



**Encuesta Nacional de Salud 2007**

**Encuesta**

**Nacional de Salud 2007**



**Nacional**



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

Libertad y Orden



Encuesta  
Nacional de Salud  
2007

**Resultados Nacionales**

ISBN 978-958-716-187-8

Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales

Rodríguez J, Ruiz F, Peñalosa E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y.

Impreso por Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF–

1 ra. edición

Bogotá, enero de 2009

© 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.

Interventoría: Colciencias



Libertad y Orden  
Ministerio de la  
Protección Social

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

Ministro de la Protección Social

**CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO**

Viceministro Técnico

**CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**

Viceministro de Salud y Bienestar

**ANA LUCÍA NOGUERA TORO**

Viceministra de Relaciones Laborales (E)

**ROSA MARÍA LABORDE CALDERÓN**

Secretaria General

**GILBERTO ÁLVAREZ URIBE**

Director General de Salud Pública



**JUAN FRANCISCO MIRANDA MIRANDA**

Director General

**HERNANDO ALBERTO SÁNCHEZ MORENO**

Subdirector de Programas de Desarrollo Científico y Tecnológico

**CLARA INÉS VARGAS CASTELLANOS**

Jefe Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud



**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Director CENDEX

**JOSÉ RAFAEL ARENAS MANTILLA**

Gerente SEI S.A.

**JESÚS RODRÍGUEZ GARCÍA**

Director Proyecto  
CENDEX

**ENRIQUE PEÑALOZA QUINTERO**

Director Área Seguridad Social  
CENDEX

**LUIS CARLOS GÓMEZ SERRANO**

Consultor en muestreo  
SEI S.A.

**YIMER YEZID BOTIVA GUTIÉRREZ**

Jefe de trabajo de campo  
SEI S.A.



# ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ENS 2007

## Participantes en la ejecución de la ENS-2007

### SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACIÓN SEI S.A.

José Rafael Arenas Mantilla, representante legal de la Unión Temporal  
Luis Carlos Gómez Serrano, Consultor en muestreo y estimaciones del Proyecto  
Ángela Yamiled Palacio Basto, Directora de capacitación y aseguramiento de la calidad  
Yimer Yezid Botiva Gutiérrez, Jefe de trabajo de campo  
Hanner Sánchez García, Asistente para la selección y actualización de muestras  
Marcela Viviana Patarroyo Gonzáles, encargada de la programación y administración de bases de datos  
Juan Carlos Barreto, encargado de la programación y administración de bases de datos  
Gabriel Ángel Ramírez Gonzáles, encargado de la programación y administración de bases de datos

### CENDEX - PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Jesús Rodríguez García, Director del Proyecto  
Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Coordinador general técnico del Proyecto  
Fernando Ruiz Gómez, Coordinador general de análisis del Proyecto  
Julia Isabel Eslava, Coordinadora del componente de análisis capital social del Proyecto  
Jail Tao Ortiz, Coordinador del componente Recolección Prospectiva de RIPS del Proyecto  
Jeannette Liliana Amaya, Coordinadora del Apoyo Estadístico del Proyecto

### COLCIENCIAS

Clara Inés Vargas Castellanos, Subdirectora de Investigaciones en Salud, Comité Técnico  
Ingrid García, Interventora  
Luis Carlos Corral, Interventor  
Carlos Ojeda, interventor

## **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

Gilberto Álvarez Uribe, Director General de Salud Pública, Comité Técnico ENS

Lenis Enrique Urquijo, Asesor MPS, Comité Técnico ENS

Víctor Hugo Álvarez Castaño, Coordinador VSP-MPS, Comité Técnico ENS, Coordinador General ASIS

Néstor Armando Ávila, Coordinador de Investigaciones DGPAP, Comité Técnico ENS

## **PARTICIPACIÓN ESPECIAL**

Marcela Valencia Suescum, Asesora diseño y ajuste de protocolo y formularios ENS

Félix Martines, Asesor revisión y ajuste de modelo de análisis ASIS

Rafael Ortiz, Observatorio Salud Pública Santander, Coordinador operativo Recolección Prospectiva de RIPS

Rocío Robledo Martínez, Revisora Documento Final

Patricia Cifuentes García, Revisora Documento Final

Sandra Lilianna Roa Moreno, Revisora Documento Final

## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	27
RESUMEN EJECUTIVO .....	29
INTRODUCCIÓN .....	37

### **CAPÍTULO I. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS**

1	METODOLOGÍA .....	47
1.1	Instrumentos .....	47
1.2	Prueba piloto .....	48
1.3	Capacitación para la ENS 2007 .....	48
1.4	Diseño muestral .....	48
1.4.1	Universos de estudio .....	49
1.4.2	La muestra poblacional de hogares .....	49
1.4.3	La muestra de instituciones prestadoras de servicios -IPS- .....	49
1.4.4	La muestra de usuarios de los servicios de atención .....	49
1.5	Características de las muestras seleccionadas .....	49
1.5.1	Conglomerados .....	50
1.5.2	Estratificados .....	50
1.5.3	Polietápico .....	50
1.6	Unidades finales de muestreo .....	51
1.6.1	Encuestas a hogares .....	51
1.6.2	Ficha de caracterización de segmento y encuesta de administración municipal de salud .....	52
1.6.3	Encuesta a IPS .....	52
1.6.4	Encuesta a usuarios .....	52
1.7	Trabajo de campo .....	53
1.7.1	Cobertura .....	53
1.8	Captura y depuración de la información .....	57
1.9	Alcances y limitaciones .....	57
1.9.1	Posibilidades de desagregación .....	57
1.9.2	Precisión de los resultados .....	58
1.9.3	Control de sesgos .....	58
1.9.4	Acerca de las cifras absolutas .....	59

**CAPÍTULO II. CONDICIONES BÁSICAS**

2	HOGARES .....	63
2.1	Vivienda .....	63
2.1.1	Tipo de vivienda .....	63
2.1.2	Material predominante en paredes exteriores y pisos .....	65
2.1.3	Servicios domiciliarios .....	65
2.1.4	Espacios de la vivienda (distintos a la unidad básica) .....	66
2.1.5	Exposición a riesgos por desastres naturales .....	67
2.2	Servicios del hogar .....	68
2.2.1	Cuartos de que dispone el hogar .....	68
2.2.2	Tenencia de la vivienda .....	69
2.2.3	Uso de servicios domiciliarios y sanitarios .....	70
2.2.4	Tenencia de electrodomésticos, otros bienes y servicios .....	72
2.3	Estratificación socioeconómica y SISBEN .....	73
2.4	Capital social .....	73
2.4.1	Grupos y redes .....	74
2.4.2	Confianza, solidaridad, acción colectiva y cooperación .....	75
2.5	Migración y movilidad .....	76
3	PERSONAS .....	79
3.1	Distribución de la población por edad y género .....	79
3.2	Estado civil .....	80
3.3	Parentesco de los miembros del hogar .....	80
3.4	Educación .....	82
3.5	Fuerza de trabajo .....	84
3.5.1	Actividad en que se ocupó la mayor parte la semana anterior .....	84
3.5.2	Diligencias de búsqueda de trabajo o para instalar un negocio .....	85
3.5.3	Posición ocupacional .....	85
3.6	La mujer y su participación en las decisiones de pareja .....	86
3.6.1	Autonomía .....	87
3.6.2	Decisiones sobre gastos .....	90
3.6.3	Decisiones sobre los hijos y coparticipación en su cuidado .....	92
4	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD .....	95
4.1	Cobertura de aseguramiento según régimen .....	95
4.2	Cobertura de aseguramiento según ingreso .....	96
4.3	Gasto de bolsillo .....	99
4.3.1	Gasto de bolsillo en consulta externa y hospitalización .....	101

**CAPÍTULO III. CONDICIONES DE SALUD**

5	PERCEPCIÓN DE SALUD .....	113
5.1	Estado de salud general y uso de servicios de consulta y hospitalización en personas entre 6 y 69 años .....	113
5.2	Percepción sobre prevención de enfermedades .....	116
5.2.1	Control sobre dengue y malaria .....	116
5.2.2	Conocimientos, actitudes y prácticas de las personas en relación con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual .....	119
5.2.3	Vacunación contra DPT, triple viral, fiebre amarilla y hepatitis B .....	120
5.2.4	Vacunación antirrábica de animales domésticos: perros y gatos .....	121
6	MORBILIDAD SENTIDA .....	123
6.1	Problemas odontológicos .....	123
6.2	Algunos problemas específicos en menores de seis años .....	130
6.2.1	Alergias, problemas del cerebro y desnutrición .....	130
6.2.2	Lesiones, intoxicación por accidentes o violencia .....	130
6.3	Condiciones crónicas en personas entre 6 y 69 años .....	130
6.3.1	Enfermedades respiratorias: tuberculosis pulmonar, asma bronquial y enfisema .....	130
6.3.2	Enfermedades del aparato digestivo: úlcera de estómago o intestino, colon irritable .....	131
6.3.3	Epilepsia .....	131
6.3.4	VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual .....	131
6.3.5	Hipertensión arterial .....	133
6.3.6	Diabetes mellitus .....	135
6.3.7	Dolor de espalda y nuca .....	137
6.3.8	Prevalencias de diabetes, hipertensión y dolor de espalda por grupos étnicos .....	139
6.3.9	Lesiones por accidentes de tránsito .....	140
6.3.10	Agresiones y violencia .....	141
7	FACTORES ASOCIADOS .....	149
7.1	Consumo de alcohol .....	149
7.2	Tabaquismo .....	150
7.2.1	Consumo en adolescentes (12-17 años) .....	151
7.2.2	Consumo en adultos (18-69 años) .....	152
7.3	Actividad física en el tiempo libre .....	153
7.4	Consumo de sustancias psicoactivas .....	155
	En las tablas 41 a 44 del anexo 4 se presentan algunas estimaciones para valores conjuntos y aislados del consumo de sustancias psicoactivas por regiones y rangos de edad	
7.4.1	Consumo de marihuana y cocaína .....	155
7.4.2	Consumo de tranquilizantes y solventes o inhalantes .....	157
7.5	Lípidos, glicemia, tensión arterial e índice de masa corporal .....	159
7.5.1	Hiperglicemia .....	160
7.5.2	Hipertensión arterial .....	161

7.5.3	Colesterol total .....	162
7.5.4	Colesterol HDL .....	162
7.5.5	Índice de masa corporal .....	163
7.6	Riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 69 años .....	164
8	DISCAPACIDAD .....	168
8.1	Discapacidad global en el total de la población .....	170
8.2	Discapacidad global en población enferma .....	173
8.2.1	Discapacidad en hipertensos .....	173
8.2.2	Discapacidad en diabéticos .....	174
8.2.3	Discapacidad en personas con dolor de espalda .....	174

## CAPÍTULO IV. RESPUESTA INSTITUCIONAL

9	USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD .....	179
9.1	Características generales de la encuesta .....	179
9.2	Ubicación geográfica de los usuarios .....	181
9.3	Volumen de consulta, hospitalización y urgencias .....	182
9.4	Volumen de atención por género y edad .....	185
9.5	Clasificación de acuerdo con el SISBEN en consulta externa .....	189
9.6	Características socioeconómicas .....	190
9.7	Motivo de consulta y atención recibida .....	192
9.8	Fuentes de pago de servicios y de gasto de bolsillo .....	196
9.9	Condiciones seleccionadas de calidad desde la percepción de los usuarios .....	198
9.9.1	Elección de la institución para la atención .....	198
9.9.2	Elección del profesional de preferencia .....	199
9.9.3	Información clara sobre el estado de salud y el tratamiento que debe realizarse .....	201
9.9.4	Solicitud de autorización al usuario para realizar determinado procedimiento .....	203
9.9.5	Sobre el tiempo promedio en llegar a la IPS y de ser atendido .....	205
9.10	Percepción de la calidad en el proceso de servicio según condición prioritaria .....	205
9.10.1	Percepción de calidad durante el control prenatal y atención del parto .....	206
9.10.2	Percepción de calidad en consulta de citología del cuello uterino .....	207
9.10.3	Percepción de calidad durante la atención de planificación familiar o anticoncepción .....	208
9.10.4	Percepción de calidad en la atención de crecimiento y desarrollo para menores de 10 años .....	209
9.10.5	Percepción de calidad en la atención de personas con enfermedad diarreica aguda - EDA .....	210
9.10.6	Percepción de calidad en la atención de personas con infección respiratoria aguda .....	211
9.10.7	Percepción de calidad en la atención del niño con desnutrición .....	213
9.10.8	Percepción de calidad en la consulta externa de atención odontológica .....	214
9.10.9	Percepción de calidad en la atención de personas con accidentes de tránsito .....	215
9.10.10	Percepción de calidad en la atención de pacientes con infecciones de transmisión sexual .....	216

9.10.11	Percepción de calidad en la atención a pacientes con VIH-Sida .....	217
9.10.12	Percepción de calidad en la atención a pacientes con dolor de espalda o cuello ..	217
9.10.13	Percepción de calidad en la atención de pacientes con hipertensión arterial.....	218
9.10.14	Percepción de calidad en la atención de pacientes con obesidad o sobrepeso .....	219
9.10.15	Percepción de calidad en la atención de pacientes con diabetes .....	220
9.10.16	Percepción de calidad en la atención de personas con lesiones por agresión física o sexual .....	221
9.10.17	Percepción de calidad en la atención de personas que acuden para la aplicación de vacunas .....	222
10	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS .....	223
10.1	Características generales de la encuesta .....	223
10.2	Caracterización de la IPS y servicios habilitados .....	224
10.2.1	Características de los servicios que atienden las IPS .....	226
10.2.2	Características de servicios hospitalarios de obstetricia .....	227
10.2.3	Características de los servicios de urgencias .....	230
10.3	Características de los servicios de consulta ambulatoria .....	231
10.4	Características de consultas ambulatorias .....	235
10.4.1	Características de las personas responsables de la atención de los servicios .....	235
10.4.2	Percepción de condiciones críticas en la atención .....	236
10.4.3	Percepción de las características de la atención .....	239
10.4.4	Inspección de consultorios y de sus áreas .....	245
10.4.5	Atención preventiva y curativa en salud oral .....	247
10.5	Características de los servicios de obstetricia .....	248
10.5.1	Características de las personas responsables de la atención del servicio obstétrico	248
10.5.2	Percepción de condiciones para la atención .....	248
11	ENTIDADES TERRITORIALES .....	255
11.1	Oferta de servicios en salud .....	255
11.2	Oferta de servicios públicos .....	256
11.3	Oferta de servicios educativos .....	257
11.4	Vigilancia en salud pública .....	258
11.4.1	Índice de vigilancia en salud pública .....	258
11.4.2	Índice del nivel de formalización en las acciones de vigilancia de salud pública (existencia y seguimiento de protocolos) .....	259
11.4.3	Investigación de causas sobre los hallazgos de salud pública .....	259
11.5	Prevención de los riesgos y promoción de la salud .....	260
11.6	Control de dengue y malaria .....	261

## ANEXOS

ANEXO 1: PROCEDIMIENTOS DE ESTIMACIÓN Y CÁLCULO DE LA PRECISIÓN .....	265
ANEXO 2: COBERTURAS EFECTIVAS DE LAS ENCUESTAS .....	277
ANEXO 3: RECOLECCIÓN Y VALIDACIÓN DE RIPS .....	283
ANEXO 4: ESTIMACIÓN DE PRECISIONES PARA INDICADORES SELECCIONADOS .....	285

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Cobertura por tipo de instrumento .....	54
Tabla 2.	Cobertura por módulo en hogares .....	54
Tabla 3.	Cobertura por módulo en IPS a nivel institucional .....	56
Tabla 4.	Cobertura por módulo en IPS a nivel de usuarios .....	56
Tabla 5.	Precisión mínima aceptable .....	58
Tabla 6.	Material predominante de las paredes exteriores y pisos de las viviendas .....	65
Tabla 7.	Servicios domiciliarios y sanitarios de los que dispone el hogar .....	71
Tabla 8.	Jefatura de hogar según género y estado civil .....	82
Tabla 9.	Asistencia escolar por rangos de edad y género .....	83
Tabla 10.	Distribución de la población (totales) según afiliación declarada al Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	95
Tabla 11.	Deciles de ingreso mensual de las familias 2007 .....	96
Tabla 12.	Gasto mensual de bolsillo según concepto de gasto (en miles de pesos) .....	99
Tabla 13.	Porcentaje de personas que en la última consulta pagó por cuota moderadora del POS, cuota de recuperación o copago según régimen de afiliación .....	102
Tabla 14.	Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta por cuota moderadora del POS, cuota de recuperación o copago por fracción pagadora de la población, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación .....	103
Tabla 15.	Porcentaje de personas que pagó en la última consulta con vale o bono de medicina prepagada, según régimen de afiliación .....	103
Tabla 16.	Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta, por la fracción pagadora de la población, con vale o bono de medicina prepagada según régimen de afiliación, y precisión de la estimación .....	104
Tabla 17.	Porcentaje de personas que pagó en la última consulta particular, por régimen de afiliación .....	104
Tabla 18.	Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta por ser particular por población pagadora, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación .....	104

Tabla 19. Porcentaje de personas que pagó en la última consulta por medicamentos, según régimen de afiliación .....	105
Tabla 20. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta por medicamentos por población pagadora, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación .....	105
Tabla 21. Porcentaje de personas que pagó en la última hospitalización por cuota moderadora del POS, según régimen de afiliación .....	107
Tabla 22. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última hospitalización por cuota moderadora del POS por población pagadora, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación .....	107
Tabla 23. Porcentaje de personas que pagó de su bolsillo algún medicamento durante la última hospitalización .....	108
Tabla 24. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última hospitalización por población pagadora, por medicamentos, y precisión de la estimación .....	108
Tabla 25. Porcentaje de personas que pagó en la última hospitalización materiales u otros elementos para la atención según régimen de afiliación .....	109
Tabla 26. Valor medio (en pesos corrientes y precisión de la estimación) del monto pagado en la última hospitalización por materiales u otros elementos para la atención por población pagadora, según régimen de afiliación.....	109
Tabla 27. Población entre 6 y 69 (%) con problemas de salud percibidos en el último mes, que no asistió a consulta, según el motivo de no consulta y régimen de afiliación declarado .....	116
Tabla 28. Proporción de hogares (%), que han oído hablar del dengue, y no conocen la principal forma de transmisión, según departamento (15 primeros casos).....	117
Tabla 29. Proporción de hogares (%), que han oído hablar del dengue, y no conocen ninguna forma de prevención, según departamento (15 casos de mayores valores) .....	118
Tabla 30. Proporción de hogares y/o manzanas, de riesgo para malaria y/o dengue, que en el último año fueron visitados por funcionarios de salud según la existencia de necesidades básicas insatisfechas (NBI) .....	119
Tabla 31. Población entre 18 y 69 años (%) que se ha realizado alguna vez una prueba de detección del VIH, por género y máximo nivel educativo alcanzado ....	119
Tabla 32. Razones (%) de la población para realizarse la prueba para detectar el VIH, según máximo nivel educativo alcanzado .....	120
Tabla 33. Personas (%) vacunadas contra DPT, triple viral, fiebre amarilla y hepatitis B según rangos de edad y verificación de la vacunación .....	121
Tabla 34. Perros vacunados en el último año (%) por departamentos seleccionados, y precisión de la estimación (primeras diez) .....	121
Tabla 35. Gatos vacunados en el último año (%) por departamentos seleccionados, y precisión de la estimación (primeros diez) .....	122
Tabla 36. Causas de la caries dental (%) identificadas por la población entre 12 y 69 años, según régimen de afiliación declarado .....	123

Tabla 37. Causas de sangrado o inflamación de las encías (%) identificadas por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación declarado.....	124
Tabla 38. Número de veces de cepillado dental diario (%) referidas por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación declarado.....	125
Tabla 39. Razones de cambio del cepillo de dientes (%) identificadas por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación.....	125
Tabla 40. Uso de seda dental (%) por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación .....	126
Tabla 41. Aplicaciones o enjuagues de flúor (%) referidos por la población entre 6 y 19 años, por régimen de afiliación declarado .....	126
Tabla 42. Aplicación de sellantes (%) referida por la población entre 6 y 19 años, por régimen de afiliación .....	127
Tabla 43. Razones de no asistencia a consulta (%) por parte de la población entre 6 y 19 años con algún problema dental en el último mes, por régimen de afiliación.....	127
Tabla 44. Lugar de atención de consulta odontológica en el último año (%) identificado por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación.....	129
Tabla 45. Cuidado de los dientes (%) en población menor de diez años, por régimen de afiliación .....	129
Tabla 46. Prevalencia de vida (%) de algunos problemas de salud en niños menores de seis años, Colombia 2007 .....	130
Tabla 47. Distribución de la población (%) según su calificación respecto al riesgo de infección por VIH, según género y máximo nivel educativo alcanzado .....	132
Tabla 48. Prevalencia de diagnóstico médico de VIH (%), según género y rangos de edad ..	132
Tabla 49. Diagnóstico de hipertensión arterial en dos o más consultas (%) en personas entre 18 y 69 años, por departamentos (10 primeros valores).....	133
Tabla 50. Consumo de medicamentos para controlar la hipertensión arterial (%) en población entre 18 y 69 años, según departamentos seleccionados (10 primeros valores).....	133
Tabla 51. Asistencia a consulta de nutrición alguna vez (%) desde el diagnóstico de hipertensión, por departamentos seleccionados (10 primeros valores) .....	134
Tabla 52. Asistencia a consulta de psicología alguna vez (%) desde que le diagnosticaron hipertensión por departamentos (10 primeros valores) .....	134
Tabla 53. Instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud (%) desde el diagnóstico de hipertensión, por departamentos (10 primeros valores) .....	135
Tabla 54. Prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada (%), por departamentos (10 primeros valores).....	135
Tabla 55. Consumo de medicamentos (%) para controlar la diabetes mellitus diagnosticada, por departamentos (10 primeros valores). .....	136
Tabla 56. Asistencia a consulta de nutrición alguna vez (%) desde que el diagnóstico de diabetes mellitus, por departamentos (10 primeros valores). .....	136
Tabla 57. Instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud (%) desde que el diagnóstico de diabetes mellitus, por departamentos (10 primeros valores). .....	137
Tabla 58. Prevalencia de dolor de espalda en la última semana (%), por departamentos (10 primeros valores).....	137

Tabla 59. Prevalencia de dolor de espalda en la última semana con extensión hacia las piernas (%), por departamentos (10 primeros valores) .....	138
Tabla 60. Prevalencia de dolor de cuello o nuca en la última semana (%), por departamentos (10 primeros valores) .....	138
Tabla 61. Búsqueda de tratamiento por dolor de espalda y/o cuello o nuca en la última semana (%), por departamentos (10 primeros valores) .....	139
Tabla 62. Población entre 18 y 69 años (%) según grupo étnico declarado y regiones del país .....	139
Tabla 63. Población entre 18 y 69 años (%) con diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial y dolor de espalda o nuca, según grupo étnico declarado .....	140
Tabla 64. Distribución de la población de 6 años o más (%) según lesiones en el último accidente de tránsito, por género y rango de edad .....	140
Tabla 65. Relación (%) entre la víctima y el agresor por género, y porcentaje de denuncia ..	147
Tabla 66. Riesgo de dependencia al alcohol (%) entre población de 18 y 69 años, por departamentos (10 primeros valores) .....	150
Tabla 67. Prevalencia de fumadores actuales entre adolescentes (%), por género y máximo nivel de escolaridad alcanzado .....	151
Tabla 68. Prevalencia (%) de fumadores actuales y ex fumadores entre adultos (18-69 años), por género y máximo nivel educativo alcanzado .....	152
Tabla 69. Patrón de ejercicio o actividad física que realiza en su tiempo libre la población entre 12 y 69 años (%), según rango de edad .....	154
Tabla 70. Personas entre 12 y 17 años de edad que realizan regularmente actividad física ligera en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones .....	154
Tabla 71. Personas entre 12 y 17 años de edad que realizan regularmente actividad física vigorosa en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones .....	154
Tabla 72. Personas entre 18 y 69 años de edad que realizan regularmente actividad física ligera en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones .....	155
Tabla 73. Personas entre 18 y 69 años de edad que realizan regularmente actividad física vigorosa en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones .....	155
Tabla 74. Prevalencia de vida (%) de consumo de marihuana en personas de 18 a 69 años, por regiones del país .....	156
Tabla 75. Prevalencia de vida (%) de consumo de cocaína en personas de 18 a 69 años, por regiones del país .....	156
Tabla 76. Prevalencia (%) de consumo de marihuana en el último mes en personas de 18 a 69 años, por regiones del país .....	157
Tabla 77. Prevalencia (%) de consumo de cocaína en el último mes en personas de 18 a 69 años, por regiones del país .....	157
Tabla 78. Prevalencia de vida (%) para el consumo de tranquilizantes sin fórmula médica, en personas de 18 a 69 años por regiones del país .....	158

Tabla 79.	Prevalencia de vida (%) para el consumo de solventes o inhalantes, en personas de 18 a 69 años por regiones del país .....	158
Tabla 80.	Prevalencia (%) de consumo de tranquilizantes sin fórmula médica en el último mes, en personas de 18 a 69 años por regiones del país. ....	158
Tabla 81.	Prevalencia (%) de consumo de solventes o inhalantes en el último mes, en personas de 18 a 69 años por regiones del país .....	159
Tabla 82.	Prevalencia (%) de hiperglicemia entre adultos (18-69 años), por regiones del país .....	161
Tabla 83.	Prevalencia (%) de hipertensión entre adultos (18-69 años), por regiones del país .....	161
Tabla 84.	Prevalencia (%) de colesterol total alto entre adultos (18-69 años), por regiones del país .....	162
Tabla 85.	Prevalencia (%) de colesterol HDL bajo entre adultos (18-69 años), por regiones del país .....	163
Tabla 86.	Prevalencia (%) de colesterol HDL alto entre adultos (18-69 años), por regiones del país .....	163
Tabla 87.	Prevalencia (%) de sobrepeso entre adultos (18-69 años), por regiones del país .	164
Tabla 88.	Prevalencia (%) de obesidad entre adultos (18-69 años), por regiones del país ..	164
Tabla 89.	Población (%) según riesgo de morir o enfermar por enfermedad cardiovascular a diez años, de acuerdo a género y rango de edad .....	166
Tabla 90.	Formulario de la Escala de Discapacidad (WHO-DAS-S) de 12 preguntas empleado en la Encuesta Nacional de Salud 2007 .....	169
Tabla 91.	Prevalencia (%) de discapacidad total por rangos de edad .....	170
Tabla 92.	Prevalencia de discapacidad total (%) por grupos de edad, total y regiones .....	171
Tabla 93.	Prevalencia (%) de discapacidad total (punto de corte 75 percentil = 15,79) por departamentos (10 primeros) .....	172
Tabla 94.	Estructura Encuesta Módulos de Consulta externa, hospitalización y urgencias ....	180
Tabla 95.	Tipo de área de ubicación (%) del usuario de consulta externa entrevistado discriminado por género .....	181
Tabla 96.	Tipo de área de ubicación (%) del usuario de hospitalización y urgencias entrevistado, discriminado por género .....	181
Tabla 97.	Tipo de atención (tasa por mil habitantes) en el mes de la encuesta .....	183
Tabla 98.	Atención por consulta externa (frecuencia, porcentaje*) según régimen de afiliación declarado y género .....	187
Tabla 99.	Atención en hospitalización (frecuencia y porcentaje*) según régimen de afiliación declarado y género .....	188
Tabla 100.	Atención por urgencias (frecuencia y porcentaje*) según régimen de afiliación declarado y género .....	189
Tabla 101.	Eventos de consulta externa (%) según nivel del SISBEN y género del usuario .....	189
Tabla 102.	Eventos de hospitalización y urgencias (%) según nivel de SISBEN y género del usuario .....	190
Tabla 103.	Nivel educativo en usuarios (%) de consulta externa, según género .....	190
Tabla 104.	Nivel educativo en usuarios (%) de hospitalización y urgencias, según género ....	191

Tabla 105. Estado civil en usuarios (%) de consulta externa, según género .....	191
Tabla 106. Estado civil en usuarios (%) de hospitalización y urgencias según género .....	192
Tabla 107. Motivo de consulta de usuarios (%) de consulta externa según género .....	192
Tabla 108. Tipo de atención recibida por usuarios (%) de consulta externa según género .....	193
Tabla 109. Motivo de consulta (%) en consulta externa, con discriminación en programada o prioritaria .....	194
Tabla 110. Motivo de consulta (%) en eventos de hospitalización .....	194
Tabla 111. Motivo de consulta (%) en eventos de urgencias .....	195
Tabla 112. Eventos de hospitalización y urgencias (%) según régimen de afiliación declarado .....	195
Tabla 113. Pagador principal de la cuenta de usuarios del servicio de consulta externa (%) según el régimen de afiliación declarado .....	196
Tabla 114. Usuarios que incurren en gasto de bolsillo según concepto de pago (%) en eventos de consulta externa por régimen de afiliación declarado .....	197
Tabla 115. Pagador principal por usuarios del servicio de hospitalización (%) según el régimen de afiliación declarado .....	197
Tabla 116. Concepto de pago de usuarios de hospitalización y urgencias (%) que incurren en gastos de bolsillo según régimen de afiliación declarado .....	198
Tabla 117. Elección de institución para atención de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado .....	199
Tabla 118. Elección de IPS por usuarios de hospitalización y urgencias (%) según género .....	199
Tabla 119. Elección de profesional de preferencia (%) por usuarios de consulta externa según régimen de afiliación declarado .....	199
Tabla 120. Elección de profesional de preferencia (%) por usuarios de consulta externa según naturaleza jurídica de la IPS .....	200
Tabla 121. Elección del médico o profesional de preferencia (%) por usuarios de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado .....	200
Tabla 122. Elección del médico o profesional de preferencia (%) por usuarios de hospitalización y urgencias, según naturaleza jurídica de la IPS .....	200
Tabla 123. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de eventos de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado .....	201
Tabla 124. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de consulta externa (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	201
Tabla 125. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de hospitalización o urgencias (%) según régimen de afiliación declarado .....	202
Tabla 126. Información sobre el tratamiento a realizar en consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado .....	202
Tabla 127. Información sobre el tratamiento a realizar en consulta externa (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	202
Tabla 128. Acceso a información sobre el tratamiento a realizar (%) en eventos de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado .....	203
Tabla 129. Acceso a información sobre el tratamiento a realizar (%) en eventos de hospitalización y urgencias, según naturaleza jurídica de la IPS .....	203

Tabla 130. Usuarios de consulta externa (%) que autorizaron la realización de un procedimiento según régimen de afiliación declarado .....	203
Tabla 131. Autorización de procedimiento por usuarios de consulta externa (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	204
Tabla 132. Autorización de procedimiento por usuarios de hospitalización y urgencias (%) según régimen de afiliación declarado .....	204
Tabla 133. Información sobre el tratamiento a realizar en eventos de hospitalización y urgencias (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	204
Tabla 134. Acceso a explicación del resultado de la citología de las usuarias (%), según naturaleza jurídica de la IPS .....	207
Tabla 135. Tipo de consulta de planificación familiar (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	208
Tabla 136. Acceso a instrucciones sobre alimentación de los hijos entre 4 y 9 meses, impartidas en la consulta de crecimiento y desarrollo (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	210
Tabla 137. Acceso a instrucciones sobre preparación adecuada de los alimentos para los hijos, de usuarios del servicio de hospitalización (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	211
Tabla 138. Acceso de usuarios de consulta externa a explicación sobre administración de medicamentos al hijo (%), según naturaleza jurídica de la IPS .....	212
Tabla 139. Acceso de usuarios de hospitalización a explicación sobre obtención de medicamentos formulados (%) según naturaleza jurídica de la IPS .....	213
Tabla 140. Frecuencia de las IPS en la muestra, según naturaleza y departamento .....	225
Tabla 141. IPS (%) según la naturaleza jurídica y al tipo de servicios que presta .....	226
Tabla 142. Número de días a la semana con atención del servicio de obstetricia .....	229
Tabla 143. Días promedio de espera para consulta en los servicios que no la otorgan el mismo día, según tipo de IPS .....	234
Tabla 144. Forma de contratación (%) del jefe de los servicios en las IPS de la muestra, según su tipo .....	236
Tabla 145. Conocimiento (%) de las normas técnicas del Ministerio de la Protección Social en las IPS .....	240
Tabla 146. Conocimiento (%) de las guías del Ministerio de la Protección Social en las IPS ..	241
Tabla 147. Conocimiento de las guías de enfermedades transmitidas por vectores en las IPS .....	241
Tabla 148. Manejo de las personas con desnutrición o sobrepeso (%) .....	242
Tabla 149. Comportamiento de inclusión de remisiones a otros servicios, en los protocolos de pacientes con diabetes mellitus .....	243
Tabla 150. Falta de biológicos (%) para atender los niños que requieren vacunas bajo el esquema PAI .....	244
Tabla 151. Días al mes sin disponibilidad de biológicos en las IPS de la muestra .....	244
Tabla 152. Tipos de áreas disponibles en los consultorios (%) para la atención de los pacientes .....	246
Tabla 153. Existencia de elementos para el desarrollo de la consulta ambulatoria (%), en los servicios encuestados .....	246

Tabla 154. Nivel de complejidad de los servicios de obstetricia (%).....	248
Tabla 155. Posibilidad de realizar procedimientos de cirugía (%) en servicios de obstetricia, durante la semana anterior, según naturaleza de las IPS .....	249
Tabla 156. Posibilidad de realizar algunos tipos de procedimiento en el servicio obstétrico (%), según naturaleza de las IPS .....	250
Tabla 157. Condiciones físicas de las áreas de los servicios de obstetricia (%), según naturaleza de las IPS .....	251
Tabla 158. Disponibilidad de insumos para el servicio obstétrico (%), declarada por las IPS según su naturaleza jurídica .....	252
Tabla 159. Disponibilidad de equipos para la atención obstétrica (%), según naturaleza jurídica de las IPS .....	253
Tabla 160. Disponibilidad de muebles y equipos en el área de parto en los servicios de alta complejidad (%), según naturaleza jurídica de las IPS .....	254
Tabla 161. Disponibilidad de muebles y equipos en las unidades de cuidado obstétrico (%) según la naturaleza jurídica de las IPS .....	254
Tabla 162. Clasificación de municipios de acuerdo al número de instituciones de salud presentes en su territorio (%), según tipo de IPS .....	256
Tabla 163. Clasificación de municipios de acuerdo al número de instituciones educativas (%), según tipo de institución .....	257
Tabla 164. Municipios que realizan vigilancia en salud pública (%) según acciones objeto de la vigilancia.....	258
Tabla 165. Municipios (%) según tipo de intervenciones en promoción y prevención que realizan .....	260

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Comparativo de tipo de vivienda (%) entre valores estimados por la ENS 2007 y valores censales del DANE en 2005 .....	64
Gráfica 2. Comparativo de servicios domiciliarios (%) entre valores estimados por la ENS 2007 y valores censales del DANE en 2005 .....	66
Gráfica 3. Porcentaje de viviendas expuestas a riesgos que han sido afectadas por alguno de los eventos en los últimos dos años .....	68
Gráfica 4. Distribución de los hogares según el número de cuartos disponibles y porcentaje de utilización de cuartos para dormir .....	69
Gráfica 5. Tenencia de la vivienda .....	70
Gráfica 6. Tenencia de electrodomésticos, otros bienes y servicios .....	73
Gráfica 7. Principal razón por la que salió del último lugar en que vivió .....	77
Gráfica 8. Cambios de residencia originados por amenazas de grupos armados, en departamentos con % mayores al promedio nacional .....	78
Gráfica 9. Pirámide poblacional hogares encuestados ENS 2007 .....	79
Gráfica 10. Distribución del estado civil, general y discriminado por género .....	80
Gráfica 11. Distribución del parentesco de los miembros del hogar, general y discriminado por género .....	81
Gráfica 12. Máximo nivel educativo alcanzado, distribuido por rangos de edad .....	84
Gráfica 13. Comparativo por género de la principal actividad realizada la mayor parte del tiempo en la última semana (12 a 69 años) .....	85
Gráfica 14. Comparativo por género de la posición ocupacional para población trabajadora .....	86
Gráfica 15. Distribución de las mujeres por rangos de edad (12-69 años) .....	86
Gráfica 16. Autonomía de las mujeres con pareja para salir solas (12-69 años) .....	87
Gráfica 17. Autonomía de las mujeres con pareja para salir con los hijos (12-69 años) .....	88
Gráfica 18. Autonomía de las mujeres con pareja (%) para hacer gastos cotidianos (12-69 años) .....	89
Gráfica 19. Autonomía de las mujeres con pareja para visitar amigos, familiares y participar en actividades comunitarias (12-69 años) .....	90
Gráfica 20. Participación de las mujeres con pareja (%) en las decisiones sobre los gastos en el hogar (12-69 años) .....	91

Gráfica 21. Discriminación (%) por edad de los hijos que viven en el hogar, según rangos de edad de la madre .....	92
Gráfica 22. Corresponsabilidad de los padres (%) en el cuidado de los hijos durante el primer año de vida, por género .....	93
Gráfica 23. Responsables del cuidado, apoyo escolar y asistencia médica de los menores .....	94
Gráfica 24. Distribución poblacional por decil de ingreso mensual del hogar en pesos, según régimen de afiliación declarado .....	97
Gráfica 25. Distribución poblacional (%) por régimen de afiliación, según decil de ingreso mensual del hogar en pesos .....	98
Gráfica 26. Distribución (%) de los tipos de pago de bolsillo en consulta externa .....	100
Gráfica 27. Distribución (%) de tipos de pago de bolsillo en hospitalización .....	100
Gráfica 28. Porcentaje de usuarios de consulta externa que pagaron por cada rubro, según régimen de afiliación .....	102
Gráfica 29. Porcentaje de usuarios de hospitalización que pagaron por cada rubro, según régimen de afiliación .....	107
Gráfica 30. Población entre 6 y 69 (%) años según su percepción de estado de salud y régimen de afiliación declarado .....	113
Gráfica 31. Población entre 6 y 69 (%) que asistió a consulta en el último mes por presentar problemas de salud, según régimen de afiliación declarado .....	114
Gráfica 32. Población entre 6 y 69 (%) que asistió a consulta en el último mes, sin presentar problemas de salud, según régimen de afiliación declarado .....	115
Gráfica 33. Percepción de la población mayor de 18 años (%) sobre la necesidad de usar la agresión física, según género .....	142
Gráfica 34. Factores asociados a la agresión física en la población mayor de 18 años (%), según género .....	144
Gráfica 35. Antecedentes de agresión física en el hogar (%), discriminado por género .....	145
Gráfica 36. Tipo de agresiones vividas en el último año (%) en la población mayor de 18 años, según género .....	146
Gráfica 37. Distribución de la población colombiana de 18 a 69 años de acuerdo con su hábito de fumar según género .....	153
Gráfica 38. Distribución de la población colombiana y de la subregión América B, con un riesgo menor del 10% de enfermar o morir por enfermedad cardiovascular en diez años, por género y rangos de edad .....	166
Gráfica 39. Distribución de la población colombiana y de la subregión América B, con un riesgo de 40% o más de enfermar o morir por enfermedad cardiovascular en diez años, por género y rangos de edad. ....	167
Gráfica 40. Prevalencia de discapacidad total (%) por rangos de edad .....	170
Gráfica 41. Prevalencia de discapacidad total (%) por rangos de edad, en personas diagnosticadas como hipertensas y no hipertensas .....	173
Gráfica 42. Prevalencia de discapacidad total por rangos de edad, en personas declaradas diabéticas y no diabéticas .....	174
Gráfica 43. Prevalencia de discapacidad total por rangos de edad, en personas con y sin dolor de espalda .....	175

Gráfica 44. Volumen de eventos de atención por consulta externa durante el mes de la encuesta, según edad y discriminación por género .....	186
Gráfica 45. Volumen de eventos de atención en servicios de hospitalización y urgencias durante el mes de la encuesta, según edad y discriminación por género .....	187
Gráfica 46. Configuración del equipo profesional que atiende el servicio hospitalario de obstetricia, discriminado por tipo de IPS .....	228
Gráfica 47. Horas semanales contratadas a los profesionales que atienden el servicio hospitalario de obstetricia, discriminadas por tipo de IPS .....	229
Gráfica 48. Configuración del equipo profesional que atiende .....	230
Gráfica 49. Horas semanales contratadas a los profesionales que atienden el servicio de urgencias, discriminadas por tipo de IPS .....	231
Gráfica 50. Percepción positiva (%) de las condiciones físicas para la atención de la consulta ambulatoria en los diferentes servicios, según tipo de IPS .....	236
Gráfica 51. Percepción positiva (%) de las condiciones de muebles y equipos para la atención de la consulta ambulatoria en los diferentes servicios, según tipo de IPS .....	237
Gráfica 52. Percepción positiva (%) de la disponibilidad de los insumos para la atención en la consulta externa, según tipo de IPS .....	238
Gráfica 53. Percepción positiva sobre la conveniencia del tiempo asignado para la atención de la consulta ambulatoria en los diferentes servicios, según tipo de IPS .....	239
Gráfica 54. Oferta de atenciones preventivas y curativa en salud oral .....	247
Gráfica 55. Forma de vinculación a la institución de los profesionales encargados del servicio de obstetricia .....	249



## 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 morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo y discapacidad y de caracterización la oferta y demanda de servicios de salud.

Para tal efecto, se encomendó 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 2007 a lo largo de la geografía nacional.

La última Encuesta Nacional de Salud fue realizada por el Instituto Nacional de Salud en el periodo 1977-1980, durante los años posteriores a la misma se han venido adelantando estudios que permiten tener una aproximación a la situación de salud del país, por lo que se espera que este estudio aporte elementos que permitan una visión global de la misma.

Esta información no sólo es un complemento imprescindible de registros tales como los de estadísticas vitales, los registros de salud y del sistema de vigilancia en salud para mejorar la toma de decisiones en salud, sino que es comparable y complementaria de la información obtenida en otros estudios como el Censo de Población DANE 2005, las encuestas de calidad de vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia - ENSIN 2005, para lograr una aproximación más comprehensiva a la realidad.

La información que aquí se presenta, así como las bases de datos de la encuesta que quedan a disposición de la comunidad científica para la realización de análisis a profundidad, permitirá medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, e identificar los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes, a fin de orientar en la vía adecuada la toma de decisiones en los diferentes niveles del sector.

Estamos seguros que los resultados de este esfuerzo facilitarán el reconocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de género, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, así como de los factores de inclusión o exclusión social asociados, para orientar efectivamente la política social en la reducción de las inequidades existentes en la satisfacción del derecho a la salud.

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

## RESUMEN EJECUTIVO

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 hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la caracterización de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional, subregional y departamental.

La ENS 2007 fue diseñada como un estudio de corte transversal y alcance nacional en todos sus componentes, con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, que se aplicaron en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico.

Las unidades de observación de la ENS 2007, es decir, los hogares colombianos y sus miembros, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de cierta complejidad, y su personal técnico; los usuarios de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta médica externa o programada: fueron investigados a través de muestras probabilísticas representativas de los universos respectivos. Dichas muestras garantizan estimaciones válidas y no sesgadas de las características y relaciones de tales universos a nivel departamental, subregional, regional y nacional: con diferentes posibilidades de desagregación por variables demográficas y socioeconómicas y con determinados niveles de precisión.

La muestra poblacional de hogares estuvo conformada por 35.333 hogares de la Muestra Maestra de Profamilia, utilizada en la Encuesta de Demografía, Salud y Nutrición de 2005, previendo una ulterior integración de resultados de las tres encuestas. Se agregó una muestra complementaria de 6.210 hogares, para un total de 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país.

Se tomó información de todas las personas entre 0 y 17 años de edad y de una submuestra de adultos entre 18 y 69 años que fueron encuestados con módulos especiales de entrevista y examinados clínicamente con mediciones de glicemia, perfil lipídico, peso, talla y tensión arterial.

La muestra de instituciones prestadoras de servicios —IPS— estuvo conformada por un total de 1.170 IPS (608 privadas y mixtas y 562 públicas) y una submuestra de servicios de consulta externa, de consultorios y de profesionales de obstetricia.

La muestra de usuarios de los servicios de atención fue de 123.917 usuarios de los servicios de consulta externa (93.737), de urgencias (19.795) y de hospitalización (10.385), atendidos en las IPS incluidas en la muestra.

El estudio se preparó y ejecutó durante todo el año 2007, con excepción del archipiélago de San Andrés y Providencia, cuyo operativo de campo se llevó a cabo en los meses de marzo y abril de 2008.

Los eventos de salud estudiados fueron aquellos problemas de salud pública definidos como grupos de eventos de enfermedad, lesión, trastorno o muerte que tienen causas comunes y se impactan a través de intervenciones comunes; que fueron priorizados como resultado de la exploración y análisis preliminar de las fuentes de información disponible en el país y que no habían sido abordados en encuestas recientes.

## RESULTADOS PRINCIPALES

### En hogares

- El 44% de los hogares del país ha sido afectado en los últimos dos años por algún tipo de desastre natural como inundaciones por desbordamiento de crecientes o arroyos, hundimiento del terreno, avalanchas, derrumbes, deslizamientos o fallas geológicas.
- En el ámbito departamental, en el Cesar se contabilizó el mayor porcentaje de hogares afectados con el 80% seguido de Sucre con el 75% y del Chocó con el 69%. En contraste, los departamentos con menos hogares afectados resultaron los correspondientes al eje cafetero y los ubicados en el suroccidente del país.
- En el 31% de los hogares residen personas que se han visto en la necesidad de desplazar su residencia en los últimos cuatro años. En el 8% de los hogares se encontraron desplazados que procedían de otro departamento.

En los hogares ubicados en las cabeceras municipales y en los cuales residen personas que se han desplazado en los últimos cuatro años, las principales razones que provocaron el desplazamiento fueron:

- ◆ Mejorar las condiciones de vivienda (47%).
  - ◆ Por asuntos familiares o personales (33%).
  - ◆ Para mejorar las oportunidades de trabajo (9%).
  - ◆ Provocado por acciones de fuerzas armadas del Estado o grupos ilegales (2%).
- Sobre la participación de la mujer en las decisiones de pareja se hicieron mediciones que permitieron estimar los porcentajes de mujeres que piden permiso o avisan a su pareja para realizar algunas actividades y que se detallan a continuación:
    - ◆ Salir sola (16%).
    - ◆ Salir con los hijos (11%).
    - ◆ Para hacer los gastos cotidianos (12%).
    - ◆ Para visitar amistades (11%).
    - ◆ Para visitar familiares (11%).
    - ◆ Para participar en actividades comunitarias o sociales (10%).

- ♣ Acerca de las percepciones de la población de 18 a 69 años sobre la agresión física:
  - ♦ El 32% de las personas piensa que “el castigo físico es a veces necesario para educar a los hijos”, con porcentajes más altos entre las mujeres (34%) que en los hombres (31%).  
El Caquetá (55%) y el Meta (51%) muestran los porcentajes más altos comparados con el valor nacional, mientras que Norte de Santander (20%) y el Atlántico (22%) mostraron los más bajos.
  - ♦ El 24% de la población considera que “cuando un hombre golpea a una mujer muy seguramente es porque ella le dio motivos” con porcentajes más bajos entre las mujeres (19%) que en los hombres (30%).  
Por departamentos, el Vaupés (52%) y Nariño (40%) exhiben los valores más altos y, en el otro extremo, Quindío (12%) y Arauca (16%) los más bajos, comparados con el valor nacional.
  - ♦ El 14% de la población considera que “hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera”. Entre las mujeres el porcentaje se estimó en 12%, valor menor al estimado entre los hombres, 16%.  
En el Vaupés (33%) y Nariño (28%) se estimaron los valores más altos, mientras que en Quindío (6%) y Norte de Santander (7%) los más bajos al comparar con el valor nacional.
  - ♦ El 54% de la población ha sufrido alguna vez castigo físico en el hogar antes de cumplir 18 años. Entre los hombres este porcentaje sube hasta el 56% diferente de lo estimado entre las mujeres (52%).
  - ♦ El 24% conoce que ha habido agresión física de los padres entre sí.
  - ♦ El 10% de la población entre 18 y 69 años ha sido empujada o zarandeada en el último año sin diferencias entre sexos.
- ♣ El 64% de la población que vive en zonas de riesgo para la fiebre amarilla declara estar vacunado contra esta enfermedad. Departamentos como el Quindío (30%) y Risaralda (35%) presentan los porcentajes más bajos de población a riesgo vacunada, mientras que en Guainía (96%) y Amazonas (95%) se registran los porcentajes más altos.
- ♣ Entre los residentes en municipios de riesgo para dengue que no cuentan con abastecimiento de agua por acueducto o pila pública, el 31% desconoce la forma de transmisión de este virus y el 27% no conoce formas de prevención de la enfermedad.
- ♣ El 68% de los residentes en municipios de riesgo para malaria conoce la forma como se transmite el parásito, el 59% identifica al menos una forma de prevenir la enfermedad; en el 16% de los hogares algún miembro de la familia había dormido con protección de toldillo la noche anterior y el 30% de las viviendas habían sido rociadas con insecticidas el año anterior a la encuesta.
- ♣ Al indagar sobre la vacunación antirrábica de las mascotas se encontró lo siguiente: el 65% de los perros y el 39% de los gatos fue vacunado en el último año.
  - ♦ Los departamentos del Cauca (40%) y La Guajira (41%) presentan los porcentajes más bajos y el Putumayo (82%) y Bogotá (80%) exhiben los porcentajes más altos de cobertura de vacunación de perros mascotas en el último año.

- ◆ En el Cauca (17%) y La Guajira (19%) se tienen los porcentajes más bajos y en Bogotá (55%) y Valle del Cauca (52%) los más altos porcentajes de cobertura de vacunación de gatos mascotas en el último año.
- ♣ Acerca de la atención odontológica preventiva recibida en el último año por las personas entre 6 y 19 años se encontró que:
  - ◆ El 41% recibió aplicaciones de enjuagues de flúor. Los departamentos con los porcentajes más bajos resultaron el Chocó (23%) y el Cauca (24%), mientras que en el Vaupés (66%) y el Casanare (65%) se registraron los porcentajes más altos.
  - ◆ Al 34% de esta población se le colocó sellantes. El Chocó (14%) y Córdoba (18%) mostraron los porcentajes más bajos y el Vaupés (63%) y Casanare (61%) registraron los porcentajes más altos.
- ♣ El 15% de la población entre 6 y 69 años sufrió de problemas dentales (boca o encías) en los últimos treinta días. Bolívar (22%) y el Meta (20%) superan esta cifra, mientras que Caldas (9%) y Guainía (9%) mostraron porcentajes menores.
- ♣ El 9% de la población entre 18 y 69 años refiere haber sido diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas.
  - ◆ Este porcentaje baja hasta el 7% cuando se indaga sobre aquellos hipertensos que refieren consumir medicamentos para controlar la hipertensión.
  - ◆ Se reduce el porcentaje hasta el 3% en aquellas personas hipertensas que han asistido a consulta de nutrición alguna vez como parte de su atención como hipertensas.
  - ◆ También un 3% de la población refiere ser hipertensa con dos o más diagnósticos y haber tenido instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud alguna vez como hipertensas.
  - ◆ Sin embargo, sólo el 1% de la población refiere ser hipertensa y haber asistido a consulta de psicología alguna vez como parte de su atención.
- ♣ El 3% de la población entre 18 y 69 años refiere haber sido diagnosticada como diabética por un médico.
  - ◆ El 2% de la población fue diagnosticada como diabética y consume medicamentos para el control de su enfermedad.
  - ◆ El 2% de la población ha sido diagnosticada como diabética y ha recibido instrucción sobre ejercicios para mejorar su salud.
  - ◆ El 1% de la población ha sido diagnosticada como diabética y ha asistido a consulta de psicología como parte de su atención.
- ♣ El 35% de la población entre 18 y 69 años refirió sufrir en la última semana de dolor de espalda acompañado o no de dolor de nuca o cuello.
  - ◆ El 29% de la población refirió sufrir en la última semana antes de la encuesta sólo de dolor de espalda.
  - ◆ El 9% dijo sufrir de dolor de espalda y que el dolor se le extendía hacia las piernas.

