

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA 2002-2007



TOMO II

RELACIONES FAMILIARES Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Bogotá, Diciembre de 2010

Título de la obra: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

ISBN obra completa: 978-958-8717-04-3

- Tomo I: Características sociodemográficas de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-05-0
- Tomo II: Relaciones familiares y salud sexual y reproductiva. ISBN: 978-958-8717-06-7
- Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-07-4
- Tomo IV: Situación de salud de la infancia. ISBN: 978-958-8717-08-1
- Tomo V: Prestación de servicios de salud. ISBN: 978-958-8717-09-8
- Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades en salud. ISBN: 978-958-8717-10-4
- Tomo VII: Situación de salud de Colombia 2002-2007: Resumen. ISBN: 978-958-8717-11-1
- Tomo VIII: Análisis de la situación de salud de Colombia 2002-2007: Gestión de Datos.
ISBN: 978-958-8717-12-8

© Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
© Los Autores.

Año de la publicación: 2010

Lugar y fecha de la edición: Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, diciembre de 2011

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Interventoría: Dirección General de Salud Pública – Ministerio de la Protección Social

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director General de Salud Pública

VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ CASTAÑO

Coordinador de Vigilancia en Salud Pública

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"

ALBERTO URIBE CORREA

Rector

ÁLVARO CARDONA SALDARRIAGA

Decano Facultad Nacional de Salud Pública U. de A.

LUIS ELISEO VELÁSQUEZ LONDOÑO

Vicedecano

CARLOS ROJAS ARBELÁEZ

Director Centro de Investigaciones

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA, PhD.

Directora General

CARLOS ALBERTO TANGARIFE VILLA

Coordinación de Bases de Datos

GLORIA MOLINA MARÍN

JUAN LUIS LONDOÑO FERNÁNDEZ

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

DIANA MARCELA MARÍN PINEDA

LUCELLY LÓPEZ LÓPEZ

YAMILE ANDREA BAENA HENAO

Edición Académica

LETICIA BERNAL VILLEGAS

Revisión de estilo

ALINA GIRALDO YEPES

Diagramación

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Participantes en el desarrollo del Proyecto ASIS Colombia 2002-2007

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Lenis Enrique Urquijo, Director General de Salud Pública, Comité Técnico ASIS
Víctor Hugo Álvarez Castaño, Coordinador de Vigilancia en Salud Pública - Coordinador de ASIS

María Alexandra Durán, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS

Patricia Cifuentes, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

María Patricia Arbeláez Montoya, Directora del Proyecto

Germán González Echeverri, Decano 2006-2009

Gloria Molina Marín, Jefe Centro de Investigación 2007-2009

Carlos Eduardo Castro Hoyos, Jefe Centro de Extensión 2006-2009

Carlos Alberto Tangarife Villa, Coordinador Gestión de Datos

Félix Martínez, Investigador Social FEDESALUD

SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACIÓN SEI S.A.

Yimer Yezid Botiva Gutiérrez, Coordinador Integración ENS 2007- ENDS 2005

Hanner Sánchez García, Consultor en Estadística

RECONOCIMIENTOS

Ministerio de la Protección Social

Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social 2003-2010

Gilberto Álvarez Uribe, Director General de Salud Pública 2006-2010

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS

Juan Francisco Miranda, Director General Colciencias 2006-2010

Clara Inés Vargas, Subdirectora de Investigaciones en Salud, Comité Técnico ENS 2007

CENDEX – Pontificia Universidad Javeriana

Jesús Rodríguez García, Director del Proyecto ENS 2007

Fernando Ruiz Gómez, Director de CENDEX, Coordinador de Análisis del Proyecto ENS 2007

Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Coordinador Técnico del Proyecto ENS 2007

Observatorio de Salud Pública de Santander

Rafael Ortiz, Director OSPS, Coordinador Recolección RIPS Proyecto ENS 2007

Sistemas Especializados de Información SEI S.A.

José Rafael Arenas Mantilla, Gerente de Operaciones y Logística de encuestas ENS 2007

Luis Carlos Gómez Serrano, Consultor en Muestreo y Estimaciones del Proyecto ENS 2007

Marcela Valencia Suescum, Asesora Diseño y Ajuste de protocolo y formularios ENS 2007

Universidad Nacional de Colombia

Rosa Helena Flórez Mosquera, Directora Salud Pública, Facultad de Medicina UNAL 2003-2005

Carlos Arturo Sarmiento Limas, Coordinador UNAL Protocolo Proyecto ASIS 2003-2005

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Investigadores y miembros de los equipos técnicos participantes

Profesores Universidad de Antioquia

Alexandra Restrepo H.
Blanca Miriam Chaves G.
Blanca Susana Ramírez P.
Carlos Mario Quiroz P.
Carlos Rojas A.
Eliana Martínez H.
Elkin Martínez L.
Erika María Montoya V.
Fabio León Rodríguez O.
Fernando Peñaranda C.
Germán González E.
Gloria Escobar P.
Gloria Molina M.
Héctor Byron Agudelo G.
Humberto Ramírez G.
Juan Fernando Saldarriaga F.
Leonardo Uribe A.
Lisardo Osorio Q.
Luis Eliseo Velásquez L.
Luz Nelly Zapata V.
María Isabel Lalinde A.
María Luisa Montoya R.
María Patricia Arbeláez M.
Miriam Bastidas A.
Mónica Lucía Soto V.
Nora Adriana Montealegre H.
Rubén Darío Gómez A.
Samuel Andrés Arias V.
Sergio Cristancho Marulanda
Yolanda Lucía López A.
Yomaira Higuaita H.

Otros participantes

Adriana Milena Espinosa L.
Adriana Rocío Roa P.
Alejandra Agudelo M.
Ana Daniela González E.

Andrés Agudelo S.
Andrés Camilo Jiménez H.
Aura Ruiz G.
Beatriz E. Arroyave P.
Bibiana Andrea Castro M.
Cindy Maryey Crespo S.
Carlos Mario Arcila E.
Catalina Lopera C.
Catalina María Arango A.
Clara Cecilia Zuluaga M.
Cristina Mejía M.
Dalila Patricia García R.
Diana Carolina Ocampo R.
Diana Catalina Mesa L.
Diana Marcela Marín P.
Diego León Bastidas L.
Diego Alejandro Jiménez D.
Diego Mauricio Montoya R.
Dillanelid Cañas B.
Doralba Aristizabal J.
Doris Cardona A.
Elsa María Vásquez T.
Esteban Páez Z.
Félix Martínez M.
Fredy Suárez P.
Gilma Stella Vargas P.
Hernando Guerrero M.
Ilduara Peña G.
Iván Darío Flórez G.
Jairo Ramírez G.
Janeth Pérez G.
Javier Mauricio Sierra A.
Jenifer C. Lopera C.
Jhojandelli Congote E.
Jhovanny Andrés Cañas P.
Jorge A. Pulgarín T.
Jorge Emilio Salazar F.

Julian Vargas J.
Laura Lucía Cano G.
Leidy Cristina Jaramillo M.
Lina María Martínez F.
Lorena Andrea Gómez G.
Lorena Sánchez D.
Lucas Restrepo M.
Lucelly López L.
Luis Fernando Duque R.
Manuel Antonio Céspedes S.
Marda Ucaris Zuluaga A.
Margarita Inés Quiroz A.
Margarita María Pérez O.
Margarita Rosa Díaz B.
María Isabel Jaramillo A.
María Osley Garzón D.
Martha Claudia González P.
Martha Lucía Olarte L.
Miguel Ángel Mafla P.
Mónica L. Vargas B.
Nilton E. Montoya G.
Nydia S. Caicedo M.
Omar Ramírez R.
Paula Andrea Díaz V.
Paula Andrea Uribe R.
Piedad Estrada A.
Piedad Roldan J.
Rosmary Aristizabal G.
Rubén Darío Manrique H.
Sandra Milena Agudelo L.
Verónica Romero A.
Walter Alonso Zuluaga R.
Yadira Estrada L.
Yamile Andrea Baena H.
Yaneth Pérez G.
Yomaira Viñas S.
Yuliana Castaño L.

PRESENTACIÓN

Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre la situación de salud de los colombianos, el Ministerio de la Protección Social, en asociación con Colciencias, se dio a la tarea de diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional que brindara información sobre la morbilidad sentida e institucional, los factores de riesgo y la discapacidad que caracterizan la oferta y demanda de servicios de salud.

Para el efecto se encargó a un equipo de expertos de la Universidad Nacional el diseño del Modelo de Análisis de Situación de Salud, del que se obtuvo el protocolo de la Encuesta Nacional de Salud que la Unión Temporal SEI S.A. y el Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana aplicó durante el 2007 a lo largo de la geografía nacional, de lo cual se ofreció una publicación con los resultados más relevantes.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país correspondiente al período 2002-2007, el Ministerio de la Protección Social estableció el contrato interadministrativo de cooperación con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN 2005, entre otros. Para ello se realizó un control de calidad a los datos y se organizaron bases de datos de tal modo que permitieran un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud.

Esta información, así como las bases de datos que quedan a disposición de la comunidad científica para realizar análisis adicionales, permitirá conocer el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, identificar los problemas de salud más relevantes del país, así como los factores asociados. Este análisis también facilitará el reconocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de sexo, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, lo cual permitirá orientar más efectivamente la política de salud en los diferentes niveles de gobierno, así como las acciones de las entidades públicas y privadas del sector, con el fin de reducir las inequidades existentes y garantizar los derechos en salud de los colombianos.

MAURICIO SANTA MARÍA SANCLEMENTE

Ministro de la Protección Social

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud ASIS¹ fue implementado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en el área de la salud pública en los Planes Estratégicos de Salud, formulados desde el año 2002, con el propósito de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud de los colombianos.

Este enfoque metodológico propuesto por la OPS/OMS en 1999, como el mejor abordaje para comprender la situación de salud de una población, ha sido incorporado en Colombia con iniciativas que van desde la actualización y publicación periódica, desde el año 2000, de la serie de Datos Básicos de Salud, hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, lo cual permite desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y evaluación de la salud de la población colombiana y de los subgrupos de población que la constituyen, en función de tres dimensiones fundamentales: los daños a la salud, la funcionalidad y la discapacidad de la población, y el comportamiento y la distribución de los factores determinantes del perfil de salud en el país.

La adopción de la propuesta de ASIS como metodología de actualización permanente, sistemática y completa de la información en salud a nivel nacional ha contado con estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población colombiana. Entre estos estudios se encuentran el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad, realizados por el Ministerio de Salud y ASCOFAME en 1965-1966, y el Estudio Nacional de Salud realizado por el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y

¹ El Análisis de Situación de Salud –ASIS– es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de fuentes de información y estrategias de análisis, que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política, facilitando la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (Definición tomada del Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud, volumen 20 número 3, septiembre de 1999).

ASCOFAME en 1977-80, seguidos en la década de los 90 por otras investigaciones como los Estudios Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC I en 1993 y ENFREC II en 1998), el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III en 1998), el Estudio Nacional de Salud Mental en 2003 y la serie de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS 1990, 1995, 2000 y 2005), entre otros.

Como parte de este proceso, el Ministerio de la Protección Social propuso el Análisis de la Situación de Salud en Colombia para el período quinquenal 2002-2007, para lo cual se planteó la construcción de un modelo y plan de análisis, cuyo diseño estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Colombia.

El modelo del ASIS, definido para dar soporte conceptual al análisis de salud planteado en la primera ilustración,² supone la aproximación sucesiva a la realidad a través de cuatro niveles de análisis de carácter descriptivo.

El primer nivel busca identificar y caracterizar los problemas de salud y los niveles de discapacidad de acuerdo con su magnitud, severidad y estructura demográfica, para priorizar los problemas de salud de cada subgrupo poblacional describiendo su comportamiento epidemiológico. A partir de la información contenida en este nivel se identificaron los problemas de mayor interés en salud pública que debían ser medidos, y se obtuvieron los elementos necesarios que luego sirvieron para definir los contenidos del protocolo y los formularios que fueron diseñados por la Universidad Nacional para la ENS-2007.

El segundo nivel parte de los modelos explicativos vigentes y del desarrollo del conocimiento a la fecha sobre los problemas de salud priorizados, para caracterizar los factores asociados a la incidencia de dichos problemas, las intervenciones sociales implementadas para afrontar el problema bajo análisis y el conocimiento y percepción que la población tiene sobre los problemas, los mecanismos de solución y las barreras existentes en su interacción con los servicios del sector de la salud.

El tercer nivel descriptivo de este estudio se refiere al análisis de desigualdades, que tiene relación con la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre poblaciones de áreas geográficas diversas en función de un factor asociado a la presentación del mismo, sin que en la determinación de estas diferencias medie un criterio de justicia, como ocurre con categorías de importancia del individuo afectado (sexo, edad y factores raciales y genéticos), de la ubicación en un medio geográfico (regiones o departamentos), de concentración poblacional (urbana o rural), de factores de riesgo específicos del medio (la vivienda, el lugar de trabajo y la comunidad), de inclusión en salud (acceso y uso) y sociales (inclusión social).

Finalmente, el cuarto nivel de aproximación descriptiva que da cuenta del análisis de inequidades en materia de salud, se refiere a las disparidades sanitarias que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias, y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de estructuras sociales fundamentales y de instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen, tales como las diferencias relacionadas con el género, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional, el estrato social y el nivel de desarrollo de las regiones.

² Tomado del documento **Encuesta Nacional de Salud 2007. Protocolo de la Encuesta. Bogotá, junio de 2006**, elaborado por el equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

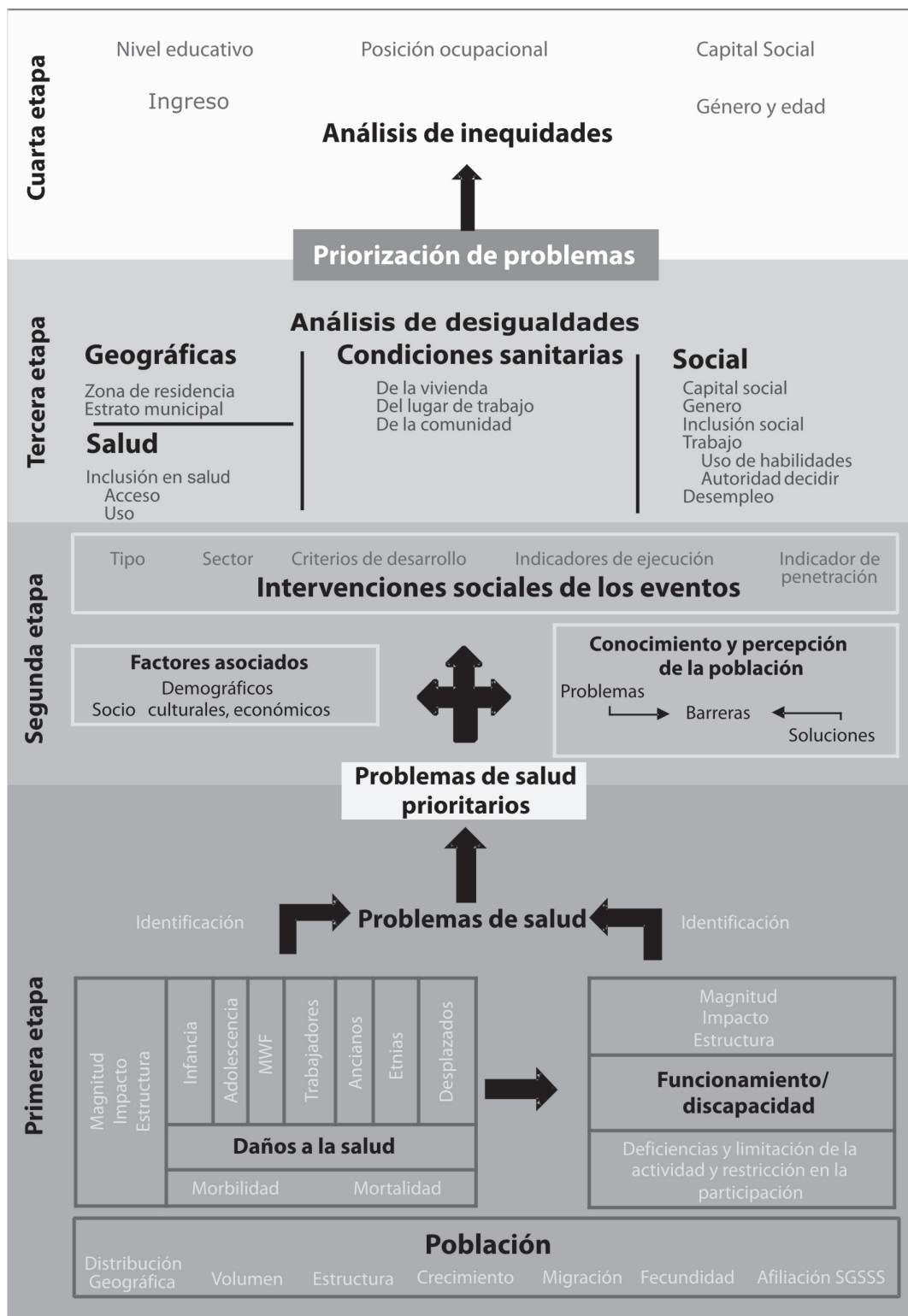


Ilustración 1. Modelo de análisis de la situación de salud

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

En este marco, la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007 fue concebida como una fuente más de información para el ASIS enfocada al levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad; caracterización de la oferta y la demanda de servicios de salud, para complementar el conjunto de información necesaria en la caracterización y análisis de la situación de salud en Colombia.

Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social, mediante convenio con Colciencias, contrató con la Pontificia Universidad Javeriana y la firma Sistemas Especializados de Información SEI S.A. de Bogotá la realización de la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007, con el objetivo principal de recolectar y analizar información de los hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la identificación de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional y departamental.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país del 2002-2007 el Ministerio estableció el contrato interadministrativo de cooperación entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia-Facultad Nacional de Salud Pública número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la Encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN-2005, entre otros. Previamente al análisis, se realizó un control de calidad a la información, se organizaron las bases de datos y se generó una base de datos que permite un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud. Esta base de datos estará alojada en la plataforma informática del MPS y, mediante el aplicativo diseñado por la FNSP dentro de los términos del convenio, quedará a disposición de diferentes usuarios para obtener tanto los meta como los micro datos de cada fuente y generar archivos que pueden ser procesados en los paquetes estadísticos convencionales para así incentivar la generación de información y la investigación útil para el país.

El análisis de la ENS-2007 incluyó diferentes unidades de observación y su nivel de desagregación estuvo sujeto a la prevalencia de los problemas de salud priorizados por grupo étnico. Los hogares y sus habitantes formaron parte de muestras probabilísticas y para los análisis se aplicaron los correspondientes factores de expansión así como el cálculo de los errores estándar. Las IPS y los usuarios de los servicios de consulta externa, de urgencias y de hospitalización, estuvieron circunscritos a los entes territoriales que hicieron parte de la ENS-2007 y por lo tanto dichas muestras no fueron representativas de sus respectivos universos. Para este análisis también se utilizaron todas las estadísticas vitales proporcionadas por el DANE y la información de RIPS del año 2007.

El análisis se presenta en algunos casos desagregado por departamentos y/o por regiones con base en la distribución que se presenta a continuación:

Región	Subregión / Departamentos
1 Atlántica	1 Guajira, Cesar, Magdalena
	2 Barranquilla y el Área Metropolitana
	3 Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte
	4 Bolívar Sur, Sucre, Córdoba
2 Oriental	5 Santanderes
	6 Boyacá, Cundinamarca, Meta
3 Central	7 Medellín y el Área Metropolitana
	8 Antioquia sin Medellín
	9 Caldas, Risaralda, Quindío
	10 Tolima, Huila, Caquetá
4 Pacífica	11 Cali y el Área Metropolitana
	12 Valle sin Cali ni el Litoral Pacífico
	13 Cauca y Nariño sin el Litoral Pacífico
	14 Litoral Pacífico
5 Bogotá	15 Bogotá
6 Orinoquia y Amazonía	16 Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada.

El análisis en profundidad de la situación de salud se presenta en ocho tomos: el primero se ocupa de las características sociodemográficas de la población, incluyendo el análisis de las condiciones de los hogares y su entorno, así como de los aspectos principales del acceso, la cobertura y la calidad de los servicios públicos domiciliarios. El segundo se centra en el análisis de la familia, principalmente en las relaciones de pareja, la violencia intrafamiliar y algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva tales como la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer de cérvico-uterino. El tercer tomo presenta las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población general, por grupos de edad y por regiones del país. Igualmente, las características de algunos eventos tales como accidentalidad vial, enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y la obesidad. El cuarto tomo se ocupa de la situación de salud de la infancia en aspectos relacionados con el cuidado del menor, la vacunación y enfermedades tales como la Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– y la Infección Respiratoria Aguda-IRA. El quinto analiza la prestación de servicios de salud de atención ambulatoria, obstétrica y de urgencias, así como las acciones de salud pública de los entes municipales; el sexto presenta un análisis de las desigualdades e inequidades en salud; el séptimo presenta una síntesis de los aspectos más relevantes de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Finalmente, el tomo ocho presenta los documentos técnicos y metodológicos de la gestión de los datos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

TOMO II

**RELACIONES FAMILIARES Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA**

Investigadores y equipo técnico

CAPÍTULO 1: RELACIONES DE PAREJA

Investigadores

Sergio Cristancho Marulanda
Piedad Estrada A.
Adriana Milena Espinosa López
María Isabel Jaramillo Alzate
Margarita Inés Quiroz Arango
Dalila Patricia García Rojas
Paula Andrea Restrepo

Grupo Técnico

Diego Mauricio Montoya Restrepo
Yamile Andrea Baena Henao

CAPÍTULO 2: VIOLENCIA EN LA PAREJA

Investigadoras

Margarita Inés Quiroz Arango

Grupo Técnico

Adriana Milena Espinosa López

CAPÍTULO 3: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Investigadores

Luis Fernando Duque Ramírez
Alexandra Restrepo Henao

Grupo Técnico

Nilton Edu Montoya Gómez

CAPÍTULO 4: CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Investigadores

Érika María Montoya Vásquez
Dalila Patricia García Rojas

Asesoras

Aura Ruiz Granada
María Vilma Restrepo Restrepo

Grupo Técnico

Marda Ucaris Zuluaga Aristizabal
Jairo Esteban Páez Zapata
Manuel Antonio Céspedes Sabogan
Diego Mauricio Montoya Restrepo
Yamile Andrea Baena Henao

CAPÍTULO 5: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Investigadoras

María Isabel Lalinde Ángel
Gloria Molina Marín
Martha Lucía Olarte Lezcano

Grupo Técnico

Rosmary Aristizábal Guzmán
Lucelly López López
Diana Marcela Marín Pineda

CAPÍTULO 6: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, VI- RUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA-VIH

Investigadoras

Mónica Lucía Soto Velásquez
Carlos Alberto Rojas Arbeláez

Grupo Técnico

Diego Alejandro Jiménez Delgado
Jorge Emilio Salazar Flórez
Diego Mauricio Montoya Restrepo

CAPÍTULO 7: CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Investigadoras

Nora Adriana Montealegre Hernández

Grupo Técnico

Rosmary Aristizábal Guzmán
Dalila Patricia García Rojas
Dillanelid Cañas Betancur
Jorge Emilio Salazar Flórez

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: RELACIONES DE PAREJA

INTRODUCCIÓN	33
MARCO DE REFERENCIA	35
La relación de pareja	35
Tipología de la unión conyugal	36
Comunicación en la pareja.	37
Autonomía y toma de decisiones	38
Separación conyugal	39
METODOLOGÍA	41
RESULTADOS	42
Encuesta Nacional de Salud, Colombia 2007	42
Relación de pareja.	42
Autonomía y participación en la toma de decisiones en familia	43
Autonomía de la mujer para salir sola	43
Autonomía para salir con los hijos.	43
Autonomía para hacer gastos cotidianos	44
Autonomía para visitar amistades..	44
Autonomía para visitar familiares... ..	45
Autonomía para participar en actividades comunitarias o sociales	45

Participación en la toma de decisiones con respecto a la salud de los hijos cuando se enferman	46
Participación en la toma de decisiones con respecto a la asistencia de los hijos a instituciones (escuela/jardín/hogar comunitario)	46
Participación en la toma de decisiones con respecto a realizar gastos de ropa y zapatos para los hijos	46
Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2005	47
Relación de pareja	47
Prevalencia lápsica	47
Edad de inicio de las relaciones de pareja	47
Prevalencia actual.....	48
Diferencia de edad con la pareja.....	48
Estabilidad de la pareja.	49
Duración de la relación actual de pareja.	49
Nivel de cohabitación	49
Número de parejas en la vida	49
Tasa de separación.....	50
Autonomía y participación en la toma de decisiones en el hogar	50
Toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.....	50
Aprobación del uso de métodos de planificación familiar.....	51
Ideal del número de hijos.	51
Causas de separación	51
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

CAPÍTULO 2: VIOLENCIA EN LA PAREJA

INTRODUCCIÓN	63
MARCO DE REFERENCIA	65
Factores asociados a la violencia en la pareja	67

Normatividad en la prevención, atención, protección, vigilancia y control de la violencia de pareja..	67
Atención a la violencia conyugal en las instituciones de salud ...	69
Denuncia ..	69
RESULTADOS ..	70
Violencia física en las relaciones de pareja..	70
Creencias de las familias colombianas relacionadas con la agresión hacia la mujer por parte de su pareja ..	70
Antecedentes de violencia conyugal en las familias de origen del hombre y la mujer en las relaciones de pareja ..	71
Solicitud de ayuda y atención en salud ...	71
Denuncia y atención judicial ...	71
DISCUSIÓN ..	72
CONCLUSIONES ..	75
RECOMENDACIONES ..	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ...	78

CAPÍTULO 3: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

INTRODUCCIÓN ..	81
Insuficiente información disponible. Sub-reporte de violencia intrafamiliar .	82
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN COLOMBIA. ..	84
Violencia de pareja ..	84
La mujer también agrede en la familia.	85
Maltrato a los niños en el hogar..	85
Violencia entre hermanos .	86
FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ..	86
Factores asociados a la violencia familiar en Medellín y su área metropolitana ...	86
Factores descritos por otros investigadores ...	92
<i>Factores individuales u ontológicos</i> ...	92
<i>Microsistema o de relaciones cercanas</i> ..	93

<i>Exosistema o el barrio</i>	94
<i>Co-morbididades de la violencia familiar</i>	95
<i>Sexo y dominancia</i>	96
Objetivo de este análisis	97
RESULTADOS	98
Victimización de la mujer por parte de su cónyuge	98
Agresión de la mujer a su cónyuge sin que haya mediado agresión de éste inmediatamente antes	100
Factores asociados al hecho que la mujer consulte los servicios de salud por las lesiones que le generó la agresión recibida por su pareja...	101
Factores asociados al castigo físico al niño por parte de la mujer.. . . .	102
DISCUSIÓN	103
Factores asociados a que la mujer sea víctima de agresión por su pareja...	104
<i>La edad de la mujer y su pareja</i>	104
<i>Nivel educativo de la mujer y la pareja</i>	105
<i>Ingresos, ocupación y aportes de la mujer en los gastos en el hogar</i>	105
<i>El número de hijos/hijas</i>	106
<i>Lugar de residencia</i>	106
<i>Antecedentes de victimización de la mujer por su pareja como factor de riesgo para el castigo físico contra el menor</i>	107
Factores asociados a la agresión de la mujer a su pareja...	107
Factores asociados a que la mujer consulte los servicios de salud por las lesiones de la agresión recibida por su pareja	107
Colofón	108
CONCLUSIONES	110
RECOMENDACIONES	111
Investigación	111
Equidad y calidad de las relaciones	111
Intervenciones o programas específicos de prevención y control de la violencia intrafamiliar	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

CAPÍTULO 4: CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

INTRODUCCIÓN	121
RESULTADOS	123
Alcohol	
Magnitud: Consumo de alcohol en la población general con edades entre los 12 y 69 años	123
Intensidad	124
Consumo de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica	125
Análisis bivariado de los factores asociados al consumo perjudicial y la dependencia alcohólica en Colombia	127
Condiciones socioeconómicas y ambientales	127
Morbilidad sentida..	127
Funcionamiento y discapacidad sentida	128
Consulta a servicios de salud	128
Victimización, accidentalidad y creencias legitimadoras de la violencia	128
Infección de transmisión sexual y conductas de riesgo	129
Percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas..	129
Cigarrillo	
Magnitud: Consumo de cigarrillo en población de 12 a 69 años..	129
Intensidad	130
Cronicidad	132
Factores asociados al consumo diario de cigarrillo en Colombia: análisis bivariado	134
Condiciones socioeconómicas y ambientales	135
Morbilidad sentida..	135
Consulta a servicios de salud	135
Victimización, accidentalidad y creencias legitimadoras de la violencia	136
Infección de transmisión sexual y conductas de riesgo	136
Percepción del acceso y riesgo del consumo de sustancias psicoactivas...	136
Marihuana	
Magnitud: Consumo de Marihuana en población general de 12 a 69 años..	136

Intensidad	137
Policonsumo.	138
Cocaína	
Magnitud: Consumo de cocaína en población de 18 a 69 años	139
DISCUSIÓN	141
Alcohol	141
Cigarrillo.. . . .	144
CONCLUSIONES	148
Alcohol	148
Cigarrillo.. . . .	149
Marihuana...	150
Cocaína	151
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152

CAPÍTULO 5: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

INTRODUCCIÓN	155
MARCO DE REFERENCIA	156
METODOLOGÍA	160
RESULTADOS	161
Características de la Planificación Familiar según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2005.	161
Aspectos relevantes de la planificación familiar según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, Colombia 2007 (ENS-2007).. . . .	164
DISCUSIÓN	169
Limitaciones	171
CONCLUSIONES	172
RECOMENDACIONES	173
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174

CAPÍTULO 6: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA-VIH

INTRODUCCIÓN	177
MARCO DE REFERENCIA	180
Abordaje diagnóstico y medición de la ocurrencia de las ITS	180
Prevalencia e incidencia de ITS y VIH	182
Condiciones que pueden modificar el riesgo de ITS y VIH	183
RESULTADOS	184
Descripción de la población de estudio.....	184
Prevalencia de ITS y VIH por auto-reporte.....	187
Características de la transmisión y prevención en el grupo a quien en el último año le diagnosticaron una infección de transmisión sexual	188
Percepción del estado de salud de las personas con ITS o VIH por auto-reporte	189
Factores asociados con la prevalencia de ITS por auto-reporte	189
Actividades de prevención de las ITS	195
Variaciones geográficas y demográficas.....	196
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	200
RECOMENDACIONES	201
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	202

CAPÍTULO 7: CÁNCER DE CUELLO UTERINO

INTRODUCCIÓN	207
MARCO DE REFERENCIA	208
La epidemiología.....	208
Programas para el control de cáncer de cuello uterino.....	209
Orígenes.....	209
El control del CaCu en otros contextos.....	210
Situación del CaCu y los Determinantes Sociales de la Salud	212

RESULTADOS	214
Percepción de la enfermedad según determinantes sociales.. ..	214
Morbilidad: lesiones intraepiteliales cervicales según RIPS-2007... ..	215
Morbilidad: cáncer de cuello uterino según RIPS-2007	217
Distribución de las instituciones públicas y privadas que realizan actividades o programas de citología de cuello uterino por región.. ..	217
Demanda de la citología de cuello uterino y condiciones del servicio.	219
Percepción de la atención para la citología de cuello uterino	221
DISCUSIÓN	223
Morbilidad percibida	223
Morbilidad atendida	223
Demanda de servicios de salud según la ENS-2007	226
Percepción de la atención en salud según la ENS-2007	227

ÍNDICES DE CUADROS

CAPÍTULO 3.

Cuadro 3.1	Variables estudiadas en relación con la violencia intrafamiliar. Medellín y área metropolitana, 2004.....	87
Cuadro 3.2	Razones de Oportunidad (OR) e Intervalo de Confianza (IC95%) de factores protección y de riesgo para agresión a la pareja y al menor. Modelos de regresión logística. Medellín y área metropolitana	90
Cuadro 3.3	Relación de diversos factores con la victimización de la mujer por parte de su compañero o cónyuge en términos de OR's ajustadas. Colombia 2005	99
Cuadro 3.4	Relación de diversos factores con la agresión de la mujer a su cónyuge o compañero sin que haya habido agresión por parte de él inmediatamente antes. OR ajustadas, Colombia 2005	100
Cuadro 3.5	Factores asociados al hecho de que la mujer consulte los servicios de salud por las lesiones que generó la agresión recibida por su pareja en Colombia. OR e IC del 95%	101
Cuadro 3.6	Factores asociados a que la mujer castigue físicamente a los menores de edad bajo su cuidado, Colombia, 2005. OR e IC del 95%.....	102

CAPÍTULO 6.

Cuadro 6.1	Distribución de los residentes en los hogares colombianos mayores de 18 años según el auto-reporte de haber tenido o no relaciones sexuales	184
Cuadro 6.2	Edad de la población de estudio según sexo.....	184
Cuadro 6.3	Distribución del aseguramiento en salud en la población de estudio	186

Cuadro 6.4	Prevalencia de ITS durante el 2007 en la población de estudio, de acuerdo con el antecedente del diagnóstico de ITS o la presencia de signos o síntomas de ITS	187
Cuadro 6.5	Prevalencia de VIH por auto-reporte en la población que ha tenido relaciones sexuales.....	187
Cuadro 6.6	Formas de adquisición de la última infección de transmisión sexual según sexo	188
Cuadro 6.7	Prácticas efectuadas para prevenir la transmisión de la ITS a otras personas....	188
Cuadro 6.8	Distribución de las ITS según sexo y promedio de la edad.....	189
Cuadro 6.9	Distribución de infección por VIH según sexo y promedio de edad	190
Cuadro 6.10	Frecuencia del auto-reporte de infección por virus de la hepatitis B en las personas con ITS.....	190
Cuadro 6.11	Uso del preservativo en las relaciones sexuales entre aquellos que reportaron y no reportaron ITS	191
Cuadro 6.12	Distribución del uso del preservativo en las relaciones sexuales entre aquellos que reportaron y no reportaron infección por VIH o Sida.....	191
Cuadro 6.13	Distribución de frecuencias del tipo de compañero de la última relación sexual según el reporte de ITS en el último año	192
Cuadro 6.14	Distribución de frecuencias del tipo de compañero de la última relación sexual de los últimos 6 meses según el reporte de ITS en el último año.....	192
Cuadro 6.15	Edad de la primera relación sexual y del número de compañeros sexuales de los últimos meses	193
Cuadro 6.16	Frecuencia del consumo de licor o sustancias estimulantes en la última relación sexual entre quienes reportaron ITS comparado con el grupo control	193
Cuadro 6.17	Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas entre quienes reportaron tener y no tener ITS.....	194
Cuadro 6.18	Frecuencia de las principales razones por las que se realiza la prueba para detectar el virus del SIDA	195
Cuadro 6.19	Distribución de las personas con ITS y sin ITS por departamento	198

CAPÍTULO 7.

Cuadro 7.1	Comportamiento del cáncer en las Américas.....	208
Cuadro 7.2	Prevalencia de cáncer de cuello uterino por región en mujeres de 18-69 años.....	214

Cuadro 7.3	Distribución de las mujeres de 18 a 69 años que relataron tener CaCu según asalariadas y no asalariadas por grupo étnico.....	214
Cuadro 7.4	Distribución por región de las mujeres de 18 a 69 años que reportaron tener CaCu según asalariadas y no asalariadas.....	215
Cuadro 7.5	Distribución de neoplasias intraepiteliales cervicales por grupo de edad en mujeres colombianas mayores de 12 años.....	216
Cuadro 7.6	Neoplasias intraepiteliales cervicales según el régimen de aseguramiento en mujeres Colombianas mayores de 12 años	216
Cuadro 7.7	Distribución por región de las instituciones públicas que realizan actividades, programas o proyectos para incentivar la toma de citología de cuello uterino.....	217
Cuadro 7.8	Distribución por región de las instituciones privadas que realizan actividades, programa o proyectos para incentivar la toma de citología de cuello uterino.....	218
Cuadro 7.9	Distribución por región de los profesionales de salud independientes registrados en el sistema de habilitación que realizan o participan en acciones, proyectos o programa para incentivar la toma de citología de cuello uterino	218
Cuadro 7.10	Distribución por región de las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado que tienen población cubierta y que realizan o participan en acciones, proyectos o programa para incentivar la toma de citología de cuello uterino.....	219
Cuadro 7.11	Distribución por grupo de edad de las mujeres cuya principal razón de la última consulta fue la citología	220
Cuadro 7.12	Distribución por región de las mujeres cuya principal razón de la última consulta fue la citología	220
Cuadro 7.13	Tiempo transcurrido por región después del examen citológico para reclamar el resultado.	222

ÍNDICES DE GRÁFICAS

CAPÍTULO 3.

Diagrama 1	Resumen de variables que se asocian a la violencia intrafamiliar en Colombia: estudios de Duque et al en Antioquia y ENDS-2005	109
-------------------	--	-----

CAPÍTULO 6.

Gráfico 6.1	Distribución de la población de estudio por sexo y departamento de Colombia	185
Gráfico 6.2	Distribución del estado civil entre la población de estudio.	185
Gráfico 6.3	Distribución del grupo étnico entre los hombres y las mujeres de la población.	186
Gráfico 6.4	Distribución de la escolaridad entre quienes reportaron ITS y quienes no la reportaron. (Barras negras reporte afirmativo de ITS; barras blancas reporte negativo de ITS)	194
Gráfico 6.5	Distribución comparativa de la afiliación a salud entre personas con ITS y sin ITS.....	196
Gráfico 6.6	Distribución del auto-reporte de ITS según la región geográfica de residencia	197
Gráfico 6.7	Distribución de las personas con y sin VIH por auto-reporte según región geográfica de residencia.....	197

CAPÍTULO 1:

RELACIONES DE PAREJA

INTRODUCCIÓN

Para el estado y la sociedad colombiana, la conformación de una pareja se constituye en la base de la familia, que a su vez se constituye en el núcleo más importante de organización social del país. En el contexto familiar, hombres y mujeres adquieren las primeras experiencias afectivas, cognitivas, educativas y de inserción a una cultura y a un grupo social convirtiéndose así la experiencia familiar en unos de los determinantes sociales más importantes de la salud de sus miembros. Al respecto, la Constitución Política de Colombia en su artículo 42 establece: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia (...) Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será sancionada conforme a la Ley (...) La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos. Las formas del matrimonio, la edad y capacidad para contraerlo, los deberes y derechos de los cónyuges, su separación y la disolución del vínculo, se rigen por la ley civil. Los matrimonios religiosos tendrán efectos civiles en los términos que establezca la ley. Los efectos civiles de todo matrimonio cesarán por divorcio con arreglo a la ley civil. También tendrán efectos civiles las sentencias de nulidad de los matrimonios religiosos dictadas por las autoridades de la respectiva religión, en los términos que establezca la ley. La ley determinará lo relativo al estado civil de las personas y los consiguientes derechos y deberes”.

Así pues, la pareja conformada por un hombre y una mujer se establece para compartir su afectividad, su sexualidad y para conformar una unidad familiar y económica que permita atender las necesidades, intereses, motivaciones y expectativas individuales y colectivas.

Debido al importante rol que cumple la vida de pareja como determinante del bienestar físico y psicológico de quienes la conforman y a las implicaciones que tiene en el núcleo familiar como

ente de desarrollo y de socialización primaria, su estudio en Colombia puede aportar información contextual fundamental para entender gran parte de las dinámicas de salud y enfermedad de su población.

La Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007) compila información sobre la relación de pareja en Colombia desde tres grandes temas: tipología de la unión conyugal, comunicación en la pareja y toma de decisiones. Para analizar estos eventos se tuvieron en cuenta algunos de los determinantes sociales, culturales, económicos e individuales aportados por esta encuesta, los cuales permiten conocer las condiciones e inequidades en las formas de relación al interior de la familia y en la garantía a los derechos de salud y bienestar.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (ENDS-2005) aporta, además de información sobre la relación de pareja en áreas similares a las de la ENS-2007, datos acerca de la edad de inicio de esta relación, diferencia de edades, tasa y causas de separación, entre otras, lo cual permite ampliar y profundizar el análisis.

Este documento explora las relaciones de pareja en Colombia a partir de la información recogida por estas dos fuentes. Información que aunque limitada permite, sin embargo, un análisis inicial con el cual se pretende llenar un vacío de conocimiento sobre este tema para, así, facilitar la toma de decisiones y la priorización en la asignación de recursos.

En particular, los resultados que a continuación se presentan describen las principales características de esta relación en cuanto a frecuencia, tipo de unión, edad de inicio, estabilidad y causas de separación, según edad, educación, ocupación, área, estrato y región de residencia. Así mismo, estos resultados son un insumo importante para el conocimiento de otros aspectos más funcionales de la relación de pareja tales como los niveles de autonomía y participación de la mujer en la toma de decisiones relevantes para el hogar.

MARCO DE REFERENCIA

La relación de pareja

Se entiende por pareja el acuerdo entre un hombre y una mujer para unirse y dar comienzo a una familia, acuerdo que no requiere ser legal para poseer significación. Este concepto también se aplica a parejas homosexuales, a las que se vinculan los conceptos de convivencia de las parejas heterosexuales.

“En la relación de pareja se comparte el amor, el erotismo, la responsabilidad, el respeto y la solidaridad, a partir de la integración de sus procesos de individuación y diferenciación como seres particulares en el sentir, el pensar, el desear y el actuar, con necesidades desde el ser, el saber, el hacer y el tener” (Álvarez y Serna, 2007:28); también “se ponen en juego relaciones de poder, dominación, dependencia y culpa. La forma en que cada miembro de la pareja conciba la relación conyugal y lo que a su vez significa, incide en su comportamiento dentro de ésta” (Gómez, 1988:18).

Por otra parte, la pareja se constituye como una red de relaciones en la que cada integrante influye y es influido por el otro al expresar su sentir, sus sensaciones, emociones y percepciones. “Es así como cada sujeto –anota Escobar (2000:29)– imparte una interpretación personal del mundo que lo rodea interactuando y construyendo en éste según su capacitación, las experiencias adquiridas, la cultura a la cual pertenece: la raza, el género, el país o la región, la institución religiosa, la clase socioeconómica, la profesión u oficio, la familia, y el sistema de creencias en el que se ha formado”.

Influencias que, sin embargo, no siempre son equitativas. En muchos contextos culturales, en las relaciones de pareja la mujer ha estado tradicionalmente subordinada al hombre; subordinación relacionada con la vinculación de éste al trabajo productivo, lo cual le ha dado poder económico y una mayor capacidad de liderazgo. En dichos contextos, las mujeres han visto reducido su campo de acción al trabajo reproductivo y al cumplimiento de funciones familiares como la educación, el cuidado de los hijos y la asistencia a la familia en los espacios domésticos; alejadas, por lo general,

de las oportunidades para generar sus propios ingresos económicos, y sin el reconocimiento y la valoración –aún por ellas mismas– de sus labores domésticas. Esto ha reducido su capacidad de liderazgo y de toma de decisiones y las ha llevado a aceptar una relación de subordinación y de sometimiento a las decisiones del hombre (Meler, 1998:31-70).

Sin embargo, desde mediados del siglo XX la situación de la mujer empieza a cambiar: sin perder sus funciones de madre y esposa –y desafiando una ideología patriarcal que promueve valores de dependencia, sumisión, abnegación y renuncia–, se ha hecho trabajadora y ciudadana, ampliando así sus espacios de empoderamiento, su autonomía y capacidad para la toma de decisiones (Batliwala, 1997:193).

En todo caso, y cualquiera que sea la definición de lo que es una pareja conyugal en la actualidad, estamos frente a modalidades de relación no frecuentes en el pasado, en las que la interrupción de las uniones conyugales y el incremento de las uniones consensuales progresan de manera acelerada. Rasgos característicos de la segunda transición demográfica que, lamentablemente, han sido poco estudiados. Además, los indicadores que se piden en las estadísticas vitales dejan fuera las separaciones de hecho, con lo que se ignora la existencia de muchas parejas que han experimentado dicha disolución.

Tipología de la unión conyugal

Existe un sinnúmero de tipologías para clasificar los diferentes tipos de unión conyugal cuya descripción va más allá del alcance de este texto. Tal vez la más conocida es aquella que diferencia las parejas según el tipo de unión como *unión legal*, que bien puede ser civil o religiosa (ésta según el credo que profese la pareja); y *unión de facto* que se caracteriza por ser una relación tipo concubinato en diferentes modalidades: madres solteras, unión libre o relación esporádica. “Esta última se caracteriza por la no convivencia bajo el mismo techo y una relación sexual eventual. La pareja generalmente encuentra y solicita esporádicamente oportunidades de relación biológica, dadas las condiciones de sus vidas sin unidad habitacional” (Gutiérrez, 1996:180).

Pueden también coexistir familias nucleares completas e incompletas con familias extensas y con familias reconstituidas nucleares o extensas, producto de rupturas y posteriores uniones. Según Ligia Echeverry Ángel (1994:56), estas modalidades de convivencia se caracterizan por “la inestabilidad afectiva y cohabitacional en las relaciones de pareja y familia, es decir la propensión a las rupturas y a las separaciones”, con consecuencias legales, económicas y afectivas para sus miembros; afectan, además, “el contexto institucional del país: al sistema económico, al de salud, al de educación, al legal [...] y producen distorsiones en las normas y los valores culturales relacionados con el matrimonio, la maternidad, la paternidad y las relaciones fraternales de maneras diferentes y complejas según la región y el estrato socioeconómico. [...] La nupcialidad reincidente conlleva problemas afectivos e institucionales difíciles para los individuos involucrados: padrastro

y madrastra, padres biológicos, hijos, ex cónyuges de la nueva pareja y para los sistemas familiares extensos de todos los anteriores”.

Según el Censo de 2005, en Colombia el 23,8% de personas mayores de 10 años son casadas, y el 22,3% viven en unión libre.

Comunicación en la pareja

La comunicación en la pareja se define como un proceso a través del cual sus integrantes entran en contacto para compartir mensajes y expresarse afecto mutuamente. Por lo tanto, la comunicación sirve al propósito de unir y mantener la armonía entre los miembros, los ayuda a superar conflictos y dificultades y, sobre todo, les permite establecer un contacto afectivo permanente.

Existen varios tipos de comunicación (Estrada *et al*, 2002:34):

- **Directa:** es aquella donde los miembros expresan claramente sus pensamientos; es una comunicación clara y coherente;
- **Desplazada:** aquella que se utiliza para que una persona canalice los mensajes entre dos individuos que han cortado su comunicación verbal; y
- **Dañada:** se caracteriza por la utilización de canales inadecuados y la transmisión de mensajes negativos, dificultando la resolución de problemas al interior de la pareja y la familia. Esta forma de comunicación reduce la posibilidad de cambio y crecimiento.

La comunicación debe permitir que cada miembro de la pareja exprese sus necesidades, sentimientos, emociones, dudas y certezas, sueños e ilusiones, al participar en ella como hablantes activos y como escuchas –el diálogo verdadero exige una adecuada actitud de escucha, es decir requiere apertura, respeto por el otro, honestidad–. La mayoría de los conflictos familiares surgen de una comunicación defectuosa, la que conduce a malos entendidos, juicios erróneos, distanciamiento y, en el último de los casos, agresiones. Es indispensable aprender a dialogar para resolver exitosamente los conflictos que se presentan en la vida cotidiana y mejorar de manera considerable las relaciones familiares.

La comunicación es constructora de autoestima, con la que está en permanente interrelación. Puede ser verbal y no verbal: en el primer caso es, a la vez, vehículo para la expresión del afecto, para el manejo conyugal y la gestión familiar, y estrategia de cohesión para la pareja y la familia. La comunicación no verbal se manifiesta de múltiples formas: bien puede ser un simple gesto, el tono o el timbre de la voz, la postura corporal, o bien una caricia, un momento de ternura, la expresión plena de la sexualidad y, en una palabra, de las emociones (Roche, 2006:65).

En la comunicación existen actitudes que la facilitan y afianzan de una manera positiva. Entre estas actitudes pueden mencionarse: 1. Escuchar y validar, esto es aceptar lo que dice la pareja con palabras o actitudes corporales aunque no se esté de acuerdo; dicho de otra manera, es “ponerse

en los zapatos” de la otra persona. 2. Expresar con firmeza una opinión, es decir saber expresar los sentimientos y pensamientos tanto con las palabras como con las actitudes. 3. Esperar la réplica y aceptarla aunque no se esté de acuerdo: al reconocer que el otro (a) tiene algo de razón, la persona que escucha se torna receptiva y gana control sobre la situación. 4. Elegir el momento oportuno para el diálogo, ser breve y específico, pues la comunicación y la expresión de los sentimientos se facilita cuando los miembros de la pareja se preocupan por escoger el lugar indicado y el mejor momento. 5. Comunicar los mensajes en forma de petición y no de queja (Martínez, 1999:24). Seguir estas pautas permite que la comunicación y la toma de decisiones se transformen en procesos dinámicos, esto es, en un constante aprendizaje que renueva la vida de la pareja, y produce satisfacción emocional, individual y mutua (Montenegro, 2007:116-125).

Autonomía y toma de decisiones

La autonomía se refiere a la capacidad de la persona para tomar decisiones y actuar de forma independiente y responsable como manifestación del ejercicio de poder; está relacionada con los conocimientos, valores, actitudes y relaciones sociales, e implica el desarrollo de la subjetividad en personas capaces de discernir sus intereses y acciones para concretar sus elecciones y proyectos (Estrada *et al*, 2002: 36).

El proceso de toma de decisiones asertivas permite encontrar una respuesta conductual adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos. La elección de la decisión asertiva debe estar acompañada de la selección de los elementos que son relevantes, la capacidad de obviar aquellos que no lo son, y del análisis de las relaciones entre los elementos relevantes. Una vez identificada la situación, para tomar la decisión asertiva es necesario definir acciones alternativas que permitan imaginar la situación final y evaluar los resultados teniendo en cuenta la incertidumbre de cada resultado.

La falta de autonomía, esto es la dependencia emocional y económica de las mujeres hacia sus cónyuges o compañeros, tiene un gran peso en las decisiones familiares, desde las más simples como las referidas a la cotidianidad familiar, a la vida doméstica, a la comunicación con personas allegadas, hasta las más complejas como la crianza de los hijos, la capacitación, el trabajo, la tenencia y administración de los bienes.

En efecto, una investigación realizada en la ciudad de Medellín (Arzuaga *et al*, 2006:45) sobre el control de la reproducción como resultado de decisiones seguras o riesgosas, dio como resultado “que aquellas parejas que buscan la seguridad, asumen las normas de género de una manera flexible, lo cual posibilita un proceso de toma de decisiones por consenso, negociación o renegociación, y en este caso son las mujeres quienes toman la iniciativa para proponer los métodos de anticoncepción, es decir, tienen capacidad de autodeterminación reproductiva”. Esta investigación muestra también cómo la activa participación de la mujer en la toma de decisión

acerca de cuándo y cuántos hijos desea tener y en el método de planificar permite a la pareja desarrollar, por medio de acuerdos, sus proyectos de vida.

En los últimos años, la Organización de Naciones Unidas ha puesto especial interés en el fomento de la autonomía de las mujeres, entendida como “el grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección” (ONU, 2005:114). Elección que, necesariamente, tiene que ver con su capacidad para tomar decisiones y con las relaciones que establece en la vida pública, en la vida privada y con otras mujeres de su grupo social.

Un estudio realizado en México (Casique, 2003:223) sobre el empoderamiento de las mujeres, su autonomía y el uso de métodos de planificación, usando información de la Encuesta Nacional de planificación familiar 1995, demostró que el nivel educativo y de participación de las mujeres en el uso de los recursos sociales, contribuyen a un nivel más alto de autonomía y mayor capacidad para tomar decisiones a este respecto. El estudio analizó la participación del hombre y la mujer en la toma de decisiones frente a 5 eventos: el número de hijos, la crianza de los hijos, los gastos familiares, las visitas a familiares y amigos y las relaciones sexuales. Sus hallazgos demostraron que las mujeres tienen mayor participación para tomar decisiones en la crianza de los hijos y en los gastos familiares, y menor influencia en las decisiones relacionadas con las visitas a familiares y amigos, y con las relaciones sexuales. El 71% toma decisiones conjuntamente con el marido en cuanto al número de hijos; un mayor porcentaje de mujeres piden permiso para: salir solas (77%), participar en actividades comunitarias (76%), estudiar (72%), salir con los hijos (71%), trabajar (70%), visitar familiares y amigas (69%) y hacer gastos familiares (61%).

Separación conyugal

De ser considerado un evento catastrófico e insuperable, tanto el divorcio como la separación conyugal han pasado a ser situaciones habituales en la sociedad occidental.

En la investigación *“Salud mental de niños y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar”*, realizada por el grupo de investigación en familia de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) y el grupo de salud mental de la Universidad CES en Medellín - Colombia en el año 2006 (Estrada *et al*, 2008: 472-481), se da cuenta de algunos resultados acerca de las separaciones conyugales.

Éste fue también el tema de investigación que abordaron, en 1991, Zamudio y Rubiano quienes, con el fin de conocer la magnitud del fenómeno de la separación, su evolución y tendencias, compilaron información en 22.111 hogares y 5.200 personas separadas en todo el país. El resultado fue: un 27,8% de separaciones conyugales del total de la población que alguna vez se había unido, y el 17,2% del total de la población unida en ese momento, para un total de 45%. De acuerdo con este mismo estudio, los principales motivos de separación en Colombia son la infidelidad, los celos o el enamoramiento de otra persona –la infidelidad como elemento de crisis definitiva para

romper el vínculo es tan marcada que ocupa el primer lugar en todas las regiones del país y en la mayoría de los estratos—. En segundo lugar el desamor y la rutina. En el tercer lugar aparecen las razones de orden económico que deterioran la relación conyugal y generan diversas formas de violencia cotidiana, especialmente en los sectores medios y bajos de la población, debido a la incapacidad para cumplir con las obligaciones de sostenimiento del hogar. El cuarto motivo es la violencia intrafamiliar y el quinto la irresponsabilidad. En menor proporción aparecen los problemas en la familia de origen del compañero (Zamudio y Rubiano, 1991:110).

METODOLOGÍA

El análisis de las relaciones de pareja en Colombia se realiza a partir del enfoque “determinantes sociales de la salud”, promovido por la OMS (2008) mediante la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en la que participan organismos gubernamentales, investigadores y miembros de la sociedad civil. Este enfoque permite, a la vez, hacer el análisis de la situación de las parejas colombianas y algunos factores asociados, así como estudiar los factores diferenciales entre mujeres y hombres tanto en sus condiciones de vida y en las relaciones de pareja, como en algunos procesos relacionados con el continuo salud – enfermedad. Así mismo, el análisis está orientado hacia la definición de estrategias de intervención que busquen disminuir las desigualdades sociales y de género, y considera la equidad como una prioridad en las políticas de salud.

El análisis se realiza a partir de los resultados de los módulos de hogares, personas e instituciones, aplicados en la ENS-2007, y de los módulos de hogares y personas de la ENDS-2005. Para la presentación de los resultados se emplean tablas, figuras y mapas. Se tiene también en cuenta distribuciones de frecuencias y medidas de tendencia central (medias o medianas). Debido a que los datos surgen de un muestreo poblacional, se mantiene un nivel de análisis descriptivo. Además se realiza, por medio de tablas de contingencia, un análisis inicial de las asociaciones entre las variables de interés en cuanto a relación de pareja y aquellas otras, de interés teórico o práctico, con informaciones como edad, educación, estrato del hogar, área de residencia (urbano/rural), región de residencia, afiliación y ocupación. A través de este análisis descriptivo inicial se pretende dar información sobre el desarrollo de estudios analíticos más avanzados que permitan una mayor comprensión de las características demográficas y funcionales básicas de las relaciones de pareja en el país.

RESULTADOS

Encuesta Nacional de Salud, Colombia 2007

A continuación se presentan los principales resultados de la ENS 2007 acerca de los temas: relaciones de pareja, autonomía y toma de decisiones, así como su comportamiento de acuerdo con sexo, edad, nivel educativo, área de residencia, y estrato socioeconómico.

Relación de pareja

El 36,4% de la población colombiana mayor de 10 años tiene una relación de pareja.¹ Los porcentajes de hombres y mujeres con relación de pareja en cada región es muy similar y cercanos al 50% en todos los casos (Anexo, Cuadro 1.1), es decir que aproximadamente la mitad de los hombres y la mitad de las mujeres mayores de 10 años tienen una relación de pareja actualmente.

Según la edad, la mayor proporción de personas con relación de pareja se encuentra entre los 25 y los 54 años, principalmente en los grupos de 45 a 49 y de 35 a 39 años (68,6% del total en ambos rangos de edad). En hombres, la mayor proporción se encuentra entre los 40 y los 44 años (12,3% del total de hombres con relación de pareja), y en mujeres entre los 35 y los 39 años (12,8% del total de mujeres con relación de pareja) (Anexo, Gráfico 1.1).

Según el área de residencia, una mayor proporción de las personas que tienen una relación viven en el área rural dispersa (44,7%), seguido por aquellas que viven en un centro poblado (44,2%). En las regiones Atlántica, Oriental y Pacífica se observan mayores proporciones de población con relación de pareja en el centro poblado. Cabe resaltar que en las regiones de Bogotá, Orinoquia y Amazonía solo se obtuvo información de las mujeres con residencia en la cabecera, por ende se imposibilita hacer una comparación urbano-rural.

De acuerdo con el estrato de las viviendas (obtenido a través del estrato para el pago de servicios públicos, privados o comunales en cada vivienda), los estratos con mayor proporción de personas que tienen una relación de pareja fueron el 1 (43,1%), el 2 (42,3%) y el 3 (41,4%). Las regiones Atlántica, Central, Orinoquia y Amazonía presentaron las proporciones más altas en los estratos 1, 2, 3 y 4, mientras que en las regiones Oriental, Pacífica y Bogotá se presentaron en los estratos más altos.

¹ Se tomaron como datos útiles para la producción y análisis de la condición de tener una relación de pareja a aquellas personas que al preguntárseles por su estado civil respondieron afirmativamente que estaban actualmente casados o en unión libre (ENS-2007).

Según el nivel educativo, el 65,1% de las personas que reportaron tener una relación alcanzaron una educación básica primaria y el 61,3% realizaron un posgrado, seguidos por aquellas que estudiaron hasta básica secundaria y media (59,4%). En todas las regiones, la proporción mayor de personas con relación de pareja se presentó en quienes tienen nivel educativo de posgrado, excepto en las regiones Central y Bogotá que reportan la mayor proporción entre quienes tienen educación básica primaria.

