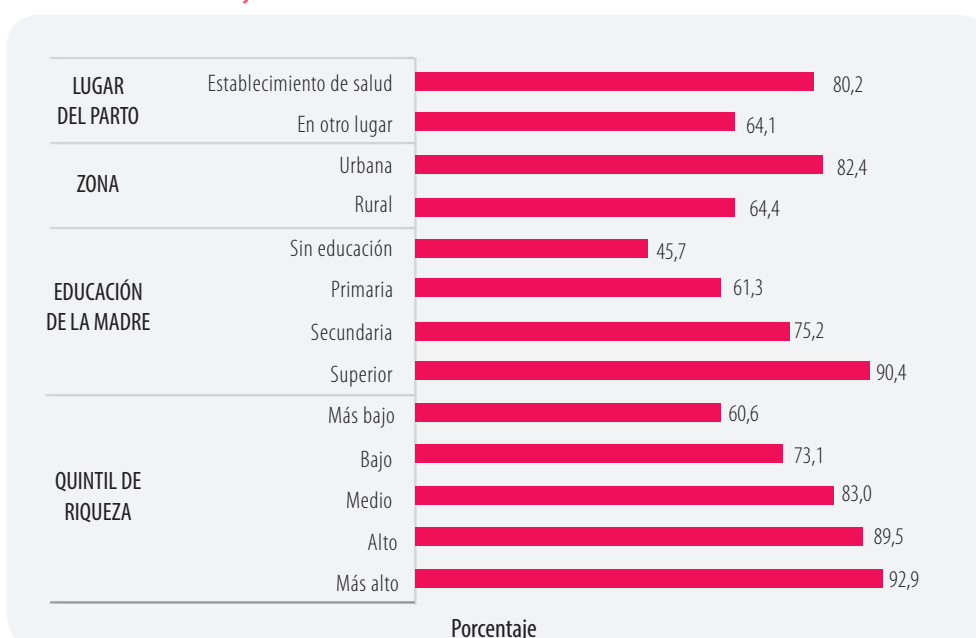


Atención postnatal

El 77.5 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los últimos cinco años previos a la encuesta, recibió control médico postparto. Se observan niveles superiores al total nacional entre: las mujeres entre 20 y 34 (79.4%) y mayores de 35 años de edad (81.4%), así como si el parto fue

en un establecimiento de salud (80.2%), las mujeres con nivel superior de educación (90%) y, en el quintil de riqueza medio (83%), alto (90%) o más alto (93%). Así mismo, hay mayor atención postnatal para las mujeres residentes en zona urbana (82%) comparado con las que viven en zona rural (64%).

Atención postnatal
Mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años



Información sobre anticoncepción postparto

Solo el 52.6 por ciento de las mujeres que reportaron al menos un nacimiento en los últimos cinco años recibió información sobre métodos anticonceptivos. Se observa que las mujeres en mayor desventaja para recibir información sobre anticoncepción posparto fueron las adolescentes menores de 20 años, las mujeres con más de tres hijos/os y las que tienen el parto en lugares diferentes a un establecimiento de salud.

Conocimiento sobre salud materna por parte de la pareja

Por primera vez la ENDS recoge información reportada por los hombres sobre varios indicadores de la salud materna de sus parejas.

Se encontró que 94.6 por ciento de los hombres de 13 a 49 años que han tenido hijos en los últimos dos años, saben que su pareja tuvo controles prenatales, pero solo 56.9 por ciento reportó haber acompañado a la pareja y 46.2 por ciento dijo estar presente en alguno de los controles.

Los hombres más jóvenes son los que reportan menor conocimiento sobre los controles prenatales de su pareja (87.4%), mientras en los demás grupos de edad los porcentajes son similares. Por nivel de educación, los hombres sin educación (79.9%) reportan el nivel más bajo en comparación con los demás niveles de educación, mientras que por quintil de riqueza se observan valores para todos los grupos por encima de 90 por ciento.

Entre zona urbana (95.5%) y rural (92.3%) se observan brechas sobre el conocimiento de los controles prenatales de la pareja. En las regiones se destaca la Orinoquía y Amazonía con el nivel más bajo (88.4%); por subregiones el Litoral Pacífico (84.1%).

Conocimientos sobre acceso de la pareja a atención prenatal Hombres de 13 a 49 años que han tenido hijos en los últimos dos años

Características	Sabe que su pareja tuvo controles prenatales	Acompañó a su pareja a controles prenatales	Estuvo presente en alguno de los controles prenatales	Le explicaron sobre cambios físicos que se presentan durante el embarazo	Le explicaron sobre cambios emocionales que se presentan durante el embarazo
13-19	87.4	50.4	43.5	42.4	97.5
20-24	92.2	54.3	42.6	40.0	96.3
25-29	94.1	56.4	46.0	44.7	96.8
30-34	96.6	61.0	51.1	49.0	97.2
35-39	96.0	56.1	44.8	43.7	97.5
40-44	95.7	58.5	48.0	45.8	96.1
45-49	96.4	53.2	41.3	42.6	96.7
Zona					
Urbana	95.5	63.1	52.8	51.2	99.4
Rural	92.3	41.5	29.9	28.0	90.7
Educación					
Sin educación	79.9	30.2	17.6	13.7	74.2
Primaria	92.7	42.6	30.4	27.8	93.3
Secundaria	94.5	54.8	43.7	41.8	98.1
Superior	97.2	73.0	64.3	63.9	99.0
Quintil de riqueza					
Más bajo	91.3	38.1	26.2	23.8	89.4
Bajo	95.0	51.8	40.2	38.4	99.6
Medio	96.8	58.6	47.7	46.7	98.8
Alto	96.3	76.5	68.8	66.9	100.0
Más alto	94.9	76.6	66.9	66.3	99.8
Total 13 a 49	94.6	56.9	46.2	44.5	96.9

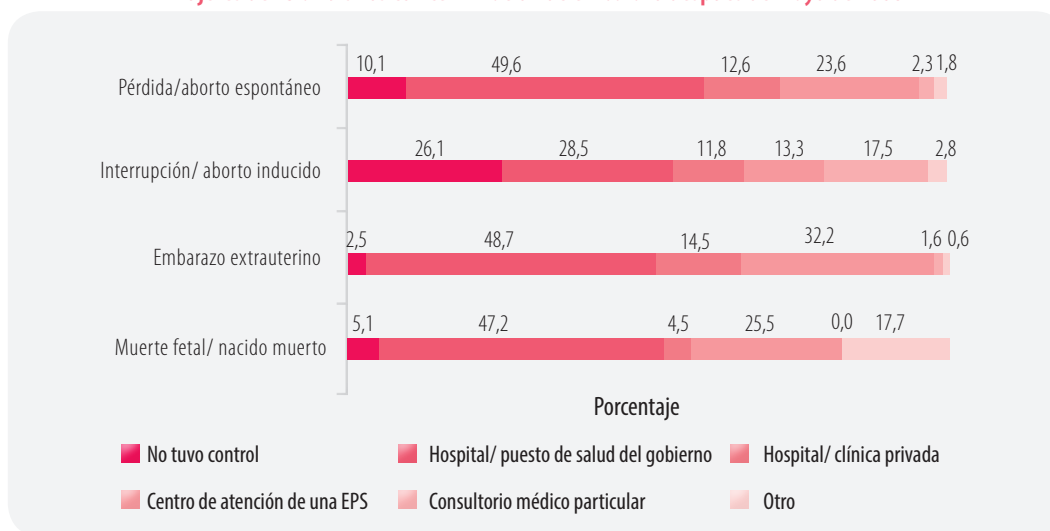
Aborto e Interrupción Voluntaria del Embarazo

Cerca del 10 por ciento del total de mujeres encuestadas refirió haber tenido una terminación del último embarazo. El 1.1 por ciento de terminaciones correspondieron a interrupciones o aborto inducidos, y 6.8 por ciento a pérdidas o abortos espontáneos.

La mayoría de atenciones en casos de interrupción o aborto inducido después de mayo de 2006, fecha en la que se despe-

nalizó parcialmente el aborto en Colombia (Sentencia C-355 de 2006), se realizaron en hospitales, centros o puestos de salud públicos (28.5%). No obstante, esta proporción es considerablemente menor a la atención de los demás tipos de evento obstétricos. En el 26.1 por ciento no hubo atención, y en el 17.5 por ciento la atención se dio en un consultorio médico particular. Cabe anotar que la atención en centros de EPS en los casos de interrupción o aborto inducido (13.3%) fue menor que en los demás eventos (23%).

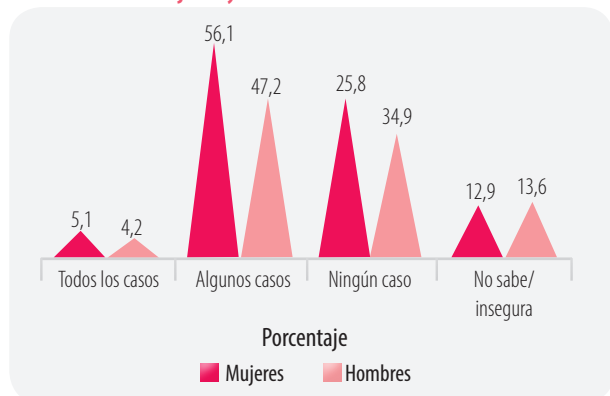
Atención a terminación del embarazo
Mujeres de 13 a 49 años con terminación de embarazo después de mayo de 2006



Conocimiento del estatus de despenalización y de las causas de IVE en Colombia

El 56.1 por ciento de mujeres de 13 a 49 años y 47.2 por ciento de hombres en el mismo rango de edad tienen conocimiento sobre la despenalización parcial del aborto en Colombia.

Conocimiento sobre el derecho a IVE
Mujeres y hombres de 13 a 49 años



El conocimiento fue mayor en mujeres y hombres de 20 a 34 años (61.8% y 50.5%), nunca unidas(os) (59.7% y 49.1%), de zonas urbanas (60.4% y 51.6%), con nivel de educación superior (72.9% y 67.7%), y en el quintil superior de riqueza (70.4% y 62.4%).

Conocimiento sobre las causas despenalizadas

Entre las mujeres con conocimiento sobre el estatus de despenalización parcial del aborto se encontró que: más de 85 por ciento conoce que la causal de malformaciones fetales graves; el 89.9 por ciento la causal violencia sexual; el 72.2 por ciento de las mujeres tiene conocimiento sobre la IVE para salvar la vida de la mujer; y cuando el embarazo pone en riesgo la salud física lo sabe el 62.0%. No obstante, menos del 41 por ciento conoce que la causal salud, incluye el riesgo para la salud mental de la mujer.

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER

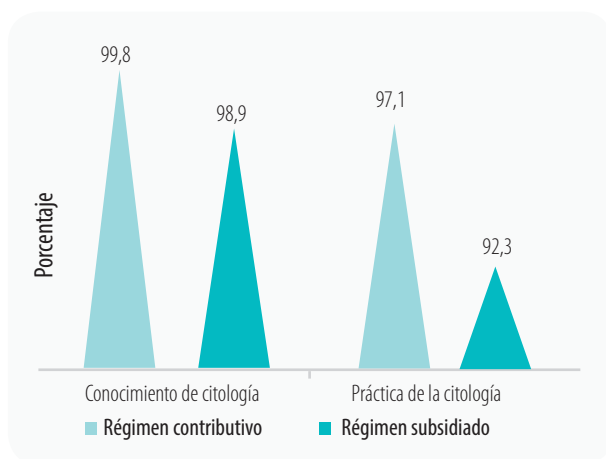
DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Citología Cervicouterina (CCU)

De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, entre las mujeres de 21 a 69 años, 99.4 por ciento conoce la citología cervicouterina y 94.6 por ciento se la ha realizado en algún momento de su vida.

El nivel de conocimiento y práctica de la citología es mayor entre las mujeres del régimen contributivo (99.8% y 97.1%) frente a las del régimen subsidiado (98.9% y 92.3%).

Conocimiento y práctica de la citología cervicouterina
Mujeres de 21 a 69 años



Por departamentos, la práctica de la citología es menor en Vaupés (64.0%) y Guainía (77.1%), con porcentajes menores al 80 por ciento; seguidos por Chocó (81.0%), Amazonas (84.5%), Vichada (86.4%), La Guajira (86.8%) y Magdalena (87.6%).

Departamento	% Si conoce la CCU	% Se ha hecho la CCU
La Guajira	94,2	86,8
Cesar	99,6	90,6
Magdalena	98,8	87,6
Atlántico	99,4	92,5
San Andrés	99,5	93,8
Bolívar	99,6	92,5
Sucre	98,1	92,1
Córdoba	98,4	94,9
Norte de Santander	99,8	92,0
Santander	99,9	95,1
Boyacá	99,5	93,3
Cundinamarca	100,0	95,3
Meta	100,0	95,5
Bogotá	99,9	96,4
Antioquia	99,6	96,2
Caldas	99,9	95,8
Risaralda	99,8	97,5
Quindío	99,8	96,4
Tolima	99,0	95,1
Huila	99,3	95,6
Caquetá	99,0	94,4
Valle	99,5	95,5
Cauca	99,0	93,3
Nariño	98,8	94,6
Chocó	94,9	81,0
Arauca	99,8	94,1
Casanare	99,6	95,9
Guainía	87,9	77,1
Vichada	96,7	86,4
Amazonas	98,2	84,5
Putumayo	98,8	94,1
Guaviare	99,8	96,2
Vaupés	72,7	64,0
Total país	99,4	94,6

Entre las mujeres que se han realizado citología alguna vez en la vida, 66.5 por ciento se la realizan cada año. Este porcentaje

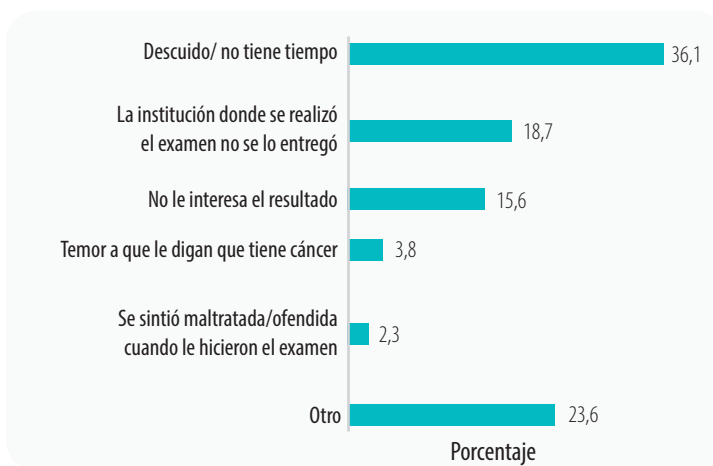
es mayor a medida que se incrementa el nivel educativo y el quintil de riqueza; es mayor en mujeres afiliadas al régimen contributivo, con 71.9 por ciento, frente a 61.7 por ciento del subsidiado y en residentes en zonas urbanas, con 67.1 por ciento frente a 63.9 por ciento de la zona rural.

También se pudo establecer que 91.1 por ciento de las mujeres que se realizaron la citología reclamó el resultado. La frecuencia es mayor para las mujeres del régimen contributivo (92.1%), y para las mujeres residentes en zonas urbanas (92.1%). Igualmente, incrementa el porcentaje de mujeres que reclamó el resultado a mayor nivel educativo (92.4%) y mayor quintil de riqueza (93.4%).

Entre las mujeres que reclamaron el resultado de la última citología, 3.8 por ciento reportó que fue anormal. Quienes reportan anormalidad en resultados son principalmente las mujeres de 21 a 24 años (5.5%), las que no tienen hijas o hijos (4.3%), las pertenecientes al régimen subsidiado (4.1%) y con residencia en zonas rurales (4.2%). Igualmente, es mayor en mujeres residentes en la región Pacífica y Bogotá.

Ahora bien, las mujeres que no reclamaron el resultado de la última citología, refieren como principal causa el descuido o la falta de tiempo (36.1%). Otras de las causas son la reciente realización, la demora en la entrega de resultados, viajes y problemas de salud, que les impiden acudir a reclamar los resultados.

Razones para no reclamar el resultado de la última citología Mujeres de 21 a 69 años



La falta de entrega de resultados por parte de las instituciones de salud, se reporta en mayor proporción en el régimen subsidiado (21.9%), frente al régimen contributivo (15.1%).