- ◆ El 17% refirió sufrir sólo de dolor de cuello o nuca en la última semana antes de la encuesta.
- ◆ El 13% de la población refirió sufrir de dolor de espalda y/o nuca o cuello en la última semana y que buscó tratamiento para el dolor.
- ♣ Acerca del consumo de cigarrillos entre la población de 18 a 69 años se encontró que:
  - ◆ El 13% refirió haber fumado en su vida más de cien cigarrillos y que continuaba fumando al momento de la encuesta.
  - ◆ El 40% de la población declaró haber fumado más de cien cigarrillos en su vida pero ya no fumaba al momento de la encuesta.
- ♣ Sobre la realización de ejercicio durante el tiempo libre se encontró lo siguiente:
  - ◆ Se estimó en el 14% la población entre 12 y 69 años que realiza regularmente ejercicio o actividad física ligera en su tiempo libre. Las personas entre 18 y 69 años superan a los adolescentes (12 a 17 años) en la realización de este patrón de ejercicio (16% y 6%, respectivamente).
  - ◆ En cuanto a la distribución de la población según la realización regular de la actividad física vigorosa, ésta se estimó para toda la población entre 12 y 69 años en un 22%. Por los dos grandes grupos de edad considerados la distribución resulta en un 13% para los adolescentes y de un 24% entre las personas de 18 a 69 años.
  - ◆ La ausencia de actividad física en el tiempo libre se estimó, en el total de la población entre 12 y 69 años, en el 68%; entre los adolescentes el porcentaje resultó en el 43% y entre los adultos (18 a 69 años) en el 79%.
- ♣ Mediante medición objetiva en los hogares, se midió en una submuestra de la población adulta entre 18 y 69 años, el porcentaje que sufre de problemas como:
  - ◆ Hipertensión arterial —tensión sistólica igual o mayor a 140 mm de hg y/o tensión diastólica igual o mayor a 90 mm de hg—: 23%.  
El 85% de los que mostraron cifras compatibles con hipertensión arterial reportó haber sido diagnosticado como hipertenso en dos o más consultas médicas.
  - ◆ Hiperglicemia en ayunas —glicemia mayor a 125 mg/dl—: 2%.  
El 38% de los que presentaron hiperglicemia reportó haber sido diagnosticado como diabético.
  - ◆ Con sobrepeso —índice de masa corporal entre 25 y 29 kg/m<sup>2</sup>—: 32%.
  - ◆ Con obesidad —índice de masa corporal de 30 y más kg/m<sup>2</sup>—: 14%.
- ♣ En la misma submuestra de población y mediante equipo portátil se determinó, en sangre capilar, el porcentaje de personas con niveles de:
  - ◆ Colesterol total alto —valores iguales o mayores a 240 mg/dl—: 8%.
  - ◆ Colesterol de alta densidad HDL bajo —valores inferiores a 40 mg/dl—: 63%.
  - ◆ Colesterol de alta densidad HDL alto —valores iguales o superiores a 60 mg/dl—: 5%.

- ♣ Mediante la Escala de Discapacidad WHODAS-II (de 12 ítems) se midió la prevalencia de discapacidad en los últimos treinta días en población entre 18 y 69 años, con los resultados siguientes:
  - ◆ El 8% de la población resultó discapacitada.
  - ◆ Entre los declarados como hipertensos esta proporción se elevó al 18%.
  - ◆ Entre los diabéticos la proporción de discapacitados fue del 20%.
  - ◆ Entre los que refieren estar padeciendo de dolor de espalda y/o nuca el porcentaje de discapacitados fue del 15%.
- ♣ Con la aplicación del modelo de riesgo cardiovascular implementado por la Organización Mundial de la Salud se logró estimar, en población entre 40 y 69 años, el riesgo de que una persona se enferme o muera por una enfermedad cardiovascular en diez años de acuerdo con las mediciones de tensión arterial sistólica, glicemia, colesterol total y sabiendo si es fumador actual (que ha fumado cien o más cigarrillos en la vida y fuma actualmente o dejó de fumar en el último año) según edad y sexo:
  - ◆ En mujeres:
    - ♣ Con un riesgo menor al 10% resultó el 98% del grupo de edad entre 40 y 49 años, el 92% del grupo de 50 a 59 años y el 80% entre las del grupo de edad de 60 a 69 años.
    - ♣ Con un riesgo mayor al 40% resultó el 0,2% del grupo de edad entre 40 y 49 años, el 1% del grupo de 50 a 59 años y el 3% entre las del grupo de edad de 60 a 69 años.
  - ◆ En hombres:
    - ♣ Con un riesgo menor al 10% resultó el 98% del grupo de edad entre 40 y 49 años, el 92% del grupo de 50 a 59 años y el 68% del grupo de edad de 60 a 69 años.
    - ♣ Con un riesgo mayor al 40% resultó el 0% del grupo de edad entre 40 y 49 años, el 2% del grupo de 50 a 59 años y el 5% del grupo de edad de 60 a 69 años.

## RESULTADOS PRINCIPALES

### En usuarios de servicios de salud

De la encuesta a usuarios de los servicios de consulta, hospitalización y urgencias se destacan los siguientes resultados:

- ♣ El 47% del total de personas atendidas en consulta externa declaró estar afiliado al régimen contributivo y el 41% al régimen subsidiado.
- ♣ De los atendidos en el servicio de urgencias, el 49% correspondía al régimen contributivo y el 35% al subsidiado.
- ♣ Entre los atendidos en el servicio de hospitalización, el 50% estaba afiliado al régimen contributivo y el 33% al subsidiado.

- ♣ Entre el 89% y 90% de los atendidos en consulta externa y entre el 86% y el 87% de los vistos en urgencias o en hospitalización, sin diferencias por régimen de afiliación declarado, refieren que recibieron información clara sobre su estado de salud y sobre el tratamiento a realizar.
- ♣ El 72% de los usuarios de consulta externa y el 69% de los atendidos por hospitalización o urgencias, sin diferencias importantes entre regímenes de afiliación, autorizó la realización de procedimientos o intervenciones requeridos en su atención.
- ♣ Acerca del tiempo de espera entre la llegada a la institución y la atención efectiva en consulta externa según afiliación declarada al Sistema General de Seguridad Social en Salud:
  - ◆ Entre los afiliados al régimen contributivo el promedio de tiempo de espera fue de 26 minutos.
  - ◆ Entre los afiliados a regímenes especiales el promedio de tiempo de espera fue de 33 minutos.
  - ◆ Entre los afiliados al régimen subsidiado el promedio de tiempo de espera fue de 57 minutos.
  - ◆ Entre los no afiliados el promedio de tiempo de espera fue de 57 minutos.

Los afiliados al régimen contributivo y regímenes especiales refirieron tiempos de espera inferiores a los afiliados al régimen subsidiado y no afiliados.

- ♣ Acerca del tiempo de espera entre la llegada a la institución y la atención efectiva en el servicio de urgencias según afiliación declarada al Sistema General de Seguridad Social en Salud:
  - ◆ Entre los afiliados al régimen contributivo el promedio de tiempo de espera fue de 38 minutos.
  - ◆ Entre los afiliados a regímenes especiales el promedio de tiempo de espera fue de 47 minutos.
  - ◆ Entre los afiliados al régimen subsidiado el promedio de tiempo de espera fue de 44 minutos.
  - ◆ Entre los no afiliados el promedio de tiempo de espera fue de 37 minutos.

Estos tiempos promedios no resultaron diferentes entre sí.

- ♣ Acerca del tiempo de espera entre la llegada a la institución y la atención efectiva en el servicio de hospitalización según afiliación declarada al Sistema General de Seguridad Social en Salud:
  - ◆ Entre los afiliados al régimen contributivo el promedio de tiempo de espera fue de 40 minutos.
  - ◆ Entre los afiliados a regímenes especiales el promedio de tiempo de espera fue de 34 minutos.
  - ◆ Entre los afiliados al régimen subsidiado el promedio de tiempo de espera fue de 43 minutos.
  - ◆ Entre los no afiliados el promedio de tiempo de espera fue de 42 minutos.

Estos tiempos promedios no resultaron diferentes entre sí.

## INTRODUCCIÓN



La Encuesta Nacional de Salud —ENS 2007— forma parte del proceso metodológico del Análisis de la Situación de Salud - ASIS<sup>1</sup>, planteado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en 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 de la serie de Datos Básicos de Salud publicados desde el año 2000, hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO, que permitan en adelante desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y medición 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, el funcionamiento y discapacidad de la población y el comportamiento y 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 antecediendo o retroalimentando el desarrollo de la misma. Entre estos estudios se encuentran el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad realizado por el Ministerio de Salud y Ascofame en 1965-1966, y el Estudio Nacional de Salud realizado por el Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Ascofame en 1977-1980; seguidos en la década

---

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.

de los noventa 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 propone el Análisis de la Situación de Salud de Colombia para el periodo quinquenal 2002-2007, para lo cual se plantea la construcción de un modelo y plan de análisis, cuyo diseño estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Colombia.

El modelo de análisis del ASIS definido para dar soporte conceptual al análisis de salud planteado en la ilustración 1<sup>2</sup>, 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 a 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 diseñados por la Universidad Nacional para la ENS-2007

El segundo nivel parte de los modelos explicativos vigentes y el desarrollo del conocimiento a la fecha sobre los problemas de salud priorizados, para caracterizar los factores asociados a la ocurrencia 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, específicamente con los del sector salud.

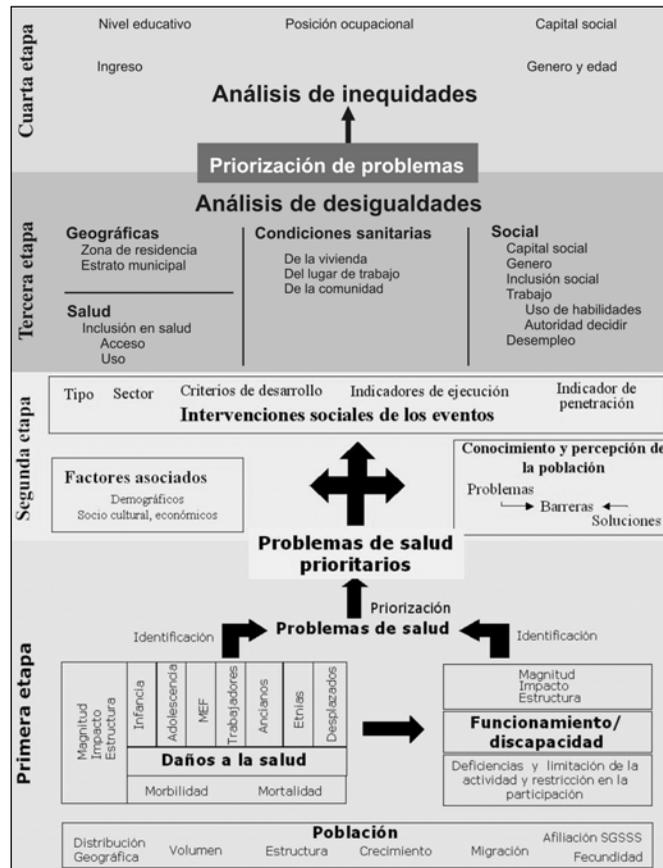
El tercer nivel descriptivo de este estudio se refiere al análisis de desigualdades, que hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre poblaciones de diferentes áreas geográficas, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que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

---

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

Finalmente, el cuarto nivel de aproximación descriptiva, da cuenta del análisis de inequidades en materia de salud, que 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 las estructuras sociales fundamentales y de las 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.

**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, mediante el levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad y caracterización de oferta y 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 hogares, usuarios e instituciones del sistema

colombiano de salud para la caracterización de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional y departamental.

La ENS 2007 fue diseñada como un estudio de corte transversal de alcance nacional en todos sus componentes, cuya aproximación al objeto de estudio fue un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, aplicados en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. La muestra seleccionada para fue la misma muestra maestra de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2005 y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2005, previendo una ulterior integración de resultados de las tres encuestas. El estudio se preparó y ejecutó durante todo el año 2007, con excepción del archipiélago de San Andrés y Providencia, cuyo operativo de campo se llevó a cabo en los meses de marzo y abril de 2008.

Los eventos de salud estudiados fueron aquellos problemas de salud pública definidos como grupos de eventos de enfermedad, lesión, trastorno o muerte que tienen causas comunes y se impactan a través de intervenciones comunes; los cuales fueron priorizados como resultado de la exploración y análisis preliminar de las fuentes de información disponible en el país y que no habían sido abordados en encuestas recientes.

Cabe señalar que se estudiaron por encuesta aquellos fenómenos con frecuencias de ocurrencia en la población superiores al 0,5%, es decir, aquellas que permitieran hacer estimaciones, al menos para el ámbito nacional, con buena precisión. En general, los tamaños de muestra logrados permiten inferir resultados con alta precisión en el ámbito nacional, por regiones y subregiones. Con respecto a los departamentos, la precisión de las estimaciones más relevantes, es aceptable.

Como se señaló anteriormente, en este estudio se recopiló información a nivel de hogar y personas utilizando la muestra maestra de Profamilia de la ENDS 2005 pero ampliada de tal forma que garantizara una muestra superior a 40.000 hogares de los cuales se determinó una submuestra para la realización de exámenes como toma de sangre capilar, de un perfil lipídico y glicemia y de mediciones de tensión arterial, peso y talla; se listaron todos los perros y los gatos del hogar; institucionalmente en las IPS con infraestructura en la prestación de servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa, se utilizó el marco de habilitación de IPS suministrado por el Ministerio con corte a junio 2006, y en cuanto a los usuarios atendidos en estas IPS la muestra se seleccionó teniendo en cuenta los volúmenes de atención durante un mes-tipo.

Se obtuvieron datos sobre la valoración del estado de salud general y los principales problemas sentidos por la población y usuarios de los servicios de salud relacionados con enfermedades comunes, enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, limitaciones de la actividad, accidentes, entre otros. Además, se recogió información sobre el grado de utilización de los servicios de salud y sus características, así como el uso de determinadas prácticas preventivas, la frecuencia y distribución de hábitos de vida que suponen riesgo para la salud. Todo lo anterior, relacionado con algunas características sociodemográficas, económicas y culturales de la población.

Adicionalmente, se aplicó la encuesta para administraciones municipales de salud, mediante entrevista personal al director municipal de salud o quien cumpliera funciones equivalentes, en cada uno de los municipios de la muestra.

Este documento tiene como objetivo principal presentar un primer análisis descriptivo de los resultados más relevantes obtenidos en la ENS 2007; y, para facilitar su lectura, se ha estructurado como se describe.

Un primer capítulo de “métodos y procedimientos” hace referencia al diseño muestral y la metodología seguida en relación con los formularios, prueba piloto, proceso de capacitación del equipo operativo, trabajo de campo, cobertura, captura y depuración de información. Para una mejor comprensión del diseño muestral concebido y llevado a la práctica y, consecuentemente, la interpretación de los resultados, se describen las premisas del diseño, los universos de estudio, las muestras y unidades finales, el nivel de desagregación, precisión, inferencia y alcance de los resultados, y la naturaleza estadística de los indicadores estimados. Lo anterior se complementa en los Anexos 1, 2 y 4.

En un segundo capítulo denominado “condiciones básicas”, se incluyen la descripción de las características generales más importantes de los hogares, segmentos o áreas donde éstos se ubican, las características sociodemográficas de las personas residentes en los mismos y los aspectos de seguridad social considerados más importantes.

El tercer capítulo llamado “condiciones de salud” presenta los resultados de morbilidad y discapacidad sentida, iniciando con la descripción de la percepción que tienen de su estado de salud; las personas residentes en los hogares colombianos a quienes se indagó sobre vacunaciones recibidas y enfermedades que refieren padecer descritas por grupos de edad, género y ámbito de residencia. Se continúa con la presentación de resultados de la indagación sobre factores asociados de importancia en la aparición de enfermedades, en el que se describen hábitos y consumos que refieren las personas; se muestran los resultados de la medición objetiva realizada de tensión arterial, peso, talla y determinaciones en sangre capilar de lípidos y glicemia, todo ello en una submuestra de personas entre 18 y 69 años; seguidamente, se presentan los resultados de aplicar a la población colombiana un modelo de riesgo cardiovascular diseñado y aplicado por la Organización Mundial de la Salud. El capítulo de condiciones de salud cierra con la presentación que resultó de la medición de discapacidad sentida mediante la aplicación del formulario “Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS-S)” de doce preguntas.

En un cuarto capítulo se aborda la “respuesta institucional” con la presentación del análisis descriptivo a partir de las entrevistas a usuarios de los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización en las IPS de la muestra; señalando la morbilidad atendida en estos servicios, las características de los mismos y de la entidad territorial de salud municipal correspondiente. Las principales causas de morbilidad atendida registradas a partir del procesamiento de los Registros Individuales de Prestación de Servicios —RIPS— de consulta externa, hospitalizaciones y urgencias del mes, recolectados en 1.035 IPS del país seleccionadas en el marco de la ENS 2007, se presentan en este capítulo.

Al final del documento se presentan los anexos citados, que contienen la descripción del diseño muestral, cálculo de probabilidades de selección, factores de expansión y de la precisión de las

estimaciones (Anexo 1); detalles de las coberturas efectivas alcanzadas durante el operativo de campo (Anexo 2); desarrollo del trabajo de recolección de los registros individuales de prestación de servicios RIPS (Anexo 3); y un conjunto de tablas que incluyen los errores muestrales para un gran grupo de indicadores seleccionados estimados para los ámbitos nacional, regional y departamental de acuerdo con criterios fundamentalmente de precisión de las estimaciones (Anexo 4).

Las regiones que fueron tenidas en cuenta en el estudio responden a la agrupación de los departamentos del país como sigue:

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

Este documento concluye las etapas de recolección de datos, procesamiento y producción del análisis descriptivo de la ENS 2007 realizadas por el equipo de la Unión Temporal SEI-PUJ/CENDEX. Da cuenta de una aproximación descriptiva no exhaustiva de todas las variables incluidas en los formularios, presenta sólo un conjunto de las principales variables e indicadores básicos que permiten describir la situación de salud general del país, sus regiones y departamentos.

El plan de análisis propuesto para el ASIS continúa con el inicio de otra etapa referida al análisis multivariado, multinivel y otros de mayor complejidad aplicados a los temas de interés que permitirán la descripción más exhaustiva y profunda de la situación de salud del país para el periodo 2002-2007.

Este análisis se deberá hacer mediante el procesamiento de las fuentes de datos disponibles como la propia ENS 2007, el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2005 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2005; los registros de morbilidad RIPS y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, los registros de Estadísticas Vitales, las encuestas de Calidad de Vida y el Censo DANE 2005, entre otras.

Igualmente, ha iniciado el proceso de integración de la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007 con las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud y Nutrición (ENDS-ENSIN) realizadas por Profamilia en 2005, teniendo en cuenta que el objetivo de integración de los resultados de estas encuestas se cumplió parcialmente, consiguiendo la coincidencia en aproximadamente 33.000 hogares encuestados en los dos momentos. La base integrada ENS-ENDS-ENSIN, constituiría la mayor muestra nacional reciente con la información sobre condiciones de salud, nutrición, factores de riesgo, oferta, demanda y utilización de servicios de salud.

La profundización en el análisis de la situación de salud de Colombia a partir de esta encuesta, los estudios mencionados y otras fuentes de datos permitirá describir y analizar el perfil epidemiológico actual de la población colombiana en términos de las principales causas de morbilidad, mortalidad, discapacidad y riesgo; evaluar el Plan Estratégico de Salud; y, evaluar y ajustar los contenidos actuales de los planes de beneficios básicos en cuanto a pertinencia, perfil epidemiológico, costo/efectividad y equidad, entre otras aplicaciones.

El Ministerio de la Protección Social ha dispuesto los mecanismos para la consulta y obtención de copia digital de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007 con los cuestionarios y documentos metodológicos necesarios para su procesamiento y utilización, a los usuarios del sector académico, grupos de investigación de universidades públicas y privadas y otros sectores interesados en contribuir con el conocimiento en salud.



# CAPÍTULO I

## Métodos y Procedimientos



# 1. METODOLOGÍA

La ENS 2007 es un estudio de corte transversal cuyos instrumentos de aproximación al objeto de estudio fueron un conjunto de encuestas aplicadas a diferentes muestras, seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico.

## 1.1. Instrumentos

Para el cumplimiento de los objetivos de la encuesta fueron utilizados los siguientes instrumentos<sup>3</sup>, los cuales contaban cada uno con su instructivo:

1. Encuesta para administraciones municipales
2. Ficha para caracterización del barrio
3. Encuesta a hogares
  - Módulo 1 - Encuesta a hogares
  - Módulo 2 - Encuesta para personas de 6 años y más
  - Módulo 3 - Encuesta para niños menores de 6 años
  - Módulo 4 - Encuesta para personas de 18 años y más
4. Encuesta a IPS
  - Módulo 1 - Encuesta para IPS
  - Módulo 2 - Servicios de consulta ambulatoria
  - Módulo 3 - Verificación de características de consultas ambulatorias
  - Módulo 4 - Verificación de características de servicios de obstetricia
5. Encuesta a usuarios de las IPS
  - Módulo 1 - Consulta externa
  - Módulo 2 - Hospitalización y atención de urgencias

---

<sup>3</sup> Los formularios se incluyen en medio magnético en el CD que acompaña la publicación.

Adicionalmente, se diseñaron los formatos 1 y 2 para registrar los resultados de los exámenes clínicos y el consentimiento informado, respectivamente, los cuales fueron los únicos formularios impresos en papel que se utilizaron en la encuesta; los demás se convirtieron en formatos digitales bajo el software CProX con el cual se desarrollaron los programas de captura.

Un componente muy importante de la ENS 2007 fue la recolección retrospectiva de RIPS por parte de la Pontificia Universidad Javeriana y el Observatorio de Salud Pública de Santander.

## 1.2. Prueba piloto

Previo a la aplicación de los instrumentos de la ENS 2007 se realizó una prueba piloto cuyo trabajo de campo se adelantó en la ciudad de Bogotá, para la recolección de RIPS y, en los municipios de Mosquera, Campoalegre (Huila), Restrepo (Meta) y Bogotá, para la encuesta de hogares, IPS y entidades territoriales. Se aplicaron 136 encuestas de hogares, 8 en IPS y 623 a usuarios de las IPS visitadas, además se realizaron 53 exámenes clínicos.

En el desarrollo de la prueba piloto se hicieron ajustes finales a los instrumentos con respecto al protocolo original y que contaron con la aprobación del Ministerio de la Protección Social.

## 1.3. Capacitación para la ENS 2007

SEI S.A diseñó un plan general de capacitación para la Encuesta Nacional de Salud cuyos componentes principales son de orden organizacional y metodológico.

La capacitación además de reducir los errores de observación se orientó en la preparación del personal de campo en: el manejo y diligenciamiento de los formularios físicos; utilización de formatos digitales y el manejo adecuado de los equipos; aplicación del protocolo de bioseguridad y controles de calidad asociados a los exámenes clínicos y paraclínicos; correcto manejo de los procedimientos de campo; confidencialidad de la información, la sincronización y transmisión de datos, y el manejo de las aplicaciones de computador.

El plan de capacitación se dirigió a los grupos de personal de coordinación operativa y de procesamiento; supervisores de las encuestas de hogares e IPS; personal encuestador de hogares y personal encuestador de usuarios de las IPS.

## 1.4. Diseño muestral

Las unidades de observación de la Encuesta Nacional de Salud de 2007, vale decir, los hogares colombianos y sus miembros; las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de cierta complejidad, y su personal técnico; los usuarios de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta médica externa o programada; fueron investigados a través de muestras probabilísticas representativas de los universos respectivos. Dichas muestras garantizan estimaciones válidas y no sesgadas de las características y relaciones de tales universos a nivel departamental, regional y

nacional; con diferentes posibilidades de desagregación por variables demográficas y socioeconómicas, y con determinados niveles de precisión. La descripción ampliada se encuentra en el Anexo 1.

#### **1.4.1. Universos de estudio**

Los universos están constituidos por 11 millones de hogares particulares proyectados a la fecha de la encuesta y los 43,6 millones de miembros de tales hogares; por 5.112 IPS con infraestructura institucional (es decir, se excluyen las IPS que funcionan como consultorios individuales, los centros exclusivamente de servicios diagnósticos o cosméticos, tampoco hacen parte del universo las IPS de las Fuerzas Militares y de la Policía) y por 10 millones de usuarios que en un mes fueron atendidos en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa de las IPS.

#### **1.4.2. La muestra poblacional de hogares**

Estuvo conformada por 35.333 hogares de la Muestra Maestra de Profamilia, utilizada en la Encuesta de Demografía, Salud y Nutrición de 2005, y por una muestra complementaria de 6.210 hogares, para un total de 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país.

Se tomó información de todas las personas entre 0 y 17 años de edad y de una submuestra de adultos entre 18 y 69 años que fueron encuestados con módulos especiales de entrevista y examinados clínicamente con mediciones de glicemia, perfil lipídico, peso, talla y tensión arterial.

#### **1.4.3. La muestra de instituciones prestadoras de servicios –IPS–**

Por otra parte, fueron encuestados un total de 1.170 IPS (608 privadas y mixtas y 562 públicas) y una submuestra de servicios de consulta externa, de consultorios y de profesionales de obstetricia.

#### **1.4.4. La muestra de usuarios de los servicios de atención**

Finalmente, también fueron objeto de encuesta específica una muestra de 123.917 usuarios de los servicios de consulta externa (93.737), de urgencias (19.795) y de hospitalización (10.385), atendidos en las IPS incluidas en la muestra.

### **1.5. Características de las muestras seleccionadas**

Las distintas muestras seleccionadas son probabilísticas, de conglomerados, estratificadas y polietápicas. La probabilidad final de cada sujeto de estudio (hogar y sus miembros, instituciones de salud y usuarios de éstas), estuvo dada por el producto de las probabilidades de cada fase del proceso de selección. Las probabilidades finales fueron desiguales lo cual obligó a la aplicación de ponderaciones correctoras para evitar sesgos en la estimación de los resultados para los universos estudiados. A continuación se detallan los diseños empleados:

### 1.5.1. Conglomerados

- Las Unidades Primarias de Muestreo (UPM), constituidas por municipios o combinación de dos o más de éstos (si eran muy pequeños).
- Las Unidades Secundarias de Muestreo (USM), variables según el tipo de universo. En el universo de hogares y población general, estuvieron constituidas por manzanas en la zona urbana, y por secciones censales en la zona rural; en el universo de usuarios, por las IPS. Para el estudio de las variables institucionales de las IPS, no hubo un segundo tipo de conglomerados.
- Las Unidades Terciarias de Muestreo (UTM) del universo de población general, fueron los segmentos de hogares contiguos (12 en promedio) que se seleccionaron en las USM escogidas antes.

### 1.5.2. Estratificados

#### **De las UPM (municipios) se hizo con algunas de las mejores variables de estratificación disponibles en Colombia a nivel municipal**

- Región, departamento y subregiones económicas y geográficas intradepartamentales.
- Nivel de urbanización de cabeceras municipales, establecido en función del tamaño de éstas.
- Composición urbano-rural de la población municipal.
- El índice NBI (necesidades básicas insatisfechas).

#### **La estratificación dentro de las UPM, en el universo de población general**

- En las zonas urbanas, el estrato socioeconómico predominante en las manzanas, cuando estaba disponible, fue un buen criterio de estratificación.
- En las zonas rurales, fue la distancia a los centros poblados o a las cabeceras municipales.

#### **La estratificación en el universo de instituciones de salud**

- Se realizó en función de la naturaleza jurídica (pública, mixta y privada) y el tamaño.

#### **La estratificación dentro de las instituciones**

- Los usuarios fueron preclasificados según el tipo de servicio recibido, consulta externa o programada, urgencias y hospitalizaciones.

### 1.5.3. Polietápico

#### **La selección de los hogares y sus miembros se efectuó en cuatro etapas sucesivas**

- Primera, de las UPM con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Por su tamaño los 59 municipios más grandes del país fueron de inclusión forzosa en la muestra y tuvieron probabilidad 1;
- Segunda, de las USM, también con PPT;

- Tercera de las UTM, con probabilidad igual, en el trabajo inicial de Profamilia; los hogares de las UTM (segmentos), con unas pocas excepciones, fueron encuestados en su totalidad.
- En una cuarta etapa, se submuestrearon los adultos de acuerdo con el tamaño del hogar (3 ó más adultos) y las personas para los exámenes clínicos.

### **La selección de las IPS**

- La primera etapa es la misma que la de hogares.
- Se obtuvieron en una segunda etapa USM, a nivel central, con probabilidad igual dentro de los estratos conformados.

### **La selección de los usuarios de los servicios de las IPS**

- La primera y segunda etapas son las mismas que la de IPS.
- En una tercera etapa UTM, se seleccionaron a nivel institucional, por tipo de atención (consulta, urgencias y hospitalización), también con probabilidad igual.

## **1.6. Unidades finales de muestreo**

A continuación se presenta un breve resumen sobre los aspectos relacionados con la selección de las distintas unidades de observación. Los algoritmos de selección que se mencionan fueron ejecutados automáticamente y validados en la prueba piloto y durante las capacitaciones del personal de campo.

### **1.6.1. Encuestas a hogares**

La entrevista al hogar inicia con la aplicación del módulo 1 “Datos de la vivienda y el hogar” cuyo informante fue el jefe del hogar o un adulto miembro del mismo y que conocía la información requerida. Luego, identificados todos los miembros del hogar en el módulo 1 (nombre, género, edad, etc.), se aplicaron el módulo 2 a todas las personas entre 6 y 17 años y el módulo 3 a todos los menores de 6 años cuyo informante fue la madre, el padre o el cuidador del menor.

Para obtener información de las personas entre 18 y 69 años fue necesario seleccionar una muestra de acuerdo con el tamaño del hogar, así:

- Si el hogar sólo tenía una persona entre 18 y 69 años esta persona quedaba seleccionada por inclusión forzosa.
- Si el hogar tenía entre 2 y 3 personas de 18 a 69 años se seleccionaba una.
- Si el hogar tenía 4 ó más personas de 18 a 69 años se seleccionaban dos.

Esta selección se realizó con base en un diseño de muestreo aleatorio simple de elementos y el algoritmo que se implementó se conoce como coordinado negativo.

Entre quienes se seleccionaron para aplicar el módulo 2 se escogió la muestra para la determinación, mediante toma de sangre capilar, de un perfil lipídico y glicemia y de mediciones de tensión arterial, peso y talla (exámenes clínicos), utilizando el diseño Bernoulli y un algoritmo similar al utilizado en un sistema de control de aduana. Ahora, de la muestra de personas entre 18 y 69 que aplicó el módulo 2 y que no fueron seleccionadas para exámenes clínicos, se seleccionó la muestra para aplicar el módulo 4, utilizando el algoritmo coordinado negativo.

De otra parte, en el módulo 1 en el capítulo X “Vacunación antirrábica” se listaron todos los perros y los gatos del hogar. Si sólo existía un perro y/o un gato, éste o éstos quedaban seleccionados. En caso de que existieran dos o más por tipo, se seleccionó uno. Para la selección se utilizó el algoritmo coordinado negativo.

### **1.6.2. Ficha de caracterización de segmento y encuesta de administración municipal de salud**

Con respecto a la ficha para caracterización de barrio, la aplicación se realizó por segmento, por parte del supervisor de campo, un formulario en la zona urbana y dos formularios en la zona rural.

En cuanto a la encuesta para administraciones municipales de salud, el instrumento se diligenció mediante entrevista personal al director municipal de salud o quien cumpliera funciones equivalentes, en cada uno de los municipios de la muestra.

### **1.6.3. Encuesta a IPS**

La entrevista a instituciones de salud iniciaba con la aplicación del módulo 1 al director científico. Luego, se aplicaba un módulo 2 por cada servicio de consulta externa reportado en la pregunta 613 del módulo.

Del listado de consultorios registrados en el módulo 2, por cada servicio reportado, se seleccionó un consultorio para aplicar el módulo 3, utilizando el algoritmo coordinado negativo. Con respecto a los profesionales de obstetricia de la IPS, éstos se registraron en el módulo 1 y de allí se seleccionó una muestra para aplicar, a cada uno de los seleccionados, un módulo 4. Si la IPS tenía dos o menos profesionales encargados de este servicio, se seleccionaron todos. En otro caso, se aplicó el algoritmo coordinado negativo para seleccionar dos.

### **1.6.4. Encuesta a usuarios**

Los módulos de usuarios se aplicaron inmediatamente después de terminada la atención correspondiente (al egreso hospitalario, a la salida del servicio de urgencias o al terminar la consulta programada). Se tuvieron en cuenta dos turnos de trabajo: 7:00 a.m., a 2:00 p.m. y 2:00 p.m. a 9:00 p.m., en las instituciones donde la atención lo permitía. Además, en cada institución se aplicó un formato para registrar día a día, en el caso del periodo de recolección y, mes anterior, la cantidad de usuarios atendidos por servicio de interés (consulta externa o programada, urgencias y hospitalización).

Como consulta externa se definió el evento de atención ambulatoria recibido por un usuario en una IPS que incluía: consulta médica general o especializada, consulta odontológica, de control prenatal, de crecimiento y desarrollo, de planificación familiar, consulta para examen o procedimiento diagnóstico o terapéutico, de vacunación y cirugía ambulatoria, entre los principales.

La selección de usuarios de consulta externa se realizó, mediante un algoritmo sistemático, en una muestra aleatoria de consultorios de interés. El mismo algoritmo fue utilizado para seleccionar los usuarios de urgencias y hospitalización, de acuerdo con el volumen de atenciones-egresos/día.

## 1.7. Trabajo de campo

La ENS 2007 tiene dos componentes claramente diferenciados: la información obtenida a través de la muestra de hogares y la obtenida a través de la de IPS. Por consiguiente para el trabajo de campo se organizaron dos operativos independientes, es decir, con personal y en períodos de tiempo diferentes, bajo una sola dirección para ambos tanto al nivel nacional como en las regionales.

### 1.7.1. Cobertura

El número de encuestas, que según el contrato debían aplicarse, y las que se aplicaron efectivamente en las muestras se presenta en la tabla 1.

Las cifras anteriores corresponden a encuestas aplicadas efectivamente y por tanto incluyen completas como incompletas. Los resultados de entrevista y las pérdidas que se tuvieron se ajustan a las condiciones propias de las encuestas por muestreo en Colombia, y obedecen a la complejidad misma de la ENS 2007.

Para conseguir las entrevistas correspondientes a los cuatro módulos de la encuesta de hogares se realizaron 92.015 visitas (2 en promedio por hogar) y se entrevistaron 83.905 personas. En total en la ENS 2007 se entrevistaron 223.371 personas para lograr el número de encuestas indicadas en el cuadro anterior.

En la Encuesta de Hogares, a nivel nacional, se aplicaron 41.833 formularios, 290 de ellos con información incompleta, lo que representa un 81% de cobertura con respecto al total de 51.764 hogares visitados. Estas cifras corresponden al módulo 1, el cual se aplicó a un residente habitual con conocimientos sobre el hogar como conjunto.

En los hogares entrevistados se registraron 166.474 personas; 8.076 de ellas con 70 años o más. Para establecer la elegibilidad, es decir, la población objetivo, para los módulos 2, 3, y 4 de la encuesta de hogares, el resto de la población se clasifica en tres rangos de edad:

- ♣ de 0 a 5 años: 19.380
- ♣ de 6 a 17 años: 42.059
- ♣ de 18 a 69 años: 96.958

**Tabla 1. Cobertura por tipo de instrumento**

Instrumentos	Según contrato	Realizadas por la UT
<b>Encuesta de hogares</b>		
Módulo 1	<b>40.000</b>	<b>41.833</b>
Módulo 2	NE	80.776
Módulo 3	NE	19.062
Módulo 4	NE	28.8196
Encuestas sobre riesgo de zoonosis (perros y gatos)	NE	20.376
<b>Exámenes clínicos</b> Con perfil lipídico	<b>12.000</b>	<b>12.846</b>
Total exámenes clínicos y paraclínicos realizados		13.301
<b>Encuestas en administraciones municipales</b>	220	225
Fichas del segmento	NE	5.294
Encuestas a IPS		
Módulo 1	<b>1.200</b>	<b>1.170</b>
Módulo 2	NE	7.430
Módulo 3	NE	7.031
Módulo 4	NE	844
Encuestas a usuarios de IPS	120.000	124.231
Módulo 1	NE	93.961
Módulo 2	NE	30.270

UT: Union Temporal

NE: No Especificado

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Como se aprecia en la siguiente tabla, en los módulos 2, 3, y 4 aplicados a nivel individual, los porcentajes de rechazo al nivel nacional fueron muy bajos, entre el 0,2 y el 1,7%.

**Tabla 2. Cobertura por módulo en Hogares**

Hogares	Módulo 2		Módulo 3		Módulo 4	
	Total	%	Total	%	Total	%
Encuestas realizadas	80.776	91,2	19.062	98,4	29.819	85,0
Rechazos	706	0,8	31	0,2	590	1,7
Ausencias	6.471	7,3	202	1,0	4.042	11,5
Otras causas	629	0,7	85	0,4	625	1,8
<b>Totales</b>	<b>87.341</b>	<b>100,0</b>	<b>19.151</b>	<b>100,0</b>	<b>34.325</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

La principal causa de pérdida corresponde a la ausencia de la persona seleccionada. Lo cual es particularmente notorio en el caso del módulo 4, aplicado a personas de 18 a 69 años que en su mayoría permanecen fuera del hogar por razones de estudio o trabajo. Al respecto cabe señalar

que la mayor proporción de hogares en la muestra se encuentra en las ciudades capitales, y entre éstas, las cinco de mayor tamaño en el país, en las cuales se concentran los casos de no respuesta.

También del grupo de 18 a 69 años fue seleccionada la submuestra de personas para la aplicación de exámenes clínicos y paraclínicos. Del total de 96.958 personas elegibles fueron seleccionadas 22.602 con los siguientes resultados:

- ❖ Personas a quienes se tomaron exámenes clínicos y paraclínicos: 3.301 (58,8%)
- ❖ Pérdida de muestra: 301 (41,2%)

De las 13.301 personas examinadas el 3,45 no tienen exámenes de sangre.

- ❖ Personas con perfil lipídico y glicemia: 12.846 (96,6%).
- ❖ Personas sin perfil lipídico ni glicemia: 455 (3,4%).

En este caso se tuvo una sobre-muestra considerable porque desde la misma prueba piloto se observaron tasas muy altas de no aceptación (principalmente porque el examen de sangre se tenía que realizar en ayunas lo cual implicaba que se tuviera que hacer muy temprano en la mañana), y pérdidas aún después de firmado el consentimiento informado por diversas causas, entre ellas las siguientes: incumplimiento de la cita (en el caso de convocatoria a un lugar cercano a la vivienda), incumplimiento de las condiciones previas, condiciones operativas del analizador portátil (alta temperatura del medio ambiente, fallas en la lectura, servicio de energía eléctrica deficiente como es el caso de Istmina, Timbiquí, o Puerto Inírida, y falta de insumos o vencimiento de fechas de reactivos).

En la Encuesta de IPS, a nivel nacional, sobre una muestra efectiva de 1.222 instituciones se lograron los siguientes resultados con base en el módulo 1 aplicado a la institución:

- ❖ Encuestas completas o realizadas (módulo 1): 1.170 (95,7%)
- ❖ Otros resultados de entrevista: 52 (4,3%)

En la tabla 3 se registran los resultados de la entrevista de los módulos 2, 3, y 4 de la encuesta aplicada a nivel institucional.

También en estos casos las pérdidas son muy bajas y se deben a rechazos y ausencias de los profesionales de la salud que debían responder la entrevista; la mayor pérdida se observa en el módulo 4 y se explica porque muchos profesionales de servicios de obstetricia atienden sólo en determinados días o prestan servicios a varias instituciones.

**Tabla 3. Cobertura por módulo en IPS a nivel institucional**

IPS	Módulo 2		Módulo 3		Módulo 4	
	Total	%	Total	%	Total	%
Encuestas realizadas	7.430	99,4	7.031	95,4	844	90,1
Pérdidas	44	0,6	338	4,6	93	9,9
<b>Totales</b>	<b>7.474</b>	<b>100,0</b>	<b>7.369</b>	<b>100,0</b>	<b>937</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

En la Encuesta de Usuarios de las IPS, a nivel nacional, sobre una muestra efectiva de 127.322 personas seleccionadas, se lograron los siguientes resultados:

- ♣ Encuestas realizadas: 124.231 (97,82%)
- ♣ Pérdida: 3.091 (2,43%)

El mayor número de casos de no respuesta corresponde a los 2.900 rechazos que se presentaron y representan el 2,3%. Por otras causas se perdieron 189 encuestas (0,1%).

En los módulos 1 y 2 aplicados a usuarios de consulta externa y a los de urgencias y/u hospitalizaciones respectivamente, se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 4.

**Tabla 4. Cobertura por módulo en IPS a nivel de usuarios**

Usuarios de las IPS	Módulo 1		Módulo 2	
	Total	%	Total	%
Encuestas realizadas	93.961	97,7	30.270	97,1
Pérdidas	2.182	2,3	909	2,9
<b>Totales</b>	<b>96.143</b>	<b>100,0</b>	<b>31.179</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Las pérdidas de muestra tienen varias causas, que individualmente son insignificantes, entre las cuales vale la pena mencionar: el rechazo o negativa a responder por parte de egresados de urgencias y hospitalizaciones (en algunos casos por la condición del paciente), y la ausencia en el caso de consulta externa (la persona no se presentaba al punto de atención).

En resumen, la cobertura de la ENS en todos sus componentes fue siempre superior con relación a las expectativas iniciales en cuanto al tamaño de muestra propuesto. Un mayor detalle de estos resultados se presenta en el Anexo 2.

## 1.8. Captura y depuración de la información

La información de las encuestas fue obtenida mediante entrevistas personales y capturada en campo usando los programas instalados en los computadores portátiles y en los DMC; por otro lado los resultados de exámenes clínicos y paraclínicos se registraron en el formato 1, impreso en papel, el cual contiene también el consentimiento informado. Esta información fue leída con escanear e interpretada y verificada en Bogotá con ayuda del software TELEform.

Se implementó una mesa de ayuda y soporte a través de Internet para resolver las dudas surgidas en desarrollo del trabajo de campo, y complementar las instrucciones impartidas a los supervisores y encuestadores en relación con el manejo de los DMC y en general los programas de captura instalados en éstos y en los portátiles.

Semanalmente se recibió la información en Bogotá y se procesó para generar los reportes e indicadores requeridos para el monitoreo y seguimiento de la encuesta. Una vez se consolidaron las bases de datos con la información de todo el país, se verificó su consistencia y se hicieron algunas correcciones menores, incluyendo algunas solicitadas por los analistas.

## 1.9. Alcances y limitaciones

Todos los resultados de la ENS son estimaciones aproximadas de los universos investigados, pues son generadas a partir de muestras de dichos universos. El carácter probabilístico del muestreo, con selección aleatoria de hogares y personas, de instituciones y de usuarios de servicios, garantiza su representatividad con niveles de precisión previsible en el diseño y calculables para los resultados obtenidos. Dicha precisión varía en función del grado de desagregación de los resultados, que afecta el tamaño de la muestra de cada subgrupo poblacional analizado, de la frecuencia de los fenómenos estudiados y de su variabilidad.

Por otra parte, la validez de los resultados dependió del control de sesgos originados en la metodología de selección, en las características del marco de muestreo, en los instrumentos de recolección, en el desempeño del personal recolector y en los procesos de obtención y elaboración de los datos.

### 1.9.1. Posibilidades de desagregación

Los tamaños de las muestras de las distintas unidades de observación permitieron la estimación de resultados a nivel nacional y de grandes regiones, con alta precisión, de fenómenos de cualquier frecuencia y variabilidad. Adicionalmente, son muy amplias las posibilidades de desagregación en subgrupos demográficos, socioeconómicos e institucionales.

A nivel departamental, con restricciones de desagregación adicional y en precisión, las muestras de hogares y personas, y de usuarios de servicios, permitieron la estimación de indicadores de caracterización demográfica y socioeconómica, de estado de salud, de factores de riesgo específicos y de uso de servicios. Para los departamentos de la Orinoquia, Amazonia, San Andrés y

Providencia, los tamaños de muestra son más o menos la mitad de los del resto de departamento, por lo cual los errores de muestreo de sus indicadores son mayores.

La muestra de personas para exámenes clínicos fue básicamente diseñada para desagregación de resultados por grandes regiones y por cuatro subgrupos de edad y género. Sin embargo, puede tenerse a nivel departamental una gruesa perspectiva de los indicadores globales, lo cual debe ser teniendo en cuenta al realizar su interpretación dados los reducidos tamaños de muestra y precisión.

En cuanto a las variables institucionales de las direcciones municipales de salud y de las IPS, su objetivo central fue aportar información de la oferta para los modelos explicativos de la situación de salud y de la demanda de servicios. No obstante, la información con respecto a las direcciones territoriales debe ser inferida en forma independiente a nivel nacional, y las de las IPS también para el conjunto del país y por grandes regiones.

### 1.9.2. Precisión de los resultados

El indicador de precisión de los resultados obtenidos por muestreo probabilístico es el Error Estándar (ES), o Error de Muestreo, que mide la variabilidad del azar. El Error Estándar Relativo (ES rel), es la expresión del error estándar como proporción o porcentaje del valor del indicador estimado.

Es indispensable, por lo tanto, el cálculo rutinario de los errores de muestreo de los indicadores más importantes, de tal manera que su interpretación tenga en cuenta la precisión observada. Al respecto, se transcribe lo señalado por el Protocolo de la ENS en relación con precisión mínima aceptable a nivel departamental (ES rel: Error Estándar Relativo) de indicadores tipo proporción. A nivel nacional y por grandes regiones, los ES rel son de menor magnitud. La precisión mínima aceptable a nivel departamental queda propuesta en la siguiente tabla.

**Tabla 5. Precisión Mínima aceptable**

Proporción Estimada (%)	ES rel máximo con 95% confianza
1 – 4	50 – 30
5 – 9	30 – 20
10 – 19	20 – 15
20 – 39	15 – 10
40 – 59	10 – 8
60 – 79	8

### 1.9.3. Control de sesgos

De acuerdo con el diseño de la encuesta, todas las muestras tienen desiguales probabilidades de selección. El sesgo originado en tales probabilidades se controla ponderando los valores muestrales por el recíproco de la probabilidad final de las unidades de observación, o por un valor equiva-

lente. Dicho recíproco se lo denomina “factor básico de expansión”, pues además, produce estimaciones insesgadas de los valores absolutos de los universos estudiados.

El valor equivalente puede ser un “factor alrededor de la unidad” que corrige por probabilidades desiguales pero no expande la muestra al universo y que puede ser conveniente para ciertos análisis explicativos y sus respectivas pruebas de hipótesis (análisis multivariados, estimaciones económicas, entre otras) incluidos en aplicativos computacionales especializados que funcionan mejor con valores muestrales.

El factor alrededor de la unidad se calcula dividiendo el factor básico de expansión de cada hogar, persona, usuario, etc., por el promedio de los factores de expansión de las unidades de observación de cada tipo (ver Factores de corrección por probabilidades desiguales alrededor de la unidad en el Anexo 1).

Los defectos del marco de muestreo utilizado para la selección de la muestra de unidades primarias (Censo de Población de 1993), fase inicial del muestreo de todos los tipos de unidades de observación, se corrigieron con base en las cifras y proyecciones del Censo General 2005. Así mismo, utilizando el mismo censo, se corrigieron las probabilidades y factores de las unidades secundarias de muestreo de hogares.

En cuanto al marco de usuarios de IPS privadas y públicas, la carencia del primero se superó con base en estimaciones del volumen de atenciones médicas y hospitalarias realizadas a partir de la encuesta de hogares; y los requerimientos del segundo (usuarios de IPS públicas) se atendieron con cifras suministradas por el Ministerio de la Protección Social.

En síntesis, el factor final de expansión, que es el factor básico ajustado por no cobertura, y por estructura poblacional urbano rural, regional y demográfica, y por totales poblacionales, debe ser aplicado sistemáticamente para minimizar los sesgos originados en las probabilidades desiguales y en los problemas del marco muestral.

Respecto a los sesgos que podrían haberse introducido en los instrumentos de medición y en la implementación de la recolección y procesamiento de los datos, se controlaron mediante exigentes procesos de prueba y validación, de una estrategia de ejecución altamente estructurada y de minuciosos esquemas de supervisión y control de calidad.

#### **1.9.4. Acerca de las cifras absolutas**

La estimación de cifras absolutas de los universos de estudio acerca de las variables centrales de investigación, es decir, las de estado de salud y sus factores de riesgo, y las de demanda de servicios de salud, es básico para el dimensionamiento de los problemas representados, y para la cuantificación de los recursos requeridos para la implementación de políticas.

Por su parte, las cifras sobre el tamaño de los subgrupos de población prioritarios, demográficos y socioeconómicos y según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, son

esenciales para construir el denominador de todos los indicadores de interés, para identificar las subpoblaciones más deprimidas en materia de salud y para focalizar las estrategias de intervención.

Las encuestas de población tienen la enorme ventaja de construir denominadores totalmente consistentes para los numeradores de los indicadores de estudio, lo cual es uno de los grandes problemas de la información producida mediante registros sistemáticos institucionales.

No obstante, las cifras absolutas en cuestión están sujetas a la variación de azar (error de muestreo), que se evidencia más dramáticamente que en las cifras relativas, y podrían estar afectadas eventualmente por sesgos incontrolados en los procesos de medición y estimación. La no precisa coincidencia con cifras absolutas generadas por los sistemas de información institucionales, perfectamente explicables, y la presentación independiente de las estimadas, con ánimo competitivo, puede dar lugar a innecesarios debates que lesionan la credibilidad del conjunto de la investigación.

# CAPÍTULO II

## Condiciones Básicas



## 2. HOGARES

De la encuesta de hogares se realizó un análisis de los datos con respecto a las características de la vivienda tales como: tipo de vivienda, materiales predominantes en las mismas; servicios domiciliarios; espacios de la vivienda; exposición a riesgos por desastres naturales; servicios del hogar y tenencia de la vivienda.

Por otra parte se analizaron datos relacionados con la estratificación socioeconómica; capital social; participación y grupos y redes por parte de los miembros del hogar; solidaridad y confianza hacia los vecinos; y migración y movilidad.

### 2.1. Vivienda

Del total de viviendas, el 78% se encontraba ubicado en las cabeceras municipales, el 11,7% en centros poblados y el 10,4% en áreas rurales dispersas.