Autonomía y participación en la toma de decisiones en familia

La encuesta también evaluó el nivel de autonomía y participación en la toma de decisiones en la familia. Con respecto a la mujer, fue evaluada la autonomía para realizar actividades como salir sola, salir con los hijos, hacer gastos cotidianos, visitar sus amistades, visitar familiares y participar en actividades comunitarias o sociales. La participación en la toma de decisiones del hogar fue evaluada con respecto a temas como la salud de los hijos cuando se enferman, la asistencia de los hijos a instituciones (escuela/jardín/hogar comunitario), los gastos de ropa y zapatos para los hijos, los gastos en comida y los gastos extras para la casa (Anexo, Cuadro 1.2).

Para este análisis se entenderá como indicador de dependencia el que las mujeres respondan afirmativamente a la pregunta sobre si le piden permiso o no a su compañero para realizar alguna de estas actividades. Se entenderá, además, que la mujer participa de manera independiente en la toma de decisiones en el hogar, cuando en cada una de las situaciones planteadas, respondieron afirmativamente ser “solo la madre quien decide”.

Autonomía de la mujer para salir sola

En el 15,6% de los casos (aproximadamente 1 de cada 6), la mujer le pide permiso a su compañero o esposo para salir sola. El grupo entre 15 y 24 años obtuvo la proporción más alta: entre el 22,1% y el 28,3%. Las regiones Oriental, Bogotá, Orinoquia y Amazonía tienen las proporciones más bajas (<10%), y la más alta la región Atlántica (26,3%).

Según el área de residencia, una mayor proporción de mujeres con pareja que viven en área rural dispersa (32,3%) piden permiso a sus compañeros para salir solas, comparada con aquellas que viven en un centro poblado (25,0%) o en la cabecera municipal (11,6%) –hay que anotar, sin embargo, que en las regiones de Bogotá, Orinoquia y Amazonía solo se obtuvo información de las mujeres que viven en la cabecera, y que la mayoría de ellas pertenecían al estrato 0 (41,5%)–.

Según ocupación, las mujeres con relación de pareja que más le piden permiso a sus compañeros para salir solas son aquellas dedicadas a realizar “oficios del hogar” (18%) y a “estudiar” (17%).

Autonomía para salir con los hijos

El 69,2% de las mujeres encuestadas le “avisan” a su esposo o compañero para salir con sus hijos, el 10,8% de las mujeres “pide permiso” y solo el 14,3% “ni avisa ni pide permiso”. El porcentaje

de mujeres que piden permiso no presenta variaciones notables por región, pero sí disminuye en los grupos poblacionales mayores de 40 años (7,7%-9,3%), comparado con los menores de 30 años (9,3%-15,5%).

La proporción de mujeres que piden permiso es relativamente similar en las diferentes regiones, pero hay variaciones regionales según la edad. En la región Pacífica la proporción más alta se encontró en el grupo poblacional comprendido entre los 10 y 14 años (20,6%), y en las regiones de la Orinoquia y Amazonía en los grupos de 15 a 19 (10,1%), 45 a 49 (10,8%) y 65 a 69 (8,3%) años.

Por otra parte, la mayor proporción de mujeres que piden permiso para salir con sus hijos vive en área rural dispersa (25,5%); y según estratos, los de mayor proporción fueron el 0 (31,9%), el 1 (17,7%) y el 2 (8,7%).

Según ocupación, las mayores proporciones de mujeres que piden permiso para salir con sus hijos son aquellas que están “incapacitadas de manera permanente para trabajar” (13,7%) o aquellas dedicadas a realizar “oficios del hogar” (12,7%).

Autonomía para hacer gastos cotidianos

El 62,8% de las mujeres “avisan” a su esposo o compañero cuando van a realizar algún gasto cotidiano, el 11,6% “pide permiso”, y el 22,5% “no avisa ni pide permiso”. La proporción más alta de quienes piden permiso se encuentra en los grupos entre los 10 y 19 años: entre el 22,1% y el 28,3%.

Las mayor proporciones de mujeres que piden permiso a sus compañeros para realizar gastos cotidianos, según región y grupo de edad, fueron: en la región Pacífica (el 21,6% de mujeres comprendidas entre los 60 y 64 años); en Bogotá (el 13,2% en el grupo de 15 a 19 años y el 22,1% en el grupo de 20 a 24); y en las regiones de la Orinoquia y la Amazonía (el 21,1% en el grupo de mujeres de 45 a 49 años).

El 24,8% de las mujeres que viven en área rural dispersa “piden permiso” para realizar gastos cotidianos –porcentaje relativamente similar en las diferentes regiones que contaron con la información por área–. Según estrato socioeconómico, los estratos 0 –con el 26,6%– y 1 –con el 17,5%– obtuvieron las proporciones más altas, a excepción de Bogotá, que presentó las proporciones más altas en los estratos 1 (15,4%) y 2 (11,0%).

Según ocupación, las mujeres que se dedican a realizar “oficios de hogar” (13,8%) o que están “incapacitadas permanentemente para trabajar” (10,7%) son aquellas que piden más permiso para realizar gastos cotidianos, con algunas excepciones regionales como en Bogotá, donde quienes piden más permiso son las mujeres dedicadas a ser “rentista o pensionado”, y en las regiones de la Orinoquia y la Amazonía donde piden más permiso las mujeres que están “buscando trabajo”.

Autonomía para visitar amistades

El 62,9% de las mujeres con relación de pareja le “avisan” a su compañero o esposo cuando van a realizar visitas a sus amistades, el 11,4% “pide permiso”, y el 15,5% “ni avisa ni pide permiso”. En

las regiones Atlántica y Central, la proporción más alta de quienes piden permiso se encuentra en el grupo de 10 a 19 años, y desciende a medida que aumenta la edad. En el resto de las regiones las proporciones más altas se presentaron en los grupos de 15 años y de 45 a 49 años. Las regiones de la Orinoquia, Amazonía y Oriental presentaron las proporciones más altas de mujeres que piden permiso para visitar amistades en los grupos de 15 a 19 años y de 65 a 69 años (16,4%).

Un 25,7% de las mujeres con pareja que viven en área rural dispersa piden permiso para visitar a sus amistades. Según estrato socioeconómico, los estratos con mayores proporciones fueron el 0 (28,9%) y el 1 (17,1%). Bogotá presentó las proporciones más altas en los estratos 1 (8,8%) y 2 (8,9%).

Según ocupación, las mujeres que se dedican a realizar “oficios del hogar” (13,7%) o a “estudiar” (13,4%) fueron aquellas con mayores proporciones de pedir permiso para visitar sus amistades; pero en Bogotá y en las regiones de la Orinoquia y Amazonía el mayor porcentaje lo obtuvieron las “rentistas o pensionadas” (7,6%-11,9%)

Autonomía para visitar familiares

El 69% de las mujeres “avisa” a su compañero o esposo para realizar visitas familiares, el 11,4% pide permiso, y solo el 15% “ni avisa ni pide permiso”. La proporción más alta de quienes piden permiso se encuentra en los grupos de mujeres de 10 a 14 años (29,7%) y de 15 a 19 años (21,8%). En las regiones Central y Bogotá las mayores proporciones se encuentran entre las mujeres de 15 a 29 años, mientras que en las regiones de la Orinoquia y Amazonía la mayor proporción está entre 20 y 24 años de edad.

Las mujeres que residen en área rural dispersa presentaron el porcentaje más alto de pedir permiso para visitar familiares (26,9%). Según estrato socioeconómico, los estratos con mayor proporción de mujeres que piden permiso son el 0 (35,1%) y el 1 (17,6%). Bogotá presentó las proporciones más altas en los estratos 1 (8,2%) y 2 (8,6%).

Según ocupación, las mujeres dedicadas a realizar “oficios del hogar” (13,8%) y “buscar trabajo” (7,9%) fueron aquellas que más piden permiso para realizar visitas a sus familias.

Autonomía para participar en actividades comunitarias o sociales

El 57% de las mujeres “avisan” a su esposo o compañero para participar en actividades comunitarias o sociales, el 10% de las mujeres “pide permiso”, y el 11,3% “ni avisa ni pide permiso”. Una mayor proporción de mujeres jóvenes (10-19 años) que de mujeres mayores tienden a pedir permiso; patrón que se cumple en todas las regiones excepto en la Orinoquia y la Amazonía, donde la mayor proporción se obtuvo entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (19,3%).

Según el área de residencia, la mayoría de las mujeres que piden permiso para participar en actividades comunitarias o sociales viven en área rural dispersa, y pertenecen a los estratos socioeconómicos 0 (22,5%) y 1 (16,0%). Según su ocupación, las mujeres que más piden permiso para este fin son aquellas dedicadas a realizar “oficios del hogar” y a “estudiar”, observándose de

igual manera en las regiones Oriental, Central, Pacífica, Orinoquia y Amazonía; en las otras regiones “buscar trabajo” y “trabajar” fueron las actividades con mayores proporciones.

Participación en la toma de decisiones con respecto a la salud de los hijos cuando se enferman

En el 58,6% de los casos, la decisión de llevar a una hija o hijo cuando se enferma a un servicio médico es tomada solo por la madre (la encuestada), con mayor porcentaje en mujeres de 15 años en adelante. Comparten la decisión con otra persona el 36,4%, y de este porcentaje el 57,7% se obtuvo entre las mujeres más jóvenes.

La mayoría de las madres que tomaron solas tal decisión viven en las cabeceras municipales (58,6%), excepto en la región Pacífica en la que se observan mayores proporciones en el centro poblado (60,3%) y en los estratos 4 (64,3%) y 5 (63%). El estrato 2 presentó las mayores proporciones sobre toma de decisión en este aspecto en las regiones Atlántica (62,6%) y Central (56,1%), mientras que en la región Pacífica el estrato 0 fue el predominante (71,5%). Según su ocupación, las mujeres que más piden permiso para llevar a sus hijos al médico cuando se enferman son aquellas dedicadas a “buscar trabajo” (77,7%) o que están “incapacitadas permanentemente para trabajar” (72,6%).

Participación en la toma de decisiones con respecto a la asistencia de los hijos a instituciones (escuela/jardín/hogar comunitario)

Si una hija o hijo no quiere ir a la escuela, jardín u hogar comunitario, en el 54,1% de las familias es “solo la madre quien decide en la mayoría de los casos si tiene o no que asistir”, con mayor porcentaje en madres mayores de 20 años. En los grupos más jóvenes la mayoría “no tiene algún hijo que asista a este tipo de instituciones”.

Según el área de residencia, la mayoría de las madres que toman solas la decisión viven en la cabecera (56,7%) y pertenecen al estrato 4 (57,5%), excepto en las regiones Pacífica en la que el estrato 0 tiene el mayor porcentaje –57,3%–, en la Orinoquia y Amazonía el estrato 1 –60,3%– y en Bogotá el estrato 2 –58,1%–.

Según ocupación, las mujeres que están “buscando trabajo” (71,8%) o que son “rentistas o pensionadas” (57,8%) son aquellas con las proporciones más altas de toma de decisión respecto a la asistencia de sus hijos a instituciones educativas. Según región, en la Atlántica y Central las mayores proporciones se encontraron en aquellas que “están incapacitadas permanentemente para trabajar”, mientras que en las regiones Oriental y Bogotá fue en aquellas que están “trabajando”.

Participación en la toma de decisiones con respecto a realizar gastos de ropa y zapatos para los hijos

Un 45,6% de las mujeres toma sola la decisión de realizar gastos de ropa y zapatos para sus hijos, principalmente las mayores de 15 años. En el grupo más joven, la mayoría de mujeres compartieron la decisión con otra persona (55,8%).

La mayoría de las mujeres que toman solas la decisión de realizar estos gastos viven en las cabeceras municipales (48,2%) y pertenecen a los estratos 3 (47,3%) y 5 (57,9%), excepto en las regiones Oriental, en la que los estratos 1 (52,5%) y 3 (43,0%) obtuvieron las mayores proporciones, en la Central el estrato 4 (55,6%) y en la Pacífica el estrato 0 (59,2%).

Según la ocupación, tuvieron mayor autonomía en los gastos de ropa y zapatos para los hijos las mujeres que están: “buscando trabajo” (71,5%) o que están “incapacitadas permanentemente para trabajar” (59,0%).

Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2005

Relación de pareja

Desde la perspectiva de la mujer, se analizaron varios aspectos de la frecuencia y características de la relación de pareja; aspectos que incluyeron si ha tenido o no alguna relación de pareja a lo largo de su vida (prevalencia lápsica), si tenía en el momento de la encuesta alguna relación de pareja (prevalencia actual), edad de inicio y diferencia de edades con la pareja.

- **Prevalencia lápsica**

De acuerdo con la ENDS 2005, el 63,5% de las mujeres ha tenido alguna vez una relación de pareja. Este porcentaje aumenta con la edad: desde 1,6% en mujeres entre 13 y 14 años, hasta 91,7% en mujeres entre 45 y 49 años. En cuanto a educación, la proporción es alta en mujeres con educación primaria o inferior (>75%), se reduce –entre el 51,9% y el 59,5%– en mujeres con educación secundaria, tecnológica y de universidad, y aumenta a 69,7% en mujeres con posgrado. Este patrón se repite de acuerdo con el estrato, siendo la prevalencia más alta en mujeres de estratos bajos. El 67,7% de mujeres que viven en áreas rurales alguna vez han tenido relación de pareja, comparado con el 62,1% de aquéllas en áreas urbanas.

En cuanto a régimen de afiliación en salud, un mayor porcentaje de mujeres en el régimen vinculado (68,7%) comparado con aquellas en el contributivo (60%) ha tenido relación de pareja.

Los 5 departamentos con mayor prevalencia lápsica de relación de pareja son Guaviare (72,6%), Guainía (70,1%), Caquetá (69,9%), Vichada (69,8%) y Córdoba (68,5%), y los de menor prevalencia son Nariño (54,7%), Boyacá (56,8%), Caldas (60%), Cauca (60,5%) y Chocó (60,8%) (Anexo, Gráfico 1.2).

- **Edad de inicio de las relaciones de pareja**

Se calculó la mediana de la edad de inicio de las relaciones de pareja en Colombia, encontrándose que la edad más frecuente es 19 años (rango: 8-46 años; percentil 25: 16 años; percentil 75: 22 años). Esta edad aumenta de acuerdo con el nivel educativo: de

16 años en mujeres sin ninguna educación a 22 en mujeres con posgrado. Las mujeres con estratos de vivienda más bajos inician más temprano sus relaciones de pareja (18 años) que aquellas de estratos mayores (22 años). Las mujeres que residen en zonas rurales inician las relaciones de pareja un año antes (18) que las que residen en zonas urbanas (19). Por departamentos, las mujeres de Cesar, Córdoba y Caquetá inician a los 17 años, y las de Nariño, Boyacá y San Andrés lo hacen a los 20 y 21 años, respectivamente.

- **Prevalencia actual**

Casi la mitad (48,9%) de las mujeres entre 13 y 49 años encuestadas en sus hogares tiene actualmente una relación de pareja,² y de éstas, la mayoría la tiene bajo la modalidad de unión libre (62,1%). Por edades, se invierte la proporción a partir de los 25 años: la mayoría de mujeres entre 13 y 24 años no tiene aún una relación de pareja, mientras que la mayoría de mujeres entre 25 y 49 años sí la tiene. El mayor porcentaje de mujeres con relación de pareja en un rango de edad determinado (68,1%) está entre los 35 y los 39 años de edad (Anexo, Gráfico 1.3).

Con mayor frecuencia actualmente tienen una relación de pareja las mujeres en los extremos del continuo educativo, es decir aquéllas con educación igual o inferior a primaria o con posgrado, y son menos frecuentes estas relaciones en aquellas con educación secundaria, técnica o universitaria. De acuerdo con el estrato, la proporción de mujeres con pareja disminuye si se compara el estrato 1 (55,8%) con el 5 (35,5%), y muestra un marcado incremento en el estrato 6 (58,5%). En cuanto al área de residencia, es mayor el porcentaje de mujeres que tienen una relación en áreas rurales (57,3%) que en el área urbana (46,3%). De acuerdo con la región, el mayor porcentaje se encuentra en la Oriental (50,8%), y el menor en la Pacífica (46%) (Anexo, Gráfico 1.4).

Un análisis más detallado por departamentos muestra que las mayores proporciones de mujeres con relación actual de pareja se encuentran en Vichada, Guainía, Caquetá y Córdoba, y con menor proporción en Chocó, Antioquia, Guajira, Bolívar, Valle, Nariño, Putumayo, Caldas y Quindío (Anexo, Gráfico 1.5).

- **Diferencia de edad con la pareja**

La ENDS-2005 recogió también información sobre la diferencia de edad entre las mujeres entrevistadas y sus cónyuges, encontrando una diferencia mediana de 4 años. Esto

² Al igual que para la ENS-2007, se tomaron como datos útiles para establecer la condición de tener una relación de pareja a aquellas mujeres que, al preguntar por su estado civil, respondieron afirmativamente que estaban actualmente casadas o en unión libre.

quiere decir que las mujeres colombianas que tienen una relación actual de pareja, con edades comprendidas entre 13 y 49 años, y sin importar el estrato al cual pertenezcan son, usualmente, 4 años menores que su compañero.

La distribución de esta diferencia varía de acuerdo con la edad de la mujer entrevistada, su educación, el área de residencia y la región, encontrándose que los compañeros son mayores cuando las mujeres tienen menor edad, menor educación y viven en áreas rurales, particularmente en las regiones de la Orinoquia y la Amazonía.

- **Estabilidad de la pareja**

Para recoger esta información, se tuvieron en cuenta aspectos tales como: la duración de la relación actual, el nivel de cohabitación actual, el número de parejas a lo largo de la vida y la tasa de separación.

Duración de la relación actual de pareja : Se calculó, en años, la mediana del tiempo de duración de la relación de pareja actual, encontrándose que la mayoría lleva 13 años. En general, la duración disminuye a mayor nivel educativo de la mujer. Por ejemplo, las mujeres con educación preescolar tienen relaciones con una duración mediana de 15 años mientras que aquellas con educación universitaria tienen relaciones de 9 años. Curiosamente la duración aumenta en aquellas con posgrado (15 años). Llevan más años con sus compañeros las mujeres de estratos 4 y 6 (14 años), y menos las de estrato 5 (11 años). Las mujeres que residen en zonas rurales llevan 1 año más con su pareja (13 años) que las que residen en zonas urbanas. Por regiones, las parejas con mayor duración se encuentran en la Central y Oriental (13 años), y las de menor duración en la Orinoquia y Amazonía (11 años).

Nivel de cohabitación: Para el nivel de cohabitación de las parejas se tuvo en cuenta la proporción de mujeres con relación de pareja actual y que vivían con su compañero. El resultado fue que, en Colombia, un 95% de las parejas (19 de cada 20) cohabitan. Esta proporción aumenta progresivamente de acuerdo con la edad: el 90,9% desde los 13-14 años hasta el 96,8% en parejas con edades entre 45-49 años, y disminuye de acuerdo con el estrato del hogar: del 95,2% en el estrato 1, al 88,9% en el estrato 6 en las parejas con residencia urbana y en las regiones de la Orinoquia y la Amazonía. Aunque no hay mucha variación, se encuentra mayor cohabitación en los departamentos centrales como Cundinamarca, Tolima y Boyacá (>96%), y menor en departamentos periféricos ubicados en las regiones del Amazonas, los Llanos Orientales y las costas (<95%) (Anexo, Gráfico 1.6).

Número de parejas en la vida: El 39,0% de las mujeres reporta haber tenido solamente una relación de pareja a lo largo de su vida. Se observa una aparente asociación de la edad de inicio de las relaciones de pareja con su estabilidad: el inicio tardío de la historia de

relación de pareja aumenta la estabilidad (haber tenido una sola pareja); por el contrario, el inicio temprano aumenta la probabilidad de futuras separaciones múltiples (Anexo, Gráfico 1.7).

Tasa de separación: En Colombia, del número total de mujeres que han tenido pareja alguna vez en la vida, el 36,2% (1 de cada 3) se ha separado una o más veces. (Las causas más frecuentes de separación se exponen más adelante).

- **Autonomía y participación en la toma de decisiones en el hogar**

La ENDS-2005 evaluó también la participación de la mujer en la toma de decisiones tanto en relación con el cuidado de su salud, como con la aprobación del uso de métodos de planificación familiar y el nivel de acuerdo respecto al número de hijos. A continuación se presentan los resultados.

Toma de decisiones sobre el cuidado de su salud: En Colombia, el 71,7% de las mujeres toman solas las decisiones necesarias para el cuidado de su salud, en el 16% de los casos la toman “ambos” miembros de la pareja y en el 1,6% “alguien más”. Este patrón de autonomía de la mujer sobre el cuidado de su salud es más frecuente en las mujeres mayores de 20 años (>70%); en aquellas de edades comprendidas entre los 13 y 19 años, el porcentaje oscila entre el 27,3% y el 57,5%. El nivel educativo parece incidir en el grado de autonomía respecto a la toma de decisiones en el cuidado de la salud: a mayor educación aumenta la proporción de mujeres que toman decisiones por sí mismas sobre este aspecto, variando los porcentajes de un 28,6% en mujeres con educación preescolar, a un 80% en aquellas con postgrado.

Las mujeres con ocupaciones de índole profesional, técnica, trabajadora asimilada, directora, funcionaria pública superior o personal administrativo, son quienes más toman las decisiones en cuanto a su salud (>80%). La menor autonomía se encontró en mujeres que se dedican a la agricultura, la pesca o la caza (58,0%). En cuanto al área de residencia, disminuye ligeramente la autonomía respecto a este tipo de decisiones en la medida en que la mujer viva más alejada de la cabecera municipal (del 75,9% en la cabecera, al 60,7% en el área rural).

Al comparar las regiones, se encontró que es en Bogotá donde mayor autonomía tiene la mujer respecto a este tipo de decisiones (81,6%) seguida por la Orinoquia y la Amazonía (73,7%) y la Oriental (73,4%). Los menores niveles de autonomía se encuentran en las regiones Atlántica, Pacífica y Central (71,5%, 68,7%, y 68,9%, respectivamente). La región donde más se toman las decisiones sobre la salud de la mujer entre “ambos” miembros de la pareja es la Pacífica (19,7%), seguida por la Central (19%) y la Orinoquia y Amazonía (18,1%). La región con menor nivel de concertación (decisión tomada solo por el marido) frente este tipo de decisión fue la Atlántica (12,4%) (Anexo, Gráfico 1.8).

Para resumir: se encontró que los mayores niveles de autonomía respecto a la toma de decisiones en el cuidado de su salud se dan en mujeres con mayor educación, dedicadas a labores profesionales o técnicas, y que viven en zonas urbanas, particularmente en Bogotá.

Aprobación del uso de métodos de planificación familiar: Otro indicador indirecto de autonomía con relación a la salud fue la percepción de la mujer respecto a si su compañero aprueba o desaprueba que las parejas utilicen un método anticonceptivo. La ENDS-2005 encontró que el 83,4% de las mujeres con relación de pareja reportan que su compañero es quien aprueba o desaprueba el uso de un método para evitar el embarazo. La distribución porcentual de quienes reportan esto aumenta de acuerdo con la educación, el estrato y el área de residencia urbana. Según región, es en Bogotá donde hay un mayor porcentaje de mujeres que reportan que son sus compañeros (90,6%) quienes aprueban o desaprueban el uso de métodos anticonceptivos en su relación de pareja (Anexo, Gráfico 1.9).

Por el contrario, los menores niveles se encontraron en mujeres entre los 40 y 49 años (11,1%), sin ninguna educación (15%), cuyos hogares no tienen estrato o son “piratas” (16,7%), residentes en el área rural (13,5%) y en la región Atlántica (12,3%).

Ideal del número de hijos: Otra manera de mirar el nivel de acuerdo o desacuerdo en aspectos asociados a la relación de pareja tiene que ver con el ideal respecto al número de hijos. Se observa que desde la perspectiva de las mujeres, la mayoría de ellas y de sus parejas quieren el mismo número de hijos (60,1%) y, en menor proporción, los compañeros quieren tener más hijos (22,2%) o menos hijos (10,5%). Los datos sugieren que hay mayor acuerdo respecto al número de hijos en parejas cuyas mujeres tienen entre 15-19 años (62,2%), educación de posgrado (67,3%), con hogares en estrato 6 (68,6%) y que residen en Bogotá (63,6%). La mayor proporción de los casos en los cuales el compañero quiere más hijos se da en mujeres de 35-39 años (25,3%), con educación preescolar (40%), con hogares en estrato 5 (30,4%) y que residen en la región de la Orinoquia y la Amazonía (25,7%) (Anexo, Gráfico 1.10).

- **Causas de separación**

En Colombia, la proporción de mujeres con actual relación de pareja que se han separado en el pasado es de 20,2%. Es decir: solo 1 de cada 5 mujeres separadas han podido establecer otra relación de pareja. En cuanto a las causas de separación, las dos más frecuentes son la “infidelidad de él” (29,1%) y la “violencia conyugal” (20,6%). Otras causas menos frecuentes incluyen el “incumplimiento de deberes de esposo(a)/padre/madre”, “enviudó” (11,3%) y “mutuo consentimiento” (9,6%).

Los mayor frecuencia de la “infidelidad de él” como causa de separación ocurre en mujeres con educación de posgrado (39,1%), aquéllas sin estrato (36%) y aquéllas que viven en

zona rural (30,5%); y por regiones en la Atlántica (34,1%). La mayor frecuencia de “violencia conyugal” como causa de separación ocurre en mujeres de 15-19 años (30,2%), con educación primaria (23,8%), de estrato 2 (21,9%), residentes en Bogotá (26,2%). (El Cuadro 1.3 del Anexo presenta la distribución porcentual de las causas de separación por regiones, de acuerdo con la ENDS-2005.)

Al realizar un análisis de regresión logística sobre la causa de separación “infidelidad de él” como variable dependiente y tomando las distintas variables sociodemográficas como independientes, puede observarse que la probabilidad de esta razón de separación no varía significativamente de acuerdo con nivel educativo, estrato, área de residencia (rural/urbana) o régimen de afiliación. Sin embargo, esta causa disminuye si se compara el grupo de mujeres cuyas edades van de 13 a 39 años y aquellas de edades comprendidas entre los 40 y 49 años: el porcentaje baja de un 43,3% a un 15%. El análisis muestra, también, que si se compara con la Orinoquia y la Amazonía, el porcentaje aumenta en la región Atlántica en un 22,9%, y disminuye en Bogotá en un 22,3% (Anexo, Cuadro 1.4).

DISCUSIÓN

Según los hallazgos presentados, no hay diferencias notables entre hombres y mujeres en la tendencia de vivir como pareja conyugal lo cual indica la necesidad –como señala Álvarez (2007:7)– de encontrar en esta forma de relación el amor, el erotismo, la responsabilidad, el respeto y la solidaridad, componentes esenciales que sustentan esta forma de convivencia.

En efecto, según la ENS-2007, el 36,4% de la población colombiana mayor de 10 años tiene una relación de pareja; y en todas las regiones los porcentajes de hombres y mujeres que la tienen es muy similar y cercana al 50%. La ENDS-2005 reporta un 63,5% de mujeres que han tenido alguna vez en sus vidas una relación de pareja, con mayor proporción en áreas urbanas y en estratos bajos, y menor en los estratos más altos. El 48,9% de las mujeres encuestadas en sus hogares, entre 13 y 49, años tienen actualmente una relación de pareja. Los resultados de ambos estudios generan un rango en la proporción de la población colombiana con relación de pareja el cual incluye la estimada en el Censo de 2005 (46,1%).

La distribución porcentual de población con una relación de pareja según educación tiene una forma de “U”, ya que según ambas encuestas, es más común en personas con un nivel de educación extremo –educación inferior o básica primaria, o niveles de postgrado–, lo cual puede significar, para las primeras que la meta personal está centrada en la conformación de una familia y, para las segundas, que la culminación de su proceso de formación les permite alcanzar otros objetivos relacionados con la estabilidad emocional y afectiva a través de la conformación de una pareja. En cuanto a quienes tienen niveles educativos de secundaria, técnica o universitaria, niveles en los que la tendencia a conformar pareja es menor, la razón bien puede ser que dan prioridad a la realización académica por sobre la estructuración de una familia.

La mayoría de las parejas entrevistadas se encontraban atravesando una etapa de madurez en su desarrollo como individuos (40 a 44 años los hombres y 35 a 39 años las mujeres). En parejas con hijos, estas edades concuerdan con la etapa de la mitad del ciclo familiar, con una alta probabilidad de hijos en la etapa escolar y adolescente. Esta etapa se extiende desde el ingreso del hijo mayor a la institución educativa –ya sea preescolar, guardería o educación primaria–, comprende el desarrollo de tareas propias de la escolaridad de los hijos y su adolescencia, y termina con la salida del hogar del primer hijo –no necesariamente el mayor– motivada bien sea por el matrimonio, el estudio, el trabajo o el deseo de independencia. Esta etapa se caracteriza por la dependencia psicológica, económica y social de los hijos mientras la pareja alcanza, por lo general, los años medios de sus ciclos de vida.

Con respecto a la edad de los miembros de la pareja conyugal en Colombia, los hombres son mayores que sus mujeres, con una diferencia mediana de cuatro años. Esta diferencia aumenta de manera significativa en las mujeres que tienen menor edad, menor educación y que viven en áreas

rurales. La mayor edad del hombre en la relación de pareja es común en la mayoría de contextos culturales en el mundo y se atribuye en estudios transculturales clásicos, como el de Buss (1989), a razones evolutivas tales como al hecho de que las mujeres valoran el potencial del hombre mayor en cuanto a adquisición de recursos, mientras que los hombres valoran la capacidad reproductiva de la mujer menor.

Según Zamudio y Rubiano (1991:23) esta diferencia es deseable en el sentido que conlleva una menor probabilidad de separación.

De acuerdo con el lugar de residencia, no se dan diferencias significativas en la tendencia a conformar pareja ya sea que vivan en el área rural o en el centro poblado. Esta tendencia, sin embargo, presenta una mayor frecuencia en estratos bajos, especialmente en las regiones de la Amazonía, Atlántica, Orinoquia y Central, lo cual puede deberse a la necesidad de alcanzar autonomía frente a la familia de origen y a la no aspiración de muchas pertenencias materiales para cohabitar en pareja. En las regiones Pacífica, Oriental y Bogotá esta mayor frecuencia se observa, por el contrario, en los estratos altos, posiblemente debido a que ya han culminado su formación profesional y cuentan con el respaldo económico de sus familias de origen.

En forma similar, la mayor proporción de mujeres con relación de pareja actual se encuentran en los departamentos de Vichada, Guainía, Caquetá y Córdoba, y la menor en Chocó, Antioquia, Guajira, Bolívar, Valle, Nariño, Putumayo, Caldas y Quindío. Estos departamentos pertenecen a lo que la antropóloga Virginia Gutiérrez (1996:180), a partir de un estudio realizado en los años sesenta del siglo XIX, llama “Complejos Culturales”³ descritos como el Antioqueño o de la Montaña, el Negroide o Cultural Fluvio Minero, y algunos, como Nariño, Andino o Americano. Dicho estudio concluye que si bien la relación de pareja tiene variaciones en cada complejo cultural –en cuanto a su estructuración legal a través del rito religioso o civil y las uniones de facto–, la conformación de la familia es el punto de arranque decisivo en el proceso de socialización de las nuevas generaciones renovadoras de la colectividad.

Con respecto a la comunicación con la pareja en temas como el de avisarle que va a salir sola o con los hijos, va a hacer gastos cotidianos, va a visitar amistades o familiares y va a participar en actividades comunitarias y sociales, los resultados no muestran diferencias significativas entre las regiones, observándose que es mayor la tendencia de las mujeres que comparten y participan de estas actividades a sus compañeros. Esto puede corresponder a la expectativa del hombre y, en general, de la vida de pareja, que requiere que la mujer esté más comprometida con lo económico, que sea más productiva, que pueda proponer otros planes como parte de su capacidad de comunicarse asertivamente con su pareja.

³ Estos departamentos no aparecen en el estudio de los Complejos Culturales al igual que Tolima, Meta y parte del Huila por condiciones de inseguridad civil

Las mujeres que avisan a sus parejas sobre estos asuntos son las de mayor edad; esto puede entenderse como un coparticipar a su compañero de sus actividades, con el fin de tener una comunicación abierta y directa y no generar malos entendidos ni imaginarios que no contribuyen a la estabilidad de la pareja. Las más jóvenes, aunque en menor porcentaje, le piden permiso a sus compañeros. Se podría decir que las mujeres que “avisan” a sus compañeros, y que corresponden al mayor grupo, se encuentran en el punto medio de la balanza: aquel que procura el equilibrio y la armonía familiar al compartir con la pareja los asuntos de la vida cotidiana. Como afirma Roche (2006:65ss), la comunicación y la toma de decisiones en la vida de una pareja son procesos dinámicos que están en constante aprendizaje y renovación para una gran satisfacción emocional individual y mutua. La comunicación es constructora de autoestima y está en permanente interrelación con ésta, bien sea que se de de manera verbal o no verbal.

Si “pedir permiso” se analiza como un patrón de relación opuesto a “avisar” y, por lo tanto, como un acto de sumisión al ejercicio del poder por parte del hombre contrario a la autonomía femenina, es necesario concluir que este patrón de dependencia se encuentra con mayor frecuencia en las parejas de formación reciente, y más en el área rural que en la urbana, más en los estratos bajos –0, 1 y 2– que en los altos, y más en las mujeres incapacitadas permanentemente para trabajar o que solo realizan los oficios del hogar que en aquéllas que estudian o trabajan.

La diferencia encontrada en relación con la toma de decisiones sobre asuntos relacionados con la asistencia de un hijo al médico, a la escuela o a un hogar comunitario y la compra de ropa o zapatos, que dio como resultado que en la mayoría de los casos la mujer toma ella sola la decisión, puede entenderse como una diferenciación rígida en las funciones acorde con un patrón de relación tradicional: el cuidado de los hijos es asunto exclusivamente de la mujer.

Por otra parte, según los resultados del ENS-2007, en ocasiones las mujeres comparten algunas de las decisiones anotadas con una tercera persona (diferente al compañero), lo cual puede interpretarse como la necesidad de apoyo y acompañamiento en actividades que asumen como exclusivamente suyas. Este resultado, sin embargo, difiere del de la ENDS-2005, según la cual en el momento de pedir apoyo la mujer tiene como primera opción a su compañero, y como segunda opción otra persona.

Con respecto a la planificación familiar y según lo reportado por la ENDS-2005, en la mayoría de los casos la decisión de utilizar algún método para evitar el embarazo es un asunto de la pareja, decisión que aumenta según el mayor nivel educativo, el estrato y la residencia. La misma encuesta muestra que existe menor aprobación de los compañeros en el grupo de mujeres de 40 a 49 años sin ninguna educación, sin estrato o cuando éste es “pirata”, en residencia rural y, de manera sobresaliente, en la región Atlántica. Comportamiento que puede analizarse como remanente de la familia tradicional patriarcal.

El resultado sobre la estabilidad de la pareja, medida por la proporción de aquellas mujeres que no se han separado (39%), muestra una relación directa con el inicio tardío de la relación –el

inicio temprano aumenta la probabilidad de futuras separaciones—. Esto fue también reportado por Zamudio y Rubiano (1991:193) en su estudio sobre separaciones conyugales en Colombia, en el cual hallaron que las separaciones provienen mayoritariamente de uniones que se realizan a edades más tempranas y que han tenido lugar, en el caso de las mujeres, antes de los 20 años, y en el caso de los hombres, antes de los 25 años. Además, según estas autoras, el 75% de los hombres que se unen antes de los 25 años, se separan antes de los 10 años de unión.

Como ya se ha visto, las mujeres que han tenido pareja alguna vez en la vida y se han separado constituyen el 36,2%, y las que actualmente viven en pareja y se han separado en el pasado integran el 20,2%. Esto representa un aumento en la tasa de separación en las últimas dos décadas tomando como referencia el mismo estudio de Zamudio y Rubiano (1991:50) en el cual se reporta un 27,8% de separaciones conyugales del total de la población colombiana que alguna vez se ha unido. En Colombia, según el censo del 2005, el 5,2 % de las personas son divorciadas. La mayor probabilidad de separación entre las mujeres que han tenido pareja alguna vez en la vida se presenta en aquellas que no tienen educación (52,7%) o solo tienen educación primaria (39,4%), y en aquellas que viven en el área urbana (37,9%) y rural (31,2%).

Según la ENDS-2005, las causas de separación son, en primer lugar, la infidelidad del hombre cuyas mujeres tienen nivel educativo de postgrado y proceden de la región Atlántica; en segundo lugar, la violencia conyugal en parejas en las que la mujer tiene nivel educativo de primaria, con mayor proporción en Bogotá; en tercer lugar se encuentra el incumplimiento de los deberes, con mayor proporción en la región Oriental; y en cuarto lugar el mutuo consentimiento, con mayor proporción en la región Pacífica. Estos datos presentan similitudes y también diferencias significativas con lo reportado hace 18 años por Zamudio y Rubiano (1991:126), quienes también encontraron como primera causa de separación la infidelidad, pero dan a la violencia conyugal el cuarto lugar y a la irresponsabilidad el quinto. Esto puede explicarse porque hoy la mujer hace público el maltrato, a diferencia de lo que ocurría en el pasado.

Otro elemento importante a tener en cuenta es el nivel de pobreza de la población colombiana, el cual conlleva un mayor incumplimiento de las responsabilidades, lo que incrementa la inestabilidad del grupo familiar.

CONCLUSIONES

En Colombia, la decisión de vivir en pareja como una manera de compartir la vida y encontrar apoyo y afecto, el desarrollo de una sexualidad sana y la solidaridad, entre otros fines, no reviste diferencias significativas para hombres y mujeres (en ambos casos alcanza el 50%).

Según la ENS-2007, el 36,4% de la población colombiana mayor de diez años tiene una relación de pareja. Por su parte, la ENDS-2005 reporta un 48,9% de mujeres, entre 13 y 49 años, que tienen una relación de pareja, y un 63,5% de mujeres ha tenido alguna vez en sus vidas una relación de pareja. Este hallazgo se relaciona con lo reportado por el censo de 2005 en el que el 46,1% tiene una relación de pareja, y de este porcentaje el 23,8% de personas mayores de 10 años son casadas y el 22,3% viven en unión libre.

La mayor tendencia para optar por la vida en pareja en las mujeres se da en aquellas que tienen una educación inferior o básica primaria y nivel de postgrado; mientras que las que están realizando la educación secundaria, técnica y universitaria es menor la tendencia a conformar pareja. Esto puede sugerir que los objetivos personales –lograr una capacitación o formación profesional– están por encima de la conformación de una familia, lo cual concuerda con lo reportado por estudios demográficos realizados en varios países de la América Latina, y los cuales tienen la escolaridad cada vez más prolongada de los jóvenes como una de las razones que retarda la decisión para optar por la conformación de una relación de pareja.

En Colombia, la mayoría de las parejas –tanto hombres como mujeres– se encuentran atravesando la etapa de madurez adulta (>35 años), que a nivel familiar se corresponde con la etapa intermedia de la familia, es decir con la crianza de los hijos en edad escolar o adolescente.

No existen diferencias significativas en cuanto a conformar pareja según residencia en el área rural o urbana, pero sí por estrato y región: con mayor tendencia en estratos bajos para las regiones Atlántica, Amazonía, Orinoquía y Central, y en estratos altos en las regiones Oriental, Pacífica y Bogotá.

En Colombia es mayor el porcentaje de mujeres que se comunican directa y abiertamente con sus compañeros sobre asuntos de la vida cotidiana, tales como gastos, salidas del hogar y participación en actividades comunitarias, lo cual refleja una coparticipación de la pareja para orientar la vida familiar. En el grupo de las mujeres más adultas se encuentran las que no comunican nada a sus parejas, y en el de las más jóvenes las que piden permiso. Estos dos grupos suscitan la reflexión de los profesionales sobre la importancia de trabajar en la educación familiar para fomentar una comunicación directa, clara, de forma horizontal en la pareja, en beneficio de la estabilidad familiar. Estudios futuros se podrían beneficiar de la inclusión de mediciones de comunicación en la relación de pareja tales como la desarrollada por Sánchez y Díaz (2003:264).

Con base en la información disponible, las decisiones relacionadas con asuntos de los hijos en las áreas de la salud, el estudio o el vestido son asumidas por las mujeres sin comunicarlo a sus compañeros, lo cual puede mostrar una diferenciación en las funciones del hogar propio del

patrón tradicional del funcionamiento familiar y según el cual el cuidado y orientación de los hijos es tarea específica de las mujeres.

En un mayor porcentaje, las decisiones sobre el cuidado de la salud de la mujer son tomadas por ellas mismas y sin contar con su compañero. Las diferencias encontradas corresponden a: nivel ocupacional (mayor en nivel profesional, técnico, administrativo y menor en trabajo agrícola, pesca o caza), mayores de 20 años y residentes en la cabecera municipal.

La mayoría de las veces, la planificación familiar es decisión de la pareja, lo cual refleja que la función procreativa ha cedido el paso a la satisfacción sexual, al no estar la pareja conyugal preocupada por un posible embarazo.

La estabilidad de la pareja se encuentra asociada al inicio tardío de la relación y a una diferencia de edad en la cual el hombre sea mayor que la mujer.

Entre los años de 1991 y 2005 han aumentado las separaciones conyugales en Colombia. En efecto: según los resultados del estudio de Zamudio y Rubiano (1991) sobre este tema, del total de la población colombiana que alguna vez se ha unido, un 27,8% ha sufrido separaciones conyugales, mientras que la ENDS-2005 reporta un 36,2% de mujeres que han tenido pareja alguna vez en la vida y se han separado lo cual representa un aumento del 8,4%.

Si con respecto a las causas de separación se continúa la comparación entre el estudio de Zamudio y Rubiano y la ENDS-2005 resultan significativas las diferencias: si bien ambos concuerdan en la infidelidad como primera causa de separación, difieren en el lugar que ocupan la violencia conyugal –que pasa del 4º al 2º lugar– y el incumplimiento de los deberes –que pasa del 5º al 3º lugar–. Por otra parte, la ENDS-2005 reportó en el cuarto lugar el mutuo consentimiento, lo cual constituye un hallazgo importante en relación con la salud mental de la familia, dado que un evento traumático como éste debe realizarse con la menor presencia de intermediarios y ser la pareja quien logre directamente resolver su situación. Como dice Saúl Fuks (2007:15), “Cada día la pareja necesita reinventar la relación; ya que a medida que la realidad se vuelve más impredecible, se requiere revisar las formas de conversar/ explorar las posibles alternativas y la relación existente, y de reformular el *sentido de estar juntos*; tareas estas que exigen modos de cooperación singulares que algunas parejas logran desenvolver por sí mismas y otras no”.

Los hallazgos encontrados en estas dos fuentes de información constituyen un avance significativo para el conocimiento de algunos aspectos básicos relacionados con la conformación y la dinámica de las relaciones de pareja en Colombia, poco estudiadas en las investigaciones anteriores, que se ocupaban solo del grupo familiar como un todo.

Mayores niveles de análisis sobre estas fuentes, así como la realización de estudios longitudinales sobre los aspectos más relevantes enunciados en este primer nivel de análisis son necesarios para obtener una mayor comprensión de los aspectos estructurales y funcionales básicos de las relaciones de pareja en el país. Mientras tanto, la información proporcionada por este estudio pretende favorecer el desarrollo de estrategias, programas y políticas encaminadas a la promoción del bienestar físico y psicológico relacionado con la vida de pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, MV y Serna, AM (2007). *Crisis y conflictos de pareja*. Ed. Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín.
- Arzuaga, MA, Palacio, ML, Jaramillo, DE y Uribe, TM (2006). "El control de la reproducción como resultado de decisiones seguras o riesgosas". En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 24(2). Universidad de Antioquia, Medellín. [Artículo de Internet] disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/html/modules.php/index.php/iee/article/view/48/83>. Consultado: 16/06/2009.
- Batliwala, S (1997). "El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción". En: León, M. *Poder y empoderamiento de las mujeres*. TM Editores, Colombia. pp.187-211.
- Buss, DM (1989). "Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures". En: *Behavioral and brain sciences*, No.12, Cambridge University Press. pp.1-49.
- Casique, I (2003). "Uso de anticonceptivos en México, ¿qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina?". En: *Revista Papeles de población*, Enero Marzo, No. 35, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca. pp.209-233.
- Echeverry, L (1994). "Tendencias o Rupturas de la Familia Colombiana". En: *Memorias Congreso Latinoamericano de Familia Siglo XXI*, Medellín.
- Escobar, G (2000). *Hacerse pareja*. Ed. Trillas, México.
- Estrada, F, Hernández-Girón, MD, Walker, D, Campero, L, Hernández-Prado, B, Maternowska, C. (2008). "Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja". En: *Revista Salud Pública*, 50(6). Cuernavaca, México. [Artículo de internet] disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002228>, Consultado: 9/05/2009
- Estrada, P, CM Castaño, AM Isaza, MM Meneses, LM Vélez, N Vélez (2002). "Dinámica interna de las familias nucleares de las comunas 1, 2, 3, 8 y 9 del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto prevención temprana de la violencia, pautas de educación y crianza en el ámbito familiar". Trabajo de pregrado, Facultad de Trabajo Social, UPB, Medellín.
- _____, Y Torres, FA Posada, ME Agudelo, LP Montoya y MV Álvarez (2008). *Salud mental de niños y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
- Fuks, S (2007). "La relación de pareja como organización social: desafíos y oportunidades". En: *Revista Sistemas Familiares*, 23(1), Buenos Aires. pp.5-25.
- Gómez, A (1988). *Éxitos o fracasos de las relaciones de pareja*. Editorial Norma, Medellín.
- Gutiérrez, V (1996). *Familia y cultura en Colombia*. Editorial Universidad de Antioquia, Medellín.
- Martínez, Y (1999). "Manejo de la Comunicación en la Terapia Cognitiva con las Parejas". En: *Revista Psicogente*, No.3, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla.
- Meler, I (1998). "La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras". En: Burin M e I. Meler. *Género y familia. Poder amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós, Buenos Aires. pp.31-70.

Montenegro, H (2007). *Problemas de Familia*. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile.

ONU: Organización de Naciones Unidas (2005). *Objetivos de desarrollo del milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe*. Ediciones Naciones Unidas, Santiago de Chile. [Artículo de internet] disponible en: http://www.undp.org/mdg/undps_role_regional_lac.shtml. Consultado: 09/05/2009.

_____ (2008). "Autonomía de las mujeres e igualdad de género".

República de Colombia. *Constitución Política de Colombia*. 1991.

OMS: Organización Mundial de la Salud (2008). Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Roche, R (2006). *Psicología de la pareja y de la familia. Análisis y optimización*. Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Básica, Barcelona, segunda edición.

Sánchez, R y R Díaz (2003). "Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un Inventario". En: *Revista Anales de Psicología*, 19(2). pp.261-275. Citado por N Estrella. "Medición de los patrones/de comunicación". (2)263-264.

Zamudio, L y N Rubiano (1991). *Las separaciones conyugales en Colombia*. Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

CAPÍTULO 2:

VIOLENCIA EN LA PAREJA

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años las familias colombianas han sufrido grandes transformaciones en su organización y movilidad. Fenómenos tales como el incremento del nivel educativo de las mujeres, su mayor participación en el desarrollo económico, social y político del país, el desempleo de mujeres y hombres, el aumento de hogares con jefatura femenina, la viudez, la orfandad, el desplazamiento forzado, el aumento de homicidios en mujeres y la violencia sexual, entre otros, han incidido en los cambios profundos que ha sufrido la dinámica de la organización familiar.

Organismos internacionales como la OPS (2004) y la ONU (2005) afirman que la violencia conyugal es la forma más frecuente de violencia intrafamiliar, y que constituye tanto una expresión deteriorada del modo como se afrontan los conflictos en la pareja, como una manifestación de la estructura patriarcal tradicional en la familia; estructura que ha facilitado la existencia de comportamientos agresivos por parte del hombre y de sumisión de la mujer, que da lugar para que éstas sean las víctimas principales.

En el mismo sentido, el Informe de Naciones Unidas sobre el logro de los objetivos del Milenio plantea: “Si bien las manifestaciones de la violencia contra las mujeres son múltiples, se ha constatado internacionalmente que la violencia intrafamiliar y sexual, en particular la ejercida por la pareja es una de las más frecuentes, deja secuelas más graves y enfrenta a las mujeres a una situación de mayor indefensión. En este sentido, la violencia contra la mujer ejercida por la pareja es una de las manifestaciones más extremas de la desigualdad de género y una de las principales barreras para el empoderamiento de la mujer” (ONU, 2005:136).

Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009:128-129), en Colombia, la violencia en las relaciones de pareja es la principal forma de violencia intrafamiliar, pasando de 43.796 casos en el 2005 a 57.495 en el 2007, lo que representa un incremento de 13.699 casos en 3 años; el rango de edad que registra el mayor número de casos es el comprendido entre los 25 a 29 años.

A partir de la información recogida por la Encuesta Nacional de Salud (ENS-2007), este capítulo analiza la violencia en las relaciones de pareja bajo los siguientes aspectos: violencia física, creencias relacionadas con la agresión hacia la mujer por parte de su pareja, antecedentes familiares, solicitud de ayuda y atención en salud, denuncia y atención judicial.

MARCO DE REFERENCIA

Se considera violencia en la relación de pareja cualquier comportamiento al interior de una pareja conyugal que causa daño físico, psíquico o sexual a sus integrantes. Varias son las clasificaciones establecidas de la violencia en la relación de pareja, pero este estudio tomará la tipología establecida por la OPS (2004:18-19):

- a) **Violencia física:** “ocurre cuando una persona le inflige daño no accidental a otra, usando la fuerza física o algún tipo de arma que puede provocar o no lesiones, ya sean éstas internas, externas o ambas”.
- b) **Violencia psicológica:** “toda conducta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer u otro integrante de la familia, como por ejemplo, conductas ejercidas en deshonra, descrédito o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, constantes insultos, el chantaje, degradación, ridiculizar, manipular, explotar, amenazar el alejamiento de los(as) hijos(as) o privarla de los medios económicos indispensables, entre otras”.
- c) **Violencia sexual:** “todo acto sexual o tentativa de consumar un acto sexual, relaciones sexuales no deseadas, insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coerción, independientemente de la relación de ésta con la víctima”.
- d) **Violencia patrimonial o económica:** “incluye aquellas medidas tomadas por el agresor u omisiones que afectan la supervivencia de los miembros de la familia. Esto implica la pérdida de la casa y el no cubrir las cuotas alimenticias [...] manejo y control del salario, exclusión en las cuentas bancarias y exclusión en sociedades en las que se incluya el patrimonio o capital familiar, entre otras”.

La violencia en la relación de pareja presenta dos modalidades: la primera, frecuente y recurrente, se expresa en comportamientos de amedrentamiento, amenazas, humillaciones, aisla-

miento y trato degradante por parte del agresor; la segunda modalidad, más grave, se expresa en la agresión física, especialmente bajo estados de ira, de frustración o de consumo de licor u otras sustancias psicoactivas; agresión que puede ocasionar lesiones personales, homicidios o llevar al suicidio (OPS, 2003:102-103).

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la violencia intrafamiliar es la segunda causa de lesiones no fatales en Colombia, después de la violencia interpersonal. En el 2009 se registraron 93.862 casos (4.059 más que en el 2008), de los cuales 61.139 corresponden a violencia en la relación de pareja; violencia que en el 88,6% de los casos tuvo como principal víctima a las mujeres y, en particular, al grupo comprendido entre los 20 y 29 años de edad (Forensis, 2009:115). Estos datos, sin embargo, muestran únicamente los casos que llegan a conocimiento de las instituciones judiciales y de salud, dejando por fuera una gran mayoría que no son denunciados por miedo a un daño mayor, por amenazas, por no perder el apoyo económico o por temor a perder el compañero.

Según la ONU (que retoma los informes de la OPS), “una de cada tres mujeres es víctima de la violencia en la relación de pareja, el 33% informa haber sufrido abuso sexual y el 45% ha recibido amenazas por parte de sus parejas” (ONU, 2005:136). Esta violencia tiene un gran peso en las condiciones emocionales, en la productividad laboral y en las relaciones sociales, afecta la capacidad de la mujer para el ejercicio de su autonomía, e incide en la calidad de vida de todo el grupo familiar.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por PROFAMILIA en el 2005, muestra cómo de 25.279 mujeres encuestadas, el 39% habían sido víctimas de violencia física por parte de su esposo o compañero; las formas más frecuentes son: empujones o zarandeado (33,4%), golpes con la mano (29%), patadas o arrastrado (12,6%), violaciones (11,5%), golpeada con objeto duro (9,3%), amenazas con armas (8%), e intento de homicidio (9%). El 66% experimentaron violencia psicológica por parte del compañero, principalmente amenazas y humillaciones. Las amenazas más frecuente se presentan entre las mujeres mayores de 30 años; las formas más frecuentes de amenazas son: abandono, quitarle los hijos y retirarle el apoyo económico. Otra forma de agresión psicológica son: la vigilancia constante, el aislamiento, impedirle la comunicación con amigos o amigas y acusarla de infidelidad (PROFAMILIA 2005:322-323).

La violencia en la relación de pareja puede tener consecuencias fatales como: homicidios, suicidios y mortalidad neonatal en casos de agresiones durante el embarazo; también puede ocasionar trastornos físicos –como lesiones y amenazas de aborto– y emocionales –estrés post-traumático, depresión, estados de pánico, trastornos de la alimentación, baja autoestima, abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Factores asociados a la violencia en la pareja

Según la OPS (2000), la violencia en la relación de pareja afecta a todos los grupos sociales y se manifiesta en todos los niveles educativos. Entre los factores asociados a ella se encuentran: los antecedentes de violencia en la familia de origen de los cónyuges, las actitudes de infidelidad, celos y desconfianza en la pareja, el consumo de bebidas alcohólicas y las creencias culturales relacionadas con el dominio del hombre sobre la mujer y, por lo tanto, el derecho del hombre a castigar a su pareja. En estudios realizados en 13 países de todos los continentes, se encontró que las tasas de violencia conyugal eran mayores entre las mujeres cuyo esposo había sido golpeado de niño o había presenciado las agresiones a su madre; por su parte, Velzeboer-Salcedo y Novick (2000:5) señalan como factores de riesgo el abuso sexual en la niñez, presenciar el maltrato hacia la madre o sufrir el desinterés por parte del padre.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2008) encontró como principales factores asociados con la violencia en la relación de pareja: la intolerancia (23,7%), los celos (16,9%) y el alcoholismo (11,2%). Algunos estudios realizados en Norte América han encontrado que el maltrato es mayor en mujeres consumidoras de alcohol y drogas (Stuart *et al*, 2002:3).

Con relación a las creencias culturales, un estudio de la OPS (2006:6) señala que la violencia conyugal está asociada con las relaciones de poder existentes en la pareja, y es ejercida por quienes se sienten con más derecho a intimidar y controlar. Este estudio, realizado en 10 países de América, muestra un aumento en la frecuencia, la intensidad y el daño en los episodios de violencia en la relación de pareja y el aumento de la violencia en estados de embarazo, asociados con la falta de conciencia de las mujeres sobre sus derechos, la tolerancia de la violencia por parte de la mujer por miedo, presión social o falta de recursos económicos y los resultados negativos en los intentos personales de tomar medidas para resolver la situación. En algunos países, las mujeres están de acuerdo con la idea de que los hombres tienen el derecho de disciplinar a sus esposas y de obligarlas a tener relaciones sexuales, y se consideran merecedoras de los malos tratos.

Normatividad en la prevención, atención, protección, vigilancia y control de la violencia de pareja

El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer*. Firmada en Copenhague el 17 de julio de 1980, entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 ratificado por 20 países, entre ellos Colombia mediante la Ley 51 de 1981 (UNIFEM, 2002:21). En los años siguientes a dicha Convención, se promulgan otros documentos internacionales: en 1993, la Declaración de la “Conferencia Internacional de Derechos Humanos” celebrada en Viena considera la violencia

contra la mujer como una violación a los derechos humanos; en diciembre de este mismo año la Declaración de las Naciones Unidas sobre la “Eliminación de la violencia contra la mujer” señala que ésta no es solamente una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, sino que además “constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, [...] y es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto al hombre” (Córdoba, 1995:10-11); el 9 de junio de 1994, en Belem Do Para (Brasil) y en el marco de la “Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer”, los Estados pertenecientes a la OEA se comprometen a hacer frente a esta problemática. En este mismo sentido, en 1995 la Organización de las Naciones Unidas realiza en Beijing la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”, que definió el compromiso de la comunidad internacional y de todos los gobiernos con los objetivos de la igualdad entre los géneros y el desarrollo y la paz para todas las mujeres.

En Colombia, la violencia en la relación de pareja era considerada como un problema de la vida privada, por lo que el Estado tenía poca injerencia en ella. Esta omisión facilitaba que al interior de la familia se cometieran actos de homicidios, lesiones personales, agresiones físicas, emocionales y sexuales que permanecían ocultas por amenazas, por miedo, por necesidad de conservar la imagen social, o porque la mujer se sentía merecedora de estos maltratos.

Desde 1996 Colombia posee una legislación en el campo de la violencia intrafamiliar, violencia contra las mujeres y violencia sexual. En efecto, diferentes leyes establecen medidas de prevención, atención, protección y sanción, entre las que cabe mencionarse:

- Ley 248 de 1995 que ratifica la Convención Internacional sobre prevención y sanción a la violencia intrafamiliar.
- Ley 294 de 1996 sobre prevención y sanción a la violencia intrafamiliar,
- Ley 360 de 1997 sobre delitos contra la libertad sexual.
- Ley 640 de 2005 que modifica en algunos artículos de la Ley 294 de 1996 y define las competencias de las Comisarías de Familia.
- Ley 985 de 2005 sobre la explotación sexual infantil, la pornografía infantil, el turismo sexual y la trata de personas,
- Ley 1142 de 2007 sobre el delito de violencia intrafamiliar.
- Ley 1257 de 2008 sobre prevención y sanción a la violencia contra las mujeres.