Sobre las razones para no hacerse la citología, la ENDS 2015 identificó que el 4.8 por ciento de las mujeres entre 21 a 69 años nunca se ha hecho una citología; esto sucede especialmente entre las mujeres con menor nivel educativo (7.8%) y quintil de riqueza más bajo (7.3%), al analizar el sitio de residencia, es mayor el porcentaje en mujeres residentes en zonas rurales (6.6%), frente al 4.3 por ciento en zonas urbanas. Los departamentos con las mayores proporciones de mujeres que nunca se han realizado la citología fueron Chocó (13.8%), Amazonas (13.7%), Guainía (10.8%), Vichada (10.3%) y Magdalena (11.1%).

Virus del Papiloma Humano (VPH)

El cáncer de cuello uterino es causado por la infección persistente que causan los tipos de alto riesgo del Virus del Papiloma Humano (VPH), que es de transmisión sexual.

El conocimiento del VPH es de 90.3 por ciento entre las mujeres de 13 a 69 años y de 81.5 por ciento en los hombres del mismo grupo de edad.

El conocimiento sobre VPH es menor en los afiliados al régimen subsidiado y en residentes en zonas rurales. En cuanto a regiones, se presenta menor conocimiento en la zona de Orinoquía y Amazonía y es mayor en Bogotá. Esta situación se presenta tanto en mujeres como en hombres.

El 40.4 por ciento de las mujeres de 13 a 69 años conoce las pruebas que diagnostican del VPH. El conocimiento es mayor en las mujeres del régimen contributivo (43.2%), frente al subsidiado (37.5%), en las residentes en zonas urbanas (42%, respecto a

34.2% de zonas rurales), en las de mayor nivel educativo (48.1% en mujeres con educación superior, frente a 34.6% en mujeres sin educación formal) y mayor quintil de riqueza (43.8% en el quintil alto, frente a 33.2% del quintil más bajo).

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

La ENDS 2015 reveló que 93.9 por ciento de las mujeres encuestadas de 21 a 69 años, mencionó que conoce el autoexamen de seno, conocimiento que es mayor en las mujeres sin hijas o hijos, en las mujeres solteras con educación superior y con quintil más alto de riqueza.

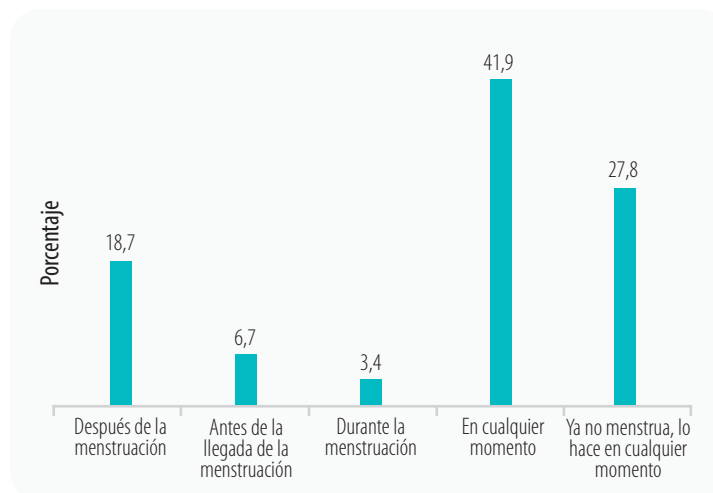
Este conocimiento disminuye en las mujeres ubicadas en la zona rural, así como en las regiones Atlántica, Orinoquía y Amazonía. Los departamentos con menor porcentaje de conocimiento hacia el autoexamen de seno fueron Vaupés, Guainía y Amazonas (43.8%, 70.9% y 75.1% respectivamente).

En relación con la práctica del autoexamen de seno, 71.8 por ciento de las mujeres manifestó habérselo practicado. Esta práctica es menor en las mujeres con mayor número de hijas o hijos, afiliadas al régimen subsidiado, sin educación, ubicadas en el quintil de riqueza más bajo, residentes de zonas rurales y región Atlántica, Orinoquía y Amazonía. Los departamentos con mayor porcentaje de práctica fueron Huila (85%), Quindío (81.5%), Bogotá (79.5%) y Risaralda (77.9%).

El 51.3 por ciento de las mujeres que se practicaron el autoexamen de seno, reveló que fue a través del médico o la enfermera que recibieron información acerca de este, 32 por ciento a través de su institución de salud y el 23 por ciento mediante medios masivos de comunicación.

El 37.7 por ciento de las mujeres que indicaron practicarse el autoexamen de seno lo hace cada mes. El 41.9 declaró haberlo en cualquier momento, 18.7 por ciento se lo realiza después de la menstruación y 6.7 por ciento lo hace antes de la llegada de la menstruación.

Momento de realización del autoexamen de mama
Mujeres de 21 a 69 años

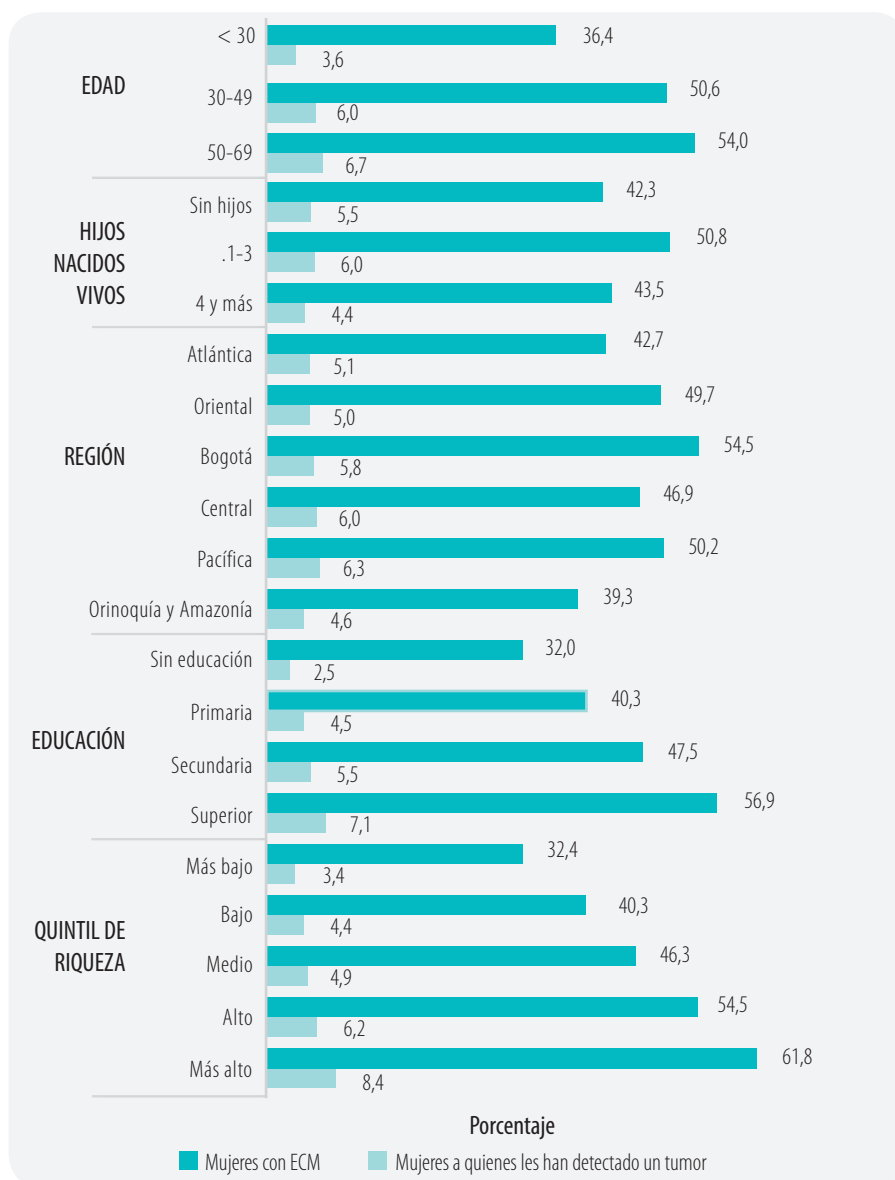


Examen Clínico de Mama (ECM)

El examen clínico de mama es la inspección a los senos de la mujer, que hace un profesional de la salud debidamente entrenado y con una técnica estandarizada. El 48.3 por ciento de las mujeres entre los 21 a 69 años dijo que se había practicado un examen clínico de seno. El mayor porcentaje estuvo entre aquellas de 50 a 69 años, pertenecientes a la zona urbana, con un nivel de educación superior y en el quintil de riqueza más alto.

Los departamentos con mayor cobertura de examen clínico de seno fueron San Andrés (60.6%), Quindío (59.5%), y Valle (56.3%). En San Andrés se encontró la mayor proporción de mujeres con examen clínico de seno (60.6%), y así mismo el mayor número de mujeres que reportaron el hallazgo de un tumor (8.1%), 68.8 por ciento lo hizo por chequeo y 44.1 por ciento durante el último año.

Mujeres que se han realizado examen clínico de seno y mujeres a quienes les han detectado un tumor



Mamografía

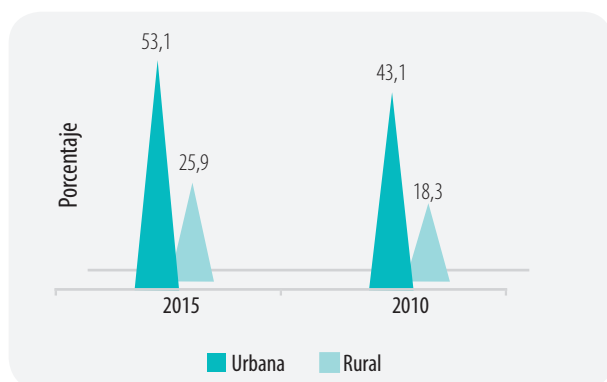
El 48.1 por ciento de las mujeres entre los 40 a 69 años se ha practicado mamografía, lo que indica un incremento con respecto a la ENDS 2010 (38%). Para las mujeres entre los 40 a 49 años el porcentaje fue de 25.0 por ciento, y para aquellas entre los 50 a 69, fue de 62.5 por ciento. La práctica de la mamografía se incrementa con la edad, el nivel de

educación y el quintil de riqueza, situación similar a la de la ENDS 2010.

También se evidencia un incremento en las coberturas de mamografía en la ENDS 2015, frente a la ENDS 2010, tanto para la zona urbana (2015: 53.1%, 2010: 43.1%) como para la zona rural (2015: 25.9%, 2010: 18.3%).

El 48.1 por ciento de las mujeres entre los 40 a 69 años se ha practicado mamografía. Respecto a la ENDS 2010 se reporta un aumento de dicha practica de más del 10 por ciento (2010: 38%).

Cobertura de la mamografía
Mujeres de 40 a 69 años



Para la ENDS 2015 el mayor porcentaje de mujeres con mamografía estuvo en los departamentos: San Andrés (62.8%), Bogotá (57.8%), Cundinamarca (56.3%), Quindío (55.7%), Antioquia (52.9%) y Valle (53.2%). En Bogotá, 74.6 por ciento de las mujeres se practicó la mamografía por chequeo, 94.9 por ciento reclamó el resultado, 1.7 por ciento tuvo resultados anormales en la mamografía, y de estas 1.1 por ciento se practicó biopsia. No obstante, la práctica de la biopsia por resultados anormales en la mamografía se redujo entre la ENDS 2010 y 2015 de 1.8 por ciento a 1.5 por ciento.

Al indagar por la práctica de la mamografía se encontró que 43.1 por ciento de las mujeres encuestadas manifestó que se han practicado la mamografía solo una vez; este porcentaje fue de 65.4 por ciento en las mujeres de 40 a 49 años y de 37.5 por ciento en las mujeres de 50 a 69 años. El 28.3 por ciento dijo practicársela una vez al año y 13.8 por ciento cada dos años.

Ahora bien, entre las principales razones señaladas por las mujeres entre 40 a 69 años, para no practicarse la mamografía, están: personales (53.9%), relacionadas con los servicios de salud (28.1%), otras razones como el que no haya sido ordenada por el médico, fueron señaladas con 17.2 por ciento; y finalmente 0.8 por ciento refirió las razones económicas como el motivo para no realizarse la mamografía.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

En Colombia, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar en incidencia por cáncer en la población masculina. El Antígeno Prostático Específico (PSA por sus siglas en inglés), es actualmente la principal prueba para la detección temprana del cáncer de próstata, en combinación con el tacto rectal.

Conocimiento y práctica del tacto rectal

Se identificó que 87.6 por ciento de los hombres de 50 a 69 años conoce el tacto rectal, pero solamente 34.6 por ciento se lo ha realizado. Tanto el conocimiento como la realización del mismo, es mayor en los hombres del régimen contributivo, frente a los pertenecientes al régimen subsidiado y los no afiliados; es mayor en los hombres que viven en áreas urbanas y se incrementa con mayor nivel educativo y quintil de riqueza.

El 87.6 por ciento de los hombres de 50 a 69 años conoce el tacto rectal, pero solamente 34.6 por ciento se lo ha realizado.

Es mayor el conocimiento y la realización en Bogotá (conocimiento del 92.4% y realización del 43.1%) y es menor en la Orinoquía y Amazonía (conocimiento del 75.7% y realización del 23.8%). El departamento en el que más se conoce y practica el tacto rectal es San Andrés, (97.5% y 54.9% respectivamente) y en el que menos se evidencia conocimiento y cobertura es en Vaupés (40.2% y 6.7%, respectivamente).

Entre los hombres de 50 a 69 años que manifiestan haberse realizado el tacto rectal, 49.4 por ciento indica que se lo ha realizado una sola vez, 22.9 por ciento cada año, 6.4 por ciento cada dos años, 9.5 por ciento cada tres años y 3.9 por ciento más de una vez al año.

Las principales razones para no hacerse el tacto rectal son: falta de tiempo, desconocimiento del sitio en donde le prestan el servicio, horarios de consulta inadecuados, descuido, pereza, no sentirse a gusto con el procedimiento y falta de credibilidad en sus resultados.

De igual modo el 12.5 por ciento de los hombres manifestaron razones atribuidas a los servicios de salud, como la lejanía respecto al servicio de salud, percepción de mala calidad, falta de atención, filas muy largas, mal trato por el personal, demoras en la atención y demoras en la asignación de citas y falta de realización por el personal de salud. Por su parte, el 14.2 por ciento de los hombres refirieron otros tipos de razones para no haberse realizado el tacto rectal, dentro de las cuales las dos más frecuentemente nombradas, fueron que el médico no se lo había ordenado y que ya se había realizado el antígeno prostático. Los departamentos en los que más se refirió esta causa fueron Valle, Antioquia, Vichada y Bogotá.

Conocimiento y práctica del Antígeno Prostático (PSA)

El 74.0 por ciento de los hombres de 50 a 69 años conoce el antígeno prostático y 44.6 por ciento se lo ha realizado. Se evidencia por tanto menor porcentaje de conocimiento de esta prueba frente al tacto rectal, pero una mayor práctica de la misma. El conocimiento como la realización del PSA, es mayor en los hombres del régimen contributivo, frente a los pertenecientes al régimen subsidiado y los no afiliados, y es aún mayor en los regímenes especiales; es mayor en los hombres que viven en la zona urbana y se incrementa con mayor nivel educativo y quintil de riqueza.

El 74.0 por ciento de los hombres de 50 a 69 años conoce el antígeno prostático y 44.6 por ciento se lo ha realizado.

Por regiones, es mayor el conocimiento y la realización en Bogotá (conocimiento de 85.6% y realización de 59.7%) y es menor en la Orinoquía y Amazonía (conocimiento de 57.7% y realización de 32.0%) Ahora bien, los departamentos en los que más se conoce y practica el PSA son San Andrés (87.2% y 59.9% respectivamente), y Bogotá (85.6% y 59.7%). El departamento en el que menos se evidencia conocimiento y cobertura es Vaupés (25.9% y 11.7%, respectivamente).