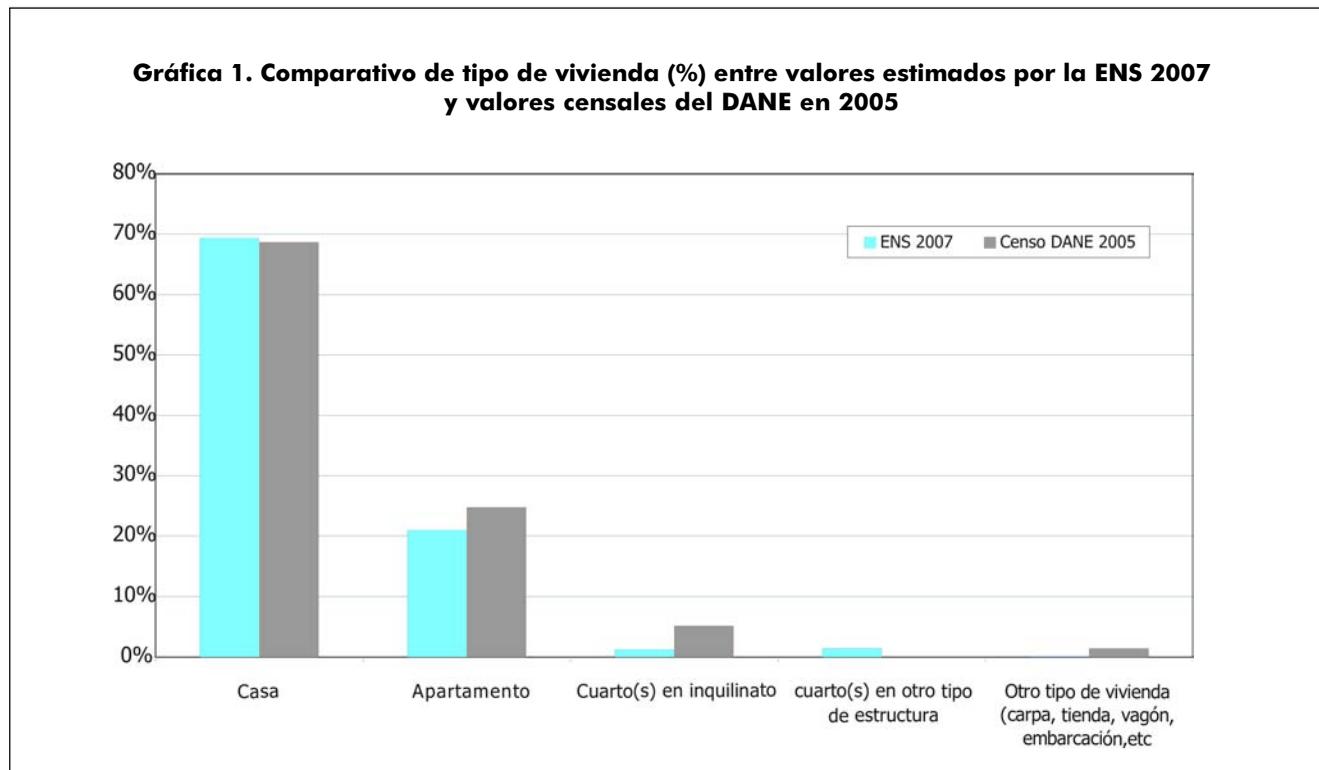
En la mayoría de las viviendas habita un solo hogar (grupo de personas que comen de la misma olla): con el 84,9%, en el 6,2% dos hogares y en el 2% tres hogares o más. No se informó sobre este aspecto en el 7% de los casos. Así, el promedio de hogares por vivienda fue 1,1% y de personas por hogar 3,9%. Cabe anotar que el promedio de hogares por vivienda, así como de personas por hogar, es coincidente con lo reportado en el Censo del DANE 2005: 1,08% y 3,9% respectivamente.

Cotejado por departamento, se encuentra el promedio de personas por hogar más alto en La Guajira y Magdalena con el 4,8% en cada caso, seguido del Vaupés y Atlántico con el 4,6% y 4,5% respectivamente. En contraste, se encontró un promedio de 3,5 personas por hogar en los departamentos de Quindío, Guaviare y Casanare.

#### 2.1.1. Tipo de vivienda

La mayor parte de los hogares, el 69,4% habita en viviendas tipo casa, el 21% en apartamentos, el 1,2% en cuartos de inquilinato, el 1,4% cuartos en otro tipo de estructura y el 0,1% en otro tipo

de vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, etc.). Similar situación se establece para cuartos de inquilinato, donde el intervalo de confianza en el resultado de la ENS, fue de 0,91% y 1,93% (ver gráfica 1).



En cuanto a la vivienda tipo casa, son los departamentos de Vaupés, La Guajira y Caquetá más del 90% de la población habita en este tipo de construcción. En contraste, en Bogotá esta condición fue la más baja, con el 47,3%, seguida de Antioquia con el 59%. Inversamente, éstos últimos, tienen las mayores proporciones de hogares que habitan en apartamentos: 34,5% y 31,6% respectivamente. El 1,1% y el 1,3% de los hogares de Vaupés y Vichada habitan en apartamento.

El departamento de Putumayo y la ciudad de Bogotá son los que cuentan mayor de hogares viviendo en cuartos de inquilinato. Para Caldas, Norte de Santander, Atlántico, y Vaupés esta condición fue tan sólo del 0,1%.

Bolívar, Guaviare y Putumayo, son los departamentos con la mayor proporción de hogares que habita en cuarto(s) en otro tipo de estructura: 3,6%, 3,4% y 3,4% respectivamente. Por su parte, es en el departamento de La Guajira donde se destacan los hogares que habitan en otro tipo de vivienda (carpas, tiendas, etc.), mientras que en los demás esta tipología fue casi inexistente.

Comparados estos hallazgos con los resultados del DANE (2005), encontramos que para ese año el mayor número de viviendas tipo casa estaban ubicadas en los departamentos de Caquetá, Arauca y Sucre, con proporciones entre el 90% y el 91% con la menor proporción correspondían a Bogotá (40,2%), y los departamentos de La Guajira (51,2%) y Antioquia (53,1%). Tomando como

referentes el departamento de Antioquia y la ciudad de Bogotá, vemos que respecto al censo se ha incrementado el número de casas y se han disminuido los cuartos de inquilinato.

### 2.1.2. Material predominante en paredes exteriores y pisos

Se destaca que cerca del 80% está construida con bloque, ladrillo, piedra o madera pulida y le siguen, aunque con mucha menos relevancia, aquellas con madera burda, tabla o tablón. En cuanto al piso de las viviendas, es predominante la presencia de baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida, cemento y gravilla. Al contrario se registra una menor frecuencia en materiales como alfombra o tapete y mármol (ver tabla 6).

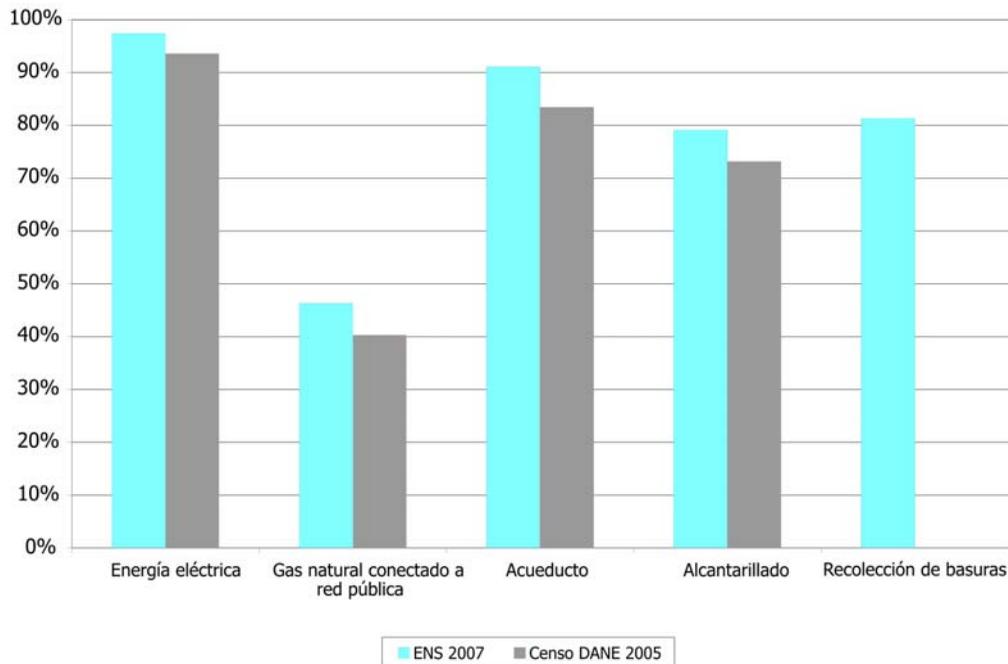
**Tabla 6. Material predominante de las paredes exteriores y pisos de las viviendas**

<b>Material predominante en paredes exteriores</b>	<b>% de viviendas</b>
Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	79,7
Madera burda, tabla, tablón	4,0
Tapia pisada, adobe	3,1
Bahareque revocado	3,0
Bahareque sin revocar	2,1
Guadua, caña, esterilla, otro vegetal	0,5
Material prefabricado	0,5
Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico	0,2
Sin paredes	0,0
<b>Material predominante en los pisos:</b>	<b>% de viviendas</b>
Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida	49,0
Cemento, gravilla	32,3
Tierra, arena	5,4
Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal	4,3
Mármol, parqué, madera pulida y lacada	1,2
Alfombra o tapete de pared a pared	0,8

### 2.1.3. Servicios domiciliarios

Como se observa en la gráfica siguiente, no existe una cobertura total en la conexión a servicios domiciliarios. El más generalizado, es el servicio de energía eléctrica (97%), seguido del acueducto (91%). La cobertura más baja se registra para el servicio de gas natural conectado a red pública y alcantarillado. Comparados estos resultados con el Censo 2005, se observa en general que para los servicios de energía, gas, acueducto y alcantarillado, la cobertura reportada en la ENS es más alta.

**Gráfica 2. Comparativo de servicios domiciliarios (%) entre valores estimados por la ENS 2007 y valores censales del DANE en 2005**



Bogotá, Arauca y Casanare son aquellos que registran coberturas del 100% en el servicio de acueducto, energía eléctrica y recolección de basuras. Por el contrario, en Guaviare y Chocó se encuentran las coberturas más bajas en acueducto mientras que en alcantarillado las más bajas correspondieron a Chocó, Córdoba y Vichada, inferiores al 30%.

Sin embargo, debido a que en las viviendas habitan más de un hogar, la relación varía significativamente cuando se analiza el acceso a los servicios domiciliarios por hogar. En relación con el servicio de energía eléctrica, pasan a ocupar los primeros lugares los departamentos de Caldas y Nariño, con el 97,4% y el 94,5% de hogares con acceso a dicho servicio y entre los más bajos se encuentran Cauca y La Guajira con el 70,6% y el 74,5% respectivamente.

En cuanto al servicio de alcantarillado, nuevamente Bogotá y Caldas se ubican en el primer lugar de cobertura a hogares con el 90% seguido de Quindío con el 89%. Chocó, Córdoba y Vichada siguen siendo los departamentos con menores niveles de cobertura de este servicio, por debajo del 30%.

#### 2.1.4. Espacios de la vivienda (distintos a la unidad básica)

Otro aspecto que se analiza en la caracterización de la vivienda es la existencia de espacios diferentes a la unidad básica, entendiéndose por ésta: habitaciones, baños, cocina, sala comedor, que dan cuenta de aspectos relacionados con la calidad de la vivienda en cuanto permiten la circulación del aire, el esparcimiento y comodidad, así como posibilidades de ampliación futura.

Así, el 69,5% de las viviendas cuentan con jardín o patio, el 26% con lote o solar, el 16% con garaje o parqueo, el 19% con azotea o terraza y el 14% con zonas verdes o de propiedad común. En general, se observa que la disponibilidad de estos espacios está relacionada con el tipo de vivienda, aunque con algunas excepciones.

Los departamentos de la Costa Atlántica presentan las mayores proporciones de vivienda con jardín o patio, entre el 80% y el 90%, seguidos de la mayor parte de los departamentos de los llanos orientales. La presencia de estos espacios disminuye en la medida que los departamentos se ubican al interior del país, en la zona Andina y en la Costa Pacífica.

Bogotá cuenta con la proporción más baja de viviendas con disponibilidad de jardín o patio, con el 48,7%, seguido del Chocó con el 54,2%.

La presencia de lote o solar es mayor en aquellos departamentos donde las viviendas no cuentan con patio o jardín, como es el caso de Vichada y Vaupés, donde alrededor del 65% de estas viviendas cuentan con este espacio. Bogotá, junto con el departamento del Atlántico muestran la proporción más baja de viviendas con lote o solar: 5% y 7% respectivamente.

Las viviendas de Bogotá cuentan en mayor proporción con disponibilidad de garajes o parqueos, seguidas del Casanare y los departamentos que hacen parte de la región andina. La presencia de estos espacios es muy baja en los departamentos de Chocó (3%), Guainía (5%) y Vaupés (5%).

La existencia de terrazas o azoteas es alta en el departamento del Atlántico, con el 54% muy superior al promedio general del país, seguido de Bogotá y Bolívar con el 36% y 33%, mientras que en los departamentos pertenecientes a la Orinoquia y Amazonia, son casi inexistentes estos espacios. Finalmente, la presencia de zonas verdes o zonas de propiedad común es más alta en las viviendas ubicadas en los departamentos de Tolima y Cauca.

Los hallazgos muestran que la disponibilidad de estos espacios está asociada a las condiciones geográficas y climáticas de los territorios así como al tipo de vivienda predominante en los mismos. De otra parte, también se encuentran algunas diferencias cuando se analiza la disponibilidad de estos espacios respecto del número de hogares que habitan en las viviendas.

### 2.1.5. Exposición a riesgos por desastres naturales

La ubicación física de las viviendas en zonas de riesgo por desastres naturales, tiene en cuenta aquellos aspectos derivados de la cercanía de las viviendas a ríos o quebradas o en zonas sísmicas, entre otros.

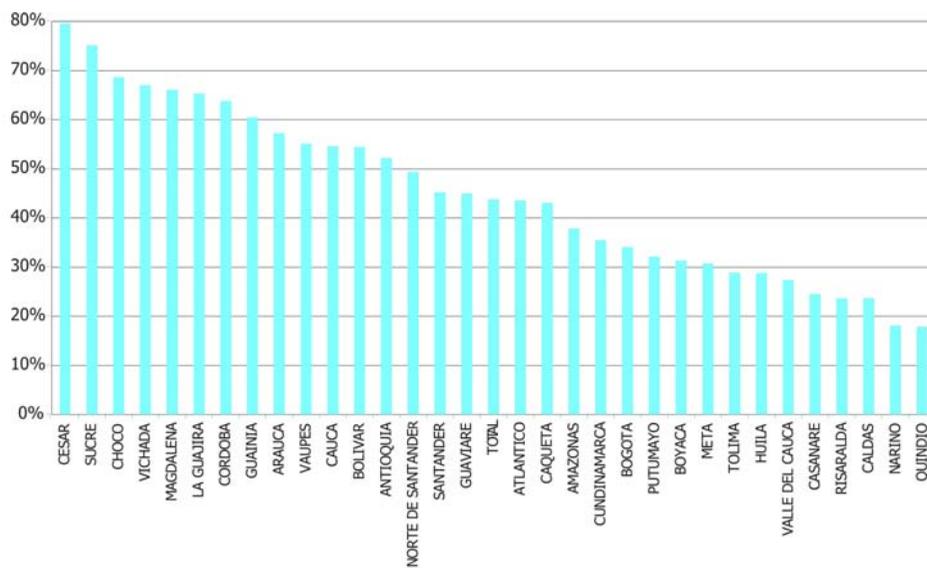
Se encontró que la mayor exposición es a riesgos de inundaciones es de 11%; seguido de riesgos por desbordamiento de crecientes o arroyos con el 8%; a hundimiento del terreno con el 6%; a avalanchas, derrumbes o deslizamientos con el 5% y finalmente a fallas geológicas con el 5%. Estas proporciones varían bastante cuando se analiza la presencia de estos fenómenos y exposición a estos riesgos por departamento (ver tabla 1 del anexo 4).

Chocó se presenta con el mayor porcentaje de viviendas expuestas a inundaciones, avalanchas, derrumbes y deslizamientos; desbordamientos, crecientes y arroyos, y a hundimiento del terreno, con proporciones que superan en gran medida al promedio nacional. Por el contrario, el departamento de Guainía refleja ser, en general, el de menor exposición a estos tipos de riesgos.

Las referencias en cuanto a la mayor exposición a cada uno de los eventos, frente al hecho efectivo de haber sido afectada la vivienda por alguna catástrofe derivada de estos riesgos, encontramos que la distribución varía en cuanto a la predominancia de algunos departamentos.

Como se observa en la gráfica siguiente Cesar se ubica en el primer lugar, con el 80% seguido de Sucre con el 75% y del Chocó con el 69%. Las menos afectadas han sido las viviendas ubicadas en los departamentos del eje cafetero y del suroccidente del país. En general, se encontró que cerca de dos millones de viviendas habían sido afectadas en los últimos dos años.

**Gráfica 3. Porcentaje de viviendas afectadas por exposición a desastres naturales en los últimos dos años según departamentos**



## 2.2. Servicios del hogar

En este apartado se describen los servicios de que dispone el hogar, en cuanto a espacios dentro de la vivienda, fuentes de abastecimiento de agua, energía, alumbrado, eliminación de basuras, servicios sanitarios y electrodomésticos en funcionamiento que tienen en el hogar.

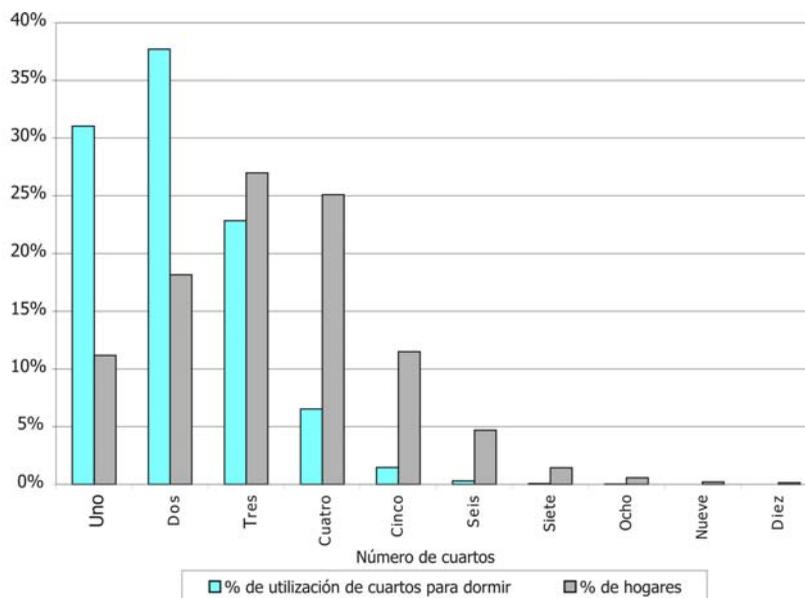
### 2.2.1. Cuartos de que dispone el hogar

El número de cuartos de que dispone el hogar para su uso excluyendo la cocina, los baños, garajes y aquellos otros destinados para negocio, fue en promedio de 3,3 para todo el país.

Por departamento Caldas tiene el promedio más alto, con 4 cuartos, seguido de Norte de Santander, Quindío y Chocó con 3,7, Atlántico y Santander con 3,6. El promedio fue más bajo en los departamentos de Guaviare y Vichada, con 2,6 y 2,7 cuartos en promedio, respectivamente. Estos hallazgos están relacionados con el número de hogares por vivienda y además con la tipología de vivienda predominante en estas zonas.

Si bien más del 50% de los hogares cuenta con dos o tres habitaciones, es preocupante que cerca del 30% cuenta con máximo dos habitaciones y, considerando el promedio de personas por hogar, estaría indicando posibles condiciones de hacinamiento. De hecho, la totalidad de los cuartos utilizados para dormir no corresponde con la disponibilidad de cuartos totales en la vivienda. Como se muestra en la gráfica siguiente, una tercera parte de los hogares utiliza un solo cuarto y cerca de un 38% de los hogares utiliza hasta dos cuartos.

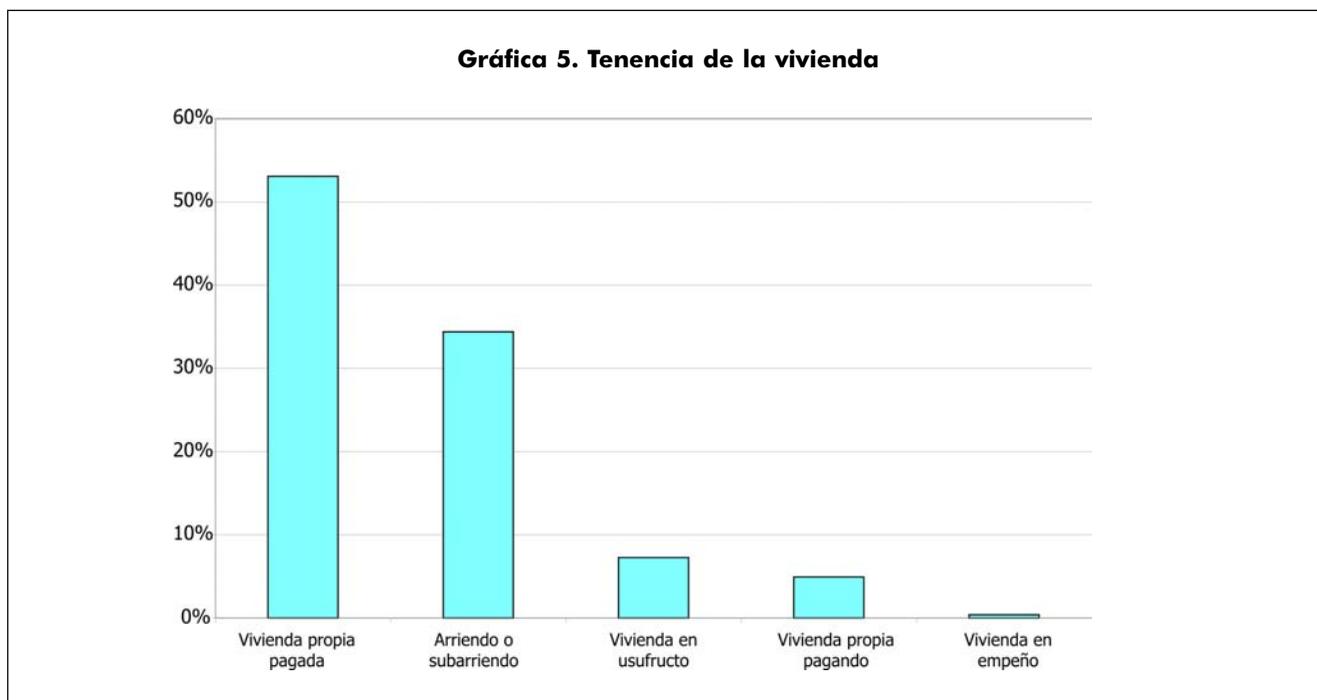
**Gráfica 4. Distribución de los hogares según el número de cuartos disponibles y porcentaje de utilización de cuartos para dormir**



Así, el promedio de cuartos utilizados para dormir se reduce a 2,1; siendo inferior para los departamentos de Vichada, La Guajira y Guaviare, con 1,7 cuartos. Por el contrario, es ligeramente mayor la utilización en este aspecto para Quindío, Santander y Amazonas, con 2,3 cuartos en promedio (ver gráfico 4).

### 2.2.2. Tenencia de la vivienda

El 53,1% habita en vivienda propia pagada, seguido de aquellos que viven en arriendo o subarriendo. Es mayor la proporción de quienes habitan en vivienda en usufructo de quienes son propietarios y se encuentran pagando la vivienda (ver gráfica 5).



Guaviare, Bogotá, Casanare y Putumayo se encuentran dentro de los departamentos con las proporciones más altas de hogares en arriendo o subarriendo, cercanos todos al 50%, en tanto que Vaupés, Córdoba y Cauca registran la menor proporción de arrendatarios, entre el 17% y el 18%. En concordancia, estos últimos departamentos son los que registran la mayor proporción de propietarios, con excepción del Cauca, con cifras que superan por mucho el promedio nacional: 72,0% Vaupés y 71,2% en Córdoba. El menor número de propietarios se ubica en Bogotá, con el 39,2%, cifra muy inferior al promedio nacional, seguido del departamento de Guaviare con el 42%.

### 2.2.3. Uso de servicios domiciliarios y sanitarios

Cerca del 90% de los hogares hace uso del servicio de acueducto sea este público, comunal o veredal como fuente de abastecimiento de agua para la preparación de los alimentos, un 2,9% toma el agua de fuentes naturales como ríos, manantiales, etc., y en proporciones similares con un 2,7% de aguas lluvias que incluyen reservorio.

La proporción de hogares que no disponen de servicio sanitario es tan sólo del 0,1%. 77% de los casos tiene un sanitario a su disposición y el 17,4% hasta dos sanitarios, los cuales son en su gran mayoría de uso exclusivo del hogar, en el 11,4% los sanitarios son compartidos con otros hogares que habitan en la vivienda.

La principal fuente de energía utilizada para cocinar es el gas: en el 45% de los casos con el servicio conectado a red pública y en el 34,4% el gas de cilindro o pipeta. Es de anotar también que en el 12% de los hogares la fuente es la leña, madera o carbón de leña. En cuanto al alumbrado, se hace mayor utilización de bombillos eléctricos, en el 97,2%.

Respecto del tratamiento de los desechos, se encuentra que el 80% de los hogares recurre a los servicios de aseo y de recolección, una proporción importante el 10,7% la quema y el 4,2% la tira en el patio, en un lote, en una zanja o baldío.

En general, como se muestra en la tabla 7 los hogares hacen uso de los servicios que tienen a disposición en las respectivas viviendas, según lo referido en las descripciones anteriores. La diferencia en algunos porcentajes se explica por el mayor número de hogares dentro de las viviendas.

**Tabla 7. Servicios domiciliarios y sanitarios de los que dispone el hogar**

<b>¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento del agua que usan para preparar los alimentos o beber?</b>	<b>%</b>
Acueducto público	81,3
Acueducto comunal o veredal	7,6
Pila pública	0,1
Pozo con bomba	1,1
Pozo sin bomba, jagüey, aljibe o barreno	2,3
Río, quebrada, manantial, nacimiento	2,9
Carrotanque	0,1
Aguatero	0,2
Agua embotellada o en bolsa	0,6
Agua lluvia (incluye reservorio)	2,7
Vecino	1,0
Acequia	0,0
<b>¿Cuántos sanitarios tiene este hogar?</b>	<b>%</b>
Uno	77,3
Dos	17,4
Tres	3,7
Cuatro	1,3
Cinco	0,3
Seis	0,0
Siete	0,0
Ocho	0,0
No tienen sanitario	0,1
<b>¿El servicio sanitario es de uso exclusivo de las personas del hogar o compartido con personas de otros hogares?</b>	<b>%</b>
De uso exclusivo de las personas del hogar	88,8
Compartido con personas de otros hogares	11,2
<b>¿Dónde se encuentra el sanitario que usan las personas del hogar?</b>	<b>%</b>
Dentro de la unidad de vivienda	81,1
Dentro del lote pero fuera de la vivienda	18,4
Fuera del lote de la vivienda	0,5

<b>¿Este hogar tiene servicio de ducha o regadera?</b>	<b>%</b>
Si	80,0
No	20,0
<b>¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?</b>	<b>%</b>
Gas natural conectado a red pública	45,0
Gas en cilindro o pipeta	34,4
Kerosene, petróleo, cocinol, ACPM, gasolina, alcohol	0,3
Electricidad	5,1
Leña, madera, carbón de leña	12,9
Carbón mineral	0,2
Material de desecho	0,0
No cocinan	2,1
<b>¿Qué tipo de alumbrado utilizan principalmente?</b>	<b>%</b>
Eléctrico (bombillos)	97,2
Kerosene, petróleo, gasolina, ACPM	1,0
Vela	1,7
Solar, bioenergía, otros	0,1
<b>¿Principalmente cómo eliminan la basura de este hogar?</b>	<b>%</b>
La recogen los servicios de aseo	80,7
La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)	1,8
La entierran	1,1
La tiran al río, caño, quebrada o laguna	1,4
La tiran al patio, lote, zanja o baldío	4,2
La queman	10,7

#### 2.2.4. Tenencia de electrodomésticos, otros bienes y servicios

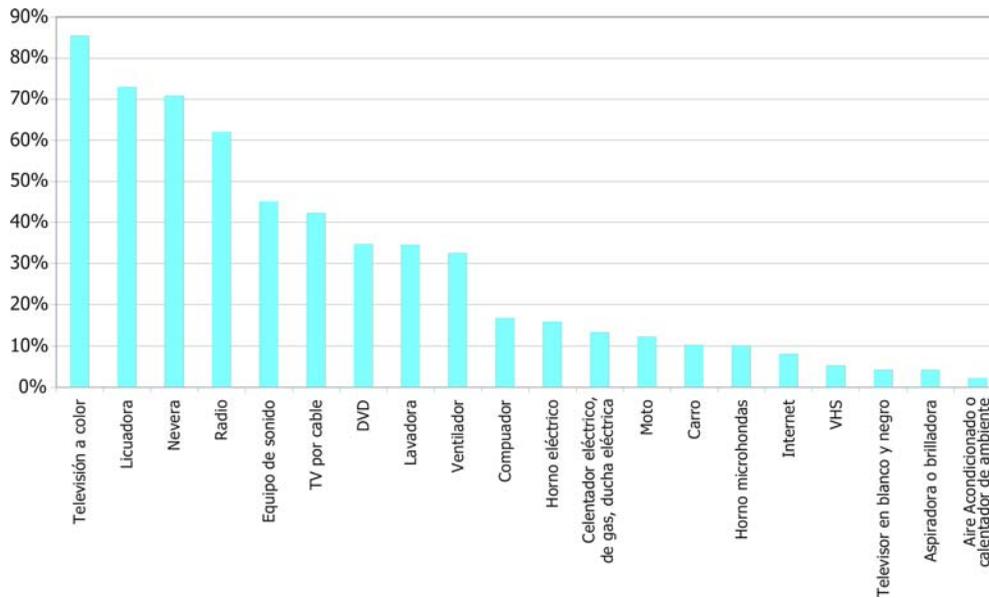
Los electrodomésticos más comunes dentro de los hogares corresponden a televisión a color, licuadora, nevera y radio, entre el 70% y el 80% de los casos, es decir, aquellos que se constituyen como electrodomésticos básicos. En segundo lugar encontramos que entre el 42% y el 45% de los hogares tiene equipo de sonido y televisión por cable.

Los electrodomésticos y otros servicios que registran las más bajas proporciones de tenencia, están relacionados esencialmente con aquellos que han sido sustituidos por otro tipo de bienes que prestan los mismos servicios. Con excepción de Internet, donde el 8% de los hogares tiene acceso al mismo.

Otro grupo de electrodomésticos y bienes como hornos eléctricos, calentadores de agua para la ducha, hornos microondas, computadores, motos o carros, cuya tenencia en general alcanza al 17% de los hogares, podrían ser considerados como aquellos diferenciales que determinan la

capacidad de adquisición o que están asociados a las condiciones económicas de los hogares (ver gráfica 6).

**Gráfica 6. Hogares (%) según tenencia de electrodomésticos, otros bienes y servicios**



### 2.3. Estratificación socioeconómica y SISBEN

La estratificación socioeconómica fue analizada a partir de la tarifa registrada para el servicio público de energía; el 90,5% de los hogares informó sobre este aspecto. La mayor proporción de los hogares con el 36,9% se ubica en el estrato dos, seguida del estrato 3 con el 24,1% y del estrato 1 con el 22,1%. En menores proporciones se encuentran las viviendas pertenecientes al estrato 4 (4,2%), 5 (1,6%) y 6 (0,5%). El porcentaje de viviendas sin estrato fue del 1,2%.

Al 62,4% de los hogares les ha sido aplicada la encuesta del SISBEN. En el nivel 1 fue clasificado el 45,4% de los hogares, en el nivel 2 el 34,1%, en el nivel 3 el 8,4% y el 0,5% entre los niveles 4 y 6. El 11,8% de los hogares no informa el nivel en que fueron clasificados. En general, no saben si les ha sido aplicada la encuesta el 3,6% de los hogares. Estos hallazgos muestran que alrededor del 50% de la población se encuentra, bajo estos indicadores, en condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

### 2.4. Capital social

Se describen en este apartado los resultados relacionados con la exploración realizada frente a las condiciones de capital social que han constituido los hogares, a partir de la identificación de la participación de sus miembros en grupos de diferente naturaleza, las percepciones sobre las

relaciones de confianza y solidaridad en los espacios de vivencia de los hogares, la participación directa en la solución de problemas de la comunidad cercana a su residencia y finalmente las condiciones de acceso a información.

### 2.4.1. Grupos y redes

Se indagó dentro de los hogares si alguno de los integrantes del mismo participaba en algún grupo por lo menos una vez al mes.

En general, los niveles de participación de los hogares en los diferentes grupos son bajos, con excepción de participación en grupos religiosos con el 35% y deportivos con el 18%. La participación en grupos culturales comunitarios ocupa el tercer lugar con el 8%, seguido de los grupos culturales con el 7%, de los grupos políticos con el 6% y de los grupos para diversión con el 5%. Respecto a los grupos ecológicos y gremiales el porcentaje fue de 2.

Al analizar los niveles de participación considerando el decil de ingresos de los hogares, se encontró que para la participación en grupos religiosos no existe ninguna diferenciación marcada por este aspecto.

En cuanto a la participación en grupos deportivos, son los hogares ubicados en el decil 10 de ingresos los que en mayor proporción participan en los mismos: 24%. Por el contrario, la menor participación se registra en los deciles 2 y 3 con el 11%.

El nivel de participación de los hogares en grupos políticos fue mayor, inclusive respecto al promedio nacional, para los ubicados en los deciles 9 y 10, con el 7,4% y el 9,3% respectivamente, mientras que en el decil 1 de ingresos la participación es del 3,6% y en el decil 2 del 4,8%. De igual manera en los grupos culturales son los hogares del decil 10 quienes más participan (11%) respecto a aquellos de menores de ingresos. Igual ocurre con la participación en grupos de diversión y de grupos ecológicos.

En contraste la participación en los grupos comunitarios es mucho mayor al total, para los hogares ubicados en los deciles 2 y 3, con el 10,2% y el 9,6%, respecto de los deciles más altos, que estuvo alrededor del 8%.

Respecto a los grupos gremiales, mientras que la participación de los hogares en deciles 9 y 10 está entre el 4 y el 6%, para los deciles inferiores al 7, la participación oscila entre el 1,8% y el 1,2%.

Estos hallazgos muestran por un lado, que la participación de los hogares pobres está motivada por la necesidad de resolver problemas comunes referentes a sus condiciones, y por la otra que las posibilidades de participación en otro tipo de agrupaciones estarían condicionadas por los niveles de ingreso.

Una forma indirecta de verificar el nivel de pertenencia y cohesión que tienen los hogares con sus redes de relaciones, es la disponibilidad que tendrían sus amigos o personas cercanas diferentes a la familia de prestarle una cantidad de dinero igual a la que requiere a la semana para sus gastos.

Así, sólo el 41% de los hogares respondió afirmativamente, el 55% que no tendría quien le prestara ese dinero y el 4% no sabía. Existen también diferencias en los niveles de respuesta en la medida en que se contrastan los deciles de ingreso. De nuevo lo que se observa es que a mayor ingreso, es mayor la proporción de hogares que responden afirmativamente frente a la posibilidad de contar con alguna persona que les preste dinero: 34% en el decil 1 al 56,9% en el decil 10.

#### 2.4.2. Confianza, solidaridad, acción colectiva y cooperación

En este aspecto se indagó la percepción que tienen los hogares sobre los niveles de solidaridad de sus vecinos y la confianza que tienen en ellos.

En el 66% de los casos, los hogares consideran que las personas de su cuadra o vereda estarían dispuestos a ayudar ante una situación de emergencia que se les presente a sus vecinos, mientras que el 16% manifestó estar en desacuerdo. Solamente el 57% de los hogares confía en sus vecinos en tanto que el 19% desconfía de ellos.

Frente al tipo de cooperación que estaría dispuesto a hacer para emprender un proyecto que beneficie a muchas personas de su cuadra o vereda, el 87% manifestó que apoyaría con tiempo, el 69% con dinero y el 82% en especie. En el caso del aporte de dinero se presentaron diferencias en relación con el decil de ingresos al que pertenecen los hogares, siendo más alto el porcentaje para los deciles 9 y 10 con el 73,8% y 78% respectivamente.

De otra parte, en el 20% de los hogares se afirmó positivamente que durante el último año alguno de sus integrantes participó en el desarrollo de alguna actividad en beneficio de las personas de la cuadra o de la vereda. De este grupo, el 37% participó sólo una vez, el 25% hasta dos veces, el 15% hasta tres veces, el 7% hasta 4 veces y el restante participó cinco veces o más.

En cuanto a la percepción que tienen sobre las posibilidades de cooperación de sus vecinos frente a algún problema que se presente con el suministro de agua, el 60% manifestó una alta probabilidad, el 15% una baja probabilidad y el 8% ninguna probabilidad.

En este aspecto se observa que aunque las percepciones y creencias frente a las posibilidades de realización de acción colectiva, en la práctica, son muy pocos quienes se vinculan efectivamente a este tipo de procesos. De igual manera es más alta la percepción que tienen frente a la posibilidad de cooperar con algún miembro de la comunidad que tenga un problema individual respecto a los problemas colectivos.

## 2.5. Migración y movilidad

El 69,3% de los hogares reportó que durante los últimos 5 años (desde 2003) había residido de manera permanente en el lugar donde fue encuestado.

Al comparar por departamento, se encuentran diferencias en cuanto a la permanencia. Así, Boyacá registra la mayor proporción de hogares que han permanecido en el mismo sitio durante el periodo indagado con el 80,7%, seguido de Córdoba con el 79,2% y Sucre con el 78,5%.

Por el contrario, son los hogares de Guaviare, Vichada y Caquetá, los que han reflejado los menores niveles de permanencia, con proporciones del 54,3%, 55,6% y 57% respectivamente.

Para aquellos hogares que reportaron no haber permanecido en el mismo sitio durante ese periodo, se indagó por el lugar de procedencia y se encontró que el 81,2% se movilizó dentro del mismo municipio, tanto entre zonas urbanas como entre las zonas rurales y urbanas. Por su parte, el 18,3% de los hogares llegó a esos sitios provenientes de otros municipios dentro del mismo departamento o de otros.

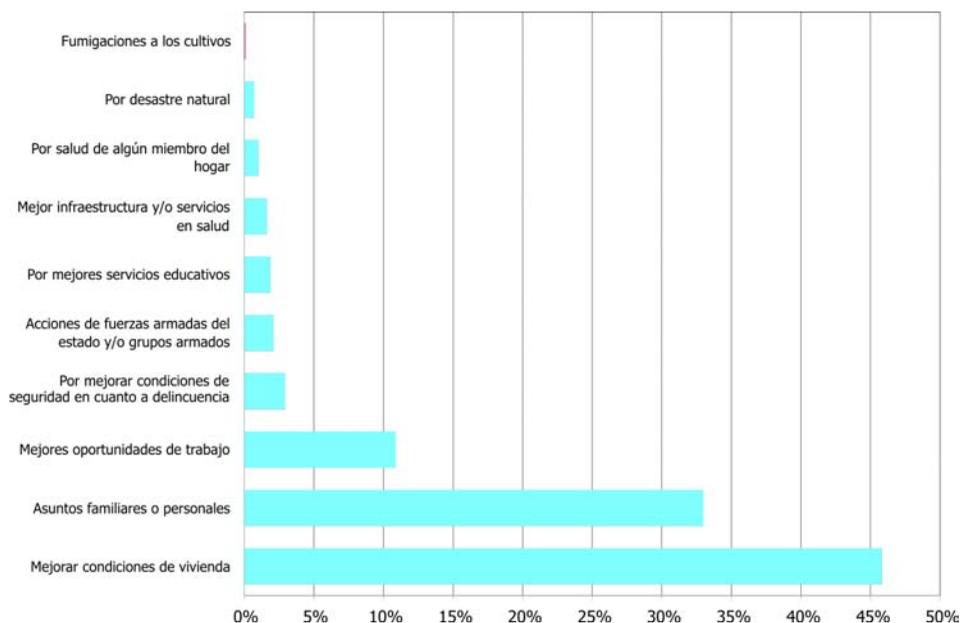
Estas cifras son diferentes a las reportadas por el Censo DANE —2005—, en el cual la permanencia en el mismo municipio correspondió al 92,2% y la procedencia de otros municipios fue del 7,6%. Es de aclarar que en el Censo se consideró el mismo periodo de tiempo.

Cotejando por departamento se encuentra que Cundinamarca ocupa el primer lugar, con la mayor proporción de hogares que ha migrado desde otros municipios dentro del departamento, con el 18,8%, seguido de Antioquia con el 15,9% y Santander con el 15,4%.

Por su parte, la proporción de hogares que migraron desde otros departamentos fue mucho mayor para el departamento de Vichada con 32,4%, seguido de Guainía con 25,8% y Vaupés con 22,3%.

Estos hallazgos sugieren que durante los últimos dos años ha habido una mayor migración de la población en el territorio colombiano.

De igual manera se indagó por la principal razón que motivó la salida de los hogares del último lugar donde habitaron y se encontró en primer lugar el deseo por mejorar las condiciones de vivienda en 45,8% de los casos, seguido de asuntos familiares en un 33,0% y en tercer lugar por mejores oportunidades de trabajo con el 10,9%. En contraste, dentro de las razones menos frecuentes se encuentran los desastres naturales, fumigación de cultivos, mejoría de servicios educativos o de salud (ver gráfica 7).

**Gráfica 7. Principal razón por la que salió del último lugar en que vivió**

Cuando se analizan las razones por departamento, algunos factores que a nivel del país mostraron bajas proporciones, se incrementan en algunas zonas. Tal es el caso de la movilidad o migración generada por grupos armados ilegales, en el que es más alta para Putumayo (8,7%), Arauca (6,5%), Guaviare (5,7%), Guainía (5,4%) y Vichada (5,3%).

En cuanto a la mejoría de las condiciones de seguridad, esta proporción fue más alta en los departamentos de Magdalena (7,2%), Cundinamarca (5,7%) y Boyacá (4,8%).

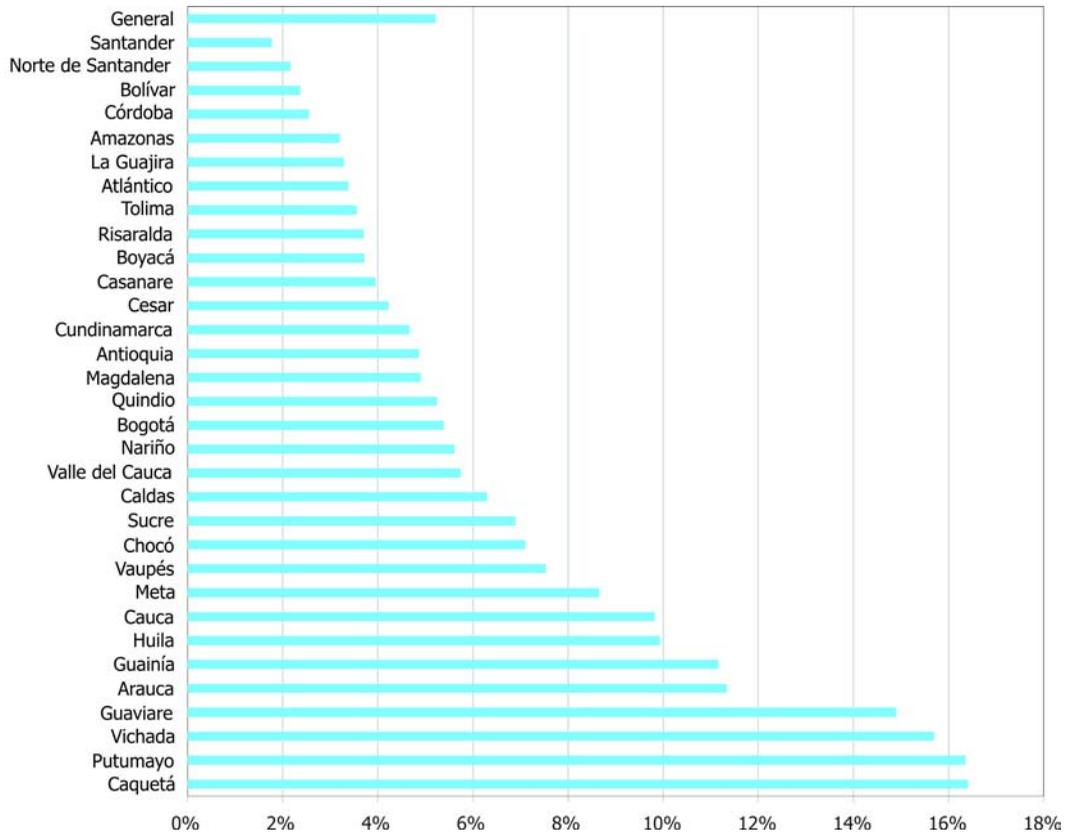
Por mejorar servicios educativos, se destacan aquellos residentes en Vaupés (4,2%), Amazonas (3,9%) y Caquetá (3,8%). Por mejorar infraestructura o servicios de salud se encuentran en primer lugar La Guajira (9,1%), Vichada (5,5%) y Vaupés (5,1%). Por salud de algún miembro del hogar encontramos a Risaralda (3,0%), Caldas y Vichada (2,2%).

De manera complementaria, se indagó cuántas veces se habían cambiado de residencia en los últimos cinco años y si alguno de estos cambios había sido originado por amenazas a su vida o a la de alguien del hogar, por parte de grupos armados. El 5,2% de los hogares residentes respondió afirmativamente, encontrándose diferencias importantes por departamento.

Así, en Caquetá, Putumayo y Vichada alrededor del 16% de los hogares se cambió de residencia como consecuencia de las amenazas de grupos armados, seguido de Guaviare con 14%, Arauca y Guainía con 11% (ver gráfica 8).

Los departamentos de Santander, Norte de Santander, Bolívar y Córdoba registraron los porcentajes más bajos de hogares que se trasladaron por esta causa, con porcentajes inferiores al 2,5%.

**Gráfica 8. Cambios de residencia originados por amenazas de grupos armados, en departamentos con % mayores al promedio nacional**



### 3. PERSONAS

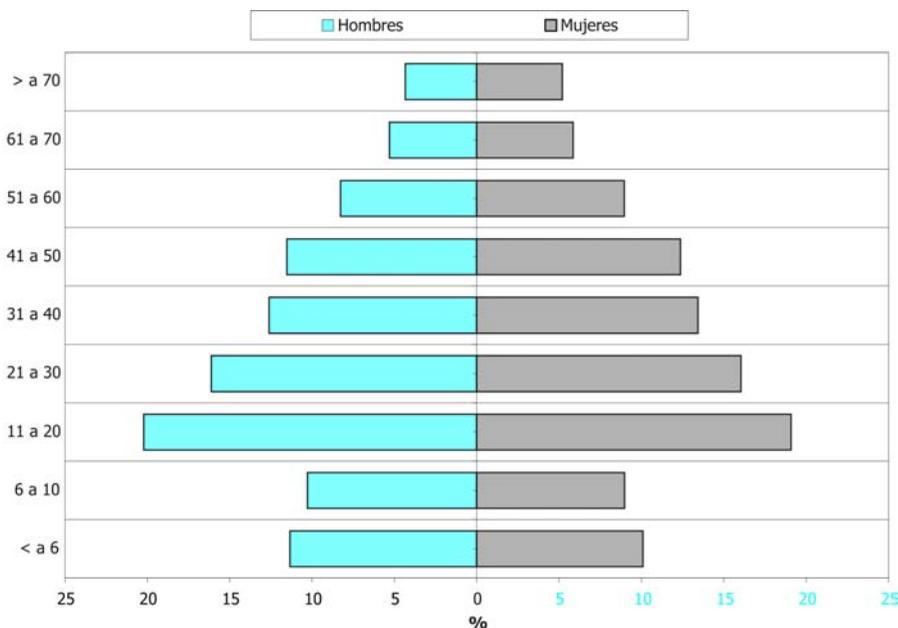
En esta sección se tuvo en cuenta aspectos relacionados con la distribución de la población, estado civil, parentesco de los miembros del hogar, educación y fuerza de trabajo.

Asimismo, se determinó la participación de la mujer en las decisiones de pareja, en cuanto a autonomía, decisiones sobre gastos y coparticipación en el cuidado de los hijos.

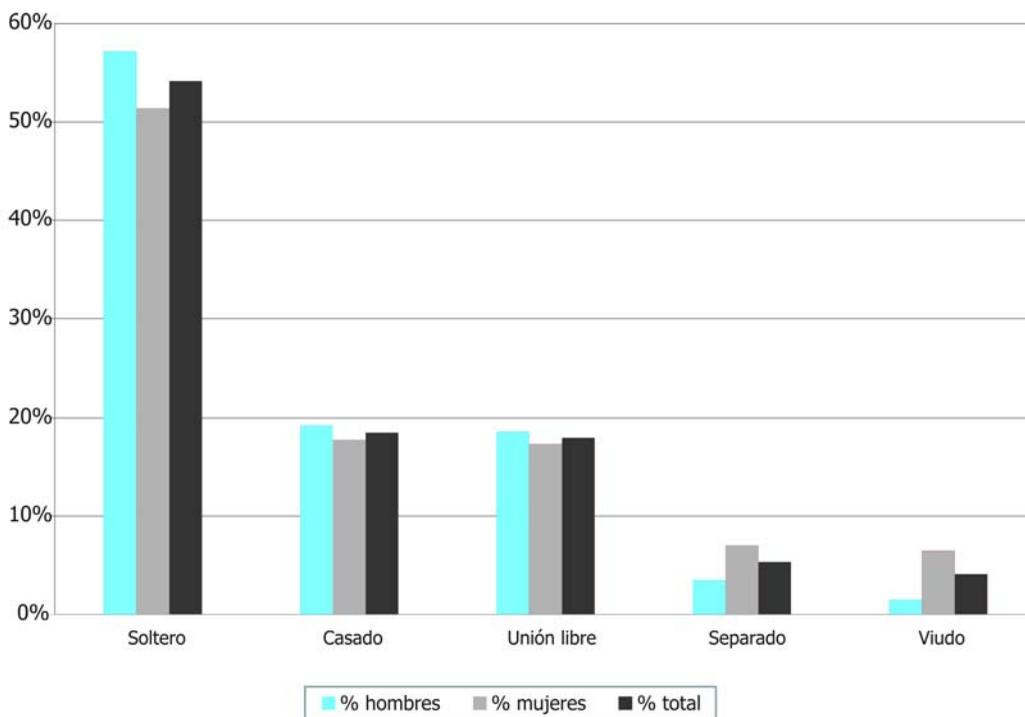
#### 3.1. Distribución de la población por edad y género

El total de personas encuestadas es representativo de 43.536.639, de los cuales el 47,5% son hombres y el 52,5% mujeres. Esta distribución presenta ligeras diferencias con los datos reportados por el Censo DANE —2005—, que reflejó un 49% de hombres y un 51% de mujeres.