Esta legislación ha permitido avanzar en la organización de servicios de salud y judiciales para la protección, atención, investigación, denuncia y judicialización de la violencia intrafamiliar, la violencia contra las mujeres y la violencia sexual, así como en la organización de rutas de atención y en la coordinación interinstitucional. Sin embargo, aún subsisten grandes dificultades debidas, principalmente, a algunos vacíos para la aplicación de las normas, a la falta de conciencia de los funcionarios y funcionarias frente al problema y a las limitaciones de recurso humano capacitado para su atención.

Atención a la violencia conyugal en las instituciones de salud

Las instituciones de salud son las entidades que tienen mayor relación con la comunidad, especialmente con mujeres de diferentes edades y condiciones sociales, lo cual las convierte en el principal punto de contacto para detectar e iniciar el proceso de atención a las víctimas de la violencia conyugal. En Colombia, no obstante, el personal de salud afirma no estar capacitado para reconocer el riesgo de violencia en la relación de pareja ni en la atención que debe brindar a esta problemática, y esto a pesar de que algunos trastornos como comportamientos de ansiedad, hipertensión, alergias, gastritis, colitis y jaquecas permiten sospechar la existencia de violencia en la relación de pareja.

Según la OPS, en el desarrollo de los servicios de salud para la atención de la violencia conyugal se han tenido logros y dificultades; entre los logros se cuentan: el reconocimiento de la violencia como problema de salud, mayor credibilidad y respeto a las víctimas de la violencia conyugal, cambios de actitud en el personal de salud, disponibilidad de servicios integrados e interinstitucionales. Las barreras más frecuentes son: la poca difusión de normas y de protocolos, la elevada tasa de rotación del personal de salud, la sobrecarga de trabajo, la ausencia de información, orientación y educación a las mujeres sobre el autocuidado y la búsqueda de ayuda, la falta de sistemas de registro y de vigilancia epidemiológica, la carencia de espacios adecuados para garantizar la privacidad, la falta de seguimiento de los casos, la falta de multiplicación de conocimientos entre los funcionarios de salud y la falta de personal capacitado en salud mental.

En el abordaje integral a la violencia intrafamiliar, la OPS (2004:26) ha señalado la importancia de implementar acciones como: colocar el énfasis en la detección precoz de la violencia; brindar información oportuna y completa sobre el problema en los servicios de urgencias; fortalecer los equipos interdisciplinarios a fin de ofrecer una atención integral de manera inmediata; y contar con una red de atención interinstitucional que garantice la atención judicial y policiva de manera oportuna, humanizada y con calidad.

Denuncia

Una de las características de la violencia en la relación de pareja es la no denuncia ante las instituciones judiciales. Varios son los factores que influyen en las mujeres para ocultar la violencia: el desconocimiento de los derechos por parte de las mujeres, el miedo a ser objeto de otras agresiones más severas contra ellas o contra los hijos, la desconfianza en las instituciones debido a la falta de apoyo y de respuesta oportuna, la re-victimización de las mujeres, el bajo procesamiento judicial de los casos y su amplio subregistro en las instituciones. Según la OPS (2000:12), en América Latina solo son denunciados entre el 15 y el 20% de los casos de violencia contra mujeres adultas.

RESULTADOS

Violencia física en las relaciones de pareja

Según la Encuesta Nacional de Salud 2007, las agresiones por parte del esposo o compañero ocupan el tercer lugar (18,1%) dentro de la totalidad de agresiones en Colombia, después de las agresiones ocasionadas por personas desconocidas (25,0%) y por personas conocidas (20,2%) (Anexo, Cuadro 2.1).

Respecto a la violencia en la relación de pareja, el 65,1% de los casos fueron ocasionados por el esposo o compañero, y el 23,6% por el excompañero o exnovio. El 89,1% de las víctimas fueron mujeres y el 10,9% hombres (Anexo, Cuadro 2.2).

Las mujeres jóvenes son las más afectadas por la violencia ocasionada por los esposos: 30,7% en el grupo poblacional entre 20 y 29 años; y las mujeres entre los 30 y 34 años son las más agredidas por el exesposado(a) o excompañero(a) (Anexo, Cuadro 2.3). El 41% de los agresores se encontraba bajo el efecto del alcohol en el momento de la agresión (Anexo, Cuadro 2.4), y el 9,8% de las personas agredidas habían consumido alcohol (Anexo, Cuadro 2.5).

Creencias de las familias colombianas relacionadas con la agresión hacia la mujer por parte de su pareja

El 23,9% de la población está de acuerdo con la expresión “cuando un hombre golpea a una mujer es porque ella le dio motivos”; esta creencia es mayor entre los hombres (29,9%,) que entre las mujeres (18,7%). En la población más joven se encuentran los mayores porcentajes de personas que están de acuerdo con esta expresión: entre los 15 y los 19 años el 28,3%, y entre los 20 y los 24 años el 26,3%; y es mayor el desacuerdo en las personas entre 40 y 44 años: 68,0% (Anexo, Cuadro 2.6).

Así mismo, el 13,9% de la población está de acuerdo con la expresión “hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera”. Esta opinión es mayor entre los hombres (16,1%) que entre las mujeres (12,0%). Los mayores porcentajes de quienes están de acuerdo se encuentran en la población más joven: de 15 a 19 años el 17,9%, y de 20 a 24 años el 16,2%; y hay mayor desacuerdo en los grupos de 40-44 años –82,9%– y 60-64 años –82,3%– (Anexo, Cuadro 2.7).

Antecedentes de violencia conyugal en las familias de origen del hombre y la mujer en las relaciones de pareja

La ENS-2007 encontró que el 23,7% de la población presenta antecedentes de agresión física entre sus padres, con mayor frecuencia en los grupos poblacionales de 35-39 años (25,3%) y 40-44 años (25,4%), y menor frecuencia entre las personas con edades entre 65 y 69 años (18,9%). El 34,3% de las personas que presentan antecedentes de agresión física entre los padres, están de acuerdo con la expresión *“hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera”*, y el 24,1% se muestran dudosos (Anexo, Cuadro 2.8).

Solicitud de ayuda y atención en salud

El 36,4% de las personas agredidas en la relación de pareja no buscaron tratamiento médico. Entre quienes sí lo buscaron (10,7%) los mayores porcentajes se encontraron en las personas con edades entre 20 y 34 años: 47,1% (Anexo, Cuadro 2.9).

Denuncia y atención judicial

El 71,8 % de las personas agredidas en la relación de pareja no denunciaron a la persona que les causó daño; entre las personas que denunciaron al agresor, una tercera parte (38,4%) se encontraban entre 60 y 69 años (Anexo, Cuadro 2.10).

El 75,8% de las personas que no denunciaron la agresión están de acuerdo con la expresión *“hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera”* (Anexo, Cuadro 2.11).

DISCUSIÓN

La ENS-2007 señala que, en la totalidad de agresiones en Colombia, aquéllas realizadas por parte del esposo o compañero ocupan el tercer lugar, después de las agresiones por personas desconocidas y conocidas. Al respecto, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses afirma que la violencia en la relación de pareja es la segunda causa de lesiones no fatales en Colombia después de la violencia interpersonal. Esto ratifica lo expresado por Naciones Unidas en el cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio (2005:136) cuando señala que la violencia contra la mujer ejercida por la pareja “es una de las manifestaciones más extremas de la desigualdad de género”.

Si bien en la ENS-2007 el mayor porcentaje de casos de agresión en la pareja son ejecutados por el esposo o compañero, resulta significativo que una cuarta parte son ocasionadas por el excompañero o exnovio, es decir personas con quienes se ha interrumpido el vínculo conyugal. Esto sugiere –como afirma la OPS en la Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (2000:12)– la continuidad de los factores asociados con las relaciones de poder que tradicionalmente han existido en la pareja: sentimientos de posesión y de autoritarismo masculino, y la creencias culturales acerca de la posibilidad de intimidar, ejercer control y daño sobre quien es o fue su cónyuge.

La violencia en las relaciones de pareja continúa afectando en mayor proporción a las mujeres que a los hombres. El Instituto Nacional de Medicina Legal en su informe Forensis 2008, muestra que 29 de cada 100 mujeres son afectadas por violencia en la relación de pareja, mientras que en los hombres la proporción es de 4 por cada 10, y en la ENS-2007, de cada 100 casos de maltrato hay 89 mujeres y 11 hombres.

Según la ONU (2005:136), una de cada tres mujeres es víctima de la violencia en la relación de pareja, y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2005) reporta que en Colombia cuatro de cada diez mujeres encuestadas han sido víctimas de violencia física por parte de su esposo o compañero. Las formas más frecuentes son: empujones o zarandeado, golpes con la mano, patadas, violaciones, golpes con objetos duros, amenazas con armas e intento de homicidio. Además se afirma que siete de cada diez mujeres han sufrido violencia psicológica por parte del compañero, principalmente amenazas y humillaciones. Esta violencia tiene un gran impacto en las condiciones emocionales y en la autoestima de la mujer, en sus relaciones familiares y sociales, así como en su productividad laboral e incide en la calidad de vida de todo el grupo familiar.

Como ya se ha dicho, las mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 29 años son quienes tienen el mayor riesgo de sufrir la violencia por parte del cónyuge; la ENS-2007 hace un nuevo aporte al encontrar que las mujeres entre los 30 y 34 años tienen el mayor riesgo de agresión por parte del exesposo o excompañero.

La ENS-2007 también encontró una alta asociación entre el consumo de alcohol y la violencia en la relación de pareja: cuatro de cada diez agresores y una de cada diez agredidas se encontraban bajo el efecto del alcohol en el momento de la agresión. Este hallazgo muestra una asociación superior a la señalada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2008), que reporta el consumo de alcohol en uno de cada diez casos. Estos resultados coinciden con estudios realizados por diversos organismos internacionales e investigadores, que en numerosas ocasiones han señalado la asociación entre el consumo de alcohol y la violencia en la relación de pareja, al tiempo que reportan que las mujeres consumidoras de alcohol y drogas tienen un riesgo mayor de sufrir el maltrato.

La ENS-2007 muestra que en Colombia 24 de cada 100 personas tienen antecedentes de agresión física entre sus padres; esta situación es más frecuente en el grupo poblacional comprendido entre los 35 y 44 años –es decir entre quienes pertenecen a las décadas 50 y 60 del siglo XX– que entre quienes tienen 65 y 69 años –correspondiente a la década de los años 30–.

Tres de cada diez personas que presentan antecedentes de agresión física entre los padres, están de acuerdo con la expresión *“Hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera”*. Esta opinión es mayor entre los hombres que entre las mujeres y es más frecuente entre los hombres jóvenes (15 a 24 años) que entre los adultos (mayores de 40 años). Algunos estudios (OPS, 2005; Velzeboer-Salcedo y Novick, 2000) encontraron que la violencia conyugal era mayor entre las mujeres cuyo esposo había sido golpeado de niño o había presenciado las agresiones a su madre; y el estudio realizado por la OPS (2006) en 10 países de América Latina encontró que la violencia sobre las mujeres está asociada con la falta de conciencia sobre sus derechos, la tolerancia de la violencia por miedo, presión social o falta de recursos económicos. Se encontró además que en algunos países, las mujeres están de acuerdo con la idea de que los hombres tienen el derecho de disciplinar a sus esposas, de obligarla a tener relaciones sexuales y se consideran merecedoras de los malos tratos.

En lo relacionado con la atención en salud, 36 de cada 100 mujeres agredidas en la relación de pareja no buscaron tratamiento médico, y quienes sí lo hicieron se encuentran entre el grupo poblacional más joven. Sin embargo, por ser estas instituciones las entidades que tienen mayor relación con la comunidad, a ellas les corresponde ser el principal punto de contacto para detectar e iniciar el proceso de atención a la violencia conyugal. En Colombia, no obstante, la respuesta de las instituciones de salud es muy limitada y no corresponde a la magnitud del problema: no existen rutas claras de atención y el personal de salud afirma no haber sido capacitado para reconocer el riesgo de violencia en la relación de pareja, ni para atender la problemática.

Aun cuando se ha logrado el reconocimiento de la violencia en las relaciones de pareja como un problema de salud pública, todavía persisten barreras relacionadas con: la poca difusión de normas y protocolos, el cambio frecuente de personal de salud, la falta de información, orienta-

ción y educación a las mujeres sobre el autocuidado y la búsqueda de ayuda, la falta de sistemas de registro y de vigilancia epidemiológica, la carencia de espacios adecuados para garantizar la privacidad, la falta de seguimiento de los casos, la falta de multiplicación de conocimientos entre los funcionarios de salud y la falta de personal capacitado en salud mental (OPS, 2000:10ss).

La falta de denuncia de los casos de violencia en las relaciones de pareja es aún más preocupante: la mayoría de ellos no son denunciados y permanecen en la impunidad por miedo a un daño mayor, por amenazas, por no perder el apoyo económico o por temor a perder el compañero. En la ENS-2007 se encontró que 7 de cada 10 personas no denunciaron a quien les causó daño, y las denuncias realizadas se presentaron con mayor frecuencia en personas mayores (una tercera parte tenía entre 60 y 69 años). Se observa además una asociación entre quienes no denunciaron la agresión y quienes están de acuerdo con la expresión *“Hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera”*, lo que hace pensar en una aceptación y justificación de la violencia ocasionada por el cónyuge.

CONCLUSIONES

La violencia en la relación de pareja –tercer lugar en la totalidad de agresiones en Colombia– es un problema evidente de salud pública, con un amplio impacto en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las mujeres y de sus familias. Esta violencia es ocasionada, en primer lugar, por el hombre hacia su pareja actual; sin embargo la ENS-2007 encontró en que una cuarta parte de las agresiones en la relación de pareja son ocasionados por el excompañero o exnovio, lo que sugiere la presencia de factores asociados con las relaciones de poder en la pareja, las actitudes de autoritarismo masculino y las creencias culturales acerca de la posibilidad de intimidar, ejercer control y daño sobre quien fue su cónyuge.

La violencia en las relaciones de pareja afecta en mayor proporción a las mujeres que a los hombres: según la ENS-2007, de cada 100 casos hay 89 mujeres maltratadas y 11 hombres; la edad de mayor riesgo para la violencia por parte del cónyuge es de 20 a 29 años, mientras la de mayor riesgo para la agresión por parte del excónyuge o excompañero es entre 30 y 34 años.

La asociación entre el consumo de alcohol y la agresión en la relación de pareja reportada por la ENS-2007 es mayor que la informada por el Instituto Nacional de Ciencias Forenses y Medicina Legal (10%). Según la primera, cuatro de cada diez agresores y una de cada diez agredidas se encontraban bajo el efecto del alcohol en el momento de la agresión. Esto demuestra la estrecha asociación entre consumo de licor en los hombres agresores y las mujeres agredidas en la relación de pareja.

Otro factor asociado a la violencia en la relación de pareja son los antecedentes de agresión física entre los padres: la ENS-2007 muestra que 24 de cada cien personas colombianas han tenido antecedentes de agresión física entre sus padres, situación que es más frecuente entre las personas que nacieron en las décadas 60 y 70 del siglo XX (entre 35 y 44 años) que entre quienes nacieron en las décadas 40 y 50 (entre 65 y 69 años).

La ENS-2007 demuestra además la presencia de factores culturales relacionados con las creencias acerca de que los hombres tienen el derecho de disciplinar a sus esposas y que las mujeres se consideran merecedoras de los malos tratos. Entre las personas que presentan antecedentes de agresión física entre los padres, hay mayor aceptación de la violencia en las relaciones de pareja, como lo demostró la aceptación de la expresión *“hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera”*. Esta aprobación es mayor entre los hombres que entre las mujeres, y es más frecuente en los hombres jóvenes (entre 15 y 24 años).

Se demostró además, no solo que la búsqueda de atención en salud en los casos de violencia en las relaciones de pareja continúa siendo muy baja y que esta búsqueda es más frecuente en las mujeres más jóvenes, sino también que falta preparación en las instituciones de salud para detectar e iniciar el proceso de atención a la violencia conyugal.

La denuncia de los casos de violencia ante las instituciones judiciales es aún menor: siete de cada diez personas no denunciaron a quien les causó daño, y quienes sí lo hicieron fueron, con mayor frecuencia, personas mayores de 60 años. La relación entre la falta de denuncia y las opiniones que justifican la agresión del hombre hacia las mujeres hace pensar en una aceptación y justificación de la violencia ocasionada por el cónyuge.

RECOMENDACIONES

Una vez presentados los hallazgos del análisis de la ENS-2007 se proponen las siguientes recomendaciones:

- Hacer énfasis en los programas de violencia intrafamiliar y conyugal, y desarrollar acciones colectivas de sensibilización a la sociedad en general encaminadas a mostrar la gravedad de la violencia en las relaciones de pareja y la necesidad de promover formas de comunicación de la pareja basadas en la equidad, el respeto y la tolerancia.
- Alertar a las mujeres que presentan conflictos de pareja y a quienes han hecho rupturas en sus relaciones conyugales o de noviazgo sobre los riesgos de agresión física y psicológica por parte de los cónyuges, excónyuges o exnovios, y orientarlas frente a las rutas de atención al problema.
- Incluir en los programas de prevención y atención al alcoholismo, acciones de sensibilización, orientación y capacitación para prevenir la violencia conyugal y los eventos de agresión bajo el consumo de alcohol.
- Desarrollar acciones amplias y preventivas con niñas, niños, adolescentes y jóvenes procedentes de familias donde se presenta la violencia conyugal, para poner en tela de juicio sus creencias sobre las relaciones de pareja y la justificación de los comportamientos violentos.
- Desarrollar programas amplios de sensibilización y capacitación al personal de salud referentes a la violencia conyugal, las responsabilidades de su sector y las rutas de atención intersectorial.
- Fortalecer las acciones de asistencia técnica, vigilancia y control por parte del Ministerio de la Protección Social y las Direcciones Territoriales de salud de orden departamental y municipal, para dar cumplimiento a los protocolos de atención a la violencia contra la mujer, sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Crear y fortalecer las redes interinstitucionales para la atención integral a las víctimas de la violencia conyugal, intrafamiliar y sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Córdoba, J (1995). "Discurso de apertura en el Seminario Internacional Avances en la construcción de la igualdad para las mujeres colombianas". Defensoría del Pueblo, Serie Fémina, No.4. Bogotá.

Forensis: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2008). Datos para la vida. Décima edición. [Sitio disponible en Internet]: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_jb2&PostID=249&view=post&Itemid=127

_____ (2009). "Violencia Intrafamiliar, Colombia 2009. Niños, niñas, adolescentes y mujeres, las víctimas de la violencia familiar". Bogotá. [Sitio disponible en Internet]: <http://www.medicinalegal.gov.co/drip/2009/4%20Forensis%202009%20Violencia%20intrafamiliar.pdf> Consultado enero 22 de 2011.

ONU: Organización de las Naciones Unidas (2005). *Objetivos de desarrollo del milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. [Sitio disponible en Internet]: http://www.undp.org/mdg/undps_role_regional_lac.shtml Consultado mayo 9 de 2009.

OPS (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*. Ed. Organización Panamericana de la salud, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, Washington, D. C.

_____ (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Capítulo 4: "La violencia en la pareja". [Sitio disponible en Internet]: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf Consultado mayo 14 de 2009.

_____ (2004) *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres*. Unidad de Género y Salud, OPS, Washington D. C.

_____ (2006). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud, elementos para la toma de decisiones*. OPS, Washington, D. C.

PROFAMILIA (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [Sitio disponible en Internet]: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/13violencia.htm> Consultado mayo 12 de 2009.

Stuart, GL, SE Ramsey, TM Moore, CW Kahler, LE Faller, PR Recupero y RA Brown (2002). "Marital Violence Victimization and Perpetration Among Women Substance Abusers, a Descriptive Study". En: *Violence Against Women*, 8(8), pp.934-952.

UNIFEM: Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer (2002). *Derechos de la mujer*. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Bogotá.

Velzeboer-Salcedo, M y J Novick (2000). "La Violencia contra la mujer en las Américas: Una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública internacional". En: *Revista Perspectivas de salud*, 5(2). OPS. [Sitio disponible en Internet]: http://www.paho.org/Spanish/DPI/Numero10_articulo2.htm

CAPÍTULO 3:

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

INTRODUCCIÓN

Desde antes de la presentación del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre violencia y salud (2002), la violencia ha sido considerada como un problema de salud pública y constituye una prioridad en las agendas de salud de los países debido, entre otras cosas, a las serias consecuencias para la salud física y mental de las personas afectadas. En el primer caso, las muertes y las lesiones físicas impactan a la sociedad y desencadenan una alta inversión tanto en los servicios de salud –para la atención y rehabilitación– como en el sector productivo –por las incapacidades generadas–. Trastornos como la depresión, la ansiedad, la pérdida de autoestima y autoeficacia, el síndrome de estrés traumático y, la más severa de todas, la reproducción del ciclo de la violencia en nuevas generaciones –se sabe, en efecto, que los niños expuestos a la violencia a edades tempranas en sus familias, en la edad adulta son con mayor frecuencia agresores o presentan conductas criminales– son algunas de las consecuencias en la salud mental de las poblaciones.

Existen múltiples definiciones de violencia. Una de ellas, y quizá las más completa, la recoge la OMS en su *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*, que la define como: “*el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*” (Krug *et al*, 2002:5). Esta definición implica, primero, que el hecho violento es intencional y no un accidente; en segundo lugar, que la violencia, a diferencia de la agresividad, no es parte constitutiva de la naturaleza humana; tercero, que existen diferentes tipos de violencia, no solo la física –más llamativa por las secuelas materiales que genera–, entre los cuales se encuentran agresiones tales como las verbales y psicológicas (Krug *et al*, 2002:5).

Otras formas de violencia son la intrafamiliar –es decir, aquella que se produce entre miembros de la familia, cónyuges, hijos, hermanos, etc., y que por lo general, no siempre, sucede en el hogar– y la doméstica –aquella que se produce entre familiares que viven en el mismo hogar

(Krug *et al*, 2002:5; Tolan *et al*, 2006:562)-, consideradas, ambas, como uno de los problemas más graves de salud pública (Krug *et al*, 2002:97).

Las formas de violencia intrafamiliar más estudiadas son la conyugal o de pareja y la de los padres hacia los hijos, especialmente cuando éstos son todavía pequeños. Han sido menos estudiadas la violencia contra el anciano, la que ocurre entre los hermanos, la de los hijos a los padres y la de los padres a los hijos adolescentes (Krug *et al*, 2002:97).

Los modos de agresión familiar pueden ser (Krug *et al*, 2002:97):

- **Agresión física:** por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear, agredir con un objeto o con un arma, las que pueden o no generar lesiones físicas.
- **Agresión verbal:** gritos, insultos, reprimendas hirientes.
- **Agresión psicológica:** intimidación, denigración y humillación. También incluye diversos comportamientos dominantes o de control tales como aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos, restringir su acceso a la información o al uso del dinero.
- **Agresión sexual:** relaciones sexuales forzadas, coacción sexual, caricias eróticas no consentidas, acoso sexual y similares.

Insuficiente información disponible. Sub-reporte de violencia intrafamiliar

En Colombia, las leyes 294 de 1996 y 575 de 2000 al tiempo que definen como víctima de violencia intrafamiliar a “toda persona que en el contexto de una familia sea víctima de daño físico o psíquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar”, estipulan las medidas para “la oportuna y eficaz protección especial a aquellas personas que en el contexto de una familia sean o puedan llegar a ser víctimas”, pese a lo cual el país no cuenta con información oportuna ni verosímil sobre violencia intrafamiliar.

En efecto, las estadísticas presentadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las comisarías de familia, el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses y otras

entidades similares, solo representan la punta del iceberg, pues el fenómeno de no reporte de la violencia familiar a las autoridades es sumamente alto: el 75% de las víctimas de agresión severa y la casi totalidad de las víctimas de agresiones menos severas no denuncian el hecho ante las autoridades (Duque *et al*, 2007b:48). En estas circunstancias, un aumento de las cifras de denuncia bien puede obedecer a un agravamiento del problema de violencia intrafamiliar o al incremento de la denuncia de actos de victimización.

Ante tan alto nivel de subregistro, la mejor manera de conocer la magnitud y distribución de la violencia intrafamiliar son las encuestas poblacionales. En Colombia se han realizado, cada cinco años, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud que, entre otros temas, exploran la violencia contra las mujeres y la forma de castigar a los menores (Ojeda *et al*, 2005:1). Sin embargo, estas encuestas solo han entrevistado a mujeres (Ojeda *et al*, 2005:3), dejando de lado el conocimiento que sobre violencia intrafamiliar se puede generar al entrevistar a hombres e hijos. Hasta donde llega nuestro conocimiento, el Programa PREVIVA (Programa de prevención de conductas de riesgo para la vida) de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y el Instituto Nacional de Salud (INS) en asocio con la Universidad de Caldas son las únicas entidades que han publicado resultados sobre estudios poblacionales de violencia intrafamiliar. PREVIVA ha recolectado información sobre la agresión y la victimización tanto de hombres como de mujeres en Antioquia (Duque y Montoya, 2008:27) y el INS y la Universidad de Caldas lo hicieron en varias ciudades intermedias (Palacio y Castaño, 1994a:30; (Palacio y Castaño, 1994b: 19); no existe ningún estudio como éstos que tenga cobertura nacional. Por otra parte, en los estudios llevados a cabo por el INS y la Universidad de Caldas el análisis se basó en distribuciones porcentuales, y no avanzó al cálculo de los factores de protección o de riesgo, como si ha hecho en los estudios de PREVIVA.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN COLOMBIA

Violencia de pareja

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 (ENDS-2005), el 66% de las mujeres que ha estado en unión ha sido víctima de agresión verbal o psicológica. Entre las violencias más frecuentes de este tipo están: el 37% de las mujeres encuestadas ha sido víctima de manifestaciones de control abusivo por su pareja, el 36% siente que su pareja las ignora y el 26% expresa que su compañero les ha impedido el contacto con amigos o amigas. Por rango de edad, las manifestaciones de control fueron más frecuentes entre los 30 y 34 años (Ojeda *et al*, 2005:314).

Veintiséis por ciento de las mujeres contestó que la pareja se expresaba de manera desobediante hacia ellas. Este tipo de agresión verbal se presenta con más frecuencia en mujeres mayores de 35 años (Ojeda *et al*, 2005:314).

Treinta y tres por ciento de las mujeres informó que su compañero las amenazaba. Entre las amenazas más frecuentes están el abandono (21%), quitarle los hijos (18%) y quitarle el apoyo económico (16%) (Ojeda *et al*, 2005:321).

El 39% de las mujeres que han estado alguna vez casadas o unidas reportó haber sufrido agresiones físicas por parte del esposo o compañero. Las agresiones más frecuentes fueron: la empujó (33%), golpe con la mano (29%), patada (13%), violación (12%), golpe con un objeto (9%) y amenaza con armas (8%) (Ojeda *et al*, 2005:130).

En la encuesta sobre violencia y otras conductas de riesgo, realizada por PREVIVA en 2007 en Medellín y su área metropolitana, se encontró que 42% de los encuestados informó haber ejercido agresión verbal o psicológica a su pareja y el 10% haberla agredido físicamente; entre éstos, el 3% le causó una lesión. El promedio de agresión física a la pareja en el último año fue 5 veces (Duque *et al*, 2007:130).

En lo que se refiere a la violencia conyugal reportada por la víctima, 40% de los encuestados dijo haber sido víctima de agresión verbal o psicológica por parte de su pareja en el último año, 10% refirió haber sido víctima de agresión física sin lesión y 2,3% fue agredido físicamente con lesión (Duque *et al*, 2007:130).

En los estudios de PREVIVA se ha documentado que la violencia verbal, la psicológica, la amenaza, la violencia física y la violencia con arma, en su carácter de agresor o de víctima, es similar tanto en hombres como en mujeres, pero en éstas es más frecuente y en mayor proporción la agresión que produce lesión (Duque y Montoya, 2008:27; Duque *et al*, 2009:44). Dato que confirma otros muchos estudios, que han encontrado que la violencia conyugal tiene magnitud similar en hombres y en mujeres y que, en general, no existe un miembro de la pareja que sea usualmente

el agresor y el otro el agredido: se trata más bien de parejas que se agreden y parejas que no lo hacen (Archer, 2000a:651; Archer, 2000b:697; Archer, 2002:313; Archer, 2006:133; Straus y Ramírez, 2007:281). Esta simetría en la agresión por sexo predomina en la cultura occidental, sin embargo, en culturas en las que aún existen marcadas desigualdades socioeconómicas para las mujeres, aquéllas en las que no han logrado su empoderamiento y las orientales, la violencia conyugal es ejercida, en mayor proporción, por el hombre (Archer, 2006:133).

La mujer también agrede en la familia

La ENDS-2005 encontró que 63% de las mujeres agredidas físicamente por sus esposos o compañeros respondió de forma agresiva. El porcentaje de mujeres que agrede al esposo o compañero cuando él no lo está haciendo es de 47%, aumento significativo con respecto a lo reportado en la Encuesta de Demografía y Salud realizada en el año 2000, que fue del 13% (Ojeda *et al*, 2005:239).

La ENDS-2005 reporta también que, según la información dada por las mujeres encuestadas, ellas agreden más que los hombres a su pareja: el 39% de los hombres y el 47% de las mujeres ha agredido físicamente a su pareja; en el caso de éstas incluso sin que medie agresión inmediata por parte de él (Ojeda *et al*, 2005:329).

La información de PREVIVA no permite deducir si la agresión de la mujer a su pareja es en defensa o no (Duque *et al*, 2009:44).

Maltrato a los niños en el hogar

Todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo a menores constituyen maltrato. Éste puede causar un daño real o potencial en la salud de los niños, su desarrollo, supervivencia y dignidad y, por lo general, se produce en el marco de una relación que implica responsabilidad, confianza o poder (Duque *et al*, 2009: 185).

El abuso sexual contempla aquellos actos por los cuales una persona usa a un niño para su gratificación sexual. El maltrato emocional se produce cuando el padre, madre o cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias para el desarrollo del niño e incluye actos que tienen efectos adversos sobre su salud emocional tales como la falta de afecto, la agresión verbal y psicológica. Algunas de las formas de agresión psicológica son la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación y el rechazo; también, el descuido o negligencia, que se produce cuando uno de los padres no toma las medidas necesarias para promover el desarrollo del niño en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación intelectual y emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras (Krug *et al*, 2002:65). En el presente análisis se tendrá en cuenta aquellas agresiones que se comenten por miembros de la familia.

En el país es muy alto el fenómeno de maltrato a los niños en el hogar, y quien más maltrata es la mujer. La prevalencia más alta es la reprimenda verbal: 75% por parte del hombre y 74,2 por la mujer; le siguen los golpes –41% por parte de los hombres y 47% de las mujeres– y las palmadas –22% los hombres y 37% las mujeres– (Ojeda *et al*, 2005:337).

En Medellín y su área metropolitana, 19% de los padres o cuidadores respondió haber agredido en el último año verbal o psicológicamente a sus hijos o a menores de 5 años a su cuidado, 21% haberlos agredido físicamente y 3% haberlos agredido con lesión; las proporciones más altas se reportaron por parte de la madre o la mujer cuidadora (Duque *et al*, 2007:132).

La mitad de los adolescentes, entre 12 y 15 años, reportó haber sido víctima en el último año de agresión verbal y psicológica por parte de sus padres, una tercera parte haber sido agredido físicamente sin lesión y el 6% haber sufrido agresión física con lesión (Duque *et al*, 2007:132).

Violencia entre hermanos

Setenta y ocho por ciento de los adolescentes encuestados en Medellín y su área metropolitana refirió algún tipo de pelea entre hermanos en su familia en el último año; el promedio de éstas en el mismo periodo de tiempo fue de 5. En el 68% de las peleas entre hermanos se produjo algún tipo de lesión (Duque *et al*, 2007:132).

FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Si se utiliza el modelo ecológico descrito en los años 70 del siglo pasado por Bronfenbrenner (1979:209) y adaptado posteriormente al estudio de la violencia (Krug *et al*, 2002:185; Duque *et al*, 2009:13), es posible adentrarse en la violencia intrafamiliar para determinar algunos factores de riesgo y protección tanto en el nivel individual (ontogénico), como en el de las familias (micro o mesosistema), el barrio (exosistema) y la comunidad (macrosistema).

Factores asociados a la violencia familiar en Medellín y su área metropolitana

Antes de hacer mención de los factores asociados a la violencia intrafamiliar encontrados por otros investigadores en aplicación del modelo ecológico, se presenta el análisis que al respecto ha llevado a cabo PREVIVA a partir de los datos compilados en sus estudios sobre muestras representativas de Medellín y los demás municipios del Valle de Aburrá.

El Cuadro 1 describe las variables utilizadas por Duque y Montoya. (2009:49) para establecer si se hallan asociadas a la violencia familiar (agresión entre cónyuges y maltrato infantil). Como puede observarse, tuvieron en cuenta variables relacionadas con cada uno de los cuatro ámbitos del modelo ecológico.

**Cuadro 3.1 Variables estudiadas en relación con la violencia intrafamiliar.
Medellín y área metropolitana, 2004**

Variables	Descripción
Demográficas	• Edad • Sexo • Estrato social y económico • Nivel educativo
Frustración de expectativas de satisfacer las aspiraciones personales	• Bienes materiales (televisor, carro, etc.). • Bienes suntuosos (carro lujoso, ser muy rico, etc.). • Bienes físicos (casa). • Estudios y ejercicio de la profesión o empleo. • Actividades recreativas (pasear, rumbar, deporte). • Actividades culturales o artísticas (música, arte, participar en grupos). • Bienestar de la familia. • Bienestar comunitario. • Valores (respeto, aprecio, cariño, etc.)
Comportamientos	• Convivencia (no botar basura en la calle, respetar las filas, etc.) • Responsabilidad (en el trabajo, en el estudio, con el estado, con la sociedad). • Intervenir en agresiones o peleas para pararlas.
Estructura y dinámica familiar	• Relaciones de padres e hijos (cariño, respeto, interés por los hijos, ayuda, comprensión, cumplir con sus necesidades, supervisión y normas, comunicación). • Composición familiar (miembros que conforman la familia y relación con el jefe del hogar).
Antecedentes familiares y personales	• Solución de conflictos. • Peleas dentro y fuera del hogar. • Desempleo en la vida y en el último año. • Actividades delictivas. • Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. • Historial delictivo.

Variables	Descripción
Estresores personales y familiares	• Enfermedad o accidente grave. • Muerte natural. • Pérdida del empleo. • Disminución drástica del ingreso. • Homicidios. • Secuestros. • Amenazas graves. • Desplazamiento forzado. • Extorsión.
Pautas de educación y crianza	• Insultos o humillaciones. • Golpes, palmadas, golpes con objetos, patadas. • Lesiones. • Amenazas con arma blanca y de fuego. • Ataques con arma blanca y de fuego. • Expresión de cariño. • Orientación para resolver inquietudes, conflictos y formas de proceder en la vida.
Confianza para resolver un problema en	• Familia. • Amigos. • Vecinos. • Líderes religiosos y comunitarios. • Instituciones.
Características del barrio de residencia	• Espacios artísticos, educativos y recreativos. • Actividades en el barrio (venta de drogas, borrachos, problemas por jóvenes o bandas). • Seguridad del barrio (insultos, golpes, peleas, lesiones, ataques con armas blancas y de fuego, amenazas, robos, atracos, violaciones, homicidios, secuestros, desplazamientos).
Posibles respuestas para el manejo de los siguientes conflictos:	• Discusiones que ofendan gravemente al entrevistado. • Robo de algo de valor por parte de alguien que se conoce. • Herida intencional a un miembro de la familia. • El compañero(a) o cónyuge maltrata a un hijo del encuestado.

Variables	Descripción
Actitudes y creencias	• Educación a los hijos. • Machismo. • Frente a los disgustos. • Frente a las peleas o agresiones. • Frente a la justicia. • Frente a la violencia menos severa y severa. • Frente a la convivencia. • Frente a la denuncia ante la autoridad.
Participación en actividades	• Prácticas religiosas. • Prácticas deportivas. • Reunión en juntas o comités del barrio. • Prácticas recreativas. • Prácticas educativas. • Prácticas artísticas. • Actividades delictivas.
Eficacia colectiva	• Cohesión social: Participación en actividades para mejorar a la comunidad, ayuda entre vecinos, cuidar o vigilar a niños ajenos y trabajar en juntas o comités del barrio. • Control social: Se avisa a los padres cuando un niño falta a la escuela, se interviene en las peleas entre niños o cónyuges, se interviene ante el irrespeto de un niño a un adulto, llamar la atención cuando escriben en las paredes, ayudar a vigilar el barrio, llamar a las autoridades ante personas sospechosas o peleas y atestiguar cuando sabe que alguien cometió un delito.

El Cuadro 2 presenta las variables que se encontraron asociadas con la agresión de uno de los miembros de la pareja hacia el otro y del padre, la madre o el cuidador hacia un menor de cinco años. Para cada una de las cuatro formas de violencia se seleccionó el modelo de regresión logística que explicara mejor el fenómeno, teniendo en cuenta que se cumplieran los supuestos para el empleo de dicha regresión y que las variables fueran significativas en el modelo.

Hay que resaltar, también, que el análisis siguiente se refiere a los factores que, en Medellín y su área metropolitana, pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona sea *agresora de su familia*, es decir, no se trata de los factores asociados a la víctima de la violencia,

sino a quienes la causan o ejercen (en los estudios de victimización con frecuencia se buscan los factores que deben intervenir para prevenir la agresión, lo que en muchas ocasiones lleva a sugerencias no atinadas para las políticas públicas y los programas).

Cuadro 3.2 Razones de Oportunidad (OR) e Intervalo de Confianza (IC95%) de factores de protección y de riesgo para agresión a la pareja y al menor. Modelos de regresión logística. Medellín y área metropolitana

VARIABLES	Cónyuge agresor de su pareja		Padre/madre agresor de hijo menor de 5 años	
	Agresión física SIN lesión	Agresión física CON lesión	Agresión física SIN lesión	Agresión física CON lesión
FAMILIA O MICROSISTEMA – MESOSISTEMA				
Confianza y vigilancia de la MADRE	0,32 (0,21-0,48)		0,24 (0,14-0,39)	
Afecto y comunicación con la MADRE		0,35 (0,20-0,61)		
PADRE vigilante cercano		0,39 (0,22-0,70)		
PADRE afectuoso y comunicativo	0,70 (0,54-0,91)			
Maltrato físico por la MADRE	2,08 (1,42-3,06)			52,61 (17,21-161,05)
PADRE aplicaba castigo físico	3,26 (1,28-8,32)	4,70 (1,18-18,6)		
BARRIO O EXOSISTEMA				
Percepción de cuidado y vigilancia social del barrio		0,31 (0,10-0,61)	0,36 (0,15-0,88)	
Percepción de violencia en el barrio	4,43 (2,93 - 6,70)	5,04 (2,46 - 10,3)	5,15 (2,97 - 8,91)	

PERSONA U ONTOLÓGICAS				
Índice de desempleo en la vida	1,61 (1,09-2,37)	2,80 (1,49-5,24)	2,25 (1,35-3,73)	
Aprobación de corrupción a funcionario público	1,37 (1,04-1,79)			
Aprobación de asesinato para defensa de la comunidad				2,56 (1,27-5,13)
Desconfianza en los demás	1,51 (1,04-2,19)			
Anomia		1,59 (1,05-2,41)		
Percepción de que no se podrán satisfacer las expectativas de educación superior y ejercicio profesional	2,64 (1,97-3,54)			
Actitudes machistas		2,57 (1,15-5,76)		
Legitimación del uso de la violencia como método de educación			2,57 (1,33-4,95)	
Legitimación del uso de la violencia para defensa de la familia y la sociedad	1,55 (1,07-2,26)	2,75 (1,37-5,48)		

Según este análisis, las relaciones con los padres en la niñez (*microsistema* o también llamado *mesosistema*) es el factor que más influye para que, en la edad adulta, se llegue o no a ser agresor de la pareja o de los hijos: las relaciones positivas con los padres (vigilancia de los hijos, cercanía y afecto) protegen en mayor grado al niño de desarrollar agresión familiar, lo contrario sucede cuando la relación temprana con los padres se caracteriza por el maltrato o el castigo físico.

En segundo lugar aparece el barrio (*exosistema*) en el que se vive: un factor de gran importancia como protector de la agresión en la edad adulta, es si los vecinos cuidan y vigilan lo que pasa en el barrio –de esta vigilancia se excluyeron las actividades que desarrollan grupos armados ilegales en nuestro contexto–. Se encontró que vivir en un barrio percibido como violento es el factor con mayor grado de asociación con la agresión a la familia.

Las características relacionadas con la persona (*ontológicas*) tienen un grado de asociación intermedio con la agresión a la familia. En particular, el sexo no aparece como determinante en la

agresión a la pareja, pero sí está asociado al hecho que es la madre o cuidadora quien más agrede físicamente a los niños.

El desempleo prolongado se halló asociado a la agresión a la familia, pero no el desempleo en el último año. El desempleo prolongado en la vida no parece ser en sí mismo un riesgo para la agresión al cónyuge o a los hijos, sino que hace parte de una constelación de conductas en las que están la agresión intrafamiliar y circunstancias que llevan a problemas en el trabajo que obedece a causas comunes que, por ello, tienden a presentarse de forma concomitante; es decir, parecen ser co-morbilidades.

La no aceptación de las normas formales o sociales (anomia, aprobación de quebrantamiento de las normas) y la desconfianza en los demás son factores de riesgo importantes para la agresión a la familia. También, y en mayor grado, las actitudes de legitimación del uso de la violencia como método de educación y como defensa de la familia, y las sensaciones de frustración de las expectativas de acceder a la educación superior y al ejercicio satisfactorio de la profesión. Las actitudes machistas se asocian más con la agresión severa a la pareja que con otras formas de agresión familiar; se encontró también que esta actitud está más asociada con la agresión a no familiares o agresión interpersonal fuera del hogar que dentro de él (Duque *et al*, 2009:13).

Factores descritos por otros investigadores

A continuación se hace una muy sucinta exposición de los factores que algunos otros investigadores han descrito como asociados a la violencia de pareja y al maltrato de menores en el hogar.

Factores individuales u ontológicos

Algunas características individuales pueden ayudar a explicar la violencia en el hogar. Se ha reportado, por ejemplo, que al aumentar tanto la edad como la duración de la unión marital disminuye la violencia en la pareja (Ruiz-Pérez *et al*, 2006:257); también que la agresión de los padres contra el menor es más frecuente entre los 2 y 7 años, y disminuye al aumentar la edad del niño (Straus y Stewart, 1999:55).

Varias características de la personalidad se han asociado con agresión contra la pareja y/o a los menores, algunas de ellas son: bajos niveles de autoestima y de control de impulsos (Krug *et al*, 2002:106; Tolan *et al*, 2006:567), menor capacidad para resolver los problemas o para buscar el soporte social que pueda ayudar a solucionarlos (apoyo institucional o familiar), tendencia a evitar las dificultades o a alejarse de situaciones no placenteras (Rodríguez *et al*, 2003:92), déficit en el manejo de la ira (Shumacher *et al*, 2001:281). Cosa similar ocurre con la presencia de enfermedades mentales tales como el trastorno de ansiedad, depresión (Kessler *et al*, 2001:487; Shumacher *et al*, 2001:281; Caetano y Cundarai, 2003:661; Kaysen *et al*, 2007:1272; Kaysen *et al*, 2008:115), desorden de personalidad antisocial y otros trastornos (Greene *et al*, 1997:273; Shumacher *et al*, 2001:281; Bailey y Daugherty, 2007:495; Dallos *et al*, 2008:56).

Factores demográficos como la educación y el estrato económico y social también se han hallado asociados a la violencia familiar. Estudios de muestras de conveniencia –es decir, aquellos en los que la selección no se hizo al azar– indican que son más susceptibles de ser víctimas de violencia de pareja las mujeres de estratos bajos y menor nivel educativo, y que la agresión a menores es más frecuente en los estratos bajos (Krug *et al*, 2002:74 y 106). Sin embargo, en varios estudios sobre muestras poblacionales de mujeres se ha observado una relación en U invertida: menor riesgo de agresión a la mujer por su pareja en los estratos más bajos y en los más altos y en personas con los más bajos o con los más altos niveles educativos (Abramsky *et al*, 2011:108).

Las actitudes y creencias de la persona están muy relacionadas con la violencia a la familia. Sobresalen aquellas que legitiman el empleo de la violencia como método de educación, modo de defender el honor y la familia y como mecanismo para solucionar problemas o conflictos; también las actitudes y creencias que favorecen una cultura de la ilegalidad o de quebrantamiento de las normas sociales (Sugarman y Frankel, 1996:13; Krug *et al*, 2002:106; Stith *et al*, 2004:65; Duque *et al*, 2009).

Microsistema o de relaciones cercanas

Las relaciones que la persona tuvo con sus padres en la niñez, las características que tuvieron su educación y crianza y las experiencias con la violencia (haber sido testigo o víctima) cuando se es niño son factores que predisponen a la agresión familiar en la edad adulta.

Las familias con poca funcionalidad, relaciones inadecuadas padre-hijo o de poca calidad (poco tiempo y afecto, falta de comunicación), familias en las que se legitima el castigo físico como método de transmitir la disciplina y las normas e inadecuada vigilancia y control de los padres son un ambiente propenso a modelar niños que más tarde serán agresores de su pareja o de sus propios hijos (Krug *et al*, 2002:106; Betancourt, 2004:76; Duque *et al*, 2009:63).

La exposición a la violencia y la historia de victimización en el hogar de origen son fuertes predictores de llegar a ser agresor en la familia (Klevens, 2001:78; Duque *et al*, 2009:63; Abramsky *et al*, 2011:108).

Las formas de relación y el grado de comunicación en la familia son también factores importantes asociados a la agresión a la pareja y a los hijos. Entre éstos se cuentan: el tipo de unión marital, la calidad de las relaciones entre los miembros de la familia –entre cónyuges, padres con los hijos, entre hermanos, etc.–, la concepción de roles según el género (concepción de la masculinidad y de la feminidad por el hombre y la mujer), que incluye la reacción a la participación de la mujer en actividades económicas y sociales.

Algunos estudios han demostrado que la calidad de las relaciones establecidas en la familia puede explicar en parte la violencia doméstica; así, por ejemplo, los altos niveles de conflicto y discordia en las relaciones intrafamiliares están asociados con la agresión y, por el contrario, calidades positivas como la buena comunicación y la satisfacción en las relaciones, demostrar el afecto y

tener una alta percepción de apoyo entre los miembros del hogar son factores protectores contra la agresión a la pareja y a los menores (Cifuentes *et al*, 1998:137; Tolan *et al*, 2006:568).

También las relaciones que presentan interdependencia son positivas para evitar la violencia familiar. La interdependencia alude al tipo de relaciones que generan satisfacción de las necesidades emocionales, conseguidas gracias al equilibrio que se logra entre la dependencia y la independencia personal. Ahora bien, la mayoría de las pautas que marcan las relaciones en la adultez y a lo largo de la vida se aprenden en el hogar y se transmiten de generación en generación y, por lo tanto, lograr formas de relación positiva depende en gran medida del equilibrio dependencia-autonomía alcanzado entre los miembros de la familia (Krug *et al*, 2002:107). Por el contrario, se ha reportado que en las relaciones abusivas de pareja existe alta dependencia –control y dominio– de uno de los miembros en los ámbitos psicológico, físico, sexual o financiero (Fichel y Rynerson, 1998:295).

En las familias en las que sus miembros tienen una noción tradicional de los roles del hombre y de la mujer tiende a presentarse mayor violencia. Estas nociones se adquieren en el hogar y se transmiten de generación en generación (Yllö y Straus, 1984:1; Sugarman y Frankel, 1996:13; Shumacher *et al*, 2001:281; Betancourt, 2004:76; Pallitto y O'Campo, 2005:2205; Yllö, 2005:19; Cepeda-Cuervo *et al*, 2007:516; Pineda, 2008:2; Abramsky *et al*, 2011:108). Cuando una sociedad está en el inicio del cambio de los patrones tradicionales sobre los roles que desempeñan el hombre y la mujer a otros considerados más incluyentes, y a medida que va siendo mayor el estatus de la mujer y su participación en la sociedad, la violencia contra la mujer en el hogar se ha reportado mayor; así, por ejemplo, en una sociedad en transición la mujer que trabaja y de ello deriva ingreso económico y la que aporta a los gastos del hogar pueden tener mayor probabilidad de ser agredidas por su pareja.

Duque, Sierra y Montoya (2009:63), han reportado que en Medellín y en los municipios circunvecinos las actitudes de machismo están muy asociadas a la agresión a la pareja (OR 2,7), pero no a la agresión a los hijos menores de 5 años; que estas actitudes se presentan asociadas con mayor fuerza en la violencia interpersonal fuera del hogar que a la violencia familiar; y, finalmente, que las concepciones machistas alcanzan un alto nivel en las mujeres –en una magnitud que oscila entre una tercera y dos terceras partes de la que se presenta en los hombres–.

A las actitudes sobre los roles masculinos y femeninos en la sociedad y en la familia puede estar asociado el hecho de que hay más violencia en las familias numerosas que en las que tienen pocos hijos (Cifuentes *et al*, 1998:137; Kleven, 2001:78; Pallitto y O'Campo, 2005:2205).

Exosistema o el barrio

Si bien la violencia intrafamiliar se presenta en todos los niveles sociales y económicos, sus consecuencias son más severas para las personas que viven en los lugares más pobres. Se ha estudiado, en efecto, que las mujeres que viven en barrios con condiciones de vida inadecuadas tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia en el hogar (Tolan *et al*, 2006:568).

Sampson refiere que la eficacia colectiva de los barrios es un factor que puede ser protector para conductas violentas como la violencia intrafamiliar, el consumo de psicoactivos y algunas enfermedades mentales. Este autor define la eficacia colectiva como “la capacidad que tiene la población de autogestionarse con sus propios recursos y mantener el orden y la armonía por medio de la interrelación entre sus miembros”; a su vez, la eficacia colectiva tiene dos componentes: la *cohesión social* y el *control social*. La *cohesión social* indica el nivel de participación, colaboración y solidaridad en una comunidad, y el *control social* la capacidad de un grupo de regular sus miembros de acuerdo con unos principios u objetivos compartidos para mantener la seguridad, el orden y la tranquilidad en la comunidad –así, por ejemplo, llamar a la Policía cuando hay una pelea conyugal o callejera, denunciar cuando un niño es maltratado o falta al colegio, etc.–. Se ha descrito que los barrios que tienen menor eficacia colectiva –por lo tanto, mayor desorganización social y mayores tasas de criminalidad– son los barrios en los que se presenta mayor violencia intrafamiliar (Sampson *et al.* 2002:450; Tolan *et al.*, 2006:568).

Co-morbilidades de la violencia familiar

Además de los múltiples factores ya descritos, la violencia familiar está relacionada con algunos comportamientos que pueden ser considerados como co-morbilidades, esto es conductas que tienen una alta probabilidad de presentarse en concomitancia con la violencia familiar, pero que no la causan. Algunas de estas co-morbilidades son el uso problemático del alcohol y de otros psicoactivos, el desempleo y las diferentes formas de violencia intrafamiliar.

Se ha descrito de forma abundante la asociación entre consumo problemático del alcohol y de otras sustancias psicoactivas y la violencia intrafamiliar (Shumacher *et al.*, 2001:281; Stith *et al.*, 2004:65; Vaiz Bonifaz y Spanó, 2004:433; Weiner *et al.*, 2005:1261; Chandrasekaran *et al.*, 2007:253; Kaysen *et al.*, 2007:1272; Caetano *et al.*, 2008:507; Kaysen *et al.*, 2008:115; Abramsky *et al.*, 2011:108). Sin embargo, como en buena hora lo ha recordado Gelles (Gelles y Cavanaugh, 2005:175), asociación estadística no significa causalidad y el alcohol puede operar como co-morbilidad o como factor detonante.

En una revisión sobre la relación entre consumo de alcohol y maltrato infantil, realizada en 2006, la OMS presenta algunas explicaciones sobre el modo como este consumo se relaciona con la violencia intrafamiliar: en primer lugar, el consumo de alcohol afecta las funciones físicas y mentales de los padres reduciendo el autocontrol e incrementado la probabilidad de que un individuo actúe violentamente; segundo, los padres y cuidadores pierden el sentido de responsabilidad y reducen el tiempo y dinero que dedican a sus hijos; tercero, el consumo de alcohol por los padres puede estar asociado a otras enfermedades mentales y a trastornos de personalidad; y, en cuarto lugar, el consumo de licor durante la gestación puede causar síndrome de sufrimiento fetal o efectos sobre el feto que redundan en enfermedades en las etapas subsiguientes de la vida (OMS, 2006:1).

Duque, Sierra y Montoya (2009:63) han reportado que el desempleo prolongado en la vida y el desempleo en el último año están asociados a diferentes formas de violencia interpersonal, tales como el asalto a mano armada y la amenaza con arma; sin embargo, el desempleo en el último año no se halla asociado a la agresión en la familia. Esto puede deberse a que una historia de desempleo o de problemas con el empleo está asociada a factores etiológicos similares a los de la violencia familiar –comunes en el “síndrome de personalidad antisocial” (Farrington, 2003:221; Huizinga, 2003:47; Loeber, 2003:108)– y a que el desempleo en el último año, sin que medien problemas de empleo crónicos, es un estresor que genera tensión y angustia, que puede estar asociado al inicio de agresiones a la familia.

Diversos estudios han documentado la superposición de formas de violencia familiar, por lo que es posible hablar de co-morbilidad de violencias, esto es: cuando en un hogar existe agresión, es muy probable que se presente más de una forma de violencia familiar (Ellsberg *et al*, 2000:1595; Dallos *et al*, 2008:56). Las formas de violencia menos severas son las más frecuentes y las que tienen menor número de otras violencias concomitantes; por el contrario, las formas de violencia intrafamiliar más severas son las menos frecuentes, pero tienden a presentarse en conjunto con un mayor número de otras violencias (Fergusson *et al*, 2005:1103).

Sexo y dominancia

Como ya se ha dicho, la violencia conyugal, según el género, se presenta en proporciones similares tanto en Colombia (Duque y Montoya, 2008:27; Duque *et al*, 2009:49) como en otros países (Archer, 2000:551; Archer, 2002:313; Straus, 2005:55; Archer, 2006:133; So-Kum y Pui-Yee Lai, 2007:2001; Wong *et al*, 2008:56; McKinney *et al*, 2009: 25). Similar no quiere decir igual, y la diferencia reporta la mayor probabilidad de que sea la mujer quien emplee actos de agresión física y no el hombre (Archer, 2000b:697; Ojeda *et al*, 2005:329). Sin embargo, la gran mayoría de las investigaciones sobre agresión conyugal versan sobre la mujer agredida por su cónyuge y muy pocas sobre la agresión de la mujer a su cónyuge (Stith *et al*, 2004:65). Uno de los pocos estudios que analiza la agresión en la pareja tanto por el hombre como por la mujer es el *Estudio internacional sobre violencia en el noviazgo (International Dating Violence Study)* que comprende 13.601 estudiantes universitarios de 23 países (Straus, 2008:252) y reporta que, en 24 de los 32 países, los indicadores de dominancia fueron mayores en la mujer que en el hombre; que la agresión fue mutua en cerca del 70% de los casos, de parte solo de la mujer en 20% y de parte solo del hombre en cerca del 10%.

En torno a esta dominancia de la mujer en la violencia familiar se ha despertado una intensa y ya larga polémica: por un lado están quienes afirman que la violencia de pareja es primordialmente un problema de escalamiento de problemas de relaciones interpersonales y, por el otro, quienes arguyen –ateniéndose a la teoría feminista– que no se puede reducir a un mero problema de relaciones interpersonales un problema que, como la violencia de pareja, está inmerso en la cultura patriarcal y en la discriminación y el dominio del hombre sobre la mujer (Loseke y Kurz,

2005:79). Luego de un análisis de cluster a la base de datos de Frieze (en Pittsburgh) de mujeres maltratadas que acuden a refugios y van a juzgados, equiparadas con mujeres de los mismos barrios –en total el estudio comprendió 274 mujeres–, Johnson (1995:283; 1999:5) llama la atención sobre el hecho de que, a pesar de la similitud en los niveles de agresión a la pareja, ésta no es un fenómeno unívoco, sino diferenciado por la presencia de acciones de control que generan cuatro tipos de violencia entre cónyuges: a) la violencia que no está signada por un patrón de poder y control y es fruto del escalamiento de un conflicto o una serie de conflictos (*violencia situacional*), con prevalencia similar en los dos sexos (55% hombres, 45% mujeres), b) la que nace de una posición de control del compañero (*terrorismo íntimo*), que es más frecuente del hombre hacia la mujer (97% hombres, 3% mujeres), c) la violencia en respuesta a una agresión por parte de la pareja (*de resistencia*), más frecuente entre las mujeres (4% hombres, 96% mujeres), y d) las parejas que ejercen control y violencia mutuos (50% hombres, 50% mujeres). Posteriormente se ha dejado de lado la cuarta categoría.

Así, pues, el primer tipo de violencia conyugal es manifestación de problemas de relaciones interpersonales no signadas por la dominancia de género; los otros tienen que ver con un problema de agresión de género que se origina en situaciones de control y dominancia. Esta clasificación ha sido replicada exitosamente en muestras no representativas de la población británica: refugios de mujeres maltratadas, estudiantes hombres y mujeres, hombres prisioneros y sus cónyuges y hombres que acudieron a programas de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sus cónyuges (Graham-Kevan y Archer, 2003a:1247 y Graham-Kevan y Archer, 2003b:181). Sin embargo, contrario a las predicciones de Johnson, se encontró que el “terrorismo íntimo” y la “violencia reactiva” son esencialmente simétricos por sexo, y que el cónyuge no agresivo en el primer caso era con más frecuencia el hombre (Graham-Kevan y Archer, 2005:680).

Para asumir la clasificación de agresión en la pareja propuesta por Johnson es importante, entonces, esperar nuevas investigaciones que contemplen muestras representativas de población (hombres y mujeres) con un tamaño suficiente que permita analizar el grupo de “terrorismo íntimo” –el menos frecuente en las muestras poblacionales– o, al menos, esperar los análisis de muestras representativas de la población femenina.

Objetivo de este análisis

A continuación se presenta el análisis de los factores asociados a la violencia contra la mujer llevada a cabo por su pareja, los factores asociados a que la mujer denuncie el hecho violento, los factores asociados a que la mujer consulte a los servicios de salud, la violencia ejercida por la mujer contra su cónyuge y el maltrato contra los menores. Para el efecto se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en 2005, que permite tanto profundizar en análisis anteriores, como aportar evidencia científica útil en la toma de decisiones.