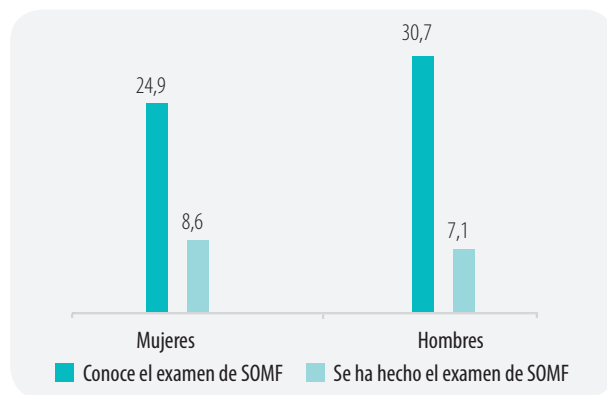
Entre los hombres de 50 a 69 años que manifiestan haberse realizado el PSA, 42.6 por ciento indica que se lo ha realizado una sola vez, 37.5 por ciento cada año, 5.1 por ciento cada tres años y 7.9 por ciento más de una vez al año, evidenciando una mayor proporción de hombres que lo realizan cada año, frente al tacto rectal.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

La mejor estrategia para la detección temprana de cáncer colorrectal, es la prueba de Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF). Al respecto se encontró que de las mujeres entre 50 a 69 años, 24.9 por ciento dijo conocer sobre el examen de SOMF, pero solo 8.6 por ciento manifestó haberse practicado. La práctica del examen de SOMF, aumenta con el nivel de educación y el quintil de riqueza. Esta práctica es mayor en mujeres de la zona urbana (9.6%) y residentes de regiones Bogotá (11.1%) y Pacífica (10.0%).

Por su parte 30.7 por ciento de los hombres entre 50 a 69 años, dijo conocer el examen de sangre oculta en materia fecal, 7.1 por ciento manifestó haberse realizado. En hombres el conocimiento sobre el examen de SOMF se incrementa con el quintil de riqueza y fue mayor en las regiones: Bogotá (37.1%) y Atlántica (32.4%). Los porcentajes de conocimiento y práctica del examen de SOMF en mujeres y hombres, mostraron una similitud. Y San Andrés fue el departamento con mayor porcentaje de conocimiento sobre el examen de SOMF tanto para mujeres como para hombres (34.3% y 37.2%).

Conocimiento y realización del examen de sangre oculta en materia fecal (SOMF) Mujeres y hombres de 50 a 69 años

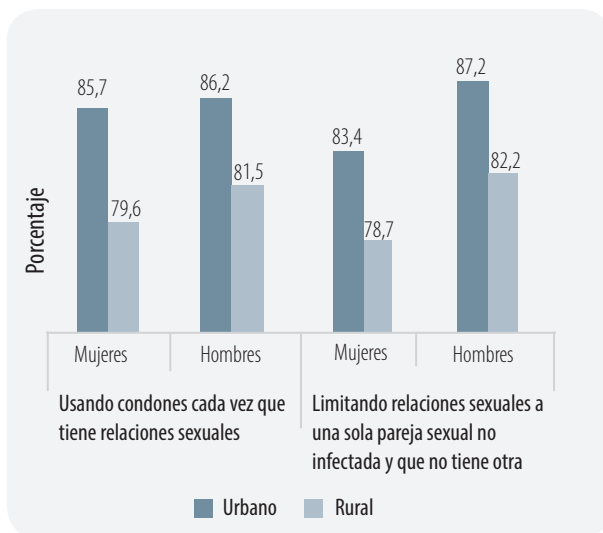


CONOCIMIENTO DE ITS Y DEL VIH/SIDA: FORMAS DE PREVENCIÓN

Conocimientos sobre el VIH/Sida

Según la ENDS 2015, casi el 100 por ciento de las mujeres y de los hombres de 13 a 49 años han escuchado sobre el VIH/Sida. Sin embargo el menor nivel de conocimiento general, tanto en mujeres como en hombres, está relacionado con los menores niveles educativos, en las personas más jóvenes, quienes nunca han tenido relaciones sexuales, en la zona rural y en el quintil de riqueza más bajo.

Mujeres y hombres de 13 a 49 años que conocen formas de prevención del VIH



Conocimiento de prácticas seguras

El (85.1%) de hombres y el (84.4%) de mujeres afirma que el uso de condón es una de las prácticas más seguras para prevenir la transmisión del VIH/Sida.

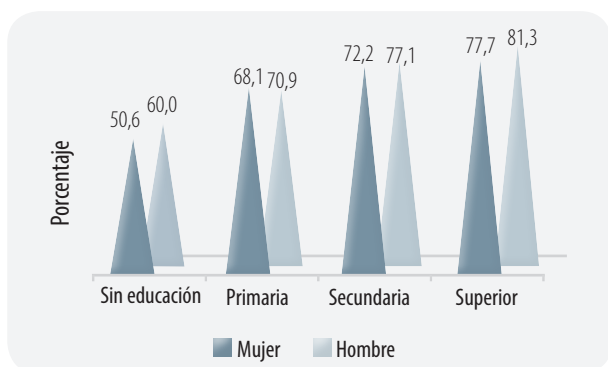
Un porcentaje mayor de los hombres (86.0%) y un (82.4%) de mujeres, respondieron que limitar las relaciones sexuales a una sola pareja sexual que no esté infectada es la práctica más segura.

El usar condones cada vez que tienen relaciones sexuales y limitar las relaciones sexuales a una sola pareja que no tiene otra pareja sexual fue mencionado por el 76.8 por ciento de los hombres y por el 73.1 por ciento de las mujeres.

Cerca del 20 por ciento de mujeres y hombres de la zona rural, al igual que las personas del quintil de riqueza más bajo, desconocen que el uso del condón disminuye el riesgo de contraer VIH/Sida.

Entre las personas que no tienen ninguna educación, el 40 por ciento de las mujeres y el 33 por ciento de los hombres, desconocen que el uso del condón es una práctica segura.

Conocimiento de prácticas seguras Mujeres y hombres de 13 a 49 años



Conocimiento comprensivo del VIH/Sida

Cerca de un 14 por ciento de las mujeres encuestadas no conocían o sabían que una persona aparentemente saludable puede tener VIH/Sida, esta percepción es semejante en los hombres.

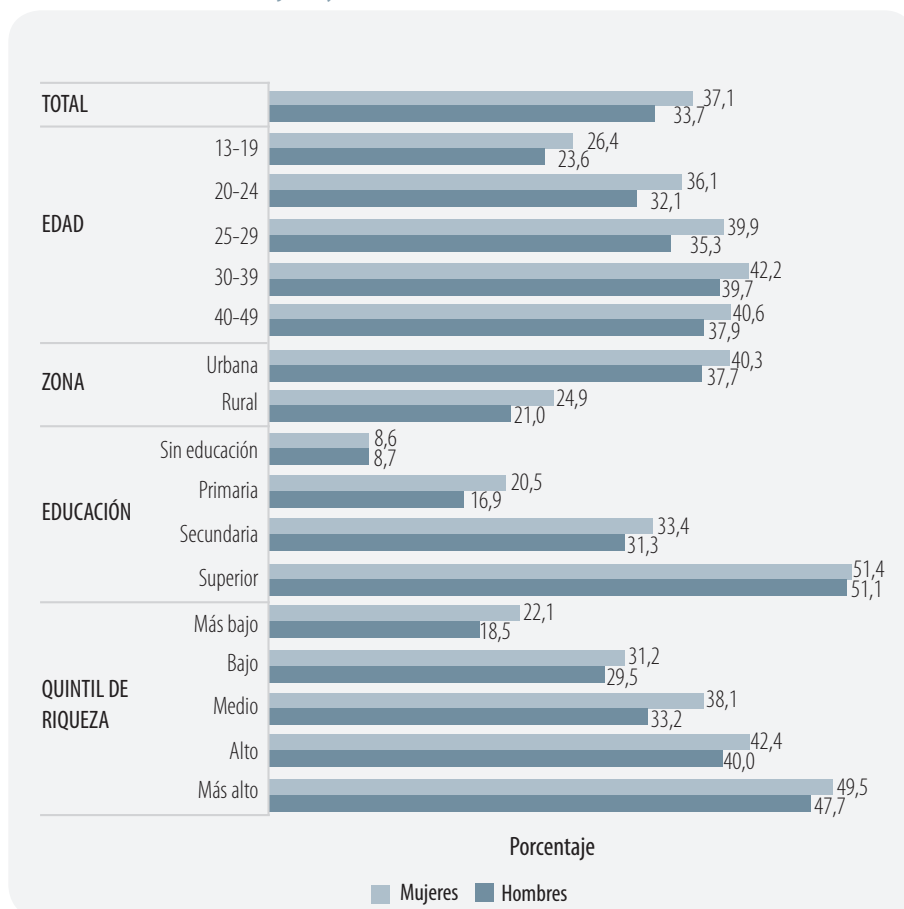
El 62,5 por ciento de las mujeres frente al 55,7 por ciento de los hombres indica que el VIH no puede ser transmitido por la picadura de mosquitos.

El 73,6 por ciento de las mujeres y el 67,1 por ciento de los hombres sabe que una persona no puede quedar infectada compartiendo alimentos con una persona que tiene VIH/Sida.

El conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida hace referencia a que la persona entrevistada sabe que usar condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja sexual que no esté infectada y que no tenga otras parejas sexuales, puede reducir el riesgo de contraer el VIH. Sabe también que una persona que parezca saludable puede tener el VIH/Sida y rechaza las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH/Sida en Colombia, las cuales son que el puede ser transmitido por picadura de mosquitos y que puede ser transmitido compartiendo alimentos con personas que tengan el virus.

El 37,1 por ciento de las mujeres y el 33,7 por ciento de los hombres de 13 a 49 años tienen conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida.

Conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida Mujeres y hombres de 13 a 49 años



Conocimiento de la prevención de la TMI (Transmisión Materno Infantil) del VIH/Sida

El conocimiento sobre la transmisión del VIH/Sida de la madre al hijo durante la gestación fue mayor en mujeres (80.6%) que en hombres (73.7%).

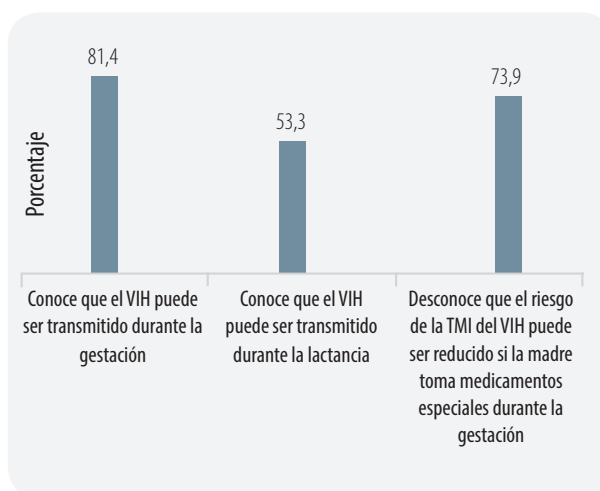
El 48.2 por ciento de las mujeres sabe que el VIH/Sida se puede transmitir durante la lactancia, y un 22.9 por ciento conoce sobre la reducción del riesgo de la transmisión del VIH/Sida si la madre toma medicamentos especiales durante la gestación. En hombres, este conocimiento fue menor que en las mujeres (44.8%) y (16.2%) respectivamente.

Actitudes hacia personas que tienen VIH/Sida.

A las mujeres y hombres encuestados se les realizaron preguntas específicas sobre la aceptación hacia las personas con VIH/Sida.

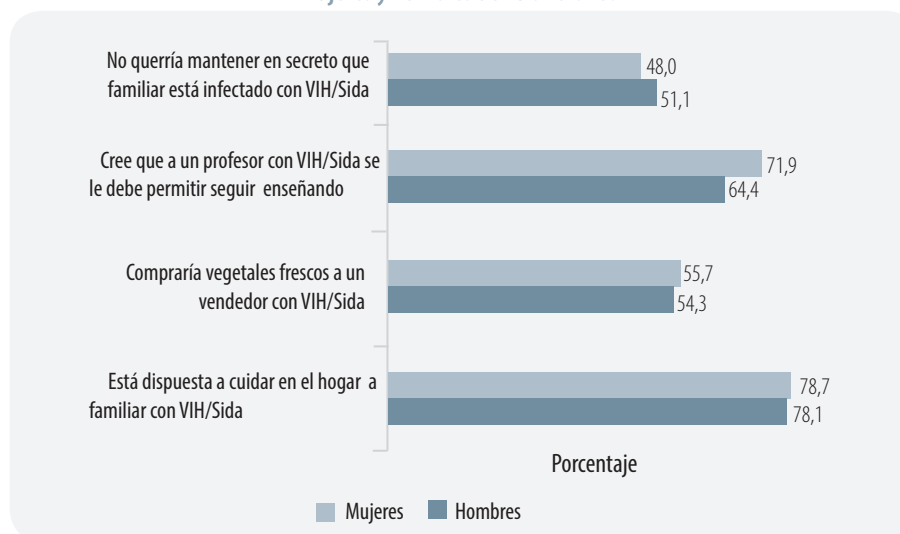
En los hombres los resultados frente a las actitudes de aceptación fueron similares al de las mujeres, excepto en la pre-

Conocimiento de las mujeres en gestación sobre la prevención de la Transmisión Materno Infantil (TMI) del VIH/Sida



gunta relacionada con mantener en secreto que un familiar tiene VIH/Sida, la cual fue menor en las mujeres que en los hombres.

Actitudes hacia personas que viven con VIH/Sida Mujeres y hombres de 13 a 49 años



Actitudes hacia la negociación para tener relaciones sexuales seguras con la pareja

El 95.6 por ciento de las mujeres y el 90.7 por ciento de los hombres están de acuerdo con que una mujer se puede negar a tener relaciones sexuales si ella sabe que su pareja tiene una ITS. El porcentaje más bajo se encuentra en los hombres y mujeres sin educación formal (76.6% y 83.6% respectivamente).

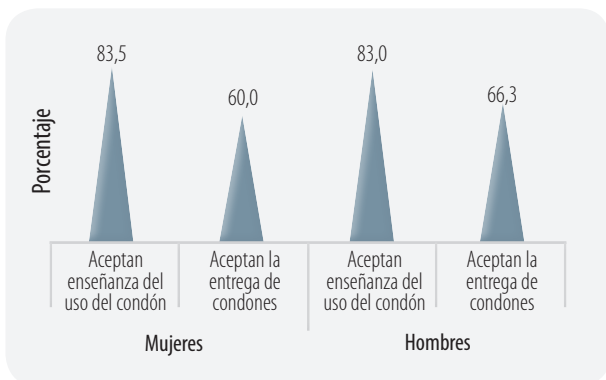
El 93.7 por ciento de las mujeres está de acuerdo con que una mujer rechace tener relaciones sexuales y además que pida usar condón si ella sabe que su pareja tiene una ITS.

Las mujeres nunca unidas y que nunca han tenido relaciones sexuales, sin educación formal, en la zona rural y en el quintil de riqueza más bajo tienen los porcentajes más bajos en la capacidad de negociación para negarse a tener relaciones sexuales y pedir el uso del condón, cuando conocen que su pareja tiene una ITS.

Enseñanza sobre el uso del condón para prevenir la transmisión del VIH/Sida

A las mujeres y hombres de 18 a 49 años se les preguntó si estarían de acuerdo con que a niñas y niños de 12 a 14 años se les enseñe el uso adecuado del condón para prevenir el VIH/Sida, y si estarían de acuerdo que se entreguen condones como parte de la educación de la sexualidad.

Aceptación de la enseñanza del uso adecuado del condón y de la entrega de condones a niñas(os) de 12 a 14 años Mujeres y hombres de 18 a 49 años



La aceptación de la enseñanza del uso adecuado del condón a niñas y niños de 12 a 14 años de edad, fue mayor que el porcentaje de aceptación de la entrega de condones como parte de la educación de la sexualidad, tanto en hombres como en mujeres.

Relaciones de alto riesgo y uso de condón

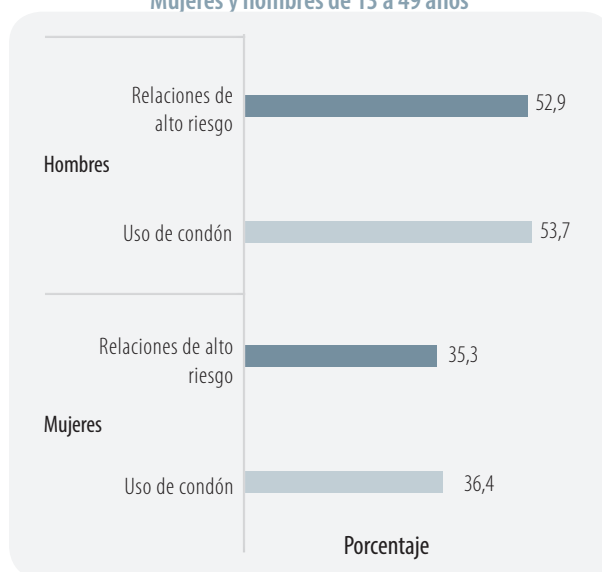
El 4.5 por ciento de mujeres de 13 a 49 años, han tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses, a diferencia de los hombres que fue del 21.2 por ciento.