**Gráfica 9. Pirámide poblacional hogares encuestados ENS 2007**



**Gráfica 10. Distribución del estado civil, general y discriminado por género**



Tanto para los hombres como para las mujeres se observa la mayor proporción en los menores de 20 años, pues en estas edades se ubica el 40% del total de personas, observándose una población en transición ya que en la medida en que incrementa la edad, disminuyen progresivamente los porcentajes de participación tanto para hombres como para mujeres.

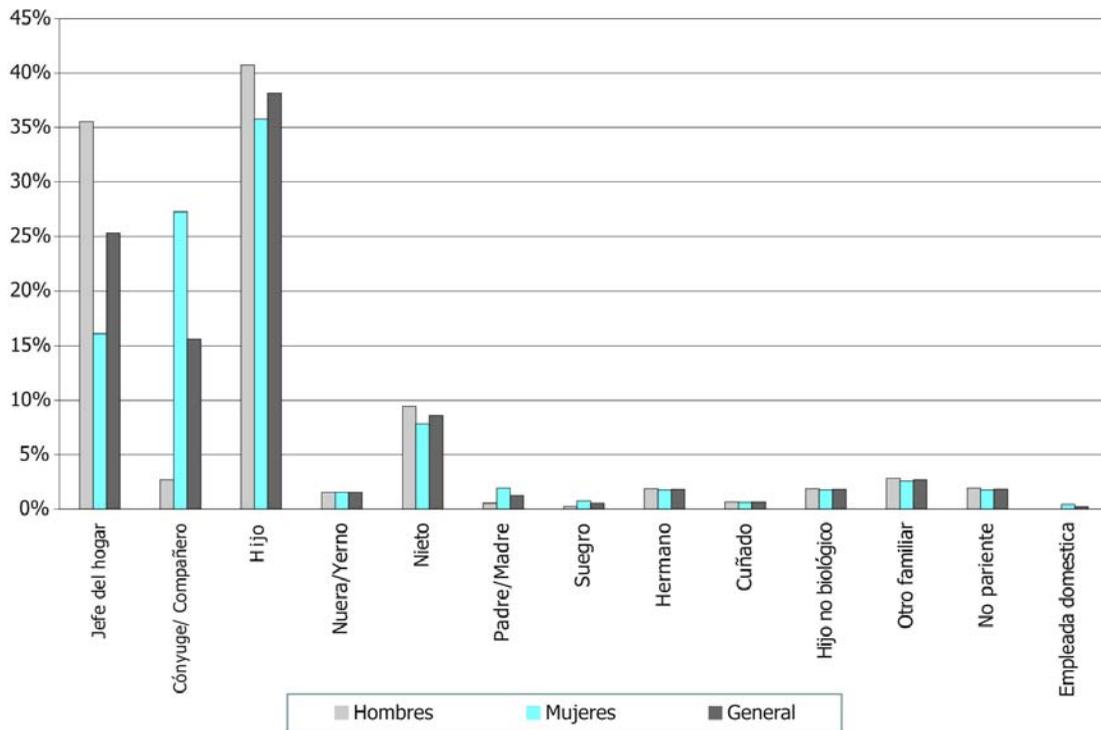
### 3.2. Estado civil

El 54% de la población reportó ser soltera, el 18,5% casada y el 17,9% informó estar viviendo en unión libre. Por su parte, la proporción de personas separadas y viudas fue del 5,3% y del 4,1%, con una participación mucho mayor dentro de las mujeres (ver gráfica 10).

### 3.3. Parentesco de los miembros del hogar

Como se observa en la gráfica 11 tener la condición de hijos representa el mayor porcentaje de los miembros del hogar, seguido de los jefes de hogar y cónyuges. Llama la atención la presencia de un 8% de miembros en condición de nietos lo que estaría indicando la convivencia de los padres con los hijos que han conformado su hogar o que son madres o padres solteros (ver gráfica 11).

**Gráfica 11. Distribución del parentesco de los miembros del hogar, general y discriminado por género**



Al analizar de manera particular las condiciones de jefatura para hombres y mujeres, se destaca en el departamento de Arauca una mayor proporción de mujeres jefes de hogar (21%), respecto de los hombres en este rol (31%). Situación similar se presenta en el departamento de Putumayo y Risaralda.

Bogotá se destaca con una mayor proporción de hombres (37%) y mujeres jefes de hogar (18%) respecto del nivel nacional, situación asociada probablemente a la mayor presencia de hogares unipersonales y a la menor presencia de otros miembros no pertenecientes a la familia nuclear.

Las condiciones de jefatura también son diversas en Casanare, donde la proporción de hombres jefes de hogar es mucho mayor que el total nacional, con menor presencia de mujeres en este rol: con un 43% y un 15% respectivamente.

Al analizar la jefatura de hogar según género y estado civil, encontramos que aquellos hogares donde predomina la jefatura masculina, en el 86,8% de los casos están acompañados por cónyuge o compañera. Por el contrario, en los hogares de jefatura femenina, la mayor proporción, 78,9%, corresponde a mujeres solas: viudas, separadas y solteras (ver tabla 8).

**Tabla 8. Jefatura de hogar según género y estado civil**

Género del jefe de hogar	Estado civil				
	Casado (a)	Unido (a)	Separado (a)	Viudo (a)	Soltero (a)
Hombre	46,8	40,0	4,3	2,8	6,1
Mujer	9,5	11,5	27,1	27,2	24,6
<b>General</b>	<b>34,4</b>	<b>30,5</b>	<b>11,9</b>	<b>10,9</b>	<b>12,3</b>

### 3.4. Educación

Estos aspectos fueron estudiados para la población mayor de 5 y hasta los 69 años de edad.

Una primera mirada sobre el acceso a educación tiene que ver con el ingreso y permanencia en el sistema educativo para la población en edad escolar; la cual se mide a través de las tasas de asistencia por grupo de edad.

Como se muestra en la tabla siguiente, las tasas de asistencia escolar dentro de la población estudiada, en general son altas cuando se comparan con las tasas de asistencia registradas para el Censo de 2005, y en especial para la población con edades inferiores a los 18 años.

Al comparar por género, se evidencia que la asistencia escolar es mayor en las mujeres que en los hombres especialmente entre los 6 y los 17 años, así como en el grupo de 50 a 49 años (ver tabla 9).

Al indagar por las razones de no asistencia, aun cuando éstas son variadas, se destacan en particular cuatro predominantes. La primera, corresponde a los costos educativos y a la falta de dinero (22%), la segunda a las responsabilidades familiares (21,9%), la tercera a la falta de tiempo (15,2%) y la cuarta a la necesidad de trabajar (15,1%). El 8,5% de la población considera que ya no está en edad de estudiar y al 9,3% no le gusta estudiar.

Teniendo en cuenta la edad, la prioridad en las razones de no asistencia difieren. Así, para los menores entre 6 y 11 años de edad, los costos educativos y la falta de dinero fue la primera causa con el 20%, la segunda, porque no le gusta o no le interesa el estudio con el 13%, la tercera porque no existe centro educativo cercano con el 12%, la cuarta porque tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual con el 11%, porque necesita educación especial el 10%, por falta de cupos el 8% y por enfermedad el 7%.

**Tabla 9. Asistencia escolar por rangos de edad y género**

Edad	Hombres que asisten		Mujeres que asisten		Total que asisten		Censo DANE 2005	
	No.	%	No.	%	No.	%	Edad	%
6 - 11 años	2.461.422	95,5	2.402.592	96,8	4.864.014	96,2	6-10	90,7
12 - 17 años	2.156.963	83,5	2.369.067	86,2	4.526.030	84,9	11-17	79,9
18 - 29 años	910.820	23,1	1.096.796	23,0	2.007.616	23,0	18-26	24,0
30 - 39 años	120.477	5,1	168.914	5,3	289.391	5,2	27 y más	3,3
40 - 49 años	52.308	2,1	64.004	2,1	116.312	2,1		
50 - 59 años	16.019	0,9	29.768	1,4	45.788	1,2		
60 - 69 años	8.158	0,7	8.430	0,6	16.589	0,6		
<b>General</b>	<b>5.726.167</b>	<b>34,1</b>	<b>6.139.572</b>	<b>31,1</b>	<b>11.865.739</b>	<b>32,5</b>		

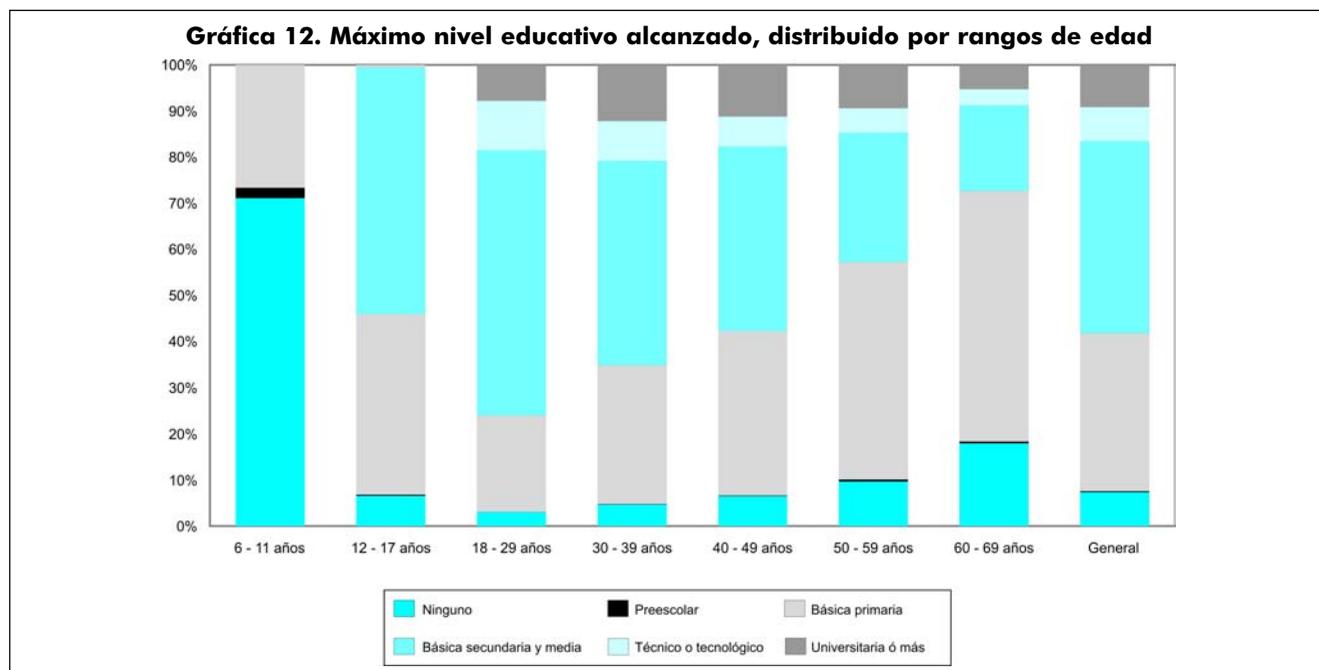
Considerando todos aquellos factores relacionados con la oferta, disponibilidad y acceso al servicio educativo, para los niños y niñas entre los 6 y 11 años de edad, en el 52% de los casos la no asistencia se debe a problemas con la oferta.

Para quienes tienen entre 12 y 17 años, la principal razón de no asistencia es porque no les gusta o no les interesa el estudio, en el 29% de los casos, seguido de los costos educativos y la falta de dinero con el 21%, las responsabilidades familiares con el 12% y porque necesita trabajar con el 8%. En este grupo, las causas de la no asistencia escolar están relacionadas principalmente con razones personales.

Para la población entre los 18 y 29 años, la principal causa para no estudiar es el costo educativo y la falta de dinero en el 24%, las responsabilidades familiares con el 22%, la necesidad de trabajar con el 16% y la falta de tiempo con el 16%.

En la población con 6 años y más, el nivel educativo más alto alcanzado fue el de básica secundaria y media, seguido de la educación básica. El 7,4% de las personas no culminó ningún nivel educativo y los porcentajes de acceso a la educación postsecundaria son significativamente mucho más bajos.

Al analizar el nivel educativo teniendo en cuenta la edad, como se observa en la gráfica siguiente, para los niños y niñas entre los 6 y 11 años, el mayor nivel educativo es la primaria, entre los 12 y 17 años es la básica secundaria, aunque cerca del 40% refirió como nivel máximo la primaria. Para las edades entre 18 y 29 años se encuentra que el 18,5% alcanzó niveles educativos posteriores a la básica secundaria y media (ver gráfica 12).



Otro aspecto indagado fue la repitencia escolar, preguntando a las personas si habían repetido algún año. Así, el 25,3% respondió afirmativamente. Teniendo en cuenta la edad, se observa que las tasas de repitencia son menores en el grupo de 6 a 11 años (15,8%) y de los mayores de 59 años (16,7%). Las tasas más altas se observan en el grupo de 30 a 39 años (36,7%), de 12 a 17 (32,8%) y de 18 a 29 años (30,3%).

### 3.5. Fuerza de trabajo

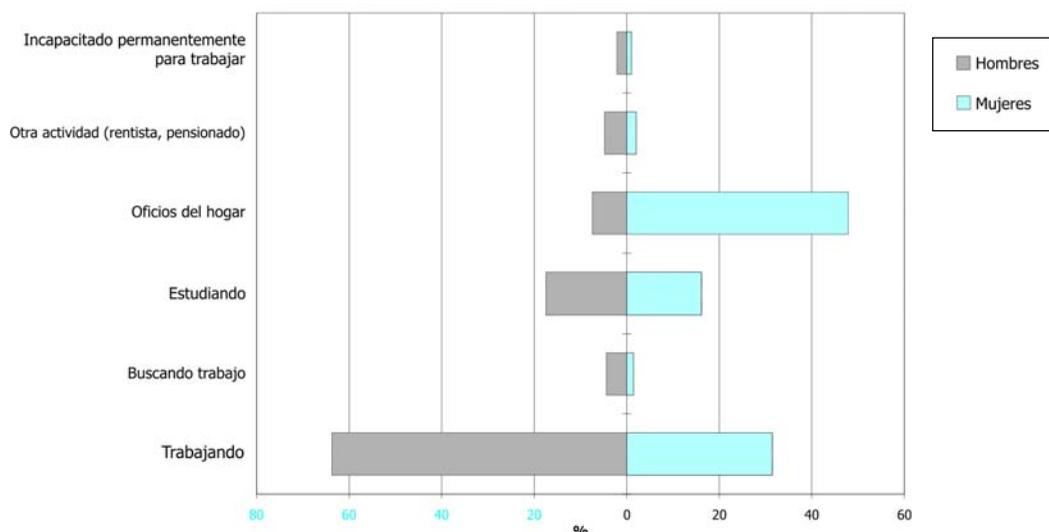
#### 3.5.1. Actividad en que se ocupó la mayor parte la semana anterior

Las personas con edades entre los 12 y 69 años informaron haber ocupado la mayor parte de su tiempo la semana anterior trabajando, en oficios del hogar o estudiando principalmente. Al cotejar por edad, son las personas entre los 30 y 49 años de edad quienes se encuentran en la mayoría ocupados trabajando (64,5%). Los menores entre 12 y 17 años se dedicaron en esencial a estudiar (76,3%) y las personas con 60 años y más a oficios del hogar u otras actividades (rentistas o pensionados). En el grupo de 18 a 29 años, cerca de la mitad refirió estar trabajando, otros dedicados a oficios del hogar o estudiando.

El 2,8% del total de la población entre los 12 y 69 años refirió estar buscando trabajo. Considerando la edad, entre los 18 y 29 años el porcentaje de quienes buscan trabajo fue del 4,6% y entre los 30 y 39 años fue del 3,1%, para las demás edades el porcentaje fue inferior al total nacional.

Al realizar el análisis teniendo en cuenta la actividad realizada la mayor parte del tiempo en la última semana por género, se encuentran diferencias importantes entre hombres y mujeres. Se refleja una mayor dedicación de los hombres como trabajadores en tanto que las mujeres se dedican en esencial a las actividades del hogar y en menor medida a trabajar, como se observa en la gráfica 13.

**Gráfica 13. Comparativo por género de la principal actividad realizada la mayor parte del tiempo en la última semana (12 a 69 años)**



### 3.5.2. Diligencias de búsqueda de trabajo o para instalar un negocio

Se indagó dentro de la población con 18 años y más si durante las últimas cuatro semanas hizo alguna diligencia para conseguir algún trabajo o instalar un negocio. En total el 7,2% de la población respondió afirmativamente. Por grupo de edad, se encontraron diferencias importantes: así, entre los 18 y 29 años, la proporción de quienes realizaron diligencias con los fines indagados fue del 13,5%, para las personas entre los 30 y 39 años fue del 13,0% y para aquellos con edades de 40 a 49 años fue del 9,5%. A partir de esta edad la proporción disminuye progresivamente, siendo inferior en el grupo de mayores de 60 años, con el 2,7%.

### 3.5.3. Posición ocupacional

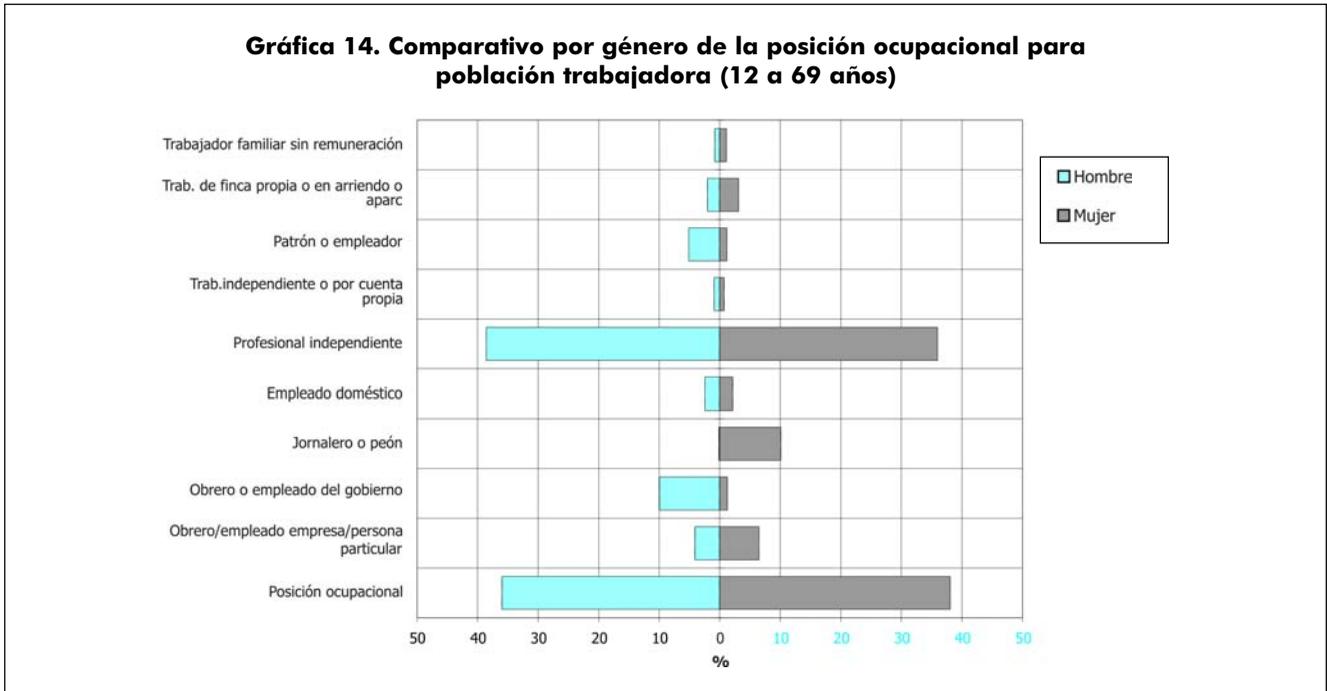
Para las personas entre los 12 y 69 años, que manifestaron estar trabajando, se encontró una mayor proporción de quienes se ocupan como trabajadores independientes con el 37,5%, seguida por quienes trabajan como empleadas de empresas particulares con el 36,8%. En menores proporciones se encuentran los jornaleros o peones con el 6,4%, seguida por quienes se ocupan como empleados del gobierno con el 5,1% y empleadas domésticas con el 4,2%.

La posición ocupacional para hombres y mujeres es muy similar, como se muestra en la gráfica siguiente. Se destacan diferencias en cuanto a empleado doméstico que en su totalidad corresponde a mujeres; en cuanto a los empleados públicos la mayor la proporción corresponde a mujeres. En la posición de jornalero o trabajador de finca donde predominan los hombres.

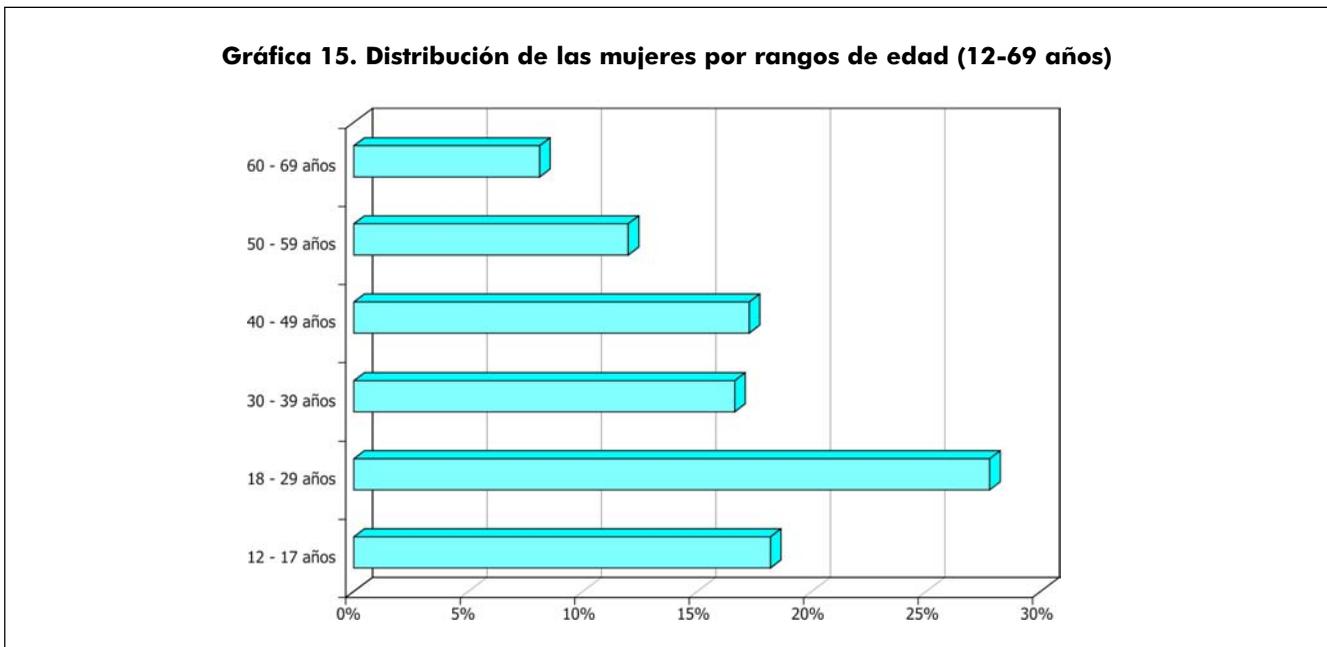
Como se muestra en la gráfica 14 la proporción de mujeres empleadas de empresas privadas es ligeramente mayor en contraste con trabajadores independientes en la que predominan los hombres.

### 3.6. La mujer y su participación en las decisiones de pareja

Este análisis es representativo del total de mujeres entre 12 y 69 años (17.280.204 según resultados de expansión de la muestra).



Como se observa en la gráfica siguiente, la mayor proporción de mujeres se ubica por debajo de los 30 años (46,8%).



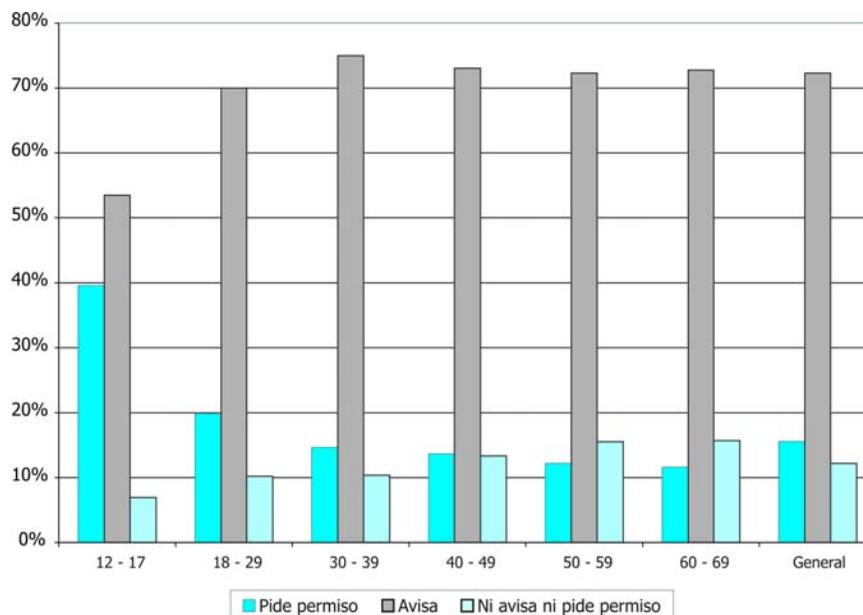
Del total de mujeres entre los 12 y 69 años, el 48,3% es casada o vive en unión libre. La proporción de mujeres en esta condición se encuentra entre los 30 y 39 años (65,3%), seguido de aquellas con edades entre 40 y 49 (63,3%) y en tercer lugar, aquellas con 50 años y menores a 60 (58,7%). El 4,2% de las mujeres con edades entre los 12 y 17 eran casadas o vivían en unión libre. Para las demás edades la proporción fue similar al promedio.

El 94,3% de las mujeres con pareja (esposo o compañero), reportó tener hijos o hijas. Teniendo en cuenta la edad, para las mujeres con pareja entre los 12 y 17 años, la proporción de quienes tienen hijos fue del 42,6%. En el grupo de mujeres entre los 18 y 29 años con pareja, el 90% tenía hijos o hijas. Para las demás mujeres con pareja, el porcentaje de aquellas con hijos se ubicó entre el 96% y 97%.

### 3.6.1. Autonomía

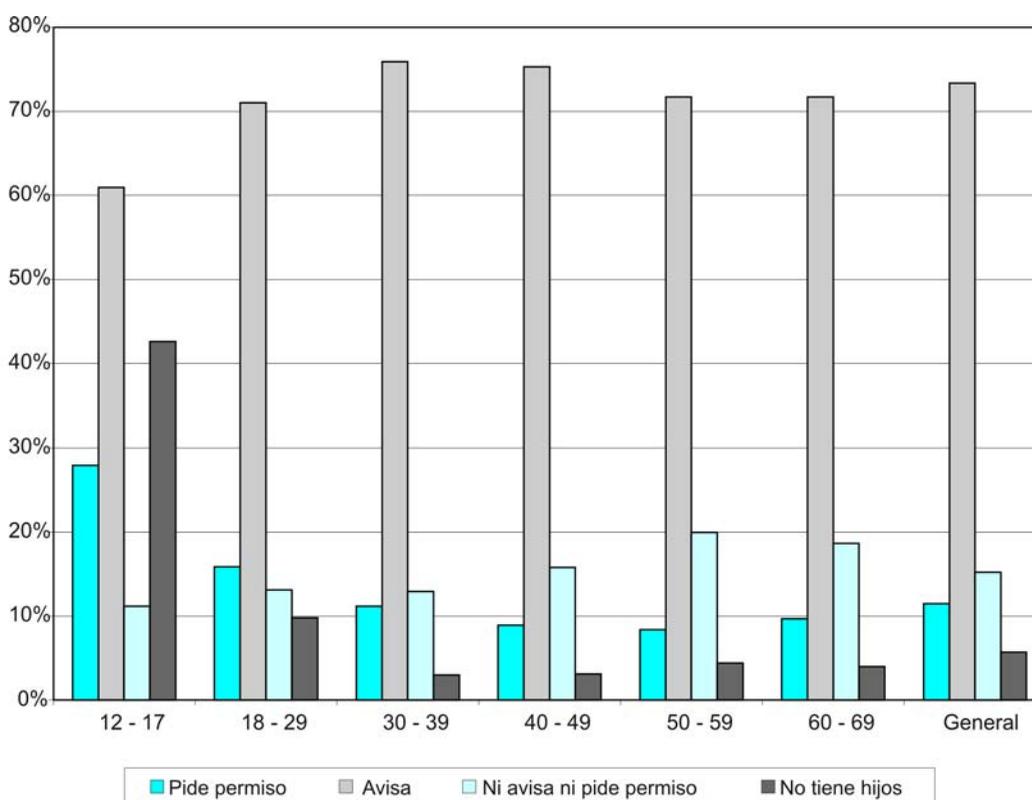
El 72% de las mujeres casadas o en unión libre con edades entre los 12 y 69 años, no depende de la autorización de su cónyuge para salir solas, el 15,6% sí pide permiso y el 12,2% ni avisa ni pide permiso. Para las esposas o compañeras que son menores de edad, la situación cambia drásticamente, pues un 40% de ellas depende del permiso de la pareja para salir, así mismo son las que en menor proporción refieren salir sin avisar con un 6,9%. Se evidencia una relación de sustitución entre las opciones de pedir permiso y salir sin avisar, en la cual ésta última aumenta progresivamente con la edad mientras que la otra disminuye. También es importante resaltar que la práctica de avisar es más o menos similar en todas las edades a partir de los 18 años (ver gráfica 16 y el comportamiento por subregiones en tabla 6 del anexo 4).

**Gráfica 16. Autonomía de las mujeres con pareja para salir solas (12-69 años)**



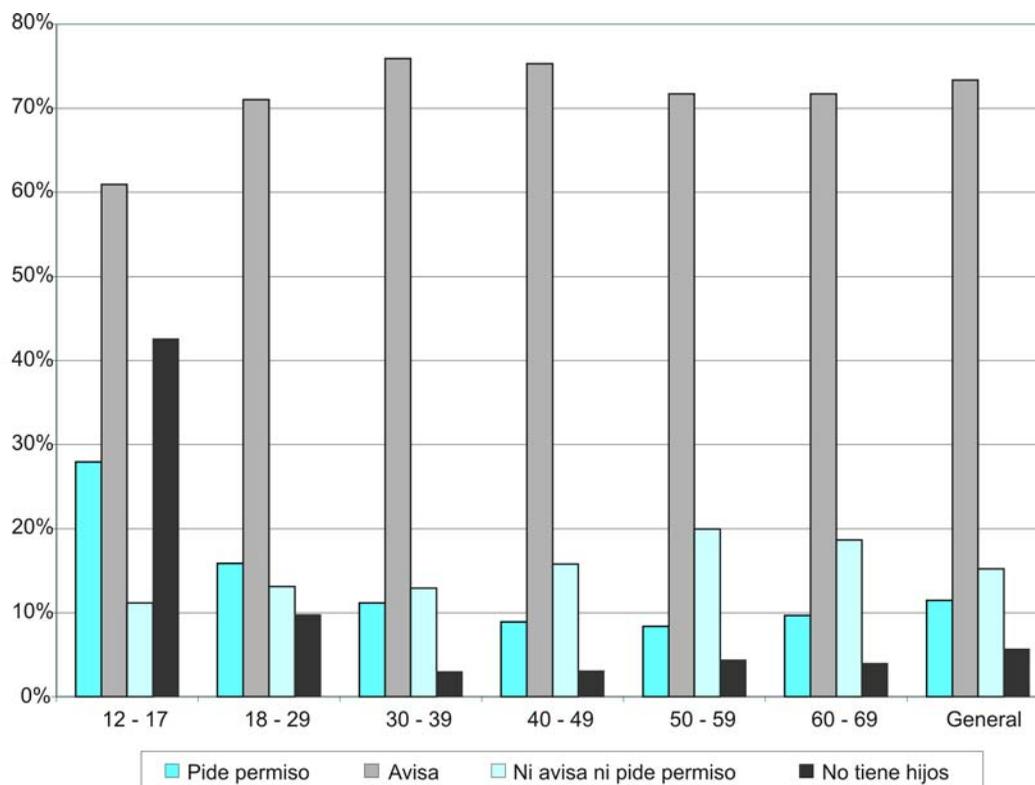
Situación similar ocurre cuando se analiza la autonomía de las mujeres para salir con sus hijos e hijas. El 73% avisa a su pareja, el 15% ni avisa ni pide permiso y el 11% pide permiso. Como se observa en la gráfica siguiente a menor edad, menor autonomía, pues aquellas mujeres menores de edad con pareja y con hijos, en cerca de un 30% requieren del permiso de sus esposos o compañeros lo mismo que el 16% de las mujeres entre 18 y 29 años. Por el contrario, se observa que la condición de salir sin avisar aumenta progresivamente con la edad (ver gráfica 17).

**Gráfica 17. Autonomía de las mujeres con pareja para salir con los hijos (12-69 años)**



A diferencia de los dos casos anteriores, la autonomía de las mujeres con pareja para realizar gastos diarios parece ser mayor, teniendo en cuenta que el porcentaje de quienes no avisan ni piden permiso para ello es mayor a lo reportado en esta opción cuando se trata de salir solas o salir con los hijos. Así, el 22% manifestó que para hacer gastos no avisaban ni pedían permiso; el 62,8% avisa y el 11,6% pide permiso a la pareja (ver gráfica 18). Las mujeres menores de edad siguen siendo aquellas con menor autonomía, pues en mayor medida deben pedir permiso a la pareja y son también las que en mayor proporción no realizan gastos (9,6%).

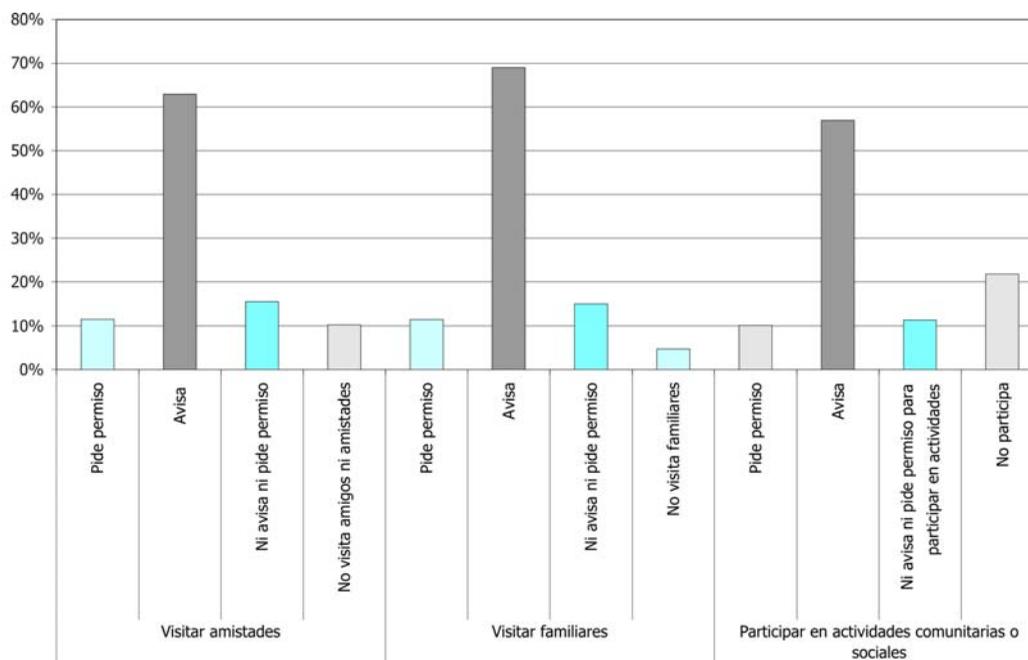
**Gráfica 18. Autonomía de las mujeres con pareja (%) para hacer gastos cotidianos (12-69 años)**



Otros aspectos relacionados con la autonomía de las mujeres con pareja y con sus posibilidades de mantener o incorporarse a redes sociales y de participación fueron otros aspectos relacionados con la autonomía de las mujeres con pareja y con sus posibilidades de mantener o incorporarse a redes sociales y de participación fueron indagados en este estudio. Se consideraron las visitas o encuentros con amigos, familiares y vinculación a acciones y organizaciones de participación comunitaria.

En primer lugar encontramos que el 21,8% de las mujeres con pareja no participa en ningún tipo de actividades u organizaciones de carácter comunitario, el 10,1% no visita amigos o amigas y el 4,6% no visita a familiares. Teniendo en cuenta la edad, se mantienen las condiciones de menor autonomía pero además de menor realización de este tipo de actividades en las mujeres menores de edad y en las más jóvenes hasta los 29 años (ver gráfica 19 y el comportamiento por subregiones en la tabla 7 del anexo 4).

**Gráfica 19. Autonomía de las mujeres con pareja para visitar amigos, familiares y participar en actividades comunitarias (12-69 años)**



La autonomía pareciera ser una condición que se adquiere poco a poco con la edad. En general, alrededor del 10% de las mujeres depende del permiso de sus esposos o compañeros para salir solas, con sus hijos, a visitar amigos, familiares o participar en actividades comunitarias.

### 3.6.2. Decisiones sobre gastos

En este apartado se analiza el nivel de participación y autonomía de las mujeres con pareja en la toma de decisiones sobre gastos importantes en el hogar. A diferencia de los hallazgos anteriores que tenían en cuenta aspectos relacionados con la libertad individual de las mujeres en su posibilidad de construir redes sociales o bien de su autonomía, en este caso se involucran aspectos que serían no sólo del resorte de decisión de las mujeres sino también de sus compañeros o cónyuges o bien de otras personas que conforman el grupo familiar.

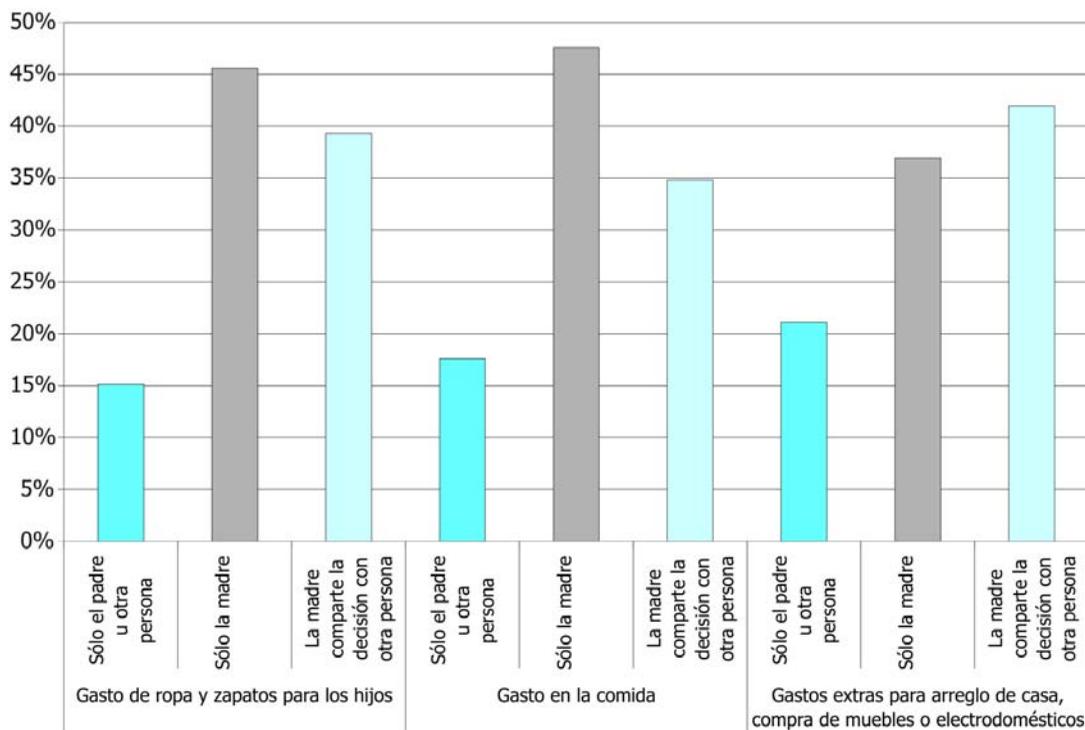
Así, con los gastos de ropa y zapatos para los hijos se observa que es más alta la proporción de casos en los cuales la decisión recae sólo en la madre (45,6%), seguido de la decisión compartida de la madre con otro miembro del hogar (39,3%), y finalmente aquella en la que sólo el padre u otro hombre del hogar u otra mujer del hogar toman la decisión sin la participación de la madre (15,1%).

Respecto al gasto en comida, también se observa la predominancia de la decisión en las mujeres (47,6%), siendo en este caso mayor a los otros tipos de gasto analizados, lo mismo ocurre

para la decisión que recae solamente en los padres u otras personas sin la participación de la madre (17,6%), en contraste con la decisión compartida de la madre con otras personas del hogar (34,8%).

Finalmente, encontramos para los gastos que se refieren a la adquisición de muebles, electrodomésticos u otros gastos extras en el hogar, una mayor participación de los padres solos u otras personas sin la participación de la madre (21,1%) así como de la decisión concertada de la madre con otros miembros de la familia (41,9%), disminuyendo el rol de decisión en las mujeres solas (37,0%).

**Gráfica 20. Participación de las mujeres con pareja (%) en las decisiones sobre los gastos en el hogar (12-69 años)**



En general el papel de la mujer como única decisora es una condición que aumenta progresivamente con la edad, encontrándose la mayor proporción entre los 50 y 59 años. En contraposición, el rol de los padres como únicos decisores o de otros miembros del hogar sean éstos hombres o mujeres, es más alta en aquellos hogares de las mujeres más jóvenes y tal situación disminuye con la edad, alcanzando su nivel más bajo entre los 40 y 49 años, edad a partir de la cual se mantiene en una proporción estable. Por su parte, la decisión compartida es ligeramente mayor en los hogares de las mujeres más jóvenes hasta los 29 años.

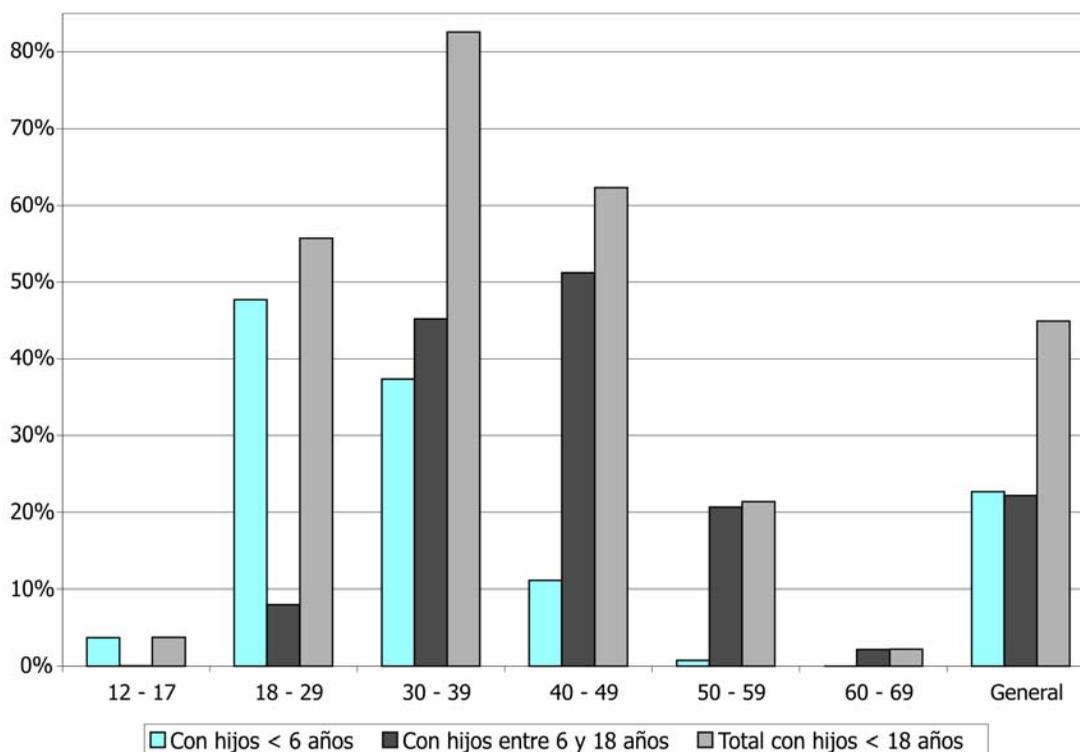
### 3.6.3. Decisiones sobre los hijos y coparticipación en su cuidado

Del total de mujeres casadas o en unión libre, el 44,9% tiene hijos menores de 18 años. Con diferencias importantes por edad: entre los 30 y 39 años el porcentaje de mujeres con hijos menores de 18 años es del 82,6%, entre los 40 y 49 años del 62,4% y entre los 18 y 29 años del 55,7%.

Considerando la edad de los hijos, se encontró que son las mujeres entre los 18 y 29 años quienes en mayor medida tienen hijos menores de 6 años de edad, en tanto que es en el grupo de madres de 40 a 49 años en el que predominan hijos e hijas con edades de 6 a 18 años. Las mujeres con edades entre los 30 y 39 años, tienen mayor número de hijos, es similar la proporción entre los menores de 6 y los mayores de esta edad (ver gráfica 21).

Frente a la pregunta de quién dentro del hogar decide si el hijo o hija tiene que ir o no a la escuela, jardín u hogar comunitario, cuando éstos se rehúsan a hacerlo, en el 54,1% de los casos decide sólo la madre, en el 30% la decisión es compartida entre la madre y otra persona y en el 5,4% decide sólo el padre u otro hombre del hogar.

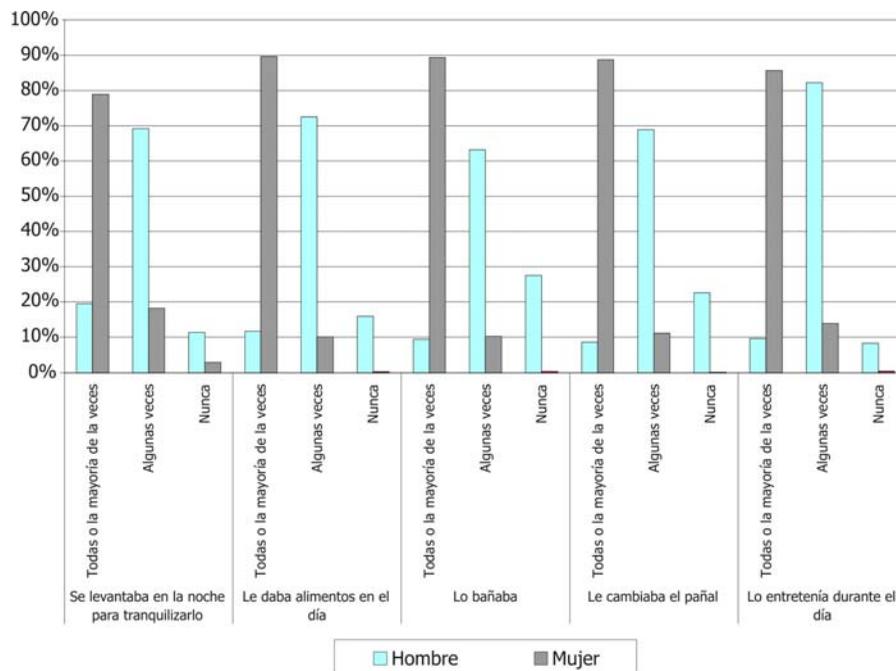
**Gráfica 21. Discriminación (%) por edad de los hijos que viven en el hogar, según rangos de edad de la madre**



Para aquellos hogares donde existen niños y niñas menores de 6 años, se precisan algunos aspectos en relación con la corresponsabilidad entre los padres para su cuidado. Estos aspectos se analizan de forma comparada entre hombres y mujeres.

Como se observa en la gráfica siguiente, la responsabilidad en general de los cuidados y atención dada a los hijos durante el primer año de vida recae esencialmente en las mujeres, todas o la mayoría de las veces (90%) se encargaban de tranquilizarlos en las noches, alimentarlos durante el día, bañarlos, cambiarles el pañal y entretenerlos. Por su parte, los hombres manifestaron una participación ocasional en la realización de este tipo de actividades (70%) y en especial dedicándose a entretener a los hijos durante el día. Alrededor del 10% de los hombres en general, nunca participa en la realización de tales actividades (ver gráfica 22).

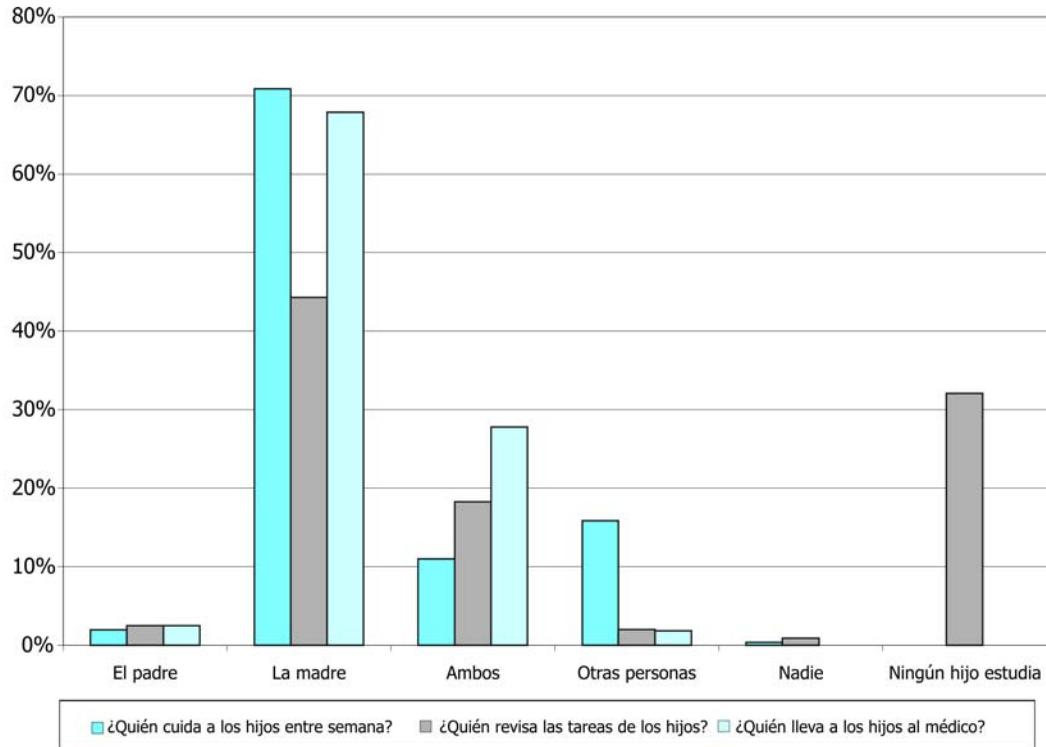
**Gráfica 22. Corresponsabilidad de los padres (%) en el cuidado de los hijos durante el primer año de vida, por género**



El cuidado de los hijos entre semana, revisar las tareas o llevar los hijos al médico son actividades que recaen esencialmente en las mujeres, en cerca del 70% de los hogares. La participación conjunta de los dos padres en estas responsabilidades está alrededor del 19%, en otras personas es cercana al 7% mientras que la vinculación de los padres en estas actividades llega al 2%.

Donde se evidencia una mayor participación de las mujeres es en el cuidado de los hijos entre semana, así como de otras personas, factor asociado al hecho de que la mayor parte de las mujeres se dedica a oficios del hogar (48%). Es en la actividad de llevar a los hijos al médico donde hay mayor corresponsabilidad de ambos padres (ver gráfica 23).