La metodología utilizada se presenta en forma detallada en el anexo de este capítulo.

RESULTADOS

Victimización de la mujer por parte de su cónyuge

Se analizaron cuatro formas de agresión, en la vida y en el último año, padecidas por la mujer de parte de su cónyuge o compañero: situaciones de control, amenaza con arma, agresión física y agresión sexual. En el Cuadro 3 se presentan las Razones de Oportunidad (OR) ajustadas para cada una de las variables que ingresaron al respectivo modelo de regresión de las formas de victimización analizadas (en el Anexo 1, Cuadros 3-12, se presenta cada uno de los modelos de regresión por separado).

El mayor factor de riesgo para las diferentes formas de victimización a la mujer es la dominación por parte del cónyuge expresada en que sea él la persona que decida acerca de los gastos de la casa.

El segundo factor de riesgo para todas las formas de victimización de la mujer, excepto la agresión sexual, es residir en Bogotá. Vivir en la cabecera municipal incrementa la probabilidad de que la mujer sea agredida por su cónyuge en forma de amenazas y de agresión física. El control del cónyuge a la mujer es más probable que se sufra en Bogotá y en la Orinoquia/Amazonía. La agresión sexual es más probable que se presente en las regiones Pacífica, Central y en la Orinoquia/Amazonía.

El factor protector principal para todas las formas de violencia del esposo o compañero contra la mujer es una buena comunicación y equidad en las relaciones, expresada en que ambos cónyuges decidan acerca de los gastos de la casa. Son también factores protectores la mayor edad del hombre y de la mujer, el nivel educativo alcanzado por él y por ella y el mayor estrato económico y social de la mujer.

Por cada hijo que viva con la pareja se incrementa entre 10% y 20% la probabilidad de que la mujer sea agredida por el cónyuge, lo que se presenta para todas las formas analizadas de victimización de la mujer.

El grado de escolaridad de los cónyuges también está asociado con que la mujer sea víctima de violencia por parte de su compañero: por cada grado escolar alcanzado –primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica o tecnológica y universidad– se disminuye en cerca de 10% la probabilidad de que la mujer sea agredida.

Que la mujer tenga un empleo remunerado es un factor asociado positivamente (“de riesgo”) para todas las formas de violencia por parte del cónyuge, excepto para las formas de dominancia por parte de él, para las que opera como un factor protector; y si la mujer aporta a los gastos del hogar tiene una mayor y marginal probabilidad de ser víctima de amenazas y agresiones físicas por su cónyuge.

Estar en embarazo disminuye la probabilidad de que la mujer sea agredida físicamente por su cónyuge.

Cuadro 3.3 Relación de diversos factores con la victimización de la mujer por parte de su compañero o cónyuge en términos de OR's ajustadas. Colombia 2005

Variables	Control En la vida	Control Último año	Ame- naza con arma En la vida	Ame- naza con arma Último año	Agre- sión física En la vida	Agre- sión física Último año	Agre- sión sexual En la vida
Residir en cabecera municipal			1,31 **	1,36 **		1,24 **	
Región (Referencia Atlántica)							
Oriental	1,04	0,92	1,05	0,99	1,07 **	0,96	1,29 *
Central	1,18	1,10	1,04	0,89	1,18 **	0,77	1,33 **
Pacífica	1,17	1,11	0,98	0,96	1,29 **	1,06	1,40 **
Bogotá	1,56 **	1,44 **	1,32 **	1,16	2,12 **	1,58 **	1,29
Orinoquía/Amazonía	1,33 **	1,14	1,11	0,82 **	1,80 **	0,88	1,32 **
Edad mujer	0,98 **	0,98 **	0,99 **	0,96 **		0,96 **	
Edad cónyuge		0,99 *			0,99 **	0,98 **	1,01 **
Grado de escolaridad de la mujer			0,99 **	0,84 **	0,90 **	0,87 **	0,88 **
Grado de escolaridad del cónyuge	0,91 **	0,93 **	0,91 **	0,90 **	0,90 **	0,89 *	0,83 **
Estrato económico social mujer			0,91 **	0,92 **	0,96 **	0,92 **	
Mujer trabajó último año o tiene trabajo remunerado	0,79 **	0,80 **	1,18 **	1,14 **	1,14 **	1,14 *	1,30 **
Mujer aporta a gastos del hogar			1,04 **	1,04 **			
¿Quién decide cómo gastar el dinero?:							
Cónyuge/compañero			1,86 **	1,85 **	1,91 **	2,16 **	1,30
Ambos de común acuerdo			0,72 **	0,63 **	0,79 **	0,80 **	0,67 **
Alguien diferente a la pareja			1,18	1,00	1,13	0,91	1,21
Conjuntamente con alguien mas			1,16	1,27	1,16	1,47	1,33
Embarazo actual					0,79 **		
Número de hijos con los que viven	1,09 **	1,09 **	1,21 **	1,19 **	1,15 **	1,13 **	1,20 **

*: P =< 0,05; **: P =< 0,01

Agresión de la mujer a su cónyuge sin que haya mediado agresión de éste inmediatamente antes

Se analizaron los factores asociados al hecho que la mujer sea agresora de su cónyuge o compañero (agresión física, agresión verbal y dominancia de la mujer al hombre) sin que haya mediado una agresión de parte de él inmediatamente antes, es decir, que la acción de la mujer no sea como defensa de un ataque perpetrado por el hombre. El Cuadro 4 presenta las Razones de Oportunidad (OR) en la vida ajustadas obtenidas por medio de regresión logística para cada tipo de agresión.

El principal factor de riesgo entre los estudiados para que la mujer sea agresora proactiva de su cónyuge o compañero es haber padecido anteriormente, aunque no inmediatamente antes, agresiones de parte de él (situaciones de control, amenazas y agresión física). Haber sido amenazada en el último año disminuye la probabilidad de que la mujer sea agresora de su cónyuge, pero es un factor de riesgo cuando se trata de amenazas durante la vida.

Otro factor de riesgo es que la pareja viva en la cabecera municipal, en contraposición de quienes viven en el área rural. Se reportó también que a mayor estrato económico y social hay mayor probabilidad de que la mujer sea agresora sin que la agresión sea un acto de defensa a otra del compañero o cónyuge: en general, por cada estrato se incrementa la posibilidad de agresión verbal y de agresión física cerca del 10%, pero no se encontró que este factor estuviera asociado a manifestaciones de control por parte de la mujer, es decir, el control de la mujer a su compañero se presenta en todos los estratos económicos y sociales.

A medida que aumenta la edad de la mujer tienden a disminuir las situaciones de control por parte de ella, y a medida que aumenta la edad del cónyuge tienden a disminuir la agresión verbal y la agresión física de la mujer a su cónyuge o compañero. Por cada año en que se incrementa la edad de la mujer o de su cónyuge tiende a disminuir entre 1% y 2% la probabilidad de que la mujer agrede proactivamente a su compañero.

Cuadro 3.4 Relación de diversos factores con la agresión de la mujer a su cónyuge o compañero sin que haya habido agresión por parte de él inmediatamente antes. OR ajustadas, Colombia, 2005

Variables	Agresión física	Agresión verbal	Control
Residir en cabecera municipal	1,36 **	1,19 *	1,21 **
Región (Referencia Atlántica)			
Oriental	0,70 **	0,60 **	0,70 **
Central	0,88	0,69 **	0,78 **
Pacífica	0,88	0,73 **	0,80 **

Variables	Agresión física	Agresión verbal	Control
Bogotá	0,80	0,67 **	0,69 **
Orinoquia/Amazonía	1,34 **	0,87	0,69 **
Edad mujer	0,97 **		
Edad cónyuge		0,99 **	0,99 **
Estrato económico social mujer	1,11 *	1,11 **	
Mujer trabajó último año o tiene trabajo remunerado			
Mujer víctima control por su pareja en la vida	1,47 **	1,52 **	1,60 **
Mujer víctima de amenazas por su pareja en la vida	1,66 **	1,42 **	1,25 **
Mujer víctima de amenazas por su pareja en el último año	0,74 **		
Mujer víctima de agresión física por su pareja en la vida	1,61 **	2,26 **	1,52 **

Factores asociados al hecho que la mujer consulte los servicios de salud por las lesiones que le generó la agresión recibida por su pareja

El principal factor asociado a que la mujer consulte a un servicio de salud como consecuencia de una agresión física de su cónyuge es haber recibido amenazas por parte de él, seguido en importancia por el hecho de que la mujer tenga trabajo remunerado. Se aumenta también esta probabilidad, aunque en forma más débil, si la mujer aporta a los gastos del hogar. A mayor edad de la mujer hay mayor probabilidad de que consulte los servicios de salud para atender las lesiones generadas por la agresión (Cuadro 5).

Cuando se analizó el aseguramiento a servicios de salud, no se encontró asociación con la consulta ni tampoco con el hecho de residir en la cabecera municipal o en el área rural.

Cuadro 3.5 Factores asociados al hecho de que la mujer consulte los servicios de salud por las lesiones que generó la agresión recibida por su pareja en Colombia. OR e IC del 95%.

Variable	B	Valor P	OR	IC 95% OR	
				Inferior	Superior
La mujer tiene trabajo remunerado	0,216	0,013	1,24	1,05	1,47
Víctima de amenaza por la pareja en la vida	0,530	0,000	1,70	1,42	2,04
Edad de la mujer	0,030	0,000	1,03	1,02	1,04
Aporte en los gastos por la mujer	0,059	0,035	1,06	1,00	1,12

Factores asociados al castigo físico al niño por parte de la mujer

El Cuadro 6 presenta los factores ajustados que se asocian con el hecho de que la mujer sea agresora de sus hijos o de niños a su cuidado.

Las mujeres residentes en Bogotá tienen menor probabilidad de ser agresoras de los menores a su cuidado que las mujeres de las regiones Oriental, Central, Pacífica y Orinoquia/Amazonía.

La probabilidad de que la mujer sea agresora del menor es mayor cuando se tienen antecedentes de haber sido víctima de agresión por su pareja. En efecto: haber sido víctima de control en el último año, y haber sido víctima de agresión física en la vida aumenta la probabilidad en 10% y 30% respectivamente. Las víctimas de agresión sexual en la vida por su cónyuge tienen una mayor probabilidad de ser agresoras de los niños a su cuidado que quienes no tienen este tipo de antecedente.

A mayor número de hijos o hijas en el hogar es mayor la probabilidad de que se presente maltrato físico al menor bajo su cuidado.

Por cada nivel educativo alcanzado se disminuye entre 5% y 10% la probabilidad de agredir a los niños, y por cada año de edad se disminuye esta probabilidad en 3%.

Cuadro 3.6 Factores asociados a que la mujer castigue físicamente a los menores de edad bajo su cuidado, Colombia, 2005. OR e IC del 95%

Variables	B	Valor P	OR	I.C. 95% OR	
				Límite inferior	Límite Superior
Regiones		0,0000			
Oriental	0,3350	0,0000	1,40	1,25	1,57
Central	0,5180	0,0000	1,68	1,52	1,86
Pacífica	0,5870	0,0000	1,80	1,60	2,03
Bogotá	-0,1510	0,0350	0,86	0,75	0,99
Orinoquia y Amazonía	0,2170	0,0000	1,24	1,11	1,39
La mujer tiene trabajo remunerado	-0,1170	0,0020	0,89	0,83	0,96
Mujer víctima de control en los últimos 12 meses	0,0940	0,0180	1,10	1,02	1,19
Mujer víctima de agresión física en la vida	0,2680	0,0000	1,31	1,21	1,42
Mujer víctima de agresión sexual en la vida	0,1310	0,0340	1,14	1,01	1,29
Edad de la mujer	-0,0270	0,0000	0,97	0,97	0,98
Nivel educativo de la mujer	-0,0730	0,0000	0,93	0,89	0,97
Número de hijos con los que vive	0,1060	0,0000	1,11	1,08	1,15

DISCUSIÓN

Para comenzar esta discusión es conveniente resaltar las limitaciones de este estudio. La ENDS-2005 es una encuesta transversal, por lo tanto los resultados de los factores asociados de riesgo y protección no señalan causalidad, sino solo la asociación entre las variables en estudio, lo que impide colegir la dirección de esta asociación.

También es importante advertir que se trata de una encuesta realizada a mujeres sobre las situaciones familiares en las cuales fueron víctimas o agresoras, y no se entrevistó a sus compañeros o cónyuges.

El análisis de la ENDS-2005 provee excelente información sobre la magnitud y características de la victimización femenina en el hogar –objetivo principal de este y otros estudios similares emprendidos en buena hora por Profamilia y Macro International–. Sin embargo, debido a las variables que en ella se estudiaron, no constituye la mejor fuente de información para detectar los factores explicativos de dicha victimización. Para conocer mejor este fenómeno es conveniente adelantar estudios que tengan en cuenta otras variables de entorno, cultura, familia y persona, así como las características de los cónyuges o compañeros (Clark y King, 1998:31; Jasinski y Williams, 1998:11; Tolan *et al*, 2006:569; Caetano *et al*, 2008:507; Duque *et al*, 2009:63).

El análisis de los factores asociados a la violencia intrafamiliar muestra algunas de las características que aumentan la probabilidad de ser víctima, lo cual permite a quienes tienen bajo su responsabilidad la toma de decisiones conocer sobre qué grupos debe aumentarse el control y la sensibilización de las víctimas para que denuncien, y cómo dirigir los recursos para la atención de las víctimas y para la prevención de la agresión.

El estudio de la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 sobre violencia intrafamiliar, ha permitido tener elementos de juicio sobre algunos factores asociados a la victimización de la mujer por su cónyuge y sobre la agresión proactiva de la mujer a su cónyuge, así como del maltrato de la mujer a los menores de edad a su cuidado. Aunque todavía es un panorama incompleto, las ENDS significan un avance muy importante en el camino del conocimiento de los factores que se asocian al complejo fenómeno de la violencia intrafamiliar, que podrá completarse con otros estudios o con futuras encuestas, como la analizada, que tengan en cuenta a los cónyuges –tanto hombres como mujeres– y a otros miembros de las familias.

Es importante tener en cuenta que la información sobre victimización y sus factores asociados permite conocer la magnitud y distribución de la violencia, pero no es suficiente para fundamentar políticas públicas, programas y proyectos para prevenir la violencia intrafamiliar y promover la convivencia en las familias. Para hacerlo, es necesario tener evidencia científica sobre los factores de riesgo y protección asociados con ser un agresor.

La ENDS-2005 provee de elementos para estudiar algunos de los factores asociados a que la mujer sea agresora proactiva de su compañero o cónyuge y del menor, pero no proporciona

información sobre el cónyuge masculino agresor. Es necesario, entonces, estudiar y comprender cuáles son las características de los hombres agresores, de sus familias, comunidades y contexto que se asocian a al hecho de ser agresores. Con estos factores se pueden fundamentar estrategias de prevención de la violencia a la pareja y al menor. Este ejercicio ya ha sido realizado por PREVIVA en algunos lugares de Antioquia –en el Valle de Aburrá y en las subregiones del Suroeste (Jardín, Andes y Ciudad Bolívar), Urabá (Chigorodó, Turbo y Apartado) y Oriente (Cocorná, San Francisco, San Luis y Abejorral)–, y con base en sus resultados se pudieron explicar, con suficiente evidencia científica, los factores asociados a la agresión intrafamiliar en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y diseñar e implementar la “Política Pública de Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia, 2007-2015” para la misma población (Duque *et al*, 2009:63); además, con la asesoría técnica del Programa PREVIVA, se fundamentaron los Planes de Convivencia y Seguridad Municipales basados en los factores asociados a la agresión en el Suroeste, Urabá y Oriente de Antioquia.

Factores asociados a que la mujer sea víctima de agresión por su pareja

En general los factores asociados a los diferentes tipos de victimización de la mujer por su pareja fueron similares: a mayor edad de la mujer y de la pareja, a mayor nivel educativo del cónyuge y de la mujer, y a mayor estrato económico y social, menor es la victimización de la mujer por su pareja.

Otros factores asociados negativamente a la victimización de la mujer se refieren a que haya comunicación y equidad en las relaciones, manifiestas en hechos como que ambos decidan sobre los gastos en el hogar.

Los factores de riesgo más importantes para que la mujer sea víctima de agresión por parte de su cónyuge fueron: residir en la cabecera municipal, en contraposición a residir en la zona rural; el número de hijos con los que se convive; vivir en unión libre; tener un trabajo remunerado y que sea el cónyuge quien decide sobre cómo realizar los gastos en el hogar.

En cuanto a la agresión de la mujer hacia los hijos menores, se encontró que a mayor edad de la mujer y mayor nivel educativo existe menor probabilidad de que se presente. Y mayor probabilidad cuando la mujer ha sido víctima de agresión por parte de la pareja y cuando el número de hijos en el hogar es mayor.

La edad de la mujer y su pareja

Los resultados de la ENDS-2005 concuerdan con otros estudios que indican que al aumentar la edad de la mujer y la de su pareja y a mayor duración de la unión descenden los niveles de

agresión. En efecto, se ha descrito que las tensiones en la pareja que generan conflicto disminuyen al aumentar la edad de sus miembros y la duración de la unión y, por lo tanto, ambos factores se comportan como protectores contra la agresión y (Clark y King, 1998:31; Ellsberg *et al*, 2000:195; Ruiz *et al*, 2003:1) También se ha informado que a mayor edad de la madre menor es la agresión contra el menor a su cuidado (Clark y King, 1998:31; Sprang *et al*, 2005:335).

Nivel educativo de la mujer y la pareja

En concordancia con este análisis, se ha informado en otros estudios que el nivel educativo de la mujer y de su pareja es uno de los factores fundamentales que se asocia negativamente con la agresión en la familia: a mayor nivel educativo menos probable es la agresión en la pareja y el maltrato al menor (Gelles, 1985:175; Kotch *et al*, 1995:1115; Dang *et al*, 2008:21). El nivel educativo de la mujer se ha señalado, también, como un factor importante en indicadores tales como la mortalidad infantil y la desnutrición (Singleton *et al*, 2009:e768; Beeckman *et al*, 2009:787) y como uno de los indicadores de equidad de género para los países (ONU, 2006). Promover la educación de calidad para mujeres y hombres permitiría disminuir la agresión en las parejas y promover el desarrollo.

Sin embargo, se han reportado evidencias en contrario sobre la asociación que tiene la educación con la violencia intrafamiliar. Straus (Straus 2006: 156) encontró mayor violencia intrafamiliar en las personas con nivel educativo alto

Ingresos, ocupación y aportes de la mujer en los gastos en el hogar

Se ha reportado frecuentemente que la pobreza es un factor asociado a la violencia intrafamiliar. Se postula que el estrés que viven las familias por las dificultades en los ingresos aumenta las tensiones y genera conflictos en las relaciones de pareja y con los menores. Las situaciones que tienen que ver con los ingresos al hogar como el empleo, los problemas financieros, la enfermedad y la muerte de sus miembros están posiblemente relacionadas con la violencia. Estos factores estresantes aumentan los conflictos entre los cónyuges e interactúan además con otros tipos de variables como la personalidad y la capacidad que tienen las personas de controlar la ira, resolver los conflictos y comunicarse (Clark y King, 1998:31). En el caso de la ENDS-2005 hay evidencia que no se compadece con lo anterior: por ejemplo, el que la mujer aporte a los gastos del hogar es un factor asociado positivamente a que sea víctima de amenazas por su cónyuge; que la mujer tenga empleo remunerado es un factor “protector” o asociado negativamente a que sea víctima de situaciones de control por su cónyuge, pero es un factor de riesgo para que sea víctima de las demás agresiones estudiadas (agresión física, amenazas, agresión sexual). También se evidencia que la dominancia del cónyuge en el control de los gastos del hogar es un predictor

de otro tipo de agresiones, y que cuando en las parejas se decide conjuntamente el modo como se invierten los ingresos del hogar se reduce la agresión a la mujer. Parece que lo que se ve en la ENDS-2005 es más bien que en la etapa de transición hacia una mayor inclusión de la mujer en la actividad económica y en funciones de responsabilidad social, hay una mayor probabilidad de que sea agredida –como se ha descrito por algunos autores (Pallitto y O’Campo, 2005:2205; Archer, 2006:133; Abramsky *et al*, 2011:108)– y que la mujer tiene menor probabilidad de sufrir situaciones de control por su compañero cuando ejerce estos tipos de actividad.

Se ha informado que el desempleo o la presencia de empleos parciales se asocian con mayor violencia en pareja (Pallitto y O’Campo, 2005:2205; Archer, 2006:133; Abramsky *et al*, 2011: 108), pero también se ha reportado (Duque *et al*, 2009:108) que el desempleo durante la vida está más asociado a la violencia conyugal que el desempleo durante el último año, lo que sugeriría un mayor peso de la asociación de la agresión conyugal con expresiones de una persona conflictiva o con el síndrome de personalidad antisocial, que traen aparejados entre otras situaciones la inestabilidad en el empleo o desempleo crónico o recidivante, que con situaciones de tensión, como la pérdida reciente del empleo.

El número de hijos

Éste ha sido un factor de riesgo reportado en la literatura que aumenta la probabilidad de agresión entre cónyuges y de maltrato al menor. Se ha postulado como explicación que el mayor número de hijos en la pareja aumenta las tensiones en el hogar y los conflictos que desencadenan la agresión.

Lugar de residencia

Es importante resaltar que fue un factor de riesgo para la victimización de la mujer por amenaza y agresión física residir en la cabecera municipal. Los resultados parecerían contradictorios con otros estudios que han encontrado que en los lugares donde hay más pobreza y menor acceso a los servicios se encuentra más violencia en los hogares (Bell y Naugle, 2008:1096). Pero la ENDS-2005, si bien indica que residir en casco urbano es un factor de riesgo, también lo es pertenecer a estratos económicos y sociales bajos, así como tener un bajo nivel de escolaridad. Estos factores confluyen en las zonas marginadas urbanas de nuestras ciudades.

En el mismo sentido, residir en Bogotá aumenta la probabilidad de que la mujer sea víctima de violencia intrafamiliar. Esta ciudad es el mayor centro poblado del país, con grandes iniquidades económicas y sociales que pueden generar conflictos en las familias. En Bogotá el 23% de la población está en niveles de miseria y el 7% de indigencia, y se encuentra gran proporción de población desplazada que vive en situaciones de exclusión e iniquidad (Departamento Nacional de Estadística, 2007).

Antecedentes de victimización de la mujer por su pareja como factor de riesgo para el castigo físico contra el menor

En el presente estudio se encontró que el antecedente de victimización de la mujer por su pareja es un factor de riesgo para que la mujer maltrate físicamente al menor. Cosa similar se ha reportado en otros estudios (Tajima, 2000:1383; Stith *et al*, 2004:65).

Factores asociados a la agresión de la mujer a su pareja

Entre los factores asociados a la agresión de la mujer contra su cónyuge, sin que medie agresión de éste en el episodio, se encontró que las mujeres que residen en la zona urbana tienen mayor probabilidad de ser agresoras proactivas; también, que a mayor edad del cónyuge, menor es la probabilidad de que sea agredido verbalmente o sometido a situaciones de control. Por el contrario, a mayor edad de la mujer y estrato más alto mayor es la probabilidad de que la mujer agrede a su pareja. Por último, debe resaltarse la importancia que tiene el que la mujer haya sido víctima de agresión por su pareja anteriormente: este factor aumenta la probabilidad de ser agresora sin que medie agresión inmediatamente antes por parte de él.

A pesar del bajo nivel explicativo de los modelos, en este análisis resulta muy llamativa la fuerte asociación que se presenta entre la mujer como agresora de su cónyuge y los antecedentes de haber sido víctima de diferentes formas de agresión por parte de él. Este hecho permite inferir que la mujer no se comporta como víctima consuetudinaria ni el hombre como agresor consuetudinario, sino que existen parejas que se agreden y presentan relaciones de conflicto. La participación de ambos miembros de la pareja en la violencia familiar como víctimas y agresores –simetría por sexo– ha sido reportada en estudios en otros países (Archer, 2000a:651; Archer, 2000b:697; Archer, 2002:313; Archer, 2006:133; Straus y Ramírez, 2007:281) y se reportó en las encuestas realizadas por el programa PREVIVA en Medellín y los nueve municipios del área metropolitana (Duque y Montoya, 2008:27; Duque *et al*, 2009:63).

Factores asociados a que la mujer consulte los servicios de salud por las lesiones de la agresión recibida por su pareja

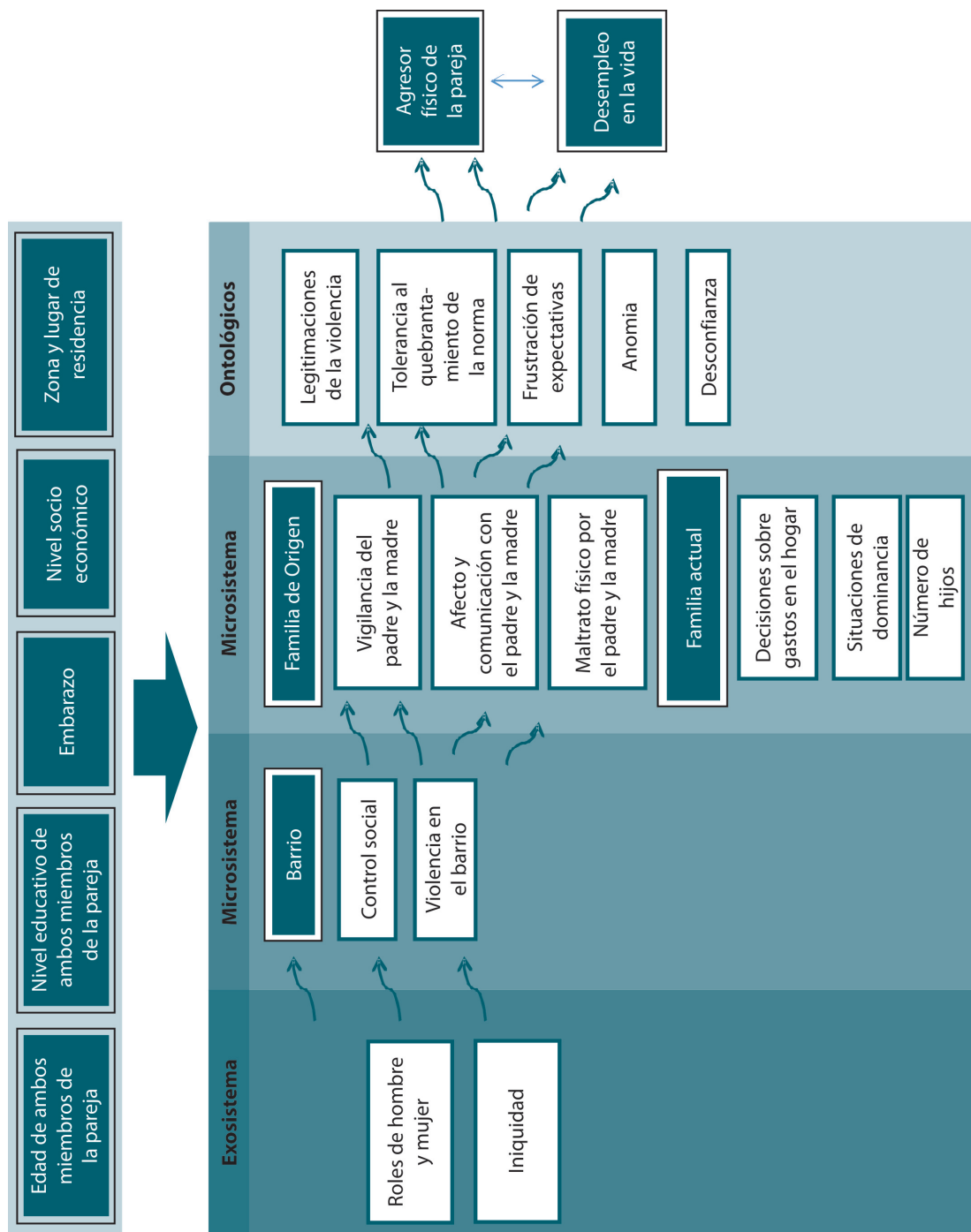
La búsqueda de atención a los servicios de salud como consecuencia de violencia conyugal todavía está marcada por situaciones socioeconómicas. En este análisis se ha puesto de presente que la probabilidad de que la mujer acuda a los servicios de salud después de una agresión conyugal está mediada por la capacidad económica tanto del cónyuge como de la mujer. Estas iniquidades en el acceso a los servicios de salud se pueden deber a que los usuarios deben incurrir en diversos

gastos para lograr la atención, como son los de transporte, medicamentos y copagos por consultas médicas. Muchas de las mujeres víctimas de agresión por su pareja, además de tener múltiples miedos y tabúes alrededor de violencia intrafamiliar –lo que limita su consulta a los servicios de salud–, también tienen escasez de dinero para acceder a estos servicios, puesto que generalmente son mujeres sin trabajo, bajo nivel educativo y con escasos ingresos (ONU, 2006). No se encontró una relación entre el régimen de aseguramiento y la consulta a los servicios de salud, pero sí se halló que es más probable que las mujeres cuyo esposo tiene un trabajo remunerado acudan a ellos. Tener un trabajo remunerado se asocia a ingresos más estables y a estar asegurada en salud por medio de una Empresa Promotora de Salud en el régimen contributivo. También se observó que a mayor edad de la mujer es más probable la consulta a los servicios de salud.

Colofón

Se ha realizado el análisis de dos estudios de violencia intrafamiliar llevados a cabo en Colombia con muestras poblacionales al azar: el primero, una muestra nacional de mujeres (ENDS-2005), incluye con detalle las formas de agresión a la mujer por su pareja –entre ellas la variable de conductas de control–, y ha estudiado la violencia proactiva de la mujer en la familia, pero no ha incluido importantes variables relacionadas con la persona, sus creencias y actitudes y las características del exosistema; el segundo es una muestra general de la población de hombres y mujeres en Medellín y su área metropolitana, rico en consideración de variables de la persona, la familia y el barrio, pero que no ha llegado al análisis de situaciones de control en la pareja, ni a la agresión proactiva de la mujer en el hogar. En el diagrama siguiente se resumen las variables que han sido halladas como asociadas a la violencia intrafamiliar por estos dos estudios. Sería de gran interés que se llevaran a cabo estudios en muestras representativas de la población en nuestro medio que analizaran las variables que fueron objeto de estudio por ambos grupos de investigadores, lo que permitiría estimar su grado de asociación con las violencias familiares, así como la fracción de riesgo poblacional de dichas variables.

Diagrama 1. Resumen de variables que se asocian a la violencia intrafamiliar en Colombia: estudios de Duque et al en Antioquia y ENDS-2005.



CONCLUSIONES

- La probabilidad de que la mujer sea víctima de agresión por su cónyuge y que la mujer aplique castigo físico al niño o niña bajo su cuidado disminuye al aumentar la edad de la mujer. Por el contrario, al aumentar la edad de la mujer aumenta la probabilidad de que ésta agrede proactivamente a su pareja.
- A mayor nivel educativo de la mujer y de su pareja disminuye la posibilidad de que ella sea víctima de agresión y de que la mujer aplique castigo físico al menor.
- A mayor estrato social y a mayor equidad en las relaciones de pareja y empoderamiento de la mujer –expresadas, por ejemplo, en que tanto la mujer como su pareja decidan sobre los gastos familiares y que la mujer aporte en el hogar– disminuye la probabilidad de que la mujer sea víctima de violencia conyugal.
- Residir en la cabecera municipal y en Bogotá fueron factores de riesgo importantes para que la mujer ser víctima de agresión (para las situaciones de agresión física en la vida y en el último año y amenaza en la vida), mientras que residir en Bogotá disminuye la probabilidad de que la mujer maltrate al menor.
- Convivir con un mayor número de hijos e hijas aumenta la probabilidad de ser víctima de agresión por la pareja y de que la mujer castigue físicamente al menor bajo su cuidado.
- Que la mujer ha sido víctima de agresión verbal o física por parte de su pareja, y en especial de agresión por dominancia, aumenta la probabilidad de que ésta agrede proactivamente a su cónyuge y maltrate físicamente al menor bajo su cuidado.

RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones están orientadas en tres sentidos: *investigación, promoción de la equidad de géneros y prevención específica de formas de agresión intrafamiliar.*

Investigación

Es necesario llevar a cabo estudios que permitan sustentar políticas públicas de prevención y control de la violencia intrafamiliar. Entre ellos se destacan tres tipos: en primer lugar, estudios sobre la magnitud y la distribución de la violencia intrafamiliar en muestras representativas de la población de hombres, mujeres y menores de edad, que permitan el mejor conocimiento de la agresión y victimización entre los cónyuges y del maltrato a menores de edad; en segundo término, estudios que lleven a un mejor conocimiento de los factores de riesgo y protección asociados a la agresión intrafamiliar, que permitan identificar los factores individuales, familiares y del contexto –que bien pueden ser parte de los anteriormente mencionados–; y en tercer lugar, estudios en los cuales la unidad de observación sea la familia como un todo en relación con su ambiente o entorno socio cultural.

Equidad y calidad de las relaciones

La promoción de la equidad social y entre los géneros y el mejoramiento de las relaciones en la familia son sustanciales para prevenir la violencia intrafamiliar. De los hallazgos de este análisis son de especial pertinencia las políticas públicas sobre:

- Promover el aumento del nivel educativo en las poblaciones, como medio para generar equidad y disminuir las conductas agresivas en las familias.
- Promover la equidad en las oportunidades de trabajo para todos los miembros de las familias y, especialmente, para las mujeres, ya que por la vía de un mayor empoderamiento femenino se pasa de una situación de transición a una de equidad económica y social de género en la que se espera que haya menores probabilidades de que se presente violencia en la familia.
- Promover la equidad de género en las principales políticas de desarrollo económico y social del país, no como un anexo o aditamento, sino como un aspecto medular que lleve a que cada una de dichas políticas se construya a partir de una visión de promoción de la mujer en la sociedad y no como una nueva forma de discriminación femenina “positiva”, como son las cuotas de participación femenina y similares. En efecto: el país carece de una perspectiva de equidad de género, la que se confunde con “paternalismo” hacia la mujer y discriminación

positiva, que transmite de manera inconsciente el mensaje erróneo de que la mujer no está a la altura del hombre y, por ende, es necesario crearle situaciones artificiales de “superación”.

- Promover y reforzar las políticas y programas de salud sexual y reproductiva responsable, especialmente en las comunidades y grupos humanos que hoy están menos cubiertos por ellos.
- Prevenir los desajustes en la vida familiar y promover relaciones positivas en las parejas y de ellas con los hijos.

Intervenciones o programas específicos de prevención y control de la violencia intrafamiliar

A la par de los anteriores tipos de intervención socioculturales y políticos, es necesario implementar al menos tres tipos de programas específicos para la prevención y control de la violencia intrafamiliar. Estos programas deben estar fundamentados en evaluaciones de impacto atribuible de sólida fundamentación científica.

- Intervenciones de prevención primaria de la agresión en las familias, en las que se enseñe a padres, madres, cuidadores y maestros pautas adecuadas de educación y crianza, contingentes y consistentes, y que promuevan otras formas de ejercer la disciplina diferentes al castigo físico.
- Intervenciones de prevención secundaria de la violencia de pareja, en las que se intervengan familias con desajustes leves y violencias incipientes para prevenir que éstas avancen y lleguen a expresiones severas de violencia intrafamiliar. Es conveniente que estén basadas en la perspectiva de género, la buena comunicación, el control de impulsos o de la ira y capacitación para la solución de problemas.
- Intervenciones de resocialización de agresores de niños en las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H., y Heise, L. (2011). "What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence". En: *BMC Public Health*, 11:108-138.

Archer J. (2000a). "Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review". En: *Psychology Bulletin*, 126(5):651-680.

_____ (2000b). "Sex differences in physical aggression to partners". En: Frieza, O'Leary, White, S., Koos y Figueredo. *Psychology Bulletin*, 126(5):697-702.

_____ (2002). "Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners. A meta-analytic review". En: *Aggression and Violent Behavior*, 7(4):313-351.

_____ (2006). "Cross-Cultural Differences in Physical Aggression Between Partners: A Social-Role Analysis". En: *Personality and Social Psychology Review*, 10(2):133-153.

Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Universidad de Antioquia (2007). *Política pública para la promoción de la convivencia y la prevención de la violencia en el Valle de Aburrá. 2007-20015*. Medellín: Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Universidad de Antioquia.

Bailey, B. A. y Daugherty, R. A. (2007). "Intimate Partner Violence During Pregnancy: Incidence and Associated Health Behaviors in a Rural Population". En: *Maternal and Child Health Journal*, 11:495-503.

Beeckman, K., Van de Putte, S., Putman, K. y Louckx, F. (2009). "Predictive social factors in relation to pre-term birth in a metropolitan region". En: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7):787-792.

Bell, K. y Naugle, A. E. (2008). "Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework". En: *Clinical Psychology Review*, 28(2008):1096-1107.

Betancourt, J. (2004). "Las relaciones y los conflictos paterno/materno-filiares. Estudio de caso en Bogotá". En: *Dialogo de Saberes*, 21(2):76-80.

Brofenbrenner, V. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

Caetano, R. y Cundarai, C. (2003). "Intimate Partner Violence and Depression among Whites, Blacks, and Hispanics". En: *Epidemiology*, 13(10):661-665.

Caetano, R., Vaeth, P. y Ramisetty-Mikler, S. (2008). "Intimate Partner Violence Victim and Perpetrator Characteristics Among Couples in the United States". En: *Journal of Family Violence*, 23:507-518.

Cepeda-Cuervo, E., Moncada-Sánchez, E. y Álvarez, V. P. (2007). "Violencia intrafamiliar que afecta estudiantes de educación básica y media de Bogotá". En: *Revista Salud Pública*, 9(4):516-528.

Chandrasekaran, V., Krupp, K., George, R. y Madhivanan, P. (2007). "Determinants of domestic violence among women attending an human immunodeficiency virus voluntary counseling and testing center in Bangalore, India". En: *Indian Journal of Medical Sciences*, 61(5):253-262.

Cifuentes, A., Villadiego, Y., Meló, M. y Ruiz, R. (1998). "Características de la dinámica familiar en familias desplazadas por la violencia usuarias del proyecto Hogares Comunitarios de Bienestar del sector

Rancho Grande de Montería-Córdoba" (tesis de para optar al título de magíster en desarrollo familiar). Barranquilla: Universidad del Norte, Maestría en Desarrollo Familiar.

Clark, R. y King, P. A. (1998). *Violence in families assessing prevention and treatment programs*. Washington: National Research Council, Institute of Medicine. Capítulo 2: "Family violence and family violence interventions", pp.31-58.

Colombia. Congreso de la República. Ley 294, del 16 de julio de 1996: Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Bogotá: El Congreso.

_____. Ley 575, 9 de febrero de 2000: Por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 294 de 1996. Bogotá: El Congreso.

Dallos, M. I., Pinzón, A., Barrera, C. A., Mujica, J. A. y Meneses, Y. (2008). "Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia". En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1):56-65.

Dang, N., Ostergren, P. O. y Krantz, G. (2008). "Intimate partner violence against women in rural Vietnam: different socio-demographic factors are associated with different forms of violence. Need for new intervention guidelines?" En: *BMC Public Health*, 8(55):21-15.

Departamento Nacional de Estadística (2007). "Encuesta de calidad de vida, Bogotá 2007". [Sitio disponible en]: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=274&Itemid=66 Consultado: octubre 27 de 2010.

Duque, L. F. et al. (2007a). *Violencia, alcohol, drogas, tabaco y sexualidad insegura en Medellín y el área metropolitana* [en proceso de publicación]. Medellín: Universidad de Antioquia.

Duque, L. F., Montoya, N. E. y Toro, J. A. (2007b). "Reporte de Hechos Violentos en los municipios del Valle de Aburrá". En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(2):48-58.

Duque, L. F. y Montoya, N. E. (2008). "La violencia doméstica en Medellín y demás municipios del Valle de Aburrá, 2003-2004". En: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(1):27-39.

Duque, L. F., Montoya, N. (2009). *La violencia en el Valle de Aburrá: Caminos para la superación*. Capítulos 1. "Las violencias en Medellín y los municipios vecinos"; 2. "La violencia doméstica"; 3. "Política pública para la promoción de la convivencia y la prevención de la violencia en el Valle de Aburrá, 2007-2015". Medellín: Cátedra litográfica, segunda edición.

Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. y Winkvist, A. (2000). "Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua". En: *Social Science & Medicine*, 51(11):1595-1610.

Farrington, D. P. (2003). "Developmental and life-course criminology: key theoretical and empirical issues". En: *Criminology*, 41:221-255.

Fergusson, D. M., Horwood, J. y Ridder, E. M. (2005). "Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort". En: *Journal of Marriage and Family*, 67:1103-1119.

Fichel, A. H. y Rynerson, B. C. (1998). "Domestic violence and family interdependence". En: *Aggression Violent Behavior*, 3(3):295-301.

Gelles, R. J. (1985). "Family Violence". En: *Annual Review Sociology*, 11:347-367.

Gelles, R. J. y Cavanaugh, M. M. (2005). "Association is not causation. Alcohol and other drugs do not cause violence". En: Loseke, D., Gelles, R. J. y Cavanaugh, M. M. (eds.) *Current controversies on family violence*. USA: Sage Publications. pp.175-190.

Graham-Kevan, N. y Archer, J. (2003a). "Intimate terrorism and common couple violence: A test of Johnson predictions in four British samples". En: *Journal of Interpersonal Violence*, 18:1247-1270.

Graham-Kevan, N. y Archer, J. (2003b). "Physical aggression and control in heterosexual relationships: The effect of sampling". En: *Violence Victims*, 18:181-196.

_____ (2005). "Using Johnson's domestic violence typology to classify men and women in a non-selected sample". En: *Journal Abnormal Behavior*, 10:680-714.

Greene, A. F., Lynch, T. F., Decker, F. y Coles, C. J. (1997). "A psychobiological theoretical characterization of interpersonal violence offenders". En: *Aggression and Violent Behavior*, 2(3):273-284.

Huizinga, D. (2003). "Delinquency and crime. Some highlights from the Denver Youth Study". En: Thornberry, T. P. y Krohn, M. D. (eds.) *Taking stock of delinquency: An overview from findings from contemporary longitudinal studies*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers. pp. 47-92.

Jasinski, J. L. y Williams, L. M. (1998). "Dynamics and risk factors in partner violence". En: Jasinski, J. L. y Williams, L. M. (eds.) *Partner violence: A compressive review of 20 years of research*. Thousand Oask: Sage.

Johnson, M. P. (1995). "Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against Women". En: *Journal of Marriage and Family*, 57:283-294.

_____ (1999). "Two Types of Violence Against Women in the American Family: Identifying Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence". En: *Annual meetings of the National Council on Family Relations*; November Irvine, CA.

Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E. y Resick, P. A. (2007). "Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking". En: *Addictive Behaviors*, 32:1272-1283.

Kaysen, D., Pantalone, D., Chawla, N., Lindgren, K., Clum, G., Lee, C. y Resick, P. A. (2008). "Posttraumatic stress disorder, alcohol use, and physical health concerns". En: *Journal Behavior Medicine*, 31:115-125.

Kessler, R. C., Molnar, B. E., Feurerc, I. D. y Appelbaum, M. (2001). "Patterns and mental health predictors of domestic violence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey". En: *International Journal of Law and Psychiatry*, 24:487-508.

Klevens, J. (2001). "Violencia física contra las mujeres en Santa Fé de Bogotá: prevalencia y factores asociados". En: *Pan American Journal Public Health*, 9(2):78-83.

Kotch, J. B., Browne, D. C., Ringwalt, C. L., Stewart, P. W., Ruina, E., Holt, K., Lowman, B. y Yung, J. W. (1995). "Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children". *Child Abuse & Neglect*, 19(9): 1115-1130.

Krug, E. G., Dahlberg, LL., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Capítulos 1. “La violencia un problema de Salud Pública”; 3: “Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo”; 4: “La violencia en la pareja”. Ginebra: OMS.

Loeber, R. (2003). “The development of male offending. Key findings from fourteen years of the Pittsburgh Youth Study”. En: Thornberry, T. P. y Krohn, M. D. (eds.). *Taking stock of delinquency. An overview from findings from contemporary longitudinal studies*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers. pp. 93-136.

Loseke, D. R. y Kurz, D. (2005). “Men’s violence toward women is the serious social problem”. En: Loseke, D. R., Gelles, R. J. y Cavanaugh, M. M. (eds.). *Current controversies on family violence*. USA: Sage Publications. pp.79-95.

McKinney, M., Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S. y Nelson, S. (2009). “Childhood Family Violence and Perpetration and Victimization of Intimate Partner Violence: Findings From a National Population-Based Study of Couples”. En: *Epidemiology*, 19:25-32.

Ojeda, G., Ordóñez, M. y Ochoa, L. H. (2005). *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005*. Capítulos 1: “Introducción. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia”; 10 y 13: “Violencia contra las mujeres y los niños”. Bogotá: Macro Internacional, Profamilia.

OMS (2006). *Maltrato infantil y alcohol*. Ginebra: OMS.

ONU (2006). “II Panorama general. Adelanto de la mujer: adelanto de la mujer. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer”. Informe del Secretario General. Washington: ONU, pp.30-37.

_____ (2006). “III El contexto y las causas de la violencia contra la mujer. Adelanto de la mujer: Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer”. Informe del Secretario General. Washington: ONU, pp.69-85.

Palacio, M. C. y Castaño, L. C. (1994a). *Marco Metodológico de la investigación. La realidad de las familias de Popayán*. Bogotá: Ministerio de Salud, Universidad de Caldas. pp.30-40.

Palacio, M. C. y Castaño, L. C. (1994b). *Marco Metodológico de la investigación. La realidad de las familias de Quibdó*. Bogotá: Ministerio de Salud, Universidad de Caldas. pp.19-30.

Pallitto, C. C. y O’Campo, P. (2005). “Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective”. En: *Social Science & Medicine*, 60:2205-2216.

Pineda, J. “Masculinidades y feminismos. Violencia intrafamiliar en doble vía: negociando identidades masculinas”. [Sitio disponible en]: <http://www.redmasculinidades.com/resource/images/BookCatalog/Doc/00079.pdf> Consultado: junio 12 de 2010

Rodríguez, M., Fonseca, A. P. y Puche, J. J. (2003). “Características psicológicas de los hombres que ejercen violencia conyugal: un estudio en Bogotá, DC”. En: *Revista Colombiana de Psicología*, 11:91-98.

Ruiz, M., Roperio, C., Amar, J. y Amarís, M. (2003). “Familia con violencia conyugal y su relación con la formación del autoconcepto”. En: *Psicología desde el Caribe*, 11:1-23.

- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A., De Santiago-Hernando, M. L., Herranz-Torrubiano, A., Garraón-Ruiz, M. L. y Gender Violence Study Group (2006). "Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women". En: *Epidemiology*, 16(5):357-363.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D. y Gannon-Rowley, T. (2002). "Assessing "neighborhood effects": social processes and new directions in research". En: *Annual Review Sociology*, 28:443-478.
- Shumacher, J. A., Slep, A. M. S. y Heyman, R. E. (2001). "Risk factors for male to female partner physical abuse". En: *Aggression and Violent Behavior*, 6:281-352.
- Singleton, R. J., Wirsing, E. A., Haberling, D. L., Christensen, K. Y., Paddock, C. D., Hilinski, J. A., Stoll, B. J. y Holman, R. C. (2009). "Risk factors for lower respiratory tract infection death among infants in the United States, 1999-2004". En: *Pediatrics*, 124(4):e768-776.
- So-Kum, C. y Pui-Yee Lai, B. (2007). "A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China, 1987-2006". En: *Aggression and Violent Behavior* [Sitio disponible en]: doi:10.1016/j.avb.2007.06.001.
- Sprang, G., Clark, J. J. y Bass, S. (2005). "Factors that contribute to child maltreatment severity: a multi-method and multidimensional investigation". En: *Child Abuse & Neglect*, 29:335-350.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B. y Tritt, D. (2004). "Intimate physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review". En: *Aggression Violent Behavior*, 10:65-98.
- Straus, M. A. y Stewart, J.H. (1999). "Corporal Punishment by American Parents: National Data on Prevalence, Chronicity, Severity, and Duration, in Relation to Child and Family characteristics". En: *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2):55-70.
- Straus, M. A. (2005). "Women's violence toward men. Is a serious social problem". En: Loseke, D. R., Gelles, R. J. y Cavanaugh, M. M. (eds.). *Current controversies on family violence*. USA: Sage Publications.
- Straus, M.A. (2006). "Behind closed doors. Violence in the American family". New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- _____ (2008). "Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations". En: *Children and Youth Services Review*, 30:252-75.
- Straus, M. A. y Ramirez, L.I. (2007). "Gender Symmetry in Prevalence, Severity, and Chronicity of Physical Aggression against Dating Partners by University Students in Mexico and USA". En: *Aggression Behavior*, 33:281-290.
- Sugarman, D. B. y Frankel, S. L. (1996). "Patriarchal ideology and wife assault: A meta-analytic review". En: *Journal Family Violence*, 11:13-40.
- Tajima, E. A. (2000). "The relative importance of wife abuse as a Risk factor for violence against children". En: *Child Abuse & Neglect*, 24(11):1383-1398.
- Tolan, P., Gorman-Smith, D. y Henry, D. (2006). "Family Violence". En: *Annual Review of Psychology*, 57:557-583.

Vaiz Bonifaz, R. G. y Spanó, A. M. (2004). "La violencia intrafamiliar: el uso de drogas por la pareja desde la perspectiva de las mujeres maltratadas". En: *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 12:433-438.

Weiner, M. D., Sussman, S., Sun, P. y Dent, C. (2005). "Explaining the link between violence perpetration, victimization and drug use". En: *Addictive Behavior*, 30:1261-1266.

Wong, F. Y., Huang, J. J., DiGangi, J. A., Thompson, E. E, y Smith, B. D. (2008). "Gender differences in intimate partner violence on substance abuse, sexual risks, and depression among a sample of South Africans in cape town, South Africa". En: *AIDS Education and Prevention*, 20(1):56-64.

Yllö, K. A. y Straus, M. A. (1984). "Patriarchy and violence against wives: the impact of structural and normative factors". En: *International Journal of Social Welfare*, 1:1-13.

Yllö, K. A. (2005). "Through feminist lens: gender, diversity, and family violence: extending the feminist framework". En: Loseke, D. R., Gelles, R. Y. y Cavanaugh, M. M. (eds.). *Current controversies on family violence*. USA: Sage Publications. pp.19-34.

CAPÍTULO 4:

CONSUMO DE

SUSTANCIAS

PSICOACTIVAS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta la magnitud y distribución del consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína en la población colombiana, basándose en aspectos sociodemográficos tales como el sexo, el nivel educativo, el estrato socioeconómico y el tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Hace también un análisis de los factores de riesgo y protección de los usuarios con posible abuso de alcohol y tabaco.

La elección de los indicadores a describir se hizo con base en la bibliografía científica disponible y en la información recogida por la Encuesta Nacional de Salud 2007, contratada por el Ministerio de la Protección Social.

En relación al consumo de alcohol, se utilizaron indicadores de prevalencia de uso, intensidad –en número de días de consumo–, uso intenso (más de 4 tragos por ocasión) durante los últimos quince días, consumo de riesgo, consumo perjudicial y posible dependencia alcohólica (según el CAGE), en el grupo poblacional de 12 a 69 años. La presencia de un consumo perjudicial y/o dependencia alcohólica fue relacionada con factores ampliamente reportados en la literatura (OPS, 2000:9-22; OMS, 2004:22-65), tales como:

- Condiciones socioeconómicas y ambientales
- Morbilidad sentida
- Funcionamiento y discapacidad sentida
- Victimización, accidentalidad y creencias legitimadoras de la violencia
- Reporte de infección de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo

Para el consumo de tabaco, se describieron prevalencia de uso, intensidad de uso (número de cigarrillos por día) tanto en consumidores actuales como en ex-consumidores, y cronicidad en consumidores actuales y ex-consumidores entre el grupo de 12 a 69 años. En el análisis de los factores de riesgo y protección se relacionó el alto riesgo a la dependencia de nicotina con las

mismas dimensiones y categorías utilizadas para el análisis de uso perjudicial y dependencia al alcohol.

El consumo de marihuana fue descrito a través de la prevalencia de uso –en la vida, el último año y el último mes–, intensidad de uso (en número de días en el último mes) y uso de otras sustancias en el último mes. Por su parte, el consumo de cocaína se expresa por medio de la prevalencia de uso. En ambos casos, el grupo poblacional descrito se encuentra entre los 18 y 69 años de edad.

Los resultados que se presentan a continuación, con base en los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007, se constituyen en un aporte para el análisis de la situación de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

RESULTADOS

Alcohol

Magnitud: Consumo de alcohol en la población general con edades entre los 12 y 69 años

El 77,8% de la población encuestada ha consumido alguna vez en la vida alcohol, el 30,5% en los últimos 30 días y el 18,9% –uno de cada cinco colombianos– tuvo un consumo de alta intensidad (más de 5 tragos por ocasión) en los últimos quince días. Para todos los casos, el consumo de los hombres es mayor que el de las mujeres. Al contrastar la prevalencia de uso de los últimos 30 días con el consumo de alta intensidad en los últimos quince días, resulta que más de la mitad de los usuarios en los últimos 30 días tuvieron un consumo intenso (Anexo, Cuadro 4.1).

Según los grupos de edad de la población, el mayor consumo de alcohol se encuentra en las personas de 20 a 34 años, seguido por los adultos de 35 a 49 años. Llama la atención que cerca de la mitad de los adolescentes, entre 12 y 14 años, ha consumido alcohol alguna vez en su vida, y que 3 de 4 jóvenes entre los 15 y 19 años también lo ha hecho. De manera global se observa que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida se mantiene estable –por encima del 80%– en la población mayor de 20 años. Por otra parte, la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, según el grupo de edad, sitúa al grupo de 20 a 24 años como el de mayor uso, seguido de los grupos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años. Los datos en su conjunto ilustran un descenso en la prevalencia de los últimos 30 días a partir del grupo de 45 años. De manera particular, se observa que un tercio de los jóvenes de 15 a 19 años consumió en los últimos 30 días. Al observar la distribución del consumo de alta intensidad en los últimos 15 días, se tiene que la mayor proporción se da en las personas de 20 a 34 años, edad a partir de la cual empieza a disminuir. Llama la atención que el consumo de alta intensidad en los últimos 15 días es mayor en los jóvenes de 15 a 19 años (aproximadamente 2 de 10) que en las personas de 55 o más años (Anexo, Cuadro 4.2).

La mayor prevalencia de consumo en la vida se encuentra en el estrato 6, en tanto que la menor está en el estrato 5; en los demás estratos las cifras son similares, y oscilan entre 77,1% y 78,7%. En relación con la prevalencia de uso en los últimos 30 días, se observa que el estrato 6 tiene la cifra más alta, los estratos 1, 5 y 0, en su orden, tienen las más bajas, y los valores en los estratos 2, 3 y 4 son similares. Llama la atención que aunque en el estrato 6 se observe la prevalencia más alta de consumo intenso, ésta es muy similar a la que presentan todos los estratos, que oscilan entre 16,5% (en el estrato 5) y 20,6% (en estrato 6) (Anexo, Cuadro 4.3).

La prevalencia de uso de alcohol alguna vez en la vida, en los últimos 30 días, y el consumo de alta intensidad en los últimos 15 días se presentan más altas en las cabeceras de los municipios y disminuyen del centro poblado a la zona rural dispersa (Anexo, Cuadro 4.4).

Al examinar la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, se encontró que departamentos como Vaupés, Tolima, Guaviare, Meta, Bolívar y la ciudad de Bogotá presentan

mayores magnitudes de uso, oscilando entre 35,1% y 40,5%. Los departamentos con menor prevalencia de uso de alcohol en los últimos 30 días fueron Norte de Santander, La Guajira, Sucre, Quindío, Casanare, y Santander, con proporciones entre el 19,7% y el 24,9% (Anexo, Cuadro 4.5).

Intensidad

Al examinar la frecuencia de uso de alcohol en la población que reportó tener un hábito de consumo en el último año,¹ se encontró que el 7,7% consume alcohol tres o más días a la semana, y el 26,8% 1 o 2 días a la semana, para un total de 34,5%, es decir, alrededor de un tercio de la población con hábito consume cada semana. La mayoría de la población tiene un consumo ocasional al mes, al año o no consumió en el último año. El consumo de 1 o 2 días a la semana en los hombres es dos veces mayor al de las mujeres. Aunque en el consumo de 3 o más días a la semana la diferencia es menor, los hombres siguen presentando el porcentaje más alto (Anexo, Gráfico 4.1).

Si se observa el consumo de 3 o más días a la semana según el grupo de edad, se tiene que las personas entre 45 y 59 años –y en particular, en el rango entre 50 y 54 años– presentan una mayor frecuencia; en el cuarto lugar están los jóvenes de 20 a 24 años. El consumo de 1 o 2 días a la semana se da en mayor porcentaje entre los jóvenes de 20 a 24 años, seguidos por los jóvenes de 15 a 19 años; entre los 25 y 54 años las proporciones son muy similares y a los 65 años decrece. En concordancia con estos resultados, el consumo ocasional se da en mayor medida en los jóvenes de 12 a 14 años y en los adultos mayores de 65 años (Anexo, Gráfico 4.2).

Según el estrato, el consumo de 3 o más días a la semana se da en mayor proporción en los estratos 3, 2 y 4; el consumo de 1 o 2 días a la semana en el estrato 6, seguido en similar proporción por los estratos 0 (sin estrato) y 5. El estrato 4 presenta el mayor consumo ocasional al año o no consumo (Anexo, Gráfico 4.3).

Al observar las proporciones del consumo de 3 o más días a la semana no se identifican diferencias significativas; sin embargo vale anotar que los mayores porcentajes se encontraron entre las personas con básica primaria, seguidos por los que presentan básica secundaria y los profesionales con postgrado (con y sin título). Para el consumo de 1 o 2 días a la semana se observa mayor variabilidad en las proporciones: los individuos con formación preescolar muestran un mayor consumo, seguidos por los profesionales con postgrado (con y sin título) (Anexo, Gráfico 4.4).

¹ En esta variable solo se encuentran las personas que consumieron alguna vez en la vida y reportaron tener un hábito en la pregunta 1502; esto quiere decir que las personas que consumen, independientemente de que tan frecuentemente lo hagan, pero no perciben tener un hábito, no hacen parte de esta variable. Esta situación se debe a la forma como fueron diseñados los saltos entre las preguntas.