El 26.5 por ciento de las mujeres y el 42.7 por ciento de los hombres de 13 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, manifestaron haber tenido relaciones sexuales de alto riesgo (relaciones sexuales con una persona que no era su pareja estable en los últimos 12 meses). Se encuentra un porcentaje mayor en los hombres que se auto-definieron con una orientación bisexual con 81.7 por ciento.

El promedio de parejas sexuales durante toda la vida es de 3.0 en mujeres y 10.8 en hombres.

La proporción de uso de condón en la última relación sexual en las mujeres y hombres que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, fue de 31.7 y 46.7 por ciento respectivamente.

Relaciones de alto riesgo y uso de condón en la última relación sexual de alto riesgo Mujeres y hombres de 13 a 49 años



Prueba de VIH/Sida en el pasado

La prueba de VIH/Sida constituye una oportunidad para que las personas con VIH/Sida tengan acceso al diagnóstico oportuno y que conlleve a un inicio temprano del tratamiento, lo cual disminuye en gran medida la morbilidad y la mortalidad vinculadas con esta infección.

El 80.0 por ciento de mujeres recibieron información sobre dónde realizarse la prueba de VIH/Sida frente a un 72.8 por ciento de los hombres.

Se han hecho la prueba del VIH alguna vez	Porcentaje
Hombres de 13 a 49 años	30.2
Mujeres de 13 a 49 años	50.9

En los últimos 12 meses el porcentaje de hombres y mujeres que se realizaron la prueba y recibieron los resultados fue de 6.5 por ciento y 9.6 por ciento respectivamente.

Hombres que han tenido encuentros, acercamientos o relaciones sexuales con otros hombres

La ENDS 2015 indagó en todos los hombres que tuvieron relaciones sexuales, si alguna vez habían tenido encuentros, acercamientos o relaciones sexuales con otro hombre.

De todos los hombres de 13 a 49 años, el 2.4 por ciento refirió haber tenido encuentros, acercamientos o relaciones sexuales con otro hombre. De estos, el 49.6 por ciento se autodefinió con una orientación heterosexual, el 33.3 por ciento homosexuales y 17.1 por ciento bisexuales.

Relaciones sexuales vaginales, relaciones sexuales anales y uso del condón

El uso del condón en las relaciones sexuales es un método de anticoncepción y de protección para evitar la transmisión del VIH/Sida e ITS.

El uso de condón en relaciones sexuales vaginales fue del 20.1 por ciento en las mujeres.

El uso de condón en relaciones sexuales anales fue del 87.7 por ciento en las mujeres y del 81.4 por ciento en los hombres.

Asesoría a mujeres en gestación y prueba del VIH

El 54.8 por ciento de las mujeres con nacimientos en los últimos 2 años, recibieron asesoría sobre VIH/Sida en alguna de las visitas prenatales. Al 88.4 por ciento se le ofreció la prueba, la aceptó y recibió los resultados.

El 53.1 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años, recibió asesoría, le ofrecieron hacerle la prueba y aceptó, y recibió el resultado.

Llama la atención que la mitad de las mujeres no reciben asesoría para la prueba de VIH/Sida en sus controles prenatales.

JÓVENES

Conocimiento comprensivo del VIH/Sida

El nivel de conocimiento comprensivo sobre VIH/Sida en jóvenes fue menor (27.1%) en los hombres que en las mujeres (30.4%). Los hombres con orientación homosexual presentan cerca del doble de conocimiento comprensivo (58.4%) que las mujeres (32.7%) y los heterosexuales (26.5%).

Aunque se observa un incremento en el nivel de conocimiento comprensivo del VIH/Sida en mujeres jóvenes, comparado con el 2010, el nivel de desconocimiento sigue siendo alto; solo 3 de cada 10 jóvenes cuentan con un conocimiento comprensivo del VIH.

Prácticas seguras y relaciones de riesgo de jóvenes

Edad a la primera relación sexual

El 16.3 por ciento de las mujeres y el 33.1 por ciento de los hombres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

Los hombres presentan un inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años mayor al de las mujeres, excepto en las mujeres sin educación y con educación primaria.

Por otra parte, el 64.9 por ciento de las mujeres de 18 a 24 años, tuvieron su primera relación antes de los 18 años. En los hombres fue del 81.1 por ciento.

Chocó se destaca por ser el departamento con más alto porcentaje tanto en hombres como mujeres, en el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años y antes de los 18 años de edad.

Uso de condón en la primera y última relación sexual

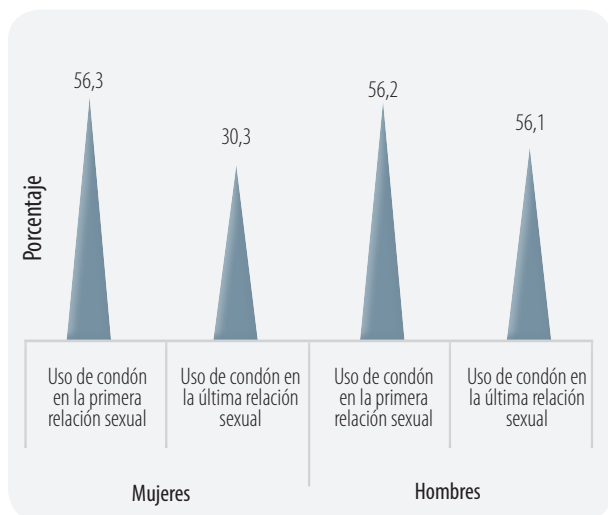
En los hombres y mujeres de 13 a 24 años, el porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual fue del 56 por ciento.

Los porcentajes más bajos de uso del condón en la primera relación sexual en hombres y mujeres se presentan en el quintil de riqueza más bajo (50.1% y 43.6% respectivamente), en los que tienen educación primaria (47.5% y 34.9% respectivamente), y los de la zona rural (52.9% y 46.8% respectivamente).

El 30.3 por ciento de las mujeres de 13 a 24 años y el 56.1 por ciento de los hombres de 13 a 24 años usaron condón durante la última relación sexual.

En los hombres, el uso de condón en la primera relación sexual como en la última se mantiene alrededor del 56 por ciento, mientras que en las mujeres baja 26 puntos porcentuales.

Uso de condón en la primera y última relación sexual
Mujeres y hombres de 13 a 24 años



Razones de no uso de condón en la última relación sexual en mujeres y hombres jóvenes

El 69.7 por ciento de las mujeres y el 43.9 por ciento de los hombres jóvenes no usaron condón en la última relación sexual y las tres principales razones para no usarlo fueron el uso de otro método de anticoncepción (mujeres 38.7% y hombres 40.7%), seguido por tener una pareja estable (mujeres

20.9% y hombres 18.4%) y porque a la pareja no le gusta usarlo (mujeres 14.2% y hombres 12.9%).

Los jóvenes con mayor acceso a la educación y con mayor edad, no usan el condón debido a que usan otro método anticonceptivo, desconociendo la doble protección y la necesidad de prevenir la transmisión del VIH/Sida e ITS.

Actividad sexual y uso del condón

Entre las mujeres jóvenes el porcentaje que informó que nunca ha tenido relaciones sexuales fue de 56.3 por ciento. Los mayores porcentajes se presentan en las mujeres del rango de edad de 13 a 17 años (80.7%), de la zona rural (66.7%), con educación primaria (74.7%), y las del quintil más bajo de riqueza (68.8%).

El porcentaje de hombres jóvenes que informó que nunca ha tenido relaciones sexuales fue 39.1 por ciento. Los mayores porcentajes se presentan en los hombres de 13 a 17 años (67.2%), de la zona rural (43.1%), con educación primaria (59.3%), en el quintil más bajo de riqueza (45.6%).

El uso de condón en la última relación sexual en las mujeres de 13 a 24 años que nunca han estado en unión y que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses fue de 46.9 por ciento.

El uso de condón en la última relación sexual en los hombres de 13 a 24 años que nunca han estado en unión y que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses fue de 67.1 por ciento.

Relaciones de alto riesgo y uso de condón en jóvenes

Las relaciones sexuales de alto riesgo hacen referencia a las relaciones con una persona que no es la pareja estable.

El 33.0 por ciento de las mujeres entre 13 a 24 años tuvo relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses, y de estas el 49.4 por ciento usó condón en la última relación sexual de riesgo.

En los hombres entre 13 a 24 años estos porcentaje son mayores, 51.4 por ciento han tenido relaciones sexuales de alto riesgo y de estos, el 76.6 por ciento usó condón en la última relación sexual de riesgo.

Relaciones sexuales con parejas de mayor edad

El 8.9 por ciento de las mujeres jóvenes y el 2.5 por ciento de los hombres de 13 a 19 años han tenido relaciones de alto riesgo en los últimos 12 meses con una persona 10 o más años mayor.

Prueba del VIH/Sida más reciente entre los y las jóvenes

El porcentaje de mujeres jóvenes que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, se realizaron la prueba del VIH y recibieron los resultados, fue de 48.5 por ciento; los mayores porcentajes se presentaron en el grupo de edad de 23 a 24 años (63.9%).

El porcentaje de hombres jóvenes que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, que se realizaron la prueba del VIH y recibieron los resultados, fue de 19.7 por ciento; los mayores porcentajes se presentaron en el grupo de 23 a 24 años (31.0%).

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Conocimiento de síntomas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Porcentaje de mujeres y hombres de 13 a 49 años con conocimiento sobre la existencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)		
Características	No conoce ITS	
	Mujeres	Hombres
Grupo de edad		
13-24	23.7	23.3
25-29	14.7	11.2
30-39	13.4	11.0
40-49	18.4	13.3
Zona		
Urbana	14.5	12.4
Rural	34.1	29.1
Región		
Atlántica	26.1	24.7
Oriental	17.0	12.6
Bogotá	14.8	11.5
Central	15.7	14.9
Pacífica	18.7	16.6
Orinoquía y Amazonía	20.0	16.4
Educación		
Sin educación	52.9	41.9
Primaria	37.6	32.6
Secundaria	20.0	16.0
Superior	6.0	4.4
Total	18.6	16.4

El desconocimiento sobre la existencia de ITS en mujeres de 13 a 49 años fue de 18.6 por ciento, en hombres el porcentaje fue de 16.4 por ciento.

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que mencionaron dos o más síntomas de ITS en hombres, fue del 39.7 por ciento en 2015. Este mismo conocimiento en los hombres fue de 42.0 por ciento.

El conocimiento que tienen las mujeres sobre dos o más síntomas de ITS en mujeres fue del 42.6. Este mismo conocimiento en los hombres fue del 35.8 por ciento.

El mayor desconocimiento sobre ITS y sus síntomas se encontró en las personas sin educación formal tanto en hombres como en mujeres.

Auto reporte de infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus síntomas

El 2.2 por ciento de las mujeres reportó haber tenido alguna una ITS en los últimos doce meses; esta misma información en hombres fue del 0.9 por ciento.

Fuente del tratamiento para las ITS

De las mujeres y hombres que mencionaron haber tenido un problema relacionado con una ITS en los últimos 12 meses, acudieron en mayor porcentaje para su tratamiento a un hospital, centro, puesto de salud del gobierno o centro de atención de una EPS.

Comportamiento frente a ITS o síntomas asociados

El 83.3 por ciento de las mujeres que reportó haber tenido un problema relacionado con una ITS en los 12 meses antes de la encuesta, informó a su pareja. El 75.8 por ciento hizo algo para evitar infectar al compañero; de estas últimas el 78.8 por ciento dejó de tener relaciones sexuales, el 36.3 por ciento usó condón y 92.8 por ciento tomó medicamentos.

El 56.5 por ciento de los hombres que reportó haber tenido un problema relacionado con una ITS en los 12 meses antes de la encuesta, informó a su pareja. El 54.9 por ciento hizo algo para evitar infectar al compañero; de estos últimos el 68.2 por ciento dejó de tener relaciones sexuales, el 58.7 por ciento usó condón y 90.4 por ciento tomó medicamentos.

El mayor porcentaje de personas que tuvo una ITS o síntomas asociados y le informó a la pareja se presentó en las mujeres. Igualmente en las mujeres se presentó el mayor porcentaje de personas que tuvo una ITS o síntomas asociados y que hizo algo para evitar infectarse el uno al otro.

VIOLENCIAS DE GÉNERO

Las violencias de género se entienden como violaciones sistemáticas y masivas de derechos humanos y libertades fundamentales, asociadas a las relaciones asimétricas de poder, que determinan una posición de sumisión y vulnerabilidad de unas personas frente a otras.

Según la Ley 1257 de 2008, la violencia de género se entiende como: "cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado".

A partir de los datos recolectados en la ENDS 2015 se pudo establecer que el tipo de violencia más reportado por mujeres y hombres, en el marco de las relaciones de pareja, es la psicológica seguida por la violencia física, la violencia económica y la violencia sexual.

Violencia psicológica por parte de la pareja

Uno de los avances importantes de la Ley 1257 de 2008 fue definir el daño ocasionado por la violencia psicológica como la "consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal".

Al respecto se encontró que el 64.1 por ciento de las mujeres ha sufrido de algún tipo de violencia psicológica y en el caso de los hombres el 74.4 por ciento. La mayor situación de violencia psicológica que reportan los hombres es a causa de los celos por hablar con otra mujer (66.9%).

La subvaloración o descalificación por parte de pareja, es otra de las formas en las que se ejerce la violencia psicológica, la cual recae en mayor proporción sobre las mujeres (39%) que sobre los hombres (35.7%). Así mismo, la intimidación y las

amenazas son ejercidas en su mayoría por los hombres contra sus parejas: El 7 por ciento de las mujeres manifestó que su pareja las había amenazado con un arma, frente a 5.4 por ciento de los hombres. El 15.5 por ciento de las mujeres y el 13.1 por ciento de los hombres manifestaron que su pareja los había amenazado con abandonarlos o irse con otra pareja; y el 12.8 por ciento de las mujeres y el 9.4 por ciento de los hombres, dijeron que sus parejas les habían amenazado con quitarle los hijos.

El control es la forma de violencia psicológica más común entre las parejas, sin embargo son las mujeres las que reportan más intimidaciones y amenazas por parte de su compañero.

Violencia física por parte de la pareja

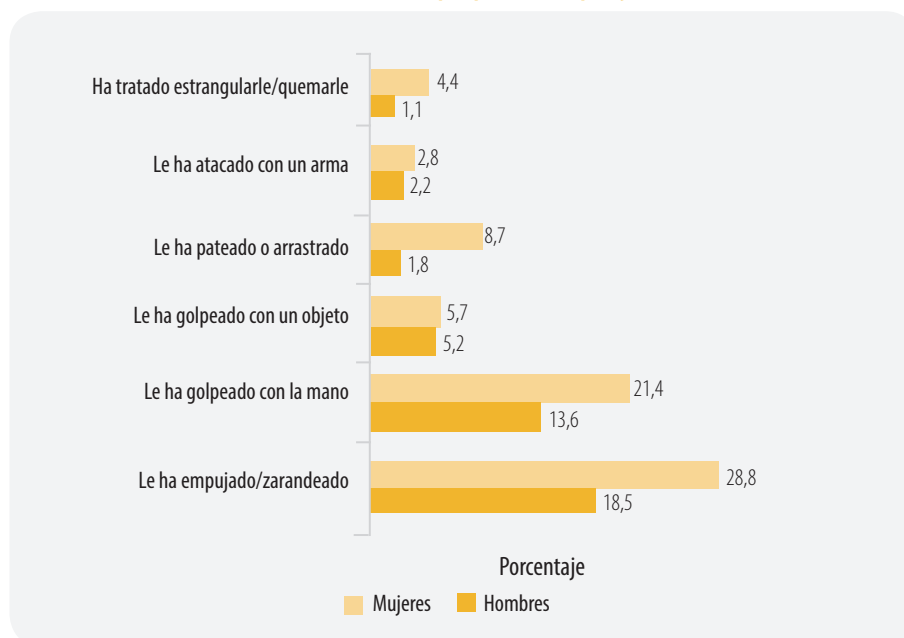
La violencia física recae en mayores proporciones sobre las mujeres. El 31.9 por ciento de ellas actualmente o alguna vez unidas, reportó que su pareja o expareja había ejercido violencia física en su contra; por su parte, el 22.4 por ciento de los hombres reportó haber vivido violencia física.