**Gráfica 23. Responsables del cuidado, apoyo escolar y asistencia médica de los menores**



Finalmente, en la dedicación de tiempo a los hijos en los días de descanso, en el 77,6% de los casos se reportó una dedicación de todo el día siendo mayor en las mujeres (90,8%) que en los hombres (56,3%). En el 21,7% de los casos se reportó una dedicación parcial siendo mayor en los hombres (42,3%) respecto de las mujeres (9,0%). El 0,4% de los casos la dedicación fue nula, ligeramente mayor en los hombres (1,4%).

## 4. SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### 4.1. Cobertura de aseguramiento según régimen

La encuesta de hogares dispone de un conjunto de preguntas que abordan los principales temas de la población, en relación con el Sistema de Seguridad Social en Salud. Entre estos aspectos se interroga la condición de aseguramiento, las características de la población afiliada y no afiliada. Asimismo, se especifican las condiciones de percepción de estado de salud y las variables de utilización de servicios. Por último, se consideraron diferentes ítems de gasto en servicios de salud para aquella población que debió incurrir en gasto de bolsillo, para la obtención total o parcial de los diferentes servicios.

La cobertura de afiliación a los diferentes regímenes se estimó con base en lo declarado o reportado por las personas, sin que se constatará mediante revisión del carné de afiliación u otro medio.

**Tabla 10. Distribución de la población (totales) según afiliación declarada al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Régimen	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
Régimen Contributivo	7.482.610	8.670.636	16.153.246	37,10
Régimen Subsidiado	7.825.175	9.039.483	16.864.658	38,74
Régimen Especial	695.321	806.097	1.501.419	3,45
Ninguno	4.307.287	4.111.179	8.418.466	19,30
Sin especificar	367.796	231.719	599.515	1,38
<b>Total</b>	<b>20.678.189</b>	<b>22.859.114</b>	<b>43.537.303</b>	<b>100,00</b>

Se presentaron proporciones y cifras absolutas de afiliados según régimen declarado lo que permitió tener otro elemento para evaluar mejor la estimación de coberturas de afiliación dados los diferentes sesgos que se tienen con la medición realizada a partir de las fuentes disponibles. Entre los sesgos se encontraron los siguientes: unas fuentes midieron la cobertura según la base única de afiliados (BDUA), la cual puede estar subestimada por la falta de actualización, en otras se registraron los subsidios asignados a municipios que no midieron afiliación propiamente sino capacidad máxima de afiliación al subsidiado y, en otros casos, se registró la población sisbenizada que únicamente determina la potencialidad del derecho (ver tabla 10).

Para la población expandida según DANE 2007, el régimen contributivo tenía algo más de 16.000.000 de personas afiliadas, mientras que el régimen subsidiado casi 17.000.000. La población de género femenino, es predominante en los diferentes grupos de aseguramiento, mientras que la masculina predomina en la población sin aseguramiento. Como lo indica la tabla, y según la encuesta, alrededor de 8.000.000 personas se perciben como no aseguradas en la categoría de otros aparece población que refirió tener algún tipo de cobertura pero no fue capaz de individualizar el régimen y un porcentaje importante de población que se consideró a sí misma como desplazada y tampoco individualizó un régimen en particular.

## 4.2. Cobertura de aseguramiento según ingreso

En esta sección se contrastó la afiliación declarada de aseguramiento con el ingreso familiar. Éste se midió como el agregado de los ingresos laborales y no laborales de los integrantes del hogar. El periodo de acumulación para el ingreso familiar fue el último mes, previo a la encuesta. Para poder realizar un análisis de la relación entre el ingreso y las condiciones de aseguramiento, se distribuyó la población según decil de ingreso. El primer decil estimado tiene el ingreso mínimo de menos de \$130.000, y el decil 10 está por encima de \$1.700.100, en todos los casos como ingreso familiar<sup>4</sup> (ver tabla 11).

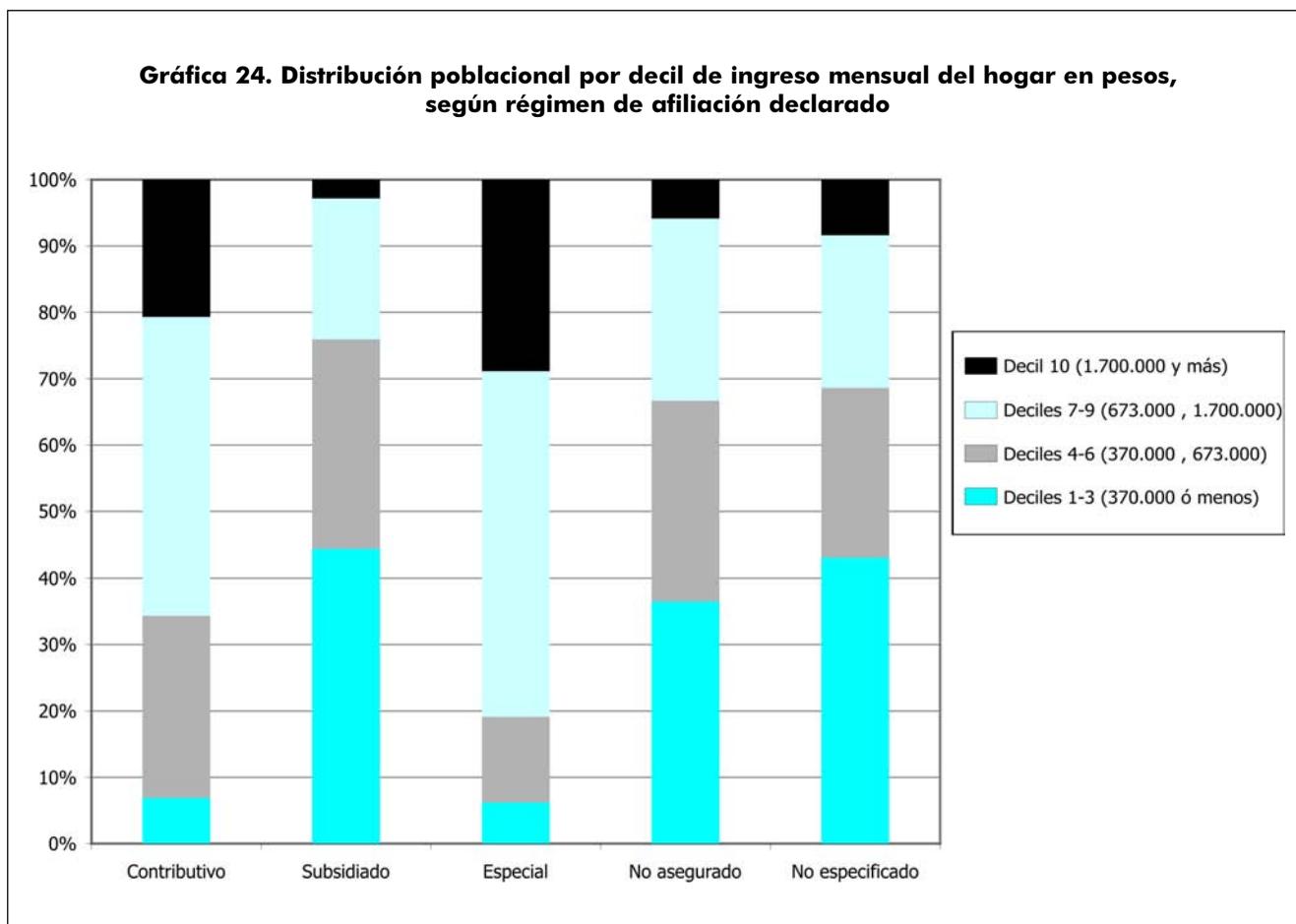
**Tabla 11. Deciles de ingreso mensual de las familias 2007**

Decil	Ingreso Mínimo (\$)	Ingreso Máximo (\$)
1	-	130.000
2	132.000	250.000
3	252.000	370.000
4	371.000	433.700
5	433.750	500.000
6	500.090	673.700
7	674.000	867.400
8	867.600	1.133.000
9	1.133.200	1.700.000
10	1.700.100	-

4 Para distinguir la población que no refiere ingreso, en la presentación de la tabla se decidió eliminar del análisis, todas aquellas personas que no refieren ingresos pero sí indicaban algún nivel de contribución como es el caso de la población afiliada al régimen contributivo.

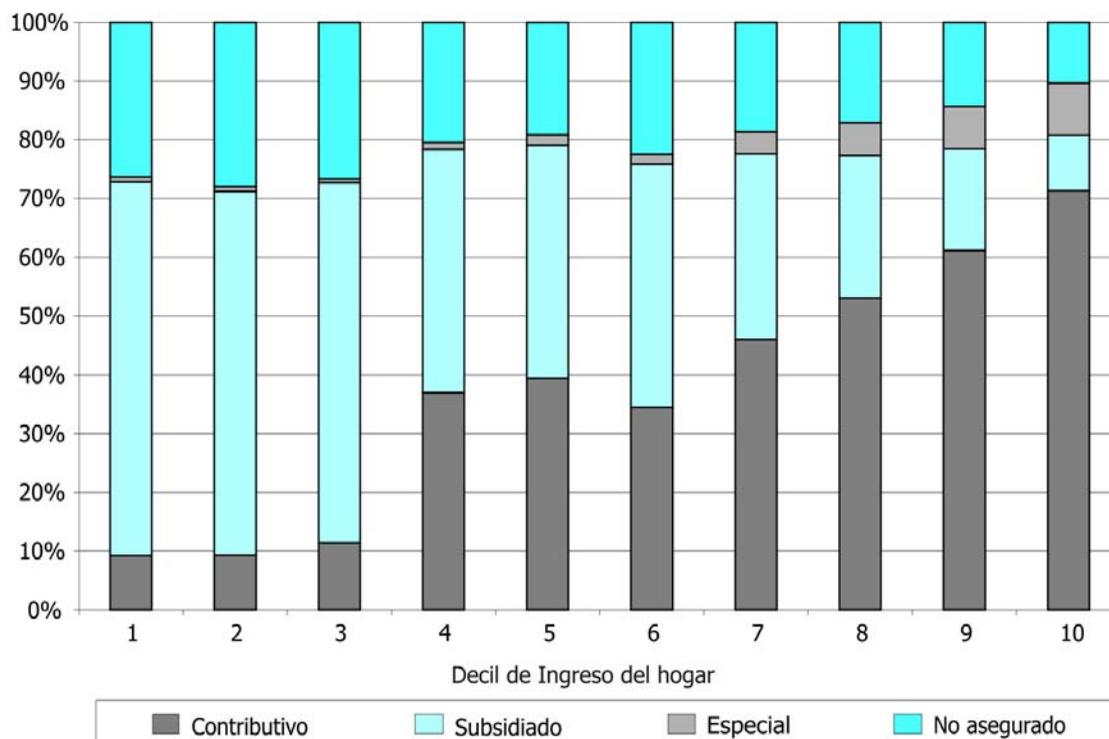
Como se puede observar, los deciles de ingresos presentan rangos relativamente reducidos, están muy concentrados entre ingresos familiares de medio y dos salarios mínimos, los cuales comprenden 5 deciles. Es de anotar que los primeros deciles presentan ingresos familiares muy bajos, se debe anotar que la encuesta no midió dependencia económica, por lo tanto, el ingreso no incluyó fondos aportados por terceros, ingresos que pueden tomar la forma, por ejemplo, de donaciones, subsidios o transferencias.

**Gráfica 24. Distribución poblacional por decil de ingreso mensual del hogar en pesos, según régimen de afiliación declarado**



En la gráfica 24 se observa que en el régimen contributivo hay una proporción alta de población en los cuatro mayores deciles de ingreso, mientras que esta relación se invierte en el régimen subsidiado, donde aún subsisten pequeñas participaciones de población clasificada en altos deciles. El régimen especial presenta la más alta concentración de población de los deciles altos de ingreso, el decil 10 que representa cerca del 30% y el decil 9 algo más del 25%. En conjunto, los cuatro mayores deciles representan más del 80% de la población del régimen especial. La población no asegurada, se distribuye casi de forma equitativa entre los diferentes deciles de ingresos. Las distribuciones anteriores pueden ser comparables con las realizadas por el Estudio de Afiliación, Pago y Recaudo realizado por el Ministerio de la Protección Social, con base en las encuestas de calidad de vida de 1997 y la encuesta de hogares marzo-abril del año 2000.

**Gráfica 25. Distribución poblacional (%) por régimen de afiliación, según decil de ingreso mensual del hogar en pesos**



En la gráfica anterior se observa que el régimen contributivo tiene proporciones de afiliación de alrededor del 10% en cada uno de los tres primeros deciles. En los tres siguientes, alcanza alrededor del 35% y en los siguientes deciles su participación es creciente hasta llegar al 70% del decil 10. En el régimen subsidiado la situación es inversa con más del 60% de la población en el decil 1, 2 y 3, y proporciones cercanas al 40% de los deciles 4, 5 y 6; a partir del decil 7 esta proporción se reduce hasta llegar a ser de algo menos del 10% del decil 10. Los regímenes especiales tienen una participación preponderante en los cuatro deciles de mayores ingresos.

La focalización del sistema de subsidios no se hace en el país por el ingreso de las familias, sino bajo un concepto más complejo que involucra la acumulación de capital, acceso a servicios y desarrollo humano. La valoración desde el ingreso implica otro marco de referencia. Sin embargo, es de resaltar que la cobertura de seguridad social en los cuatro deciles de más bajos ingresos, o sea entre aquellos hogares de ingreso menor a un salario mínimo mensual, oscila entre el 72% y el 80%. Otro resultado relevante es la equidad observada entre los grupos de ingreso, donde el efecto compensatorio del régimen subsidiado en los grupos de menores ingresos es un factor importante.

### 4.3. Gasto de bolsillo

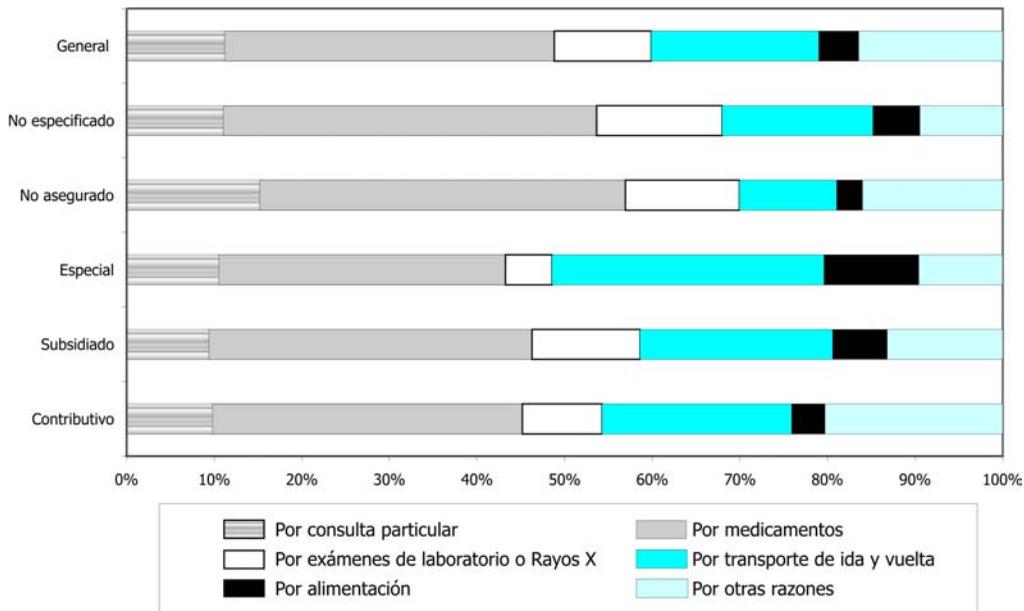
La encuesta evaluó el gasto de bolsillo de la población, según diferentes rubros de gasto, subdividido entre el gasto de servicio ocasionado por la población de 0 a 5 años y el de la población entre 6 y 69 años. Los resultados que a continuación se presentan corresponden a la población entre 6 y 69 años de edad. La unidad de tiempo estimada para el gasto de bolsillo es un mes calendario. Es de anotar que la encuesta incluyó ítems que antes no se habían considerado en las encuestas poblacionales como componentes de gasto de bolsillo. Entre éstos se encuentran los pagos por alojamiento, transporte y alimentación, lo cual incluye los acudientes de la persona enferma.

**Tabla 12. Gasto mensual de bolsillo según concepto de gasto  
(en miles de pesos)**

Concepto	Gasto consulta externa	Gasto hospitalización	Total
Por cuota moderadora del POS por la consulta (cuota de recuperación) o copago	23.245	85.559	108.804
Por vale o bono de medicina prepagada	1.059	181	1.240
Por consulta particular	48.197	67.259	115.457
Por medicamentos	161.934	35.435	197.369
Por materiales u otros elementos para la atención	13.719	13.294	27.014
Por exámenes de laboratorio o Rayos X	47.631	9.836	57.466
Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud	7.678	766	8.444
Por otros procedimientos de tratamiento, como terapia, inyecciones o sesiones educativas	18.655	4.488	23.143
Por transporte de ida y vuelta	82.202	28.440	110.642
Por alimentación	19.836	16.542	36.378
Por alojamiento	3.404	3.106	6.510
Por otra cosa como fotocopias	2.931	1.926	4.857
<b>Total</b>	<b>430.491</b>	<b>266.834</b>	<b>697.324</b>

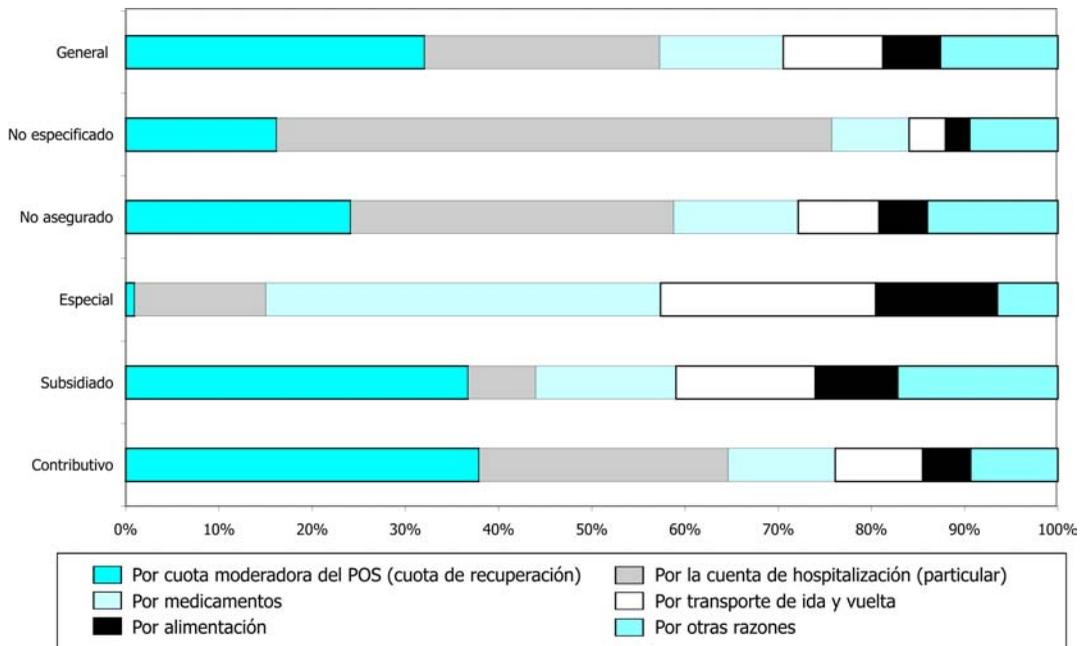
Como se puede observar en la tabla anterior, el mayor volumen de gasto en consulta externa corresponde a gasto de bolsillo en medicamentos, el cual comprende el 37,6% del total de los gastos mensuales a nivel nacional, seguido por el transporte que corresponde al 19,1% y el gasto en consulta particular con el 11,2%. El perfil de gasto en hospitalización, difiere de manera importante: las cuotas moderadoras, recuperación o copago, abarcan el 32,1% del total de gasto nacional, seguido de la consulta particular 25,2%, de los medicamentos 13,2% y el transporte 10,7%.

**Gráfica 26. Distribución (%) de los tipos de pago de bolsillo en consulta externa**



En la gráfica anterior presenta el perfil de gasto de bolsillo según concepto en los diferentes regímenes de aseguramiento y población no asegurada en consulta externa. Como se puede observar, en la población no asegurada el gasto en consulta particular tiene la mayor representatividad en el total del gasto de bolsillo. Sin embargo, son relevantes los gastos de bolsillo ocasionados por los conceptos de transporte y alojamiento.

**Gráfica 27. Distribución (%) de tipos de pago de bolsillo en hospitalización**



El perfil de gasto en hospitalización muestra mayor preponderancia del concepto de cuota moderadora en los regímenes de aseguramiento social: contributivo y subsidiado. En la población asegurada por regímenes excepcionales, el concepto de mayor peso es la consulta particular asociada al evento hospitalario y entre la población no asegurada corresponde a las cuotas moderadoras y los gastos de la hospitalización propiamente dicha.

#### 4.3.1. Gasto de bolsillo en consulta externa y hospitalización

La Encuesta Nacional de Salud, preguntó por el gasto de bolsillo en consulta externa en los 30 días previos a la entrevista y por gastos de hospitalización, durante el último año.

Inicialmente se interroga sobre qué personas del hogar incurrieron en algún gastos por acudir a estos eventos de atención y seguidamente, sobre el monto del mismo.

El análisis, se presenta el gasto de bolsillo de acuerdo con el tipo de servicio (consulta u hospitalización) en ítems seleccionados de gasto. Se presentan con la siguiente información:

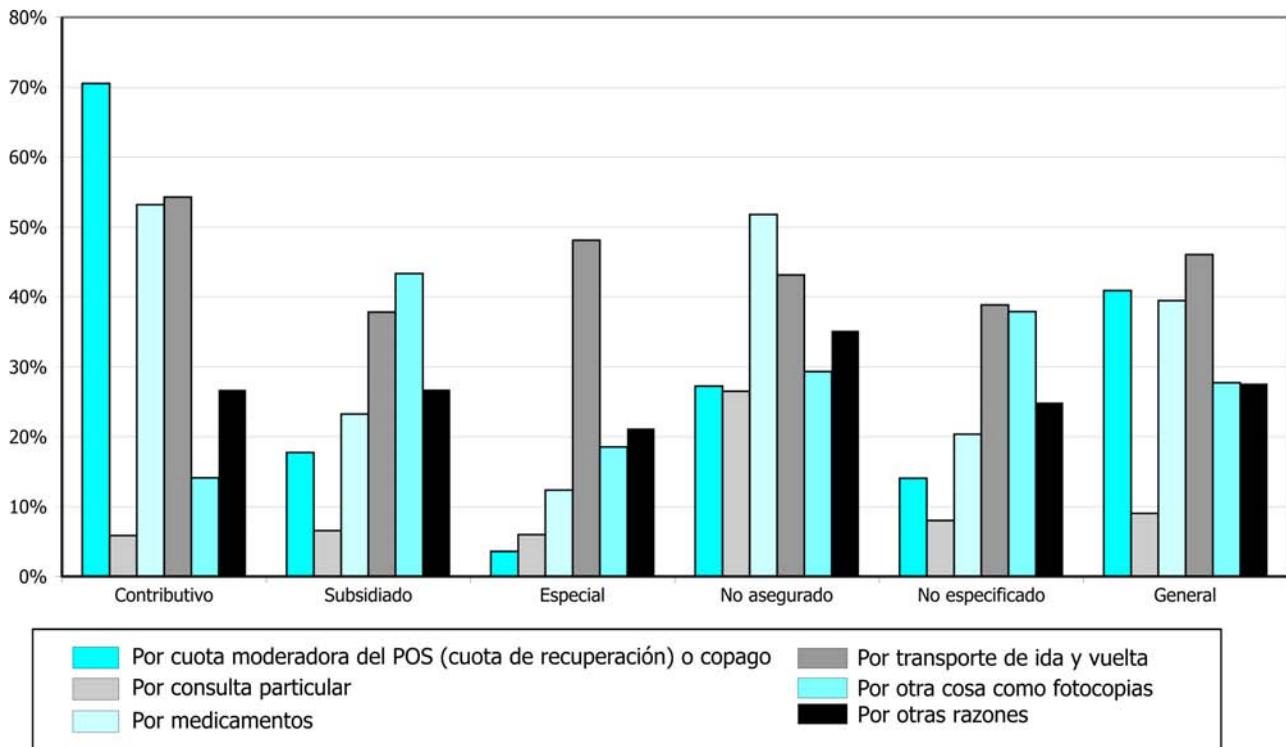
1. Porcentaje de personas que en la última consulta u hospitalización pagó de su bolsillo por el respectivo rubro de gasto. Representa la exposición de los usuarios a los rubros de gasto entre no asegurados y asegurados y entre los esquemas de aseguramiento.
2. Valor promedio de gasto entre quienes tuvieron que pagar de su bolsillo en la última consulta u hospitalización por el último servicio recibido. Esta medida evalúa la dimensión del gasto de bolsillo en cuanto al tipo de servicio entre los usuarios que estuvieron expuestos a gastar.

#### Consulta externa

La gráfica 28 presenta los gastos en que incurrieron los usuarios de consulta externa que durante el mes anterior consultaron, según concepto, en los diferentes regímenes de aseguramiento.

Estas medidas evalúan la protección financiera de los usuarios de acuerdo con su condición de aseguramiento. Se debe tener en cuenta que las coberturas ex ante de los regímenes en cuanto a planes de beneficios no son iguales.

**Gráfica 28. Porcentaje de usuarios de consulta externa que pagaron por cada rubro, según régimen de afiliación**



**Tabla 13. Porcentaje de personas que en la última consulta pagó por cuota moderadora del POS, cuota de recuperación o copago según régimen de afiliación**

Régimen	Porcentaje	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	70,53	1,11	68,99	72,08
Subsidiado	17,72	9,43	14,43	21,02
Especial	3,60	20,82	2,12	5,08
Ninguno	27,23	4,04	25,06	29,40
Sin especificar	14,04	16,93	9,35	18,73
General	40,91	4,49	37,28	44,54

**Tabla 14. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta por cuota moderadora del POS, cuota de recuperación o copago por fracción pagadora de la población, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	2.922	3,10	2.743	3.101
Subsidiado	3.147	4,14	2.890	3.404
Especial	4.662	21,32	2.701	6.624
Ninguno	4.256	5,25	3.815	4.697
Sin especificar	3.757	16,40	2.541	4.972
General	3.092	2,54	2.938	3.247

El 40,9% de las personas de los hogares y que realizó algún tipo de consulta, tuvo que pagar por cuota moderadora o copago. La distribución según régimen de aseguramiento tiene diferencias importantes, en tanto que el 70,5% de los usuarios afiliados a contributivo, debió efectuar algún pago por este concepto. La proporción de 17,6% en el régimen subsidiado, es sustancialmente menor. Se resalta que la población sin afiliación en un 27,3% debió efectuar algún copago, proporción intermedia entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El nivel de protección en el régimen especial, es mayor, ya que 3,6% de los usuarios debió efectuar algún copago (ver tabla 13).

Al analizar el monto pagado, el régimen contributivo presenta la menor contribución con la menor desviación alrededor del promedio de pago, mientras tanto, en los regímenes especiales se da el mayor gasto con la mayor desviación. Es de resaltar cómo el promedio de copago entre los diferentes estados de afiliación, no presenta diferencias sustanciales. Los errores estándar relativos en las diferentes categorías son bajos (ver tabla 14).

**Tabla 15. Porcentaje de personas que pagó en la última consulta con vale o bono de medicina prepagada, según régimen de afiliación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	0,41	31,30	0,16	0,67
Subsidiado	0,09	43,67	0,01	0,17
Especial	0,17	59,15	0	0,38
Ninguno	0,20	41,23	0,04	0,36
Sin especificar	0	NA	NA	NA
General	0,25	23,94	0,13	0,36

NA: No calculable

**Tabla 16. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta, por la fracción pagadora de la población, con vale o bono de medicina prepagada según régimen de afiliación, y precisión de la estimación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	25.480	10,01	19.921	31.039
Subsidiado	25.407	12,36	18.567	32.248
Especial	20.000	.	.	.
Ninguno	25.172	10,67	19.322	31.022
Sin especificar	0	NA	NA	NA
General	25.391	7,91	21.013	29.769

“.” Valor constante, no genera error  
NA: No calculable

La proporción de pago por vales o bonos de medicina prepagada, es muy restringida, por debajo del 1% de los usuarios que pagaron en el último evento de consulta, por este concepto (ver tabla 15). El valor medio pagado por este concepto en la última consulta muestra variaciones que no son significativas entre los regímenes, estos valores oscilan entre 21.000 y 30.000 pesos aproximadamente (ver tabla 16).

**Tabla 17. Porcentaje de personas que pagó en la última consulta particular, por régimen de afiliación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	5,84	5,84	5,17	6,51
Subsidiado	6,56	6,06	5,77	7,34
Especial	6,00	14,56	4,27	7,72
Ninguno	26,49	5,07	23,84	29,14
Sin especificar	8,00	14,79	5,67	10,33
General	9,04	3,98	8,33	9,75

**Tabla 18. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta por ser particular por población pagadora, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	35.317	4,80	31.976	38.664
Subsidiado	26.378	4,49	24.042	28.713
Especial	37.032	11,39	28.704	45.361
Ninguno	26.722	7,11	22.972	30.472
Sin especificar	27.205	11,51	21.027	33.383
General	29.331	3,32	27.412	31.251

Como sería de esperar, la población sin aseguramiento tiene la mayor proporción de pago por consulta particular durante la última de atención en consulta externa, el 26,5% (ver tabla 17). Los otros regímenes de aseguramiento, presentan niveles de pago comprendidos entre el 5,8% y el 7,8% (ver tabla 18). El monto promedio pagado por la asistencia a la última consulta particular fue de \$29.300. Los afiliados a régimen contributivo muestran valores pagados significativamente mayores con respecto al valor nacional mientras que los no afiliados pagaron los valores más bajos (ver tabla 18).

**Tabla 19. Porcentaje de personas que pagó en la última consulta por medicamentos, según régimen de afiliación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	53,18	3,28	49,74	56,62
Subsidiado	23,24	4,89	21,00	25,48
Especial	12,34	11,21	9,61	15,07
Ninguno	51,79	2,62	49,10	54,47
Sin especificar	20,36	10,77	16,03	24,68
General	39,45	4,09	36,26	42,64

**Tabla 20. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última consulta por medicamentos por población pagadora, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	14.018	6,21	12.300	15.736
Subsidiado	29.644	6,19	26.024	33.264
Especial	57.918	13,37	42.638	73.197
Ninguno	38.308	7,05	32.982	43.635
Sin especificar	41.817	15,44	29.082	54.552
General	22.610	5,37	20.213	25.008

El 39,5% de la población que refirió haber asistido a consulta externa en el último mes debió pagar algún dinero por este concepto, siendo el régimen contributivo (53,8%) y los no afiliados quienes tienen los valores más altos, mientras los regímenes especiales (12%) y subsidiado (23%) quienes presentan los valores más bajos (ver tabla 19)

El promedio nacional de gasto de bolsillo entre los usuarios que tuvieron que pagar por sus medicamentos es de 22.610. Los afiliados al régimen contributivo (14.000) tuvieron un pago significativamente más bajo, mientras que los afiliados al régimen especial (58.000) presentan los pagos significativamente más altos con respecto al promedio nacional (ver tabla 20).

En relación con otros rubros de gasto de bolsillo, se encuentra que el 1,7% de la población a nivel nacional debió pagar en consulta externa por materiales u otros elementos de atención, el 2,8% por procedimientos como terapias o sesiones educativas, el 46,6% por transporte a nombre propio y acompañantes, el 27,7% por fotocopias, el 10,1% por exámenes de laboratorio y rayos X, un 11,9% por alimentación propia y de los acompañantes. Es necesario anotar que el 4,9% de la población que asistió a consulta, prefirió que le fuera descontado del salario el tiempo no trabajado, o que por alguna razón dejó de percibir ingresos. Los errores estándar en todos los casos son aceptables.

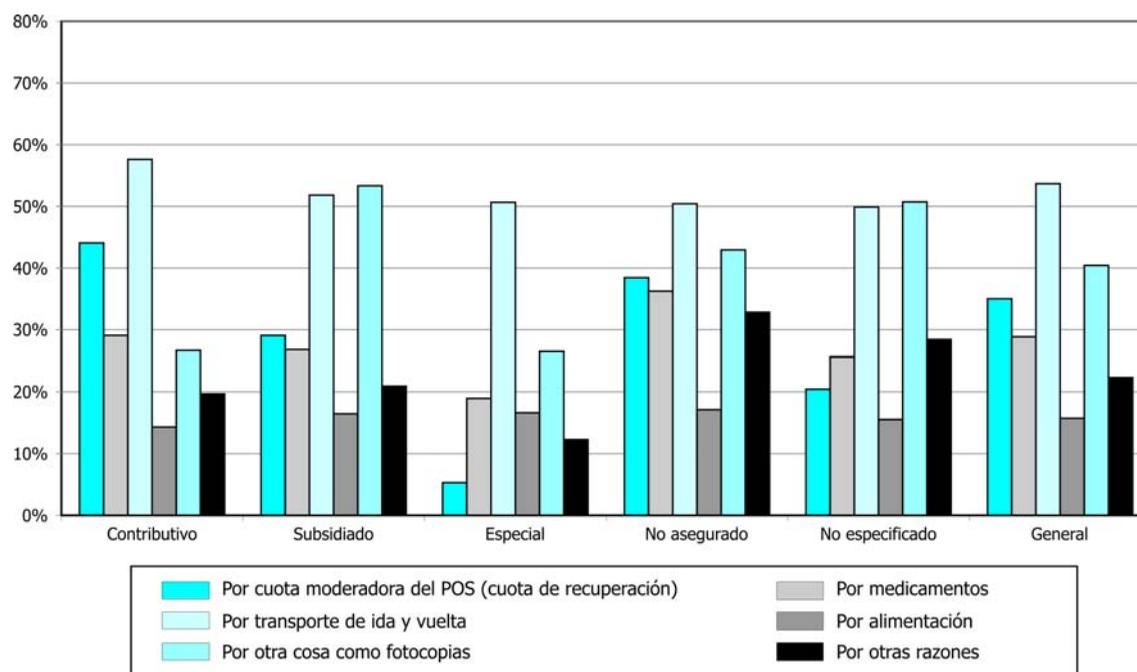
En relación con el promedio de gasto en transporte para las personas que tuvieron que realizar gastos, se encuentran diferencias muy notorias, en particular ligado a departamentos con condiciones de limitación en infraestructura vial como es el caso de los departamentos localizados en la Amazonia. Frente a un gasto promedio de \$8.346 en transporte, las personas que tuvieron que pagar transporte en el departamento de Arauca tuvieron que gastar \$133.000, en el Caquetá \$23.000, en Casanare \$44.600, en el Chocó \$159.101, en el Putumayo \$167.299, en el Vaupés \$130.220 y Vichada \$206.014.

## Hospitalización

En la encuesta de hogares se interroga sobre el gasto de bolsillo ocasionado a quienes tuvieron que utilizar servicios hospitalarios. La gráfica 29 presenta la distribución por tipo de gasto así:

- Cuota moderadora por hospitalización.
- Vale o bono de medicina prepagada.
- Cuenta particular de hospitalización.
- Medicamentos.
- Materiales u otros elementos.
- Exámenes de laboratorio o rayos X.
- Férulas, ortopédicos u otros elementos.
- Terapias, inyecciones o sesiones educativas.
- Transporte, incluidos acompañantes.
- Alimentación, incluidos acompañantes.
- Alojamiento, incluidos acompañantes.
- Fotocopias.

Al igual que en los eventos de consulta externa, la pregunta de gasto de bolsillo se dividió en dos etapas: primero se interrogó sobre si la persona estuvo hospitalizada durante el último año y en seguida por si incurrió en el gasto y el monto específico pagado de bolsillo.

**Gráfica 29. Porcentaje de usuarios de hospitalización que pagaron por cada rubro, según régimen de afiliación****Tabla 21. Porcentaje de personas que pagó en la última hospitalización por cuota moderadora del POS, según régimen de afiliación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	44,05	6,29	38,58	49,52
Subsidiado	29,09	6,18	25,54	32,63
Especial	5,29	46,96	0,39	10,19
Ninguno	38,41	7,59	32,66	44,17
Sin especificar	20,44	29,60	8,50	32,38
General	35,03	5,28	31,38	38,68

**Tabla 22. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última hospitalización por cuota moderadora del POS por población pagadora, según régimen de afiliación, y precisión de la estimación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	110.959	11,40	85.975	135.943
Subsidiado	120.629	17,21	79.615	161.642
Especial	11.981	48,41	526	23.435
Ninguno	105.834	18,87	66.380	145.287
Sin especificar	236.878	51,23	0	476.570
General	115.256	11,00	90.211	140.302

La proporción de pago de la cuota moderadora en el servicio de hospitalización, según régimen de aseguramiento tiene diferencias importantes, ya que el 44,03% de los usuarios del régimen contributivo tiene que hacer pago, mientras que sólo el 28,69% de los afiliados a subsidiado realiza pago por cuota de recuperación. Por otro lado, el 38,44% de los usuarios que no tiene cobertura del sistema, tienen que pagar la cuota de hospitalización (ver tabla 21).

Se encuentran diferencias en el valor del precio pagado por cuota moderadora en los usuarios de los regímenes especiales, ya que en promedio realizan un pago de \$11.981, mientras que en otros regímenes el promedio del pago es bastante alto, alcanzando un promedio de \$246.766. Los errores estándar relativos, son aceptables en las tres variables analizadas, con excepción de las estimaciones referentes a población especial y otras poblaciones, lo cual está relacionado con la muy baja participación de estas poblaciones en la muestra (ver tabla 22).

**Tabla 23. Porcentaje de personas que pagó de su bolsillo algún medicamento durante la última hospitalización**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	29,07	6,62	25,27	32,88
Subsidiado	26,79	6,54	23,33	30,24
Especial	18,96	22,24	10,64	27,29
Ninguno	36,25	8,16	30,41	42,09
Sin especificar	25,65	22,01	14,51	36,79
General	28,84	4,62	26,21	31,47

**Tabla 24. Valor medio en pesos corrientes del monto pagado en la última hospitalización por población pagadora, por medicamentos, y precisión de la estimación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	51,630	26,05	25,042	78,217
Subsidiado	59,059	9,78	45,219	66,899
Especial	160,946	41,71	28,245	293,648
Ninguno	64,121	11,32	49,777	78,466
Sin especificar	99,957	34,93	30,954	168,959
General	59,791	10,91	46,899	72,684

Un 28,8% de los usuarios del servicio de hospitalización tuvo que realizar el pago correspondiente a medicamentos. Entre los no asegurados se da una alta proporción, con el 36,3% que tuvo que pagar de su bolsillo por medicamentos. No hay diferencias evidentes entre afiliados del régimen contributivo y subsidiado (ver tabla 23).

El precio promedio pagado por medicamentos osciló alrededor de \$60.000, la única diferencia relevante se da en los regímenes especiales donde la media pagada es más de tres veces el promedio de los demás estados de aseguramiento, aunque es el grupo poblacional donde más del 80% no paga. La población sin aseguramiento presenta la menor desviación en el gasto promedio. Los errores estándar tienen un nivel aceptable, con excepción de los regímenes especiales y otros (ver tabla 24).

**Tabla 25. Porcentaje de personas que pagó en la última hospitalización materiales u otros elementos para la atención según régimen de afiliación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	5,15	19,50	3,17	7,13
Subsidiado	5,71	14,52	4,08	7,35
Especial	2,08	72,83	0,00	5,08
Ninguno	8,67	17,16	5,73	11,61
Sin especificar	12,43	43,30	1,81	23,05
General	6,08	9,81	4,90	7,26

**Tabla 26. Valor medio (en pesos corrientes y precisión de la estimación) del monto pagado en la última hospitalización por materiales u otros elementos para la atención por población pagadora, según régimen de afiliación**

Régimen	Media	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Contributivo	86,167	22,47	47,530	124,804
Subsidiado	134,003	35,90	37,995	230,010
Especial	49,861	21,14	28,830	70,892
Ninguno	90,256	29,55	37,031	143,481
Sin especificar	159,289	18,76	99,647	218,932
General	108,956	17,76	70,333	147,579

La proporción de usuarios de servicios hospitalarios que debió pagar, según la encuesta de hogares, por materiales u otros elementos es relativamente baja. La mayor proporción se da en la población no asegurada con el 8,7%, mientras que en los regímenes especiales el 2,1% debió cubrir de su bolsillo algunos elementos para su atención (ver tabla 25).

La media de pago en este caso, sobrepasa los \$100.000 en promedio y los afiliados al régimen subsidiado que debieron pagar de su bolsillo tienen mayor promedio. Sin embargo, es necesario valorar con cuidado esta apreciación, dado que el pago máximo encontrado se diferencia demasiado de los demás regímenes y podría el promedio estar afectado por valores extremos que afecten dicho promedio (ver tabla 26).

En general, la protección medida en el gasto de bolsillo en eventos de consulta y hospitalización es mayor en los asegurados que entre los no asegurados. Igualmente tiende a ser mayor en el régimen subsidiado que en el contributivo a pesar de la menor extensión del plan de beneficios y bajo el supuesto de similares riesgos de enfermedad entre los pools de riesgo. Es de anotar que las diferencias en protección financiera entre los regímenes especiales y los demás regímenes de aseguramiento tienden a ser mayores en los ítems de gasto en hospitalización que en los de consulta externa. Asimismo, las diferencias en el nivel de protección tienden a ser mayores entre subsidiado y contributivo en consulta externa, siempre a favor del primer esquema de aseguramiento.

Las estimaciones de error estándar relativo, muestran valores muy altos en las tres variables. Esto está seguramente relacionado con el hecho de que la distribución muestra una proporción del 97,6% de la población con valores pagados entre 0 y \$500.000 y un 2,4% con valores extremos entre \$500.001 y \$2.600.000. Igualmente la proporción de la población con pago 0, comprende el 94,5% de los casos. Estas consideraciones distorsionan la confiabilidad atribuible al medio de pago.

# CAPÍTULO III

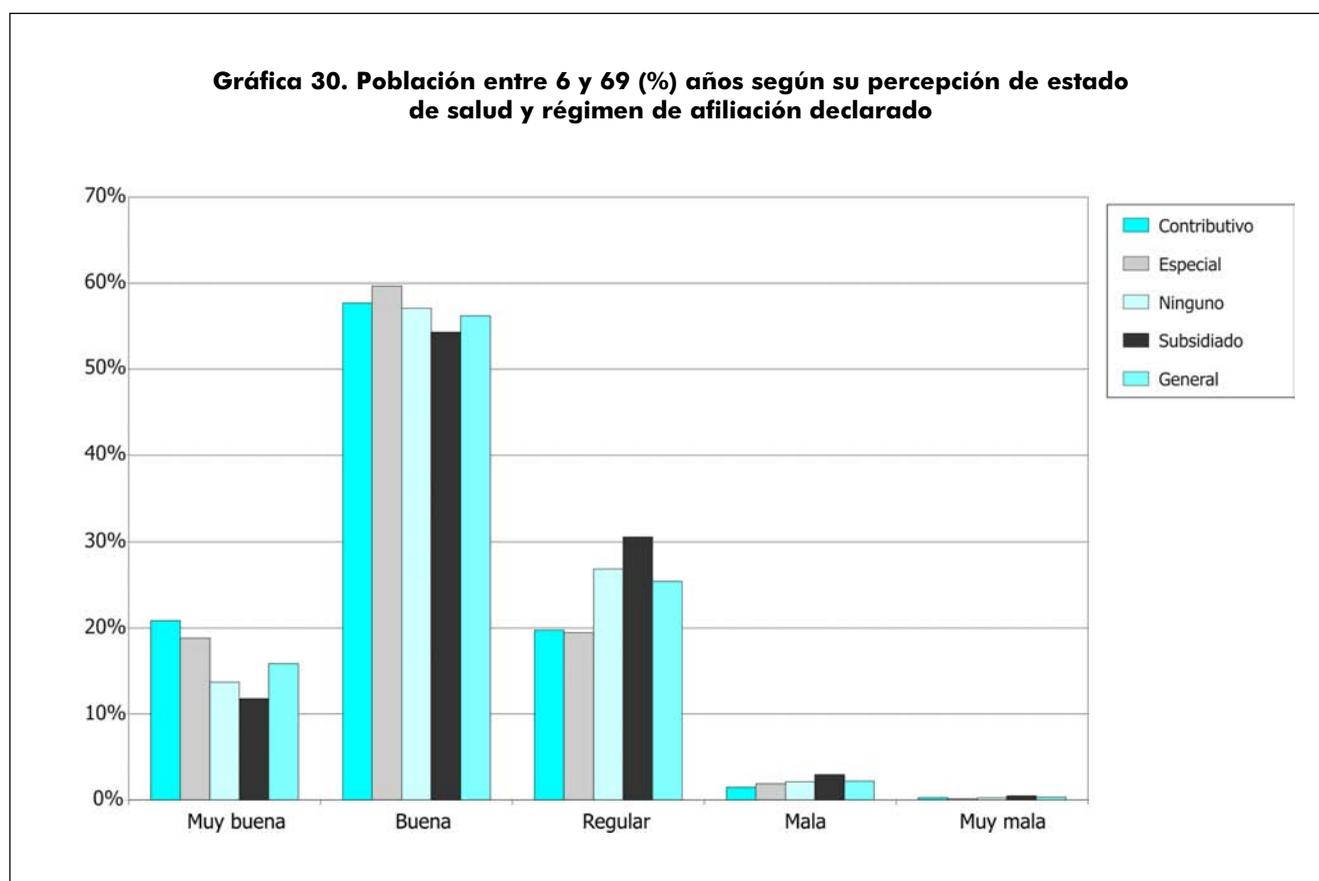
## Condiciones de Salud



## 5. PERCEPCIÓN DE SALUD

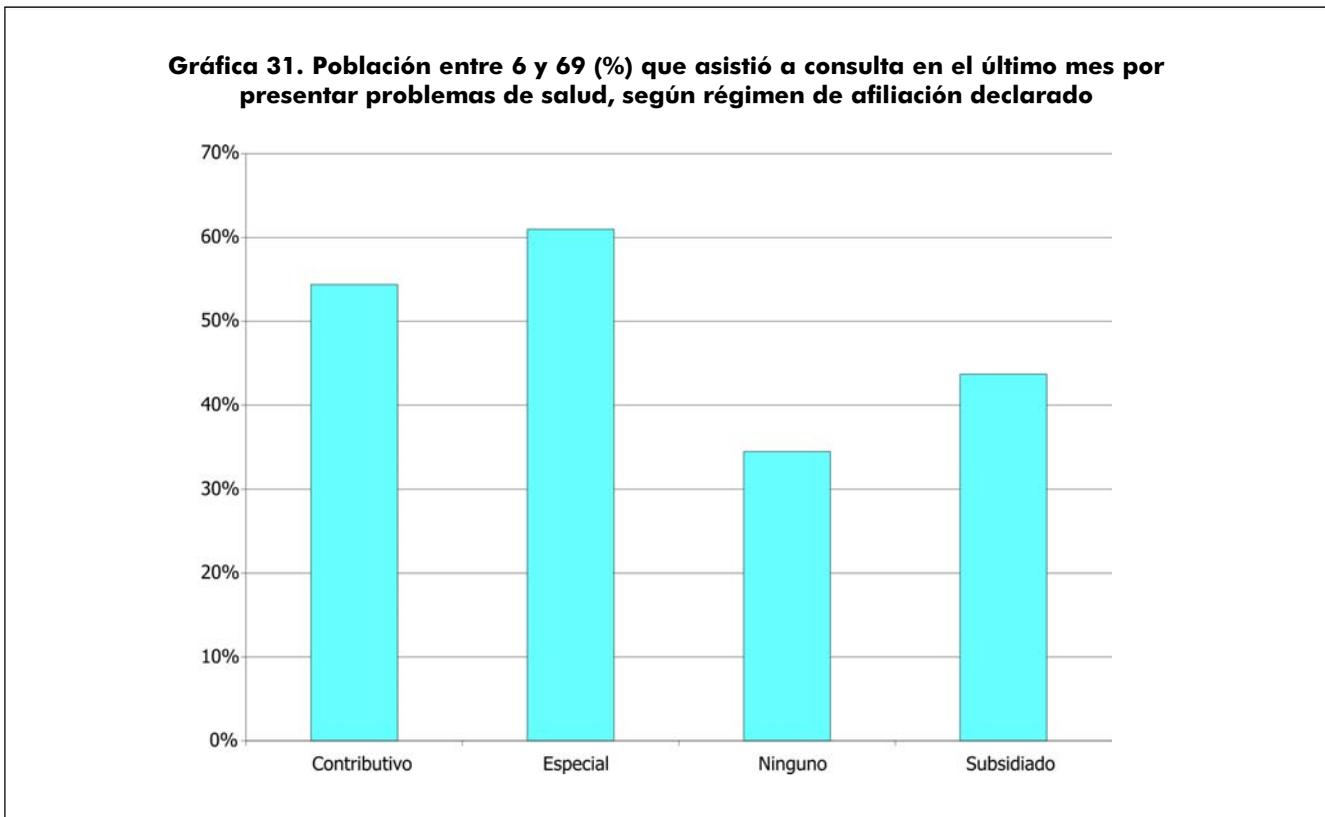
### 5.1. Estado de salud general y uso de servicios de consulta y hospitalización en personas entre 6 y 69 años

La encuesta de hogares, interroga sobre la percepción de la persona sobre su estado de salud, preguntando individualmente cómo cada miembro del hogar considera su estado de salud. La gráfica siguiente muestra la distribución de esa percepción según régimen de aseguramiento.



Como lo registra la gráfica 30, el 16% de la población estima que su salud es muy buena. Una proporción mayor del 20% tiene esa percepción en el régimen contributivo y es la menor en el régimen subsidiado, alrededor del 12%. En relación con la población que considera que su salud es buena, el 56,2% tiene esta percepción; la distribución es similar entre los diferentes regímenes. El 25,4% de la población considera que su salud es regular; más del 30% de los afiliados al régimen subsidiado comparten ese juicio, mientras se refleja en menos del 20% de los regímenes contributivo y especial. La percepción de salud entre mala y muy mala, su participación es baja con el 2,2% y el 0,33%, respectivamente. No se aprecian diferencias relevantes según aseguramiento.

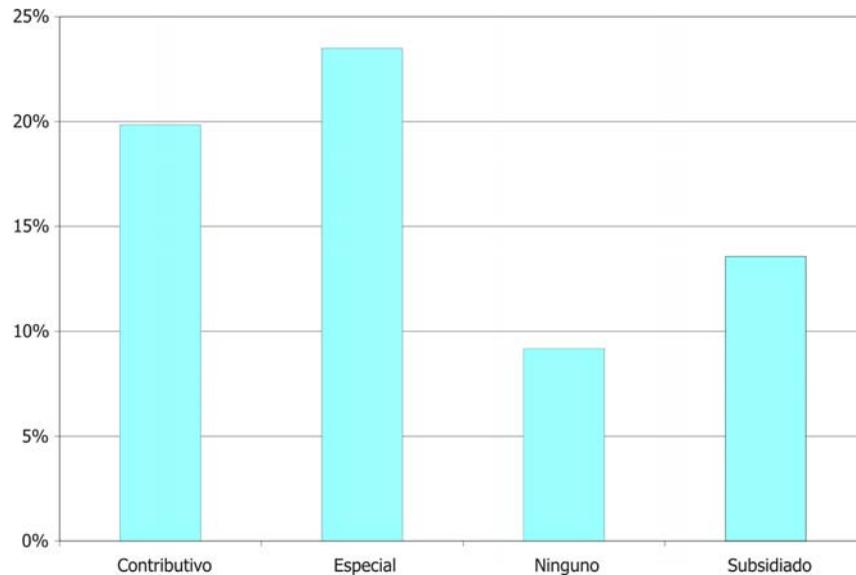
En la encuesta se indagó sobre la demanda de consulta, entre la población de 6 a 69 años de edad, que ha tenido algún problema de salud en los últimos treinta días. En la siguiente gráfica se presenta la distribución de demanda de consulta por régimen de afiliación a la seguridad social en salud.