Una mirada de la frecuencia de uso según el régimen de afiliación a salud, muestra que las mayores proporciones, en la frecuencia de 3 a 7 días a la semana y de 1 o 2 días a la semana, se encuentran entre las personas que no saben o no responden sobre su tipo de afiliación y los vinculados. Llama la atención que el régimen contributivo y el especial presentan las menores proporciones de consumo de 1 o 2 días a la semana; también que en el consumo de 3 o más días a la semana, los individuos con régimen indeterminado y contributivo presentan las menores proporciones de uso en el último año. Por lo tanto, las personas en el régimen contributivo y aquellas con régimen indeterminado presentan las mayores proporciones de uso ocasional (Anexo, Gráfico 4.5).

Consumo de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica

Un análisis del tipo de consumo de la población colombiana, utilizando el instrumento tamiz para alcoholismo CAGE, muestra al 71,4% de la población como bebedora social; el 2,6% ha tenido un consumo de riesgo, y el 3,9% un consumo perjudicial o una probable dependencia alcohólica. Al tomar en consideración el sexo, se observa que, con respecto al consumo de riesgo perjudicial y dependencia alcohólica, los hombres cuádruplican las cifras presentadas por las mujeres (Anexo, Cuadro 4.6).

Si se considera tanto el tipo de consumo de alcohol como la frecuencia de uso en el último año, se observa que el consumo de tres o más días en la semana y 1 o 2 días a la semana aumenta a medida que se tiene un consumo de mayor riesgo, de tal manera que los consumos más intensos son reportados por las personas con posible dependencia alcohólica. Llama también la atención que la frecuencia de uso en la semana es muy similar entre las personas con consumo de riesgo y consumo perjudicial (Anexo, Gráfico 4.6).

Al examinar el tipo de consumo de la población colombiana según su edad, se observa que el paso de los 14 a los 15 años y el de los 19 a 20 está acompañado de un aumento en el consumo de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica; el consumo de riesgo aumenta casi el doble, y el perjudicial y la dependencia alcohólica es tres veces más alto.

Al mirar las cifras globalmente se observa que la mayor presencia de bebedores sociales se presenta en las edades entre 20 y 29 años, en adelante empieza a disminuir con la edad. El consumo de riesgo se presenta en mayor medida en los grupos de 20 a 24 años y 40 a 44 años, sin embargo la oscilación de los datos entre los 20 y 54 años es baja. El consumo perjudicial aumenta con la edad, y tiene su pico máximo entre los 40 y 54 años, seguido del grupo de 20 a 39 años. En relación con la dependencia alcohólica, aumenta levemente a partir de los 20 años y hasta los 30, en adelante las proporciones se mantienen muy similares hasta los 64 años, momento en que desciende (Anexo, Cuadro 4.7).

Un análisis del estrato socioeconómico de acuerdo con el tipo de consumo presentado, muestra que el estrato 6 reporta el mayor número de bebedores sociales y de dependientes al alcohol;

el estrato 5 el mayor consumo de riesgo. Las personas del estrato 6 y aquéllas sin estrato o con servicios piratas presentan los mayores índices problema, y al contrastar sus prevalencias llama la atención que los “sin estrato” presentan un consumo perjudicial que es más de cuatro veces el del estrato 6 (en el cual es nulo), pero tienen menos de la mitad de dependientes que los de este estrato. Después de quienes figuran como “sin estrato”, los de los estratos 2 y 3 son los que presentan mayor consumo perjudicial. Los estratos 2 y 1 siguen al 6 y al “sin estrato” en las mayores proporciones de dependencia alcohólica. Finalmente es importante resaltar que el estrato 4 es el que presenta más bajas proporciones de consumo de riesgo y dependencia alcohólica y que, también, es uno de los que menos consumo perjudicial tiene (Anexo, Cuadro 4.8).

Respecto al nivel educativo, se observa que los consumos de riesgo son más elevados, en su orden, en los universitarios sin título, en personas con secundaria y en aquéllos con título técnico/tecnológico, mientras que el consumo perjudicial se da principalmente en las personas con básica secundaria, primaria o nivel técnico. La dependencia alcohólica se presenta principalmente en las personas sin ninguna formación o solo preescolar, seguidas de universitarios sin título (Anexo, Cuadro 4.9).

Al comparar por tipo de afiliación, se encuentra que las personas vinculadas y con afiliación indeterminada, en su orden, presentan las mayores proporciones de consumo perjudicial y dependencia alcohólica, seguidas por las personas en régimen subsidiado. Quienes están en el régimen contributivo y los regímenes especiales reportan las menores proporciones en consumo perjudicial y dependencia (Anexo, Cuadro 4.10).

Tanto los consumos de riesgo como los perjudiciales se dan un poco más en las cabeceras municipales y en centros poblados; sin embargo, la prevalencia de dependencia se presenta levemente mayor en el área rural dispersa (Anexo, Cuadro 4.11).

Al tomar la proporción de ex-consumidores (no consumo en los últimos doce meses) y el tipo de riesgo de consumo tenido por éstos en el pasado, se encuentra que el 22,8% tuvo algún consumo problemático y un 8,6% dependencia alcohólica (Anexo, Cuadro 4.12).

La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es más temprana en los hombres que en las mujeres. Al comparar estas cifras por tipo de consumo, se encuentra que en las mujeres que reportaron dependencia alcohólica, el promedio de edad de inicio es casi un año menor que la de la bebedora social. Esta tendencia se muestra más claramente al analizar la mediana, así como los percentiles 25 y 75 de las edades de inicio de las mujeres en los consumos de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica, en todos los cuales se cumple esta tendencia. En los hombres, las estadísticas no muestran variaciones entre el tipo de consumo (Anexo, Cuadro 4.13).

Los intervalos de confianza de las medias (promedio de años) de las diferentes edades de inicio, según el tipo de riesgo de consumo explorado, muestra para la mujeres diferencias estadísticamente significativas (valor $p=0,019$ Anova) entre las bebedoras sociales y aquéllas con consumo

de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica –los cuales se yuxtaponen entre sí–. Para el caso de los hombres se observa que el intervalo de la edad promedio de los bebedores sociales es diferente al de aquéllos con dependencia alcohólica, diferencias estadísticamente significativas (valor $p=0,012$ Anova) (Anexo, Gráficos 4.7 y 4.8).

La distribución del tipo de consumo por departamentos de Colombia se organizó según la dependencia alcohólica y de mayor a menor proporción. Se encontró que los departamentos de Caldas y Meta, y la ciudad de Medellín y su Área Metropolitana tienen las mayores proporciones de posible dependencia alcohólica. Si se comparan los 10 primeros departamentos con dependencia y los 10 primeros con prevalencia de los últimos 30 días, solo 4 departamentos cumplen con ambas situaciones: Tolima, Guaviare, Meta y Chocó (Anexo, Cuadro 4.14).

Análisis bivariado de los factores asociados al consumo perjudicial y la dependencia alcohólica en Colombia

Para este análisis se toma como evento el consumo perjudicial y la dependencia alcohólica según los criterios aportados por el CAGE. El grupo lo conforma el 3,9% de la población colombiana en 2007. Teniendo en consideración la literatura científica y los resultados descriptivos de la distribución del evento, se realizaron los análisis bivariados controlando por sexo y edad.

- ***Condiciones socioeconómicas y ambientales***

Al explorar la relación entre la presencia del consumo perjudicial y la dependencia alcohólica con variables indicadoras del estado socioeconómico de la población, se identificó que las personas con un mayor nivel académico, un estrato socioeconómico más alto y que no pasan la mayor parte de su tiempo trabajando tienen un riesgo menor de presentar dependencia. Por su parte, las personas que no están en el régimen contributivo o en un régimen especial, sin afiliación a una Administradora de Riesgos Profesionales, sin un ingreso fijo mensual al momento de la encuesta, que no viven en una casa o apartamento –sino en un cuarto o en una vivienda tipo tienda, refugio, carpa, entre otras–, no tienen una vivienda propia pagada y perciben que las personas de la cuadra o vereda no están dispuestas a ayudarles ni se puede confiar en ellos presentan un mayor riesgo a desarrollar dependencia.

Al observar los valores OR, se concluye que las personas sin una afiliación a una administradora de riesgos profesionales y aquellas que no viven en una casa o apartamento tienen mayor riesgo de presentar un consumo perjudicial y dependencia alcohólica (Anexo, Cuadro 4.15).

- ***Morbilidad sentida***

El auto reporte de haber tenido en los últimos 30 días una lesión causada por accidente o violencia o un problema de salud –en particular, un problema mental, emocional o de los

nervios–, se presentó en mayor medida en aquellos con posible dependencia alcohólica (Anexo, Cuadro 4.16).

Llama la atención la asociación que presenta el auto reporte de enfermedad crónica con el riesgo de presentar dependencia alcohólica. En efecto, se observa relación entre el reporte de signos de riesgo y padecimiento de enfermedades cardiovascular, pulmonar, del estómago, intestino y colon, además presencia de asma, alergias y tuberculosis (Anexo, Cuadro 4.17).

- **Funcionamiento y discapacidad sentida**

Una mirada a la relación entre variables de *funcionamiento y discapacidad sentida* y el riesgo de dependencia alcohólica identificó una asociación entre la percepción de tener dificultad para concentrarse, aprender nuevas cosas, relacionarse con las personas, realizar actividades cotidianas en la casa y en el trabajo, y la presencia de una posible dependencia alcohólica. La asociación más fuerte se presenta entre una posible dependencia alcohólica y la dificultad para concentrarse (Anexo, Cuadro 4.18).

Al explorar la presencia de *actividad física* según el riesgo de dependencia, se identificó que las personas que no realizaron en los últimos 30 días actividades físicas vigorosas tienen una mayor probabilidad de tener dependencia alcohólica (Anexo, Cuadro 4.19).

- **Consulta a servicios de salud**

La última consulta por una lesión producto de accidente o violencia y el haber estado hospitalizado en el último año al menos por una noche se presentó más frecuentemente en las personas con posible dependencia alcohólica. (Anexo, Cuadro 4.20).

- **Victimización, accidentalidad y creencias legitimadoras de la violencia**

En la ENS-2007 pudo identificarse una asociación entre el haber sido *víctima de cualquier tipo de violencia en el último año* y la posible dependencia alcohólica. Esta asociación es más fuerte con violencias de alta intensidad –como el abuso sexual y el intento de estrangulación y/o de ser quemado–. Del mismo modo la presencia del consumo de alcohol, tanto por parte de la víctima como del victimario, se presenta en mayor porcentaje en las personas con posible dependencia cuyos padres se agredían entre sí y/o fueron castigados físicamente por éstos antes de los 18 años (Anexo, Cuadro 4.21).

Las personas que presentaron *accidentes de tránsito* en los años 2005, 2006 y 2007 tienen mayor probabilidad de presentar una dependencia alcohólica; en todos los casos esta probabilidad es mayor a un 70% en los sujetos con dependencia (Anexo, Cuadro 4.22).

Aquellos que presentaron un desacuerdo ante las creencias que justifican las acciones violentas tienen un menor riesgo de presentar dependencia alcohólica (Anexo, Cuadro 4.23).

- ***Infección de transmisión sexual y conductas de riesgo***

Quienes presentaron consumo de alcohol y drogas en sus relaciones sexuales o una infección de transmisión sexual perciben que tienen una alta probabilidad de tener VIH, y quienes han tenido conductas de riesgo para el contagio de esta enfermedad tienen mayores probabilidades de presentar dependencia alcohólica (Anexo, Cuadro 4.24).

- ***Percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas***

Identificar el consumo de marihuana, alcohol e inhalantes como perjudiciales, junto con considerar que el consumo de alcohol y cigarrillos causa problemas graves en la familia, disminuye la probabilidad de ser parte del grupo con posible dependencia alcohólica (Anexo, Cuadros 4.25 y 4.26).

Cigarrillo

Magnitud: Consumo de cigarrillo en población de 12 a 69 años

Alrededor de un tercio de la población colombiana (35,2%) ha consumido tabaco alguna vez en su vida, y de este porcentaje la mayoría lo ha hecho más de una vez –23% de la población entre 12 y 69 años–. Aproximadamente la mitad de la población que ha consumido tabaco alguna vez ha fumado como mínimo 100 cigarrillos en su vida –18,1% de la población de 12 a 69 años– y una proporción cercana a esta última (12,1%) consumió en los últimos 30 días. En promedio, el consumo de cigarrillo se inicia a los 17,2 años. El 75% de la población que ha consumido alguna vez inicio su consumo a los 19 años o menos. En todos los casos los hombres han consumido más que las mujeres. (Anexo, Cuadro 4.27).

La prevalencia de consumo alguna vez en la vida y de 100 cigarrillos como mínimo tienen un comportamiento similar con respecto a la edad: un incremento de 5 a 6 puntos porcentuales entre las prevalencias de los jóvenes de 12 a 14 años al pasar a los 15 y 19 años, y un poco más del doble de la prevalencia de estos últimos al pasar a los 20 y 24 años, momento en el que empieza a disminuir hasta los 39 años; en adelante la prevalencia aumenta con la edad, de tal manera que la mayor prevalencia se encuentra en los adultos mayores. Por su parte, la prevalencia de consumo en los últimos 30 días tiene un comportamiento similar a las anteriores, con la diferencia de que a partir de los 55 años empieza a disminuir (Anexo, Cuadro 4.28).

Las prevalencias de uso alguna vez en la vida, consumo de 100 cigarrillos y uso en los últimos 30 días son similares con respecto a las áreas de ubicación de la vivienda. En el área Cabecera se ubica la mayor prevalencia de uso alguna vez en la vida y del consumo de 100 cigarrillos, el área Centro Poblado tiene igual prevalencia de consumo de 100 cigarrillos en la vida que el área Rural Disperso, área en la que se da el menor consumo de los últimos 30 días (Anexo, Cuadro 4.29).

La distribución de las prevalencias de uso, exploradas según departamentos se organizaron de mayor a menor y se tomó como parámetro la prevalencia de uso en los últimos 30 días. Entre los primeros 10 departamentos con el mayor consumo en los últimos 30 días se encuentran también los departamentos con mayores prevalencias de uso alguna vez en la vida y consumo mínimo de 100 cigarrillos en la vida; de éstos, 4 departamentos son de la zona del viejo Caldas y Antioquia (Anexo, Cuadro 4.30).

Intensidad

La variable intensidad se construye con el total de consumidores actuales (pregunta 1521) y con los ex-consumidores que reportaron haber tenido hábito de consumo de cigarrillo en la vida (pregunta 1535) –los ex-consumidores que dijeron no haber tenido un hábito de uso de cigarrillo no respondieron la pregunta por la frecuencia de uso cuando fumaron,² por lo tanto la sumatoria de las proporciones de uso actual y ex-consumo no se ajustan a las prevalencias de uso en la vida ni a la de haber probado más de una vez cigarrillo–.

Los criterios tenidos en cuenta para establecer los rangos de intensidad parten de la literatura disponible en torno a los indicadores de dependencia nicotínica, en los que el consumo diario es un predictor, más aún si el consumo es de 6 o más cigarrillos al día (Campo-Arias, 2006:100). En consecuencia se estableció como baja intensidad el consumo ocasional de menos de un cigarrillo al día, como intensidad media el consumo de 5 o menos cigarrillos al día, y como intensidad alta el consumo de 6 o más cigarrillos al día.³

El 19,4% de la población reportó haber adquirido alguna vez en su vida el hábito de fumar, el 10,8% de éstos son fumadores actuales, y el 8,6% ex-consumidores. El 6,8% de los consumidores actuales son mujeres y el 15,8%, hombres. Si se suman las proporciones de intensidad de los fumadores actuales y los ex consumidores, se tiene que los valores más altos se encuentran en las intensidades media (8,5%) y alta (6,4%). Las diferencias entre fumadores actuales y ex-consumidores se observa principalmente en la mayor proporción de los primeros con intensidad alta (3,7% vs 2,7%) (Anexo, Gráfico 4.9). Los consumidores de mayor intensidad iniciaron su consumo más temprano –en promedio a los 16,1 años– que los demás consumidores –que obtuvieron como promedio a los 17,5 años–.

Al comparar el nivel de intensidad de uso en hombres y mujeres, se observa en ambos que la mayor proporción se encuentra en la intensidad media; sin embargo son más las mujeres

² Esto se debió al diseño de saltos en la Encuesta.

³ Existen dos variables para dar cuenta de la intensidad: número de días y unidad de tiempo (día, semana, mes, año); el cruce de ambas en la ENS-2007 presenta inconsistencias, en consecuencia se toman los datos de número días y se convierten, independiente de la unidad de tiempo, a cigarrillos día.

que reportan una baja intensidad de consumo y más los hombres con una alta intensidad. La diferencia de intensidad alta en hombres y mujeres es un poco más de 10 puntos porcentuales (22,4% vs. 35,5%).

Las proporciones de baja intensidad en hombres y mujeres ex-consumidores son similares, y las mujeres reportan más que los hombres una intensidad media. Al igual que en los consumidores actuales, la intensidad alta es presentada principalmente por hombres (27,2% vs. 38,1) (Anexo, Gráficos 4.10 y 4.11).

Al analizar la intensidad del consumo según el grupo de edad de la población, se observa que el consumo actual de baja intensidad disminuye con la edad hasta el límite de 60-64 años, momento en el cual se presenta un leve aumento. El consumo de intensidad media (5 o menos cigarrillos al día) tiene su pico máximo entre los 20 y 24 años, y presenta un comportamiento oscilante: aumenta con la edad hasta los 20 años, a partir de los 25 empieza a disminuir hasta los 35, permanece estable hasta los 44 cuando vuelve a aumentar hasta los 59, decrece entre los 60 y 64 años y vuelve a aumentar hasta los 69.

El consumo de alta intensidad (6 o más cigarrillos al día) aumenta con la edad hasta los 64 años: se intensifica su consumo entre los 34 y los 35-39 años, tiene un comportamiento estable entre los 45 y 59, momento a partir del cual presenta otro aumento importante hasta los 60-64 años, en adelante decrece. Un comportamiento similar se identificó en los ex-consumidores, diferenciándose de los consumidores actuales en que la intensidad media se presenta en mayor proporción en el grupo de edad entre los 40 y 44 años. En general se observa en los fumadores actuales más jóvenes con consumos de baja y media intensidad, y menos proporción de adultos entre los 45 y 64 años con estas intensidades (Anexo, Gráficos 4.12 y 4.13).

Tanto en los consumidores actuales como en los ex-consumidores, el consumo de baja intensidad aumenta con el nivel educativo, disminuye en los universitarios con título y aumenta en los profesionales con posgrado, observándose mayores proporciones de ex-consumidores en profesionales de postgrado sin título. La intensidad media está presente en dos grupos extremos: individuos sin ningún nivel educativo y universitarios con título, comportamiento que se observa tanto en los consumidores actuales como en los ex-consumidores. También el consumo de alta intensidad se presenta mayoritariamente en los extremos: en sujetos sin ningún nivel educativo o solo preescolar y en profesionales con postgrado sin título. A diferencia de la intensidad media, la alta intensidad evidencia de manera más clara un descenso en la proporción de uso: desde los que tienen un nivel educativo inferior hasta aquellos que tienen una formación técnica o universitaria sin título, momento en el cual empieza a aumentar hasta llegar a su mayor proporción en los profesionales de postgrado sin título. En los ex-consumidores con alta intensidad de consumo se observa un comportamiento diferente, con mayores oscilaciones: los consumos intensos se

presentan mayoritariamente en los sujetos sin ninguna formación, con básica primaria y universitarios sin título. Llama la atención que no se presentan profesionales con postgrado sin título ex-fumadores.

Tanto en consumidores actuales como ex-consumidores las personas con bajos niveles de formación académica y niveles muy altos de formación presentan mayores consumos de intensidad media y alta que los demás grupos (Anexo, Gráficos 4.14 y 4.15).

La intensidad del consumo en los fumadores actuales muestra, en su orden, al estrato 4, 5 y el “sin estrato” como las mayores proporciones de consumo de alta intensidad; para los ex-fumadores, las mayores proporciones de consumo de alta intensidad se presentan en el estrato 5, seguido del 1 y del “sin estrato”. El estrato 6 presenta la mayor proporción de consumo de intensidad media y la proporción menor de baja y alta intensidad tanto para los consumidores actuales como para los ex-fumadores (Anexo, Gráficos 4.16 y 4.17).

Los datos en relación con la intensidad de consumo en fumadores actuales y ex-consumidores y el tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, muestran que la proporción más alta de consumo de intensidad media en fumadores actuales se da en las personas que dieron como respuesta “no sabe o no responde” e indeterminado, y entre los ex-consumidores aquellos que pertenecen a los regímenes contributivo y especial. El consumo de alta intensidad en fumadores actuales se reporta principalmente en los individuos con régimen subsidiado, contributivo y vinculado, y en ex-consumidores el régimen subsidiado (Anexo, Gráficos 4.18 y 4.19).

Cronicidad

Se ha denominado cronicidad al número de años de consumo. Este análisis se hará con la población que en la ENS-2007 reportó ser consumidora actual y ex-consumidora con una frecuencia de uso, esto quiere decir el 19,4% de la población colombiana.

Los consumidores actuales llevan en promedio 12,4 años de consumo de cigarrillo, el 50% de ellos lo ha hecho durante 7 años o menos y el 75% por 20 años o menos. Los ex-consumidores tuvieron en promedio 9,5 años de consumo de cigarrillo, el 50% de ellos lo hicieron durante 5 años o menos y el 75% 15 años o menos. Estas cifras indican que la cronicidad ha sido mayor en los fumadores actuales que en los ex-consumidores.

Al analizar la intensidad de uso –en número de cigarrillos– según su cronicidad –en número de años–, se identifica cómo a medida que la intensidad de uso es más alta, el número promedio de años de consumo aumenta, tanto en consumidores actuales como en ex-consumidores. Al comparar las medidas de tendencia central en consumidores actuales y ex-consumidores, se observa que el promedio de años de consumo de alta intensidad duplica los valores de consumo de baja intensidad: el promedio de años de consumo de baja intensidad en consumidores actuales es de 7,8 años y para los fumadores de alta intensidad es de 16,6 años.

Las medianas de alta intensidad duplican la intensidad media, tanto en consumidores actuales como en ex-consumidores. Al comparar las medianas y los percentiles 75 de consumidores actuales y ex-consumidores, se observa valores inferiores en los ex-consumidores, esto puede indicar que hay mayor cronicidad en los fumadores actuales. Las diferencias entre medias son estadísticamente significativas tanto para fumadores actuales (valor $p=0,000$, Anova) como para ex-consumidores (valor $p=0,000$, Anova) (Anexo, Cuadro 4.31, Gráficos 4.20 y 4.21).

Según el sexo, la cronicidad del consumo de cigarrillo actual muestra cómo el promedio de años de consumo y los percentiles 25 y 75 son iguales entre hombres y mujeres; llama la atención el hecho que las mujeres tengan una mediana mayor de un año respecto a los hombres. En los ex-consumidores se observa otro comportamiento: el promedio de años de consumo, la mediana y los percentiles son levemente mayores en los hombres (Anexo, Cuadro 4.32).

Al analizar en consumidores actuales las medias de consumo (años promedios) según el sexo, se observa que la cronicidad es mayor en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas (valor $p=0,012$, prueba t para diferencia de medias). Los ex-consumidores muestran lo contrario: los hombres tienen mayor cronicidad que las mujeres ex-consumidoras, y la diferencia es estadísticamente significativa (valor $p=0,000$, prueba t para diferencia de medias) (Anexo, Gráficos 4.22 y 4.23).

A medida que aumenta la edad de la población, aumenta la cronicidad del consumo. Si se toma como parámetro las medidas de tendencia central para comparar la cronicidad entre consumidores actuales y ex-consumidores, se observa que éstos presentan menor cronicidad en los diferentes grupos de edad y que las medianas son menores a las presentadas por los consumidores actuales, especialmente a partir de los 35 años. En el percentil 75 se observa lo mismo que en las medianas, pero en este caso a partir de los 25 años. Estos datos pueden indicar que existe mayor cronicidad en los consumidores actuales, incluida la población más joven (Anexo, Cuadro 4.33).

La comparación entre las medias de cada grupo de edad muestra diferencias estadísticamente significativas para consumidores actuales (valor $p=0,000$ Anova) y ex-consumidores (valor $p=0,000$ Anova), con lo cual se afirma la relación directamente proporcional entre el aumento de la edad y la cronicidad en el uso de cigarrillo Anexo, Gráficos 4.24 y 4.25).

Una mirada a la relación entre cronicidad del consumo actual y el estrato socioeconómico de los consumidores –según el promedio de años de consumo por cada estrato– permite identificar, en su orden, al estrato 5, el “sin estrato” y el 1 como aquellos con promedios de años de consumo más altos (entre 16,3 y 13,9 años). En los ex-consumidores el promedio más alto se encuentra en el estrato 5 y el “sin estrato” (12 años) (Anexo, Cuadro 4.34).

Si se examinan las medias y sus intervalos de confianza, encontramos que el estrato 5 y 6 tienen intervalos más amplios, tanto en consumidores actuales como en ex-consumidores, lo cual

indica mayor variabilidad en las respuestas. Los intervalos de los “sin estrato” y el 1 son diferentes con los presentados por los estratos 2 y 3. En los ex-consumidores todos los intervalos entre sí se yuxtaponen. Las diferencias entre medias en los consumidores actuales son estadísticamente significativas (valor $p=0,000$ Anova), en los ex-consumidores no (valor $p=0,129$ Anova) (Anexo, Gráficos 4.26 y 4.27).

La cronicidad del consumo según el tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud identifica a las personas en régimen subsidiado como aquellas con mayor promedio de años de consumo, tanto en consumidores como en ex-consumidores (Anexo, Cuadro 4.35).

Al observar los intervalos de confianza de las medias, se encuentra que en los consumidores actuales el intervalo del régimen subsidiado no se cruza con los demás regímenes, excepto en el caso de las personas que no sabían o no respondieron. Las diferencias de estas medias son estadísticamente significativas (valor $p=0,000$). En los ex-consumidores los intervalos de los regímenes subsidiado, especial y contributivo se yuxtaponen, e igual comportamiento se observa entre los regímenes vinculado, indeterminado y no sabe o no responde. En general se observa que los intervalos del régimen subsidiado y contributivo se alejan en mayor proporción de estos tres últimos. Las diferencias de las medias en los ex-consumidores son estadísticamente significativas (valor $p=0,000$ Anova) (Anexo, Gráficos 4.28 y 4.29).

El análisis de la cronicidad de consumo actual según el nivel educativo de los consumidores, muestra que aquellos que tienen formación de básica primaria o ninguna presentan un mayor promedio de años de consumo, seguidos de los que tienen formación de postgrado. El comportamiento observado entre las medias muestra cómo a partir del nivel de básica primaria aquella disminuye hasta la formación técnica, en adelante empieza a aumentar. Los ex-consumidores presentan una mayor cronicidad en las personas de formación básica primaria, en los demás niveles se encuentran valores similares. Esto puede indicar que los fumadores actuales con postgrado desisten menos del consumo (Anexo, Cuadro 4.36).

Los intervalos de las medias de cronicidad según el nivel educativo en consumidores actuales y ex-consumidores muestran que las personas con solo básica primaria tienen una mayor cronicidad, comparada con los demás niveles. Estas diferencias son estadísticamente significativas (valor $p=0,000$) (Anexo, Gráficos 4.30 y 4.31).

Factores asociados al consumo diario de cigarrillo en Colombia: análisis bivariado

Para este análisis se tomaron los sujetos que en la ENS-2007 reportaron tener actualmente un consumo diario de cigarrillo, lo cual corresponde al 8,3% de la población colombiana. Acorde a la literatura científica, éstos tienen mayor riesgo de presentar dependencia nicotínica. El análisis se hizo controlando la edad y el sexo, variables que pueden confundir el efecto de la presencia de los factores asociados. Se excluyeron del análisis los ex-consumidores.

- **Condiciones socioeconómicas y ambientales**

Al contrastar la relación de diferentes variables socioeconómicas y ambientales con la posible dependencia a la nicotina, se observa cómo un mayor nivel de formación académica y un estrato socio económico más alto disminuyen el riesgo de presentar dependencia. Al explorar las características de la ocupación, se encuentra que las personas que no tienen un régimen contributivo o especial, no cuentan con un ingreso fijo mensual como empleador o empleado y no están afiliados a una administradora de riesgos profesionales presentan un mayor riesgo a desarrollar dependencia. Aquellos que no se pasan la mayor parte de su tiempo trabajando tienen menos riesgo.

Con relación a las condiciones de la vivienda, se identificó que quienes no viven en una casa o apartamento (sino en un cuarto o en una vivienda tipo tienda, refugio, carpa, entre otras), no tienen una vivienda propia pagada y no se perciben como confiables o diligentes para prestar ayuda a las personas de su cuadra o vereda tienen mayor riesgo de presentar dependencia nicotínica (Anexo, Cuadro 4.37).

- **Morbilidad sentida**

El auto reporte de haber tenido en los últimos 30 días una lesión causada por accidente o violencia, o un problema de salud –en particular, un problema mental, emocional o de los nervios– se presentó en mayor proporción en personas con posible dependencia nicotínica (Anexo, Cuadro 4.38).

En relación al *auto reporte de enfermedad crónica*, los sujetos que dijeron tener presión arterial elevada, triglicéridos altos, colesterol alto y azúcar en la sangre tienen una menor probabilidad de estar en el grupo que actualmente puede tener una dependencia nicotínica. Por su parte aquellos que manifestaron dolor en la espalda o cuello u otro dolor por más de quince días, tuberculosis y ulcera en el estomago o intestino tienen mayores probabilidades de dependencia actual (Anexo, Cuadro 4.39).

La presencia de una percepción de dificultad en el *funcionamiento o discapacidad*, según el riesgo de dependencia nicotínica, identificó que quienes expresaron una dificultad para mantenerse concentrados por más de diez minutos tienen un 22,7% de mayores probabilidades de presentar esta dependencia (Anexo, Cuadro 4.40).

La no realización de *actividades físicas* vigorosas o incluso ligeras está asociada a la presencia de una posible dependencia nicotínica (Anexo, Cuadro 4.41).

- **Consulta a servicios de salud**

En mayor proporción, las personas con una posible dependencia nicotínica presentan como último motivo de consulta un problema o enfermedad de la boca o una lesión por accidente o violencia (Anexo, Cuadro 4.42).

- **Victimización, accidentalidad y creencias legitimadoras de la violencia**

La *victimización* en el último año y en cualquiera de sus formas está presente en los sujetos con posible dependencia nicotínica; esta asociación es más fuerte entre quienes han sido abusados sexualmente, amenazados con arma, apuñeteados, pateados o arrastrados. Esta posibilidad de ser víctimas tiene como característica haber estado bajo el efecto del consumo de drogas diferentes al alcohol. Igualmente las personas con posible dependencia han estado más expuestas al castigo físico en la infancia y a la agresión entre los padres (Anexo, Cuadro 4.43).

Entre el 2005 y el 2007 la accidentalidad fue mayor en las personas con posible dependencia nicotínica. Esta probabilidad aumentó entre un 27,5% y un 58,0% (Anexo, Cuadro 4.44).

En relación a la presencia de creencias legitimadoras de la violencia, se encontró que quienes presentan un desacuerdo con estas creencias tienen menos probabilidades de ser parte del grupo con posible dependencia nicotínica (Anexo, Cuadro 4.45).

- **Infección de transmisión sexual y conductas de riesgo**

El consumo de sustancias alcohólicas y estimulantes en las últimas relaciones sexuales, junto con la percepción de tener una alta probabilidad de estar infectado con el virus del VIH y haber tenido, al menos, una conducta de alto riesgo para adquirirlo, se presenta en mayor medida en los sujetos con posible dependencia nicotínica (Anexo, Cuadro 4.46).

- **Percepción del acceso y riesgo del consumo de sustancias psicoactivas**

En relación a la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y la posible dependencia a la nicotina, se encuentra que la percepción del consumo de marihuana, alcohol y cigarrillo como muy perjudicial, y la creencia que el consumo de marihuana, cocaína, alcohol, cigarrillo y pastillas tranquilizantes causan problemas graves en la familia, se asocian con una menor probabilidad de estar en el grupo de sujetos con dependencia. (Anexo, Cuadros 4.47, 4.48 y 4.49).

Marihuana

Magnitud: Consumo de Marihuana en población general de 12 a 69 años

Según la ENS-2007, el 6,9% de la población colombiana ha consumido alguna vez en su vida marihuana, el 1,4% en el último año y el 0,6% en el último mes –casi la mitad de la población que lo hizo en el último año–. Al comparar las prevalencias entre hombres y mujeres, ellos cuadriplican las de ellas (Anexo, Cuadro 4.50).

La edad promedio de inicio del consumo es de 17,7 años, y el 75% de la población que ha probado marihuana en su vida tenía 19 años o menos cuando lo hizo (Anexo, Cuadro 4.51).

La mayor prevalencia de uso –en la vida, en el último año y en el último mes– corresponde a los jóvenes entre 18 y 24 años, edad a partir de la cual se observa una tendencia a la disminución (Anexo, Cuadro 4.52).

Según el estrato socioeconómico de la población, las prevalencias de uso muestran diferente comportamiento: el consumo alguna vez en la vida se da en mayor medida en los estratos 4 y 3; en el último año en el estrato 5; en el último mes en los estratos 5 y 3 –en la misma proporción– seguidos del estrato 2. Las prevalencias más bajas de consumo se dan en los estratos 6 y 1 (Anexo, Cuadro 4.53).

Se observan cifras más altas de consumo de marihuana alguna vez en la vida y en el último año en los individuos con educación básica secundaria y formación técnica. En el consumo en los últimos 30 días, el primer lugar lo tienen los universitarios sin título y las personas con básica secundaria (Anexo, Cuadro 4.54).

El consumo diario de marihuana en el último mes se presenta más en personas con educación básica primaria y básica secundaria; el consumo entre 9 y 29 días se presenta más en los individuos con postgrado; y de 8 días o menos al mes (en el último mes) es mayor en los universitarios con o sin título (Anexo, Gráfico 4.34).

Entre la población colombiana con régimen “vinculado” se encuentra el mayor número de personas que ha tenido contacto con la marihuana en la vida, en los últimos doce meses y en el último mes. Las personas con respuesta “indeterminado” muestran las prevalencias más bajas. En el régimen contributivo y en las personas con “indeterminado” se observa que el desistimiento del consumo en el último año y en el último mes es mayor que en los demás (Anexo, Cuadro 4.55).

Las mayores prevalencias de consumo de marihuana alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes se observan en las cabeceras municipales. Las prevalencias de consumo en el último año y en el último mes son similares en el centro poblado y en la zona rural dispersa (Anexo, Cuadro 4.56).

Las prevalencias de uso de marihuana muestran a Cali y Jumbo, Medellín y su Área Metropolitana, San Andrés y Risaralda como los lugares de mayor consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Es importante resaltar que Putumayo es el departamento con mayor prevalencia de uso en la vida, aunque en las demás prevalencias no se encuentra entre los 10 primeros (Anexo, Cuadro 4.57).

Intensidad

Para la valoración de la intensidad de uso de marihuana se tomaron solo las personas que reportaron su uso en los últimos 30 días.⁴

⁴ La Encuesta solo indaga por la frecuencia de uso en los consumidores de los últimos 30 días.

El 27,2% de las personas que consumieron en el último mes lo hicieron durante todos los días; llama la atención que fueron más las mujeres que los hombres las que presentaron esta frecuencia de uso (Anexo, Cuadro 4.58).

Al analizar el número de cigarrillos consumidos en el último mes, según la intensidad en número de días, se observa que el 75% de los consumidores diarios no se fumó más de 2 cigarrillos de marihuana al día, y que el 50% de ellos 1 o menos. Si se analiza este comportamiento se observa que aunque las mujeres consuman más días lo hacen en menos cantidad: mientras el 75% de los hombres que fuman a diario consumen 2 o menos cigarrillos de marihuana, y el 75% de las mujeres fuma 1 o menos (Anexo, Cuadro 4.59).

La comparación de los intervalos de las medias de cigarrillos según el número de días, en la población que reportó su consumo en el último mes, indica que a mayor cantidad de días aumenta la cantidad de cigarrillos consumidos; estas diferencias son estadísticamente significativas (valor $p=0,000$ Anova) (Anexo, Gráfico 4.32).

Los consumidores diarios de marihuana en el último mes iniciaron en promedio un año más temprano el consumo que los demás fumadores en el último mes, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Anexo, Cuadro 4.60).

La mayor proporción de fumadores de marihuana de 8 o menos días en el mes se encuentra en el grupo poblacional de 35 a 44 años, seguido de quienes tienen 45 años o más. Los fumadores de 9 a 29 días al mes son principalmente las personas entre 25 y 34 años. Los fumadores diarios se distribuyen con proporciones similares entre los 25 y 69 años (Anexo, Gráfico 4.33).

El consumo diario de marihuana se encuentra en mayor medida en los estratos 5 y 1; el de 9 a 29 días en las personas "sin estrato"; y el de 8 o menos días en el estrato 4 (Anexo, Gráfico 4.35).

El consumo diario de marihuana se presenta, sobre todo, en el régimen vinculado y subsidiado; el consumo de 9 a 29 días en las personas con régimen contributivo, seguidos de cerca del subsidiado. El consumo de 8 o menos días se presentó en las personas que no sabían o no respondían sobre su régimen (Anexo, Gráfico 4.36).

Policonsumo

La mayoría (82,9%) de los fumadores de marihuana en el último mes ha consumido tabaco en media y alta intensidad, esto quiere decir diario; el 13,3% ha consumido cocaína en el último mes; y el 23,2% presenta alto riesgo (consumo perjudicial y dependencia) en el consumo de alcohol. Al comparar las proporciones de uso de cocaína en el último mes y el nivel de riesgo de alcoholismo entre fumadores de marihuana en el último mes, se observa que estos últimos presentan más alto riesgo al alcohol y a la cocaína que los que no han consumido marihuana en el último mes. La exploración del uso de otras sustancias es importante a la hora de identificar los posibles usua-

rios con mayor probabilidad de consumo problemático de marihuana. Estudios previos indican que el consumo diario, el mayor número de cigarrillos de marihuana fumados al día y el uso de otras sustancias, especialmente el alcohol, predicen el uso problemático de la marihuana (Looby y Earleywine, 2007:2) (Anexo, Cuadro 4.61).

Cocaína

Magnitud: Consumo de cocaína en población de 18 a 69 años

Según la ENS-2007 el 1,8% de la población colombiana ha consumido cocaína alguna vez en su vida, el 0,5% lo ha hecho en el último año y el 0,1% en el último mes. La prevalencia de consumo es mayor en hombres que en mujeres (Anexo, Cuadro 4.62).

La edad de inicio en la que se presenta la oportunidad de consumir es en promedio de 21,4 años, y es igual a la edad del primer consumo; el 75% de los consumidores alguna vez en la vida probaron la cocaína a los 25 años o menos (Anexo, Cuadro 4.63).

Los menores de 34 años tienen la prevalencia más alta de consumo alguna vez en la vida; en el último año los jóvenes de 18 a 24 años seguidos de los de 25 a 29 años; y en el último mes los adultos entre 30 y 44 años (Anexo, Cuadro 4.64).

Los estratos 3, 6 y 4 presentan una mayor prevalencia de uso en la vida; los estratos 3 y 5 en el último año; en el último mes solo se reportó uso en los estratos 1, 2 y 3 con igual proporción (Anexo, Cuadro 4.65).

La mayor prevalencia de uso en la vida se encuentra en las personas con formación universitaria o técnica/tecnológica; de consumo en el último año en las personas con educación básica secundaria y técnica/tecnológica; y en el último mes en las personas de básica primaria o menos (Anexo, Cuadro 4.66).

Las personas con afiliación “vinculado” presentan las mayores prevalencias de uso en sus tres modalidades. En general no se observa un comportamiento entre las cifras reportadas (Anexo, Cuadro 4.67).

Según el área de ubicación de la vivienda, las prevalencias de uso son más altas en las cabeceras municipales; el área rural dispersa presenta las más bajas (Anexo, Cuadro 4.68).

Los departamentos con mayor prevalencia de uso alguna vez en la vida son Putumayo, Risaralda, Caquetá, San Andrés y Vaupés, y las ciudades de Cali y Jumbo. La prevalencia más alta del consumo en el último mes la presentan San Andrés y Cali - Jumbo (Anexo, Cuadro 4.69).

La población colombiana que ha consumido alguna vez en la vida marihuana tiene en promedio 13,6 años sin consumir; el 25% de la población hace 3 años y el 75% 23. Las mujeres muestran menos años promedio desde el último consumo (Anexo, Cuadro 4.70).

El tiempo transcurrido entre el último consumo y el momento actual aumenta con la edad, es decir que es mayor en las personas con mas años, lo cual puede sugerir que se consume una sola vez, cuando se es joven, y no se persiste. Estas diferencias son estadísticamente significativas (valor $p=0,000$ Anova) (Anexo, Cuadro 4.71).

De acuerdo al nivel educativo, las personas con formación universitaria y/o postgrado y con básica primaria llevan mayor tiempo sin consumir. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p=0.002$ Anova) (Anexo, Cuadro 4.72).

DISCUSIÓN

Existen diferentes indicadores para valorar tanto el uso como el abuso de las sustancias psicoactivas, y también diferentes han sido las formas de medición de estos indicadores en los estudios poblacionales realizados en Colombia en los últimos 20 años. Con el objetivo de contrastar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007, particularmente en sus hallazgos sobre la magnitud de los eventos, se tomaran tanto informes nacionales previos y reportes mundiales, como artículos de análisis y síntesis sobre la distribución y aquellos que profundizan en algunos factores específicos.

Colombia ha recopilado información sobre el uso de sustancias psicoactivas en 6 estudios nacionales sobre su población: las Encuestas Nacionales de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizadas en 1987, 1993 y 1996, la Encuesta Nacional de Salud Mental–2003, la Encuesta Nacional de Salud–2007 y la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas–2008. Tiene, también, dos estudios en población joven: Juventud y Consumo de Sustancias psicoactivas, jóvenes escolarizados de 10 a 24 años, 2001, y Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes escolares 12-17 años, 2004.

Alcohol

Al igual que en la medición del uso del cigarrillo, la medición del uso de alcohol es variable: La Organización Mundial de la Salud propuso una guía para su valoración en el año 2000 (OPS, 2000:9-66), sin embargo los diferentes países se han acogido parcialmente a esta recomendación. Colombia, por su parte, solo toma de esta guía el indicador de consumo intenso por ocasión, “binge drinking”.

Indicadores tales como prevalencia de uso en la vida y en el último mes no son identificados en los reportes mundiales de uso de alcohol del 2000 y 2004, pero sí en los reportes de Latinoamérica. En efecto, Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y Colombia siguieron, para conducir sus encuestas, los lineamientos propuestos por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito y la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA).

La comparación entre los datos recolectados en informes mundiales, latinoamericanos y nacionales es compleja, puesto que si bien se utilizan los mismos indicadores, éstos son valorados en diferentes grupos poblacionales y en diferentes periodos de tiempo. A pesar de estas limitaciones se compararán los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del 2007 con la información disponible.

Todos los estudios desarrollados en Colombia presentan al alcohol como la sustancia de mayor consumo, seguida por el cigarrillo. Los 6 estudios nacionales realizados han mostrado diversos indicadores para evaluar la prevalencia del consumo: con rangos de población diferentes, las muestras y los criterios para su construcción han sido variables; no obstante todas han sido muestras de hogares, lo cual determina qué tipo de consumos prevalecen y en qué poblaciones.

En el orden nacional se tiene que la consulta por la prevalencia de uso de los últimos 30 días se ha hecho en tres de los seis informes ya mencionados. Los datos muestran que en 1996 el 35,0% de los colombianos consumió en dicho periodo (Ministerio de la Justicia y el derecho *et al*, 1997:56), en el 2007 el 30,5% y en 2008 el 34,77% (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2008:55), cifras muy cercanas entre sí, lo que puede indicar una baja variabilidad del consumo en los últimos 13 años.

En 2007, la encuesta objeto de este análisis encontró que un poco más de la mitad de los usuarios de los últimos 30 días ha tenido un consumo intenso en los últimos 15 días, “binge drinking” (18,9%), lo cual aporta información sobre el patrón de uso de los colombianos. Al respecto, en el informe sobre *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas* de la OMS (OPS, 2005:8), la región de las Américas B (Brasil y México) y D (Bolivia y Perú) presentan un patrón de consumo más peligroso que las Américas A (Canadá, Estados Unidos y Cuba) y Europa A (Francia, Alemania, Reino Unido), regiones donde el consumo per cápita es mayor que en la primera. Sin embargo, el informe sobre “Binge drinking” en Europa (DHS, 2008:18) reportó que el 16% de la población europea tiene un episodio de alto consumo en el último mes, solo un poco menor al reportado en Colombia para los últimos 15 días. En contraste, el informe global de alcohol en el mundo en el 2004 (OMS, 2004:28) muestra que en Colombia el 5,2% de la población ha tenido este consumo intenso al menos una vez a la semana, una proporción inferior a la presentada por Brasil (9,9%) y Paraguay (14,3%), y un poco mayor a la del Ecuador (4,7%). Llama la atención que Colombia haya reportado una cifra sobre este tipo de consumo, cuando en ninguno de los estudios previos se indagó por este indicador; una explicación posible para este hecho es que la fuente provenga de un estudio en una región particular del país.

Los estudios realizados en Colombia durante los últimos 20 años –1987, 1993, 1996 y 2007– utilizaron el CAGE como instrumento tamiz para valorar la dependencia al alcohol, agrupando en esta categoría el consumo perjudicial y la dependencia alcohólica propiamente dicha (Ministerio de la Justicia y el Derecho, 1997:5). Sin embargo las poblaciones con las cuales se calculó el índice varían: en 1993 se tomaron los consumidores del último año, en 1996 toda la población entre 12 y 65 años, y en 2007 se calculó sobre la población total de 12 a 69 años. Las cifras resultados varían entre el 8,0% y el 4,7%; la prevalencia más baja fue reportada en 2007, y la más alta en 1987. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003 utilizó el CIDI y calculó el índice de alcoholismo en la población total de 18 a 65 años, y la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias en 2008

tomó como instrumento el AUDIT y lo calculó sobre la población de 12 a 65 años consumidora de alcohol en los últimos 30 días. Las cifras resultado de estos dos informes son más similares entre sí (2,3% y 1,58%) y más bajas que las reportadas con el CAGE (Anexo, Gráfico 4.37).

En el informe global de uso de alcohol 2004 (OMS, 2004:30) se presentan las proporciones de dependencia de algunos países. Aunque muchas de ellas –como ya se ha dicho– no son comparables, es posible identificar que la prevalencia de dependencia alcohólica en la vida es inferior en Colombia (3,9%) a la reportada por Chile (6,4%) y Japón (4,1). Es importante anotar también que la prevalencia de dependencia alcohólica en Colombia en el año 2000-2001 (4,8%), reportada por el informe global, no se asemeja a la obtenida en las encuestas nacionales referenciadas anteriormente.

Tanto los informes mundiales (OMS, 2004:27-30; Monteiro, 2007:17; DHS, 2008:21) como nacionales (Ministerio de la Protección Social-OMS, 2003:41; Ministerio de la Protección Social *et al*, 2008:64; Ministerio de Salud de Colombia, 1995:289; Ministerio de Justicia y del Derecho, 1997:129) indican una mayor proporción de uso y dependencia de alcohol en los hombres. Sin embargo, los resultados de la ENS-2007 muestran que en el consumo de alta intensidad (muchos días a la semana), las mujeres se están acercando a las cifras reportadas por hombres.

En los diferentes informes a nivel mundial se reportan las mayores prevalencias de dependencia al alcohol en los adultos mayores de 25 años. Igual sucede en Colombia según los estudios de 1996 y 2007, y no se verifica en el del 2008.

Con relación al nivel educativo de las personas con posible dependencia al alcohol, el estudio de 1996 identifica que a mayor nivel educativo mayor riesgo; en la ENS-2007 se presenta lo contrario.

Con respecto al consumo de alcohol según el estrato socioeconómico, los resultados de la ENS-2007 indican que los consumos de mayor intensidad se dan en los estratos medios, y la dependencia alcohólica se da tanto en estratos bajos como en altos. Estos resultados contrastan con los de la encuesta de 2008, que reportó las mayores prevalencias de consumo en el último mes en el estrato 5 y 6, pero no identificó variabilidad entre la dependencia alcohólica y el estrato; tampoco la encuesta de 1993 identificó una relación entre el consumo y el estrato socioeconómico. Estos resultados pueden confrontarse con la tendencia descrita por Anderson (2006:494), según la cual tanto en países como Brasil, China Etiopía, Nigeria, como en países con altos ingresos tales como Francia, Italia, España, Suiza, Inglaterra y Estados Unidos las personas con más altos ingresos tienen más probabilidades de consumir, pero son las personas en estratos socioeconómicos bajos las que muestran patrones de uso más perjudicial. Una posible interpretación de esta situación puede buscarse en el tipo de indicadores que se usan a la hora de hacer comparaciones y, también, en la sensibilidad que conlleva la pregunta sobre el estrato socioeconómico debida a la implicación que ella tiene sobre las diferencias económicas y culturales de las poblaciones.

Para terminar, es necesario anotar que en Colombia el precio de muchas bebidas alcohólicas es bajo, circunstancia que no se observa en países de altos ingresos, donde las medidas preventivas han apuntado a encarecer los precios como una manera de limitar la accesibilidad al alcohol por parte de la población.

Cigarrillo

La ENS-2007, objeto de la presente discusión, no consultó por el consumo en el último año;⁵ tampoco fue objeto de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003 indagar por esta prevalencia en Colombia. Sin embargo llama la atención la comparación que puede hacerse entre la prevalencia anual en 1987 –que fue de 29,7%–, en 1993 –de 21,2%– (Ministerio de Salud de Colombia, 1994:279), en 1996 –de 21,4%– (Ministerio de Justicia y del Derecho, 1997:43), en 2008 –de 21,46%– (Ministerio de Protección Social *et al*, 2008:51) y la prevalencia de consumo más de una vez en la vida –23%– y el consumo de cómo mínimo 100 cigarrillos en la vida –18,1%– de la ENS-2007. A nivel general no puede afirmarse que las prevalencias de consumo indiquen un incremento, por el contrario son cercanas entre sí y, más desconcertante aun, la mayor prevalencia se presenta en 1987. Si se observa el consumo del último mes, se tiene que en 1996 fue de 18,5%, en 2007 de 12,1% y en 2008 17,06%, lo que conserva la similitud de las cifras de uso en el último año y último mes.

Una mirada a los reportes mundiales muestra que los indicadores “consumo actual” (ocasional o diario) y “promedio de consumo de cigarrillos por día” son los más sensibles para captar el problema. En Colombia solo se ha indagado por consumo actual en el estudio de 1996 y en las encuestas de 2007 y 2008, y los criterios utilizados para medirlo fueron diferentes: en 1996 fue entendido como el consumo anual y del último mes, en 2007 se preguntó directamente por el consumo actual y en el último mes –ambos obtuvieron cifras similares: 10,8% y 12,1% respectivamente–, y en 2008 se asimiló consumo actual a consumo del último mes.

En el mundo el 29% de la población es un consumidor actual de cigarrillo, en Colombia el 10,8% –de éstos, el 6,8% son mujeres y el 15,8% hombres–, cifras inferiores tanto a la prevalencia mundial y al rango promedio en América Latina (20-29%), como a todos los países de Sur América: Ecuador: 31,5%, Bolivia: 30,4%, Brasil: 33,8%, Chile: 22,2%, Argentina: 40,4%, Perú: 28,6%, Paraguay: 14,8% y Venezuela: 40,5% (Mackay y Eriksen, 2002: 94-100). La Encuesta de Consumo

⁵ La pregunta 1521 que indaga por el consumo actual y el ex consumo –si el entrevistado ya no fumaba– no daba respuesta a la pregunta 1522, la cual permitía extraer los datos requeridos para la formulación de la prevalencia en los últimos doce meses, esto significó que un individuo consumió en el último año pero ya dejó de fumar, lo que imposibilita identificar la prevalencia.

en Colombia en el 2008, a partir de la prevalencia de uso del último mes, reporta un porcentaje similar, 17,06% (Ministerio de Protección Social *et al*, 2008:5), comparándolo con los resultados de los demás países sudamericanos. Es controversial el hecho que la prevalencia reportada por el *Atlas Mundial de Tabaco* en 2002 para Colombia, 22,3%, (Mackay y Eriksen, 2002:94) sea diferente de las reportadas por la ENS-2007 y la Encuesta de Consumo 2008.⁶ Queda por resolver la pregunta de si efectivamente la prevalencia en Colombia es más baja, o si los diferentes reportes han utilizado indicadores distintos en la valoración del consumo actual. Otra razón de estas diferencias puede ser los diferentes rangos poblacionales estudiados y las diversas metodologías de muestreo utilizadas.

El análisis sobre el uso global del alcohol, tabaco y otras drogas, presentado por Anderson (2006:491), reporta en el mundo un promedio de 14 cigarrillos por día en los consumidores actuales. En Colombia este promedio es de 5,8 cigarrillos, promedio consistente con los obtenidos para Latinoamérica, los más bajos en el mundo. En general las prevalencias de consumidores diarios de cigarrillo son mayores en los países de altos ingresos; y el consumo actual es mayor en Europa y Asia Central.

La Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (OPS, 2005:4) ha descrito un modelo de 4 etapas que representan los diferentes momentos de una posible epidemia del uso de tabaco en el mundo –en la actualidad aumenta el número de fumadores en los países en desarrollo y en las mujeres.

En una primera etapa se encuentran los países donde menos del 20% de los hombres consumen tabaco –las mujeres presentan aún una prevalencia menor–; en esta etapa se encuentran algunos países subsaharianos, y según los datos reportados por la ENS-2007, Colombia podría hacer parte de este grupo. La segunda etapa está marcada por un incremento en el consumo de las mujeres y el consumo de por lo menos el 50% de los hombres; en ella se encuentran algunos países de África del Norte, Latinoamérica, China y Japón. La tercera etapa muestra una disminución del consumo de hombres y mujeres y un aumento en la morbi-mortalidad producto del consumo de tabaco; países de Europa Oriental y del Sur, junto con algunos de Latinoamérica, hacen parte de este grupo. En la cuarta hay una mayor disminución del consumo pero un incremento superior al de la etapa anterior en la mortalidad por tabaquismo, tanto en hombres como en mujeres; en esta condición se hallan países como Australia, Canadá, Estados Unidos y Europa Occidental (OPS, 2005:5).

⁶ Una posible explicación de esta disparidad puede ser las dificultades que tuvo la ENS-2007 en la recolección de la información, lo cual se evidencia tanto en las inconsistencias entre las preguntas sobre el consumo diario y ocasional con la cantidad de cigarrillos fumados en una unidad de tiempo específica, como en el diseño de saltos entre preguntas.

Para todos los países del continente suramericano las prevalencias de mujeres son inferiores a las presentadas por hombres (Mackay y Eriksen, 2002:94-100), hecho que también se evidencia en la prevalencia global en el mundo: 47% para los hombres y 11% para las mujeres (Anderson, 1996:491). Existe una diferencia en el consumo de las mujeres en los países con más bajos y con más altos ingresos: en éstos las mujeres consumen más que en los primeros (22% vs 9%) (Mackay y Eriksen, 2002:4).

El 34,2% de los fumadores actuales en Colombia cumplen con al menos un criterio de dependencia nicotínica: 6 o más cigarrillos al día. Esta proporción se encuentra por debajo del promedio ponderado de la prevalencia nicotínica identificada por Campo-Arias mediante una revisión sistemática de artículos sobre poblaciones fumadoras en Estados Unidos, India y Alemania, que es de 45% en fumadores actuales, pero en el rango de este mismo promedio: 27,8 y 55 % (Campo-Arias, 2006:98).

La Encuesta Nacional de Salud Mental en el 2003 (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2003:39) reportó un 1,6% de la población colombiana con dependencia nicotínica alguna vez en la vida, y la Encuesta Nacional de Salud del 2007 una prevalencia de 3,7% de consumidores con consumos de 6 o más cigarrillos al día. Aunque la comparación es limitada, las cifras no son distantes de manera significativa, lo cual permite usar este indicador –reportado en la literatura como uno de los más aptos en el análisis de una posible dependencia y de más fácil identificación–.

Con respecto al sexo, la Encuesta de Salud Mental en Colombia del 2003 y la Encuesta Nacional de Salud del 2007 identificaron, con pequeñas diferencias, una mayor prevalencia de dependencia a la nicotina alguna vez en la vida en hombres. El mismo resultado, con cifras más cercanas, se obtuvo al consultar la prevalencia de dependencia nicotínica en el último año (0,8% vs 0,2%). El trabajo de Campo-Arias (2006:102) no identifica una relación entre la dependencia nicotínica y el sexo. Por su parte Anderson (1996:491) señala una disparidad entre el consumo de hombres y mujeres en el mundo, siendo mayor el de los primeros; hace notar, sin embargo, que en los países de altos ingresos estas diferencias están disminuyendo o son inexistentes. Este fenómeno es consistente con el modelo planteado para explicar la evolución de la epidemia del consumo y sus consecuencias en el mundo (OPS, 2005:4-5).

En la ENS-2007 se reporta que la intensidad de 6 o más cigarrillos por día aumenta con la edad hasta los 64 años, esto permite esperar una mayor dependencia en la población más adulta; pero en el Informe Global referido es la población entre 30 y 49 años la que presenta un mayor consumo diario de cigarrillo.

Al contrastar los resultados de la ENS-2007 con los de la Encuesta de Consumo de 2008, se encuentra que la prevalencia de uso en el último mes es mayor en 2008 (17,06% vs 12,1%). Esto puede deberse a los diferentes rangos de edad estudiados: en 2007 se entrevistaron individuos mayores de 65 años; en 2008 se identifican las mayores proporciones de uso en el último mes en los jóvenes de 18 a 24 años. Si se analiza por quinquenios la edad, la ENS-2007 muestra otra

distribución: las edades adultas presentan la mayor proporción, resultado que al ser comparado con la intensidad de uso según la edad, indica que los consumos ocasionales y diarios de 5 o menos cigarrillos lo realizan los jóvenes, y los consumos de 6 o más cigarrillos los adultos. ¿Quién está más en riesgo?, ambos grupos están en diferentes momentos del problema. Por otra parte, la prevalencia del último mes capta el consumo pero no su intensidad, aspecto fundamental en la disposición de recursos para enfrentar el problema en los servicios de salud.