El empujón o zarandeo, seguido de los golpes con la mano, son las manifestaciones de la violencia que más reportaron las personas encuestadas: el 28.8 por ciento de las mujeres, alguna vez unidas, ha sido empujada o zarandeada por parte de su pareja.

El uso de la fuerza para someter es más alto por parte de los hombres que de las mujeres, el 8.7 por ciento de las mujeres ha sido pateada o arrastrada por parte de su pareja, a diferencia de los hombres que reportan en un 1.8

por ciento. Así mismo, el intento de estrangulamiento o quemar a la pareja también es mayor contra las mujeres; al 4.4 por ciento de ellas su pareja ha tratado de estrangularla o quemarla.

Mujeres y hombres alguna vez unidos que reportaron violencia física por parte de su pareja



La ENDS 2015 evidencia que la violencia física es mayor en la medida que aumenta la edad de las mujeres; el porcentaje más alto se presentó en las mujeres entre los 45 y 49 años (33.9%), mientras que en los hombres hay una tendencia a disminuir a medida que su edad aumenta, ya que los mayores porcentajes fueron reportados por los jóvenes de 15 a 19 años (31.1%).

En las mujeres, la violencia física se concentra entre quienes alcanzaron la secundaria (35.3%), y en el quintil de riqueza bajo (36.9%); mientras que en hombres se concentra en quienes terminaron educación secundaria (24.7%), y en quienes se ubican en los quintiles de riqueza bajo (26.2%) y medio (26.7%).

Violencia económica ejercida por la pareja

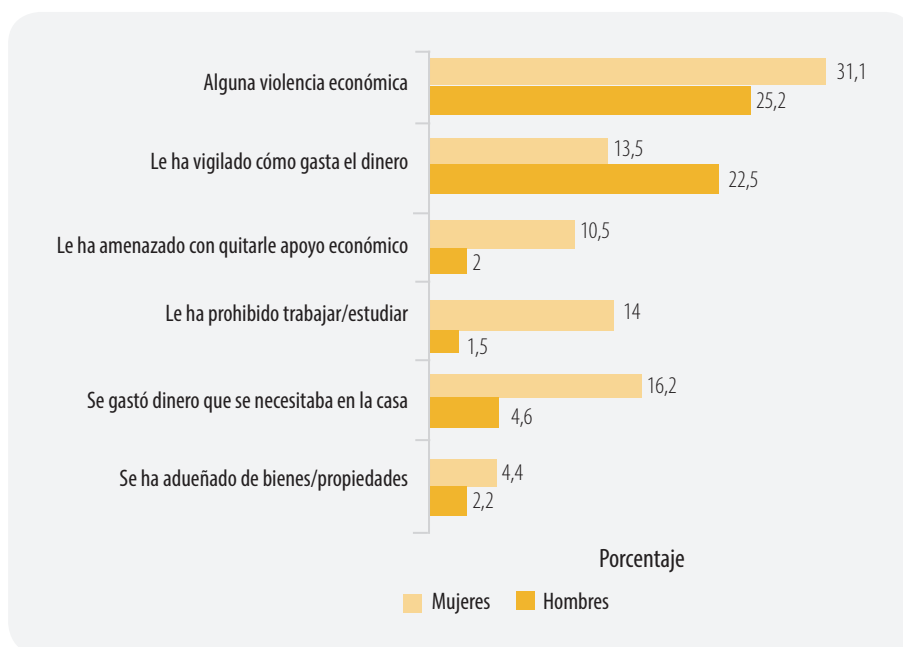
La Ley 1257 del 2008 define la violencia económica como “cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política”. Así mismo, esta Ley establece el daño

patrimonial con ocasión de la violencia como “pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer”.

El 31.1 por ciento de las mujeres reportó haber sido víctima de violencia económica, frente al 25.2 por ciento de los hombres. Así mismo, el 14 por ciento de las mujeres manifestó que su pareja le prohibió trabajar o estudiar, frente al 1.5 por ciento de los hombres; y el 10.5 por ciento de ellas manifestó que su pareja amenazó con quitarle el apoyo económico, frente al 2 por ciento de los hombres.

La violencia económica contra las mujeres, se presenta en mayor proporción en las mujeres que se encuentran en los quintiles de riqueza bajo y medio; y entre los 45 a 49 años (34%). En los hombres se concentra en mayor porcentaje en los quintiles de riqueza medio y alto; y en el rango de edad entre los 25 a 29 años (29.3%). La violencia económica tanto en mujeres como en hombres se presenta con mayor frecuencia entre quienes tienen educación secundaria.

Mujeres y hombres alguna vez unidos que reportaron violencia económica por parte de su pareja



Violencia sexual ejercida por la pareja

La violencia sexual es una forma de violencia de género, considerada como una de las manifestaciones más severas de desigualdad entre hombres y mujeres, y que reafirma un ejercicio de poder en el que se evidencia un claro desequilibrio.

El 7.6 por ciento de las mujeres reportaron que fueron víctimas de violencia sexual por parte de su pareja. En 2010 el 9.7 por ciento de las mujeres reportaron haber sido víctimas de este tipo de violencia.

La violencia sexual ejercida por la pareja se presenta en mayor proporción en las mujeres entre los 45 a 49 años (11.4%), seguida entre los 40 a 44 años (9.3%) y los 35 a 39 años (9.1%). En referencia con el nivel educativo, entre mayor es éste la violencia sexual disminuye, mujeres que cursaron primaria (9.6%) y aquellas que alcanzaron educación superior (5.5%); además, se concentra en los quintiles de riqueza bajo y medio (8.8% y 8.3%).

Consecuencias de la violencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las violencias de género constituyen un grave problema de salud pública y tienen proporciones epidémicas, debido a las

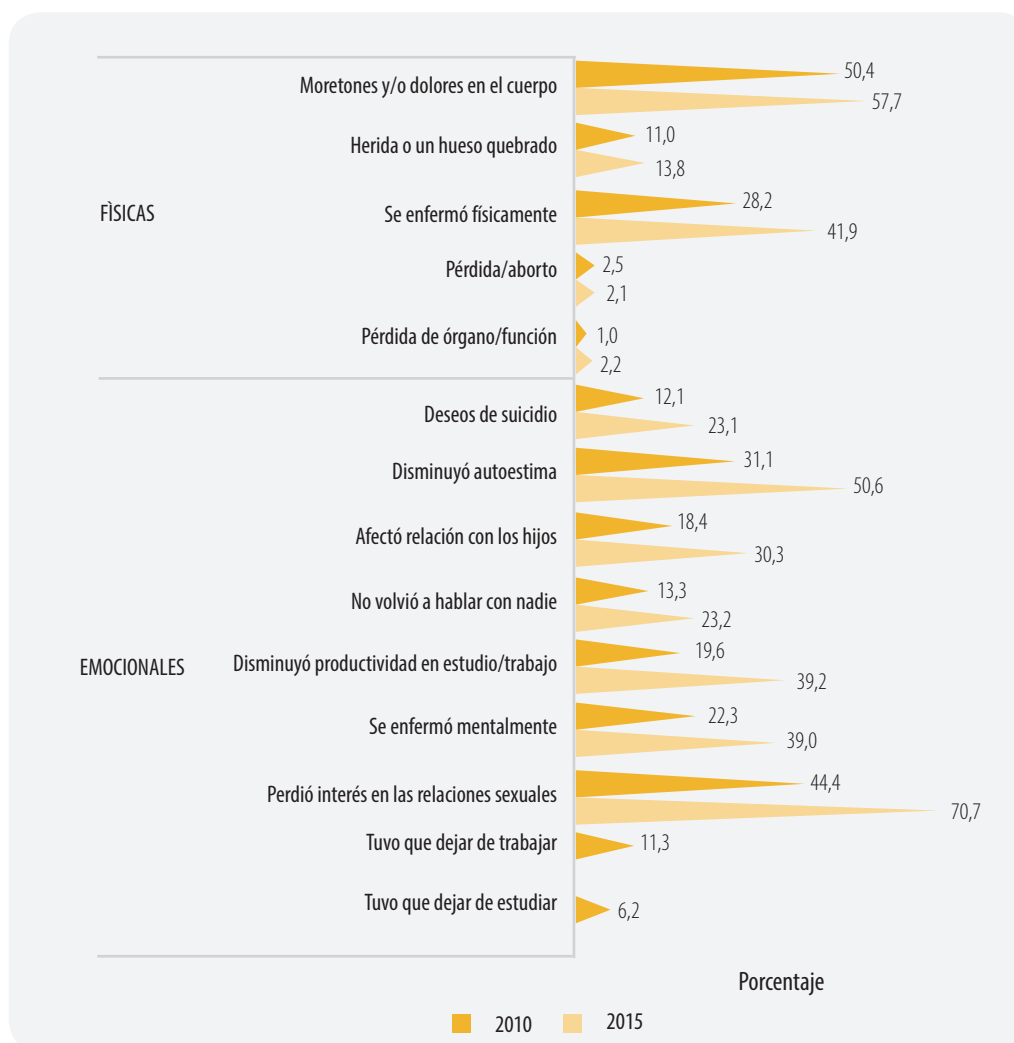
afectaciones en la salud física y mental que producen en las víctimas y sus familias, y el costo económico y social.

Frente a la ENDS 2010, las consecuencias de la violencia en mujeres entre los 15 y 49 años, en todas sus manifestaciones han disminuido, a excepción de la pérdida o aborto que aumentó 0.4 puntos porcentuales.

En lo que se refiere a las consecuencias físicas, en mayores porcentajes las mujeres frente a los hombres manifestaron que como consecuencia de la violencia tuvieron moretones y dolores en el cuerpo (con una diferencia de más de 30 puntos porcentuales), una herida o hueso quebrado (más de 4 puntos porcentuales) y que se enfermaron físicamente (más de 20 puntos porcentuales frente a los hombres). Así mismo, al 2.5 por ciento de ellas, la violencia les causó la pérdida de su embarazo o aborto.

En lo que tiene que ver con las consecuencias psicológicas, también en mayores porcentajes, las mujeres frente a los hombres señalaron una diferencia que supera los 10 puntos porcentuales. Particularmente las mujeres perdieron el interés en las relaciones sexuales, en segundo lugar disminuyó su autoestima, en tercer lugar dicen haberse enfermado mentalmente, así como disminución de la productividad en el trabajo; y finalmente la violencia afectó la relación con las hijas e hijos.

Consecuencias emocionales o físicas por causa de la violencia, entre las mujeres de 15 a 49 años



Las consecuencias de la violencia tanto física, como psicológica afectan en mayores porcentajes a las mujeres.

Otras de las consecuencias de la violencia es la separación. Con respecto al 2010 hay un incremento significativo en el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, que piensan separarse por violencia de pareja (15 puntos porcentuales), y un aumento de dos puntos porcentuales en las mujeres que lo han previsto por mutuo consentimiento.

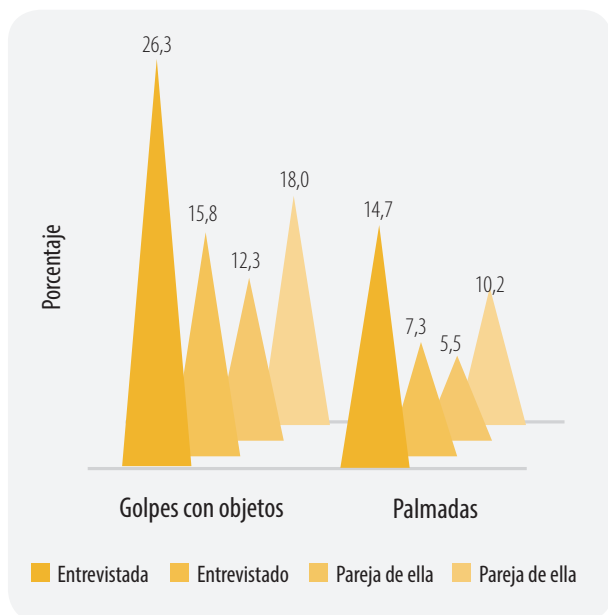
La segunda razón por la que las mujeres han pensado en separarse es por infidelidad de la pareja, en un 13 por ciento,

mientras que para los hombres este porcentaje es del 2.7 por ciento.

Violencia contra niños y niñas

Sobre los niños y niñas también recae la violencia. El cuidado y atención de de estos está a cargo principalmente de las mujeres, lo cual explica que en lo referente al castigo; el 26.2 por ciento de las mujeres y el 15.8 por ciento de los hombres manifestaron que castigan o han castigado a sus hijos e hijas golpeándolas con objetos; y el 14.7 por ciento de las mujeres y el 7.3 por ciento de los hombres lo hacen con palmadas. En porcentajes similares, el 0.6 por ciento de las mujeres y el 0.4 por ciento de los hombres con empujones.

Forma en que la(él) entrevistada(o) o su pareja castiga a sus hijos o hijastros



Frente a otras formas de castigo no físico contra sus hijos e hijas, el 54.6 por ciento de las mujeres y el 34.8 por ciento de los hombres castigan prohibiéndoles algo que les gusta; y el 48.6 por ciento y el 38 por ciento de las mujeres y de los hombres con reprimenda verbal.

Violencia física ejercida por personas diferentes a la pareja

La encuesta indagó a mujeres y hombres si alguna persona diferente a la pareja les había golpeado, abofeteado o pateado o les hizo algo que les haya herido físicamente. El 13 por ciento del total de las mujeres respondió afirmativamente. De éstas el 36.2 por ciento fueron agredidas por la madre o padre, el 24 por ciento por una persona desconocida el 19.3 por ciento por otro pariente y el 16.1 por ciento fue agredida por un ex-novio.

El 9.7 por ciento de las mujeres manifestó que fue agredida estando embarazada. En el 54.5 por ciento de los casos el agresor fue la expareja.

Por su parte, el 16.6 por ciento de los hombres manifestó haber sido agredido por alguna persona diferente a la pareja. De estos, en el 16.4 por ciento, la agresión provino de los padres, en el 11.7 por ciento de una persona desconocida, en el 9.3 por ciento otro pariente y en el 5.6 por ciento un amigo.

Violencia psicológica ejercida por personas diferentes a la pareja

De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, el 17.2 por ciento de mujeres y el 14.5 por ciento de hombres manifestaron que alguna persona diferente a la pareja se había dirigido en términos desobligantes. El 39.8 por ciento de las mujeres y el 29.5 por ciento de los hombres dijeron que fueron sus padres o madres quienes les hablaron en esos términos. De igual modo, son los padres y las madres de las personas encuestadas las que han ejercido control, impidiéndoles encontrarse con sus amigos; así lo reportan el 62.4% de las mujeres y 55.3% de los hombres.

Violencia sexual ejercida por personas diferentes a la pareja

El 4.5 por ciento de las mujeres manifestó que otra persona diferente a su pareja la había forzado a tener relaciones sexuales. Los agresores siguen siendo en mayor medida personas conocidas: en el 19.3 por ciento de los casos fueron las exparejas, el 14.3 por ciento un pariente, el 14 por ciento un conocido, el 11.6 por ciento el exnovio, el 5.7 por ciento el padrastro y el 5.4 por ciento el padre.

En el 10.8 por ciento de los casos el agresor fue un desconocido. Este porcentaje disminuyó con respecto al 2010 (16%), en 2015 fue de 10.7 por ciento para las mujeres de 15 a 49 años.