La tasa de consulta más alta, se encuentra en el régimen especial superando el 60%, mientras que en el régimen contributivo se situó en el 55% y en el régimen subsidiado en el 44%. La menor tasa de consulta se encuentra en la población no asegurada, alrededor del 34%.

La gráfica siguiente muestra el porcentaje de personas entre 6 y 69 años que asistió a consulta en los últimos 30 días, sin problema de salud identificado según régimen de afiliación. El mayor porcentaje se registra en el régimen especial, alrededor del 23%, con un nivel similar en el

**Gráfica 32. Población entre 6 y 69 (%) que asistió a consulta en el último mes, sin presentar problemas de salud, según régimen de afiliación declarado**



contributivo y menor en el subsidiado, que llega al 13%. La tasa de consulta, sin problema de salud percibido, es de menos del 10% de la población no asegurada.

Las personas que, teniendo problemas de salud identificado y no consultaron, expresaron los motivos de no consulta en los porcentajes que se detallan en la tabla subsiguiente.

La mayor razón por la que no se consulta, es que el problema se resolvió solo o se ha sentido bien, en cerca del 24,9% de la población, el 17,7% de la población pensó que no era necesario consultar y el 15,4% lo refiere como descuido. El 9% especifica que la consulta es muy cara o no tenía dinero (ver tabla 27).

Estas proporciones tienen cambios importantes de acuerdo con el tipo de aseguramiento, en el régimen contributivo resalta un 23% que pensó que no era necesario consultar, un 7,6% a quien el horario no le sirve. En el régimen especial, el 31% piensa que el problema se resolvió solo y el 5,1% piensa que lo hace esperar mucho para atenderlo. En la población afiliada al régimen subsidiado, una proporción importante, 8,6%, estima que la consulta es muy cara y el 6,3% que los horarios no le sirven. Hay una proporción importante del 4,5% en el régimen subsidiado, que refiere que hay mucho trámite en las EPS (contributivas y subsidiadas) o en las IPS y un 4,2% que el sitio de atención es muy lejano.

En la población sin aseguramiento el 22,9% de población, no asistió porque la consulta es muy cara o no tenía dinero, mientras que el 9,4% refiere que no tiene a dónde acudir. Es relevante que en la población sin aseguramiento, se tiene la proporción menor de personas que piensan que no consultaron porque pensaron que el problema se había resuelto aisladamente.

**Tabla 27. Población entre 6 y 69 (%) con problemas de salud percibidos en el último mes, que no asistió a consulta, según el motivo de no consulta y régimen de afiliación declarado**

Motivo de no consulta	Régimen de afiliación declarado				
	Contributivo	Subsidiado	Especial	Ninguno	General
El problema se resolvió solo y se ha sentido bien	26,3	21,1	31,2	20,9	24,9
Pensó que no era necesario consultar	23,0	14,0	20,1	13,9	17,7
Descuido	15,9	17,9	15,4	12,6	15,4
La consulta es muy cara y no tenía dinero	3,9	8,6	0,6	22,9	9,0
Los horarios no le sirven y no tenía tiempo	7,6	6,3	4,9	3,2	5,5
Le hacen esperar mucho para atenderlo	3,6	4,2	5,1	1,4	3,6
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	3,8	3,8	4,2	1,9	3,4
Mala atención	3,1	4,2	4,1	1,8	3,3
No tenía dónde acudir	0,8	1,1	0,9	9,4	3,1
No le gusta ir	2,0	2,9	4,3	2,2	2,9
No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree	2,9	3,1	3,7	1,4	2,8
Mucho trámite en las instituciones	3,0	4,5	2,6	1,1	2,8
Sitio de atención muy lejano	1,0	4,2	1,7	2,4	2,3
No le cubrían o no le autorizaban la atención	0,6	1,1	0,7	1,8	1,0
Fue pero no lo atendieron	1,1	1,5	0,2	1,1	1,0
Le dio miedo, nervios o pena	0,9	1,1	0,3	1,2	0,9
No sabía que tenía derecho	0,3	0,2	0,0	0,4	0,2
No sabía dónde prestaban el servicio	0,2	0,2	0,0	0,3	0,2

## 5.2. Percepción sobre prevención de enfermedades

### 5.2.1. Control sobre dengue y malaria

El 72% de los hogares en Colombia se encuentra en municipios con riesgo de transmisión del virus del dengue<sup>5</sup>. Aunque se estima en sólo el 11,1% los hogares que no cuentan con acueducto en todo el país, el 91% de los mismos se ubican en municipios con riesgo de transmisión de esta enfermedad.

La ausencia de acueducto incrementa el riesgo de brotes y epidemias ya que la necesidad de almacenar agua limpia en reservorios, lleva a establecer criaderos útiles de *Aedes aegypti*, vector del dengue, como lo demuestra este estudio que encontró que el 86% los hogares sin acueducto tenía depósitos de agua, criaderos potenciales de alta producción del *Aedes*.

Es de anotar sin embargo, que en el 82% de los hogares que cuenta con servicio de acueducto también se encontró este tipo de depósito como tanques y albercas.

5. De acuerdo con la altura sobre el nivel del mar, los municipios de riesgo para la malaria son aquellos con residentes en zonas por debajo de 1.600 metros sobre el nivel del mar; mientras que los municipios de riesgo para el dengue cuentan con población que habita en zonas que alcanzan hasta los 1.800 metros sobre el nivel del mar.

El 93% de los hogares en zonas de transmisión del dengue ha oído hablar de la enfermedad. Sin embargo, de éstos el 12% no sabe cómo reconocer signo o síntoma alguno de la enfermedad; el 19% desconoce la forma como la enfermedad se transmite y el 13% no puede nombrar formas de prevención de la transmisión.

En los hogares que no hay servicio de acueducto, el desconocimiento sobre la transmisión de la enfermedad (ver tabla 28) y su prevención (ver tabla 29) fue mayor que en aquellos con servicio, tanto en el ámbito nacional como subnacional.

**Tabla 28. Proporción de hogares (%), que han oído hablar del dengue, y no conocen la principal forma de transmisión, según departamento (15 primeros casos)**

Departamento	Abastecimiento de no riesgo (a)	Abastecimiento de riesgo (b)	General
Nariño	51,5	100,0	52,0
Boyacá	45,5	0,0	44,1
Cauca	31,8	64,0	43,7
Vaupés	35,9	40,1	37,6
Vichada	33,0	0,0	32,9
Chocó	28,3	36,0	32,1
Risaralda	29,0	30,1	29,1
Caldas	24,8	31,5	25,2
Antioquia	21,9	30,3	22,5
Bolívar	18,8	24,2	19,4
Guainía	18,3	34,4	19,2
Cundinamarca	17,6	19,6	17,8
Valle del Cauca	16,9	31,5	17,3
Amazonas	16,2	29,0	17,2
La Guajira	15,8	27,2	16,7
<b>Nacional</b>	<b>17,6</b>	<b>30,9</b>	<b>18,5</b>

(a) Principal fuente de abastecimiento de agua: acueducto público, acueducto comunal o veredal, pila pública, pozo, agua embotellada o en bolsa.

(b) Principal fuente de abastecimiento de agua: río, quebrada, manantial, nacimiento, carrotanque, aguatero, agua lluvia, acequia.

Por otra parte, se estimó en 6,8 millones el número de hogares en municipios donde hay riesgo de transmisión del parásito de la malaria, equivalentes al 68% del total de hogares del país. El 13% de los hogares en municipios afectados por la malaria se encuentra en condición de pobreza o miseria<sup>6</sup>, mientras que esta condición sólo se encontró en el 8% de aquellos libres de la enfermedad.

6. Necesidades básicas insatisfechas -NBI- :

- Viviendas inadecuadas: móviles, o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes o con paredes de tela o de materiales de desecho o con pisos de tierra; en la zona rural el piso de tierra debe estar asociado a paredes de material semipermanente o perecedero.
- Viviendas con hacinamiento crítico: con más de tres personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje)
- Viviendas con servicios inadecuados: sin sanitario o que, careciendo de acueducto se proveen de agua en río, nacimiento, carrotanque o de la lluvia; en la zona rural se incluyen las viviendas que carecen de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia.

**Tabla 29. Proporción de hogares (%), que han oído hablar del dengue, y no conocen ninguna forma de prevención, según departamento (15 casos de mayores valores)**

Departamento	Abastecimiento de no riesgo (a)	Abastecimiento de riesgo (b)	Total
Nariño	50,2	100,0	50,7
Cauca	23,8	55,7	35,6
Vaupés	34,9	35,8	35,2
Boyacá	33,7	43,4	34,0
Vichada	31,4	0,0	31,4
Chocó	21,0	25,7	23,4
Risaralda	19,5	43,5	19,8
Caldas	17,8	28,3	18,5
Cundinamarca	13,8	24,8	15,1
Caquetá	13,8	16,5	14,0
Guainía	13,2	26,7	13,9
Bolívar	11,9	23,1	13,2
Antioquia	12,4	19,1	13,0
Amazonas	12,4	17,5	12,8
Córdoba	13,3	8,9	12,8
<b>Nacional</b>	<b>11,6</b>	<b>26,8</b>	<b>12,7</b>

- (a) Principal fuente de abastecimiento de agua: acueducto público, acueducto comunal o veredal, pila pública, pozo, agua embotellada o en bolsa.
- (b) Principal fuente de abastecimiento de agua: río, quebrada, manantial, nacimiento, carrotanque, aguatero, agua lluvia, acequia.

El 76% y el 88% del total de hogares que fueron clasificados como en pobreza y en miseria respectivamente, se encontraban en zonas maláricas. Es reconocida la asociación entre malaria y pobreza y el efecto negativo que esta enfermedad tiene en el crecimiento económico de las familias y los países.

En el 64% de los hogares de las zonas donde se transmite la malaria los habitantes han oído hablar de ella y entre éstos el 68% conoce la forma cómo se transmite y el 59% identifica al menos una forma de prevenir su transmisión. En el 16% de estos hogares algún miembro de la familia había dormido con protección de toldillo la noche anterior y el 30% de las viviendas había sido rociado con insecticidas el año anterior a la encuesta.

Al indagar sobre las visitas de funcionarios del municipio de riesgo para malaria y/o dengue para aplicar insecticidas o revisar la existencia de criaderos de mosquitos en la manzana, barrio o

- 
- Viviendas con alta dependencia económica: hay más de tres personas por miembro ocupado, y el jefe tiene, como máximo 2 años de educación primaria aprobados.
  - Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela: por lo menos un niño, entre 7 y 11 años, pariente del jefe de hogar, y que no asiste a un centro de educación formal.

Una NBI clasifica al hogar como en pobreza, dos ó más lo clasifican como hogar en miseria.

Encontrado en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/Bol\\_nbi\\_censo\\_2005.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/Bol_nbi_censo_2005.pdf).

casa, en el último año, la mayor respuesta fue que no recordaban visitas de funcionarios con estos fines; no se observan diferencias importantes entre los porcentajes de respuesta por categorías de NBI (ver tabla 30).

**Tabla 30. Proporción de hogares y/o manzanas, de riesgo para malaria y/o dengue, que en el último año fueron visitados por funcionarios de salud según la existencia de necesidades básicas insatisfechas (NBI)**

Visitas de funcionarios en el último año para:	Miseria	Pobreza	Sin NBI	General
Aplicar insecticidas para matar los mosquitos	79,3	72,7	69,2	69,8
Revisar si existían criaderos de mosquito	83,44	74,98	74,46	74,71

### 5.2.2. Conocimientos, actitudes y prácticas de las personas en relación con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual

El 88% de las personas entre 18 y 69 años dice conocer la existencia de enfermedades que pueden transmitirse sexualmente; y, el 92% de esta población, conoce que el uso del condón ayuda a prevenirlas.

Sin embargo, sólo el 18% de los que conocen las posibilidades de prevenir las enfermedades de transmisión sexual con el condón, admite haberlo utilizado en su primera relación sexual, porcentaje que no resulta diferente del 19% que refiere haberlo utilizado en su última relación sexual.

Si se le solicitase el uso del condón para tener relación sexual, el 71% de esta población lo atribuiría a que el o la solicitante “se quiere proteger”.

La población mayoritaria (más del 89%) conoce de la existencia del VIH-SIDA como enfermedad. El 15% de los hombres entre 18 y 69 años refiere haberse realizado la prueba para identificación del virus VIH; este porcentaje se eleva al 23,5% entre las mujeres del mismo grupo de edad. Al observar esta característica por nivel educativo máximo alcanzado (ver tabla 31) se observa que la mujer muestra porcentajes superiores al hombre en prácticamente todos los niveles educativos excepto en posgrados.

**Tabla 31. Población entre 18 y 69 años (%) que se ha realizado alguna vez una prueba de detección del VIH, por género y máximo nivel educativo alcanzado**

Máximo nivel educativo	Hombre	Mujer
Ninguno	5,8	7,6
Preescolar o Básica Primaria	9,0	14,0
Básica Secundaria y Media	16,1	29,4
Técnico o Tecnológico	26,5	33,7
Universitario	22,6	28,7
Postgrado	49,1	23,3
General	15,2	23,5

Entre las razones principales que las personas refieren las llevó a realizarse la prueba para detectar el VIH se encuentra el embarazo (36%), iniciativa propia o curiosidad (18%) y por exigencias en el trabajo (15%) según se puede observar en la tabla 32.

**Tabla 32. Razones (%) de la población para realizarse la prueba para detectar el VIH, según máximo nivel educativo alcanzado**

Máximo nivel educativo	Se lo sugirieron por el embarazo	Por curiosidad/ iniciativa propia	Se lo exigieron en el trabajo	El doctor se lo ordenó	Tenía síntomas extraños / dudas	Se lo exigieron para donar sangre	Lo concertó con su pareja
Ninguno	27,30	21,10	4,60	19,50	15,00	10,30	2,20
Preescolar o Básica Primaria	35,30	17,70	12,90	16,60	9,80	5,80	1,80
Básica Secundaria y Media	41,20	14,90	12,80	13,70	7,80	7,80	1,80
Técnico o Tecnológico	31,80	16,30	21,30	12,20	4,40	11,50	2,50
Universitario	26,80	23,80	17,80	7,60	7,80	11,60	4,60
Postgrado	10,30	38,60	22,50	8,80	6,10	8,20	5,40
<b>General</b>	<b>35,60</b>	<b>17,70</b>	<b>14,80</b>	<b>12,80</b>	<b>7,80</b>	<b>8,70</b>	<b>2,50</b>

### 5.2.3. Vacunación contra DPT, triple viral, fiebre amarilla y hepatitis B

Se indagó sobre la vacunación de las personas entrevistadas contra algunas de las enfermedades incluidas en el plan de inmunizaciones vigente en el país.

El bajo porcentaje de verificación de las vacunas recibidas (con carné visto) obliga a tomar con precaución las cifras que se muestran en la tabla 32.

La cobertura de vacunación para hepatitis B en personas entre 18 y 69 años, sólo alcanzó el 13,9% de esa población, aunque es pertinente señalar que en el esquema de vacunación del Plan Ampliado de Inmunizaciones del país, no está incluida la vacuna para este grupo de edad. El 48% de la población entre 18 y 69 años refiere conocer la existencia de una vacuna para esta enfermedad y de ellos se estimó que el 28,6% ha sido vacunado alguna vez.

La principal razón que aducen los no vacunados contra la hepatitis B para no haber recibido la vacuna es “no creer que la necesitan” (44,3%).

El porcentaje de vacunación para fiebre amarilla en personas entre 6 y 69 años, se refiere a los últimos diez años (ver la tabla 33 y por departamentos con municipios de riesgo en la tabla 8, y discriminando regiones y régimen de afiliación en la tabla 9 del anexo 4).

**Tabla 33. Personas (%) vacunadas contra DPT, triple viral, fiebre amarilla y hepatitis B según rangos de edad y verificación de la vacunación**

Rangos de edad	DPT Viral	Triple Amarilla	Fiebre	Hepatitis B visto	Con carné
1 año	77,5	85,1	78,7	-	60,0
2-5 años	84,4	94,3	86,7	-	48,8
6-69 años	-	-	52,2	-	23,5
18-69 años	-	-	-	13,9	6,1

"-": La encuesta no exploró estos datos para esos rangos de edad

#### 5.2.4. Vacunación antirrábica de animales domésticos: perros y gatos

Se estima que en Colombia el 68% de los hogares no tiene perros; este porcentaje asciende hasta el 86% en el caso de los gatos. En promedio, se estiman 8 personas por cada perro y 21 por gato.

En los hogares con perros se estima que el 21% de estos animales nunca se ha vacunado y el 65% se vacunó en el último año. Los que tienen gatos declaran que el 52% nunca ha sido vacunado mientras que el 39% fue vacunado en el último año.

La principal razón que alegan las personas en los hogares para no haber vacunado a su mascota es "que están esperando a que se haga una campaña" (46% en los que tienen perros y 43%).

En departamentos seleccionados se tienen a continuación en las tablas 33 y 34 los porcentajes de vacunación de mascotas, perros o gatos en el último año.

Con respecto a la vacunación de los perros en el último año, se encuentra en la tabla 34, ampliada en la tabla 10 del anexo 4, que departamentos como Bolívar, Caquetá, Cauca, Chocó, La Guajira, Santander y Sucre tienen proporciones de vacunados menores al estimado nacional.

**Tabla 34. Perros vacunados en el último año (%) por departamentos seleccionados, y precisión de la estimación (primeras diez)**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Casanare	83,90	7,10	72,30	95,50
Putumayo	81,70	5,30	73,20	90,20
Bogotá	80,20	2,10	76,80	83,60
Valle del Cauca	76,80	3,00	72,30	81,20
Boyacá	76,70	3,70	71,10	82,30
Guainía	72,50	4,90	65,50	79,40
Atlántico	71,90	2,90	67,80	76,00
Caldas	70,10	4,90	63,40	76,70
Arauca	69,60	8,50	58,00	81,20
Magdalena	69,30	5,90	61,30	77,30
<b>Nacional</b>	<b>65,35</b>	<b>1,13</b>	<b>63,91</b>	<b>66,79</b>

En la tabla 35 (ampliada en la tabla 11 del anexo 4) se tienen resultados de proporción de gatos vacunados en el último año para algunos departamentos con medición de la precisión de la estimación. Departamentos como Tolima, Santander, La Guajira, Caquetá, Cauca y Cesar presentan proporciones de gatos vacunados inferiores al valor nacional, ámbito en el cual la proporción es del 38,6%.

**Tabla 35. Gatos vacunados en el último año (%) por departamentos seleccionados, y precisión de la estimación (primeros diez)**

<b>Departamento</b>	<b>Valor estimado</b>	<b>Error est. relativo (%)</b>	<b>Interv. Confianza al 95%</b>	
Casanare	83,90	7,10	72,30	95,50
Casanare	55,60	13,80	40,60	70,60
Bogotá	55,20	7,30	47,30	63,00
Boyacá	54,40	7,30	46,60	62,10
Vaupés	54,10	12,30	41,00	67,10
Valle del Cauca	52,30	6,30	45,80	58,70
Guainía	47,40	10,60	37,50	57,30
Putumayo	47,00	11,90	36,00	58,00
Arauca	46,40	12,20	35,20	57,50
Nariño	45,80	10,40	36,50	55,00
Risaralda	45,50	11,20	35,40	55,50
<b>Nacional</b>	<b>38,56</b>	<b>2,57</b>	<b>36,62</b>	<b>40,51</b>

## 6. MORBILIDAD SENTIDA

### 6.1. Problemas odontológicos

Dentro de las características de los problemas odontológicos, se indagó sobre el conocimiento que tenían las personas en cuanto a los factores que producen los problemas de salud bucal. En la tabla 12 del anexo 4 se presentan los porcentajes de atención odontológica preventiva por departamento en personas entre 6 y 19 años.

Se encontró que el 51% de la población mayor de 12 años manifestó que no cepillarse o hacerlo mal es la principal causa de la caries dental. Es de señalar que, al analizar la respuesta por régimen de afiliación, el nivel de conocimiento de las personas no aseguradas es similar al de los afiliados (ver tabla 36).

**Tabla 36. Causas de la caries dental (%) identificadas por la población entre 12 y 69 años, según régimen de afiliación declarado**

Causas de la caries dental	Régimen de afiliación declarado					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
No cepillarse o hacerlo mal	55	59	56	56	55	51
No cepillarse o hacerlo mal y consumir dulces	14	12	14	12	12	12
No cepillarse o hacerlo mal y tener mala alimentación	5	3	6	4	3	4
Todas las anteriores juntas	2	1	3	2	2	2
No cepillarse o hacerlo mal y descalcificación o debilidad de los dientes	4	3	4	3	2	3
Consumo de dulces	2	3	2	3	2	2
No sabe	3	9	2	10	12	6
Otras combinaciones de causas	15	10	13	11	13	21

A continuación se investigó sobre las causas que producen el sangrado o la inflamación de las encías. En este sentido la población mayor de 12 años manifestó que la principal causa era la misma que produce la caries dental, es decir, no cepillarse o hacerlo mal, con el 25%, seguido de un cepillado fuerte con un 10%.

Es importante resaltar que un 22% de la población desconoce las causas que producen las enfermedades periodontales. Por otra parte, si analizamos este conocimiento desde la afiliación a los diferentes regímenes, se encontró en el régimen subsidiado y en los no afiliados, que el desconocimiento de las causas se da en el 28% de su población, mientras que en los afiliados al régimen contributivo y a regímenes especiales este desconocimiento se reduce a la mitad, 14% (ver tabla 37). En la tabla 13 del anexo 4 se presentan los porcentajes por departamentos de problemas dentales, en la boca o encías referidos por las personas entre 6 y 69 años, en los últimos 30 días.

**Tabla 37. Causas de sangrado o inflamación de las encías (%) identificadas por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación declarado**

Causas de Sangrado	Régimen de afiliación declarado					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
No cepillarse o hacerlo mal	27	24	28	22	22	25
Cepillado fuerte	9	11	9	11	8	10
Las anteriores juntas	8	6	7	5	6	7
No sabe	14	28	12	28	28	22
Infección	5	4	5	4	5	5
Problemas de caries	3	5	4	5	6	4
Debilidad de la encía	4	3	4	4	3	4
No cepillarse o hacerlo mal e infección	3	2	2	2	2	2
No cepillarse o hacerlo mal y debilidad de las encías	2	1	2	1	2	2
Otras combinaciones de causas	25	16	27	18	19	20

Otro aspecto evaluado fue el uso de los diferentes elementos para la higiene oral. En esta unidad se encontró que el 99,1% de las personas mayores de 12 años manifestó utilizar el cepillo de dientes, el 98,8% la crema dental y el 42,0% la seda dental. El 23% declaró usar enjuague bucal. Un 0,4% de la población reveló no usar nada.

En referencia con los momentos del día en el cual se cepillan los dientes, el 74% de la población mayor de 12 años declaró que lo hacía cuando se levantaba, el 48,4% después de almorzar, el 27% después de la comida y el 62% antes de acostarse.

En cuanto al número de veces al día que se cepillan los dientes, el 43% de las personas mayores de 12 años manifestó que lo hacían tres veces, el 38% dos veces y el 8% cuatro veces. Con respecto al régimen de afiliación, se encontró que existe una diferencia entre el régimen contributivo y subsidiado en el número de veces que la población manifestó cepillarse los dientes. En el régimen contributivo el 49% manifestó realizar este procedimiento tres veces mientras en el subsidiado la participación fue del 38% (ver tabla 38).

**Tabla 38. Número de veces de cepillado dental diario (%) referidas por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación declarado**

No. de veces	Régimen de afiliación declarado					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
5	4	2	4	2	2	3
4	11	6	13	8	5	8
3	49	38	51	40	41	43
2	32	43	29	42	41	38
1	4	11	4	8	11	8

Respecto al hábito de cambiar el cepillo dental, se halló que el 34% de la población respondió que realizaba la reposición cada tres meses y el 22% cuando las cerdas han perdido forma. Los comportamientos por régimen de afiliación fueron similares (ver tabla 39).

**Tabla 39. Razones de cambio del cepillo de dientes (%) identificadas por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación**

Razones de cambio del cepillo de dientes	Régimen de afiliación					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
Cuando las cerdas han perdido forma	21	24	19	22	23	22
Cuando se ve sucio	1	1	1	1	2	1
Cada mes	8	11	10	13	12	10
Cada 2 meses	17	16	22	17	15	17
Cada 3 meses	37	32	36	31	31	34
Cada 6 meses	13	11	10	12	11	12
Cada año	1	2	1	2	2	2
Otra periodicidad	2	3	1	3	3	2

Por otra parte, se preguntó por el uso de la seda dental. Se encontró que, en mayores de 12 años, el 42% de la población usa la seda dental. Se halló un uso mayor en la población afiliada al régimen contributivo y a los regímenes especiales que en la población afiliada al régimen subsidiado o no afiliada (ver tabla 40).

**Tabla 40. Uso de seda dental (%) por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación**

Régimen de afiliación	Uso de seda dental (%)
Contributivo	60
Subsidiado	27
Especial	64
No asegurado	33
Sin especificar	34
General	42

Al indagar por la razón principal para no usar la seda dental, el 39,6% respondió que por falta de costumbre, mientras que el 15,1% manifestó que es muy cara o no tiene dinero para comprarla. El 10,7% de la población mayor de doce años expresó que no era necesaria, el 10,6% que no le gustaba y un 8,8% que no la conoce.

Al preguntar en la población de 6 a 19 años si habían recibido aplicaciones o enjuagues con flúor, se halló que el 41% manifestó haber recibido el procedimiento. Para el caso de la población no asegurada, se encontró que el 29% pudo acceder a este servicio preventivo (ver tabla 41).

**Tabla 41. Aplicaciones o enjuagues de flúor (%) referidos por la población entre 6 y 19 años, por régimen de afiliación declarado**

Aplicaciones o enjuagues de flúor	Régimen de afiliación					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
Cuando las cerdas	21	24	19	22	23	22
Si	47	42	48	29	44	41
No	49	54	48	67	53	55
No sabe	4	4	4	4	4	4

La principal razón para no recibir aplicaciones o enjuagues de flúor, en personas de 6 a 19 años, fue no creer que lo necesitaba con un 40%. Para el caso del régimen contributivo, el 53% de la población no lo cree indispensable, mientras que para los regímenes especiales esta razón representó el 38% de las respuestas. El 16% de esta población respondió que no había recibido la atención por descuido.

En cuanto a la aplicación de sellantes de foseas y fisuras, el 34% de las personas de 6 a 19 años declaró haber recibido esta atención en el último año. La cobertura de esta acción preventiva es menor en la población no asegurada con el 20%.

Al preguntar por los motivos de no aplicación, se encontró que el 44% de la población que no tuvo esta actividad, manifestó no necesitarla, el 13% respondió que por descuido, el 10% declaró no saber qué son los sellantes y al 9% no se lo recomendaron (ver tabla 42).

**Tabla 42. Aplicación de sellantes (%) referida por la población entre 6 y 19 años, por régimen de afiliación**

Aplicación de sellantes		%
Régimen de afiliación declarado	Contributivo	44
	Subsidiado	34
	Especial	47
	No Asegurado	20
	Sin especificar	35
<b>General</b>		<b>34</b>

Ante la pregunta ¿ha tenido algún problema dental, en la boca o las encías en los últimos 30 días, contados hasta hoy?, el 85% de la población respondió de manera negativa. Igual peso tuvieron las repuestas de la población afiliada a los diferentes regímenes. Para la población que manifestó haber tenido un problema, el principal síntoma fue dolor de muelas, dientes o encías en el 62% de los casos. En afiliados al régimen subsidiado esto se presentó en el 70% de los casos, mientras que en el régimen contributivo en el 52%.

De las personas que tuvieron algún problema dental en los últimos 30 días, el 47,5% manifestó que no consultó a nadie. Al analizar esta situación por el régimen de afiliación, se encontró que en el régimen contributivo el 60% asistió al odontólogo o la higienista y el 34% no consultó a nadie. Para el caso del régimen subsidiado, el 42% asistió al odontólogo y el 53% no consultó a nadie.

Las principales razones alegadas para no asistir fueron descuido con el 27%, el alto costo de la consulta y no tenían dinero para pagarla el 16%, y la no utilidad de los horarios disponibles o no tener tiempo con el 10% (ver tabla 43).

**Tabla 43. Razones de no asistencia a consulta (%) por parte de la población entre 6 y 19 años con algún problema dental en el último mes, por régimen de afiliación**

Aplicaciones o enjuagues de fluor	Régimen de afiliación					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
Descuido	29	27	32	23	28	27
La consulta es muy cara y no tenía dinero	5	13	4	32	14	16
Los horarios no le sirven y no tenía tiempo	13	10	7	6	9	10
El problema se resolvió solo y se ha sentido bien	8	7	19	7	10	8
Le dio miedo, nervios o pena	7	7	8	5	6	6
Pensó que no era necesario	10	5	6	3	6	6

continúa

**Tabla 43. Razones de no asistencia a consulta (%) por parte de la población entre 6 y 19 años con algún problema dental en el último mes, por régimen de afiliación**

continuación

Aplicaciones o enjuagues de fluor	Régimen de afiliación					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
Le hacen esperar mucho para atenderlo	5	5	2	2	4	4
Mucho trámite en las instituciones	4	5	5	1	3	4
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	4	4	6	2	3	4
No tenía dónde acudir	2	2	2	10	8	4
No le gusta ir	3	2	3	2	2	3
Mala atención	4	3	2	2	0	3
Fue pero no lo atendieron	2	2	2	1	2	2
No lo cubrían o no le autorizaron la atención	1	2	4	1	1	2
Sitio de atención muy lejano	1	4	0	2	3	2
Otras combinaciones de causas	1	1	-	0	2	2

La población que asistió a consulta odontológica durante el último año fue del 47%, de 12 y más años, al 71% le realizaron limpieza, al 48% revisión o examen, al 39% operatoria, al 15% exodoncias y al 4% endodoncia.

El 40,5% de los casos fue atendido en centros de atención de una EPS, el 28,4% en un hospital, centros de salud o puestos de salud públicos y el 21,7% en consultorio particular. En la siguiente tabla se presenta este comportamiento por régimen de afiliación.

En referencia a quién cubrió la mayor parte de los gastos de la última atención recibida se encontró que en el 58,1% de los casos fue asumida por la EPS, fue asumido por la EPS u otra entidad de seguridad social, mientras que en el 23,5% se pagó con recursos propios.

Se preguntó sobre el cuidado de la dentición temporal en menores de diez años. En cuanto al conocimiento, actitudes y prácticas del cuidado de los dientes en los hijos menores de diez años, se encontró que el 11,7% de las personas encargadas del cuidado dental de esta población, manifestó su desacuerdo con respecto a que la dentición temporal requiere los mismos cuidados de la dentición permanente.

En referencia con el régimen de afiliación, se encontró que el 91,7% de las personas encargadas de la higiene oral de los niños menores de diez años en el régimen contributivo está de acuerdo en que los dientes temporales requieren iguales cuidados que los permanentes. Para los afiliados al régimen subsidiado, esta respuesta se obtuvo en el 82,9% de los casos.

**Tabla 44. Lugar de atención de consulta odontológica en el último año (%) identificado por la población entre 12 y 69 años, por régimen de afiliación**

Lugar de atención de la consulta	Régimen de afiliación					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)	62,1	28,1	23,7	14,8	24,6	40,5
Hospital, clínica o centro o puesto de salud del gobierno	8,3	48,5	33,7	33,8	47,6	28,4
Consultorio o médico particular	22,3	14,2	21,3	39,4	16,7	21,7
Hospital o clínica privada	5,4	2,0	18,7	5,7	4,2	4,8
En el trabajo, estudio u otro espacio	1,7	6,6	2,2	5,5	6,1	4,1
En el hogar	0,2	0,4	0,1	0,6	0,6	0,3
Droguería o sitio de acupunturista, bioenergético, naturista o similar	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2

Con respecto al cuidado de los dientes en la población menor de diez años, se encontró que el 55% se cepilla los dientes con crema dental, el 29,2% aprende a asearse la boca y el 25,2% de las personas encargadas del cuidado dental de los hijos revisa el cepillado de los mismos (ver tabla 45).

**Tabla 45. Cuidado de los dientes (%) en población menor de diez años, por régimen de afiliación**

Cuidado de los dientes	Régimen de afiliación					General
	Contributivo	Subsidiado	Especial	No asegurado	Sin especificar	
Cepillarles los dientes con crema	56,0	54,3	61,9	51,8	49,8	54,6
Enseñarles a asearse la boca	31,0	28,3	30,3	28	26,2	29,2
Revisarles el cepillado	27,2	24,1	25,2	23	27,1	25,2
Mandarlos a que se laven los dientes	14,4	20,1	14,5	17,2	16,9	17,2
Limpiarles las encías con gasa	19,0	13,2	21,7	14,1	10,7	15,7
Cepillarles los dientes sin crema	8,4	6,9	7,3	8,0	6,9	7,7
Pasarles la seda dental	4,9	2,7	4,6	1,3	1,9	3,3
Usar pastillas reveladoras de placa bacteriana	1,0	0,7	1,3	0,6	0,1	0,8
Comprarles enjuague bucal y seda dental	4,2	2,0	8,1	1,6	1,7	2,9
Llevarlos al odontólogo periódicamente	9,2	5,7	9,2	5,2	6,1	7,0
Darles leche	1,5	1,0	2,1	1,5	1,2	1,3
Controlar consumo de dulces	3,0	2,4	4,0	1,9	1,5	2,5
No hace nada	3,9	7,3	3,0	8,2	12,4	6,2

En la población menor de seis años, se manifestó que el 42% recibió aplicaciones o enjuagues de flúor. El 4% no sabe si recibió esta atención. Con respecto a la aplicación de sellantes, se declaró que el 31% de los niños tuvo aplicación de sellantes de foseas y fisuras. Para la población no asegurada, la cobertura de este procedimiento llegó al 18% de los niños.

## 6.2. Algunos problemas específicos en menores de seis años

### 6.2.1. Alergias, problemas del cerebro y desnutrición

Se indagó, mediante entrevistas a las madres, sobre problemas presentados por sus hijos menores de seis años desde su nacimiento. En la tabla 46 se presentan algunos de estos resultados para el país.

Se observa en la tabla 46 que las alergias son uno de los problemas más frecuentes entre los niños menores de seis años seguidos por la desnutrición.

**Tabla 46. Prevalencia de vida (%) de algunos problemas de salud en niños menores de seis años, Colombia 2007**

Género	Alguna vez ha tenido o le ha sido diagnosticado por un profesional de la salud:		
	Alergias	Problemas en el cerebro	Desnutrición
Masculino	12,6	1,1	5,2
Femenino	12,3	0,9	6,2
General	12,5	1,0	5,7

### 6.2.2. Lesiones, intoxicación por accidentes o violencia

Entre los niños menores de 6 años el 3% ha sufrido en los últimos treinta días alguna lesión por accidente o violencia. Mientras, sólo el 0,5% ha sido víctima de envenenamiento accidental o violento en el mismo periodo.

Llama la atención que en el 54% de los casos no se acudió a centro asistencial alguno por considerar que “no era necesario” o porque “el problema curó por sí solo”.

## 6.3. Condiciones crónicas en personas entre 6 y 69 años

### 6.3.1. Enfermedades respiratorias: tuberculosis pulmonar, asma bronquial y enfisema

Entre las personas de 6 a 69 años de edad 0,2% refirió haber sufrido (por diagnóstico médico) alguna vez de tuberculosis.

El 2,2% fue diagnosticado antes de los 18 años de edad y el 97,8% después de esta edad.

En el último año el 22% de los que han padecido de tuberculosis recibió tratamiento para su enfermedad.

El 4,3% de la población entre 6 y 69 años ha padecido alguna vez de asma bronquial. El 37% se enfermó antes de los 18 años de edad. Y, el 38% del total ha recibido algún tipo de tratamiento en el último año por esta causa.

Al indagarse sobre otra enfermedad pulmonar crónica como el enfisema, el 0,8% de la población entre 6 y 69 años establece haberla padecido alguna vez. El 28% haber sido diagnosticado antes de los 18 años de edad. Mientras que el 42% haber recibido algún tipo de tratamiento en el último año.

### **6.3.2. Enfermedades del aparato digestivo: úlcera de estómago o intestino, colon irritable**

El 6,2% de la población entre 6 y 69 años ha padecido alguna vez úlcera de estómago o intestino. El 6% refiere que le fue diagnosticada la enfermedad antes de cumplir 18 años. El 51% de los que han padecido este problema digestivo manifiestan que han recibido algún tipo de tratamiento en el último año.

El 6% de las personas de este rango de edad refiere que alguna vez se le ha diagnosticado por un médico que padece de colon irritable. También el 6% que el diagnóstico se le hizo antes de cumplir los 18 años de edad. El 48% dice que en el último año ha recibido algún tipo de tratamiento por esta causa.

### **6.3.3. Epilepsia**

El 1% de la población de este grupo de edad manifiesta que alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece de epilepsia o "ataques". En el 25% de los casos el diagnóstico fue hecho antes de cumplir 18 años. El 63% de estas personas ha recibido algún tipo de tratamiento en el último año por esta causa.

### **6.3.4. VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual**

El 0,7% de las personas entre 18 y 69 años ha sufrido alguna infección de transmisión sexual en el último año. De ellas señalan que el principal síntoma referido por estas personas es el ardor o dolor al orinar.

Por otra parte, el 5,3% de los hombres y el 5% de las mujeres de estas edades se autocalifican como de alto o muy alto riesgo de infectarse con el VIH. Esta autocalificación de alto riesgo para la infección se incrementa para los dos géneros en la medida en que aumenta el nivel educativo (ver tabla 47).

**Tabla 47. Distribución de la población (%) según su calificación respecto al riesgo de infección por VIH, según género y máximo nivel educativo alcanzado**

Máximo nivel educativo	Hombre				Mujer			
	Ninguna	Baja-Regular	Alta	Muy alta	Ninguna	Baja-Regular	Alta	Muy alta
Ninguno	68,0	26,9	3,4	1,7	69,6	26,1	2,5	1,8
Preescolar o Básica Primaria	59,3	37,1	2,9	0,8	66,1	29,4	3,2	1,3
Básica Secundaria y Media	50,0	43,5	5,1	1,4	57,3	37,7	4,0	1,0
Técnico o Tecnológico	43,5	49,4	6,3	0,8	52,8	41,0	5,0	1,2
Universitario	40,2	55,0	4,5	0,3	45,5	48,9	4,9	0,7
Postgrado	38,4	56,1	4,5	1,0	42,7	40,4	8,7	0,8
<b>General</b>	<b>51,9</b>	<b>42,7</b>	<b>4,3</b>	<b>1,0</b>	<b>58,5</b>	<b>36,5</b>	<b>3,9</b>	<b>1,1</b>

En las personas entre 6 y 69 años se estimó la prevalencia de VIH-SIDA en 0,04%, muy diferencial por género como se puede observar en la tabla 46; el 9% de ellas resultó diagnosticado antes de los 18 años y sólo el 33% ha recibido, en el último año, algún tipo de tratamiento para esta enfermedad.

Por rangos de edad, los grupos de 30 a 39 y 40 a 49 años mostraron los porcentajes más altos (0,07% y 0,06% respectivamente) y por género, la mujer mostró proporciones más elevadas excepto para el grupo de 30 a 39 años (tabla 48).

Es pertinente señalar que estas prevalencias resultan muy inferiores a las identificadas en otros estudios en los cuales las cifras están en el orden del 0,3% y 0,4% para el país.

**Tabla 48. Prevalencia de diagnóstico médico de VIH (%), según género y rangos de edad**

Rangos de edad	Hombre	Mujer	General
6 a 11 años	0,00	0,01	0,00
12 a 17 años	0,00	0,04	0,02
18 a 29 años	0,00	0,09	0,05
30 a 39 años	0,12	0,03	0,07
40 a 49 años	0,03	0,09	0,06
50 a 59 años	0,00	0,00	0,00
60 a 69 años	0,02	0,04	0,03
<b>General</b>	<b>0,02</b>	<b>0,05</b>	<b>0,04</b>

### 6.3.5. Hipertensión arterial

A continuación se presentan los resultados de indagar entre las personas entrevistadas en los hogares, con edades entre los 18 y los 69 años, si han padecido o padecen de hipertensión arterial.

Se estimó en 8,80% la proporción de personas entre 18 y 69 años que refieren haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas. Los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda muestra los valores más altos; mientras que La Guajira, Guaviare, Vaupés y Putumayo muestran los valores más bajos (ver tabla 49, y ampliación por departamentos en la tabla 31 del anexo 4).

**Tabla 49. Diagnóstico de hipertensión arterial en dos o más consultas (%) en personas entre 18 y 69 años, por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Caldas	11,3	9,0	9,3	13,3
Quindío	11,2	8,7	9,3	13,1
Risaralda	11,1	7,7	9,5	12,8
Chocó	10,7	9,1	8,7	12,6
Bolívar	10,3	10,4	8,2	12,4
Atlántico	10,0	7,6	8,5	11,5
Boyacá	9,9	11,0	7,8	12,0
Cauca	9,9	9,0	8,1	11,6
Tolima	9,9	11,8	7,6	12,2
Antioquia	9,8	6,7	8,5	11,1
<b>Nacional</b>	<b>8,80</b>	<b>2,34</b>	<b>8,40</b>	<b>9,20</b>

La prevalencia de hipertensión disminuye a 6,75% en el país si sólo se consideran como hipertensas aquellas personas que se encuentran tomando medicamentos antihipertensivos. Departamentos como Caldas, Quindío, Bolívar y Risaralda muestran las cifras más altas (ver tabla 50 y descripción por subregiones en la tabla 32 del anexo 4).

**Tabla 50. Consumo de medicamentos para controlar la hipertensión arterial (%) en población entre 18 y 69 años, según departamentos seleccionados (10 primeros valores)**

Departamento	Consumo de medicamentos	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Caldas	9,8	9,6	7,9	11,6
Quindío	9,7	8,9	8,0	11,4
Bolívar	9,1	11,5	7,1	11,2
Risaralda	9,1	9,2	7,5	10,8
Atlántico	8,3	8,5	6,9	9,7
Valle del Cauca	7,8	7,8	6,6	9,1
Chocó	7,7	14,4	5,5	9,9
Cundinamarca	7,6	14,5	5,5	9,8
Huila	7,5	11,3	5,8	9,2
Antioquia	7,3	7,8	6,2	8,4
<b>Nacional</b>	<b>6,75</b>	<b>2,64</b>	<b>6,40</b>	<b>7,10</b>

Sólo el 3,1% de las personas, que refieren haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas, asistieron a consulta de nutrición para su control. En los departamentos del Atlántico y Bolívar la asistencia a consulta de nutrición mostró los porcentajes más elevados del país (ver tabla 51 y descripción por subregiones en la tabla 32 del anexo 4).

**Tabla 51. Asistencia a consulta de nutrición alguna vez (%) desde el diagnóstico de hipertensión, por departamentos seleccionados (10 primeros valores)**

Departamento	Consulta de nutrición	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántico	4,6	12,7	3,4	5,7
Bolívar	4,4	16,2	3,0	5,8
San Andrés	4,4	17,7	2,9	6,0
Cundinamarca	4,3	17,8	2,8	5,8
Caldas	4,1	14,8	2,9	5,3
Risaralda	3,7	16,8	2,5	5,0
Bogotá	3,6	10,7	2,8	4,3
Boyacá	3,5	20,3	2,1	4,9
Amazonas	3,3	24,6	1,7	4,9
Antioquia	3,2	13,3	2,3	4,0
<b>Nacional</b>	<b>3,14</b>	<b>4,06</b>	<b>2,89</b>	<b>3,39</b>

Mucho menores resultan las cifras de asistencia a consulta de psicología, sin observarse diferencias importantes entre departamentos (ver tabla 52 y descripción por subregiones en la tabla 33 del anexo 4).

**Tabla 52. Asistencia a consulta de psicología alguna vez (%) desde que le diagnosticaron hipertensión por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Consulta de psicología	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Amazonas	2,00	33,70	0,70	3,30
Guainia	1,70	31,20	0,60	2,70
Atlántico	1,60	20,70	1,00	2,30
Cundinamarca	1,50	32,60	0,50	2,40
Putumayo	1,20	38,80	0,30	2,10
Valle del Cauca	1,20	17,50	0,80	1,60
Arauca	1,10	36,70	0,30	1,90
Antioquia	1,00	22,60	0,50	1,40
Bogotá	1,00	19,40	0,60	1,30
Caldas	1,00	33,50	0,30	1,60
<b>Nacional</b>	<b>0,94</b>	<b>7,02</b>	<b>0,81</b>	<b>1,07</b>

El haber recibido instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud muestra cifras parecidas a las encontradas al indagar sobre la asistencia a consulta de nutrición (ver tabla 53 y descripción por subregiones en la tabla 33 del anexo 4).

**Tabla 53. Instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud (%) desde el diagnóstico de hipertensión, por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Instrucción sobre ejercicios	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántico	3,90	13,00	2,90	4,90
Bolívar	3,90	15,10	2,80	5,10
San Andrés	3,40	23,20	1,80	4,90
Risaralda	3,30	18,00	2,10	4,40
Valle del Cauca	3,00	13,30	2,20	3,80
Chocó	2,90	32,80	1,00	4,70
Cundinamarca	2,90	21,60	1,70	4,10
Tolima	2,80	20,50	1,70	3,90
Antioquia	2,70	14,30	2,00	3,50
Bogotá	2,70	11,90	2,00	3,30
<b>Nacional</b>	<b>2,58</b>	<b>4,40</b>	<b>2,35</b>	<b>2,80</b>

### 6.3.6. Diabetes mellitus

Se presentan los resultados de indagar entre las personas entrevistadas en los hogares, con edades entre los 18 y los 69 años, si han padecido o no de diabetes mellitus.

La prevalencia de diabetes referida por entrevista resultó en 3,51% para el ámbito nacional. Los departamentos de Boyacá y Guaviare mostraron las cifras más elevadas del país (ver tabla 54 y descripción por subregiones de la tabla 34 del anexo 4).

**Tabla 54. Prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada (%), por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Boyacá	6,5	19,0	4,1	8,9
Guaviare	5,8	21,0	3,4	8,2
Cundinamarca	4,9	16,9	3,3	6,5
Quindío	4,7	14,4	3,4	6,1
Santander	4,5	17,1	3,0	6,0
Caquetá	4,2	19,1	2,6	5,7
Valle del Cauca	4,2	11,5	3,3	5,2
Meta	4,0	15,5	2,8	5,2
Tolima	3,9	16,9	2,6	5,2
Chocó	3,7	31,9	1,4	6,0
<b>Nacional</b>	<b>3,51</b>	<b>3,75</b>	<b>3,25</b>	<b>3,77</b>

La proporción de personas que refiere tomar medicamentos para el control de la diabetes es de 1,78% en el ámbito nacional sin diferencias entre departamentos al observar las estimaciones obtenidas en los diez primeros (ver tabla 55 y descripción por subregiones en la tabla 34 del anexo 4).

**Tabla 55. Consumo de medicamentos (%) para controlar la diabetes mellitus diagnosticada, por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Consumo de medicamentos	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Chocó	2,9	41,3	0,6	5,2
Quindío	2,6	18,5	1,7	3,6
Risaralda	2,5	27,6	1,1	3,8
Amazonas	2,4	34,3	0,8	4,0
Boyacá	2,3	28,9	1,0	3,6
Córdoba	2,3	19,5	1,4	3,2
Tolima	2,3	21,7	1,3	3,2
Valle del Cauca	2,3	14,9	1,6	3,0
Cundinamarca	2,2	25,2	1,1	3,3
Guaviare	2,1	38,4	0,5	3,6
<b>Nacional</b>	<b>1,78</b>	<b>5,20</b>	<b>1,60</b>	<b>1,96</b>

Los porcentajes de consulta de nutrición desde que fue diagnosticada alguna vez la diabetes referida, son similares a los que se estimaron con consumo de medicamentos para su control (ver tabla 56 y descripción por subregiones en la tabla 35 del anexo 4).

**Tabla 56. Asistencia a consulta de nutrición alguna vez (%) desde que el diagnóstico de diabetes mellitus, por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Consulta de nutrición	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Boyacá	2,7	30,5	1,1	4,3
Santander	2,2	21,0	1,3	3,1
Atlántico	2,0	17,7	1,3	2,7
La Guajira	2,0	30,8	0,8	3,2
Guaviare	1,9	36,1	0,6	3,3
Valle del Cauca	1,8	17,0	1,2	2,4
Bogotá	1,7	13,7	1,3	2,2
Amazonas	1,6	32,2	0,6	2,6
Arauca	1,6	36,4	0,4	2,7
<b>Nacional</b>	<b>1,60</b>	<b>5,48</b>	<b>1,42</b>	<b>1,77</b>

Las proporciones de recibo de instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud resultan bajas tanto en el ámbito nacional como departamental, con valores con poca precisión en casi todos los casos (ver tabla 57 y descripción por subregiones en la tabla 35 del anexo 4).

**Tabla 57. Instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud (%) desde que el diagnóstico de diabetes mellitus, por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Instrucción sobre servicios	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Boyacá	1,5	47,3	0,1	2,8
Chocó	1,5	44,5	0,2	2,9
Amazonas	1,4	32,0	0,5	2,3
Putumayo	1,3	41,1	0,3	2,4
Valle del Cauca	1,1	20,8	0,7	1,6
Bogotá	1,0	16,5	0,7	1,3
Casanare	1,0	51,3	0,0	2,0
Córdoba	1,0	30,5	0,4	1,5
La Guajira	1,0	34,8	0,3	1,7
Risaralda	1,0	34,7	0,3	1,7
<b>Nacional</b>	<b>0,83</b>	<b>7,27</b>	<b>0,71</b>	<b>0,95</b>

### 6.3.7. Dolor de espalda y nuca

A continuación se presentan los resultados de indagar entre las personas entrevistadas en los hogares, con edades entre los 18 y los 69 años, si han padecido o padecen de dolor de espalda y/o nuca.

La prevalencia de dolor de espalda, en la última semana, es elevada en todos los departamentos, entre 20% y 30% en la mayoría de departamentos, pero están por encima de estas cifras los diez departamentos con cifras más altas, encabezados por Cauca, Guaviare, Nariño y La Guajira (ver tabla 58 y ampliación por departamentos en la tabla 36 del anexo 4).