Con relación al nivel educativo se encontró que tanto en los países de altos ingresos como en los de bajos ingresos la prevalencia de consumo actual y la dependencia nicotínica están relacionadas con bajos niveles educativos (Anderson, 2006:491; Zhenfeng, 2004:312; Campo-Arias, 2006:102). Consistente con ello, la Encuesta Nacional de 2003 confirma esta relación; en Colombia, sin embargo, se identifican los consumos de mayor intensidad, por lo tanto de mayor riesgo, tanto en los niveles bajos de formación como en los de más alto nivel.

No existe acuerdo en torno a la relación del estrato socioeconómico y la prevalencia de consumo de tabaco: de un lado, se identifica a los estratos socioeconómicos bajos con el aumento en los niveles de consumo de cigarrillo (Chen, *et al*, 2002:314; Campo-Arias, 2006:102), de otro lado, con personas de mayores ingresos y trabajo estable (Zhenfeng, 2004:312). Anderson (2006) describe esta relación en función de un tercer elemento: la asequibilidad del cigarrillo para la población determinada por su precio en el mercado, de modo tal que cuando el precio baja aumenta el consumo. La implementación de medidas en este sentido ha mostrado utilidad en algunos países del mundo, especialmente en la reducción de los niveles de consumo en población adolescente y adultos jóvenes.

Un estudio realizado entre la población urbana China, identificó como más significativa la representación cultural y social que tiene el uso del tabaco en las interacciones sociales –en toda la escala social–, que el nivel educativo (Zhenfeng, 2004:314).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud 2007 reportó los mayores consumos diarios de cigarrillo en las poblaciones de bajo, medio y alto nivel socioeconómico, mientras que en la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2008, la mayor prevalencia de consumo del último mes fue en los estratos socioeconómicos más altos. Estos resultados pueden deberse a tres situaciones posibles: la no relación entre la prevalencia del consumo en los últimos 30 días y el consumo diario de cigarrillo; la sensibilidad ante la pregunta por el estrato socioeconómico debida a la implicación que ella tiene sobre las diferencias económicas y culturales de las poblaciones; y la presencia de aspectos culturales e históricos transversales a los estratos socioeconómicos, que favorecen el consumo independientemente de la jerarquización social.

Para concluir, digamos que categorías como el nivel educativo y el estrato socioeconómico deben ser analizadas mediante la interrelación de factores como: las condiciones que están a la base del nivel de ingreso de los individuos y sus familias, las condiciones de empleo, los beneficios sociales y los aspectos culturales del uso del tabaco.

CONCLUSIONES

Alcohol

Después de los 20 años más del 80% de la población ha consumido alguna vez en la vida alcohol, un tercio lo ha hecho en los últimos 30 días, y uno de cada cinco colombianos ha tomado intensamente alcohol en los últimos quince días. El consumo de los últimos 30 días y el consumo intenso se dan principalmente en los jóvenes de 20 a 24 años, momento en el cual empiezan a disminuir con la edad.

Un tercio de la población que reportó hábito de consumo, lo hace al menos un día de cada semana. El 7,7% consume alcohol 3 o más días a la semana –comportamiento observado en los adultos entre los 45 y 59 años (sobresale el rango entre 50 y 54 años)–. El consumo de 1 o 2 días a la semana se da en mayor medida en los jóvenes de 15 a 24 años. En todos los casos el consumo se da más en hombres, sin embargo la diferencia se hace pequeña cuando el consumo es más intenso.

El estrato 6 presenta las mayores prevalencias de consumo en los últimos 30 días y consumo intenso en los últimos quince días; las menores proporciones se dan en los estratos 1 y 5. La distribución del consumo intenso en los últimos 15 días es similar entre estratos. El consumo es más prevalente en los lugares más urbanizados.

El consumo de 1 o 2 días a la semana es mayor en los estratos extremos: de un lado en los “sin estrato” y estrato 1, del otro, el estrato 6, con una mayor proporción que los primeros. El consumo de 3 o más días a la semana es contrario al comportamiento anterior: es bajo en los extremos y más alto en el medio, y su mayor proporción está en el estrato 3. En general se observa que las proporciones de consumo de mayor intensidad se distribuyen más homogéneamente que los demás niveles de intensidad.

Los consumo de 3 o más días a la semana no muestran variabilidad por nivel educativo, y solo se observa un leve aumento en las personas con básica primaria y secundaria. El consumo de 1 o 2 días a la semana se da en dos extremos: los que solo tiene formación de preescolar y los profesionales de postgrado con o sin título.

El consumo de mayor intensidad en la semana se presenta entre las personas que no saben o no respondieron sobre su tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y en los que están en el régimen vinculado.

El 1,3% de la población colombiana tiene una posible dependencia alcohólica (según el instrumento tamiz CAGE) y el 2,6% un consumo perjudicial, en ambos casos los hombres cuadriplan las proporciones presentadas por las mujeres. El consumo perjudicial aumenta con la edad. La dependencia alcohólica es muy similar entre los 20 y los 54 años, momento en el que decrece.

A medida que aumenta el consumo de riesgo a perjudicial y a dependencia alcohólica, aumenta la frecuencia de uso en días de la semana. El 14,9% de los dependientes consumen 3 o más días a la semana.

Existen mayores consumos de riesgo en los estratos 5 y 6 que en los demás. Las personas sin estrato o con servicios pirata presentan las mayores proporciones de consumo perjudicial, sin embargo la mayor proporción de dependencia alcohólica la presenta el estrato 6.

Los consumos de riesgo se dan en mayor medida en universitarios sin título; los consumos perjudiciales en las personas con primaria, secundaria o técnica; los dependientes están entre quienes tienen solo formación preescolar o universitaria sin título.

Se presenta mayor consumo perjudicial y dependencia alcohólica en los vinculados y personas con régimen indeterminado.

Los anteriores resultados son controversiales, en particular en relación al grado de vulnerabilidad social de los consumidores de mayor riesgo, que bien pueden encontrarse en el estrato 6, o bien tener solo formación preescolar, o primaria y hasta universitaria, o estar en régimen indeterminado o vinculado. Cabe preguntarse la razón por la cual tantas personas no sabían o no respondían sobre su tipo de afiliación y por qué existía una categoría “indeterminado”. También es necesario identificar la relación entre la pertenencia a un régimen particular y las condiciones sociales de la población en Colombia.

Caldas, Meta, Medellín y su Área Metropolitana tienen las proporciones mayores de posible dependencia alcohólica. Si se comparan los 10 primeros departamentos con dependencia y los 10 primeros con prevalencia de los últimos 30, solo 4 departamentos cumplen con ambas situaciones: Tolima, Guaviare, Meta y Chocó.

Cigarrillo

Según la ENS-2007, el 35,2% de los colombianos ha consumido tabaco alguna vez en su vida, el 18,1% ha fumado como mínimo 100 cigarrillos en su vida, el 12,1% consumió en los últimos 30 días. Los hombres reportan mayores prevalencias de uso que las mujeres.

El 19,4% de la población reportó haber tenido alguna vez en su vida el hábito de fumar, el 10,8% son fumadores actuales y el 8,6% ex-consumidores. Estos dos últimos presentaron una intensidad media (8,5%) y alta (6,4%), y los fumadores actuales alcanzan valores más altos que los ex-consumidores. Los hombres, tanto fumadores actuales como ex-consumidores, presentan una mayor proporción de alta intensidad.

Tanto en consumidores como ex-consumidores, a más alta intensidad de uso mayor es el número promedio de años de consumo. El promedio de años, la mediana y el percentil 75 indican menos número de años de consumo en los ex-consumidores, lo que puede indicar que hay mayor

cronicidad en los fumadores actuales. La cronicidad del consumo actual entre hombres y mujeres es igual, en los ex-consumidores es levemente mayor en los hombres.

El consumo de baja intensidad disminuye con la edad, el de media intensidad se mantiene oscilante y el consumo de alta intensidad aumenta con la edad. La cronicidad también aumenta con la edad.

Los consumos de media y alta intensidad se dan en mayor medida en sujetos con bajo nivel educativo y en los de muy alto (posgrado). Lo mismo sucede con la mayor cronicidad de consumo actual.

Los estratos 4, 5, 1 y “sin estrato” tienen las mayores proporciones de consumo de media y alta intensidad. El estrato 5 y en “sin estrato” reportan mayor cronicidad, tanto en consumidores actuales como en ex-consumidores. En contraste, los consumidores actuales de los estratos “indeterminado” y “no sabe no responde” presentan las mayores proporciones de media intensidad.

Con relación al tipo de afiliación a los sistemas de salud, los ex-consumidores pertenecen, en mayor proporción, a los regímenes contributivo y especial –este tipo de afiliación tiene un mayor acceso a servicios de salud–. El consumo de alta intensidad se observa tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado y vinculado. Los consumidores más crónicos están en el régimen subsidiado.

Los lugares donde se reportan las mayores prevalencias de uso de cigarrillo son: Medellín y su Área Metropolitana, Risaralda, Vaupés, Bogotá, Caldas, Antioquia, Tolima, Quindío, Nariño, Chocó.

Marihuana

Según la ENS-2007, el 6,9% de la población colombiana ha consumido alguna vez en su vida marihuana, el 1,4% en el último año y el 0,6% en el último mes –casi la mitad de la población que lo hizo en el último año–. El consumo se presenta más en los hombres, y entre éstos en los jóvenes de 18 a 24 años. Las prevalencias de consumo disminuyen con la edad.

El 27,2% de los consumidores de marihuana en el último mes lo hacen a diario –en este rango se reporta un leve aumento en las mujeres–. El consumo diario de marihuana es bajo: el 50% no fuma más de 1 cigarrillo y el 75% no más de 2. Las mujeres consumen menos número de cigarrillos al mes que los hombres. No hay diferencias entre la edad de inicio de los que consumen diariamente o algunos días al mes marihuana.

Las personas con básica secundaria, técnica y universitarios sin título presentan las mayores prevalencias de uso en la vida, en el último año y en el último mes. Al comparar según su intensidad en el último mes, las personas con básica secundaria consumen más diariamente, y los universitarios 8 o menos días al mes; los individuos con postgrado son los que consumen más: de 9 a 29 días al mes.

Los mayores consumos se dan en los estratos 5, 4 y 3, los más bajos en los estratos 6 y 1. Los estratos 5 y 1 presentan el mayor consumo diario de marihuana; el estrato 4 el de 8 o menos días; los “sin estrato” el de 9 a 29 días al mes. El consumo diario se da más en las personas con afiliación vinculado y subsidiado.

El 82,9% de los fumadores de marihuana en el último mes tienen un consumo diario de cigarrillo; el 23,2% están en alto riesgo de alcoholismo; el 13,3% consumió cocaína en el último mes, y por lo tanto presenta mayor probabilidad de consumo problemático de marihuana.

Los lugares donde se presenta mayor consumo son Cali y Jumbo, Medellín y su Área Metropolitana, San Andrés y Risaralda.

Cocaína

El 1,8% de la población colombiana ha consumido alguna vez en la vida cocaína; los hombres son los principales consumidores y, en particular, los menores de 34 años. La edad de inicio de consumo, en promedio, es 21,4 años. El mayor consumo se presenta en los estratos 3, 6 y 5.

Aquellos que han consumido alguna vez en la vida tienen un nivel educativo más alto; entre quienes han consumido en el último año se encuentran en mayor medida las personas con básica secundaria; y en el último mes individuos con formación de primaria o menos. La mayoría está afiliada bajo la modalidad *vinculado*.

La cocaína se consume en mayor proporción en las cabeceras municipales. Los lugares de mayor consumo son Putumayo, Cali y Jumbo, Risaralda, Caquetá, San Andrés, Vaupés. La prevalencia más alta del consumo en el último mes la presentan San Andrés y Cali - Jumbo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, P (2006). "Global use of alcohol, drugs and tobacco". En: *Drug and Alcohol Review*, November, 25, 489 – 502.

Campo-Arias, A (2006). "Prevalencia de dependencia de nicotina en algunas poblaciones: una revisión sistemática". En: *Rev. Salud Pública*. Marzo; 8 (1): 98-107.

Chen, E, WT Boyce y KA Matthews (2002). "Socioeconomic Differences in Children's Health: How and Why do these Relationships Change with Age?" En: *Psychological Bulletin by the American Psychological Association*, 128(2): 295–329.

DHS: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2008). *Binge Drinking and Europe*. Hamm: DHS. 132p

Looby, A y M Earleywine (2007). "Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users". En: *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, January, 2:3.

Mackay, J y M Eriksen (2002). *The tobacco Atlas*. Organización Mundial de la Salud. [Sitio disponible en Internet]: http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/ Ministerio de Justicia y del Derecho, Dirección Nacional de Estupeficientes, Fundación Santa Fe de Bogotá, Embajada de los Estados Unidos de América (1997). *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia*. Santa Fe de Bogotá. 129p.

Ministerio de la Protección Social, OMS/Harvard-FES (2003). *Estudio nacional de salud mental, Colombia*. 1rd. Cali: Ministerio de la Protección Social, 66p.

_____, Ministerio del Interior y de Justicia y Dirección Nacional de Estupeficientes (2008). *República de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares*. Bogotá.

Ministerio de Salud de Colombia (1994). *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia*. Santa Fe de Bogota.

Monteiro, M (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

OMS: Organización Mundial de la Salud (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Ginebra: WHO.

OPS: Organización Panamericana de la Salud (2000). *Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*. OMS.

_____, Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 263p.

WHO (2004). *Global status report: alcohol policy*. Ginebra.

Zhenfeng, P (2004). "Socioeconomic predictors of smoking and smoking frequency in urban China: evidence of smoking as a social function". En: *Health Promotion International*, 19(3):309-315.

CAPÍTULO 5:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental contemplado en la Constitución Política de Colombia (1991) y ratificado por diferentes sentencias de la Corte Constitucional. Corresponde, entonces, al estado garantizar a todos los ciudadanos, sea cual fuere su condición económica, social, raza, sexo, creencias religiosas y sitio de vivienda (urbana o rural), las condiciones adecuadas para el gozo pleno de la salud. En coherencia con este principio constitucional, el Sistema de Salud debe establecer políticas y estrategias que garanticen el acceso a sus servicios con equidad y calidad.

Entre la amplia gama de aspectos que contempla la salud pública está la salud reproductiva. Para cumplir con lo ordenado por la ley, el estado ha implementado políticas y estrategias de atención dirigidas tanto a la planificación familiar como a la salud materna, indicadores que reflejan el estado de salud de una población y se vinculan con el desarrollo sociopolítico y económico del país.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del país ofrecen, entre sus servicios, el programa de Planificación Familiar como parte de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Tanto en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2005, como en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2007 se recolectó información sobre diferentes aspectos de la planificación familiar, tema central del presente informe (los aspectos de la salud reproductiva relacionados con la atención materna se describen en Tomo V). En los resultados que se presentan a continuación se destacan los aspectos más relevantes de la información generada en ambas encuestas.

MARCO DE REFERENCIA

“La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y con la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital” (Ministerio de la Protección Social, 2003:9).

Menos de 40 años después de la aparición del término “explosión demográfica”, los índices de fecundidad disminuyen en casi todos los países del mundo; incluso en aquéllos que como China, Japón y toda Europa poseen la mitad de la población mundial, la tasa de fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo de la población (Butz, 2005). Se habla de nivel de reemplazo cuando los patrones de mortalidad y de fecundidad se mantienen constantes en el tiempo, lo que representa la capacidad de la población de auto-reemplazarse. En la mayoría de los países desarrollados, que tienen una baja mortalidad, se considera que una tasa global de fecundidad (TGF) de aproximadamente 2,1 es suficiente para obtener el nivel de reemplazo; pero en países con patrones de mortalidad mayores, es necesario que la TGF sea mayor para que, en promedio,

cada pareja pueda reemplazarse a sí misma y que los reemplazos lleguen a su vez al fin de la edad reproductiva. Entre los países desarrollados, Estados Unidos es el único en el que aún se espera un relativo crecimiento poblacional, tanto porque su TGF $-2,1$ en 2009 (Population Reference Bureau, 2009:7)– es superior a la de otras naciones industrializadas, como a consecuencia de la inmigración.

La tasa global de fecundidad en el mundo (promedio de hijos por mujer durante su vida fértil) para el 2009 fue de 2,6, que corresponde a 1,7 en los países más desarrollados y a 4,6 en los menos desarrollados (Population Reference Bureau, 2009:6), con notorias diferencias entre continentes y entre países. La TGF por continente fue: África: 4,8; América del Norte: 2,0; América del Sur: 2,2; Asia 2,3; Europa: 1,5 y Oceanía: 2,5 (Population Reference Bureau, 2009:7-9).

Entre los países se observan tasas tan altas de fecundidad como la de Níger de 7,4, y las de Uganda y Somalia de 6,7; y tasas tan bajas como las de Andorra, Bosnia, Corea del Sur y San Marino, de 1,2, y Taiwán de 1,0. (Population Reference Bureau, 2009: 6, 8 y 9).

En América, la TGF oscila entre el 1,5 de Canadá y Cuba, el 4,0 de Haití y la Guayana Francesa, y el 2,1 de USA, el 2,4 de Colombia y el 3,7 de Bolivia (Population Reference Bureau, 2009: 6, 8 y 9).

“Durante el siglo XX, Colombia tuvo cambios demográficos significativos. Durante las tres primeras décadas, el país tenía altas tasas de natalidad (42 por mil) y de mortalidad (23 por mil) que producían un crecimiento relativamente bajo y constante, cercano al dos por ciento anual. A principios de la década de los cuarenta, la tasa de mortalidad empieza a descender, hasta situarse en 13 por mil en la primera mitad de la década de los sesenta, mientras que la fecundidad se mantenía en niveles altos. Este comportamiento demográfico generó un crecimiento de la población que estuvo cercano al 3,4% en dicho periodo, dando lugar a la denominada “explosión demográfica”. A partir de la segunda mitad de la década de los sesenta, se comienza a percibir un descenso en la fecundidad que se aceleró en forma rápida, lo cual junto con los descensos en la mortalidad llevaron hacia la segunda mitad de la década de los noventa a tener tasas de crecimiento de la población iguales a las tenidas en el comienzo del siglo, alrededor del 2% anual, y más bajas de esta cifra para el año dos mil” (PROFAMILIA, 2000:7). La fecundidad continuó en descenso y en el año 2009 llegó a 2,4 (Population Reference Bureau, 2009:7).

Entre las causas que han contribuido a la disminución de la TGF, está el desarrollo durante las últimas décadas de una amplia gama de opciones anticonceptivas, lo cual aumenta la posibilidad de que el método elegido se adapte a cada usuario/a de acuerdo a su edad, paridad, estado de salud, factores de riesgo, creencias y otros factores propios de cada grupo cultural.

Estas opciones van desde anticonceptivos combinados orales de baja dosis, progestinas de gran potencia antiprogestacional, dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel, hasta anticoncepción intramuscular, subdérmica y transdérmica. Actualmente los métodos anticoncep-

tivos disponibles se pueden clasificar según su duración de protección anticonceptiva en métodos temporales y métodos definitivos.

Métodos anticonceptivos temporales:

- a. Métodos naturales o de abstinencia periódica
- b. Métodos de barrera
 - Preservativo femenino
 - Preservativo masculino
- c. Método de lactancia materna y amenorrea
- d. Métodos hormonales
 - Métodos hormonales orales (MHO)
 - Métodos hormonales parenterales (MHP)
 - Métodos hormonales subdérmicos
- e. Dispositivos intrauterinos (DIU)
- f. Anticoncepción de emergencia

Métodos anticonceptivos definitivos:

- a. Esterilización quirúrgica femenina
- b. Esterilización quirúrgica masculina

Esta amplia variedad de métodos anticonceptivos disponibles, no solo aumenta las posibilidades de elección de cada usuaria/o, sino que también hace necesaria una consejería seria y oportuna sobre planificación familiar, de modo que cada persona o pareja pueda tomar libremente la decisión sobre el método a utilizar después de conocer las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

En una población dada, la prevalencia de uso de cada uno de los métodos anticonceptivos depende de múltiples factores; éstos van desde la disponibilidad y acceso a los métodos, hasta las creencias y aspectos culturales que afectan la elección del mismo. Los estudios a nivel mundial reportan una gran diferencia en el uso o no de anticonceptivos según el área geográfica que se analiza: en 2009 se reportaron cifras de prevalencia de uso tan bajas como las de Chad –3%– y Angola –6%–, y tan altas como la de Malta –86%– y las de Australia y Letonia –85%– (Population Reference Bureau, 2009:10, 12 y 13).

En 2002, República Dominicana reportó una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 69,8% (CESDEM, 2007:95), similar a la del Perú en 2000, que fue de 69%, y muy alejada de la de Haití (2000), que fue de 28% (CESDEM, 2007:XXIX). En 2005 Colombia tuvo una prevalencia de uso de 78,2% (PROFAMILIA, 2005:120).

En planificación familiar Colombia ha tenido avances. En el año de 1960 se logró comercializar a nivel mundial la primera generación de píldora anticonceptiva con el nombre de “Enevid” (Rock,

1964:157); más tarde, en 1965, fue fundada la Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana, que a su turno se convierte en la primera clínica de planificación familiar en Colombia “PROFAMILIA”; en 1969 el Ministerio de Salud incluyó actividades de planificación familiar en sus programas de protección materna e infantil (Ministerio de Salud, 1987:38), y desde entonces empezaron a observarse logros en la salud sexual y reproductiva; entre ellos se pueden citar: la disminución de la razón de la mortalidad materna, la disminución de la tasa global de fecundidad, el aumento de la prevalencia de planificación familiar y el aumento de programas para la población adolescente. Aún hay mucho por hacer y se tienen retos tales como mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva; promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente; disminuir la demanda insatisfecha en los servicios de planificación familiar e incrementar la responsabilidad del varón en la toma de decisiones reproductivas y en el uso de métodos anticonceptivos.

En Colombia hay una amplia oferta de anticonceptivos, y su uso está regulado en los programas oficiales de planificación familiar. La Resolución No.769 del 3 de marzo de 2008 –en respuesta a lo estipulado en el Acuerdo 380 de diciembre 14 de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que aprobó la inclusión del implante hormonal subdérmico que protege por cinco años, de nuevos métodos hormonales en micro dosis orales e inyectables y del preservativo masculino– adoptó la Norma Técnica que incrementó la oferta anticonceptiva para mujeres y hombres. La reglamentación incluye consejería para entrega de los diferentes métodos, incluida la anticoncepción de emergencia.

Las ENDS-2005 y la ENS-2007 incluyeron una serie de preguntas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, y entre ellas varias sobre la planificación familiar. Este documento analiza los resultados obtenidos en este aspecto.

METODOLOGÍA

Para el análisis que sigue a continuación se toman los datos reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia del 2005 (ENDS-2005) y por la Encuesta Nacional de Salud de Colombia 2007 (ENS-2007). Ambas encuestas tomaron como punto de partida la muestra maestra nacional de PROFAMILIA e hicieron estudios descriptivos de corte transversal. En la ENDS-2005 se encuestaron 37.865 hogares en 238 municipios colombianos, y para el tema que nos ocupa las mujeres en edad fértil fueron en total 42.156.

La ENS-2007 incluyó los mismos 238 municipios de la ENDS-2005; en ellos se aplicó la encuesta a una muestra de hogares, a todos los entes territoriales respectivos, a una muestra de 1.170 Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y en éstas a una muestra de funcionarios de la institución y a una muestra total de 93.737 usuarios, de los cuales 2033 fueron usuarias del programa de planificación.

Para dicho análisis se realizó una exploración de todas las variables y se seleccionaron las más representativas en cuanto a su utilidad para describir la situación de la planificación familiar como parte del análisis del estado de la salud en Colombia. Con dichas variables se realizó: *análisis univariado*, para lo cual se obtuvo la distribución de frecuencia de cada una de las variables que dan cuenta de la planificación familiar en hombres y mujeres; *análisis bivariado*, con respecto a edad, sexo, nivel educativo, estado civil y seguridad social, relacionando estas variables con la planificación familiar en hombres y mujeres. Para determinar la correlación entre variables se realizó la prueba chi cuadrado y se concluyó que aquella existía cuando el valor p de la prueba era menor a 0,05.

Dado que en la ENS-2007 el proceso y los criterios de muestreo para la selección de las IPS y de los usuarios no son suficientemente claros, razón por la cual no es posible garantizar la representatividad y la aleatoriedad en las respectivas poblaciones, el análisis que se presenta se hace exclusivamente sobre los encuestados sin, por lo tanto, hacer inferencias con respecto a la población en general. Del mismo modo, los hallazgos y conclusiones de la ENDS-2005 solo se aplican a las mujeres encuestadas.

RESULTADOS

Características de la Planificación Familiar según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2005

La ENDS-2005 encuestó 42.156 mujeres, a quienes se les preguntó sobre su conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos, si al momento de la encuesta usaban algún método, si se habían realizado la esterilización quirúrgica y cómo la habían costeado, si se arrepentían de haberlo hecho y por qué razón y si tenían conocimiento sobre la irreversibilidad del método.

La mayor proporción de mujeres encuestadas, el 46,4%, estaba entre los 15 y 29 años; la menor, con el 7,9%, en el grupo de 13 a 14 años seguido, con el 9,8%, del de 45 a 49 años. En cuanto a educación, el 54% de las mujeres encuestadas dijeron haber hecho hasta secundaria, el 28,8% solo primaria y en muy bajo porcentaje tener algún estudio universitario de pre y posgrado. En relación con el estado civil, 38,1% declararon ser solteras, 30,2% vivir en unión libre, 18,5% estar casadas y 11,3% separadas; un porcentaje menor corresponde a las viudas y a las que no respondieron. A la pregunta sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 64,5% de las mujeres contestaron estar afiliadas al ISS, a una EPS o a una ARS, y un bajo porcentaje al Magisterio, a las Fuerzas Militares y de Policía, a Ecopetrol, a Fondocolpuertos o a una empresa solidaria en salud. Un 31,4% no tenía afiliación a seguridad social (Anexo, Cuadro 5.1).

Del total de personas encuestadas, la gran mayoría ha oído hablar de los diferentes métodos de planificación familiar, siendo el más conocido el preservativo o condón con un 98,1%, le sigue la píldora con un 97,1%, la inyección con un 95,4%, la esterilización femenina con un 95,1% y el DIU con el 89,6%. Los métodos restantes son conocidos por más del 50% de las personas encuestadas, con porcentajes que varían entre el 53% y el 77%, con excepción de la anticoncepción de emergencia que solo es conocida por un 35,6%. Se preguntó por otros métodos sin especificar cuáles, y la respuesta positiva apenas alcanzó un 10,3%, lo que hace pensar que pueden ser métodos tradicionales no convencionales. Es importante anotar que más de la mitad de las mujeres encuestadas ha oído hablar de algún método de planificación, lo que da cuenta del componente informativo del programa de planificación familiar. A quienes conocían un determinado método se les preguntó si alguna vez lo habían usado, y se encontró que ninguno de los diferentes métodos de planificación familiar fue usado alguna vez por más del 42% de las personas encuestadas, oscilando los porcentajes entre 1% para la esterilización masculina y los implantes, y el 42% para la píldora, constituyéndose ésta en el método más usado alguna vez. Llama la atención que métodos como la esterilización femenina y el ritmo hayan sido usados por un 19% de las personas encuestadas, lo cual nos lleva a concluir que aproximadamente una quinta parte de ellas tiene el método definitivo. Le siguen a la píldora, el condón (41%), el retiro (32%), la inyección (27%), el DIU

(21%), los métodos vaginales (11%) y la amenorrea por lactancia (7%). El método de emergencia solo ha sido usado por el 2% de las personas encuestadas (Anexo, Cuadro 5.2).

Al momento de la encuesta, 8.507 personas estaban esterilizadas: 8.101 mujeres y 406 hombres; del total de personas esterilizadas, en 130 parejas ambos lo están, y en 8.377 parejas al menos una lo está. La gran mayoría de las esterilizaciones, el 66,5%, tuvo lugar en un hospital o clínica, en PROFAMILIA el 26,7% y en centros de salud, centros médicos y consultorios el 6,4%. Esto significa que el 97% de las personas usuarias de un método definitivo acudieron para realizarlo a una institución de salud. Un pequeño porcentaje no sabía en dónde fue realizado (Anexo, Cuadro 5.3).

De las 8.377 personas encuestadas que dijeron estar esterilizadas, el 55,4% (4.645) realizó el procedimiento antes de 1999, por lo cual quedaron por fuera de esta información, al igual que 32 personas que no sabían y 34 que no recordaban. De las 3.666 personas esterilizadas a partir de 1999, para el 68,3% no tuvo ningún costo el procedimiento y el 29,1% tuvo que pagar por él: el 14% lo pagó en su totalidad y el 15,1% parcialmente. A quienes les fue costeadado el procedimiento en forma parcial o total (3.056), el 95% fue por cuenta de una institución de salud y solo el 3,9% fue financiado con recursos propios o de un tercero (Anexo, Cuadro 5.4).

En cuanto al conocimiento sobre la irreversibilidad de la esterilización, el 85% de las personas que se la practicaron afirmaron haberlo sabido con antelación, y el 14,7% dijeron desconocerlo, porcentaje muy alto si se tiene en cuenta las connotaciones de la irreversibilidad. El 12,7% de las personas esterilizadas se arrepintieron de habérsela hecho; entre las razones de arrepentimiento el mayor peso, con un 69,8%, lo tiene el deseo de tener otro hijo, seguida del deseo del compañero por tener otro hijo con un 14,3%, y de los efectos colaterales con un 9,1%. Un bajo porcentaje (1,1%), manifestó arrepentimiento porque su hijo murió y un 5,7% adujo otras razones (Anexo, Cuadro 5.5).

Al cruzar el conocimiento sobre la irreversibilidad de la esterilización con el nivel educativo, se observa que la mayoría de las personas encuestadas lo sabía: el porcentaje más bajo fue el de las personas sin ningún nivel educativo (83%), seguido de aquellas con primaria (83,8%), con nivel técnico o tecnológico (85,6%), con secundaria (86,2%), universitarias (87,9%) y con posgrado (90,7%). Por otra parte, las únicas 3 personas que dijeron tener solo preescolar sabían de la irreversibilidad. Así pues, no existe diferencia significativa entre el nivel de estudios y el conocimiento de la irreversibilidad de la esterilización, lo que hace pensar que este conocimiento se obtiene por intermedio del funcionario de salud encargado de brindar la información acerca del procedimiento (Anexo, Cuadro 5.6).

Con respecto a la edad, puede observarse que las personas que menos conocen la irreversibilidad de la esterilización son las más jóvenes: el 75% en el grupo poblacional de 15 a 19 años; en los otros de grupos el conocimiento es muy similar y oscila entre el 83,6% (grupo de 30 a 34 años) y el 86,8% (grupo de 25 a 29 años). Estas diferencias no son estadísticamente significativas (Anexo, Cuadro 5.7).

El conocimiento sobre la irreversibilidad de la esterilización de acuerdo al estado conyugal varía entre el 84% y el 86,7% (Anexo, Cuadro 5.8).

Al cruzar el conocimiento sobre los diferentes métodos de planificación familiar con el nivel educativo resulta que a mayor nivel educativo mayor es dicho conocimiento; se exceptúan de este resultado las personas que solo alcanzaron el nivel de preescolar, sin embargo la diferencia de comportamiento bien puede deberse al poco número de personas encuestadas en este nivel. Las diferencias en el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos según los grados educativos fueron estadísticamente significativas (Anexo, Cuadro 5.9).

Del total de las 42.156 personas encuestadas, 8.377 estaban esterilizadas; a las otras (33.779) se les consultó si querían tener un/otro hijo y se encontró que de acuerdo al estado conyugal quienes más deseaban tener otro hijo eran aquellas personas que no estaban en unión (67%), seguidas de quienes estaban en unión libre (40,8%) y de las casadas (34%) –quizá porque ya habían satisfecho su deseo de maternidad–, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Por grupos de edad, el deseo de un/otro hijo es inversamente proporcional a ella: a menor edad, mayor deseo; así por ejemplo: un 85% de las mujeres menores de 14 años deseaban un/otro hijo, mientras que en el grupo de 45 a 49 años solo el 7,2% lo desean. Es importante anotar que más de la mitad de las encuestadas (55,1%), deseaban otro hijo. En cuanto al nivel educativo, quienes más deseaban tener otro hijo eran las universitarias (68,3%), seguidas de las de nivel tecnológico (64,9%) y de las de secundaria (61,8%), y quienes menos lo deseaban eran aquellas sin ningún nivel educativo. Los porcentajes de quienes no podían quedar embarazadas o de quienes estaban inseguras eran muy bajos: 2,4% y 2,8% respectivamente (Anexo, Cuadro 5.10).

De las 20.007 personas a quienes se les consultó si habría problema en caso de quedar en embarazo, el 25,6% dijo no tener relaciones sexuales o no poder tener hijos, independiente del estado conyugal; para el 39% sería un gran problema, para el 7,4% sería un pequeño problema, para el 20% no sería problema y el 7,9% se pondría feliz. Un problema mayor sería para aquellas que no están en unión, y se sentirían más felices las casadas. En cuanto al grupo de edad, el problema mayor es inversamente proporcional a la edad, con excepción de los grupos de 40 años y más donde se aumenta el problema. Los grupos de edad con menor porcentaje de relaciones sexuales o que no pueden tener hijos son el de 45 a 49 años (42,2%) y el de menores de 14 años (37,5%). Según el nivel educativo, el problema mayor sería para las de secundaria con el 43,6%, seguidas de las sin nivel educativo con el 37,9%; en general, solo el 7,9% se pondrían felices. Las diferencias encontradas entre los grupos fueron estadísticamente significativas (Anexo, Cuadro 5.11).

Del total de personas encuestadas, el 56,5% no usan métodos de planificación familiar; del 43,5% que sí lo usan, el de mayor frecuencia fue la esterilización femenina, 19,2%, seguida de la píldora con 6,5%, el DIU con 6,2% y el condón con 5,9%. El grupo de edad que menos usa algún método de planificación familiar es el de menores de 14 años, 98,5%, seguido del de 15 a 19 con

84,3% y del de 20 a 24 con 58%. Los menores de 20 años usan con mayor frecuencia el condón (6,8%), y el de 20 a 24 años la inyección (10,6%); a partir de los 25 años el método más usado es la esterilización femenina, le siguen, en orden según grupos de edad: la píldora con 11% en el grupo de 25 a 29 años, y el DIU con 9,9% en el de 30 a 34, 7,4% en el de 35 a 39, 5,6% en el de 40 a 45 y 3,2% en el de 45 a 49 años (Anexo, Cuadro 5.12).

La elección de los diferentes métodos de planificación familiar de acuerdo con el nivel educativo se comportó de la siguiente manera: la esterilización femenina fue preferida por los grupos sin nivel educativo, primaria y posgrado (39,0%, 34,9% y 33,6% respectivamente), y la masculina por los de posgrado (2,9%), universitarios (2,7%) y los de nivel técnico o tecnológico y los sin nivel educativo (2,3%). La píldora se comportó de forma muy similar: 61,3% en el grupo de posgrado, 61,2% para primaria y 58,7% para secundaria; el rango del DIU varió entre el 28,7% entre quienes no tenían nivel educativo y 45,6% para posgrado. El método de emergencia fue más usado por las universitarias (11,0%), seguido de las de nivel técnico (8,8%) y no fue usado por quienes solo tenían preescolar. Los métodos más usados fueron la píldora (59,3%), el condón (49,2%) y el retiro (46,4%); en cuanto a este último, su comportamiento superó el 41,9% en todos los grupos, con excepción del grupo de preescolar donde solo alcanzó un 32% (Anexo, Cuadro 5.13). Las diferencias encontradas entre las variables fueron estadísticamente significativas, lo que indica que el tipo de método escogido está relacionado con el nivel educativo de las mujeres encuestadas.

Aspectos relevantes de la planificación familiar según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, Colombia 2007 (ENS-2007)

En la ENS-2007 fueron encuestadas 2.033 usuarias del programa de planificación en 1.170 IPS's, de las cuales el 52% eran privadas o mixtas y el 48% públicas. Para efectos del análisis se presentan las preguntas relacionadas con consultas de planificación familiar, conocimientos y usos de los diferentes métodos.

En cuanto al nivel educativo, el mayor porcentaje de mujeres encuestadas se encuentra en básica secundaria y media, con un 55,2%, seguido de las de básica primaria con 24,1%. Los porcentajes más bajos corresponden a las usuarias con preescolar y con posgrado. Solo un 1,6% de las usuarias encuestadas no tenía escolaridad. Con relación al estado civil, el mayor porcentaje se observa en las mujeres en unión libre (54,5%), seguido de las solteras (25%) y de las casadas (16,6%); los menores porcentajes corresponden a viudas (0,6%) y a separadas (3,3%) (Anexo, Cuadro 5.14).

La situación de afiliación a la seguridad social muestra que el 48,9% de las usuarias estaba afiliada al régimen subsidiado; el 35,3% al régimen contributivo (2,0% al Instituto de Seguro Social, 1,1% al magisterio, 0,6% a las fuerzas militares y policía nacional y 31,6% a una entidad del régimen contributivo diferente al ISS), el 11,9% no tenían ningún tipo de afiliación a la seguridad social y el 1,9% tenían carta de desplazado o desmovilizado (Anexo, Cuadro 5.14).

Con relación a las personas que informaron haber asistido a la consulta de planificación familiar durante el año 2007, el 35,7% lo hizo por primera vez, el 61,7% lo hizo como consulta de control. Un pequeño grupo correspondiente al 2,6% realizó consulta adicional a las programadas para otros tipos de servicios como cirugía, consulta no especificada, inserción del DIU, retención del dispositivo, para descartar embarazo, para información y educación y para otros métodos de planificación familiar (Anexo, Cuadro 5.15).

En general, el comportamiento de la consulta de planificación familiar de primera vez, repetida o adicional a las programadas fue similar en todo el país: en todas las regiones la mayor fue por controles o consultas repetidas, le siguen las consultas de primera vez y finalmente las consultas adicionales a las programadas. Los porcentajes para las consultas repetidas oscilaron entre 54,9 (Bogotá) y 73,4 (región de la Orinoquía y la Amazonia). En las consultas de primera vez, los porcentajes oscilaron entre 25,5 en la Orinoquía y Amazonia y el 41,8 en Bogotá. En conclusión, las regiones de comportamiento más diferente fueron la Orinoquía y la Amazonia, donde las consultas de primera vez equivalen a un cuarto de las totales y las repetidas casi a los tres cuartos restantes. Por su parte, Bogotá fue la región con menos diferencia en el número de consultas de primera vez y repetidas. En cuanto a las consultas adicionales, el porcentaje en todas las regiones fue bajo: entre 1,1% en la Orinoquía y Amazonia y 5,3% en la región Pacífica (Anexo, Cuadro 5.15). Del total de usuarias que asistieron al programa de planificación familiar, el mayor porcentaje por regiones lo tuvo la Central con un 30,5%, en segundo lugar Bogotá con un 19,5%, seguida por la región Atlántica con un 17,3%, la Oriental con un 14,1%, la Pacífica con 13,9%; la región con el menor porcentaje de usuarios de planificación familiar fue la correspondiente a la Orinoquía y Amazonia con apenas un 4,6% del total.

De las personas que consultaron, el 89% dijo haber recibido información sobre los diferentes métodos de planificación familiar por parte del médico que la atendió, mientras que el 11% respondió que no recibió información.

De la gama de métodos de planificación familiar, los hormonales fueron los preferidos con un 60,3%, entre éstos la inyección obtuvo el 30% y la píldora el 27,3%. Al método hormonal le siguen los de barrera con un 22,9%, siendo el preferido el DIU con 19,1%, y los métodos definitivos con 12,5%, entre los cuales la ligadura de trompas obtuvo el mayor porcentaje: 10,9%. El condón, los implantes sub-dérmicos, la vasectomía o esterilización masculina, los óvulos anticonceptivos, la espuma o la jalea fueron los métodos menos usados, con porcentajes entre 0,2% y 3,6% (Anexo, Cuadro 5.16).

La elección libre del método de planificación familiar por regiones osciló entre el 87,8%, en la Costa Atlántica, y el 96,4% en la región Central. En las otras regiones los porcentajes de elección libre del método fue muy similar: 93,9% en Bogotá, 94,2% en las regiones Oriental y Pacífica y 94,6% en la Orinoquía y Amazonia (Anexo, Cuadro 5.17).

En todos los niveles de escolaridad, el porcentaje de la elección libre del método de planificación familiar fue superior al 87,5%, porcentaje que correspondió a las personas sin nivel educativo. Las usuarias que en un 100% hicieron elección libre del método fueron las de posgrado con y sin título.

El 55,1% de las mujeres que estaban planificando tenía un nivel de escolaridad de básica secundaria y media, el 24,1% de básica primaria, el 7,91% técnico o tecnológico, el 6,59% universitario sin título y el 3,98% universitario con título. De las mujeres que asistían al programa de planificación familiar según el estado civil, el 54,5% de quienes vivían en unión libre planificaban, seguidas por las solteras con 25% y las casadas con 16,6%; las separadas y las viudas planificaban en menor porcentaje: 3,34% y 0,63% respectivamente. En cuanto a la libre elección del método de planificación familiar, el porcentaje más alto fue para las viudas con el 100%, las casadas alcanzaron un 95,7%, las solteras un 94,6% y las de unión libre un 92,8%. El porcentaje más bajo lo obtuvieron las separadas con un 90,9%.

Del total de usuarias de planificación familiar que no decidieron libremente el método y que otra persona lo hizo por ellas, el 89,4% reportó que la decisión la había tomado el personal de salud: el médico fue el responsable del 77,2% de las decisiones y la enfermera u otro personal de salud del 12,2%. Del 10,6% restante, el porcentaje más significativo de toma de decisiones fue el del compañero y de otro familiar con un 3,3% cada uno, seguido de padres, madres, padrastros o madrastras con el 1,6%. Los amigos y novios tuvieron muy poco poder de decisión, con porcentajes inferiores al 1%. Al analizar esta situación por regiones, se observa que fue en la región Atlántica donde el médico tomó más decisiones, con un peso porcentual correspondiente al 35,8% del total; le siguen en su orden la región Central con un 21%, Bogotá con 15,8%, la región Oriental con un 12,6%, la Pacífica con 9,5% y finalmente la Orinoquía y Amazonia con solo el 5,3%. Por regiones el comportamiento fue diferente en cuanto a quién tomó la decisión de elegir el método, así: en la región Atlántica además del médico, tuvo que ver en las decisiones la enfermera u otro personal de salud con el 12,2%, y otro familiar con el 4,9%; el resto de personas no tuvieron nada que ver en la decisión. En la región Pacífica además del personal de salud y otros familiares, también tomaron la decisión el esposo o compañero y otros familiares con 6,3% en ambos casos. En la región Oriental, además del personal de salud, los padres y los amigos también tomaron la decisión en un porcentaje de 6,3%. En la región Central solo eligieron el método el médico, los padres y los esposos. Bogotá presentó una situación particular: es en la única región donde los novios, amantes o amigos/novios tomaron decisiones en cuanto al método de planificación familiar, y donde hubo casos en los que no se obtuvo respuesta; también fue allí donde los esposos tuvieron el mayor peso entre todas las regiones con un 8,7%. Llama la atención que en la Orinoquía y Amazonia fue el médico quien tomó la decisión en la totalidad de los casos (Anexo, Cuadro 5.18).

Del total de personas pendientes de la inserción del DIU, el 39% decidió no utilizar un método de planificación familiar mientras le hacían la inserción; el 30,5% optó por el condón, el 7,3% por la píldora, el 14,6% no había decidido y porcentajes menores optaron por otros métodos como la inyección (4,9%) y la amenorrea por lactancia (1,2%) (Anexo, Cuadro 5.19).

Del total de personas que eligieron como método de planificación familiar la ligadura de trompas, a ninguna le habían realizado el procedimiento. Un poco más de la mitad, 55,2%, estaban programadas para los próximos días, un 11,7% para los próximos meses y una tercera parte, 33,1%, desconocía cuándo se la harían.

A ninguna de las personas que eligieron como método de planificación familiar la vasectomía se la habían realizado, a una tercera parte se la harían en días, a otra tercera parte en meses y los restantes aún no habían sido programados.

Al analizar el método que preveían usar mientras les hacían la inserción del DIU de acuerdo a las diferentes regiones, en la Atlántica y en la Pacífica se observa un alto porcentaje de indecisión: 22%, seguido de Bogotá con 20%. Las regiones con mayor porcentaje de usuarias que decidieron no utilizar ningún método fueron la Pacífica con 44,4% y la Central y Bogotá con 40%. La región Oriental, por su parte, tuvo la mayor proporción en el uso del condón: 46,2%.

En Bogotá, los métodos elegidos fueron únicamente el condón con un 30% y la píldora con un 10%; mientras que el 40% decidió no utilizar método y el 20% restante no había hecho la elección.

En cuanto a si sabían cómo usar el método elegido mientras les insertaban el DIU, el 100% de las usuarias sabía cómo utilizar el condón, los óvulos, la espuma y la jalea. El mayor desconocimiento se encontró en la amenorrea por lactancia (33,3%) y en la abstinencia (16,7%). De las personas que habían elegido condón o píldora mientras les insertaban el dispositivo, la totalidad sabía utilizarlos en las regiones Atlántica, Oriental y Pacífica, mientras que en las regiones Central y Bogotá apenas el 80% y el 67% respectivamente.

Solo en la región Central se encontraron dudas sobre cómo usar el método elegido y en el 100% de quienes eligieron la inyección; en cuanto a desconocimiento en el uso del método elegido, el mayor porcentaje se encontró en las regiones Atlántica y Bogotá con un 16,7%.

Entre quienes eligieron como método de planificación familiar el dispositivo intrauterino, el comportamiento entre regiones en cuanto a la inserción es diferente: el rango se encuentra entre el 64,7% de la región Pacífica y el 88,9% en la Orinoquía y Amazonia. Según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) de las mujeres que eligieron y les fue insertado el DIU, el porcentaje de respuesta de las entidades del sistema está entre el 66,7% en el Seguro Social (ISS) y en el Magisterio y el 88,9% en otra entidad. Llama la atención que a las personas sin afiliación se les había insertado el DIU en un 80,7% (Anexo, Cuadro 5.20).

Del total de personas pendientes por la ligadura de trompas, el 46% no iba a utilizar algún método de planificación familiar mientras las operaban; el 24,5% iba a utilizar métodos hormo-

nales (15,3% la inyección y el 9,2% la píldora); el 23,9% métodos de barrera (el 17,8% el condón, el 5,5% el DIU y el 0,6% óvulos) y el 5,5% métodos naturales como la abstinencia o el método del ritmo (el 3,7%) y la amenorrea por lactancia (el 1,8%) (Anexo, Cuadro 5.21).

En cuanto a los diferentes métodos de planificación familiar que preveían utilizar mientras les insertaban el DIU, el preferido fue el condón con 30,5%, seguido de la píldora y de la inyección con 7,3 y 4,9% respectivamente.

Según edad (Anexo, Cuadro 5.22), el mayor porcentaje de personas –por grupos quinquenales– que eligió un método de planificación mientras esperaba la ligadura de trompas optó por los hormonales, con un 24,5%, seguido de los métodos de barrera con un 23,9% y de los naturales con un 5,5%; el 46% decidió no elegir método. Entre éstos, el grupo de edad que obtuvo el mayor porcentaje fue el de 20 a 24 años, con un 55,6%, seguido de los grupos de 35 a 39 y de 45 a 49 con un 50%. El grupo de 40 a 44 años optó en mayor proporción por el condón, con un 36,4%, y en segundo lugar por la abstinencia, con un 27,3%. La mitad de los adolescentes (15 a 19 años) eligió la inyección y una cuarta parte el condón. En el grupo de 20 a 24 años predominaron los métodos de barrera, 27,7%, y los hormonales, 16,7%. Los grupos quinquenales menores, de 15 a 19 y de 20 a 24 y los de 35 a 39 y de 45 a 49 años, no eligieron los métodos naturales. En los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años predominaron los métodos hormonales (29,8% y 26,7% respectivamente); mientras que en los grupos de 35 a 39 y de 45 a 49 años predominaron los métodos de barrera (33,4% y 45,5% respectivamente). Las personas del grupo de 45 a 49 años que eligieron método lo hicieron solo por la píldora. En conclusión, la elección del método no tiene relación con la edad.

La ENS-2007 preguntó también por el conocimiento que tenían las personas sobre el método de planificación familiar que preveían utilizar mientras esperaban la ligadura de trompas: solo en la región Atlántica la totalidad de los encuestados sabían cómo utilizarlo; en la región Oriental el 100% de quienes eligieron la inyección no sabían cómo usarla y la totalidad de quienes eligieron la abstinencia tenían dudas.

Al indagar sobre la comprensión del uso del método de planificación familiar elegido, en todas las regiones el porcentaje fue igual o superior al 98,2% (Anexo, Cuadro 5.23).

La región que mayor información suministró con relación a dónde conseguir el método de planificación familiar elegido fue Bogotá, con un 87,3%, le siguió la Pacífica con 81,3%, la Oriental con 80%, la región Central con 78,1%, la Atlántica con 73% y la Orinoquía y Amazonia con el 50% (Anexo, Cuadro 5.24).

Según la afiliación a instituciones de Seguridad Social, al 100% de las personas afiliadas tanto a otra entidad como a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional les fue informado donde comprar el método de planificación elegido; el menor porcentaje fue para las personas del Magisterio (60%) (Anexo, Cuadro 5.24).

En cuanto a la facilidad para comprar el método de planificación familiar en los 7 días siguientes a la formulación, el rango osciló entre 76,2% en la región Atlántica y 93,3% en la Oriental.

DISCUSIÓN

Los datos de ambas encuestas indican que los métodos de planificación familiar más conocidos y utilizados por la población encuestada son el condón, la píldora, la inyección, la esterilización femenina y el DIU, lo cual puede deberse a las campañas publicitarias y al énfasis dado a estos métodos en los programas de planificación familiar. Estos resultados son similares a los encontrados en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 de México, que reportó la píldora como el anticonceptivo que más conoce la población (78%), seguido por el condón con 64%, el DIU 60% y la inyección 56%; sin embargo los porcentajes de conocimiento de los diferentes métodos son mucho mayores en Colombia que en México (Universidad Autónoma de México *et al*, 2006:26). Con relación al método de esterilización femenina es muy conocido por los encuestados en Colombia (95% según la ENDS-2005) no así en México (26% según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003).

Llama la atención las diferencias encontradas en las dos encuestas colombianas en cuanto a esterilización femenina –19% en la ENDS-2005 y 10,9 en la ENS-2007– y el uso del condón –41% en la ENDS-2005 y 3,6% en la ENS-2007–, lo cual se podría explicar por las características de cada estudio: en la ENDS-2005 la información sobre planificación familiar se obtuvo de mujeres en edad reproductiva encuestadas en los hogares, mientras que en la ENS-2007 se obtuvo de usuarias del programa de planificación familiar de las IPS's.

Con relación al uso de los diferentes métodos de planificación familiar, en Colombia los más usados son la píldora, la inyección, el DIU y la esterilización femenina; y es muy bajo el uso de la vasectomía, lo cual estaría relacionado con el hecho de que las políticas y programas de planificación familiar han estado dirigidas casi exclusivamente a la mujer, dejando de lado el rol masculino. En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2004 realizada en el Perú, se observó que los métodos más utilizados son: abstinencia periódica 17,5%, inyectable 11,2%, esterilización femenina 10,4%, condón 8,6%, píldora 7,4% y el DIU 7,1% (Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, 2005:12); igual que en Colombia, la esterilización masculina es poco frecuente (0,5%).

En Colombia se encontró que el tipo de método de planificación familiar elegido está relacionado con el nivel educativo de las mujeres encuestadas. En el Perú el uso de métodos anticonceptivos aumenta con el nivel educativo: entre quienes no tienen educación, poco más de la mitad (51.4%) utilizan métodos de planificación familiar, mientras que en los de educación superior su uso es mayor a las tres cuartas partes (Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, 2006:12).

La ENDS-2005 muestra una prevalencia en el uso de métodos de planificación familiar en la población femenina colombiana de 43,5%, porcentaje considerablemente menor a los reportados en Perú en 2004 (70,5%, Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, 2006:12), en

Paraguay en el mismo año (72,8%, CEPEP, 2008:127) y en El Salvador en 2002 – 2003 (67%, FESAL, 2009:9). Según la ENDS-2005, la gran mayoría de las mujeres que utilizaron la esterilización como método de planificación tuvieron fácil acceso económico: en el 92,9% de los casos los costos fueron financiados total o parcialmente por el SGSSS. Esto podría relacionarse con la cobertura de afiliación a la seguridad social de las encuestadas. Con relación al conocimiento sobre la irreversibilidad de la esterilización, llama la atención que en Colombia un 14,7% de las personas encuestadas la desconocía; esto es similar a lo reportado en la ENSR-2003 de México, donde se señala que el 13,3% de la población esterilizada no conocía la irreversibilidad del método (Universidad Autónoma de México *et al*, 2006:30) y un poco menor que el porcentaje encontrado en República Dominicana (24,5%, CESDEM, 2007:95). Este aspecto puede estar indicando problemas en la calidad de los programas educativos y en la información suministrada a las mujeres. En Colombia, un 12,7% de quienes se realizaron la esterilización se arrepintieron de habérsela practicado, en la mayoría de los casos por el deseo de tener otro hijo.

Con relación a la elección libre del método de planificación familiar, llama la atención la autonomía de las mujeres colombianas encuestadas pues, según la ENS-2007, en el 87,8% de los casos lo hacen ellas mismas. Este aspecto podría entenderse como un avance en el proceso de desarrollo social auspiciado por el acceso a la educación, a la información y a la actividad laboral. Solo el 12,2% de las encuestadas dijo estar influenciada por el personal de salud para la elección del método, en mayor proporción por el médico; en México, para esta elección interviene la pareja en el 52,4% de los casos, solo la mujer en el 39,6%, solo el hombre en el 6,1%, el médico en el 1,7%, la enfermera en el 0,1% y otros en el 0,1% (Universidad Autónoma de México *et al*, 2006:41).

Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres encuestadas en Colombia consideraron el embarazo como un problema, la mayor proporción se encontró entre las mujeres de los dos extremos de la edad reproductiva: menores de 19 y mayores de 40 años, lo que da indicios del embarazo no deseado y sus implicaciones en el desarrollo psico-afectivo de los niños y niñas nacidos de dichos embarazos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos según grupos de edad, las menores de 19 años son las que menos los utilizan, desean un embarazo pero piensan que el quedar embarazadas representaría un problema, lo cual puede interpretarse como una predominancia del deseo sobre los problemas, que bien pueden ser de tipo socioeconómico. Este aspecto motiva la necesidad de realizar trabajos de investigación que permitan comprender de manera integral la problemática del embarazo en adolescentes (a este respecto ver el estudio de Carmen de la Cuesta, 2002).

Llama la atención el poco uso del condón en los diferentes grupos de edad, más aún si se tiene en cuenta que este método, además de servir para la planificación familiar, previene enfermedades de transmisión sexual. Según lo reportado por la ENS-2007, podría inferirse que el

condón, más que un método de planificación elegido, es un método de emergencia, ya que el 41% de encuestados lo ha usado alguna vez (Anexo, Cuadro 5.2); otra explicación posible es que el uso del condón, una vez ensayado, no les satisface.

A pesar de lo anterior, el uso del condón se reporta como el primer método de elección para las mujeres que esperan la inserción del DIU y el segundo para las que esperan la ligadura de trompas. Entre éstas, sin embargo, el mayor porcentaje (46%) no usa ningún método de planificación, quedando expuestas al embarazo. Se hace entonces necesario garantizar mayor oportunidad de acceso a la ligadura para evitar posibilidades de embarazos no deseados.

Limitaciones

Aunque ambas encuestas (ENDS-2005 y ENS-2007) están basadas en la misma muestra maestra, los resultados no se pueden comparar, tanto porque cada una busca objetivos diferentes, como porque su población objeto también fue diferente, lo que resulta más notorio en lo relacionado con el tema de planificación familiar. Por otra parte, debido a la falta de documentación sobre el sistema de muestreo, la aleatoriedad y la representatividad de la muestra, tanto en la ENDS-2005 como en las IPS's y en los usuarios incluidos en la ENS-2007, los hallazgos y conclusiones no se pueden interpolar a la población respectiva y se limitan a los encuestados.

CONCLUSIONES

- Los métodos de planificación familiar más conocidos y utilizados por la población encuestada, tanto en la ENDS-2005 como en la ENS-2007, fueron el condón, la píldora, la inyección, la esterilización femenina y el DIU. Es muy bajo el uso de la vasectomía, lo cual puede estar relacionado con el hecho de que las políticas y programas de planificación familiar han estado dirigidas casi exclusivamente a la mujer, dejando de lado el rol masculino.
- Se encontró que la elección del método en Colombia está influenciada por el nivel educativo de las mujeres encuestadas.
- La gran mayoría de las mujeres que optaron por la esterilización como método de planificación reportaron una buena acogida y la financiación dada por el Sistema General de Seguridad Social; sin embargo un 14,7% no sabía de la irreversibilidad de este procedimiento, y por tanto se arrepiente de habérsela practicado pues desea, en la mayoría de los casos, tener otro hijo (este arrepentimiento se da, en mayor proporción, en las mujeres de la región Pacífica).
- Las mujeres encuestadas muestran una gran autonomía al elegir el método de planificación: por encima del 87,8% lo hacen ellas mismas.
- Las mujeres menores de 19 años son las que menos utilizan los métodos de planificación familiar, lo cual podría estar relacionado con la frecuencia del embarazo en adolescentes.
- El condón muy poco usado en todos los grupos de edad.
- Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres encuestadas consideraron el embarazo como un problema, en particular las mujeres que se encuentran en los dos extremos de la edad reproductiva: menores de 19 años y mayores de 40 años.
- La falta de oportunidad en la oferta de esterilización y de inserción del DIU conlleva el riesgo de nuevos embarazos debido a que un porcentaje considerable de mujeres no planifican mientras esperan la prestación del servicio.