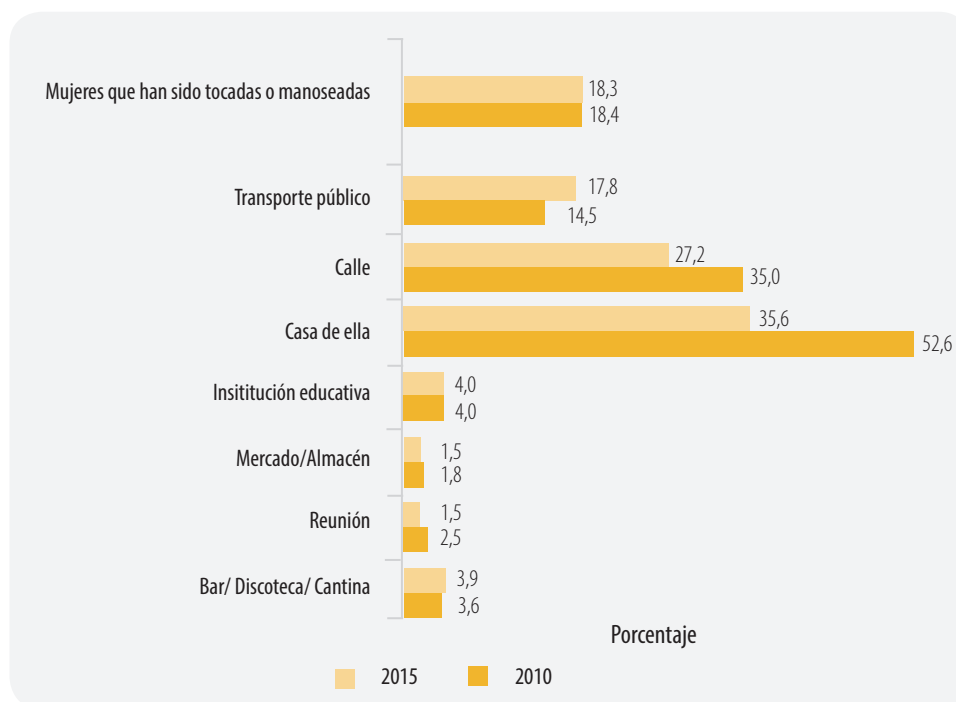
Por su parte, el 1.2 por ciento de los hombres manifestó haber sido víctima de relaciones sexuales forzadas.

Acoso sexual

La encuesta indagó en hombres y mujeres, entre los 13 a 49 años, si alguna vez les habían tocado o manoseado y el lugar en el que sucedió. Igualmente, indagó si alguna vez se habían sentido incómodas(os) o morboseadas(os) en la calle.

El 17.9 por ciento de las mujeres entre 13 y 49 años manifestó que las habían tocado o manoseado sin su consentimiento. El 35.3 por ciento de los casos sucedió en la casa, el 26.6 por ciento en la calle, el 17.7 por ciento en el transporte público, el 16.8 por ciento en otro lugar y el 4.5 por ciento en la institución educativa. El evento ocurrió en un porcentaje mayor en la zona urbana que en la rural (19.4% y 12% respectivamente).

Mujeres de 15 a 49 años que han sido tocadas o manoseadas sin su consentimiento y lugar donde sucedió. ENDS 2015



Así mismo, el mayor porcentaje de mujeres que han sido tocadas o manoseadas sin su consentimiento se concentra en los quintiles de riqueza alto (21.2%) y más alto (22.4%); en los quintiles de riqueza medio (43%), bajo (42.5%) y más bajo (38.2) se concentran las mujeres que fueron manoseadas sin su consentimiento en su casa.

En cuanto a los hombres, en un porcentaje inferior al de las mujeres, el 9.4 por ciento manifestó que los habían tocado o manoseado sin su consentimiento. Los hombres han agredidos más en el espacio público y en menor proporción en el espacio privado. Al igual que en el caso de las mujeres, el evento ocurre en mayor porcentaje en la zona urbana (10.4%) que en la zona rural (6.3%).

Solicitud de ayuda por parte de las víctimas de violencia

Con respecto a las mujeres y en relación a la medición del 2010, el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que nunca ha pedido ayuda con ocasión de la violencia aumentó del 72.7 por ciento al 76.1 por ciento en 2015.

El 43.6 por ciento de las mujeres de 13 a 49 años y el 28 por ciento de los hombres de 13 a 49 años, que reportaron violencia física, solicitaron ayuda a personas cercanas. Tanto mujeres

(50.3%) como hombres (41%) pidieron ayuda en su mayoría a sus padres, y en segundo lugar, persona un pariente, seguido por una amiga o vecina.

En la medición del 2015, el 76.4 por ciento de las mujeres y el 90.1 por ciento de los hombres nunca han buscado ayuda en instituciones.

Denuncia de la violencia

Además de la pregunta sobre la búsqueda de ayuda, se indagó a mujeres y hombres si denunciaron la violencia y ante quién lo hicieron.

El 20 por ciento de las mujeres denunciaron la violencia de la que fueron víctimas. De estas, el 39,8 por ciento lo hizo ante la Comisaría de Familia y el 39,6 por ciento ante la Fiscalía; el 24,4 por ciento ante una inspección de policía, el 5,7 ante otra entidad y el 2,9 ante un juzgado.

En un porcentaje inferior que el de las mujeres, el 7,7 por ciento de los hombres denunció la violencia vivida y, a

diferencia de éstas, el mayor porcentaje de denuncias, el 40.3 por ciento, se realizó ante una Inspección de Policía; el 37.2 por ciento denunció ante la Fiscalía, el 19 por ciento ante la Comisaría de Familia, el 7.1 por ciento ante otra entidad y el 2.4 ante un juzgado.

Autoridad ante la cual denunció el maltrato por sexo

Institución en dónde ha pedido ayuda por violencia	Mujeres	Hombres
Inspección de Policía	6.1	3.7
Comisaría de Familia	8.1	1.7
ICBF	2.0	0.7
Fiscalía	7.0	2.5
Juzgado	0.5	0.2
Institución de salud	1.1	0.6
Profamilia	0.1	0.1
Personero	0.1	0.1
Casa de Justicia	0.8	0.2
Defensoría	0.1	0.2
Otra	1.7	1.0
Nunca ha buscado ayuda	76.4	90.1

Resultados del denuncia

En el 21.1 por ciento de los casos de las mujeres víctimas que denunciaron se sancionó al agresor, en el 29.5 por ciento la víctima fue citada a conciliación, en el 28.2 por ciento el agresor no recibió sanción o no se presentó, en el 22.1 por ciento al agresor le prohibieron acercarse a ella y en el 5.7 por ciento le prohibieron volver a entrar a la casa. También se encontró que en el 4.7 por ciento de los casos las mujeres manifestaron que la violencia no cesó, y en el 2.3 por ciento la violencia aumentó.

Las denuncias entre las mujeres entre los 45 a 49 años presentaron los menores porcentajes de sanciones al agresor (16.9%); así como la prohibición a éste de acercarse a ella (15.2%). De igual manera, en este mismo rango de edad, se presentó el mayor porcentaje de quienes fueron citadas a conciliación (34%); de quienes afirmaron que la violencia no cesó (7.3%) y de quienes afirmaron que ésta aumentó (5.2%).

En cuanto a los resultados del denuncia en hombres que reportaron ser víctimas: en el 18 por ciento de los casos se sancionó a la persona agresora, en el 31.3 por ciento la víctima fue citada a conciliación y en el 29 por ciento de quien agredió no recibió sanción o no se presentó.

Los hombres entre los 45 a 49 años presentaron los menores porcentajes de sanciones al agresor (12.5%); igualmente, los hombres entre los 20 a 24 años presentaron los más bajos porcentajes de quienes fueron citados a conciliación (18.5%); y, de quienes afirmaron que la violencia no cesó, el porcentaje más bajo se encuentra en los hombres entre los 40 a 44 años (0.3%) y entre los de 15 a 19 es de (0%).

Atención médica por violencia

En lo relativo a la atención médica de la violencia, el 16.1 por ciento de mujeres víctimas de violencia y el 11.2 por ciento de los hombres fueron al médico como resultado de la violencia. Al 65.6 por ciento de mujeres y al 44.9 por ciento de los hombres se les brindó información sobre protección y justicia.

Las mujeres entre los 30 a 34 años (21%) y los hombres entre los 45 a 49 años (14.5%) fueron quienes en mayor porcentaje visitaron al médico como resultado de la violencia.

En las zonas urbanas (16.7%) las mujeres suelen ir más al médico como resultado de la violencia que las mujeres que se encuentran en zonas rurales (13.8%), mientras que el porcentaje de hombres que fue al médico en zonas rurales (15.1%) es mayor al porcentaje de hombres en zonas urbanas (10.3%).

Atención de la violencia sexual

En lo relacionado con la atención a mujeres víctimas de violencia sexual, de quienes fueron víctimas por parte de su pareja (7.6%), el 3.4 por ciento usó anticoncepción de emergencia (AE) y el 8.7 por ciento quedó embarazada. De las mujeres agredidas sexualmente por otra persona (4.5%); el 5.6 por ciento usó AE y el 11.1 por ciento quedó embarazada.

Uno de los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual, es que les provean información sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), por ello llama la atención que solo 1.1 por ciento de las mujeres agredidas sexualmente por su pareja, les informaron sobre este derecho. Y de esta el 0.3 por ciento la solicitó y ninguna mujer reportó habérsela realizado. Por su parte, al 11 por ciento de las mujeres que fueron víctimas de violencia sexual por otra persona, le informaron sobre derecho a la IVE, el 0.6 por ciento la solicitó y el 0.5 por ciento se la realizó.

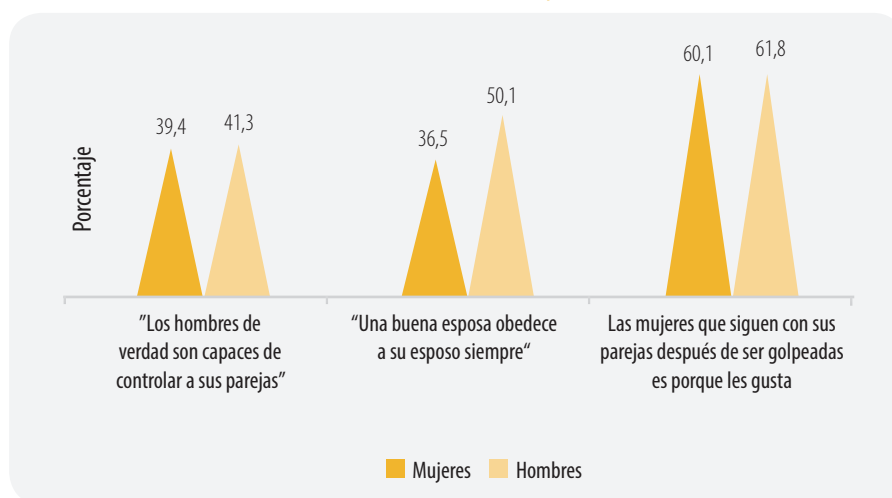
Percepciones y actitudes frente a las violencias contra las mujeres

Las creencias y representaciones sociales y culturales producen y reproducen las violencias de género y, por supuesto, las violencias contra las mujeres. Por esta razón, la encuesta 2015 se propuso estimar qué tan presentes están las percepciones y actitudes existentes en hombres y mujeres que fomentan y legitiman las violencias contra las mujeres.

Respecto a los imaginarios que legitiman y perpetúan la violencia contra las mujeres se encontró que el 39.4 por ciento de las mujeres y el 41.3 por ciento de los hombres están de

acuerdo con que “los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas”. Así mismo, el 36.5 por ciento de las mujeres y el 50.1 por ciento de los hombres considera que “una buena esposa obedece a su esposo siempre”. Y finalmente otro de los imaginarios sociales identificados en la ENDS 2015, que hacen que se perpetúe la violencia de género es el hecho de que el 60.1 por ciento de las mujeres y el 61.8 por ciento de los hombres cree que “las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta”.

Percepciones y actitudes frente a la violencia contra las mujeres



ROLES DE GÉNERO, IDENTIDADES DE GÉNERO Y ORIENTACIONES SEXUALES

Este capítulo se centra en el análisis de los imaginarios relativos a los roles de género entendidos como el conjunto de creencias, deberes, prohibiciones y expectativas sobre el ser hombre o ser mujer impuestos social, cultural e históricamente.

Percepciones generales sobre atribuciones a la masculinidad y la feminidad

Con el fin de identificar aspectos relacionados con las nociones sobre la masculinidad, la feminidad, los imaginarios y actitudes sociales sobre los roles de género que pueden favorecer las inequidades y la tolerancia a la violencia, la encuesta indagó en torno a algunas de las percepciones asociadas a lo femenino y masculino.

Subvaloración de las mujeres

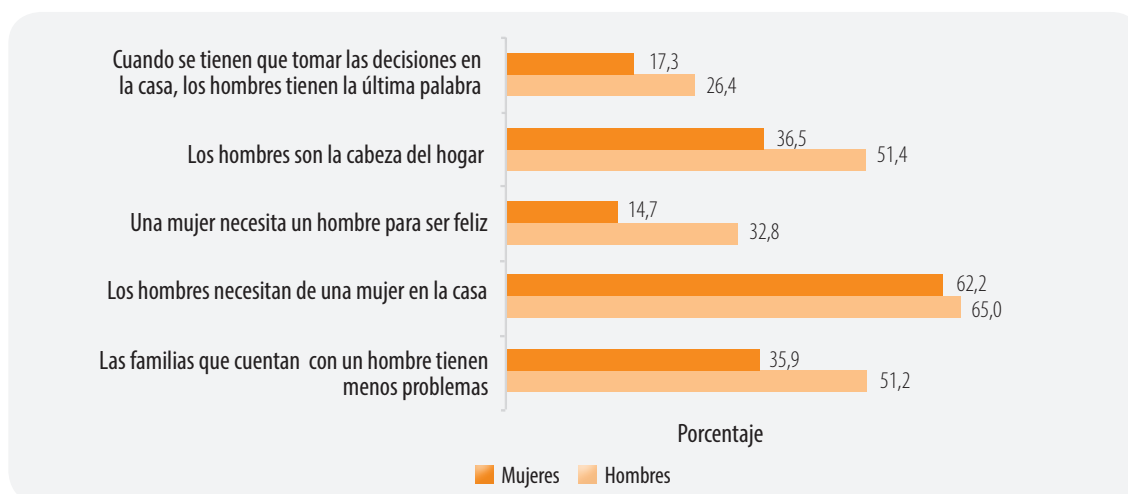
Los roles de género establecen poder, privilegios y valores a lo masculino que se imponen sobre lo femenino, generando

que las mujeres, a quienes se les relaciona tradicionalmente con lo femenino, sean posicionadas en un lugar de sumisión, subordinación y, por tanto, de desigualdad respecto a lo masculino.

Las diferencias entre hombres y mujeres acerca de las percepciones relacionadas con la subvaloración de las mujeres se presentan a través del acuerdo o desacuerdo con cinco afirmaciones: “Los hombres son la cabeza del hogar”, “las familias que cuentan con un hombre tienen menos problemas”, “una mujer necesita un hombre para ser feliz”, “los hombres necesitan de una mujer en la casa” y “cuando se tienen que tomar las decisiones en la casa, los hombres tienen la última palabra”.

Estar de acuerdo con las afirmaciones relacionadas con la subvaloración de las mujeres está mayormente arraigado en los hombres. Los porcentajes más altos se presentaron en hombres y mujeres que no tienen educación, que se ubican en el quintil de riqueza más bajo; en la zona rural y en la región Atlántica.

Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres

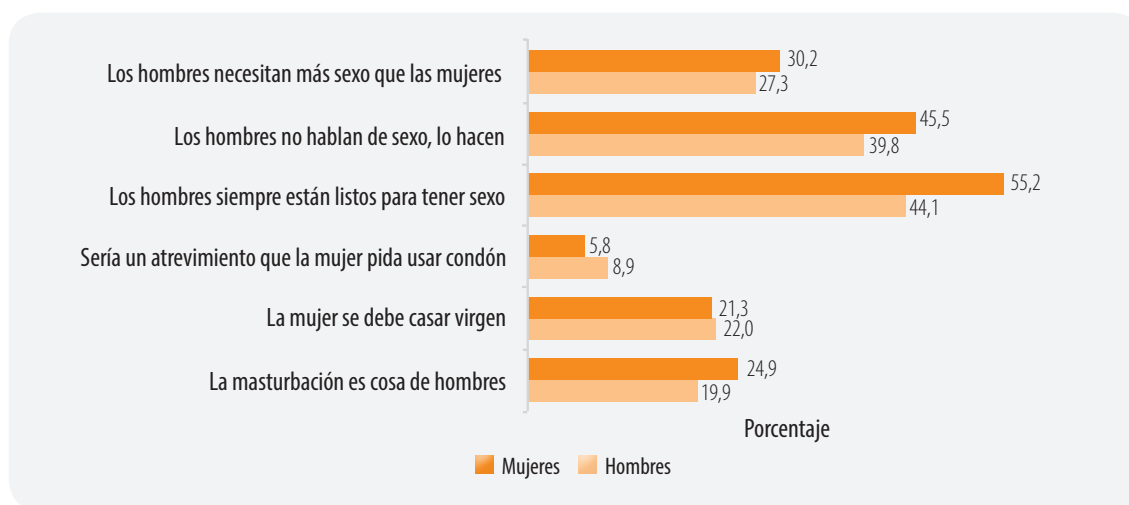


Ejercicio de la sexualidad

La construcción y asignación de los roles de género ha jugado un papel frente al control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres y frente al ejercicio de la sexualidad de los hombres. Para indagar sobre las percepciones en lo referente al ejercicio de la sexualidad se preguntó a hombres y mujeres su acuerdo o

desacuerdo con las siguientes afirmaciones: “la masturbación es cosa de hombres”, “los hombres no hablan de sexo, lo hacen”, “los hombres siempre están listos para tener sexo”, “los hombres necesitan más sexo que las mujeres”, “sería un atrevimiento que la mujer pida usar condón”, “las mujeres se deben casar vírgenes”.

Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres



Están de acuerdo en todas las afirmaciones relacionadas con el ejercicio de la sexualidad en mayores porcentajes los hombres y mujeres sin educación; en el quintil de riqueza más bajo; en la zona rural y en la región Atlántica.

Actitudes frente al sexo, al uso y responsabilidad de métodos anticonceptivos

En relación con los imaginarios sobre la sexualidad de hombres y mujeres, en la encuesta se indagó sobre la actitud hacia la responsabilidad en el uso de métodos anticonceptivos y sobre la actitud en lo referente a negarse a tener relaciones sexuales.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el 29.4 por ciento de las mujeres y el 20.6 por ciento de los hombres está de acuerdo con que “son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse”.

Esto evidencia el imaginario que la anticoncepción sigue siendo una preocupación más de las mujeres que de los hombres, el cual está más arraigado en los dos extremos de

rangos de edad: los y las más jóvenes y en las personas mayores; entre quienes no cuentan con educación formal; se ubican en los quintiles inferiores de riqueza y quienes habitan en la zona rural.

Actitud de hombres y mujeres respecto a que la mujer rechace tener relaciones sexuales con su pareja

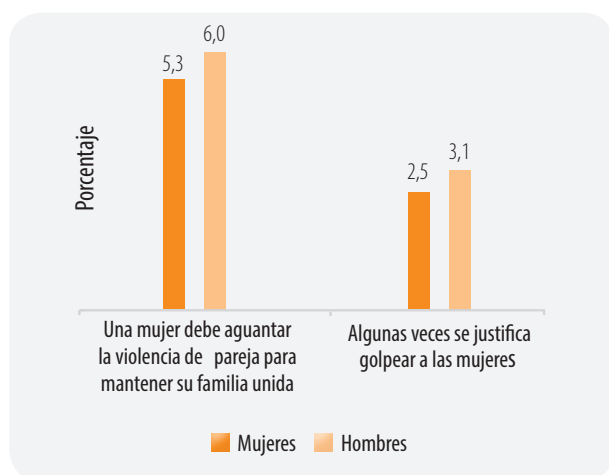
El 84.3 por ciento de las mujeres y el 78.5 por ciento de los hombres, están de acuerdo con todas las razones expuestas que justifican que una mujer se rehúse a tener relaciones sexuales con la pareja. Los mayores porcentajes se encuentran entre las personas de 13 a 19 años, sin educación formal, que se ubican en el quintil más bajo de riqueza, en la zona rural y en la región Atlántica.

Los menores porcentajes de los hombres que justifican que una mujer se rehúse a tener relaciones sexuales con la pareja, se encuentran en quienes no cuentan con educación formal, que se ubican en el quintil inferior de riqueza, y se encuentran en la zona rural.

Legitimación de la violencia: masculinidad y feminidad

Para enriquecer la comprensión sobre las violencias de género, en este capítulo se tuvieron en cuenta otros aspectos relacionados con la construcción de la masculinidad y la feminidad que legitiman las violencias de género. Para ello, se preguntó a hombres y mujeres su acuerdo o desacuerdo con afirmaciones tales como: *una mujer debe aguantar la violencia de la pareja para mantener su familia unida*; y *“algunas veces se justifica golpear a las mujeres”*.

Legitimación de la violencia
Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres



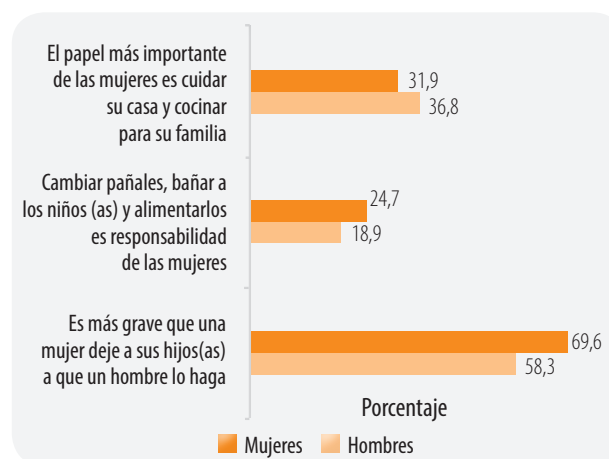
Imaginarios sobre actividades domésticas y de cuidado

Para indagar sobre los imaginarios relacionados con el rol del cuidado del hogar representado en la responsabilidad frente al trabajo y de cuidado de hijos e hijas se preguntó a hombres

y mujeres su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: *“el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para la familia”*; *“cambiar pañales, bañar a las niñas y niños y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres”* y *“es más grave que una mujer deje a sus hijos a que un hombre lo haga”*.

Se identificó una valoración mayor por parte de los hombres frente al rol de las mujeres en la responsabilidad de las tareas del hogar y una valoración mayor por parte de las mujeres frente a la responsabilidad del cuidado de hijos e hijas.

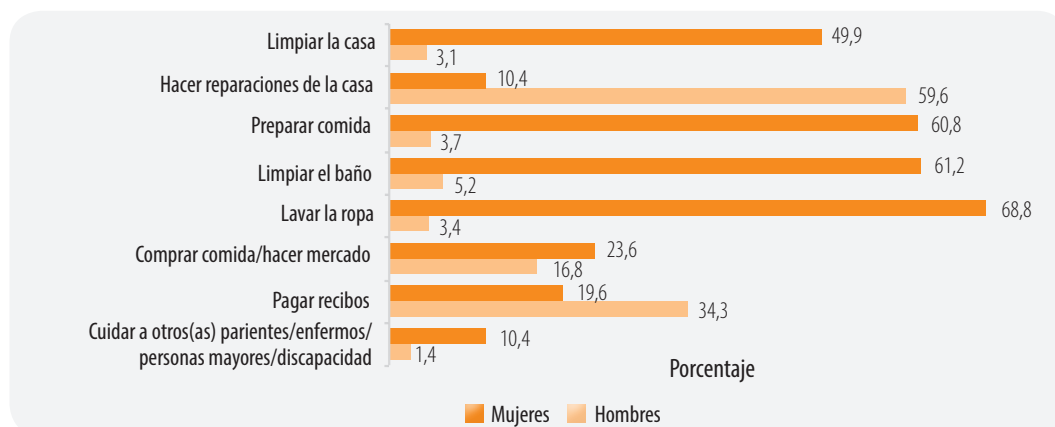
Legitimación de la violencia
Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres



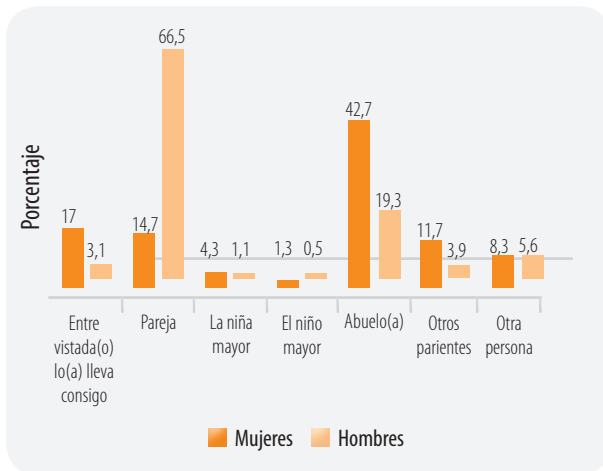
Prácticas en la distribución de las actividades del hogar

Las actividades de limpieza y mantenimiento del hogar y la compra de comida están en cabeza de las mujeres mientras que el pago de los recibos y las reparaciones de la casa, están en cabeza de los hombres.

Mujeres y hombres de 13 a 49 años en unión, por tipo de tarea doméstica que realiza en su totalidad la(él) entrevistada(o)



Persona que cuida a las(os) hijas(os) cuando los padres salen de casa
Mujeres y hombres de 13 a 49 años en unión



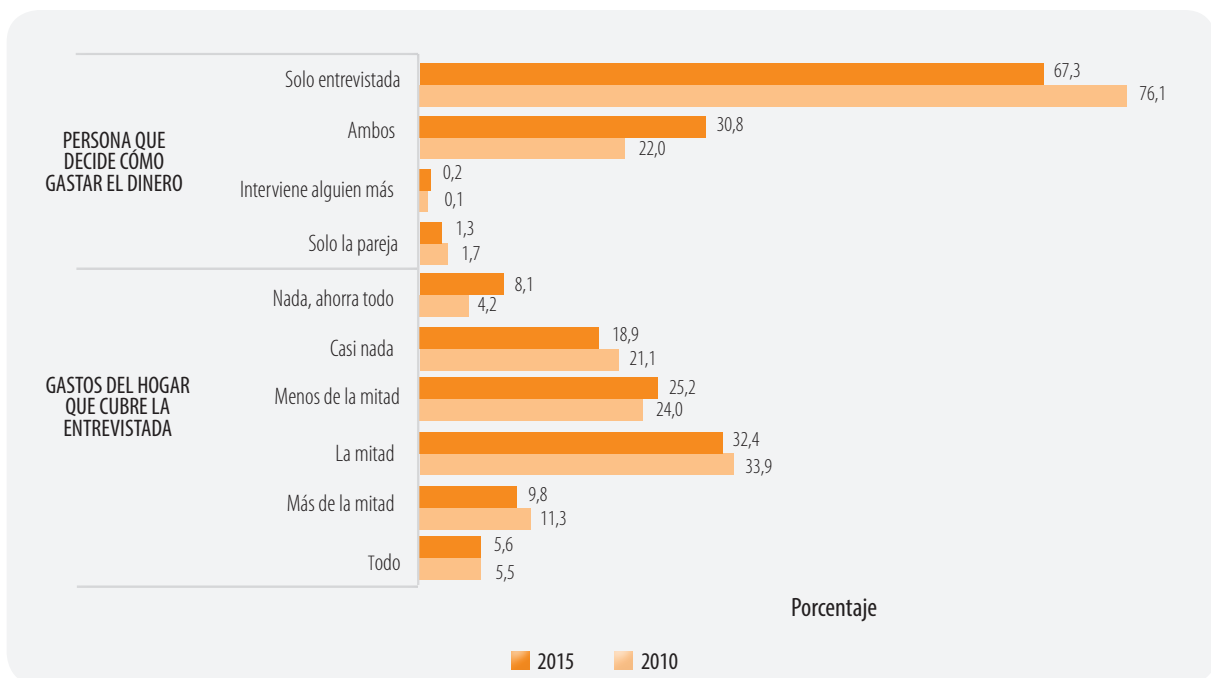
Con relación al cuidado de niños y niñas cuando el padre o la madre salen de la casa en el caso de las mujeres el principal cuidador son los abuelos y en el caso de los hombres es la pareja.

Proporción sobre gastos del hogar que cubren hombres y mujeres

Relacionado con la división de los roles de género, se encuentra la proporción sobre los gastos del hogar que cubren hombres y mujeres en unión, pues socialmente se ha asignado a los hombres el rol de proveedores económicos, rol que se encuentra inscrito en el imaginario social de la masculinidad.

En los últimos cinco años, el porcentaje de mujeres que ahorra todo, creció, así como el de las que aportan menos de la mitad.

Decisión en el uso del dinero y contribución a los gastos del hogar
Mujeres en unión de 15 a 49 años
ENDS 2015 - 2010



Es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que aporta todos o más de la mitad de sus ingresos a los gastos del hogar. Aunque la división sexual del trabajo que ha asignado a los hombres el papel de proveedor se mantiene, el porcentaje mayor de las mujeres frente a los hombres que aportan la mitad de su salario a los gastos del hogar, no coincide con una mayor presencia de los hombres en el ámbito de lo doméstico y del cuidado, lo que evidencia la existencia de la doble jornada laboral femenina,

con las implicaciones que ello trae para la vida y la salud de las mujeres.

La participación de las mujeres que aportan la mitad de sus ingresos a los gastos del hogar, muestra la importancia de la contribución de los ingresos del trabajo femenino remunerado a la economía del hogar, el cual sumado al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado realizado por las mujeres, contribuyen a la economía nacional.

Percepciones y actitudes hacia la población LGBT

En la ENDS 2015 se indagó sobre las percepciones y actitudes de mujeres y hombres respecto a las personas gais, lesbianas, bisexuales y transexuales; al respecto se encontró que tanto en hombres como en mujeres, el nivel de aceptación es más alto entre las personas de 13 a 24 años.

En los hogares entrevistados se auto reconocieron 38 personas transgénero de las cuales 24 son hombres transgénero y 14 son mujeres transgénero, el reducido número de casos no permite hacer análisis de inferencia estadística; sin embargo es una línea de base importante para avanzar en nuevas encuestas con otras preguntas que permitan precisar asuntos acerca de esta población particular, atendiendo al enfoque de género que arrojen hallazgos relevantes acerca de roles y estereotipos.

Orientación sexual y sexo de la pareja

El 99 por ciento de las mujeres y el 98.2 por ciento de hombres entrevistados son heterosexuales, el 0.4 por ciento de las mujeres y el 1.2 por ciento de los hombres son homosexuales y en un porcentaje igual 0.6 por ciento hombres y mujeres se declaran bisexuales.

El 98.2 por ciento de las mujeres vive en pareja con un hombre, el 1.7 por ciento de las mujeres tiene una pareja mujer, el 0.1 por ciento una pareja hombre transgénero y menos del 0.1 por ciento una pareja mujer transgénero.

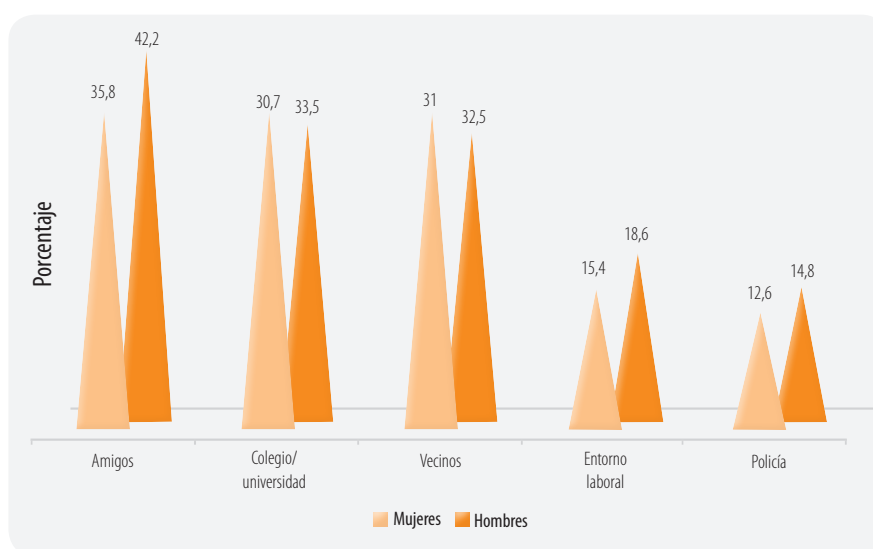
Entre los hombres, el 98.8 por ciento vive en pareja con una mujer, el 1.1 por ciento tiene una pareja hombre y el 0.1 por ciento una pareja hombre transgénero y menos del 0.1 por ciento una pareja mujer transgénero.

Derechos de la población LGBT

Los mayores niveles de aceptación de las personas homosexuales se encontraron en los contextos de mayor desarrollo mientras que los menores niveles de aceptación se encontraron entre las personas sin educación formal o con primaria, en el quintil más bajo de riqueza y en la zona rural.