**Tabla 58. Prevalencia de dolor de espalda en la última semana (%), por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Cauca	39,8	5,5	35,5	44,1
Guaviare	39,3	7,1	33,8	44,7s
Nariño	39,1	4,6	35,5	42,6
La Guajira	38,8	6,8	33,7	44,0
Caquetá	37,8	5,5	33,7	41,9
Bolívar	37,5	4,5	34,2	40,8
Boyacá	35,5	5,1	32,0	39,0
Meta	35,4	5,3	31,8	39,1
Chocó	34,8	4,6	31,7	38,0
Vichada	34,8	6,9	30,1	39,5
<b>Nacional</b>	<b>28,52</b>	<b>1,25</b>	<b>27,82</b>	<b>29,22</b>

El dolor de espalda acompañado de irradiación del mismo a las piernas, muestra prevalencias de 8,66% para todo el país; mientras que La Guajira, Nariño, Bolívar y Boyacá presentan los valores más elevados (ver tabla 59 y ampliación de la distribución por departamentos en la tabla 36 del anexo 4).

**Tabla 59. Prevalencia de dolor de espalda en la última semana con extensión hacia las piernas (%), por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
La Guajira	14,6	17,6	9,6	19,7
Nariño	13,2	8,9	10,9	15,5
Bolívar	12,6	9,5	10,2	14,9
Boyacá	12,5	10,5	9,9	15,1
Vaupés	11,3	12,7	8,5	14,1
Caquetá	11,1	11,4	8,6	13,6
Magdalena	10,9	10,6	8,7	13,2
Vichada	10,7	17,4	7,1	14,4
Chocó	10,6	10,3	8,4	12,7
Tolima	10,6	10,6	8,4	12,9
<b>Nacional</b>	<b>8,66</b>	<b>2,35</b>	<b>8,26</b>	<b>9,06</b>

Las prevalencias de dolor de nuca o cuello en la última semana, son más bajas que las de dolor de espalda, pero resultan en valores altos comparados con otros padecimientos. En el ámbito nacional la prevalencia es de 17,36%, alcanzando cifras más altas en departamentos como el Guaviare, Bolívar y La Guajira (ver tabla 60 y ampliación de la distribución por departamento en la tabla 37 del anexo 4).

**Tabla 60. Prevalencia de dolor de cuello o nuca en la última semana (%), por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Guaviare	24,2	10,1	19,4	29,0
Bolívar	24,1	6,0	21,3	27,0
La Guajira	22,1	6,3	19,3	24,8
Vichada	21,0	14,2	15,2	26,9
Amazonas	20,8	11,1	16,3	25,4
Meta	20,5	6,7	17,8	23,2
Chocó	20,1	7,8	17,0	23,2
Boyacá	19,8	10,8	15,6	24,0
Magdalena	19,8	8,4	16,5	23,0
Caquetá	19,7	8,1	16,6	22,8
<b>Nacional</b>	<b>17,36</b>	<b>1,76</b>	<b>16,76</b>	<b>17,96</b>

La búsqueda de atención médica por el dolor de espalda o cuello en la última semana alcanza cifras de 13,1% en el ámbito nacional, siendo menores en Norte de Santander y similares en el resto de departamentos (ver tabla 61 y ampliación por departamento en la tabla 38 del anexo 4).

**Tabla 61. Búsqueda de tratamiento por dolor de espalda y/o cuello o nuca en la última semana (%), por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
La Guajira	14,6	17,6	9,6	19,7
Arauca	24,7	16,8	16,5	32,8
Huila	20,6	12,3	15,6	25,6
Sucre	18,4	19,7	11,3	25,5
Chocó	17,8	10,9	14,0	21,7
Magdalena	17,4	15,8	12,1	22,8
Bolívar	16,3	10,6	12,9	19,6
Antioquia	16,0	9,9	12,9	19,2
Meta	15,7	12,0	12,0	19,4
Cesar	15,3	11,9	11,8	18,9
Guaviare	15,1	19,4	9,4	20,9
<b>Nacional</b>	<b>13,07</b>	<b>3,15</b>	<b>12,26</b>	<b>13,88</b>

### 6.3.8. Prevalencias de diabetes, hipertensión y dolor de espalda por grupos étnicos

En la tabla 62, se presenta la distribución de la población de 18 a 69 años según su distribución por etnia a la que se declara pertenecer y región de residencia.

**Tabla 62. Población entre 18 y 69 años (%) según grupo étnico declarado y regiones del país**

Región	Indígena	Gitano	Raizal del archipiélago	Palenquero	Negro, mulato (afro descendiente)	Ninguno de los anteriores
Atlántica	7,9	0,2	0,4	0,3	13,1	78,1
Oriental	1,0	0,0	0,0	0,0	1,1	97,9
Central	5,5	0,1	0,0	0,1	5,1	89,3
Pacífica	10,5	0,3	0,3	0,1	27,7	61,2
Bogotá	2,0	0,1	0,0	0,1	2,6	95,3
Orinoquía y Amazonía	7,2	0,0	0,0	0,0	2,6	90,2
<b>Nacional</b>	<b>5,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>9,5</b>	<b>84,6</b>

Se muestran en la tabla 63 la distribución de porcentajes de padecimientos de enfermedades percibidas como diabetes, hipertensión arterial y dolor de espalda o nuca (ésta en los últimos siete días) de acuerdo con el grupo étnico al que dicen pertenecer en personas entre 18 y 69 años de edad.

**Tabla 63. Población entre 18 y 69 años (%) con diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial y dolor de espalda o nuca, según grupo étnico declarado**

Grupo étnico	Diagnóstico de hipertensión en dos consultas o más	Diagnóstico de diabetes alguna vez en la vida	Dolor de espalda y/o nuca en los últimos 7 días
Indígena	6,63	3,02	38,42
Gitano	8,66	1,87	17,86
Raizal del archipiélago	9,76	14,49	26,06
Palenquero	7,73	4,74	54,67
Negro, mulato (afro descendiente)	10,00	3,67	39,17
Ninguno de los anteriores	8,73	3,48	34,02
<b>General</b>	<b>8,74</b>	<b>3,49</b>	<b>34,75</b>

### 6.3.9. Lesiones por accidentes de tránsito

Se indagó por las lesiones sufridas en accidentes de tránsito ocurridos en los últimos tres años: las lesiones (3,5%) resultaron mayores en la población entre 12 y 29 años de edad (entre 3,9% y 5,8%) siendo superiores en el género masculino en todos los grupos de edades, como se puede observar en la tabla 64 (ampliación en la tabla 30 del anexo 4, que presenta los datos de personas que han sufrido accidentes de tránsito en los últimos tres años, por departamentos).

Los moretones, dolores o tensiones de músculos resultan las lesiones más frecuentes (en la tercera parte de los casos) y, en casi la mitad de los eventos, la ubicación de la persona fue como pasajero del vehículo accidentado.

**Tabla 64. Distribución de la población de 6 años o más (%) según lesiones en el último accidente de tránsito, por género y rango de edad**

Rango de edad	Hombre	Mujer	General
6 - 11 años	1,8	1,2	1,5
12 - 17 años	5,1	2,8	3,9
18 - 29 años	8,5	3,5	5,8
30 - 39 años	6,2	2,6	4,1
40 - 49 años	3,8	1,5	2,6
50 - 59 años	2,2	1,5	1,8
60 - 69 años	2,2	0,6	1,3
<b>General</b>	<b>4,9</b>	<b>2,3</b>	<b>3,5</b>

### 6.3.10. Agresiones y violencia

Se describen en este apartado las percepciones y creencias de las personas, entre 18 y 69 años, respecto de la forma de abordar los conflictos, la justificación del uso de la violencia en determinadas situaciones y algunos factores causales. También se identifica la vivencia de situaciones de agresión y violencia así como la caracterización de tales situaciones en cuanto a los agresores, las causas y las medidas tomadas por las víctimas respecto de dichas agresiones.

#### Percepciones sobre el uso de la agresión física

- Orientación a los hijos sobre su comportamiento en situaciones de conflicto

En primer lugar se identifican las prácticas educativas de las familias a sus hijos respecto de la forma de abordar sus conflictos en el ámbito escolar. Frente a la pregunta: “Si otros niños insultan o le pegan a su hijo, usted le diría que los insulte o les pegue también, que no se deje”, en general en el 83,7% de los casos estuvo en desacuerdo con esta afirmación, siendo ligeramente menor en los hombres (82,7%). El 13,8% manifestó estar totalmente de acuerdo. Esta percepción difiere muy poco entre los hombres y las mujeres (14,2% y 13,4% respectivamente), en la tabla 14 del anexo 4 se presenta la distribución por departamento.

Se destaca una altísima proporción de quienes están de acuerdo con aplicar la “venganza” como forma de abordar el conflicto, en el departamento del Amazonas, con el 50,7%, sin distinciones entre hombres y mujeres. En segundo lugar se encuentra el departamento de La Guajira, con el 34,1% siendo ligeramente mayor esta consideración en las mujeres con el 36,5% respecto de los hombres con el 31,4%.

En tercer lugar se encuentra el departamento de Boyacá, donde el 20% de la población está de acuerdo, sin distinciones entre hombres y mujeres.

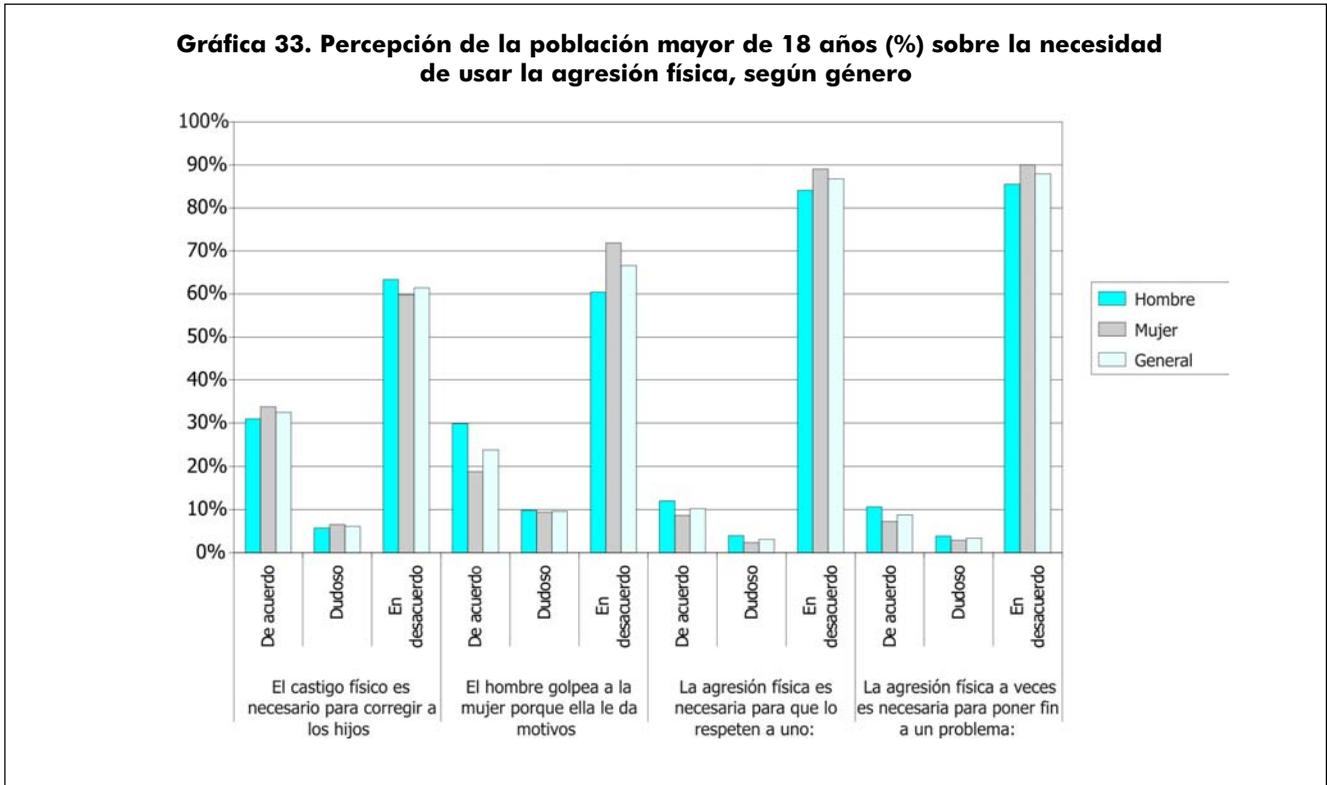
El mayor desacuerdo con esta práctica se registró en el departamento de Huila, con el 91,2%, seguido de Tolima y Magdalena con el 88,8%. En general, no se detectaron diferencias importantes entre hombres y mujeres frente a esta percepción.

- Necesidad de uso de la agresión física

De otra parte, cuando se analiza la percepción que tienen las personas sobre el uso de la agresión física en los espacios domésticos o por fuera de éstos, se evidencian diferencias importantes. Como se observa en la gráfica siguiente, el 32,5% considera que el castigo físico es necesario para corregir a los hijos y el 23,9% cree que el hombre puede golpear a la mujer cuando ésta les da motivos, en contraste con un 10% que considera necesario el uso de la agresión física para ganar respeto y el 8,8% como necesaria para terminar un problema.

Aunque no existen grandes diferencias en estas percepciones entre hombres y mujeres, llama poderosamente la atención el encontrar una especie de “consenso” entre ambos géneros respecto

al uso de la agresión física para corregir a los hijos mientras que hay mayor divergencia en el uso de ésta contra las mujeres: el 29,8% de los hombres considera que golpear a las mujeres es consecuencia de los motivos que ellas dan, frente a un 18,8% de mujeres que también está de acuerdo con esta postura (ver gráfica 33).



En las tablas 14 a 29 del anexo 4 se presentan las cifras para diferentes temáticas relacionadas con la percepción del uso de la violencia, por departamentos y género.

El 55,2% de las personas que habita en el Caquetá está totalmente de acuerdo con que es necesario castigar físicamente a los hijos para corregirlos, con proporciones mayor en las mujeres que en los hombres (59,1% y 50,9%, respectivamente).

En segundo lugar se encuentra el departamento del Meta con el 50,9%, en general y mayor en las mujeres con el 54,1% frente a un 47,3% en los hombres. En tercer lugar se encuentra el departamento del Tolima con el 49,4%, ligeramente mayor en las mujeres con el 51,0%. Otros departamentos que reflejan una percepción favorable al uso de la agresión para corregir a los hijos se encuentran Amazonas, Arauca y Vichada (con porcentajes alrededor del 45%) siendo en estos últimos contrarios a la generalidad reportada, es decir, mayor la proporción de hombres que de mujeres.

Los departamentos con la menor proporción de personas que creen que esta práctica es necesaria, son Norte de Santander (19,8%), Atlántico (22,4%), Quindío (24,3%) y Valle (25,0%). En

general en éstos es similar la percepción entre hombres y mujeres con excepción del Valle (22,0% los hombres y 29% las mujeres).

Frente a la creencia de que el hombre debe castigar a las mujeres cuando ellas dan motivos, fue mayor en los departamentos del Vaupés con el 52,0%, Nariño con el 40%, Vichada con el 39,7%, Sucre, Córdoba y Bolívar con porcentajes alrededor del 38%. Nariño y Vaupés representan una condición excepcional, pues además de ser de aquellos con la más alta percepción sobre la necesidad de recurrir a la agresión en el trato a las mujeres reflejan un consenso de este tipo de práctica entre hombres y mujeres. Por el contrario, para los demás departamentos la diferencia entre hombres y mujeres frente a esta percepción fue importante. Vichada es el departamento que más se destaca por esta percepción diferencial con el 30,6% en las mujeres y 49,6% en los hombres. Le sigue Bolívar con el 31,0% en las mujeres y con el 44,2% en los hombres y Sucre con el 32,0% en las mujeres y el 45,0% en los hombres, en la tabla 16 del anexo 4 se presenta el desagregado por departamento.

Los departamentos donde en menor proporción se registró mayor desacuerdo con la idea de que el hombre puede golpear a la mujer cuando ésta da motivos, fueron el Quindío (78,8%), Norte de Santander (77,9%), Valle del Cauca y Arauca (70% en ambos casos). Se destaca además en el departamento del Quindío el mayor consenso entre hombres y mujeres mientras que en el Norte de Santander es donde se presentan las mayores diferencias: mujeres 86% y hombres 68%. En los otros departamentos, existe una diferencia de 10 puntos porcentuales, siendo más alto en los hombres que en las mujeres.

En cuanto a la percepción sobre la necesidad de recurrir a la agresión física para hacerse respetar, la más alta frecuencia correspondió al departamento del Vaupés donde una tercera parte de la población (33,3%) lo considera necesario, pero en especial las mujeres (39,6%) respecto de los hombres (26,5%). Le siguen los departamentos de Nariño, Chocó y Córdoba con frecuencias alrededor del 19%, destacándose los dos primeros como aquellos con el mayor consenso entre hombres y mujeres. Por el contrario, los departamentos con la mayor proporción de quienes están en desacuerdo con la necesidad de la agresión para hacerse respetar son en su orden: Quindío (91,3%), Bogotá, Caldas y Valle (90%) (ver tabla 17 del anexo 4, desagregado por departamento).

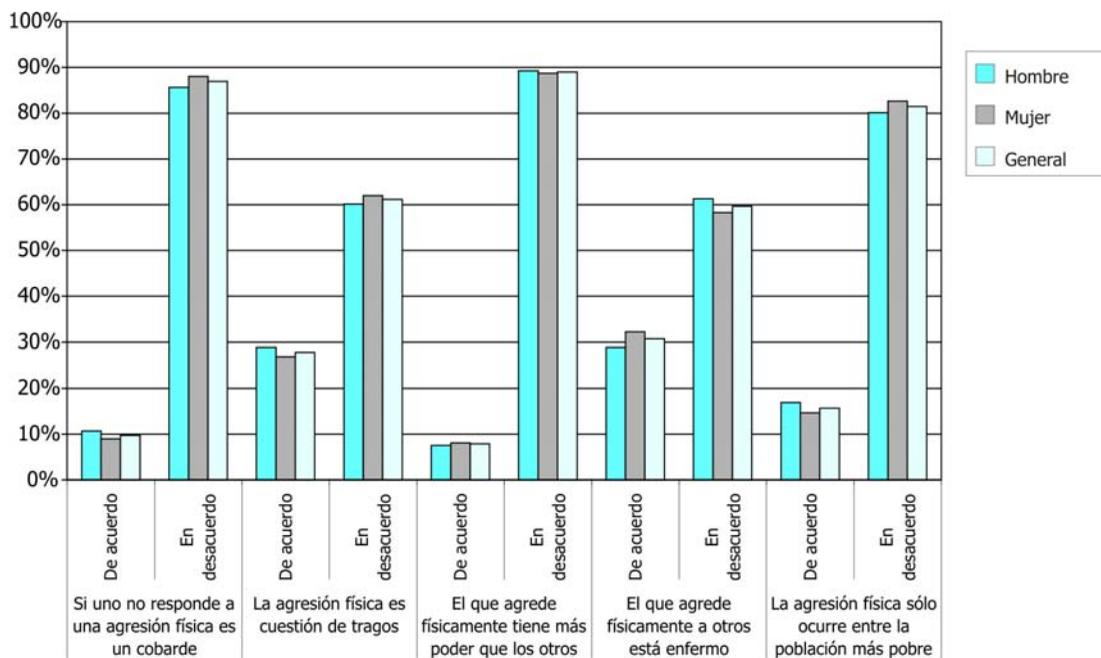
De igual forma se destacan los departamentos del Vaupés (21%), Chocó y Córdoba (19%) como aquellos en los que en mayor medida las personas consideran que la violencia es necesaria para poner fin a un problema. Por su parte, son los departamentos de Norte de Santander, Caldas, Antioquia y Quindío en donde más del 90% de la población rechaza que la violencia se requiera para resolver los problemas (ver tabla 18 del anexo 4 donde se presenta desagregado por departamento).

- Factores asociados a la agresión física

En la gráfica 34 se consideran los factores a los que la población asocia la agresión física. Así, entre el 80% y el 90% de la población no considera que la agresión física sea un acto cobarde, ni

que dé más poder al que recurre a ella ni que ésta ocurra entre la población más pobre. Más bien se asocia este comportamiento con el consumo de alcohol o con una enfermedad para cerca de una tercera parte de la población, se puede observar el desagregado por departamento en la tabla 19 y 20 del anexo 4.

**Gráfica 34. Factores asociados a la agresión física en la población mayor de 18 años (%), según género**

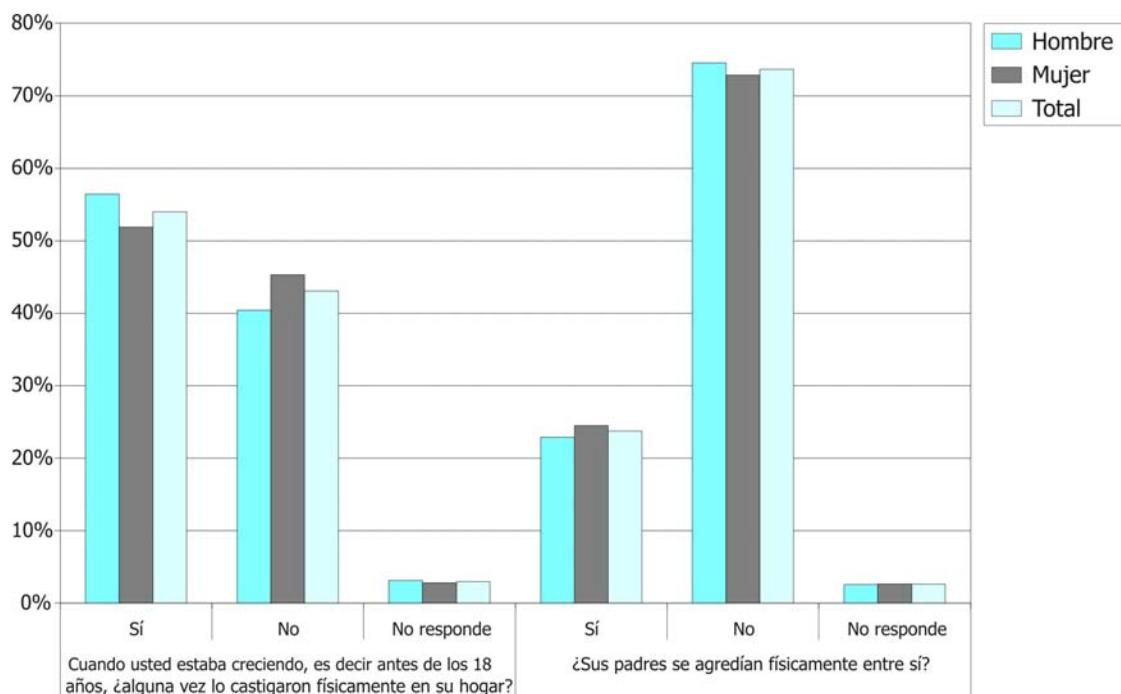


Se indaga con la población sobre la percepción que tiene frente a la agresión física y su uso en el contexto familiar y privado así como la tipificación como delito. En general, se encuentra que el 40% de la población considera la agresión física como un asunto privado, y sólo el 9,2% está de acuerdo con que la agresión sea tipificada como delito cuando ésta ocurre por fuera del ámbito familiar (en la tabla 24 del anexo 4 se presentan estos datos en forma desagregada por departamento).

### Vivencia de experiencias de agresión física

Una primera mirada al contexto de vivencia de las personas se realiza mediante la indagación si durante su crecimiento cuando eran menores de edad fueron víctimas de alguna agresión física en su hogar, donde en el 54% de los casos la respuesta fue positiva y ligeramente mayor para los hombres. También, se buscó identificar si dentro del hogar existieron episodios de agresión física entre los padres y, a diferencia del caso anterior se reportaron estos hechos en el 23,7% de hogares de las personas, algo mayor en aquellos hogares de mujeres (ver gráfica 35).

**Gráfica 35. Antecedentes de agresión física en el hogar (%), discriminado por género**



Al comparar por departamento, la vivencia de agresiones físicas en el periodo de crecimiento y hasta los 18 años, es mayor en el Cauca con el 75%, en el Guaviare con el 73%, en Casanare con el 71,8% y en Vichada con el 69,3%. En este último departamento se evidencia la diferencia más alta entre hombres y mujeres (77,4% y 61,6% respectivamente). Por el contrario, fue en el departamento de Norte de Santander donde se registró la menor proporción de los eventos analizados, con el 25,6% similar para hombres y mujeres. En segundo lugar se encuentran los departamentos de Magdalena (55%), Sucre y Amazonas (53%).

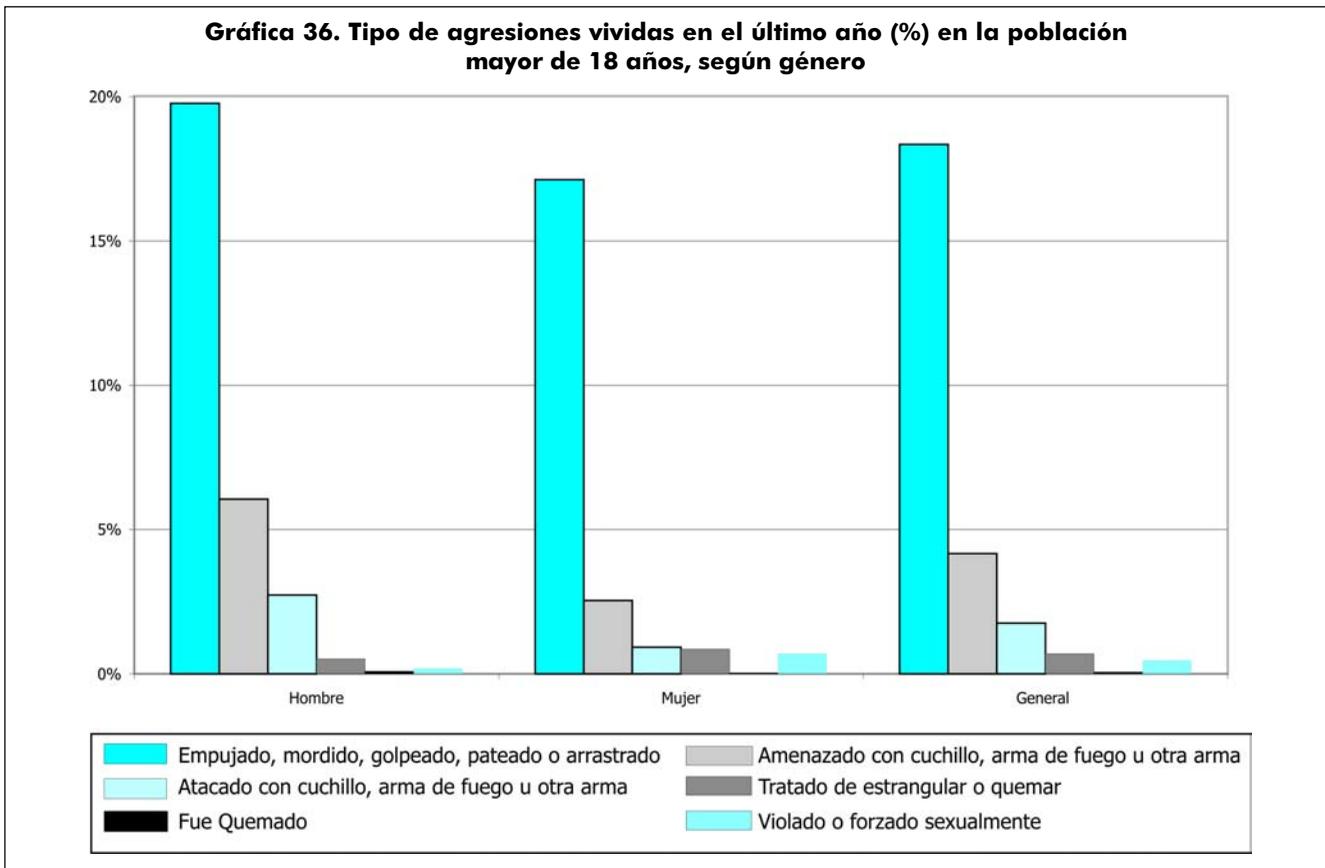
### Víctimas de agresiones en el último año

Al analizar el tipo de agresiones de las que han sido víctimas las personas, se encuentra que, en la medida que aumenta la severidad o nivel de violencia de la misma disminuye la proporción de personas afectadas.

Se estiman en casi tres y medio millones las personas mayores de 18 años (13,2%) que han sido víctimas de alguna agresión en el último año. Al cotejar por género, esta situación fue mayor para los hombres que para las mujeres con el 14,6% y 11,9% respectivamente. La menor referencia a hechos de agresión se evidenció en los departamentos de Norte de Santander, Quindío Casanare, Arauca, Antioquia y Boyacá (menos del 9%), en tanto que fueron más altos los porcentajes reportados en Putumayo, Vaupés, Guaviare y Amazonas (alrededor del 20%).

• Tipos de agresión

La agresión más frecuente tanto para hombres como para las mujeres es el ser empujado o zarandeado (10%), comparten el segundo lugar (4,2%) el ser apuñeteado, pateado o arrastrado y ser amenazado con arma de fuego. Estas dos últimas condiciones son mucho más altas en los hombres respecto de las mujeres. Por el contrario, aunque la proporción general fue baja, se evidencian mayores frecuencias para las mujeres en aquellas agresiones relacionadas con intento de estrangulamiento, quemadura y violación o abuso sexual, respecto de lo reportado por los hombres (ver gráfica 36).



Al analizar las acciones de agresión más frecuentes por departamento, encontramos que la mayor proporción de personas que reportan haber sido empujadas o zarandeadas se encuentran en los departamentos de Putumayo (16,9%), Vaupés (16,0%), Amazonas (15,1%) y Guaviare (14,0%). Por su parte, la menor frecuencia de este tipo de agresión se registró en los departamentos de Norte de Santander, Casanare, Arauca y Quindío y Antioquia con porcentajes entre el 5,5% y el 7%.

El ser apuñeteado, pateado o arrastrado, se presentó con mayor frecuencia en los departamentos de Amazonas, Putumayo y Vaupés (7%) y por el contrario fue menos frecuente en los departamentos del Norte de Santander y Cundinamarca (1%).

En el departamento de Nariño se reportó la mayor proporción de personas amenazadas con cuchillo, arma de fuego u otra arma (7,6%), seguido por Amazonas (6,9%) y Cauca (6,7%). Nuevamente los menores porcentajes fueron reportados en Norte de Santander, seguido de La Guajira y el Quindío con menos del 2% de casos.

El 63% de las personas fue agredida una vez, el 17% dos veces, el 8% tres veces y el restante 12% cuatro o más veces.

- Parentesco con el agresor

En cuanto al parentesco de la víctima con el agresor, se encontró que en el 42,2% de los casos correspondía a parientes, en el 31,6% a personas conocidas y amigos, y tan sólo en un 25% los agresores eran personas desconocidas. Además, es importante destacar que, mientras para los hombres los mayores agresores han sido personas desconocidas, amigos y conocidos (82,1%), para las mujeres por el contrario la mayor proporción de agresores corresponde a familiares y parientes (69,3%). Dentro de estos familiares, el principal agresor es el esposo o compañero actual (o ex esposos o ex compañeros) (ver tabla 65).

El 39,0% de las víctimas informó que su agresor había consumido alcohol y el 10,7% que había consumido drogas. Por su parte, las víctimas informaron que en el momento de la agresión ellas habían consumido alcohol (17,4%) y drogas (2%).

**Tabla 65. Relación (%) entre la víctima y el agresor por género, y porcentaje de denuncia**

Parentesco con el agresor	Hombres	Mujeres	General	Si denunciaron al agresor
Es su padre/padrastro	1,5	3,1	2,3	16,6
Es su madre/madrastra	0,6	2,5	1,5	1,1
Es su hermano (a)/hermanastro (a)	3,3	5,7	4,5	4,7
Es su Esposo (a)/ Compañero (a)	4,0	32,8	18,1	10,9
Es su exesposo (a)/excompañero (a)/exnovio (a)	0,8	12,3	6,4	23,9
Es su novio(a)	1,1	5,2	3,1	5,9
Es su hijo/hija	0,3	1,7	1,0	20,3
Es su pariente	4,9	5,9	5,4	8,9
Es su amigo	17,1	5,4	11,4	5,8
Es otra persona conocida	27,6	12,5	20,3	16,8
Es otra persona desconocida	37,4	11,9	25,0	16,0
No responde	1,4	0,9	1,2	27,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>13,3</b>

- Denuncia, consecuencias y resultados

El 13,3% de las personas manifestó haber denunciado a su agresor, que como se observa en la tabla anterior, la mayor proporción de denuncia correspondió a los agresores no identificados, seguidos de los ex esposos o ex compañeros e hijos. Quienes más denuncian son las mujeres, en el 15,5% de los casos, mientras que los hombres denunciaron en el 11,1%.

La denuncia se instaura principalmente en la policía (51%), en la fiscalía (36%), en las comisarías de familia (16%), en los juzgados (3%) y en medicina legal (1%).

Como consecuencia de la denuncia sobre el nivel de agresión, el 63% informó que la agresión había cesado, el 17% que había disminuido, el 18% que siguió igual y el 1,6% que había aumentado.

Como consecuencia de la denuncia, los resultados sobre el agresor fueron: otro resultado no especificado (34%), lo sancionaron (31%), le prohibieron al agresor acercarse (27%). En menor medida con el 6%, se identificaron otros resultados como el aumento de las agresiones no físicas o verbales (mala cara) y reducción del aporte económico.

Para las personas que no denunciaron, se les indagó sobre las razones, encontrándose en su orden las siguientes: no lo consideraron necesario (28,7%), porque siente que los daños no fueron fuertes (21,3%), porque lo puede resolver por sí misma (13,8%), Porque es parte de la vida (10%), porque no quiere dañar a quien la agredió (7,6%); por miedo a nuevas agresiones (5,9%) y porque no cree en la justicia - no pasa nada (4,2%).

## 7. FACTORES ASOCIADOS

Bajo este título se presenta a continuación la distribución de los factores de riesgo biológicos y del comportamiento para enfermedades no transmisibles.

### 7.1. Consumo de alcohol

Los resultados que se exponen en este capítulo se circunscriben al procesamiento de las respuestas que las personas de 18 y más años dieron a las preguntas:

- ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
- ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca o guayabo?

Estas cuatro preguntas corresponden a la prueba de Cage muy empleada como prueba de tamizaje en encuestas poblacionales como ésta<sup>7</sup> para identificar la población en riesgo de alcoholismo.

Las preguntas se insertaron inmediatamente después de la pregunta que indaga por haber bebido alguna vez con el fin de facilitar que la persona contestara de la manera más desprevenida posible y lograr así mayor validez con la prueba.

Las personas que contestaron dos o más preguntas afirmativamente se calificaron como en riesgo de alcoholismo. En la tabla 66 se presentan las prevalencias de este riesgo para departamentos seleccionados con la precisión de la estimación asociada.

---

7. Saíz PA y colaboradores. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones (2002), Vol 14, Supl. 1.

En esta tabla se observa que Chocó, Putumayo, Meta y Amazonas tienen los valores más elevados; mientras que Guainía, Norte de Santander, y Huila muestran valores menores a la prevalencia nacional (ver ampliación por departamentos en la tabla 40 del anexo 4).

**Tabla 66. Riesgo de dependencia al alcohol (%) entre población de 18 y 69 años, por departamentos (10 primeros valores)**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Cauca	39,8	5,5	35,5	44,1
Chocó	11,1	15,2	7,8	14,5
Putumayo	11,0	14,0	8,0	14,0
Meta	10,8	9,5	8,8	12,8
Amazonas	10,3	18,0	6,7	13,9
Nariño	10,2	10,0	8,2	12,2
San andres	9,5	12,2	7,2	11,7
Vaupés	9,4	15,3	6,6	12,2
Antioquia	9,3	7,0	8,0	10,5
Bolívar	9,3	8,8	7,7	10,9
Bogotá	9,2	6,4	8,1	10,4
<b>Nacional</b>	<b>7,6</b>	<b>2,4</b>	<b>7,2</b>	<b>7,9</b>

## 7.2. Tabaquismo

Los resultados que aquí se presentan corresponden al procesamiento de las respuestas dadas por los entrevistados a las preguntas:

1. ¿Ha fumado alguna vez en su vida cigarrillo?
2. ¿Sólo ha fumado la vez que probó?
3. ¿Ha fumado por lo menos cien cigarrillos o cinco paquetes durante toda su vida?
4. ¿Actualmente fuma cigarrillos a diario, algunos días o ya no fuma?

Con los datos obtenidos se construyeron los siguientes indicadores:

*Fumador actual en adolescentes:* corresponde a aquellos jóvenes que a la pregunta 1 respondieron que sí, a la segunda responden que no y en la 4 respondieron que fuman a diario o algunos días.

*Fumador actual en adultos:* corresponde a aquellos que a la pregunta 1 respondieron que sí, a la segunda respondieron que no, en la 3 respondieron que sí y en la 4 responden que fuman a diario o algunos días.

*Exfumador en adultos:* corresponde a los que a la pregunta 1 respondieron que sí, a la segunda responden que no, sí en la 3 y que ya no fuman en la 4.

### 7.2.1. Consumo en adolescentes (12-17 años)

En la tabla 61 se muestran las prevalencias estimadas en la ENS 2007 de fumadores actuales entre los adolescentes. Las estimaciones de fumador actual total (2,4%), diario (0,8%) y ocasional —algunos días— (1,6%), resultan muy inferiores a las prevalencias encontradas en las encuestas nacionales anteriores ENFREC I y II con datos de los años 1993 y 1998 respectivamente, en las que se estimaron prevalencias similares de fumador actual en 5,5%, ocasional de 3,5% y diario de 2%<sup>8,9</sup>.

Al igual que en otras encuestas, en la ENS 2007 se mantiene la tendencia a disminuir el consumo en la medida que aumenta el nivel educativo, así, mientras que los de muy baja escolaridad tienen prevalencias más altas como fumadores diarios (6,8%), los universitarios muestran los valores más elevados como fumadores ocasionales (8,5%) (ver tabla 67).

La prevalencia de fumador actual estimada en 2,5% tuvo un error estándar relativo de 6,6% que permite construir un intervalo de confianza al 95% bien estrecho (2,1%-2,8%). Sin embargo, al desagregar, por ejemplo, por fumador diario y ocasional, el error muestral se eleva de manera importante; en las encuestas anteriores consultadas no se publican los errores muestrales para estas estimaciones.

**Tabla 67. Prevalencia de fumadores actuales entre adolescentes (%), por género y máximo nivel de escolaridad alcanzado**

Nivel educativo	Hombres			Mujeres			General		
	A diario	Algunos días	Total	A diario	Algunos días	Total	A diario	Algunos días	Total
Ninguno	6,8	3,5	10,2	0,0	0,0	0,0	3,8	1,9	5,7
Preescolar y Básica primaria	1,8	1,7	3,5	0,7	0,4	1,1	1,3	1,1	2,5
Básica secundaria y media	1,4	2,5	3,9	0,3	0,7	1,0	0,8	1,6	2,4
Técnico o tecnológico	1,1	2,7	3,8	0,0	1,2	1,2	0,3	1,7	2,1
Universitario	2,5	8,5	11,0	0,7	0,3	1,0	1,4	3,2	4,6
<b>General</b>	<b>1,6</b>	<b>2,4</b>	<b>4,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,5</b>	<b>2,5</b>

8. Instituto de Seguro Social, Profamilia, Instituto Nacional de Cancerología. Estudio nacional de comportamientos de interés en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cáncer, cardiovasculares y otros. Tomo VI: Consumo de tabaco y alcohol. Octubre 1994.

9. Ronderos M. III Estudio nacional de salud bucal – ENSAB III- II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas – ENFREC II. Tomo II: Tabaquismo, Colombia, 1999.

### 7.2.2. Consumo en adultos (18-69 años)

El estudio encontró que el 21,2% de la población colombiana entre 18 y 69 años ha fumado 100 cigarrillos o más en la vida y de ésta el 60% fuma en la actualidad. La prevalencia de tabaquismo en hombres es de 19,5% y en mujeres es de 7,4% siendo de 12,8% para el total de la población. Al comparar estos datos con las dos encuestas nacionales anteriores, (ENFREC I, 1993 y II, 1998) con las cuales es posible hacer esta comparación por tener la misma definición de fumador y marcos muestrales similares, se encuentra que la tendencia al descenso en las tasas de tabaquismo en adultos que se venía observando entre 1993 y 1998, continúa de manera marcada entre 1998 y 2007.

De una prevalencia de tabaquismo de 21,4% en 1993 se pasó a 18,9% en 1998 y de ésta a 12,8% en 2007. Este descenso es evidente tanto en hombres como en mujeres. Entre 1998 y 2007 esta disminución fue mayor en los hombres que pasaron de fumar el 26,8% al 19,5%, respectivamente, mientras que las mujeres pasaron de 11,3% a 7,4%.

El 8,4% de la población es ex fumadora. La tasa de abandono o cesación es del 40%, similar a la encontrada en 1998.

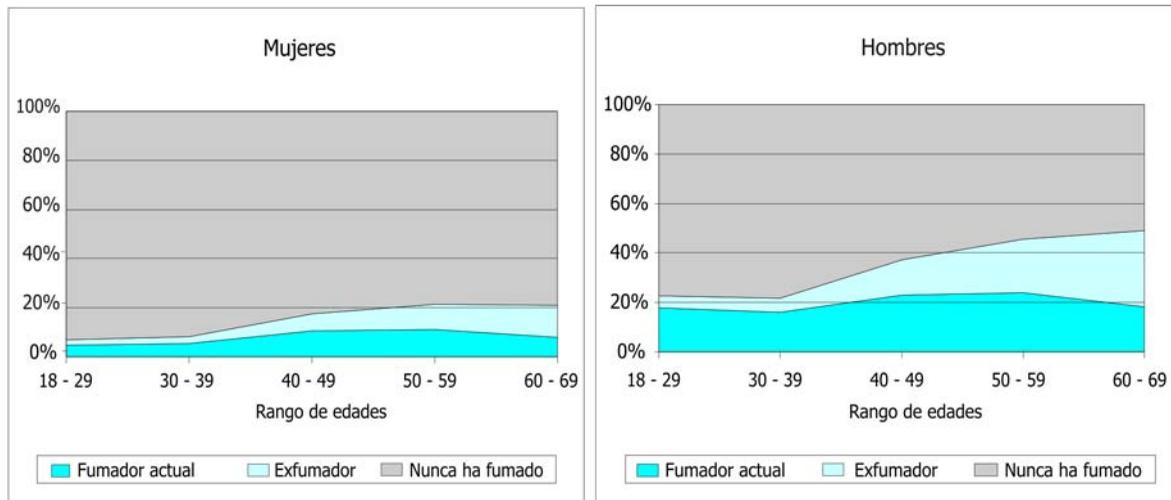
En la tabla 68 se presentan las prevalencias de fumador adulto por género y nivel educativo. La tendencia a la disminución de las prevalencias con el incremento del nivel educativo se evidencia claramente en esta tabla.

**Tabla 68. Prevalencia (%) de fumadores actuales y ex fumadores entre adultos (18-69 años), por género y máximo nivel educativo alcanzado**

Nivel educativo	Hombres		Mujeres		General	
	Fumador	Ex fumador	Fumador	Ex fumador	Fumador	Ex fumador
Ninguno	21,5	16,7	10,6	10,6	15,7	12,6
Preescolar y Básica Primaria	22,4	15,4	7,6	6,1	14,3	10,3
Básica Secundaria y media	18,5	9,8	7,1	4,6	12,2	7,0
Técnico o Tecnológico	17,2	9,2	6,7	5,3	10,9	6,9
Universitario	16,0	9,2	7,1	5,2	11,0	7,0
Postgrado	14,2	14,7	6,0	6,4	9,7	10,1
<b>General</b>	<b>19,5</b>	<b>12,0</b>	<b>7,4</b>	<b>5,5</b>	<b>12,8</b>	<b>8,4</b>

En la gráfica 37 se resume la información sobre el consumo de cigarrillos actual, ex fumadores y nunca haber fumado por género, en la población adulta entre 18 y 69 años según la ENS 2007.

**Gráfica 37. Distribución de la población colombiana de 18 a 69 años de acuerdo con su hábito de fumar según género**



### 7.3. Actividad física en el tiempo libre

Entre las personas de 12 a 69 años se indagó sobre la realización de actividad física en el tiempo libre. Se preguntó por actividad física vigorosa, denominándola así cuando ésta aumenta bastante la respiración o el ritmo cardíaco e hiciese sudar mucho y actividad física ligera cuando la actividad realizada en el tiempo libre hiciera sudar e incrementa levemente la respiración o ritmo cardíaco.

Se definió un patrón regular de ejercicio (útil para la salud) como aquél que en el caso de la actividad vigorosa, consiste en realizar la actividad física por al menos 20 minutos por tres días a la semana como mínimo; en el caso de los adolescentes (12-17 años) se requiere que la actividad se realice por 60 minutos cada vez.

En el caso de la actividad ligera, el patrón regular se define como la actividad que se realiza cinco días a la semana, 30 minutos cada vez; para los adolescentes se requiere también de 60 minutos para ser clasificado como de patrón regular.

Se estimó en el 14,0% la población entre 12 y 69 años que realiza regularmente ejercicio o actividad física ligera en su tiempo libre. Las personas entre 18 y 69 años superan a los adolescentes (12 a 17 años) en la realización de este patrón de ejercicio (15,7% y 5,6%, respectivamente), como se puede observar en la tabla 68.

En cuanto a la distribución de la población según la realización regular de la actividad física vigorosa, ésta se estimó para toda la población entre 12 y 69 años en un 21,6%. Por los dos grandes grupos de edad considerados la distribución resulta en un 12,5% para los adolescentes y de un 23,5% entre las personas de 18 a 69 años (ver la tabla 68).

La ausencia de actividad física en el tiempo libre se estimó, en el total de la población entre 12 y 69 años, en el 67,7%; entre los adolescentes el porcentaje resultó en el 42,9% y entre los adultos (18 a 69 años) en el 79,0% (ver tabla 69).

**Tabla 69. Patrón de ejercicio o actividad física que realiza en su tiempo libre la población entre 12 y 69 años (%), según rango de edad**

Patrón de ejercicio o actividad física que se realiza en el tiempo libre	Rango de edades		General
	12 a 17 años	18 a 69 años	
Patrón regular de ejercicio ligero	5,6	15,7	14,0
Patrón regular de ejercicio vigoroso	12,5	23,5	21,6
Nunca hace ejercicios	42,9	79,0	67,7

A continuación, en las tablas 70 a 73, se presentan los porcentajes de actividad física ligera y vigorosa para los grupos de edad de 12 a 17 y de 18 a 69 años, para los ámbitos de región.

**Tabla 70. Personas entre 12 y 17 años de edad que realizan regularmente actividad física ligera en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones**

Región	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	2,9	10,1	2,3	3,4
Oriental	7,8	12,9	5,8	9,8
Central	6,2	12,4	4,7	7,8
Pacífica	6,8	13,7	5,0	8,6
Bogotá	4,2	15,3	2,9	5,4
Orinoquía y Amazonía	6,9	23,2	3,7	10,0
<b>Nacional</b>	<b>5,6</b>	<b>6,8</b>	<b>4,8</b>	<b>6,3</b>

**Tabla 71. Personas entre 12 y 17 años de edad que realizan regularmente actividad física vigorosa en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones**

Región	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	8,7	0,5	5,8	7,7
Oriental	13,8	1,2	8,5	11,4
Central	14,2	0,9	6,6	12,3
Pacífica	15,5	1,3	8,7	12,9
Bogotá	9,8	1,0	10,4	7,8
Orinoquía y Amazonía	17,6	4,1	23,1	9,6
<b>Nacional</b>	<b>12,5</b>	<b>0,5</b>	<b>4,3</b>	<b>11,4</b>

**Tabla 72. Personas entre 18 y 69 años de edad que realizan regularmente actividad física ligera en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones**

Región	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	10,2	6,3	9,0	11,5
Oriental	16,8	7,9	14,2	19,4
Central	19,5	6,3	17,1	21,9
Pacífica	15,1	11,4	11,7	18,5
Bogotá	15,9	5,7	14,1	17,7
Orinoquía y Amazonía	16,9	11,8	13,0	20,8
<b>Nacional</b>	<b>15,7</b>	<b>4,5</b>	<b>14,3</b>	<b>17,1</b>

**Tabla 73. Personas entre 18 y 69 años de edad que realizan regularmente actividad física vigorosa en su tiempo libre (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones**

Región	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	18,1	5,4	16,2	20,0
Oriental	23,8	6,5	20,7	26,8
Central	27,8	6,2	24,4	31,2
Pacífica	23,5	5,6	20,9	26,2
Bogotá	23,0	4,5	21,0	25,1
Orinoquía y Amazonía	23,8	9,9	19,2	28,5
<b>Nacional</b>	<b>23,5</b>	<b>3,7</b>	<b>21,8</b>	<b>25,2</b>

## 7.4. Consumo de sustancias psicoactivas

En personas de 18 a 69 años se indagó sobre el consumo de sustancias psicoactivas del tipo marihuana, cocaína, tranquilizantes sin formulación médica y solventes o inhalantes. Se construyeron indicadores en torno a la prevalencia de vida que significa haber consumido alguna vez en la vida y prevalencia de consumo en el último mes.

En las tablas 41 a 44 del anexo 4 se presentan algunas estimaciones para valores conjuntos y aislados del consumo de sustancias psicoactivas por regiones y rangos de edad.

### 7.4.1. Consumo de marihuana y cocaína

Las prevalencias de vida para marihuana se muestran en la tabla 74. Para el ámbito nacional se estimó en 6,86% (intervalo de confianza al 95%: 6,4%-7,3%), siendo ésta mayor a la obtenida en la encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizada en 1992 y que fue de 5,3% (intervalo de confianza al 95%: 4,8%-5,9%)<sup>6</sup>.

10. Rodríguez E, Duque LF y Rodríguez J. Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1992. Bogotá, 1993.

Las prevalencias de consumo declaradas en las regiones Atlántica y Oriental resultan inferiores a la estimación promedio nacional.

**Tabla 74. Prevalencia de vida (%) de consumo de marihuana en personas de 18 a 69 años, por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	3,69	6,96	3,19	4,19
Oriental	3,15	12,07	2,41	3,90
Central	10,48	5,17	9,42	11,54
Pacífica	7,73	6,58	6,73	8,73
Bogotá	8,03	8,14	6,75	9,32
Orinoquía y Amazonía	7,58	10,38	6,04	9,13
<b>Nacional</b>	<b>6,86</b>	<b>3,18</b>	<b>6,43</b>	<b>7,29</b>

La prevalencia de vida para el consumo de cocaína (ver tabla 75) en el ámbito nacional se estimó en 1,8% (intervalo de confianza al 95%: 1,6%-2,0%), similar a la estimada en la encuesta referida arriba realizada en el año 1992, en la que la cifra estimada fue de 1,5% (intervalo de confianza al 95%: 1,1% - 1,8%).

Al igual que con marihuana, la distribución de la prevalencia de vida para el consumo de cocaína muestra que las regiones Atlántica y Oriental, presentan estimaciones inferiores a las demás regiones.

**Tabla 75. Prevalencia de vida (%) de consumo de cocaína en personas de 18 a 69 años, por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	1,08	12,35	0,82	1,34
Oriental	0,64	21,32	0,37	0,91
Central	2,42	11,78	1,86	2,98
Pacífica	2,65	11,91	2,03	3,27
Bogotá	2,10	18,08	1,35	2,84
Orinoquía y Amazonía	2,58	17,55	1,69	3,46
<b>Nacional</b>	<b>1,82</b>	<b>6,55</b>	<b>1,59</b>	<b>2,05</b>

Para el ámbito nacional, las prevalencias de consumo de marihuana y cocaína en el último mes (ver tablas 76 y 77) se estimaron en los valores de 1,17% y 0,20%, respectivamente. No se observan diferencias importantes en la distribución del consumo de estas drogas por regiones en las que los errores estándar relativos resultaron muy elevados.