RECOMENDACIONES

- Dadas las dificultades señaladas en la calidad del muestreo utilizado tanto en la ENDS-2005 como la ENS-2007, es imperativo que el Ministerio de la Protección Social y todas las entidades involucradas en estos procesos de las encuestas nacionales aseguren y exijan altos niveles de calidad en la recolección y procesamiento de la información, así como en la generación de bases de datos que garanticen la confiabilidad de los resultados.
- Para garantizar la calidad de las encuestas nacionales, sería importante que quienes realicen el diseño participen en su ejecución y en el análisis de los resultados, con el propósito de garantizar la aplicación adecuada del diseño propuesto y la confiabilidad de la información recolectada, factores esenciales en el análisis de la situación de salud del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Butz, W.P (2005). "El doble cisma: Los implosionistas y explosionistas ponen en peligro los avances logrados desde la conferencia de El Cairo". En: *Population Reference Bureau*. [Sitio disponible en Internet]: URL: <http://www.prb.org/SpanishContent/.../ElDobleCisma.aspx>

CESDEM: Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007). *Encuesta Demográfica y de Salud*. Santo Domingo, República Dominicana.

CEPEP: Centro Paraguayo de Estudios de Población (2008). *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva*. Paraguay, Endssr.

Cuesta B. C (2002). *Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia*. Universidad de Antioquia, Medellín. ESAL (2009). *Encuesta Nacional de Salud Familiar*. El Salvador.

Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2004*. Lima.

Ministerio de la Protección Social: Dirección General de Salud Pública (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. República de Colombia, Bogotá.

Ministerio de Salud (1987). *Programa Materno Infantil. Hechos y Proyecciones*. 2a Edición, Bogotá.

Population Reference Bureau (2009). *Cuadro de datos de la población mundial 2009*. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

PROFAMILIA (2000). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resultados*. Colombia.

_____, (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resultados*. Colombia.

Rock, J (1964). *Control de natalidad*. Edit. Seix Barral S.A, Barcelona.

Universidad Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Secretaría de Salud de México (2006). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Tabulados Básicos*, México.

CAPÍTULO 6:

**INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN**

**SEXUAL, VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA
HUMANA-VIH**

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), llamadas también enfermedades venéreas, son aquellas que se adquieren y/o se propagan de una persona a otra(s) a través, principalmente, del contacto sexual; sin embargo, pueden también transmitirse durante el embarazo o el parto de la madre infectada al hijo y por la manipulación y transferencia de productos sanguíneos y tejidos (OMS, 2007:76). Según la OMS todos los años se producen, en hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, más de 340 millones de casos nuevos curables de ITS; la mayor proporción se observa en Asia meridional y sudoriental, seguida por el África subsahariana y por América Latina y el Caribe (WHO, 2001:1). Estas infecciones producen enfermedades agudas o crónicas y ocasionan complicaciones que incluyen enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, infertilidad, cáncer de cuello uterino y aborto espontáneo (WHO, 2001:7). En relación con la infección por VIH, y con base en el seguimiento de los datos en numerosos países (entre los que se incluye a Colombia), ONUSIDA ha podido establecer que el crecimiento general de la epidemia mundial se ha estabilizado gracias a un descenso del 19% en el número anual estimado de nuevas infecciones (2.6 millones en 2009 y 3.1 millones en 1999) y en las muertes asociadas al SIDA (2.1 millones de muertes estimadas en 2004 y 1.8 millones en 2009). Este declive refleja una combinación de factores que incluyen la evolución del curso natural de la epidemia y los esfuerzos realizados en prevención, así como una mayor disponibilidad y uso de la terapia antirretroviral y del cuidado y soporte que se brinda a las personas que conviven con VIH. (UNAIDS, 2010:18,21). Estos factores han llevado además a un incremento en la adherencia al tratamiento y en la supervivencia de las personas infectadas por VIH y a la estabilización de la prevalencia global de la epidemia (0.8% en 2001 y 2009 entre personas de 15 a 49 años) (UNAIDS, 2010:23).

Con frecuencia es desconocida la magnitud de las ITS, pues aunque en algunos países se dispone de sistemas de vigilancia pasiva, los datos no siempre son confiables y completos al depender tanto del acceso y de la demanda por los servicios de prevención y atención de ITS,

demanda muchas veces obstaculizada por el estigma asociado con estas infecciones, como de la calidad de los servicios de diagnóstico, búsqueda y reporte de casos, y de la historia natural de las ITS pues una gran proporción son asintomáticas o comparten signos que limitan la precisión en el diagnóstico (WHO,2001:5). La información en Colombia de las ITS calificadas como eventos de interés en salud pública –VIH/SIDA, hepatitis B, sífilis congénita y sífilis gestacional– es capturada por los servicios de salud que operan como unidades primarias generadoras de datos (UPGD) y es objeto de vigilancia por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2009a; Ministerio de la Protección Social, 2006:3-8).

Son varias las limitaciones que imposibilitan tener un conocimiento confiable e íntegro del problema de las ITS a partir de la información que genera el SIVIGILA; las principales son: la vigilancia centrada en la enfermedad y en algunos factores de riesgo individual, que desconoce los niveles estructural y social como determinantes del problema y, por lo tanto, otras perspectivas efectivas de intervención; la escasez de recursos en áreas rurales y periféricas del país que limita el registro y flujo oportuno de la notificación; la notificación de las ITS basada en la vigilancia pasiva de los casos que consultan a las instituciones o servicios de salud (IPS), y esto a pesar de que una proporción importante de las personas con ITS son asintomáticas o consultan otros servicios –como los farmacéuticos– debido al estigma y a las limitaciones en el acceso; la captura de las ITS basada en el diagnóstico etiológico de solo 3 agentes, *VIH*, *VHB*, *T. pallidum*, que excluye las causas más frecuentes de uretritis –como son *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*– y otros cerca de 30 microorganismos menos frecuentes, muchos de los cuales no solo son importantes por la infección que producen, sino también porque actúan como co-factores que facilitan la transmisión y afectan el pronóstico de otras ITS como, por ejemplo, la infección por VIH.

Un abordaje más comprensivo del problema requeriría de la realización de investigaciones epidemiológicas de ITS de base poblacional, que den cuenta de la vulnerabilidad y del significado de las prácticas relacionadas con el riesgo de ITS en los diferentes grupos a partir de su diversidad económica y cultural; de la implementación del diagnóstico y manejo sindrómico de ITS en todas los servicios de salud, como estrategia que complemente y compense las dificultades del diagnóstico etiológico; de la utilización y cruce de la información derivada los registros individuales de prestación de servicios (RIPS. Cfr. Ministerio de Salud, 2000:1-46), que se generan cada vez que a una persona en Colombia se le presta un servicio individual de salud; y de la implementación de estrategias que mejoren la sensibilidad, el conocimiento y la conciencia de los diversos grupos poblacionales sobre las ITS y el acceso real a los servicios de salud.

Por otra parte, la aparición del VIH ha ocasionado que las otras ITS se definan en relación con él, con lo que se ha generado una falta de interés y el descuido o eliminación de los programas dirigidos a su control (Steen, R. *et al*, 2009:858). Prueba de ello es la escasez de investigaciones sobre ITS diferentes al VIH, aun cuando directrices políticas, modelos y planes de salud pública las

han priorizado. La política de salud sexual y reproductiva en Colombia estableció la prioridad de mejorar la comprensión de las ITS con la realización de investigaciones desde diversas perspectivas y enfoques (Ministerio de la Protección Social, 2003:46). De manera similar se propuso en el Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2006:52) en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011 (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2008:48-57) y, más recientemente, en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se estableció como prioridad el fortalecimiento de la investigación aplicada dirigida a enfermedades transmisibles prioritarias como las ITS (Ministerio de la Protección Social, 2008: 20, 26 y 42).

En el 2007, y a través de la Encuesta Nacional de Salud (ENS-2007), el Ministerio de la Protección Social buscó dar cuenta, entre otras cosas, de la situación de las ITS en Colombia. En dicha encuesta se registraron los datos suministrados por una muestra de la población con edad igual o mayor a 18 años, pero no se realizaron pruebas clínicas, inmunológicas o microbiológicas, ni fue posible consultar otras fuentes (RIPS, historias clínicas) que ayudaran a establecer el nivel de validez de la información generada por el auto-reporte en entrevistas puerta a puerta. Sin desconocer el esfuerzo hecho por el Ministerio, es necesario afirmar que los estudios de salud sexual reproductiva que incluyen VIH y otras ITS, realizados con base en el auto-reporte de encuestas poblacionales tienen limitaciones importantes, pues son muy sensibles a las variaciones metodológicas, teóricas, conceptuales y procedimentales, variaciones que afectan la validez y confiabilidad de los resultados (Sadana, 2000:640-654).-

Este capítulo parte de la información suministrada por la ENS-2007 con respecto a las ITS y a la infección por VIH y, al tiempo que describe la situación registrada por la encuesta en relación con estas enfermedades, incluye en sus análisis algunos de los elementos básicos de la propuesta de la epidemiología social, la cual busca establecer el modo como se relacionan –estructural, social e individualmente– la distribución de los problemas de salud –en este caso de las infecciones de transmisión sexual ITS o la infección por VIH– con los factores estudiados y clasificados.

MARCO DE REFERENCIA

La OMS afirma que en una escala mundial las ITS representan, en los países en desarrollo, el 17% de las pérdidas económicas provocadas por la falta de salud (OMS, 2007:76). Las mayores tasas de estas infecciones se encuentran, generalmente, en áreas urbanas y hombres y mujeres las adquieren entre los 15 y 35 años –esto es, durante las edades de mayor actividad sexual– pero, en promedio, las mujeres se infectan a edades más tempranas que los hombres (WHO, 2001:7).

La mayoría de las ITS son producidas por organismos que no sobreviven en forma adecuada por fuera del hospedero humano y requieren del contacto íntimo para su transmisión; sin embargo las ITS que sobrepasan la región urogenital y llegan a ser sistémicas –es el caso de la sífilis, la hepatitis B y la infección por VIH– pueden transmitirse también por la transferencia e intercambio de productos sanguíneos o de forma vertical de la madre al hijo durante la gestación. Por otra parte, la presencia de ITS no tratadas puede multiplicar por 10 el riesgo de adquirir y transmitir la infección por VIH y, por el contrario, su manejo apropiado puede reducir la incidencia de VIH en la población general hasta en un 40% (WHO, 2001:6); del mismo modo se ha estimado –con base en un estudio económico– que la cura o prevención de 100 casos de blenorragia previene entre 426 y 4278 casos en los próximos 10 años (WHO, 2001:7).

Abordaje diagnóstico y medición de la ocurrencia de las ITS

El diagnóstico de las ITS ha sido abordado mediante dos estrategias: la clínica, –conocida como manejo sintromico– y la etiológica –basada en la identificación directa o indirecta de las infecciones–. Además de los registros clínicos y etiológicos que se generan durante el diagnóstico, el auto-reporte de molestias y la revisión de archivos –con sus limitaciones– son las fuentes de información que pueden utilizarse para medir la ocurrencia de las ITS.

Estrategia Clínica: Las ITS pueden agruparse en síndromes clínicos de acuerdo con los signos y síntomas: secreción uretral, flujo vaginal, úlceras o lesiones de piel, ganglios inguinales, dolor pélvico bajo, inflamación del escroto, conjuntivitis neonatal (WHO, 1995:9, 26-33; Thomas y Stratton, 2001:269) y más recientemente secreción ano-rectal (Van der Bij *et al*, 2006:186). Esta estrategia, propuesta por la OMS desde los primeros años de la década del 90 (UNAIDS, 1998:4) y que ha mostrado ser costo efectiva, se denomina manejo sintromico y se basa en el hecho de que si bien son muchos los agentes etiológicos de las ITS, éstos solo ocasionan un limitado número de síntomas y signos a partir de los cuales se puede realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento (WHO, 1995:9-10; Johnson *et al*, 2011:13). Su principal fortaleza es que aunque depende de la disponibilidad de profesionales entrenados, en los sitios rurales dispersos o periféricos no requiere

de un laboratorio habilitado y puede ser una fuente de datos para los sistemas de vigilancia en salud pública; y una de sus limitaciones es que muchas ITS, por su historia natural, son asintomáticas y difíciles de detectar, especialmente en mujeres, pues mientras en los hombres los signos se localizan externamente, en ellas se ocultan en las paredes internas de la vagina y el cérvix y causan menos malestar. Otra limitante es que no todas las personas con síntomas de ITS buscan los servicios de salud, debido al estigma y a la exclusión social asociados con estas infecciones, y prefieren acudir a servicios alternativos como el de las droguerías o, incluso, no buscar ningún tipo de atención. En consecuencia, el control de las ITS basado en el manejo sindrómico puede ser costo efectivo, pero la determinación de la magnitud de las ITS es con frecuencia subestimada.

Estrategia Etiológica: Los patógenos y las infecciones o enfermedades de transmisión sexual se pueden agrupar con base en la taxonomía de los agentes etiológicos que las causan: virus (Hepatitis B, C y D, Herpes, Papiloma humano, VIH), bacterias (*Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*), protozoarios (*Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*) y ectoparásitos (*Phthirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*) (Thomas y Stratton, 2001:268). Cada uno de estos agentes etiológicos pueden producir al menos uno de los síndromes clínicos. Las pruebas paraclínicas de laboratorio se utilizan en la identificación precisa del agente etiológico, y su desempeño, en términos de sensibilidad y especificidad, dependerá no solo de la técnica sino también del entrenamiento del operador, del periodo de la historia natural de la ITS en el que se realice la prueba y del sitio anatómico de donde se obtenga la prueba que puede ser: uretra, vagina, pubis, ano, piel de genitales y manos, faringe, torrente sanguíneo. Una de las limitaciones del diagnóstico etiológico que utiliza pruebas paraclínicas es su relativa complejidad y la dificultad del recurso en sitios donde no se cuenta con laboratorios habilitados. La utilización en la identificación de los agentes etiológicos de pruebas rápidas de laboratorio de bajo costo y con alto nivel de desempeño reduciría esta limitación (Yager *et al.*, 2006:417). El mayor beneficio de las pruebas paraclínicas, especialmente de las inmunológicas, se obtiene con los casos asintomáticos de ITS, en los que los anticuerpos o antígenos circulantes pueden identificar la presencia de infecciones una vez se haya recuperado del periodo agudo.

En Colombia, la vigilancia en salud pública de la sífilis congénita y neonatal y de la infección por VIH y por virus de la hepatitis B (VHB) se realiza con base en la detección de antígenos o anticuerpos para los agentes etiológicos respectivos (Instituto Nacional de Salud de Colombia *et al.*, 2007:27; Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2007a:18; Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2007b:18).

Estrategia por auto-reporte: La determinación de la magnitud de las ITS mediante la entrevista casa a casa y el auto-reporte tiene como ventajas la mayor cobertura, los bajos costos y la posibilidad de generalización poblacional basada en el marco muestral y en la estrategia de

muestreo. La validez y la confiabilidad del auto-reporte en la medición de la frecuencia de las ITS han sido cuestionadas porque, en primer lugar, la información a partir del reporte de signos y síntomas es, generalmente, poco exacta: quien responde no sabe o no recuerda con certeza el nombre de las infecciones sintomáticas y, menos aún, de las que han sido asintomáticas; en segundo lugar por las diferencias subyacentes en el significado de lo que constituye enfermedad o síntomas; tercero porque los entrevistados ocultan información por motivos tales como el temor al estigma y a la discriminación; y, cuarto, por las dificultades en la estructura y contenido de la entrevista, en el lenguaje o en la comunicación (Sadana, 2000:642-643).

En efecto, los datos procedentes del auto-reporte son muy sensibles a las variaciones económicas, culturales y de escolaridad de las comunidades (que en Colombia incluye mestizos y diversas etnias indígenas y afrodescendientes). También lo son a las diferencias entre los encuestadores y a las condiciones en las que se realiza una entrevista de modo tal que garanticen un mínimo de confiabilidad cuando se abordan asuntos tan sensibles y asediados por el riesgo de estigma como las infecciones de transmisión sexual. Así, la morbilidad auto-notificada en salud sexual y reproductiva está solo mínimamente relacionada con la observada por clínica y laboratorio (Sadana, 2000:643).

Una de las más notables dificultades en la utilización del auto-reporte para la determinación de la magnitud de diferentes problemas de salud y, particularmente, los de salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo, es la carencia de validación con otras fuentes –para el caso de las ITS con datos clínicos, etiológicos (paraclínicos) y de archivo– y de análisis crítico de los datos obtenidos (Sadana, 2000:645).

Estrategia por revisión de archivos y registros: La vigilancia epidemiológica rutinaria de las ITS se basa en el seguimiento pasivo de los diagnósticos de estas infecciones, de notificación obligatoria a partir de datos clínicos y de laboratorio. Sin embargo, establecer la magnitud de las ITS a partir de este sistema tiene varios inconvenientes; así, por ejemplo, los médicos de los servicios de salud privados tienen un menor nivel de sospecha de ITS y de reporte de los datos ante el sistema de vigilancia en salud pública, y los datos de las historia clínicas de las personas con ITS pueden tener dificultad para ser consultados por su relación con comportamientos sensibles de salud sexual y reproductiva (Thomas y Stratton, 2001:275).

Prevalencia e incidencia de ITS y VIH

En el informe global del 2001 sobre prevalencia e incidencia de ITS curables se estimó que 340 millones de nuevos casos ocurrieron en 1999, con una prevalencia anual y mundial de 38 por 1.000 (WHO, 2001:8).

En el informe de ONUSIDA del 2010, se observa que la prevalencia estimada de VIH, para personas entre 15 y 49 años, pasó de 0,8% en el 2001 a 0,5% en el 2009; en las mujeres entre 15 y 24 años fue de 0,1%, y en los hombres del mismo grupo de edad de 0,2% (UNAIDS, 2010:204-206). En Colombia, el estudio “Centinela de Mujeres Gestantes” para el control de la infección por VIH, realizado en el 2009 entre mujeres embarazadas de 13 ciudades del país, halló una prevalencia promedio de 0,222% (95% IC 0,228-0,216) (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2009b:37). No se conoce de la realización reciente de encuestas similares para otras ITS en el país.

Condiciones que pueden modificar el riesgo de ITS y VIH

Los estudios centrados en las características individuales y en los comportamientos contruidos sobre las bases teóricas del individualismo biomédico, han sido muy útiles para comprender el riesgo de infección por VIH y otras ITS asociado a los factores protectores y de riesgo que están bajo la gobernabilidad de los individuos, es el caso, por ejemplo, del uso de elementos de protección de barrera, el número y la estabilidad de los contactos sexuales, etc. Sin embargo estos estudios carecen de una aproximación que examine el modo como los determinantes sociales y económicos llevan a las personas a exponerse a estos factores protectores y/o de riesgo –es decir, bajo qué condiciones sociales los factores del nivel individual se asocian o no a la enfermedad–, y esto a pesar de que las condiciones sociales son críticas para entender los patrones no uniformes y no aleatorios –resultado de la naturaleza dependiente de la transmisión– de las enfermedades infecciosas; o, dicho de otra manera, el desenlace en una persona depende de los desenlaces y de las condiciones de exposición de “sus” otros. Poundstone (Poundstone *et al*, 2004:24-25) propone tres niveles para intentar comprender estas relaciones: el nivel individual, que incluye factores biológicos, demográficos y de comportamiento capaces de modificar el riesgo de adquirir la infección y la progresión de la enfermedad; el nivel social, que incluye las estructuras de redes sociales y comunitarias que vinculan a los individuos con la sociedad y que son centrales para entender la difusión y distribución diferencial de las infecciones en los grupos poblacionales; y el nivel estructural, que incluye leyes, políticas y factores económicos que modifican las dinámicas de transmisión y la distribución diferencial de las infecciones (cfr. también Thomas y Stratton, 2001:283).

RESULTADOS

Descripción de la población de estudio

La población de referencia (Cuadro 6.1) está constituida por el 92,2% de los entrevistados mayores de 18 años que respondieron SÍ a la pregunta: ¿alguna vez ha tenido relaciones sexuales? La población de estudio se dividió en dos subgrupos:

- Los entrevistados que respondieron positiva o negativamente a las preguntas de haber sido diagnosticados o presentado algún signo o síntoma de ITS en el último año.
- Los entrevistados que respondieron positiva o negativamente a las preguntas de haber sido diagnosticados o recibir algún tratamiento para VIH en el último año.

Cuadro 6.1 Distribución de los residentes en los hogares colombianos mayores de 18 años según el auto-reporte de haber tenido o no relaciones sexuales

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
Sí	27448	92,2	91,0	93,3
No	1279	4,3		
No responde	1039	3,5		
Total	29762	100,0		

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

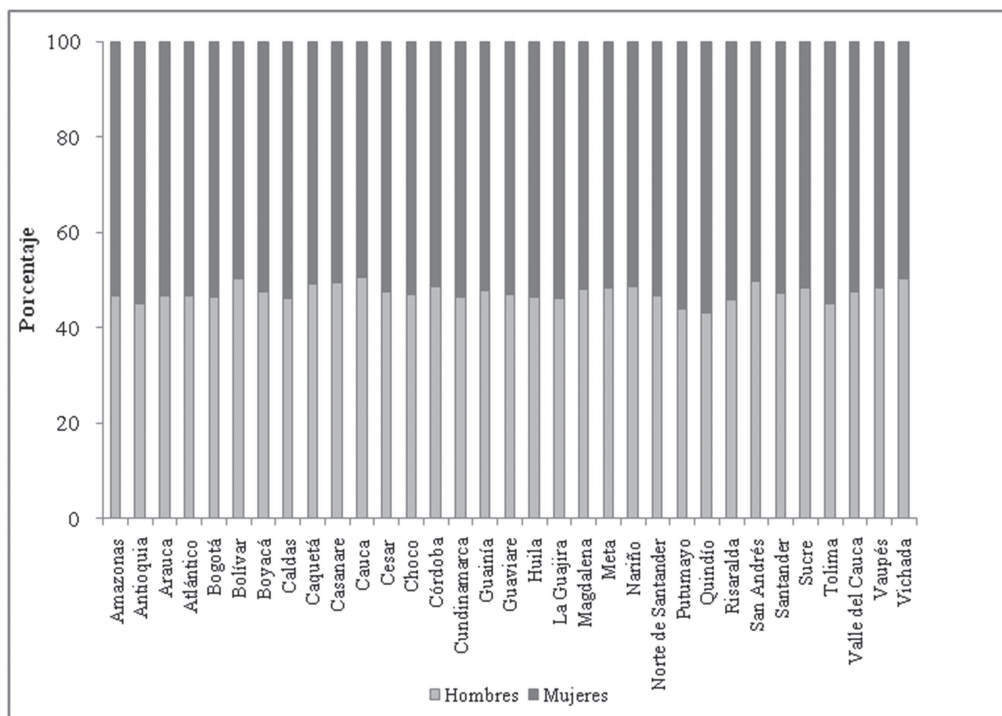
La población de estudio para ITS según sexo estuvo constituida en un 53,1% por mujeres, y en un 46,9% por hombres. La encuesta cubre todos los departamentos de Colombia, pero el 19% de la población de estudio se concentró en Bogotá, seguido por Antioquia con un 11% y el Valle del Cauca con un 10% (Gráfico 6.1).

Más del 90% de la población se localizó en las cabeceras municipales y en centros poblados. La edad promedio fue de 38,12 años (d.s.= 13,58) y la edad mediana fue de 37 años (Cuadro 6.2).

Cuadro 6.2 Edad de la población de estudio según sexo

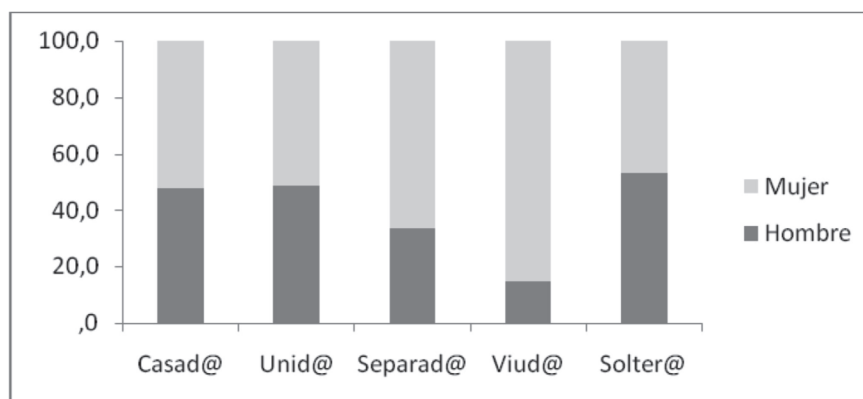
Sexo	Mediana	Media	DS	95% IC Media	
Hombre	37.00	38.17	13.73	37,90	38,44
Mujer	37.00	38.64	13.4492	38,24	39,04
Total	37.00	38.42	13.585	38,13	38,71

El 26,5% de la población de estudio estaba casado y el 29,6% en unión libre. Las diferencias en la distribución del estado civil entre hombres y mujeres se presentaron en la viudez y la separación, estados en los que predominó el grupo poblacional femenino, y en el de soltería con mayor proporción masculina (Gráfico 6.2).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

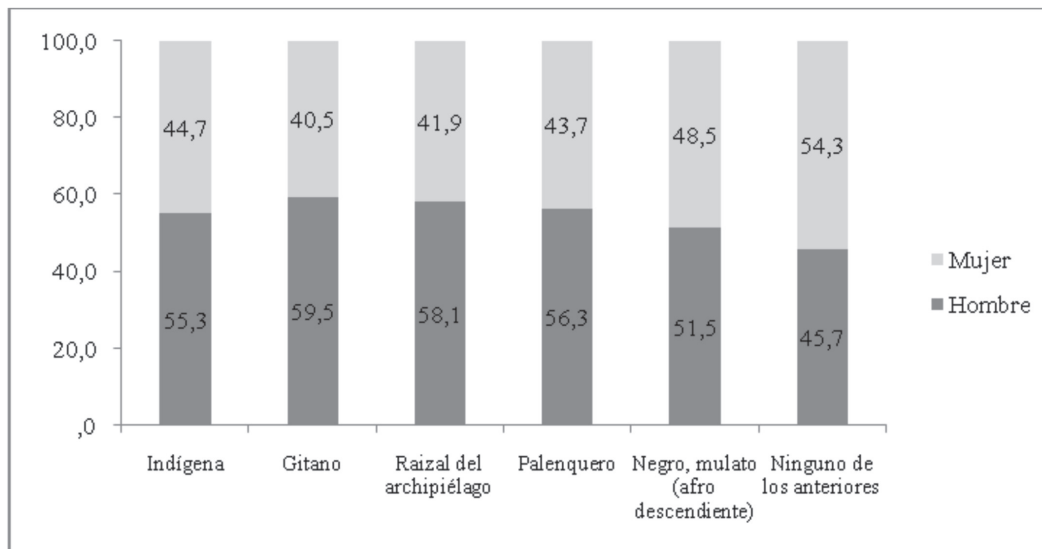
Gráfico 6.1. Distribución de la población de estudio por sexo y departamento de Colombia



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Gráfico 6.2. Distribución del estado civil entre la población de estudio

El 83,9% de la población declaró no pertenecer a ningún grupo étnico, el 5,6% al indígena, el 10% al negro-mulato y el 0,3% al gitano, raizal del archipiélago o palenquero. Según sexo, es mayor la proporción de hombres que se consideran parte de algún grupo étnico, y en ningún grupo étnico fue mayor la proporción de mujeres (Gráfico 6.3).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Gráfico 6.3 Distribución del grupo étnico entre los hombres y las mujeres de la población

Con respecto al tipo de afiliación en salud, el 34,6% de la población dijo estar vinculada a aseguradoras del régimen subsidiado (ARS), hoy empresas promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS's), cerca del 33% a EPS's del régimen contributivo y el 18,6% no refirió ninguna cobertura en salud. El 64,1% de la población informó haber sido encuestada; el nivel del sistema de clasificación de beneficiarios del SISBEN correspondiente fue: 46,0% en nivel 1, 34,1% en nivel 2, 7,7% en nivel 3 y el 11,8% no sabían el nivel (Cuadro 6.3)

Cuadro 6.3 Distribución del aseguramiento en salud en la población de estudio

Entidad aseguradora	%
Seguro Social	6,3
Fuerzas Militares, Policía Nacional	1,9
ECOPETROL	0,1
Magisterio	2,0
Entidad promotora de salud (EPS) o adaptada diferente al ISS	33,2
Administradora del Régimen Subsidiado (ARS)	34,6
Otra entidad	1,9
Carta de desplazado o desmovilizado	0,3
Ninguna	18,6
No Sabe	1,1

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Prevalencia de ITS y VIH por auto-reporte

En el 2007 la prevalencia de ITS por auto-reporte fue de 8,1% ($IC_{95\%}$: 7,3%-8,9%). Si la definición de ITS se hubiese basado solo en el antecedente de su diagnóstico, sin considerar los signos o síntomas que el entrevistado dijo haber presentado, aquella prevalencia alcanzaría solo el 0,85% (Cuadro 6.4).

Cuadro 6.4 Prevalencia de ITS durante el 2007 en la población de estudio, de acuerdo con el antecedente del diagnóstico de ITS o la presencia de signos o síntomas de ITS

	Porcentaje	IC 95%
En el ÚLTIMO AÑO ¿Le han diagnosticado a usted alguna infección de transmisión sexual?	0,8	0,7 - 0,9
En el ÚLTIMO AÑO ¿ha tenido signo o síntoma de alguna infección de transmisión sexual?	7,3	6,6 - 8,2
En el ÚLTIMO AÑO ¿ha tenido signo o síntoma o le han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual?	8,1	7,3 - 8,9

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

La prevalencia de ITS en las mujeres fue de 10,1% ($IC_{95\%}$: 9,0%-11,3%), superior a la de los hombres que fue 4,3% ($IC_{95\%}$: 3,7%-4,9%); cuando se calculó solo con base en el diagnóstico la dirección de la relación se mantuvo: 0,5% para hombres y 1,0% para mujeres.

La prevalencia de VIH por auto-reporte del diagnóstico, realizado en algún momento de la vida a las personas que han tenido relaciones sexuales, fue de 0,058% ($IC_{95\%}$: 0,027%-0,123%). Las mujeres alcanzaron un porcentaje un poco mayor –0,072% ($IC_{95\%}$: 0,029%-0,177%)– que el alcanzado por los hombres –0,043% ($IC_{95\%}$: 0,016%-0,112%)– (Cuadro 6.5).

Cuadro 6.5 Prevalencia de VIH por auto-reporte en la población que ha tenido relaciones sexuales

		Porcentaje	IC 95%
¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que tiene una infección por VIH o SIDA?	Sí	0,058%	0,027-1,123
	No	99,962%	

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Características de la transmisión y prevención en el grupo a quien en el último año le diagnosticaron una infección de transmisión sexual

La Cuadro 6.6 describe los modos de transmisión que la población encuestada reconoce como causantes de una ITS.

Cuadro 6.6 Formas de adquisición de la última infección de transmisión sexual según sexo

Formas de transmisión	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Por relaciones sexuales con persona(s) infectadas	57,63	52,46	54,02
Por contacto con alguien infectado sin tener relación sexual	15,62	8,61	10,72
Por uso de baños públicos	1,70	3,64	3,05
Por uso de silla u objetos usados por alguien infectado	4,02	3,46	3,63
Por abuso sexual	0,00	0,48	0,33
Por descuido o desaseo personal	0,00	7,14	4,99
No sabe	21,03	24,21	23,26

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Con respecto a las prácticas para prevenir la transmisión de las ITS, el 57,63% de los hombres y el 83,7% de las mujeres diagnosticados con una ITS en el último año informaron sobre su infección a la(s) persona(s) con quien(es) tenía relaciones sexuales; el 76,3% reportaron la suspensión de estas relaciones y el 30,1% de las que no las suspendieron dicen haber usado condón (Cuadro 6.7).

Cuadro 6.7 Prácticas efectuadas para prevenir la transmisión de la ITS a otras personas

Prácticas efectuadas		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Tomo o usó algún medicamento	Sí	87,9	95,6	93,3
	No	12,1	4,4	6,7
Dejó de tener relaciones sexuales:	Sí	76,3	79,3	78,4
	No	23,7	20,7	21,6
Usó condón	Sí	25,6	32,4	30,1
	No	74,4	67,6	69,9
Buscó tratamiento o consejo	Sí	93,0	97,6	96,3
	No	7,0	2,4	3,7

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

De las personas que reportaron diagnóstico de ITS, el 93% buscaron consejo o tratamiento; de éstas, el 96,6% lo hizo con el médico u otro profesional de la salud y, para ello, el 97,2% acudió a una institución de salud pública o privada. Al 74,3% le realizaron algún examen de laboratorio, al 94,5% le ordenaron algún medicamento en presentación diversa y el 97,0% dice habérselos aplicado o tomado todos. Solo el 60,7% dijo haber vuelto a control.

Además de las prácticas anotadas, el 75,5% de los encuestados optó por la eliminación de piojos y ladillas, el 33,2% por rasurarse los genitales y el 95,5% por asearse bien los genitales.

Percepción del estado de salud de las personas con ITS o VIH por auto-reporte

El 43,3% de las personas con ITS cree que su estado de salud es regular en contraposición con el 25,4% de quienes no reportan ITS; en la misma dirección, el 5,6% cree tener un mal o muy mal estado de salud, lo que contrasta con el 2,97% de las personas sin ITS. El 70,2% de las personas que reportan no tener diagnóstico de VIH dicen tener buena o muy buena salud en contraposición con el 38,6% de los infectados por VIH.

Factores asociados con la prevalencia de ITS por auto-reporte

• Sexo y edad

El 72,3% de las personas con ITS correspondió a mujeres; en general, ellas contraen la enfermedad a una edad más temprana que los hombres (en promedio 4,08 años más jóvenes) y con rango intercuartílico entre 27 y 49 años, por debajo del de los otros grupos cuya edad estaba entre 28 y 50 años (Cuadro 6.8). La prevalencia de ITS entre las mujeres fue de 11% (IC_{95%}: 9,8%-12,2%) y en los hombres de 4,8%.

Cuadro 6.8 Distribución de las ITS según sexo y promedio de la edad

Diagnóstico o signos o síntomas de ITS durante el último año	Sexo	Porcentaje	Media de la edad	IC 95% de la media
Si	Hombre	27,7	39,76	38,07-41,46
	Mujer	72,3	35,68	34,90-36,46
No	Hombre	48,6	38,09	37,82-38,36
	Mujer	51,4	39,00	38,59-39,42

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Del total de las personas encuestadas con VIH, el 65,6% fue de sexo femenino (Cuadro 6.9). La prevalencia de VIH por auto-reporte fue de 0,043% en los hombres (IC_{95%}: 0,016%-0,112%), y de 0,072% en las mujeres (IC_{95%}: 0,029%-0,177%).

Cuadro 6.9 Distribución de infección por VIH según sexo y promedio de edad

		Sexo	Porcentaje	Media	IC _{95%}	
¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que tiene una infección por VIH o SIDA?	Si	Hombre	34,4	39,75	34,72	44,79
		Mujer	65,6	29,77	19,82	39,72
		Total		33,21	24,85	41,56
	No	Hombre	46,9	38,18	37,91	38,46
		Mujer	53,1	38,63	38,24	39,03
		Total		38,42	38,13	38,71

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

- **Estado civil**

El 37,2% de las mujeres con ITS estaba en unión libre, comparado con el 28,7% de las mujeres sin ITS. Estar casado fue proporcionalmente más frecuente en hombres y mujeres sin ITS: 27,8% y 26,8% respectivamente, comparado con el 22,2% y el 24,2% de quienes reportaron sufrir alguna ITS.

- **Coinfección ITS-Hepatitis B**

La prevalencia de la infección por VHB alguna vez en la vida, según reporte de diagnóstico, fue de 3,5%. Entre las personas que reportaron tener diagnóstico o signos o síntomas de ITS en el último año, el 3,7% informaron coinfección ITS y VHB (Cuadro 6.10).

Cuadro 6.10 Frecuencia del auto-reporte de infección por virus de la hepatitis B en las personas con ITS

Diagnóstico o signos o síntomas de ITS en el último año	Porcentaje con hepatitis B	IC _{95%}	
Si	3,7%	2,7	4,9
No	3,5%	3,0	4,0
Total	3,5%	3,1	4,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

- **Uso de preservativo**

Más del 80% de las personas de la población de estudio reconocen no haber utilizado preservativo ni en la primera ni en la última relación sexual (Cuadro 6.11). El uso del preservativo en la última relación sexual fue más frecuente entre quienes no reportaron diagnóstico o síntomas de ITS en el último año. De las personas que reportaron infección por VIH, el 27,3% usó condón en la primera relación sexual y el 15,6% en la última relación sexual (Cuadro 6.12).

Cuadro 6.11 Uso del preservativo en las relaciones sexuales entre aquellos que reportaron y no reportaron ITS

Uso de condón (Si)	Diagnóstico o signos o síntomas de ITS en el último año				Total	
	Sí		No			
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Primera relación sexual	17,00%	15,0 - 19,2	18,40%	17,5 - 19,4	18,30%	17,4 - 19,2
Última vez que tuvo relaciones sexuales	14,90%	13,0 - 17,0	20,30%	19,6 - 21,1	19,90%	19,1 - 20,7

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Cuadro 6.12 Distribución del uso del preservativo en las relaciones sexuales entre aquellos que reportaron y no reportaron infección por VIH o Sida

Uso de condón (Si)	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que tiene una infección por VIH o SIDA?				Total	
	Sí		No			
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Primera relación sexual	27,30%	5,3-71,7	18,30%	17,4-19,2	18,30%	17,4-19,3
Última vez que tuvo relaciones sexuales	15,60%	2,5-57,4	19,90%	19,1-20,7	19,90%	19,1-20,7

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

- **Compañero sexual**

En la Cuadro 6.13 se describen las frecuencias del tipo de relación que se mantenía con el compañero con quien se tuvo la última relación sexual, independiente de cuando ésta se hubiese presentado, no encontrándose diferencias entre relaciones de tipo estable, casual o con trabajador (a) sexual entre las personas con y sin reporte de ITS. En los últimos 6 meses fue más frecuente el compañero sexual estable entre quienes presentaron ITS que entre quienes no (Cuadro 6.14).

Cuadro 6.13 Distribución de frecuencias del tipo de compañero de la última relación sexual según el reporte de ITS en el último año

Compañero última relación sexual	Diagnóstico o signos o síntomas de ITS en ultimo año				Total	
	Sí		No			
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Compañero estable: Esposo(a)/ compañero(a), novio(a)/ prometido(a)	78,2	75,5 - 80,7	77,3	76,2 - 78,4	77,4	76,3 - 78,4
Compañero(a) casual conocido o desconocido	21,4	18,9 - 24,1	22,2	21,1 - 23,3	22,1	21,0 - 23,3
Trabajador(a) sexual	0,4	0,2 - 0,8	0,5	0,4 - 0,7	0,5	0,4 - 0,6

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Cuadro 6.14 Distribución de frecuencias del tipo de compañero de la última relación sexual de los últimos 6 meses según el reporte de ITS en el último año

Compañero sexual en los últimos 6 meses	Diagnóstico, signos o síntomas de ITS en último año				Total	
	Sí		No			
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Compañero estable: Esposo(a)/ compañero(a), novio(a)/ prometido(a)	19,1	13,1 - 27,0	9,4	7,4 - 11,8	10,2	8,2 - 12,6
Compañero(a) casual conocido o desconocido	75,8	68,1 - 82,2	87,7	84,8 - 90,1	86,7	83,9 - 89,1
Trabajador(a) sexual	5,1	2,5 - 10,3	2,9	2,1 - 4,0	3,1	2,3 - 4,2

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

La mediana de la edad de la primera relación sexual fue de 17 años; en las personas con y sin ITS la mediana y el promedio de compañeros sexuales en los últimos seis meses fue igual (Cuadro 6.15).

Cuadro 6.15 Edad de la primera relación sexual y del número de compañeros sexuales de los últimos meses

Estadísticos ITS	Edad en años cumplidos cuando tuvo su primera relación sexual		Número de compañeros sexuales en los ÚLTIMOS 6 MESES	
	No	Sí	No	Sí
Mínimo	11,0	11,0	1,0	1,0
Máximo	50,0	39,0	40,0	20,0
Mediana	17,0	17,0	2,0	2,0
Media	17,3	17,3	2,8	2,8
Desv. típica	3,5	3,5	3,3	2,3
IC 95%	17,2 - 17,4	17,1 - 17,5	2,7-2,9	2,4 - 3,2

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

- **Uso de drogas psicoactivas**

El uso de licor o de otras drogas estimulantes relacionado con la última relación sexual fue ligeramente más frecuente entre quienes reportaron ITS (Cuadro 6.16). En cuanto al consumo alguna vez en la vida de sustancias psicoactivas, se encontró una frecuencia un poco mayor en quienes reportaron ITS que en quienes no, igual que el consumo alguna vez en la vida de tranquilizantes e inhalantes (Cuadro 6.17).

Cuadro 6.16 Frecuencia del consumo de licor o sustancias estimulantes en la última relación sexual entre quienes reportaron ITS comparado con el grupo control

Consumo en la última relación sexual	Diagnostico o signos o síntomas de ITS en ultimo año				Total	
	No		Sí			
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Licor	7,1	6,7 - 7,6	7,3	5,8 - 9,08	7,1	6,7 - 7,6
Droga o estimulante	0,4	0,3 - 0,5	1,0	0,6 - 1,7	0,4	0,3 - 0,6

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

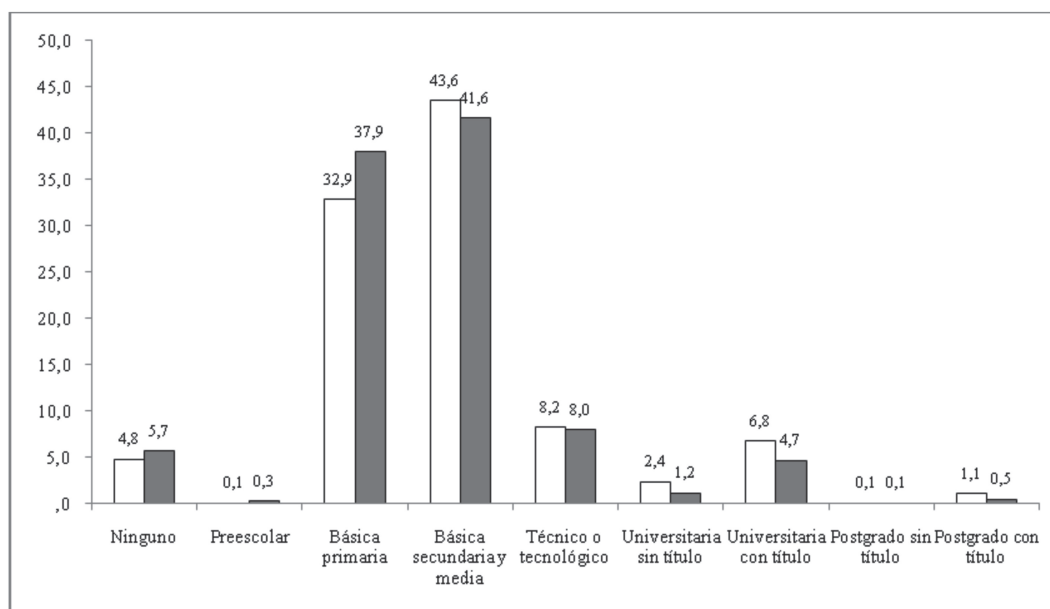
Cuadro 6.17 Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas entre quienes reportaron tener y no tener ITS

Consumo de sustancias psicoactivas	Diagnóstico, signos o síntomas de ITS en ultimo año				Total	
	No		Sí			
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Marihuana	24,2	21,2 - 27,4	29,8	25,8 - 34,1	24,6	21,8 - 27,8
Cocaína	19,2	16,4 - 22,3	24,8	18,3 - 32,6	19,7	16,8 - 22,9
Tranquilizantes	1,7	1,4 - 1,9	3,9	2,7 - 5,5	1,9	1,6 - 2,1
Inhalantes	1,7	1,5 - 2,1	3,1	2,3 - 4,0	1,9	1,6 - 2,2

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

• Educación

El gráfico 6.4 ilustra la distribución del reporte de ITS por escolaridad. El 14,4% de las personas que reportaron signos, síntomas o diagnóstico de ITS alcanzaron la educación superior, proporción inferior comparada con el 18,6% de quienes no lo reportaron. La escolaridad básica fue similar para ambos grupos. El 100% de 10 infectados por VIH y el 83% de los no infectados alcanzaron una escolaridad secundaria o menor.



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Gráfico 6.4. Distribución de la escolaridad entre quienes reportaron ITS y quienes no la reportaron. (Barras negras reporte afirmativo de ITS; barras blancas reporte negativo de ITS).

Actividades de prevención de las ITS

El 95,4% de la población de estudio ha oído hablar del condón, siendo esta frecuencia ligeramente más alta en quienes reportaron ITS (97,4%). El 28,7% de ambos grupos sabe que lo han vacunado contra hepatitis B, los restantes dicen ignorarlo o no haber sido vacunados. El 92,2% de ambos grupos ha escuchado hablar del VIH, y más del 96% del SIDA. Más del 70% de las personas con reporte positivo o negativo de ITS dice que lo que puede hacer una persona para evitar infectarse con el virus del SIDA es usar preservativo. Otras actividades reconocidas de prevención son: ser fiel a la pareja o no ser promiscuo (más del 30% en ambos grupos), exigirle fidelidad a la pareja (11,3%-13,9%), exigir transfusión de sangre certificada (9,2%-10,2%) y evitar relaciones sexuales con personas infectadas (5,4%-7,7%).

Las personas con ITS reportan haber recibido más información sobre el VIH/SIDA a través de medios como la televisión (74,5%), la radio (25,8%), el periódico (21,1%), la Internet (7,1%) o charlas informativas (24,2%).

El 32,2% de las personas con ITS se han hecho la prueba para saber si tienen o no SIDA, en comparación con el 25,3% de los que reportan negativamente ITS.

El cuadro 6.18 ilustra las razones de realización de esta prueba. Las dudas, el embarazo, que el doctor se las sugiriera o la presencia de síntomas extraños fueron las razones más frecuentes en el grupo que reportó ITS. El 58,1% de las personas que se realizaron la prueba dice haber recibido asesoría para realizársela, sin embargo solo al 29,9% de las personas que reportaron ITS y al 36,4% de las que no reportaron ITS se les realizó asesoría posprueba. El 89,20% de las personas conocieron el resultado de la prueba para detección del virus del SIDA.

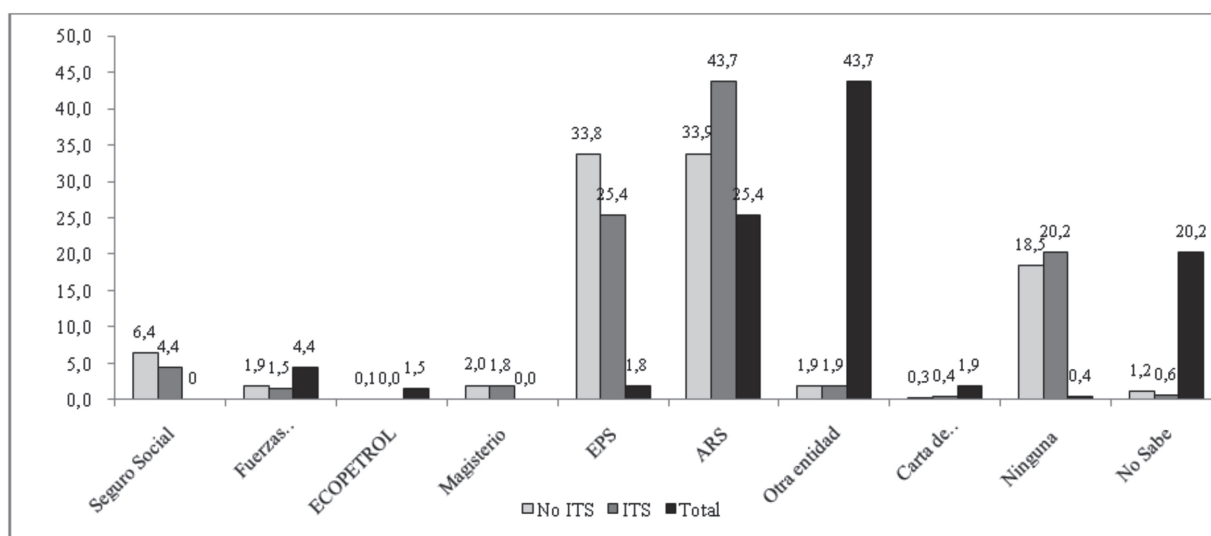
Cuadro 6.18 Frecuencia de las principales razones por las que se realiza la prueba para detectar el virus del SIDA

Razón para realizarse la prueba de VIH	ITS		Total
	Sí	No	
Se lo sugirieron por el embarazo	47,9	34,1	35,5
Por curiosidad/ iniciativa propia	14,1	17,6	17,3
Se lo exigieron en el trabajo	6,9	16,1	15,1
El doctor se la ordenó	13,6	12,3	12,4
Se lo exigieron para donar sangre	5,5	9,1	8,7
Tenía dudas	9,8	6,7	7,0
Lo concertó con su pareja	0,8	2,0	1,8
Se la exigieron para un seguro de vida	0,3	1,0	0,9
Tenía síntomas extraños	1,1	0,7	0,8
Se lo exigió su pareja	0,1	0,5	0,5

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

- **Aseguramiento en salud**

El 43,7% de las personas con ITS estaba afiliado a una ARS, comparado con el 33,9% de las personas sin ITS; el 44,2% de estos últimos está afiliado a una EPS –incluido el ISS– en contraposición con el 33,2% de las personas que reportaron ITS (ver el Gráfico 6.5). A las denominadas ARS estaban afiliados el 43,7% de las personas con infección por VIH, y el 36,3% de los no infectados. El 41,8% de los infectados por VIH no tenía ningún tipo de aseguramiento, tampoco el 18,4% de los no infectados. A las EPS del régimen contributivo estaban afiliados el 41,9% de los no infectados por VIH y solo el 14,5% de los infectados (Gráfico 6.5).



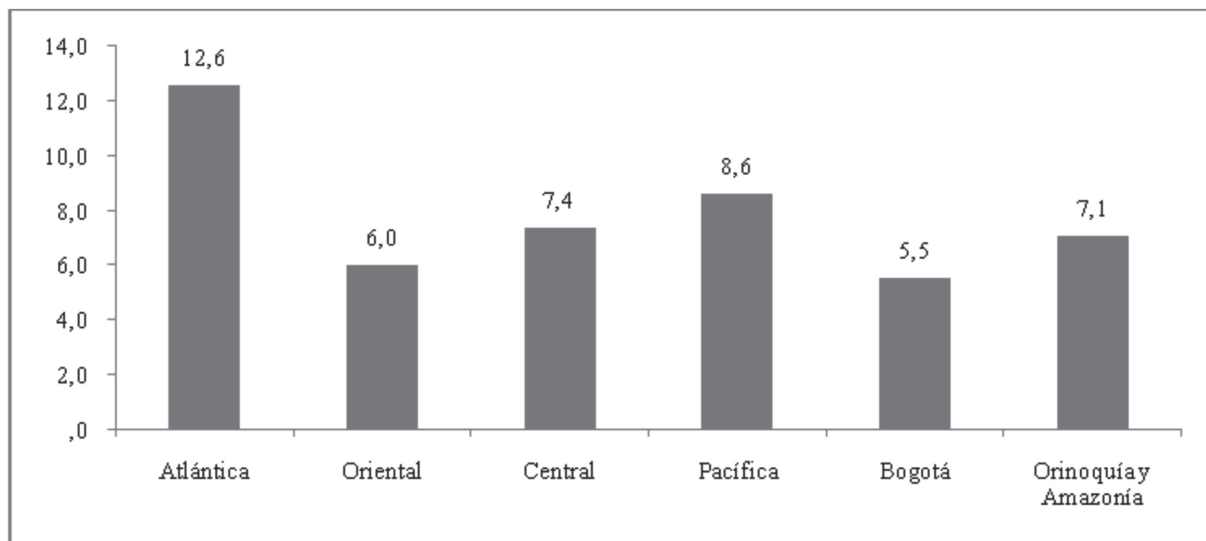
Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Gráfico 6.5 Distribución comparativa de la afiliación a salud entre personas con ITS y sin ITS.

Variaciones geográficas y demográficas

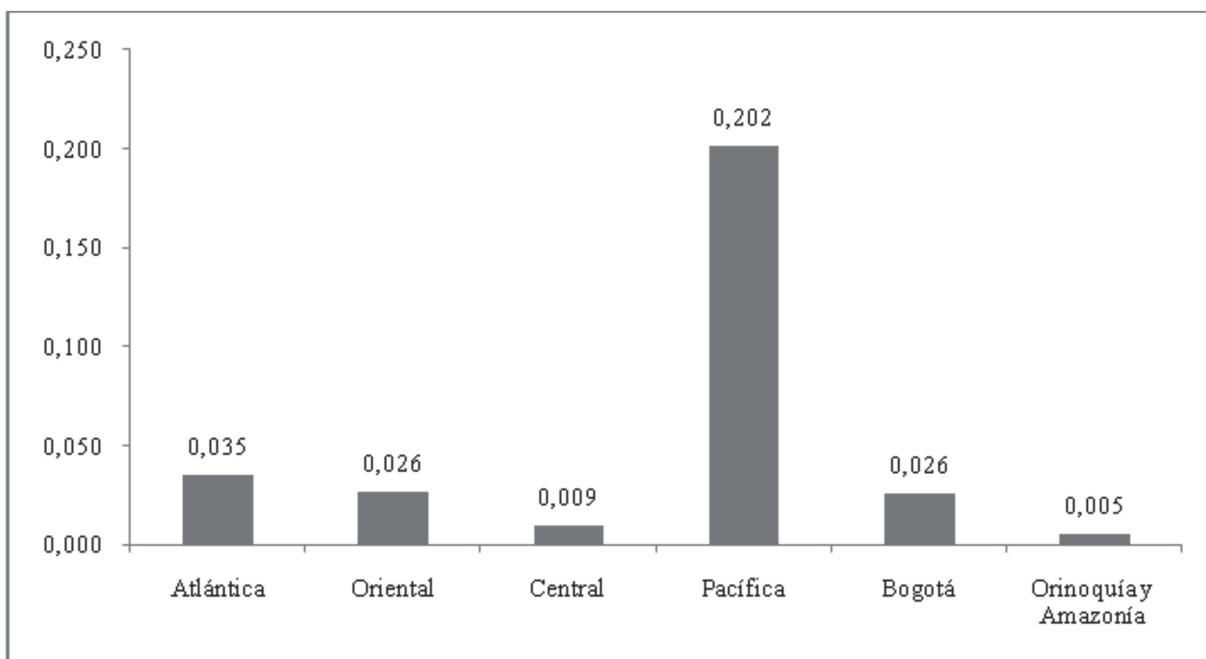
En las regiones Atlántica y Pacífica se observó mayor auto-reporte de ITS, mientras que Bogotá y la región Central presentaron proporciones menores a las nacionales (Gráfico 6.6). En la región Atlántica, el departamento con mayor proporción de reporte de ITS fue Bolívar, seguido de Sucre (Cuadro 6.19).

La región donde mayor número de personas reportaron haber sido diagnosticadas de VIH por un médico fue la Pacífica, seguida de la región Atlántica (Gráfico 6.7).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Gráfico 6.6 Distribución del auto-reporte de ITS según la región geográfica de residencia.



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Gráfico 6.7 Distribución de las personas con y sin VIH por auto-reporte según región geográfica de residencia.

Cuadro 6.19 Distribución de las personas con ITS y sin ITS por departamento

Región	Departamento	Auto-reporte de ITS
Atlántica	Atlántico	7,7
	Bolívar	20,7
	Cesar	9,3
	Córdoba	8,6
	La guajira	11,8
	Magdalena	14,5
	San Andrés	8,8
	Sucre	16,2
Oriental	Boyacá	6,0
	Cundinamarca	4,1
	Meta	7,9
	Norte de Santander	4,5
	Santander	8,1
Central	Antioquia	7,0
	Caldas	7,7
	Caquetá	12,4
	Huila	6,9
	Quindío	2,9
	Risaralda	8,7
	Tolima	8,4
Pacífica	Cauca	9,6
	Chocó	11,5
	Nariño	7,7
	Valle del cauca	8,4

Región	Departamento	Auto-reporte de ITS
Bogotá	Bogotá	5,5
Orinoquía y Amazonía	Amazonas	3,4
	Arauca	1,9
	Casanare	4,6
	Guainía	1,3
	Guaviare	12,0
	Putumayo	13,5
	Vaupés	12,1
	Vichada	12,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

- **Violencia sexual**

El 88,6% de las personas que reportaron agresión sexual en el último año fueron mujeres. El 20,6% de las personas agredidas sexualmente en el último año reportaron diagnóstico o síntomas de ITS, en comparación con el 14,5% de las que no refirieron agresión. Ninguna de las personas con infección por VIH informó antecedentes de violencia sexual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Antes de discutir los hallazgos más relevantes de este análisis, desde la perspectiva de los investigadores, es necesario recordar las limitaciones de la información generada a partir del auto-reporte en salud sexual y reproductiva que fueron abordadas en los referentes teóricos y metodológicos de este capítulo.

Este estudio revela que la prevalencia de ITS sin VIH, según auto-reporte de signos, síntomas y antecedentes de diagnóstico, fue del 8,7% para el 2007. Prevalencia superior tanto a la reportada por el análisis original, basado únicamente en el antecedente del diagnóstico en el último año, que es de 0,7% (Colciencias *et al*, 2007:131), como a la estimada para la región de América Latina y el Caribe en 2001, y que es de 7,1% (WHO, 2001:9). En las mujeres, la prevalencia de ITS fue de 10,1%, superior a la reportada en la ENSD-2005 de 8,01% (Profamilia. 2005:12). Debe considerarse, sin embargo, que las comparaciones se realizaron en periodos y grupos poblaciones diferentes (la ENSD incluye menores de 18 años) y, además, que la estimación de una prevalencia basada en signos y síntomas debe hacerse con precaución, pues éstos pueden corresponder a enfermedades como las infecciones urinarias o las vaginosis bacterianas –que se incrementan con la actividad sexual no protegida– y no a verdaderas ITS (Verstraelen *et al*, 2010:2).

Aunque para muchas mujeres resulta difícil percibir los signos y síntomas de ITS –debido a su localización anatómica interna–, fue en este grupo donde la prevalencia de ITS fue mayor: cercana al doble comparada con la de los hombres. Una posible explicación de esto, además de la del diagnóstico diferencial, es que un mayor número de mujeres buscan consejo o tratamiento médico, lo cual incrementa sus posibilidades de reconocer los signos y síntomas de las ITS y su diagnóstico.