Más del 80 por ciento de las mujeres y de los hombres considera que las personas homosexuales tienen los mismos derechos que las personas heterosexuales. Al indagar sobre la aprobación a que se reconozcan derechos a las parejas del mismo sexo, se registra una reducción de aproximadamente 20 puntos con respecto al porcentaje de aceptación de la igualdad de derechos. El 30 por ciento de las mujeres y el 26 por ciento de los hombres está de acuerdo con la adopción de parejas homosexuales.

Hombres y mujeres de 13 a 49 años que han presenciado hechos de discriminación hacia personas homosexuales según personas que los han discriminado



Violencia o discriminación ocurridos en razón de la orientación sexual o identidad de género de otra persona

Los hombres, en mayor porcentaje que las mujeres, han presenciado hechos discriminatorios. Las mujeres y hombres que han presenciado con mayor frecuencia hechos discriminatorios hacia la población homosexual se encuentran en el nivel de educación superior, el quintil más alto y la zona urbana.

Actitud de respuesta ante hechos de violencia presenciados contra población LGBT

Se preguntó a mujeres y hombres sobre su respuesta ante hechos de violencia presenciados contra población LGBT y se encontró que el 57 por ciento de las mujeres y el 42 por ciento de los hombres defendería a la persona agredida. La indiferencia entre las mujeres sería del 17 por ciento y del 34 entre los hombres.

Resulta relevante que solo el 2.3 por ciento de las mujeres y el 1.6 por ciento de los hombres manifiesta que si un desconocido es agraviado por ser homosexual, llamaría a la policía.

Entre las afirmaciones relacionadas con mayor aceptación de la población LGBT, el mayor porcentaje de mujeres (54.3%) y de hombres (51.8%) están de acuerdo con que una persona homosexual puede ser buen padre o buena madre y en segundo orden, el 20.5 por ciento de las mujeres y el 17.9 por ciento de los hombres están de acuerdo con dejar a su hijo o hija al cuidado de una persona homosexual.

Al igual que en el reconocimiento de los derechos de la población LGBT, los mayores niveles de aceptación se encontraron en los contextos de mayor desarrollo: las personas con

mayor nivel educativo, los quintiles de riqueza alto y más alto. Destaca que entre los menores y mayores niveles de educación y de riqueza se encuentran diferencias de más de 20 puntos porcentuales.

Entre las afirmaciones relacionadas con la no aceptación de la población LGBT, en el mayor porcentaje las mujeres (68.4%) y los hombres (70.1%) están de acuerdo con *“es mejor que dos personas del mismo sexo no se besen en la calle”*. La no aceptación de las expresiones públicas de afecto de las personas del mismo sexo es mayor a partir de los 30 años, en la zona rural, en las personas sin educación formal y en el quintil más bajo de riqueza.

Al 32.7 por ciento de las mujeres y al 44 por ciento de los hombres no le gusta ver a un hombre con actitudes femeninas; de igual manera, al 38.7 por ciento de las mujeres y al 45.7 por ciento de los hombres no les gusta ver a una mujer con actitudes masculinas.

Actitudes hacia la posibilidad de tener un hijo o hija homosexual

El 39.7 por ciento de las mujeres y que el 27.9 por ciento de los hombres apoyaría a un hijo o hija homosexual. Los mayores niveles de apoyo se encuentran en las mujeres y hombres con educación superior y en el mayor quintil de riqueza y en la zona urbana.

Resulta relevante que la región Atlántica que presenta los índices más bajos en materia de aceptación al reconocimiento de derechos para personas homosexuales, bisexuales y transgeneristas del país, sea en donde es mayor el porcentaje de aceptación a un hijo o hija homosexual, tanto en hombres (28.3%) como en mujeres (26.3%). Este resultado puede indicar que las personas tienden a cambiar de actitud en la medida en la que sienten que se afectan sus seres queridos.

Dos de cada trece mujeres y dos de cada once hombres no sabrían qué hacer si tienen un hijo o hija homosexual. Los mayores niveles de incertidumbre se encuentran en los hombres y mujeres de 13 a 19 años y en la zona rural y son superiores al 30 por ciento en las mujeres y hombres sin educación formal.

EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD

La Educación de la Sexualidad en Colombia ha sido motivo de debate desde 1993 cuando se establece su obligatoriedad en el ámbito escolar; hace parte de la Constitución Política de 1991 y de diversas políticas que implican acciones de educación que justifican el interés por indagar por las oportunidades que tienen las mujeres y los hombres para acceder a información veraz, oportuna y de buena calidad acerca de los asuntos concernientes con la sexualidad.

Situación de la educación integral de la sexualidad 2015

Una cuarta parte de las mujeres y de los hombres de 13 a 49 años considera que la sexualidad es un aspecto de la identidad (como uno se ve, se siente y se comporta) mientras la mayoría sigue asociando la sexualidad con la genitalidad (tener relaciones sexuales, hacer el amor, tener sexo).

Los mayores porcentajes que definen la sexualidad como una dimensión de la identidad se encuentran entre las personas que tienen mayor nivel de educación, en la zona urbana, en el quintil de riqueza más alto y en los departamentos de Santander, Antioquia y Bogotá.

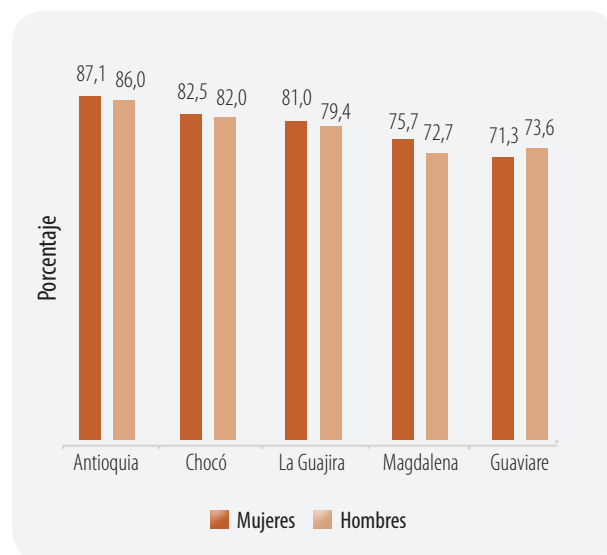
Acceso a información acerca de la sexualidad

El 95.1 por ciento de las mujeres y el 94.4 por ciento de los hombres ha recibido información sobre asuntos relacionados con la sexualidad. El porcentaje aumenta con el nivel educativo y el quintil de riqueza y es más alto en las zonas urbanas que en las rurales.

Información sobre sexualidad a la que acceden mujeres y hombres

De los 17 temas de sexualidad indagados, en promedio, las mujeres y hombres recibieron información sobre 11 temas; este promedio es mayor entre las personas con educación superior (13.6) y en el quintil de riqueza más alto (12.6). El menor nivel de acceso a información de calidad se encuentra entre grupos menos favorecidos socialmente: las personas sin educación, en promedio, solo recibieron información sobre 4 métodos y las personas en el quintil más bajo solo recibieron, en promedio, información sobre 9 temas.

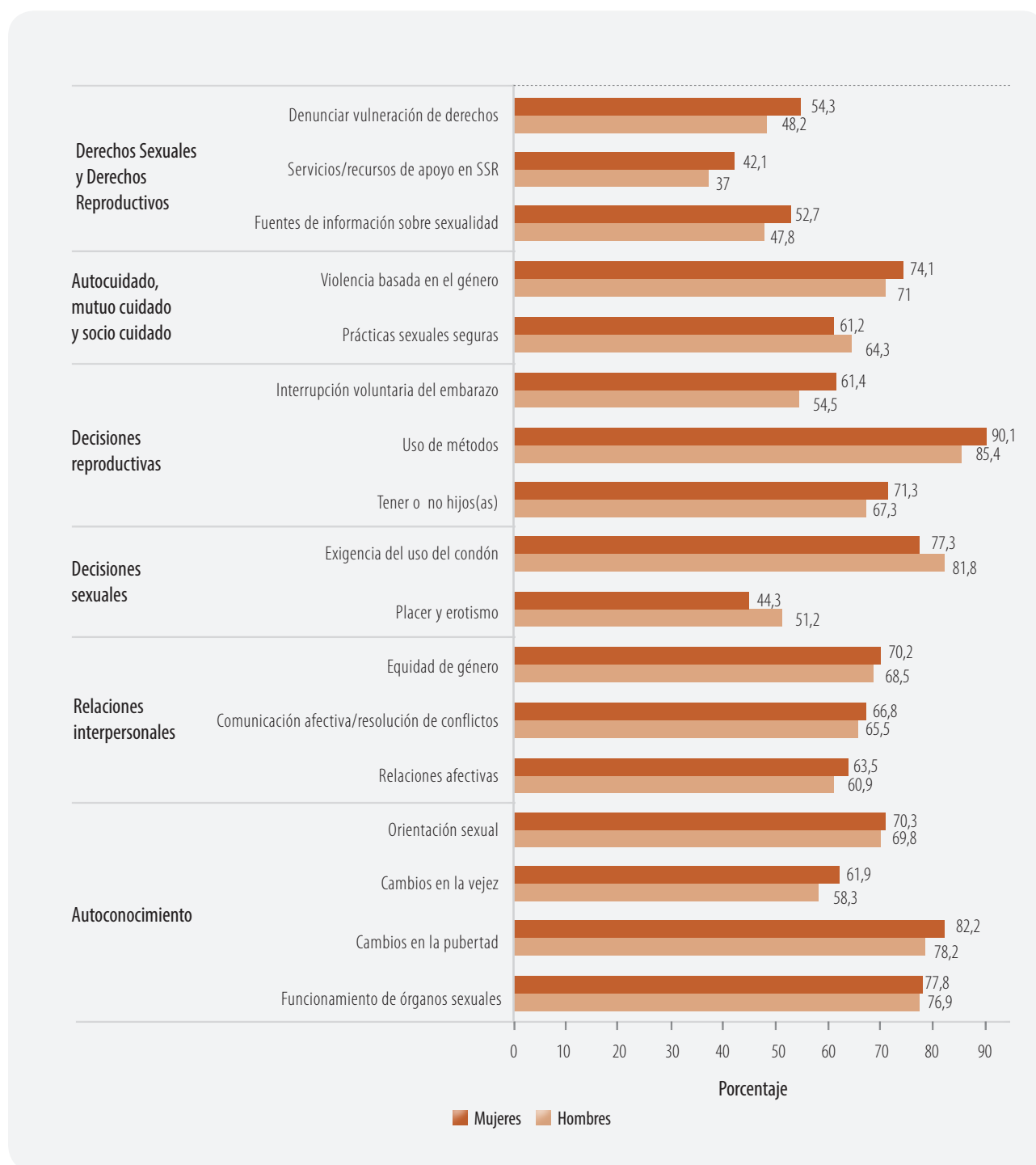
Departamentos en que las mujeres y los hombres han recibido MENOS información sobre temas de sexualidad por sexo



Temas sobre los cuales han recibido información en sexualidad mujeres y hombres

Mujeres y hombres acceden a diversos temas, pero la mayoría reconoce haber recibido información sobre:

Mujeres y hombres de 13 a 49 años que han recibido alguna vez información sobre educación de la sexualidad



Los temas relacionados con los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son los que menos se abordan en las iniciativas educativas.

Edad a la que por primera vez se accede a información sobre sexualidad

Las mujeres acceden a información de la sexualidad más tarde (16.2 años) que los hombres (15.5 años). La edad a la que se accede por primera vez a información sobre sexualidad es menor para las mujeres y hombres de 13 a 49 años que alcanzan niveles más altos de educación, las que viven en zonas urbanas y las que pertenecen al quintil de riqueza más alto y también se relaciona con el número de hijas o hijos, con la maternidad y el embarazo: las mujeres que no han tenido hijas o hijos y que no han estado embarazadas son las que reconocen haber recibido información a menor edad.

El acceso a información sobre asuntos relacionados con la sexualidad coincide con el inicio de la pubertad y se centra en temas relativos a la dimensión biológica: antes de los 14 años recibieron información por primera vez sobre los siguientes temas: cambios de la pubertad, funcionamiento de los órganos sexuales y relaciones afectivas.

Las mujeres y los hombres reciben información tardíamente (después de los 17 años) sobre la interrupción voluntaria del embarazo y sobre los mecanismos para denunciar la vulneración de los derechos.

Fuentes de información acerca de la sexualidad

Las instituciones educativas constituyen la primera fuente de información sobre todos los temas de la sexualidad entre las mujeres y los hombres de 13 a 49 años. Les siguen, en orden de importancia, los servicios de salud, los medios de comunicación, las amistades y la comunidad.

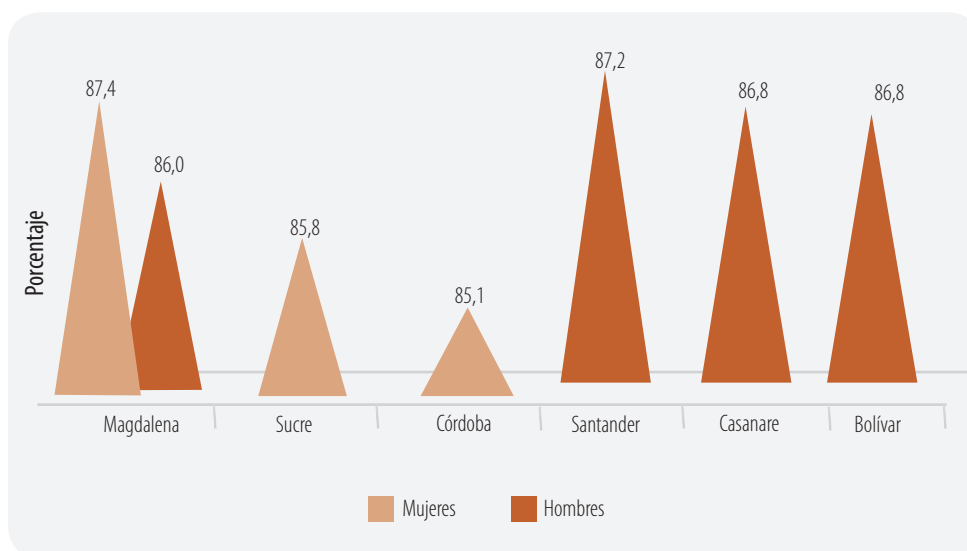
Los medios de comunicación son la primera fuente de información sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, la violencia basada en género y los mecanismos para denunciar situaciones de vulneración de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Se observa que en el país no se están usando las redes sociales y el celular como medios de comunicación para acceder a información sobre temas relacionados con la sexualidad.

Participación en actividades de educación de la sexualidad en los últimos 12 meses

El 80 por ciento de las mujeres y el 82.5 por ciento de los hombres no ha participado en actividades de educación de la sexualidad en instituciones educativas en el último año.

Departamentos donde en mayores proporciones se reporta NO haber participado en actividades de educación sexual en instituciones educativas



Pese a que las iniciativas de promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos incluyen procesos de educación sobre temas relacionados con la sexualidad en ámbitos comunitarios, se encontró que más del 94 por ciento de

las mujeres y hombres que se encuentran sin educación, de la zona urbana, así como quienes se encuentran en los quintiles alto y más alto de riqueza no han participado de las actividades en torno a temas de educación sexual en sus comunidades.

Mujeres y hombres de 13 a 49 años por actitud hacia la educación integral de la sexualidad



Utilidad percibida de las actividades de educación de la sexualidad

Se observa que más del 80 por ciento de las mujeres y de los hombres que han participado en actividades de educación de la sexualidad en los últimos 12 meses opinan que les han sido útiles para aclarar dudas; adquirir conocimientos; aclarar sus propios valores, creencias y actitudes; desarrollar habilidades para la toma de decisiones; comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas.

Se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de mujeres y hombres que consideran que la educación de la sexualidad les ha servido mucho para:

Característica	Mujeres	Hombres
Aclarar dudas	86.8%	82.0%
Adquirir conocimientos	86.8%	83.7%
Adquirir sus propios valores y creencias	83.8%	76.3%
Desarrollar actitudes para tomar decisiones	85.3%	80.7%
Comprender y respetar lo que sienten las otras personas	87.3%	82.8%
Aprender a comunicar sus opiniones	81.8%	74.4%
Saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda	76.9%	68.8%

Actitud hacia la educación integral de la sexualidad de mujeres y hombres

Se encontró una actitud más favorable frente a la educación de la sexualidad en las mujeres y hombres de que han alcanzado niveles más altos de educación, que viven en zonas urbanas y pertenecen al quintil de riqueza más alto.