En relación con la validez de la prevalencia de infección por VIH, de 0,045% (según el auto-reporte) entre adultos mayores de 18 años que han tenido relaciones sexuales, ésta fue muy inferior a la reportada por encuestas sero- epidemiológicas nacionales concentradas en hombres: 0,6%. Las diferencias en las fuentes de información (serología y encuesta VrS encuesta) y en las condiciones en las que se debe realizar una entrevista para garantizar unas condiciones mínimas de confianza –necesarias al abordar asuntos tan sensibles y asediados por el riesgo de estigma y discriminación– explican, en parte, estas discrepancias.

De acuerdo con los resultados de este análisis, las mujeres jóvenes que no han alcanzado la educación superior, que se desempeñan en oficios del hogar, que aceptan estar en unión libre, que están clasificadas en el nivel 1 de SISBEN y con baja capacidad de gasto exhiben un perfil que les confiere mayor vulnerabilidad frente a las ITS y VIH. Las personas de grupos étnicos minoritarios –como los indígenas, afrodescendientes, palenqueros y raizales del archipiélago– se constituyen en otro de los grupos vulnerables frente a ITS. A pesar de la escasez de los datos, los indígenas también se constituyen en un grupo vulnerable para infección por VIH. Exhiben también un incremento proporcional de los casos de ITS y VIH los departamentos de las regiones Atlántica, Insular, Pacífica y Amazónica.

RECOMENDACIONES

- La generalización de los hallazgos y, particularmente, de los relacionados con las prevalencias de VIH e ITS a toda la población, puede no ser la estrategia más adecuada dadas las limitaciones metodológicas que afectan su validez.
- Debe mejorarse la capacidad diagnóstica y de asesoría de los servicios de salud en ITS y VIH, mediante el fortalecimiento de la capacidad de hombres y mujeres para reconocer los signos y síntomas relacionados con estas enfermedades, su diagnóstico y su manejo sindrómico, tal como lo proponen los diversos planes y políticas colombianas en salud sexual y reproductiva y particularmente en VIH.
- Deben construirse estrategias para promover la salud sexual y reproductiva de los colombianos más vulnerables; estas estrategias deben fundarse en un trabajo de reconocimiento de las diversidades locales y de fortalecimiento de la planificación local y comunitaria. En efecto, a pesar de sus debilidades metodológicas, este estudio hace evidente que no han sido efectivas la planeación y la formulación de políticas desde el nivel central para ser aplicadas en grupos y regiones tan diversos como los que conforman a Colombia.
- Es necesario considerar críticamente los datos generados por auto-reporte en las encuestas nacionales de salud en el tema de salud sexual y reproductiva, en particular en lo relacionado con la infección por VIH sobre la cual todavía pesan el estigma y el temor por lo que las personas en muchas ocasiones no son sinceras en sus respuestas.
- De acuerdo con lo observado en este análisis, en futuros estudios no será suficiente –para garantizar la validez de los hallazgos– el tamaño y la aleatoriedad de la muestra; deberán considerarse también aspectos tales como un espacio físico adecuado que facilite la creación de un ambiente de confianza, la formación de los encuestadores en asesoría para ITS y VIH y la adaptación cultural de la estructura y el contenido de la encuesta.
- Siguiendo las recomendaciones de los expertos para incrementar la validez de los hallazgos, es necesario cruzar fuentes de información tanto históricas como actuales (clínica, signos y síntomas, ayudas paraclínicas) que ayuden a confirmar el auto-reporte. Una estrategia a recomendar sería el uso de las llamadas pruebas rápidas de diagnóstico, con altos niveles de desempeño y sin la necesidad de la infraestructura de laboratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colciencias, Ministerio de Protección Social, SEI, Universidad Javeriana y Cendex. Encuesta Nacional de Salud 2007, Resultados Nacionales. 2007, pp.1-343.

Instituto Nacional de Salud de Colombia (2007a). *Protocolo de vigilancia de VIH-SIDA*. pp.1-25.

_____ (2007b). *Protocolo de vigilancia de Hepatitis B*. pp.1-22.

_____ (2009a). Estadísticas de Vigilancia en Salud Pública: Vigilancia rutinaria. [Sitio disponible en]: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=1729>. Consultado en octubre 2009.

_____ (2009b). VII Estudio Nacional Centinela de Mujeres Gestantes. [Sitio disponible en]: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php?id=12002>. Consultado en febrero de 2010.

Instituto Nacional de Salud de Colombia y Ministerio de la Protección Social Colombia (2007). *Protocolo de sífilis congénital y gestacional*. pp.1-27.

Johnson, L. F., Dorrington, R. E., Bradshaw, D. y Coetzee, D. J. (2011). "The effect of syndromic management interventions on the prevalence of sexually transmitted infections in South Africa". En: *Sex Reprod Healthc*, 2:13-20.

Ministerio de la Protección Social Colombia (2003). Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá. pp.1-68.

_____ y Presidencia de la República de Colombia (2006). Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Octubre.

_____, Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social y Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/SIDA*. pp.1-151.

_____ (2008). Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. pp.1-50.

_____ y ONUSIDA (2008). "Plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA, Colombia 2008-2011". pp.1-64.

Ministerio de Salud (2000). Resolución 3374 de 2000, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Diciembre.

OMS (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015*. Ginebra-Suiza.

Poundstone, K. E., Strathdee, S. A. y Celentano, D. D. (2004). "The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome". En: *Epidemiology Review*. 26:22-35.

PROFAMILIA (2005). "Conocimientos de VIH-SIDA y Otras ITS y Formas de prevención". En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo 12. [Sitio disponible en]: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/12sida/03infecciones.html>. Consultado en febrero 2011.

Sadana, R. (2000). "Measuring reproductive health: review of community-based approaches to assessing morbidity". En: *Bulletin of the World Health Organization*. 78:640-654.

Steen, R., Wi, Te, Kamali, A. y Ndowa, F. (2009). "Control of sexually transmitted infections and prevention of HIV transmission: mending a fractured paradigm". En: *Bulletin of the World Health Organization*. 87(11):858-865.

Thomas, J. C. y Stratton, S. (2001). "Sexual Transmission". En: *Epidemiologic Methods for the study of infectious diseases*. Oxford University Press. pp.267-287.

UNAIDS (1998). *The public health approach to STD control*. pp.1-8.

_____ (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. [Sitio disponible en]: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_en.pdf. Consultado en febrero 2011.

UNAIDS (2010). *Global Report*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. pp. 1-364

Van der Bij, A. K., Spaargaren, J., Morré, S. A., Fennema, H. S., Mindel, A., Coutinho, R. A. y De Vries, H. J. (2006). "Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: a retrospective case-control study". En: *Clin Infect Dis*. 42(2):186-94.

Verstraelen, H., Verhelst, R., Vaneechoutte, M. y Temmerman, M. (2010). "The epidemiology of bacterial vaginosis in relation to sexual behaviour". En: *BMC Infect Dis*. (30)10:1-11.

WHO (1995). *STD case management workbook 2*. pp.1-35.

_____ (2001). *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections, overview and estimates*. Ginebra-Suiza. pp.1-50.

Yager, P., Edwards, T., Fu, E., Helton, K., Nelson, K., Tam, M. R., Weigl, B. H. (2006). "Microfluidic diagnostic technologies for global public health". En: *Nature*. 442(7101):412-418.

CAPÍTULO 7:

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de Salud realizada en 2007 (ENS-2007) apoya los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) con el estudio a profundidad del Cáncer de Cuello Uterino (CaCu), al caracterizar las condiciones básicas relacionadas con el contexto social de las mujeres y, en particular, el ingreso o los indicadores indirectos de estratificación social, tales como el salario, la educación, las condiciones de género y de etnia. También aborda la respuesta institucional a la demanda de citologías y los proyectos o programas desarrollados en la entidad territorial de salud correspondiente.

Con respecto a la morbilidad atendida para Cáncer de Cuello Uterino y las citologías atendidas y registradas, se cuenta con la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de consulta externa y hospitalizaciones recolectados en 2007 en 1035 IPS's del país, seleccionadas en el marco de la ENS-2007.

El propósito de analizar las condiciones de contexto y el Cáncer de Cuello Uterino es generar una agenda local y regional para la formulación de políticas, planes y programas de salud que contribuyan a mejorar la atención de esta enfermedad en la población colombiana.

MARCO DE REFERENCIA

La epidemiología

En todo el mundo, el cáncer cervical representa el segundo cáncer más común en mujeres, con 493.343 nuevos casos y 273.505 muertes reportadas en el 2002, de las cuales el 80% ocurrieron en países en desarrollo (Parkin *et al*, 2005:91). Además, se estima que de cada diez casos de cáncer diagnosticados en mujeres en todo el mundo uno es de cáncer cervical (Ferlay *et al*, 2004:98).

La distribución de la enfermedad no es uniforme, observándose que las tasas de incidencia varían hasta ocho veces en todo el mundo y las tasas de mortalidad lo pueden hacer hasta diecisiete veces (Sankaranarayanan y Ferlay, 2006:208). Esta disparidad en la incidencia se da tanto en los países desarrollados como en desarrollo.

Mundialmente, el cáncer cervicouterino representa más de 2,7 millones de años de vida perdidos en las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y 64 años; cuando se compara por países, 2,4 millones de años de vida perdidos se producen en los países en desarrollo y solo 0,3 millones en los países desarrollados (Yang *et al*, 2004:420).

En los países en desarrollo, el riesgo de contraer cáncer cervical es de, aproximadamente, 2-4% (Denny, 2005:1205; Goldie *et al*, 2006:896). Por otra parte, en los países desarrollados el cáncer cervical constituye el 4% de todos los cánceres, mientras que en Latino América, el África subsahariana y el sur y sudeste de Asia (donde las tasas de cáncer de cuello uterino son más altas) la enfermedad representa el 15%, con un riesgo de 1,5% antes de los 65 años (Parkin *et al*, 2002:108).

Dado que la mayor pérdida de vidas por causa del cáncer de cuello uterino se da, en promedio, a los 40 años, su impacto en la familia es alto, máxime si se tiene en cuenta el papel que cumplen las madres social y económicamente. Comparada con Norteamérica, Latinoamérica presenta altas tasas de mortalidad por esta enfermedad, las cuales son aportadas, principalmente, por países como Bolivia, Haití y Colombia (Cuadro 7.1).

Cuadro 7.1 Comportamiento del cáncer en las Américas

Región	Caribe		América Central		América del Sur		América del Norte	
Tipo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Estomago	11,5	5,3	11,7	8,3	18,1		4,2	2,2
Pulmón	26	10	15,6	6,3	21,8	7,5	48,7	26,7
Cérvico uterino		16		15		12,9		2,3
Mama		12,7		10,5		15,1		19,2
Próstata	28		15,5		18		15,9	

Fuente: GLOBOCAN 2002

En países como China, Perú, Sudáfrica y Tailandia, el cáncer de cuello uterino mata a más mujeres que la mortalidad materna (Parkin *et al*, 2002:92). En los países del área tropical de Sur América la tasa de incidencia es de 31,8 por 100.000 mujeres (tasa estandarizada por edad) y en Sur América alrededor de 37.000 nuevos casos son diagnosticados cada año.

En Colombia, el cáncer de cuello de útero fue la principal causa de muerte por cáncer en mujeres durante el periodo 2000-2006; la tasa cruda (TC) fue de 8,4 por 1000.000 mujeres, y la tasa ajustada por edad (TAE) fue de 8,8 por 100.000 mujeres. Piñeros *et al* (2010:87) han encontrado tanto una tendencia al descenso de la mortalidad por esta enfermedad, y el factor biológico que se asocia es la promiscuidad y los relacionados con los sistemas de salud (accesibilidad geográfica, oportunidad y calidad de la tamización a través de la citología de cuello uterino, diferencia de atención en el sistema según el régimen de afiliación).

Programas para el control de cáncer de cuello uterino

Orígenes

A mediados del siglo XX se inicia en Norteamérica el programa para el control del cáncer de cuello uterino gracias a la técnica descubierta por Papanicolau. En 1959 Noruega se convierte en el primer país en desarrollar un programa de tamizaje; Escocia lo aplica un poco después y desde allí se extiende a Europa Occidental.

En Colombia los esfuerzos para el control de la enfermedad, mediante la citología de cuello uterino, datan de 1960, época en la que Profamilia y la Liga Colombiana contra el Cáncer implementan el programa Control del Cáncer de Cuello Uterino (Murillo *et al*, 2006:9-10).

Durante la vigencia del Sistema Nacional de Salud, las acciones de prevención primaria estuvieron orientadas hacia campañas poblacionales que extendieron la cobertura a mujeres en edad reproductiva, e incluyeron la prevención primaria a través de la búsqueda de factores de riesgo individuales, estudios como la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo en Enfermedades Crónicas –ENFREC– y otras investigaciones que permitieron caracterizar los factores de riesgo asociados a las lesiones pre-cancerosas del cuello uterino.

Más tarde, las acciones de prevención secundaria, basadas en la citología del cuello uterino, son reorientadas: se difunde el Programa para el Control de Cáncer de Cuello Uterino y se desarrolla el Plan Nacional de Cáncer bajo la coordinación del Instituto Nacional de Cancerología; este programa sigue el modelo conceptual técnico administrativo de atención a las personas, escalonado por niveles de atención y grados de complejidad y articulado con un sistema de referencia y contra referencia (Jaramillo, 1994:30-67) basado en la red pública, con el Instituto Nacional de Cancerología como III nivel. Con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, la atención de la enfermedad se realiza bajo el esquema del aseguramiento (Céspedes *et al*, 146-149).

El Consejo Nacional de Seguridad Social define las actividades de detección temprana para el CaCu (Ministerio de Salud de Colombia y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1998:1), como *“el conjunto de procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva el CaCu, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, determinan el tratamiento oportuno, disminuyen su duración y reducen el daño que causa evitando secuelas, incapacidad o muerte”*. Aún hoy estas actividades se concentran en la citología y la vigilancia de lesiones preneoplásicas, intermediadas por el mercado y el tipo de plan obligatorio de salud, al que se encuentra afiliada la persona (régimen contributivo o subsidiado).

La organización y administración del programa de control del CaCu es reemplazada por una regulación que orienta su atención, la del cáncer de mama y otras enfermedades por un conjunto de acciones denominadas “Actividades, procedimientos de protección específica y detección temprana” para usuarias del régimen contributivo y subsidiado; la población asegurada se atiende en la red o en las instituciones que se encuentren bajo contrato, y la población que no está adscrita a los regímenes de aseguramiento es atendida por la red pública (Ministerio de Salud de Colombia, 2000:3-5; 2000:1-6).

Para las mujeres adscritas al régimen contributivo –que se atienden en la red o en las instituciones que estén bajo contrato– se definen las actividades de citología de cuello uterino, coloración básica de citología funcional y tumoral y colposcopia con biopsia. Para la población de mujeres del régimen subsidiado, las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en las normas técnicas –como son la colposcopia y la biopsia de cuello uterino– no están incluidas en el POS-S y, por lo tanto, las Administradoras del Régimen Subsidiado no están obligadas ni son responsables de su realización ni de su financiación; dichas actividades y procedimientos son asignados a los agentes territoriales para ser atendidas, “en forma obligatoria en las instituciones públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios [...] con cargo a los recursos del subsidio a la oferta” (Ministerio de Salud de Colombia y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1997:Art.4).

La Ley 715 y el Acuerdo 229 (Ministerio de Salud de Colombia y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2002:22-25) establecieron la gradualidad del traslado de responsabilidades y recursos de promoción, prevención, procedimientos e intervenciones de las enfermedad incluidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) –listadas en el referido Acuerdo, y entre las cuales se encuentra el CaCu–, así como el porcentaje (4,01%) de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) a los distritos y municipios, con cargo a los recursos asignados siguiendo las directrices de los Planes de Atención Básica y las condiciones de ejecución previstas en la Resolución 968 de 2002.

El control del CaCu en otros contextos

El desarrollo de los programas es diferente según las características de cada región o país (Linos y Riza, 2000:2261-2263). En el caso europeo, los programas son organizados con cobertura

nacional o local, o como programas de oportunidad, en los cuales se toma la citología en cualquier modalidad de contacto de las usuarias de los servicios de salud. Los programas con cobertura nacional y organizada se desarrollan en Finlandia, Inglaterra, Alemania, Luxemburgo, Suiza, Irlanda y España; los programas regionales en Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Portugal y España; a nivel local en Dinamarca y programas de oportunidad en Inglaterra y Austria. Las fuentes de financiación, en la mayoría de los países europeos, son proporcionadas por el gobierno a nivel nacional u otras variantes de financiamiento que garanticen su funcionamiento. Las características comunes de estos programas para el control del CaCu son: la promoción y toma de la citología a nivel individual, realizada por los médicos generales o especialistas en ginecología; la identificación de la base poblacional o población “objeto” del programa, que permite medir las acciones y efectos de éste; el desarrollo de guías estandarizadas para la toma de citología –la edad de inicio se encuentra entre los 20 y 25 años, y la edad máxima es hasta los 64 años–.

A pesar de los esfuerzos para implementar programas con control de calidad –tales como las guías para el control de calidad en el tamizaje de cuello uterino, propuestas en 1993 por el Comité de Expertos en Cáncer de Europa–, la falta de una recolección sistemática de la información sobre el CaCu en estos países impide su homogeneidad.

Para la evaluación de impacto se utilizan indicadores de morbilidad (Lazcano *et al*, 1999:241) que cuantifican la reducción en la incidencia de las formas invasivas, y la medición de la mortalidad (Arbyn *et al*, 2009:2645). En los antiguos estados miembros de la Unión Europea, los resultados muestran que las tasas estandarizadas de mortalidad, ajustadas por edad, han disminuido significativamente, comparadas con las tasas de los nuevos estados miembros de Europa Oriental y del Báltico, en los que las tasas presentan valores diferenciales –con un leve descenso en la República de Chechenia y Polonia–: o permanecen altas, como en Estonia y Eslovaquia, o se han incrementado en los estados de Bulgaria, Latvia, Lituania y Rumania. Se ha atribuido este contraste en las tendencias de mortalidad entre los estados miembros de la Unión Europea, a las diferencias en la cobertura y la calidad del tamizaje que, en los nuevos estados miembros aún presentan problemas.

Los estudios latinoamericanos, como el de Lezcano y colaboradores (cfr. también Sepúlveda y Prado, 2005:401-409; World Health Organization y Department of Reproductive Health and Research, 2007:9; Wiesner *et al*, 2006:187-190), dan como causas de la poca efectividad de los programas de tamizaje en países en vía de desarrollo, entre otras: la poca prioridad que se da a los asuntos de la salud de la mujer; la escasa conciencia pública sobre el cáncer de cuello uterino; la ausencia de los grupos de abogacía; las limitaciones de los programas de prevención secundaria; la incertidumbre relacionada con la jurisdicción profesional y la falta de compromiso de los gobiernos para el financiamiento de las acciones emprendidas por los sistemas de salud vigentes.

Además de caracterizar la magnitud de la enfermedad, los estudios sobre el CaCu se han centrado en los análisis de los factores asociados a su persistencia y, por ende, al poco impacto que

han tenido sobre la enfermedad los programas de prevención secundaria basados en la citología de cuello uterino. Varias investigaciones han encontrado problemas de tipo operativo relacionados con la ejecución del programa, tales como: factores relacionados con la infraestructura de apoyo y los servicios de orientación e información; los procesos de atención de las usuarias; el seguimiento inadecuado de las mujeres con resultados anormales; la falta de planificación y la respuesta inadecuada de los servicios de salud (Aristizabal, 1984:6-7; Murillo *et al*, 2006:9-10).

Situación del CaCu y los Determinantes Sociales de la Salud

La carga de la enfermedad se explica, además, por factores externos que inciden poderosamente sobre la salud. En efecto, las observaciones sugieren la existencia de procesos causales relacionados con la clase social y que se expresan a través de distintas enfermedades (Evans *et al*, 1996:85-89).

Estos procesos causales se han denominado Determinantes Sociales de la Salud, esto es, características específicas de las condiciones sociales que afectan la salud de una población y, en particular, las inequidades derivadas, fundamentalmente, de la asignación diferencial del poder y la riqueza.

Allanar el camino a estos determinantes no ha sido fácil, y esto pesar de las numerosos investigaciones desarrollados en el siglo XX; y aunque en los últimos 50 años las sociedades desarrolladas han ampliado la cobertura de sus sistemas de salud y, como consecuencia, la asistencia se ha democratizado en todas las clases sociales, la carga de la enfermedad no puede, sin embargo, reducirse a la sola asistencia (Londoño y Frenk, 1997:12-13-17-20).

La preocupación por las desigualdades sanitarias y por la salud de los más desprotegidos gana cada día más importancia; reflejo de esto es la decisión de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de adoptar, como determinantes estructurales, todas aquellas condiciones que generen estratificación social, tales como: la clase social, la situación socioeconómica, la educación, el género y el grupo étnico/racial. Los ingresos y la educación se constituyen en los determinantes principales asociados a la jerarquía social (Evans *et al*, 1996:89-95).

Por otra parte, *el género* –concepto que “no se aplica a la mujer en sí misma –ni tampoco al hombre–, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres [...] en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder” (Gómez, 2002:455)–, la clase social y la raza son pilares “en el nivel macroeconómico de la asignación y distribución de los recursos” (Gómez, *idem*.). Con respecto a la salud, “el género implica vincular la división por sexos del trabajo y el poder con el perfil epidemiológico de una población y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud” (Gómez, *idem*.).

Un elemento adicional surge al hablar de equidad de género y salud: la diferencia entre la mortalidad masculina y la femenina. Por lo general, la primera tiende a ser mayor que la segunda,

o dicho de otra manera, los hombres viven menos años que las mujeres. Esta ventaja en la sobrevivencia femenina está asociada a factores genéticos pero, al contrario de lo que se cree, las mujeres presentan mayor morbilidad que los hombres, lo que se expresa en mayores tasas de incidencia de enfermedades crónicas no mortales con mayor incapacidad y conlleva, en promedio, una mayor utilización de los servicios de salud; además las mujeres adolecen de las complicaciones del embarazo y el parto.

Sin embargo, la equidad no significa que los hombres y mujeres reciban igual atención, sino que los recursos y servicios se asignen y se reciban de acuerdo a las necesidades de cada sexo y al contexto socioeconómico individual.

La atención a los diferentes grupos de origen étnico es otra prioridad: los pueblos indígenas y afrodescendientes y las comunidades minoritarias –como son los gitanos o el pueblo rom o romaníes– constituyen alrededor del 20% de la población de la región de las Américas, y se encuentran entre los segmentos de la población más vulnerable, con altos índices de pobreza, bajos niveles de educación y barreras de acceso a los servicios de salud.

En el caso específico del CaCu, numerosos factores –entre los cuales se encuentran los derivados de los sistemas de salud vigentes, pero no son los únicos– hacen que en algunas regiones la carga de la enfermedad persista sin mayores variaciones. Un ejemplo de esto es el caso de la implementación de medidas sanitarias en algunas regiones del África Subsahariana y Latinoamérica, las cuales, a pesar de su importancia para la salud pública, no han generado los resultados esperados sobre la mortalidad por CaCu –máxime si se la compara con la dramática caída que ésta ha tenido en Norteamérica y Europa–; por lo tanto se hace necesario describir, analizar y trazar políticas públicas que agrupen los factores asociados a la salud y la enfermedad y las determinaciones sociales que inciden en la producción del CaCu.

RESULTADOS

Percepción de la enfermedad según determinantes sociales¹

Según la ENS-2007, la percepción general del Cáncer de Cuello Uterino fue del 6,7 por 10.000 mujeres. Por regiones, la mayor frecuencia correspondió a la Central con el 38,5% de los casos, y la menor a la Orinoquia y Amazonía con el 3,3% (Cuadro 7.2).

Cuadro 7.2 Prevalencia de cáncer de cuello uterino por región en mujeres de 18-69 años

Región	No.	%	Percepción de CaCu *10000
Atlántica	4	7,8	2,5
Oriental	9	19,9	7,6
Central	18	38,5	10,0
Pacífica	5	10,5	4,1
Bogotá	9	20,0	7,8
Orinoquia y Amazonía	2	3,3	15,8
Total	46	100,0	6,7

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

Del total de mujeres que laboran y fueron entrevistadas en la ENS-2007, el 1,5% se percibió con CaCu. Entre éstas, el 5,7% son asalariadas y el 11,0% no percibe salario; de este mismo total, el 36% son asalariadas y no reconocen pertenecer a una etnia; el 54,6% no reciben salario y no reconocen etnia; el 16,4% son indígenas y el 4,2% afrocolombianas (Cuadro 7.3).

Cuadro 7.3 Distribución de las mujeres de 18-69 años que relataron tener CaCu según asalariadas y no asalariadas por grupo étnico

Grupo étnico	Asalariados					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Indígena	0	0	4	100	4	16,4
Afrocolombianas	0	0	1	100	1	4,2
Ninguno de los anteriores	8	45,4	10	54,6	19	79,4
Total	8	36	15	64	23	100

Fuente: Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

¹ La descripción general de las características sociales de las mujeres entrevistadas en la ENS-2007 se encuentra en el Anexo del presente capítulo, Cuadros 7.1 a 7.7.

El 64% de las mujeres no asalariadas y el 36% de las mujeres asalariadas reportaron percibir CaCu. Por regiones, las mujeres no asalariadas correspondieron a la Central, Oriental, Pacífica y la Orinoquia y Amazonía. Las mujeres asalariadas correspondieron a las regiones de Bogotá, Oriental y Central (Cuadro 7.4).

Cuadro 7.4 Distribución por región de las mujeres de 18 a 69 años que reportaron tener CaCu según asalariadas y no asalariadas

Región	Asalariados					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	0	0,3	0	0,3	0	0,6
Oriental	3	12,5	4	16,6	7	29,0
Central	2	9,1	7	28,7	9	37,8
Pacífica	0	0,0	4	16,4	4	16,4
Bogotá	3	14,1	0	0,0	3	14,1
Orinoquia y Amazonía	0	0,0	0	2,0	0	2,0
Total	8	36,0	15	64,0	23	100,0

Fuente: Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007

Con respecto a la variable de educación, el total de mujeres que reportaron tener cáncer de cuello uterino sabían leer y escribir; el nivel educativo más alto alcanzado por estas mujeres correspondió a la básica secundaria y media, con un 52,5%, seguido de la básica primaria. El 51,5% de estas mujeres trabajan, y de ellas el 64% son trabajadoras independientes. Según etnia, el 85% no reconocieron etnia, el 9,6% eran indígenas y el 5,3% afrocolombianas (Anexo, Cuadro 7.8). En las mujeres que desempeñan cargos como obrera o empleada del gobierno, empleada doméstica, profesional independiente, patrona o empleadora, trabajadora de su propia finca o de finca en arriendo, trabajadora familiar sin remuneración y ayudante sin remuneración (hija o familiar de empleados domésticos) no se encontraron casos de percepción de cáncer de cuello uterino.

Morbilidad: lesiones intraepiteliales cervicales según RIPS-2007

Con base en los registros individuales de prestación de servicios de salud del año 2007 se calculó la proporción de lesiones intraepiteliales cervicales por grupo de edad, régimen de afiliación de salud y departamento. En el Cuadro 7.6 se muestran los resultados por grupos de edad, iniciando con el grupo de 12 a 19 años y tomando como último grupo las mujeres de 60 y más años. En total se presentaron 17.884 lesiones, de las cuales el 62,4% (11.156) correspondieron a neoplasias intraepiteliales cervicales grado uno (NIC I), 17,1% (3.061) a displasias no especificadas, 10,8% (1.932) a

NIC III y 9,7% (1735) a NIC II. Las NIC I fueron más prevalentes en el grupo de edad de 12 a 19 años; y se observó un porcentaje mayor de lesiones NIC III en las mujeres mayores de 60 años.

Cuadro 7.5 Distribución de neoplasias intraepiteliales cervicales por grupo de edad en mujeres colombianas mayores de 12 años

Grupos de edad	NIC I		NIC II		NIC III		Displasia no especificada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
12 a 19	771	69,5	90	8,1	53	4,8	196	17,7	1110	100
20 a 29	3357	66,4	479	9,5	404	8,0	815	16,1	5055	100
30 a 39	3170	61,7	496	9,7	608	11,8	865	16,8	5139	100
40 a 49	2436	59,6	397	9,7	472	11,5	784	19,2	4089	100
50 a 59	1000	60,2	167	10,0	223	13,4	272	16,4	1662	100
60 y más	422	50,9	106	12,8	172	20,7	129	15,6	829	100
Total	11156	62,4	1735	9,7	1932	10,8	3061	17,1	17884	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, RIPS 2007

En el Cuadro 7.6 se observa la distribución de neoplasias intraepiteliales según el régimen de afiliación al sistema de salud. En general, la distribución de lesiones tuvo el mismo comportamiento para los diferentes tipos de aseguramiento, siendo mayor el NIC I. Si se tiene en cuenta la severidad de las lesiones, éstas fueron más frecuentes en el régimen subsidiado y vinculado, y menos frecuentes en el contributivo y el particular (para la distribución por departamento de estas lesiones, Anexo, Cuadro 8).

Cuadro 7.6 Neoplasias intraepiteliales cervicales según el régimen de aseguramiento en mujeres Colombianas mayores de 12 años

Régimen de seguridad social	NIC I		NIC II		NIC III		Displasia no especificada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Contributivo	4692	69,7	678	10,1	662	9,8	697	10,4	6729	100
Subsidiado	2808	52,1	610	11,3	652	12,1	1322	24,5	5392	100
Vinculado	3094	63,8	353	7,3	526	10,8	877	18,1	4850	100
Particular	270	66,3	49	12	34	8,4	54	13,3	407	100
Otro	292	57,7	45	8,9	58	11,5	111	21,9	506	100
Total	11156	62,4	1735	9,7	1932	10,8	3061	17,1	17884	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, RIPS-2007

Morbilidad: cáncer de cuello uterino según RIPS-2007

Según estos registros, se presentaron 2.178 tumores malignos del endocérvix y 1.563 tumores del exocérvix. Si se tienen en cuenta las categorías tumor maligno de endocérvix y tumor maligno del exocérvix se observa que este tipo de tumores se hace más prevalente a medida que la edad aumenta (Anexo, Cuadro 7.9): se presentaron 13 casos de tumores del endocérvix en el grupo de mujeres de 12 a 19 años, comparado con 722 casos en el grupo de mayores de 60 años. Igual sucede con los tumores del exocérvix: el número de casos pasa de 7 a 372 en los mismos grupos de edad. En todas las categorías se observa una tendencia a aumentar el número de casos dependiente de la edad (ver la distribución de las mujeres que presentaron estas lesiones por régimen de aseguramiento y por departamento en el Anexo, cuadros 7.11 y 7.12).

Distribución de las instituciones públicas y privadas que realizan actividades o programas de citología de cuello uterino por región

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas correspondieron a 4122, de las cuales el 63% son públicas y el 37% privadas. El 82% de las IPS realizan programas o proyectos y acciones que incentivan la citología de cuello uterino. Del total de instituciones que realizan estas actividades, el 57% corresponde al sector público y el 43% al sector privado.

Entre las IPS de origen público, el 17,3% corresponde a hospitales y clínicas, el 38,2% a centros de salud y el 44,5% a puestos de salud. Se encontró que la región con mayor número de hospitales y clínicas es Bogotá, seguida de la Atlántica y la Pacífica, con porcentajes de 30%, 18% y 17,3% respectivamente. Con respecto al número de centros de salud, las regiones que reportan mayor cantidad son; Bogotá 36%, Atlántica 16,1%, Central 21% y Oriental 12,3%. La distribución regional de los puestos de salud corresponde a las regiones Pacífica, Atlántica, Central y Oriental; Bogotá no reportó puestos de salud (Cuadro 7.7).

Cuadro 7.7 Distribución por región de las instituciones públicas que realizan actividades, programas o proyectos para incentivar la toma de citología de cuello uterino

Regiones	Hospitales y clínicas		Centros de salud		Puestos de salud		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	78	18	154	16,1	301	26,9	533	21,3
Bogotá	130	30	345	36	0	0	475	18,9
Central	69	15,9	201	21	228	20,4	498	19,9
Oriental	64	14,8	118	12,3	196	17,5	378	15,1
Orinoquia y Amazonia	17	3,9	45	4,7	55	4,9	117	4,7
Pacífica	75	17,3	95	9,9	337	30,2	507	20,2
Total	433	17,3	958	38,2	1117	44,5	2508	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

Por otra parte, se reportaron, en total, 1523 instituciones privadas, de las cuales el 68% corresponde a centros de atención ambulatoria y el 32% a clínicas con hospitalización. De estas últimas, la mayor concentración de instituciones correspondió a la región Atlántica, seguida de Bogotá, Central, Oriental, Pacífica y por último la Orinoquia y Amazonía. Los centros de atención ambulatoria se concentraron en las regiones Atlántica, Central, Oriental, Pacífica, Bogotá, y por último la Orinoquia y Amazonía (Cuadro 7.8).

Cuadro 7.8 Distribución por región de las instituciones privadas que realizan actividades, programa o proyectos para incentivar la toma de citología de cuello uterino

Regiones	Clínicas privadas con hospitalización		Centros de atención ambulatoria de EPS o ARS		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	153	31,8	305	29,3	458	30,1
Bogotá	122	25,4	150	14,4	272	17,9
Central	78	16,2	202	19,4	280	18,4
Oriental	65	13,5	194	18,6	259	17
Orinoquia y amazonia	6	1,2	24	2,3	30	2
Pacífica	57	11,9	167	16	224	14,7
Total	481	31,6	1042	68,4	1523	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

Se encuentran registrados 16.899 profesionales independientes que participan en proyectos, programas o acciones para incentivar la citología de cuello uterino. El Cuadro 7.9 presenta su distribución por regiones.

Cuadro 7.9 Distribución por región de los profesionales de salud independientes registrados en el sistema de habilitación que realizan o participan en acciones, proyectos o programa para incentivar la toma de citología de cuello uterino

Regiones	Profesionales de salud registrados	
	No.	%
Atlántica	4468	26,9
Bogotá	1999	12
Central	4230	25,5
Oriental	2856	17,2
Orinoquia y amazonia	339	2
Pacífica	2704	16,3
Total	16596	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

Con respecto al régimen de afiliación a la salud, se encuentran registradas 1932 aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado, de las cuales el 88% realizan acciones, proyectos o programas para incentivar la toma de citología de cuello uterino. Las empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo cuentan con 545 oficinas de atención al usuario, y el 92% de ellas realizan acciones, programas o proyectos que incentivan la utilización de la citología de cuello uterino.

La distribución por regiones de las aseguradoras del régimen contributivo correspondió, en mayor porcentaje, a la región Oriental, seguida por la Central y la Atlántica; el mayor porcentaje de aseguradoras del régimen subsidiado se encuentra en las regiones Atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Orinoquia y Amazonía y, por último, Bogotá; orden que se conserva en relación con la distribución por regiones de las oficinas de atención al usuario del régimen contributivo (Cuadro 7.10).

Cuadro 7.10. Distribución por región de las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado que tienen población cubierta y que realizan o participan en acciones, proyectos o programa para incentivar la toma de citología de cuello uterino

Regiones	Aseguradoras Reg. Contributivo		Ofic. Atención usuario Reg. Contributivo		Aseguradoras Reg. Subsidiado	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	234	25,6	141	28,2	259	32,6
Bogotá	15	1,6	15	3	11	1,4
Central	240	26,3	111	22,2	174	21,9
Oriental	257	28,1	132	26,4	196	24,7
Orinoquia y Amazonia	38	4,2	24	4,8	41	5,2
Pacífica	129	14,1	77	15,4	114	14,3
Total	913	100	500	100	795	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

Demanda de la citología de cuello uterino y condiciones del servicio

Del total de mujeres encuestadas, el 62,2% accedió a consulta en el último año, y de éstas el 94,6% consultaron a un sector reconocido como de la salud, el resto consultó a otras instituciones. Del total de consultas, el 70,1% fue cubierto por el sistema de aseguramiento contributivo o subsidiado, el 18,4% por el gasto de bolsillo y el 4,1% por las secretarías o alcaldías municipales con la denominación de vinculadas.

Con respecto al acceso a los servicios de salud, el 93,6% de las consultas en el último año fueron realizadas en instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el 6,4% restante en otro tipo de institución. Del total de consultas realizadas en el mismo período, la demanda de citología representó el 2,4%. Con respecto a los programas de Salud Reproductiva y Sexual, la citología correspondió al 35%, el control prenatal al 28%, la atención del parto, puerperio y recién nacido el 23%, la planificación el 13%, y crecimiento y desarrollo el 1%.

La demanda de citología fue mayor en los grupos de edad de 25 a 34 años y 35 a 44 años, seguido por los grupos de 45-54 y 18-24 años; las menores demandas se encontraron en las mujeres de 55-69 y en las de 12-17 años. Según las regiones, la demanda fue mayor en la Pacífica, seguida de la Central, Bogotá, Atlántica, Oriental, Orinoquia y Amazonía (Cuadros 7.11 y 7.12).

Cuadro 7.11 Distribución por grupo de edad de las mujeres cuya principal razón de la última consulta fue la citología

Grupos de edad	No.	%
12 a 17	8	1,5
18 a 24	84	16,1
25 a 34	161	31
35 a 44	156	30
45 a 54	91	17,5
55 a 69	21	4
Total	520	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

Cuadro 7.12 Distribución por región de las mujeres cuya principal razón de la última consulta fue la citología

Región	No.	%
Atlántica	84	16,2
Oriental	83	15,9
Central	115	22,2
Pacífica	129	24,8
Bogotá	102	19,6
Orinoquia y Amazonía	7	1,4
Total	520	100

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

(Los resultados de la ENS-2007 correspondientes a las mujeres que demandaron citología según su nivel educativo, etnia, condiciones laborales y región, se encuentran en el Anexo, Cuadros 7.13-7.15)

Percepción de la atención para la citología de cuello uterino

En general, el 12,5% de las mujeres encuestadas reportaron que era la primera citología que se realizaban. Por regiones este porcentaje aumenta al 24,1% en la Orinoquia y Amazonía, seguido de la Oriental con un 13,7%. Al 21,7% de las mujeres no se les explicó en qué consistía el examen (Anexo, Cuadro 7.16a).

Sobre la importancia de la citología de cuello uterino al 17,2% no se le indicó la importancia de realizarse la citología de cuello uterino, por otro lado, al 30% de las mujeres no se le pidió autorización previa para realizarle el examen (Anexo, Cuadro 7.16b).

Se destacan dos aspectos en la percepción de la atención y es que el 9,1% tuvo que gastar de su bolsillo y comprar algún material propio del procedimiento y que solo el 35,2% de las mujeres que se hicieron la citología recibió el resultado del examen; este porcentaje varió según las regiones: de 46,5% en la Oriental a 26,2% en la Central (Anexo, Cuadro 7.16c).

Del total de mujeres entrevistadas, al 9,9% no le indicaron que debía regresar por el resultado del examen; entre quienes sí lo reclamaron, el 4,6% reportó no haber recibido explicación del resultado del examen (Anexo, Cuadro 7.16d).

Del total de mujeres a quienes sí se les explicó el resultado, el 99,4% reportó haberlo entendido y el resultado que comprenden es que es normal (Anexo, Cuadro 7.16e).

De las mujeres que se hicieron la citología se les informó que debía realizarla nuevamente en el futuro, y el 54,5% fue remitida a un nuevo examen para confirmar el resultado. De estas mujeres, el 40,7% fueron remitidas a colposcopia y el 26,2% a biopsia (Anexo, Cuadro 7.16 f y 7.16g).

La media del tiempo transcurrido después de realizada la prueba para reclamar el resultado estuvo entre 9,6 días para la región Atlántica y 14,9 en la Orinoquia y Amazonía (Cuadro 7.13).

Cuadro 7.13 Tiempo transcurrido por región después del examen citológico para reclamar el resultado

¿Cuándo debe volver a consulta para conocer el resultado del examen?						
		Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Desviación típica
Región Atlántica	Días	9,6	8	5	15	5,7
	Meses	1,3	1	1	2	0,5
	Total	9,5	8	5	15	5,7
Región Oriental	Días	12,9	10	8	20	4,9
	Meses	1,1	1	1	1	0,2
	Total	9,4	10	1	15	6,8
Región Central	Días	10,6	8	5	15	6,8
	Meses	1,1	1	1	1	0,3
	Total	9,3	8	2	15	7,1
Región Pacífica	Días	14	15	8	20	6,2
	Meses	1,1	1	1	1	0,3
	Total	12,6	15	8	20	7,1
Región Bogotá	Días	12,6	15	8	15	5,2
	Meses	1,1	1	1	1	0,5
	Total	10,7	10	8	15	6,4
Región Orinoquia y Amazonía	Días	14,9	15	15	20	4,4
	Meses	1	1	1	1	0
	Total	11,5	15	1	15	7,1

Fuente: Colombia, Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007

DISCUSIÓN

Morbilidad percibida

El estudio encontró que la percepción global para el CaCu fue de 6,7 por 10.000 mujeres, y esta proporción correspondió, en su orden, a las regiones de la Orinoquia y Amazonía, Central, Oriental, Bogotá y Atlántica. Por etnia, la percepción de la enfermedad correspondió al 9,6% para la indígena y al 5,3% para la afrocolombiana; el 85% no reconoce pertenecer a ninguna etnia.

Si bien la percepción de la enfermedad es mayor en el grupo de mujeres que dice no pertenecer a una etnia, lo cierto es que para los afrodescendientes, indígenas, palenqueras y raizales las acciones encaminadas al control y tratamiento de la enfermedad son menores, lo cual se debe en gran parte a que constituyen el segmento mayoritario de las clases más pobres del país, con menor acceso tanto a servicios básicos –tales la educación y la salud–, como a empleos retributivos y participativos. Esto permite pensar que estas condiciones marcan diferencias importantes con respecto a la búsqueda de equidad en el campo de la salud (Evans *et al*, 1996:85-89; Gómez, 2002:15).

De manera indirecta se analizó el aspecto económico mediante la pregunta de si las mujeres entrevistadas recibían o no salario; en ambos casos el porcentaje de percepción de la enfermedad es frecuente. El grupo de las mujeres no asalariadas según etnia se concentró en mayor proporción en las regiones Atlántica, Pacífica y la Orinoquia y Amazonía, regiones en las que predominan las condiciones de pobreza y de exclusión, lo que puede explicar las dificultades de acceso, cobertura y utilización de los servicios de salud.

Según el régimen de afiliación a salud, la percepción de la enfermedad fue cercana al 90%, predominando en el régimen contributivo las regiones Central y Bogotá, y en el subsidiado las regiones Atlántica, Pacífica y Orinoquia y Amazonía. Se incluyeron también algunas valoraciones con respecto a los regímenes especiales y no afiliadas.

En la variable de educación, el total de mujeres que percibieron el cáncer de cuello uterino sabían leer y escribir; el nivel educativo más alto alcanzado por estas mujeres correspondió a la básica secundaria y media (52,5%), seguido de la básica primaria. Éste es un factor que facilita las acciones de comunicación de los programas de prevención y atención del CaCu, en particular aquéllos dirigidos a las no asalariadas y a las etnias en las regiones Atlántica, Pacífica y la Orinoquia y Amazonía.

Morbilidad atendida

La ENS-2007 reporta el predominio de las lesiones de bajo grado (displasias leves) en los grupos de mujeres jóvenes –de 12 a 19 años y de 20 a 29 años– que, en la mayoría de los casos y por la

historia natural de la enfermedad, evolucionaron favorablemente. Sin embargo, todavía se presenta la progresión de las lesiones en un porcentaje, aunque bajo, de mujeres, por lo cual debe reforzarse el esquema de seguimiento.

El NIC II se presentó en todos los grupos de edad; según su evolución, un porcentaje significativo puede remitir o avanzar a la displasia severa o al carcinoma invasor. El NIC III presentó mayor distribución en las mujeres mayores de 30 años, con una mayor probabilidad de evolucionar a un carcinoma microinvasor y luego invasor.

Es notorio el porcentaje de lesiones (displasias) no especificadas: 17,1%. Este porcentaje indica la necesidad de mejorar la toma de muestras, la lectura y el diagnóstico a fin de lograr oportunidad y pertinencia en los resultados para, así, evitar efectos no deseados como son la búsqueda de pacientes, los reprocesos en la toma de muestras, el doble uso de recursos y la pérdida de oportunidades de seguimiento. De todos es conocido que si la lesión premaligna progresa se pierden acciones oportunas de intervención y reducción de la incidencia y mortalidad. Además este hecho en la prueba de tamizaje puede convertirse en un efecto barrera e incrementa el bajo seguimiento de la citologías anormales (Lazcano *et al*, 1999:241; Arbyn *et al*, 2009:2645; Aristizábal, 1984:6-7; Murillo *et al*, 2006:9-10).

Las lesiones NIC II y III predominaron en mujeres del régimen de aseguramiento subsidiado y sin aseguramiento, comparados a las frecuencias del contributivo y particular.

Por región, del total de lesiones intraepiteliales cervicales el mayor porcentaje correspondió a la zona central (Bogotá, Antioquia, Santander, Boyacá, Cauca). En el total de tumores registrados, 6382, hay predominio de lesiones del endocérvix (origen glandular), con el 51,7%, frente a las lesiones exocérvix (escamosas), con el 24,5%.

Para todas las categorías se puede observar una tendencia a aumentar el número de casos dependiente de la edad. En la mayoría de casos la lesión inicia en la zona escamo columnar y compromete el endocérvix, razón por la cual es importante que en las acciones de capacitación de la toma de citología se haga énfasis en la adecuada toma de la muestra. Esto es considerado un criterio de muestra satisfactoria en el sistema Bethesda.

La información que presentan los RIPS es relevante, pero no contiene la especificidad sobre los tipos histológicos de neoplasia; se hace entonces necesario especificar su origen, bien en epitelio escamoso (que da origen a carcinoma escamocelular), o bien en epitelio columnar endocervical (que da origen al adenocarcinoma), lo cual da las pautas para el manejo terapéutico de la neoplasia.

Las pautas terapéuticas se deben orientar según los consensos de las diversas asociaciones ginecológicas. Con respecto al tipo de tumor y el aseguramiento, no fue relevante la clasificación por localización según la CIE-10.

Con respecto a la distribución por zonas, la mayor frecuencia se registró en la Central (Antioquia, Nariño, Bogotá, Valle del Cauca, Huila, Santander, Tolima), con porcentaje menores en las regiones Atlántica y Oriental.

Con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, la atención de la enfermedad se realiza bajo el esquema del aseguramiento (Ministerio de Salud de Colombia y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2002:22-25).

El Consejo Nacional de Seguridad Social define las actividades de detección temprana para el CaCu como *“el conjunto de procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva el CaCu, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, determinan el tratamiento oportuno, disminuyen su duración y reducen el daño que causa evitando secuelas, incapacidad o muerte”* (Ministerio de Salud de Colombia y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1998:1).

Para cumplir este cometido, la organización y administración que orienta la atención del CaCu y otras enfermedades se define por un conjunto de acciones denominadas “Actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana”. Estas actividades continúan concentradas en la citología y vigilancia de lesiones pre-neoplásicas.

La responsabilidad en el logro de la detección temprana, procedimientos e intervenciones del CaCu se asignó a los organismos descentralizados encargados de la Vigilancia y Control en los distritos y municipios del país, mediante la Ley 715 y el Acuerdo 229 del Ministerio de Salud de Colombia que establecen las responsabilidades, los recursos y el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S). Además, todas las etapas de esta enfermedad están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), siguiendo las directrices de los Planes de Atención Básica y las condiciones de ejecución de los recursos previstas en la Resolución 968 de 2002.

Como resultado de esta organización, la ENS-2007 reportó 238 administraciones municipales de salud distribuidas en todas las regiones del país, con excepción del distrito capital Bogotá que tiene una sola administradora municipal.

En la intermediación se encuentran los agentes del mercado, que corresponden a las administradoras del régimen contributivo y subsidiado. Para el año de análisis se encontraron 1932 aseguradoras de ambos regímenes –el 53,45% del contributivo y el 46,54% del subsidiado, distribución global similar–, de las cuales el 88% realiza acciones, proyectos o programas para incentivar la toma de citología de cuello uterino.

La distribución por regiones de las aseguradoras del régimen contributivo correspondió en mayor porcentaje a la región Oriental, seguida de la Central y la Atlántica. Con respecto a las aseguradoras del régimen subsidiado tienen representatividad, en orden de frecuencia de mayor a menor, en las regiones Atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Orinoquía y Amazonia, y por último en Bogotá.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo cuentan con 545 oficinas de atención al usuario: el 92% de ellas realizan acciones, programas o proyectos que incentivan la utilización de la citología de cuello uterino. La distribución por regiones de estas oficinas se presenta en el siguiente orden: Atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Orinoquia y Amazonía y, por último, Bogotá. La ejecución de sus actividades es organizada en la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); la ENS-2007 reportó 4031 de estas instituciones: el 62,21% corresponden al sector público y el 37,78% al privado. Por regiones, las primeras se encuentran, en su orden, en la región Atlántica, Pacífica, Central, Bogotá, Oriental, Orinoquia y Amazonía; las instituciones privadas en la región Atlántica, Central, Bogotá, Oriental, Pacífica y Orinoquia y Amazonía.

Demanda de servicios de salud según la ENS-2007

Es preocupante que la demanda de citología esté centrada en los programas de Salud Reproductiva y Sexual pues, como lo evidencia la ENS-2007, la demanda de citología correspondió al 35%, el control prenatal al 28%, la atención del parto puerperio y recién nacido al 23%, la planificación al 13% y crecimiento y desarrollo al 1%, por lo cual las acciones no son diferenciales (Linós y Riza, 2000:2261-2263; Lazcano *et al*, 1999:241). Por región, esta demanda –diferencial a la morbilidad percibida para CaCu– predominó en las regiones de Orinoquia y Amazonía, Central, Oriental, Bogotá y Atlántica.

Si se compara la organización de las actividades para la prevención y el control del CaCu en nuestro medio con los programas europeos, resalta la cobertura nacional o local, o como programas de oportunidad –esto es, la toma de la citología en cualquier modalidad de contacto de las usuarias de los servicios de salud– alcanzada por estos países (Linós y Riza, 2000:2261-2263). Resalta, también, la diferencia en la edad de inicio y en la edad máxima de toma de citología, que en los países europeos se encuentra, la primera, entre los 20 y 25 años, y la segunda en 64 años.

Las características comunes de los programas para el control del CaCu en Europa son: la promoción y toma de la citología a nivel individual, realizada por médicos generales o especialistas en ginecología; la identificación de la base poblacional o población “objeto” del programa, lo que permite medir las acciones y efectos de éste; el desarrollo de guías estandarizadas para la toma de citología.

Los mayores porcentajes entre los grupos de edad que demandan la prueba de tamizaje fueron en su orden: el grupo de 25 a 34 años, de 35 a 44, de 45 a 54 y de 18 a 24. Las menores demandas correspondieron a los grupos de 55 a 69 y de 12 a 17 años, el hecho que en estos grupos se efectúen menos acciones tiene un efecto negativo en el control de la enfermedad, pues no se tiene en cuenta el período de latencia, además estos dos grupos de edad no son prioritarios en acciones de salud reproductiva y sexual. Por regiones el orden fue: Pacífica, Central, Bogotá, Atlántica, Oriental, Orinoquia y Amazonía.

La morbilidad atendida predominó en los grupos de edad de 12 a 19 años y de 20 a 29 años (66,4%), esto es, en mujeres jóvenes en las que predominan las lesiones de bajo grado (displasias leves). Muchos de estos casos –según la historia natural de la enfermedad– evolucionan a la curación, y un bajo porcentaje evoluciona a NIC II o NIC III.

Percepción de la atención en salud según la ENS-2007

Para el año de esta encuesta, 236.146 mujeres demandaron citología de cuello uterino; de ellas, el 49% laboraban: 46% eran asalariadas y 54% no asalariadas. Según el grupo étnico, el 82,8% de las mujeres que no reconocen pertenecer a ninguna etnia demandaron citología, seguido por las indígenas con el 11,1% y las afrocolombianas con el 6,1%.

Según las regiones, la demanda de citología en las no asalariadas correspondió al 53%, distribuyéndose esta demanda así: la región Pacífica con el 17%, Bogotá con el 15%, Atlántica con el 8,2%, Central con el 7,6%, la Orinoquia y Amazonia con el 0,8%.

En esta discusión se resalta la necesidad de repensar las condiciones en las que se realizan las evaluaciones del CaCu, dado que al 21,7% de las mujeres no se les explicó en qué consistía el examen, y al 17,2% no se le indicó la importancia de realizarse la citología de cuello uterino. Además, al 30% de las mujeres no se le pidió autorización previa para realizarle el examen, y el 9,1% tuvo que comprar algún material propio del procedimiento. Todo lo cual se convierte en obstáculos para el acceso a la prueba y refleja las limitaciones asociadas a los determinantes sociales (Sepúlveda y Prado, 2005:401-409; Evans *et al*, 1996:130).

Otro de los encuentros de la ENS-2007 que debe destacarse es el hecho que solo el 35,2% de las mujeres encuestadas recibió el resultado del examen, y de éstas el 4,6% reportó no haber recibido explicación sobre dicho resultado; al 9,9% no le indicaron que debía regresar por el resultado del examen. El porcentaje de las que sí recibieron el resultado varió entre regiones: de 46,5% en la Oriental a 26,2% en la Central.

Finalmente, es importante resaltar que al total de mujeres a quienes se les explicó el resultado, el 99,4% reportó haber entendido la explicación. En este caso la variable de contexto o determinante que tiene peso es la educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arbyn, M., Raifu, A.O., Weiderpass, E., Bray, F. y Anttila, A. (2009). "Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union". En: *European Journal of Cancer*, 45(15):2640-2648.

Aristizábal, N., Cuello, C., Correa, P., Collazos, T. y Haenszel, W. (1984). "The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia". En: *International Journal of Cancer*, 34(1):5-9.

Céspedes, J.E., Jaramillo, I., Martínez, R., Olaya, S., Reynales, J., Uribe, C., Castaño, R., Garzón, E., Almeida, C., Travassos, C., Basto, F. y Amgarita, J. (2000). "Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad y el acceso y la utilización de servicios de salud". En: *Revista de Salud Pública*, (2)2:145-164.

Colombia, Congreso de Colombia. Ley 715 de diciembre 21 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001).

Colombia, Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 72 de 1997, Artículo 4, 29 de Agosto, Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, Bogotá: CNSSS.

Colombia, Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 117 de 1998, Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública. Bogotá: CNSS.

Colombia, Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 229 de mayo 17 de 2002, Por el cual se define la proporción de UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones. Bogotá: CNSS.

Colombia, Ministerio de Salud. Resolución número 00412 de 25 de febrero de 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá.

Colombia, Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Resolución número 3384 de diciembre 29 de 2000, Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Bogotá.

Colombia, Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Resolución número 968 de julio 24 de 2002, Por la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al Plan de Atención Básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial. Bogotá.

Colombia, Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud., Dirección general de promoción y prevención. *Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino*

y guía de atención de lesiones preneoplásicas del cuello uterino. [Sitio disponible en Internet]: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normcacu.htm>. Consultado en diciembre de 2006.

Denny, L. (2005). "The prevention of cervical cancer in developing countries". En: *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(9):1204-1212.

Evans, R., Morris, L. y Marmor, T. (1996). "Producir salud, consumir asistencia sanitaria". En: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*, Editorial Díaz de Santos, Madrid.

Ferlay, J., Pisani, B.F. y Parkin, D.M. (2004). *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IARC Press, CancerBase, no.5, version 2.0.

Goldie, S.J., Grima, D., Kohli, M., Wright, T.C., Weinstein, M. y Franco, E. (2003). "A comprehensive natural history model of HPV infection and cervical cancer to estimate the clinical impact of a prophylactic HPV-16/18 vaccine". En: *International Journal of Cancer*, 106(6):896-904.

Gómez, Elsa (2002). "Equidad, género y salud: retos para la acción". En: *Revista Panamamericana de Salud Publica / Pan American Journal Public Health*, 11(5/6).

Jaramillo, P.I. (1994). *El futuro de la salud en Colombia, Ley 100 1993*. Fundación Corona, FESCOL, FES, Ed Rasgo & Color, Bogotá, Colombia.

Lazcano, P., Moss, S., Alonso, P., Salmeron, C. y Hernández, Á. (1999). "Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico". En: *Archives of Medical Research*, 30(3):240-250.

Linos, A. y Riza, E. (2000). "Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union". En: *European Journal of Cancer*, (36): 2260-2265.

Londoño, J.L. y Frenk, J. (1997). "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America". En: *Health Policy*, 41(1):1-36.

Muñoz, N., Bosch, F.X., De Sanjose, S., Tafur, L., Izarzugaza, I., Gili, M., Viladiu, P., Navarro, C., Martos, C., Ascunce, N., González, L.C., Kaldor, J.M., Guerrero, E., Lorincz, A., Santamaría, M., Alonso de Ruiz, P., Aristizábal, N. y Shah, K. (1992). "The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case-control study in Colombia and Spain". En: *International Journal of Cancer*, 52(5):743-749.

Murillo, R., Quintero, A., Piñeros, M., Bravo, M., Cendales, R., Wiesner, C. y Lizcano, L.A. (2006). *Modelo para el control del cáncer en Colombia*, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.

Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Teppo, L. y Thomas, D.B. (2002). *Cancer Incidence in Five Continents*. IARC Scientific Publications, vol.VIII.

Parkin, D.M., Bray, F., Ferlay, J. y Pisani, P. (2005). "Global cancer statistics, 2002". En: *CA: A Cancer Journal for Clinician*, 55(2):74-108.

Piñeros, M., Pardo, C., Gamboa, O. y Hernández, S. (2010). *Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia*. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Agustín Codazzi, Bogotá. 108p.

Sepúlveda, C. y Prado, R. (2005). "Effective cervical cytology screening programmes in middle-income countries: the Chilean experience". En: *Cancer Detection and Prevention Journal*, 29(5):405-411.

Sankaranarayanan, R. y Ferlay, J. (2006). "Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem". En: *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20(2):207-225.

Wiesner, C., Vejarano, M., Caicedo, J., Tovar, S. y Cendales, R. (2006). "La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones". En: *Revista de Salud Pública*, 8(3):185-196.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2007). *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*, OMS.

Yang, B.H., Bray, F.I., Parkin, D.M., Sellors, J.W. y Zhang, Z.F. (2004). "Cervical cancer as a priority for prevention in different world regions: an evaluation using years of life lost". En: *International Journal of Cancer*, 109(3):418-424.



ASIS
Análisis de Situación en Salud



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"