**Tabla 76. Prevalencia (%) de consumo de marihuana en el último mes en personas de 18 a 69 años, por regiones del país**

Región	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	0,90	14,04	0,65	1,15
Oriental	0,40	40,05	0,09	0,71
Central	1,58	13,77	1,15	2,01
Pacífica	1,37	18,05	0,89	1,86
Bogotá	1,46	20,63	0,87	2,05
Orinoquía y Amazonía	1,02	36,13	0,30	1,75
<b>Nacional</b>	<b>1,17</b>	<b>8,22</b>	<b>0,98</b>	<b>1,36</b>

**Tabla 77. Prevalencia (%) de consumo de cocaína en el último mes en personas de 18 a 69 años, por regiones del país**

Región	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	0,13	36,87	0,04	0,22
Oriental	0,00	na*	na*	na*
Central	0,17	42,71	0,03	0,32
Pacífica	0,53	35,72	0,16	0,90
Bogotá	0,22	53,43	0,00	0,45
Orinoquía y Amazonía	0,16	47,48	0,01	0,31
<b>Nacional</b>	<b>0,20</b>	<b>21,77</b>	<b>0,12</b>	

#### 7.4.2. Consumo de tranquilizantes y solventes o inhalantes

En el ámbito nacional, las prevalencias de haber consumido alguna vez en la vida tranquilizantes sin formulación médica y de solventes o inhalantes, se estimaron en 1,66% y 1,68%, respectivamente. Estas estimaciones se muestran inferiores a las obtenidas en el marco de la encuesta de 1992, en la que se estimó la prevalencia en 4,1% para tranquilizantes (intervalo de confianza al 95%: 3,6% - 4,7%) y en 3,8% para solventes o inhalantes (intervalo de confianza al 95%: 3,3% - 4,3%) (ver tabla 78).

La estimación de la prevalencia de vida en la región Atlántica para los tranquilizantes mostró valores bastantes mayores que en el resto de regiones, mientras que en la región Oriental se estimaron valores más bajos.

En el caso del consumo de vida de inhalantes o solventes, las regiones de Orinoquia y Amazonia arrojaron los valores mucho más altos, mientras que la región Pacífica mostró los valores más bajos (ver tabla 79).

**Tabla 78. Prevalencia de vida (%) para el consumo de tranquilizantes sin fórmula médica, en personas de 18 a 69 años por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	2,50	8,68	2,07	2,92
Oriental	0,96	18,41	0,61	1,30
Central	1,79	12,91	1,34	2,25
Pacífica	1,20	16,81	0,80	1,59
Bogotá	1,65	19,92	1,01	2,29
Orinoquía y Amazonía	1,61	17,53	1,06	2,16
<b>Nacional</b>	<b>1,66</b>	<b>6,32</b>	<b>1,46</b>	<b>1,87</b>

**Tabla 79. Prevalencia de vida (%) para el consumo de solventes o inhalantes, en personas de 18 a 69 años por regiones del país**

Región	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	2,56	8,39	2,14	2,98
Oriental	1,13	17,89	0,74	1,53
Central	1,49	13,48	1,09	1,88
Pacífica	0,79	21,71	0,45	1,12
Bogotá	2,14	15,95	1,47	2,81
Orinoquía y Amazonía	4,67	15,17	3,28	6,05
<b>Nacional</b>	<b>1,68</b>	<b>6,07</b>	<b>1,48</b>	<b>1,88</b>

Las prevalencias del último mes para tranquilizantes y solventes o inhalantes se estimaron en 0,39% y 0,15%, respectivamente, para el ámbito nacional. Para los ámbitos de regiones los valores estimados tuvieron muy baja precisión y pocas diferencias entre sí (ver tablas 80 y 81).

**Tabla 80. Prevalencia (%) de consumo de tranquilizantes sin fórmula médica en el último mes, en personas de 18 a 69 años por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	0,51	19,41	0,32	0,71
Oriental	0,15	39,39	0,03	0,26
Central	0,47	25,20	0,24	0,71
Pacífica	0,21	35,95	0,06	0,36
Bogotá	0,55	30,34	0,22	0,88
Orinoquía y Amazonía	0,19	42,28	0,03	0,35
<b>Nacional</b>	<b>0,39</b>	<b>12,86</b>	<b>0,29</b>	<b>0,49</b>

**Tabla 81. Prevalencia (%) de consumo de solventes o inhalantes en el último mes, en personas de 18 a 69 años por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	0,18	32,52	0,07	0,30
Oriental	0,03	100,00	0,00	0,08
Central	0,22	40,19	0,05	0,40
Pacífica	0,01	70,96	0,00	0,03
Bogotá	0,25	45,64	0,03	0,48
Orinoquía y Amazonía	0,57	61,30	0,00	1,26
<b>Nacional</b>	<b>0,15</b>	<b>21,89</b>	<b>0,09</b>	<b>0,22</b>

## 7.5. Lípidos, glicemia, tensión arterial e índice de masa corporal

En una submuestra de personas residentes de los hogares, entre 18 y 69 años, se hicieron determinaciones de lípidos como colesterol total, colesterol de alta (HDL) y baja densidad (LDL), triglicéridos y glicemia mediante la toma de una muestra de sangre capilar utilizando para las determinaciones un analizador portátil Cholestech LDX.

En todos los casos se obtuvieron consentimientos informados firmados y se cumplieron condiciones tales como ayuno de diez horas, espacio físico razonable para las mediciones y no síntomas de embriaguez. Los resultados fueron entregados inmediatamente después a las personas junto con los valores normales esperados para cada determinación y la recomendación de acudir al médico en el caso de que alguno de ellos estuviera fuera del rango de normalidad.

También se hicieron mediciones de tensión arterial con un tensiómetro digital de brazo OMRON.

Para la medición de la tensión arterial se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Se hizo la medición de tensión arterial —una sola medición— antes de la toma de la muestra de sangre.
- La medición se hizo en posición sentado, permaneciendo así la persona por cinco minutos o más, los pies en el suelo, la espalda apoyada en el respaldo de la silla y el brazo izquierdo apoyado, descubierto y a nivel del corazón.
- Se verificó también que la persona cumpliera las siguientes condiciones previas:
  - Que no hubiera ingerido café una hora antes de la medición.
  - Que no hubiera fumado en los treinta minutos previos.
  - Que tuviera la vejiga vacía.
  - Que no hubiera usado estimulantes adrenérgicos (descongestivos nasales, dilatación de pupila) o bebidas alcohólicas desde que se levantó.
  - Que no hubiera hecho ejercicio fuerte en las doce horas previas.

Igualmente se realizaron mediciones de peso y talla empleando una balanza digital y una cinta métrica. Para tomar el peso se utilizaron balanzas electrónicas de la marca CAMRY con capacidad de 120 kg y precisión de 500 g. La estatura de las personas se tomó mediante cintas métricas especiales.

Se presentan a continuación los puntos de corte utilizados para definir los distintos problemas de salud atribuibles a las mediciones<sup>11</sup>:

- Glicemia: se clasificó como hiperglicémica la cifra de glicemia superior a 125 mg/dl.
- Colesterol total: valores superiores o iguales a 240 mg/dl hicieron clasificar a la muestra como hipercolesterolémica.
- HDL Colesterol: alto cuando los valores superan o igualan la cifra de 60 mg/dl; bajo cuando las cifras resultaron inferiores a 40 mg/dl.
- Tensión arterial: se consideraron como cifras hipertensivas aquellas mediciones de tensión sistólica superiores o iguales a 140 mm de Hg y/o de tensión diastólica iguales o mayores a 90 mm de Hg.
- Índice de masa corporal IMC: se calificó a la persona como en sobrepeso cuando se calculó un IMC entre 25,0 kg/m<sup>2</sup> y 29,9 kg/m<sup>2</sup>; se calificó como obesa o con obesidad mórbida si el IMC era igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

A continuación se muestran los resultados de las mediciones de glicemia, colesterol total y HDL, peso, talla y tensión arterial.

### 7.5.1. Hiperglicemia

La prevalencia de hiperglicemia (glicemia  $\geq$  125 mg/dl) en Colombia se estima en 2,57%, prevalencia similar a la obtenida en la ENFREC II en el año 1998 y que fue de 2,0%<sup>12</sup>.

En los ámbitos regionales se estimaron cifras también similares entre sí y al valor nacional (ver tabla 82).

---

11. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.

12. Montoya R. ENFREC II. Tomo V: Prevalencia de diabetes mellitus en ayunas. Colombia, 1999.

**Tabla 82. Prevalencia (%) de hiperglicemia entre adultos (18-69 años), por regiones del país**

Región	Hiperglicemia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	2,88	12,59	2,17	3,59
Oriental	2,70	16,59	1,82	3,58
Central	2,89	14,72	2,06	3,73
Pacífica	2,21	19,02	1,39	3,03
Bogotá	1,83	30,89	0,72	2,94
Orinoquía y Amazonía	3,29	27,24	1,53	5,04
<b>Nacional</b>	<b>2,57</b>	<b>7,63</b>	<b>2,19</b>	<b>2,96</b>

El 2,4% de los que presentan glicemia normal, el 38,3% de los que presentan cifras de glicemia compatible con diabetes y el 7,4% de los que tienen glicemia compatible con prediabetes, reportó haber sido diagnosticado como diabético.

### 7.5.2. Hipertensión arterial

El 22,82% de la población presentó cifras de presión arterial elevadas. Es la primera vez que se obtiene la prevalencia de hipertensión arterial en Colombia la cual resulta muy inferior a la prevalencia en México en el año 2000 (30,05%)<sup>13</sup>.

La proporción de personas con hipertensión en las regiones Atlántica, Oriental, Central y Bogotá, resultó similar al país y entre sí. Sin embargo, la región Orinoquia y Amazonia presentó una prevalencia significativamente inferior al resto de regiones y al país, mientras que la región Pacífica tuvo una prevalencia mucho más alta (ver tabla 83).

**Tabla 83. Prevalencia (%) de hipertensión entre adultos (18-69 años), por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	21,09	4,06	19,41	22,77
Oriental	22,51	5,17	20,23	24,79
Central	21,91	4,60	19,94	23,89
Pacífica	28,00	4,74	25,40	30,60
Bogotá	22,18	7,15	19,08	25,29
Orinoquía y Amazonía	14,65	11,17	11,44	17,86
<b>Nacional</b>	<b>22,82</b>	<b>2,27</b>	<b>21,81</b>	<b>23,83</b>

13. Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud, México, 2000.

El 62% de los que presentaron cifras tensionales normales y el 85% de los que mostraron cifras compatibles con hipertensión arterial, resultaron ser personas que referían haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas médicas.

### 7.5.3. Colesterol total

En cuanto a las mediciones de colesterol total se estimó la prevalencia nacional de hipercolesterolemia total en 7,82%, similar a la obtenida en el estudio ENFREC II en 1998 y que fue de 8,3%<sup>14</sup>.

En los ámbitos de región, las regiones Oriental y Central mostraron prevalencias similares al país. Sin embargo, Bogotá aparece con valores mucho más altos, mientras que las regiones Atlántica, Pacífica y Orinoquia y Amazonia, exhiben prevalencias significativamente menores (ver tabla 84).

**Tabla 84. Prevalencia (%) de colesterol total alto entre adultos (18-69 años), por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	4,18	11,05	3,27	5,08
Oriental	8,56	10,29	6,83	10,28
Central	8,43	8,52	7,02	9,84
Pacífica	6,46	11,76	4,97	7,95
Bogotá	12,54	10,45	9,97	15,11
Orinoquia y Amazonia	3,53	23,19	1,92	5,13
<b>Nacional</b>	<b>7,82</b>	<b>4,66</b>	<b>7,11</b>	<b>8,53</b>

### 7.5.4. Colesterol HDL

La medición de colesterol HDL muestra que un 63% de la población tiene niveles por debajo de los valores normales (tabla 85) mientras que sólo en el 4,5% los niveles de estos lípidos se encontraron dentro de valores normales considerados protectores (tabla 86).

Bogotá muestra los porcentajes más bajos de colesterol HDL bajo (57,5%) similares a los de la región Pacífica (58,9%); también Bogotá exhibe porcentajes de colesterol HDL alto en 7,2%.

14. Urquijo L. ENFREC II. Tomo III: Perfil lipídico. Colombia, 1999.

**Tabla 85. Prevalencia (%) de colesterol HDL bajo entre adultos (18-69 años), por regiones del país**

Región	Colesterol HDL bajo			
	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	69,01	1,40	67,12	70,91
Oriental	62,57	2,28	59,77	65,36
Central	63,07	1,96	60,64	65,49
Pacífica	58,90	2,52	56,00	61,81
Bogotá	57,49	3,44	53,61	61,37
Orinoquía y Amazonía	70,36	3,00	66,23	74,50
<b>Nacional</b>	<b>62,82</b>	<b>0,97</b>	<b>61,62</b>	<b>64,02</b>

**Tabla 86. Prevalencia (%) de colesterol HDL alto entre adultos (18-69 años), por regiones del país**

Región	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	2,37	13,82	1,73	3,01
Oriental	4,97	13,49	3,66	6,28
Central	4,38	12,62	3,30	5,46
Pacífica	4,95	12,88	3,70	6,20
Bogotá	7,16	14,24	5,16	9,16
Orinoquía y Amazonía	2,32	25,20	1,17	3,47
<b>Nacional</b>	<b>4,54</b>	<b>6,13</b>	<b>3,99</b>	<b>5,08</b>

### 7.5.5. Índice de masa corporal

El índice de masa corporal calculado a partir de las mediciones de peso y talla realizadas y según los puntos de corte arriba relacionados, permitió estimar las prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población colombiana en el ámbito nacional y regional como se muestra en las tablas 87 y 88.

Este estudio encontró que el 32,21% de la población colombiana se encuentra con sobrepeso y el 13,71% de la población es obesa. Este hallazgo es similar a lo observado en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia realizada en 2005, donde se encontró un porcentaje de 32,3% de personas en sobrepeso y un 13,7% de personas con obesidad<sup>15</sup>.

No se observan diferencias importantes en la prevalencia de sobrepeso entre regiones del país. Sin embargo, la prevalencia de obesidad es más alta en la Orinoquía y Amazonía que en el resto de regiones, mientras que en la región Oriental es más baja.

15. ICBF. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. 2005.

**Tabla 87. Prevalencia (%) de sobrepeso entre adultos (18-69 años), por regiones del país**

Región	Con sobrepeso			
	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	30,46	3,20	28,55	32,37
Oriental	31,47	4,24	28,85	34,08
Central	32,20	3,64	29,90	34,49
Pacífica	33,53	4,10	30,84	36,22
Bogotá	34,37	5,14	30,91	37,83
Orinoquía y Amazonía	32,58	7,37	27,88	37,29
<b>Nacional</b>	<b>32,31</b>	<b>1,80</b>	<b>31,17</b>	<b>33,45</b>

**Tabla 88. Prevalencia (%) de obesidad entre adultos (18-69 años), por regiones del país**

Región	Obesidad u obesidad mórbida			
	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	13,76	5,37	12,31	15,21
Oriental	12,54	7,61	10,67	14,42
Central	13,93	6,04	12,28	15,58
Pacífica	16,12	6,33	14,12	18,13
Bogotá	11,53	9,89	9,30	13,77
Orinoquía y Amazonía	20,37	10,32	16,25	24,49
<b>Nacional</b>	<b>13,71</b>	<b>3,00</b>	<b>12,90</b>	<b>14,52</b>

Entre los obesos, el 62% se percibe o declara como tal y entre los de IMC saludable se eleva hasta el 86,5% la proporción de personas que se perciben como de peso normal.

## 7.6. Riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 69 años

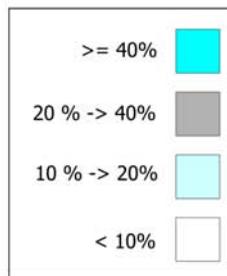
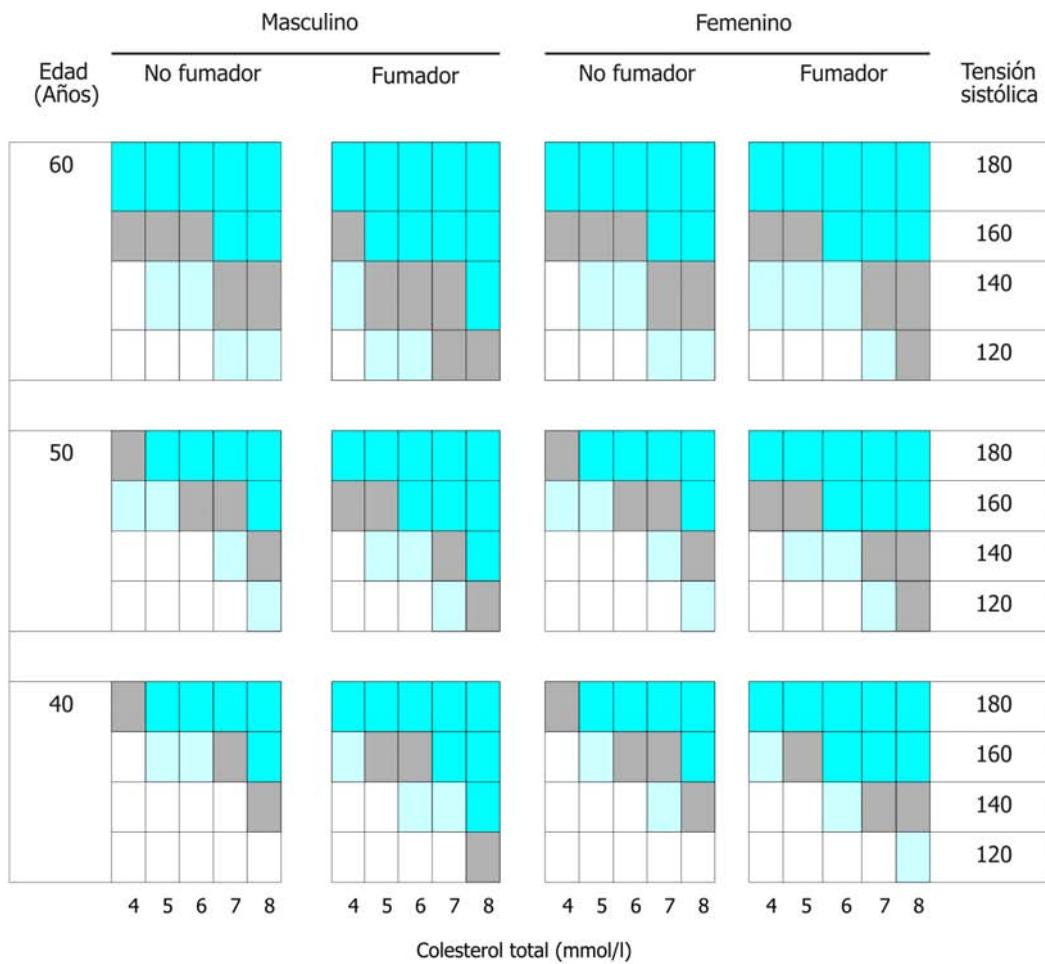
Con las mediciones de tensión arterial, colesterol total y glicemia se pudo construir un perfil de riesgo para enfermedades cardiovasculares de acuerdo con un modelo diseñado y puesto en práctica por la Organización Mundial de la Salud<sup>16</sup>.

Mediante este modelo se logró estimar el riesgo de que una persona se enferme o muera por una enfermedad cardiovascular en diez años de acuerdo con las mediciones de tensión arterial sistólica, glicemia, colesterol total y sabiendo si es fumador actual (que ha fumado cien o más cigarrillos en la vida y fuma actualmente o dejó de fumar en el último año).

16. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. WHO, 2007. Encontrado en [www.who.int](http://www.who.int).

En la ilustración 3 que sigue se presentan las casillas de riesgos identificadas por este modelo para el caso de personas diabéticas en el grupo poblacional de la subregión América B en la que está incluida Colombia con otros países como México, Brasil, Argentina, Costa Rica y República Dominicana.

**Ilustración 3. Riesgo cardiovascular a diez años (el color de las casillas señala el riesgo) de acuerdo con la edad, género, fumador actual, colesterol total y tensión arterial sistólica aplicado a la población diabética de la Subregión América B**



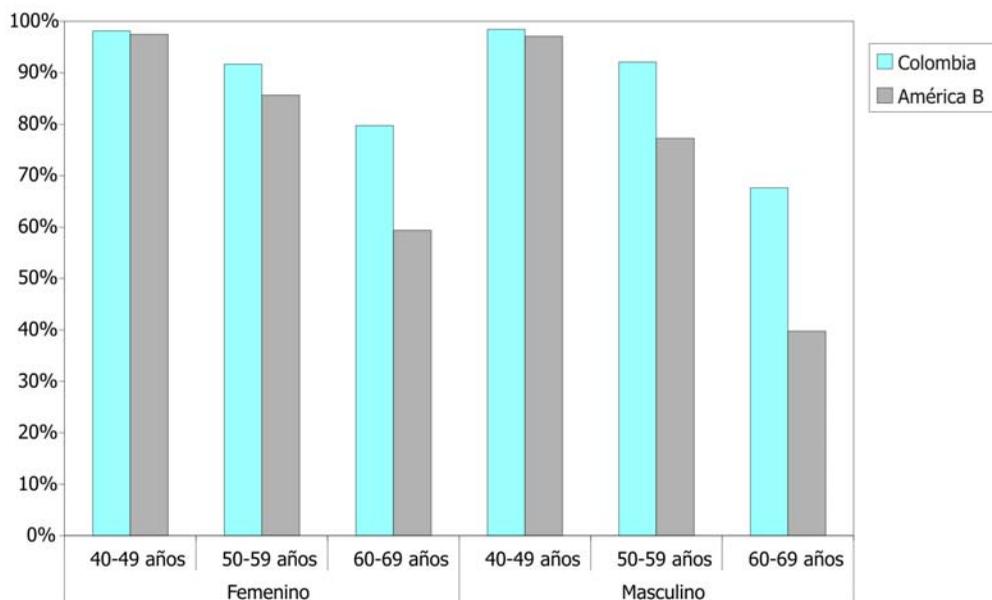
La población encuestada de 40 a 69 años se clasificó en una de las casillas de riesgos del modelo. La proporción de la población estimada para el país, luego de la expansión de la muestra, de acuerdo con el riesgo cardiovascular a diez años se presenta en la tabla 89.

**Tabla 89. Población (%) según riesgo de morir o enfermar por enfermedad cardiovascular a diez años, de acuerdo a género y rango de edad**

Nivel de riesgo	Femenino			Masculino		
	40-49 años	50-59 años	60-69 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años
<10%	98,15	91,73	79,75	98,43	92,07	67,63
10-19.9%	0,15	3,79	9,35	1,38	4,94	18,65
20-29.9%	0,95	3,10	6,91	0,19	0,86	5,81
30-39.9%	0,58	0,71	1,41	0,00	0,66	3,30
>=40%	0,17	0,67	2,57	0,00	1,47	4,61

Al comparar el comportamiento de riesgo cardiovascular de la población colombiana con los estimados hechos por la Organización Mundial de la Salud para la subregión América B en la que se ha ubicado Colombia, se observan diferencias en las distribuciones pues se estiman menores proporciones de población para Colombia en los niveles de más riesgo y mayores proporciones en los de menor riesgo.

**Gráfica 38. Distribución de la población colombiana y de la subregión América B, con un riesgo menor del 10% de enfermar o morir por enfermedad cardiovascular en diez años, por género y rangos de edad**



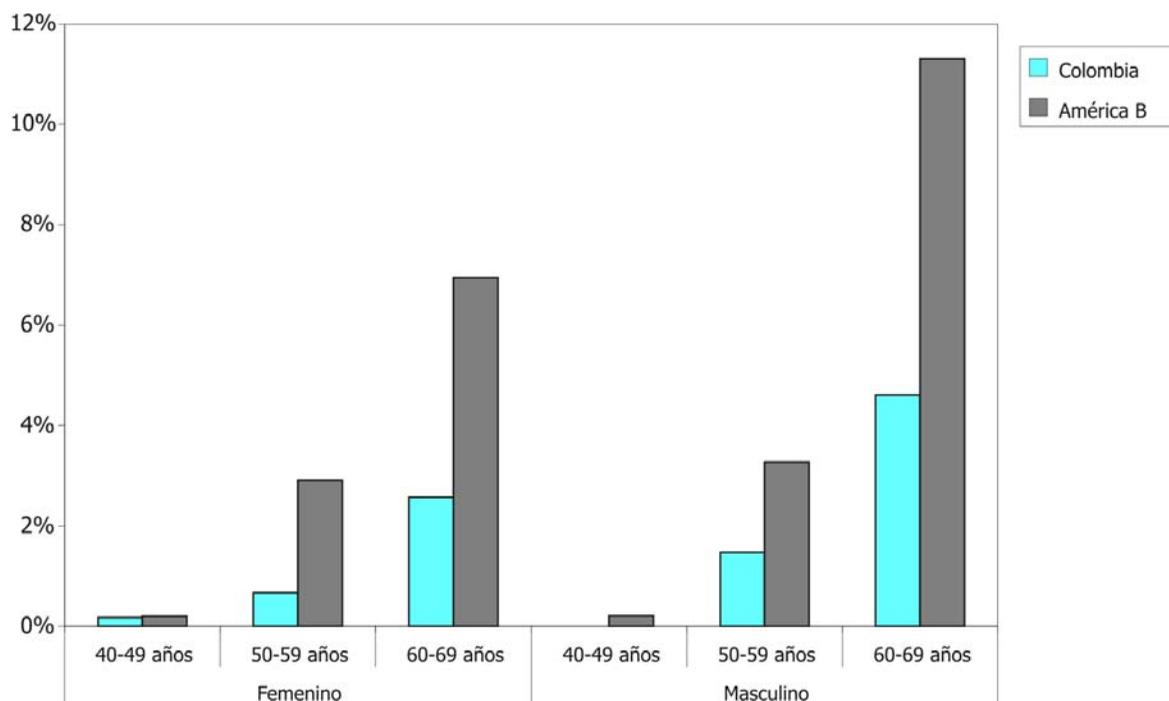
Lo anterior, que se ilustra en las gráficas 38 y 39, se puede interpretar que la población colombiana presenta menos exposición a los factores de riesgo cardiovasculares que el total de población de la subregión América B.

En estas gráficas se presentan las proporciones de cada una de estas dos poblaciones expuestas a los riesgos más extremos, en la gráfica 38 las expuestas al menor riesgo (menor de un 10%), en la gráfica 39 las expuestas al mayor riesgo (más del 40%) de enfermar o morir por enfermedad cardiovascular en diez años.

En la gráfica 38, las proporciones de población expuesta al menor riesgo decrecen con la edad pero siempre la población de Colombia para los dos géneros muestra proporciones superiores a la población de la subregión América B.

En el caso de las proporciones de población expuestas al mayor riesgo (gráfica 39), resulta a la inversa, es decir, éstas aumentan con la edad pero con menores proporciones de exposición para la población colombiana.

**Gráfica 39. Distribución de la población colombiana y de la subregión América B, con un riesgo de 40% ó más de enfermar o morir por enfermedad cardiovascular en diez años, por género y rangos de edad.**



## 8. DISCAPACIDAD

La discapacidad ya no se considera como un epifenómeno de la enfermedad; mientras el diagnóstico se refiere al proceso patológico en sí, la discapacidad presenta una perspectiva más amplia en la que se contemplan las consecuencias y el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento de la persona.

Aunque pueden ir asociados, como ocurre muchas veces, se consideran, la enfermedad y la discapacidad, como conceptos independientes que no cubren las mismas áreas y que por consiguiente merecen ser clasificados y evaluados por separado.

La Organización Mundial de la Salud ha diseñado y validado en español<sup>17</sup> un formulario de discapacidad que se empleó en la ENS 2007; se trata de la Escala de Discapacidad (WHO-DAS-S) de doce preguntas. Esta escala permite evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por cada persona independientemente de su diagnóstico médico mediante un puntaje, que registra valores entre cero y cien, calculado en los individuos por cada uno de seis dominios de actividades de interés (ver tabla 90).

---

17. Vásquez-Vaquero JL y colaboradores. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (versión española del WHO-DAS II). Editorial de la Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones del Minis

**Tabla 90. Formulario de la Escala de Discapacidad (WHO-DAS-S) de 12 preguntas empleado en la Encuesta Nacional de Salud 2007**

En los últimos 30 días, contados hasta hoy y sin ayuda, ¿Cuánta dificultad ha tenido usted para.....	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ no puede hacerlo
<b>Dominio 1: Comprensión y Comunicación</b>					
...mantenerse concentrado haciendo algo por diez minutos o más?	1	2	3	4	5
...aprender algo nuevo, como por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	1	2	3	4	5
<b>Dominio 2: Capacidad para moverse en su entorno</b>					
...estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
...caminar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?	1	2	3	4	5
<b>Dominio 3: Cuidado personal</b>					
...bañarse (lavarse todo el cuerpo)?	1	2	3	4	5
...vestirse?	1	2	3	4	5
<b>Dominio 4: Relacionarse con otras personas</b>					
...relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
...mantener una amistad?	1	2	3	4	5
<b>Dominio 5: Actividades de la vida diaria</b>					
...realizar bien las actividades de la casa?	1	2	3	4	5
...realizar su trabajo, estudio o actividad diaria?	1	2	3	4	5
<b>Dominio 6: Participación en la sociedad</b>					
...participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad, como fiestas, reuniones o actividades religiosas?	1	2	3	4	5
En los últimos 30 días, ¿qué tanto lo ha afectado emocionalmente su situación de salud?	1	2	3	4	5

## 8.1. Discapacidad global en el total de la población

Al aplicar la escala se encontró que un porcentaje alto de la población registró un puntaje de cero o de discapacidad nula (66%). Luego de excluir el valor cero se ordenaron los casos de acuerdo con el puntaje de manera ascendente y se calculó el percentil 75; el valor del puntaje correspondiente a este percentil (15,8) se empleó como punto de corte de la escala para calificar como con discapacidad a todo el que hubiese obtenido un puntaje superior al correspondiente a este percentil.

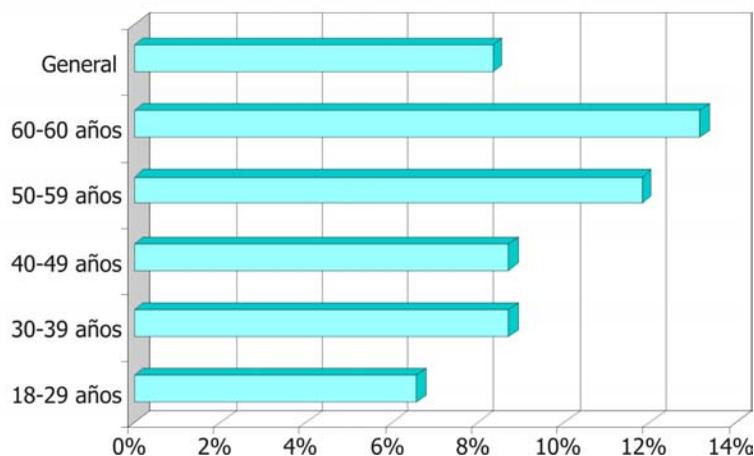
De acuerdo con lo anterior se estimó que la prevalencia de discapacidad en Colombia es del 8,3% (intervalo de confianza del 95%: 7,9%-8,8%).

Luego de estimar el número de personas que tenía valores superiores al 75 percentil de la escala calculado para cada grupo de edad, se observó una tendencia general al incremento de la prevalencia de discapacidad con la edad. Sin embargo, la prevalencia en el grupo de 18 a 29 años tiene una magnitud bastante menor a los otros grupos de edad; en los dos últimos grupos de edad, entre 50 y 69 años, se tienen valores significativamente mayores a los otros grupos mientras que entre 30 y 49 años no hay diferencias (ver tabla 91).

**Tabla 91. Prevalencia (%) de discapacidad total por rangos de edad**

Rangos de edad	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
18-29 años	6,6	5,0	5,9	7,2
30-39 años	8,7	5,6	7,8	9,7
40-49 años	8,7	4,8	7,9	9,5
50-59 años	11,8	5,1	10,6	13,0
60-69 años	13,2	5,9	11,7	14,7
<b>General</b>	<b>8,3</b>	<b>2,5</b>	<b>7,9</b>	<b>8,8</b>

**Gráfica 40. Prevalencia de discapacidad total (%) por rangos de edad**



En la gráfica 40, se muestra para ilustrar lo presentado en la tabla anterior, la distribución de las prevalencias de discapacidad (estimaciones puntuales) en el ámbito nacional por grupos de edad. La tendencia al incremento por grupos de edad se observan muy claramente.

En el ámbito regional, por grupos de edad, se presenta en la tabla 92 la distribución de prevalencias de discapacidad total con estimaciones de precisión (error estándar relativo e intervalos de confianza al 95%). El punto de corte, percentil 75, que se utilizó para el país se aplicó en las regiones en cada uno de los grupos de edad.

Las regiones reproducen de manera bastante aproximada el patrón descrito para el país por grupos de edad. Se observa, sin embargo, que la región Pacífica tiene una prevalencia total muy superior a la estimada para el promedio nacional, mientras que la prevalencia de discapacidad en la región Oriental es muy inferior al valor nacional.

**Tabla 92. Prevalencia de discapacidad total (%) por grupos de edad, total y regiones**

Región	Rango de edad	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	18-29 años	6,9	8,4	5,8	8,1
	30-39 años	8,9	8,3	7,5	10,4
	40-49 años	7,3	9,2	6,0	8,6
	50-59 años	10,4	9,7	8,4	12,4
	60-69 años	12,9	11,6	9,9	15,8
	<b>General</b>	<b>7,7</b>	<b>4,5</b>	<b>7,0</b>	<b>8,4</b>
Oriental	18-29 años	4,6	15,6	3,2	6,0
	30-39 años	6,6	13,0	4,9	8,2
	40-49 años	8,0	11,8	6,1	9,8
	50-59 años	12,0	12,7	9,0	15,0
	60-69 años	12,3	14,6	8,8	15,8
	<b>General</b>	<b>7,3</b>	<b>6,0</b>	<b>6,4</b>	<b>8,1</b>
Central	18-29 años	6,3	9,7	5,1	7,5
	30-39 años	7,6	10,0	6,1	9,1
	40-49 años	9,2	8,9	7,6	10,8
	50-59 años	12,2	9,2	10,0	14,4
	60-69 años	12,4	11,6	9,5	15,2
	<b>General</b>	<b>8,4</b>	<b>4,5</b>	<b>7,7</b>	<b>9,2</b>
Pacífica	18-29 años	8,3	10,6	6,6	10,0
	30-39 años	11,5	15,3	8,1	15,0
	40-49 años	9,2	11,3	7,1	11,2
	50-59 años	12,9	11,9	9,9	15,9
	60-69 años	16,1	12,8	12,1	20,1
	<b>General</b>	<b>9,8</b>	<b>6,1</b>	<b>8,7</b>	<b>11,0</b>

Continúa

**Tabla 92. Prevalencia de discapacidad total (%) por grupos de edad, total y regiones**

Región	Rango de edad	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Bogotá	18-29 años	6,6	14,4	4,7	8,5
	30-39 años	9,4	14,0	6,8	11,9
	40-49 años	9,9	13,2	7,3	12,4
	50-59 años	10,9	15,8	7,5	14,3
	60-69 años	12,8	16,8	8,5	17,0
	<b>General</b>	<b>8,5</b>	<b>7,0</b>	<b>7,4</b>	<b>9,7</b>
Orinoquía y Amazonía	18-29 años	8,6	14,2	6,2	11,0
	30-39 años	8,4	16,7	5,6	11,1
	40-49 años	8,3	17,8	5,4	11,1
	50-59 años	17,3	16,3	11,8	22,8
	60-69 años	12,2	24,1	6,4	17,9
	<b>General</b>	<b>9,0</b>	<b>9,8</b>	<b>7,3</b>	<b>10,7</b>
Nacional	18-29 años	6,6	5,0	5,9	7,2
	30-39 años	8,7	5,6	7,8	9,7
	40-49 años	8,7	4,8	7,9	9,5
	50-59 años	11,8	5,1	10,6	13,0
	60-69 años	13,2	5,9	11,7	14,7
	<b>General</b>	<b>8,3</b>	<b>2,5</b>	<b>7,9</b>	<b>8,8</b>

**Tabla 93. Prevalencia (%) de discapacidad total (punto de corte 75 percentil = 15,79) por departamentos (10 primeros)**

Departamento	Prevalencia	Error est. relativo (%)	Interv. Confianza al 95%	
Atlántica	2,88	12,59	2,17	3,59
Caquetá	14,47	10,24	11,56	17,37
Putumayo	13,59	13,12	10,09	17,08
Nariño	13,55	9,78	10,95	16,15
Caldas	11,58	10,65	9,16	14,00
Tolima	11,27	10,53	8,94	13,59
Meta	10,78	10,01	8,66	12,89
Chocó	10,41	11,21	8,12	12,70
Cauca	9,57	8,93	7,90	11,25
Córdoba	9,46	10,58	7,49	11,42
Boyacá	9,35	12,49	7,06	11,64
<b>Nacional</b>	<b>8,35</b>	<b>2,48</b>	<b>7,94</b>	<b>8,76</b>

En la tabla 93 se presenta la discapacidad total para departamentos seleccionados tomando en todos los casos como punto de corte el percentil 75 nacional; se presentan también las precisiones de la estimación.

Se observa en esta tabla que departamentos como el Tolima, Putumayo, Nariño, Caldas y Caquetá muestran las estimaciones más altas; en todos los diez primeros departamentos mostrados se presentan estimaciones por encima del valor nacional.

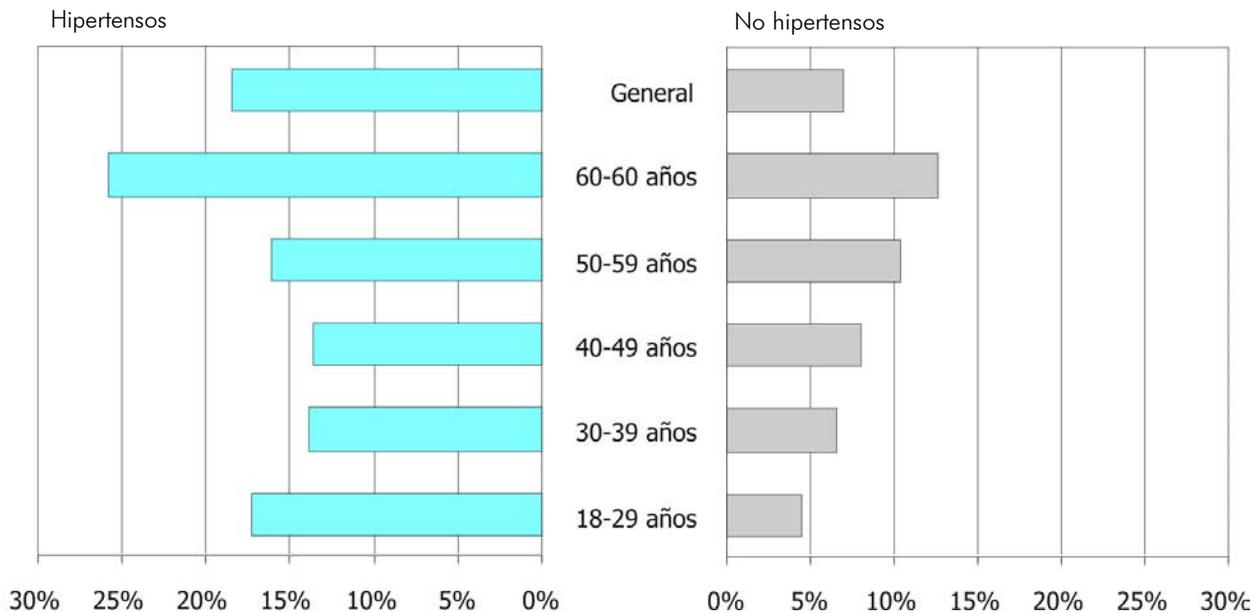
## 8.2. Discapacidad global en población enferma

### 8.2.1. Discapacidad en hipertensos

Al comparar los porcentajes de personas discapacitadas entre quienes dijeron haber sido diagnosticados como hipertensos con los de población no hipertensa, se encontró entre los primeros una frecuencia de discapacitados 2,6 veces mayor (18,5%) a la registrada entre los segundos (7,0%).

Esto significa que el punto de corte, percentil 75, discrimina muy bien entre estas dos poblaciones. Ver la gráfica 41.

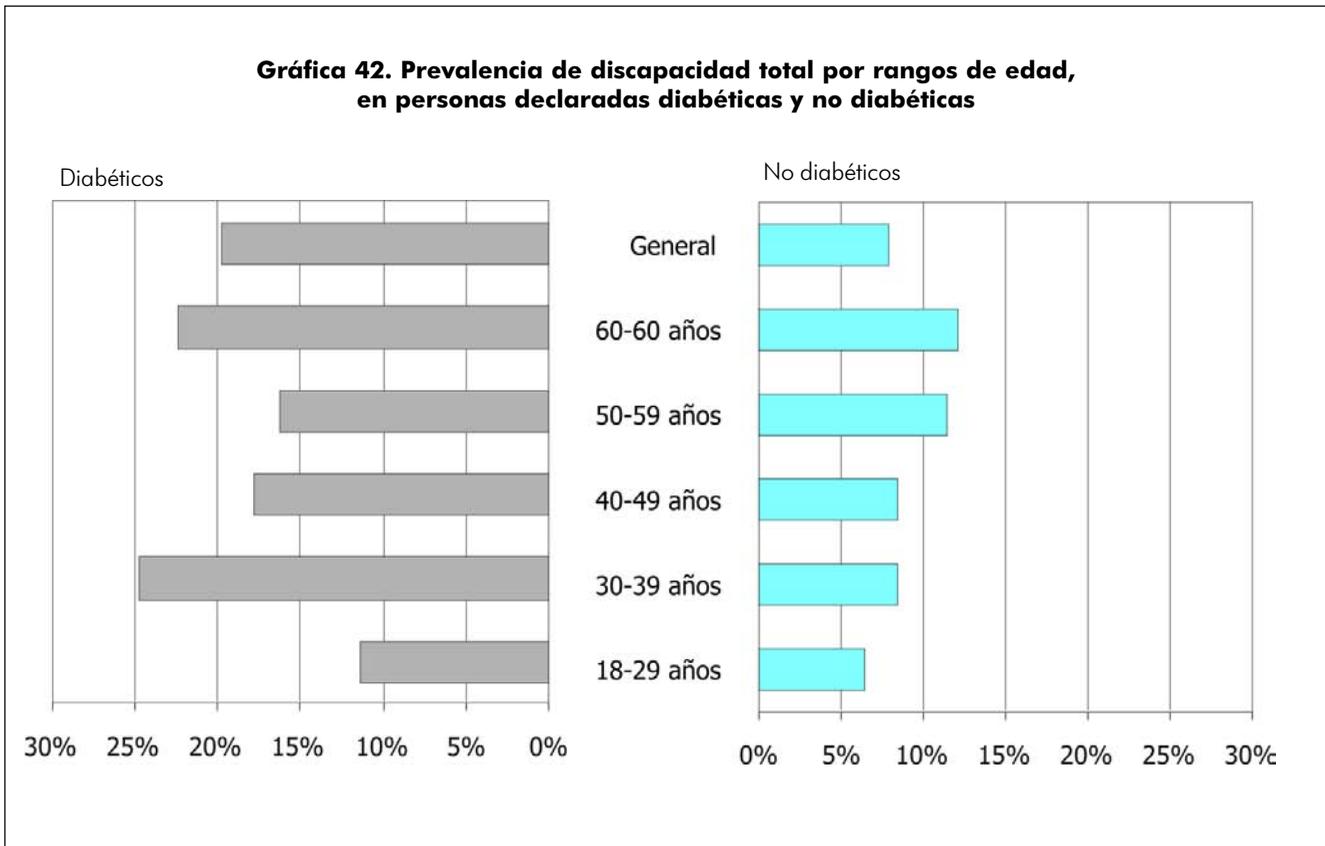
**Gráfica 41. Prevalencia de discapacidad total (%) por rangos de edad, en personas diagnosticadas como hipertensas y no hipertensas**



### 8.2.2. Discapacidad en diabéticos

Cuando se midió la discapacidad entre la población declarada como diabética, ésta resultó más de 2,5 veces superior a la estimada entre la población no diabética, es decir, entre los diabéticos se encontró un porcentaje de discapacitados del 19,8%, mientras que entre los no diabéticos este porcentaje bajó hasta el 7,9%.

De nuevo, el punto de corte percentil 75 resultó muy eficiente para discriminar entre diabéticos y no diabéticos (gráfica 42).

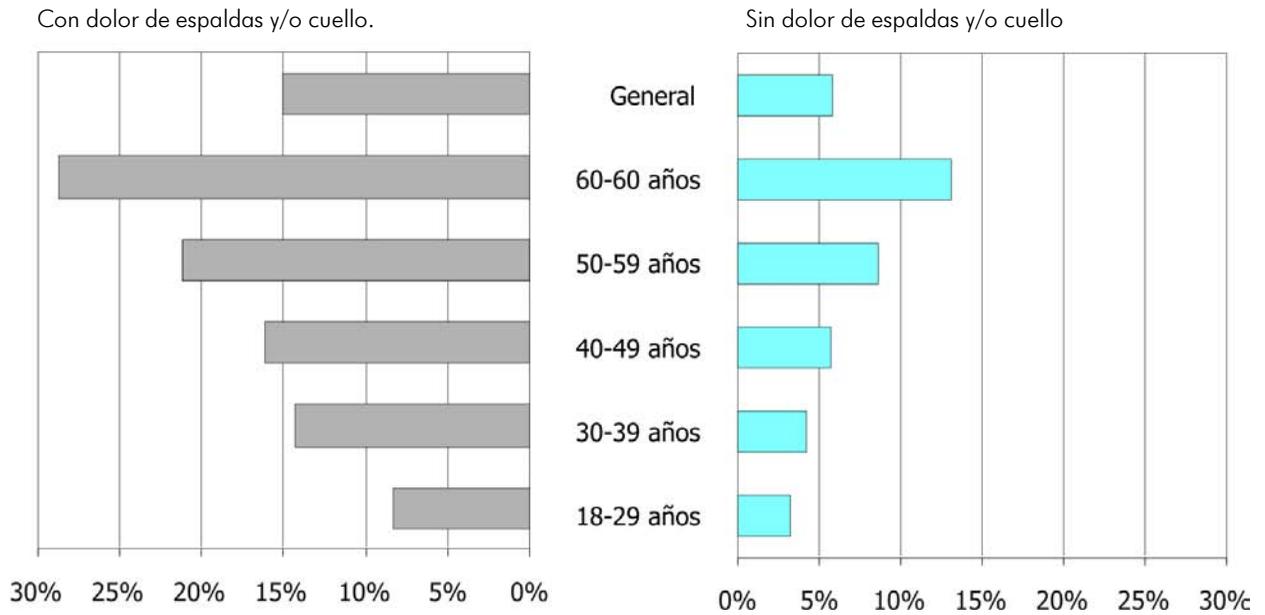


### 8.2.3. Discapacidad en personas con dolor de espalda

Entre las personas que declararon dolor de espalda en los últimos siete días se estimó la prevalencia de discapacidad global en 15,2%, mientras, en la población sin dolor de espalda ésta alcanzó un 5,6%. Al igual que en las enfermedades anteriores, la discapacidad medida en las personas con dolor de espalda resultó ser más de 2,6 veces la estimada entre la población sin dolor de espalda.

De nuevo, aparece el punto de corte seleccionado, 75 percentil, como muy discriminador entre estas dos poblaciones. En la gráfica 43 se ilustra lo antes señalado.

**Gráfica 43. Prevalencia de discapacidad total por rangos de edad, en personas con y sin dolor de espalda**





# CAPÍTULO IV

## Respuesta Institucional



## 9. USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

### 9.1. Características generales de la encuesta

La Encuesta de usuarios de IPS fue planteada en dos módulos. El módulo uno fue aplicado a usuarios de consulta externa y el módulo dos, a usuarios de servicios de urgencias y hospitalización. El concepto bajo en el cual se seleccionaron las entidades hospitalarias comprende aquellas unidades hospitalarias o de consulta externa que oferta algún tipo de servicios de salud, con o sin camas, y que presenten también algún tipo de portafolio de servicios. Se excluyeron puestos de salud y unidades individuales de servicio.

Para elegir las personas que se iban a entrevistar, se seleccionó aleatoriamente a usuarios dentro de cada IPS; a los seleccionados se les aplicó el módulo correspondiente al servicio del cual estaban siendo usuarios. El objetivo de cobertura en la muestra fue de 120.000 encuestas y como resultado del operativo de campo se lograron aplicar 123.964, de las cuales 93.795 correspondieron a encuestas de usuarios de consulta externa y 30.169 a usuarios de servicios de urgencias y hospitalización. Los usuarios entrevistados en urgencias, fueron abordados independientemente de su destino final, ya fuera hospitalización o salida del servicio.

La estructura de los dos módulos es similar, y comprende tres partes: una parte inicial que incluye los datos de identificación del usuario, sus características de género, edad, estado civil, ocupación, nivel de SISBEN y condición de aseguramiento. La segunda parte contiene las variables de relación entre el usuario y el servicio con respecto a consulta, hospitalización y urgencias. Las principales variables tienen que ver con el proceso del servicio, los tiempos de espera, el gasto de bolsillo y su discriminación, así como la percepción de calidad sobre el mismo proceso de servicio.

La percepción de calidad se evaluó con el agregado de criterios objetivos y subjetivos de calidad. Entre los criterios objetivos se encuentran indicadores como oportunidad en la programación de citas, tiempos de espera, realización de actividades diagnósticas y complementarias, así como la solicitud del consentimiento del usuario para actividades que comprometieran su pudor o intimidad. Entre los criterios subjetivos está la cualificación del usuario sobre la actividad del servicio por parte de quienes lo atendieron (ver tabla 94).

**Tabla 94. Estructura Encuesta Módulos de Consulta externa, Hospitalización y Urgencias**

Categoría	Variables
Identificación	Departamento, Municipio, Institución
Usuario	Edad, Sexo, Educación, SISBEN, Ocupación, Estado Civil
Atención Recibida	Motivo consulta/hospitalización/urgencias, Servicios utilizados, Pago, Percepción calidad, Tiempos de espera
Control Prenatal Citología Cuello Uterino Planificación Familiar Crecimiento y Desarrollo de menores de 10 años Enfermedad Diarréica Aguda Infección Respiratoria Aguda Desnutrición	Características de riesgo, Proceso de atención, Recomendaciones recibidas, procedimientos realizados
Accidente de Tránsito Infecciones de Transmisión Sexual Infección por VIH/SIDA Dolor de Espalda o Cuello Hipertensión Arterial Obesidad o Sobrepeso Diabetes Lesiones por Agresión Física Vacunación según Esquema PAI	Características de riesgo, Proceso de atención, Recomendaciones recibidas

En la última parte se interrogó sobre las características de riesgo relacionadas con proceso de atención y en cuanto a recomendaciones recibidas y procedimientos realizados. El objetivo en este componente no fue analizar aisladamente el evento de servicio inmediatamente provisto, sino que buscó medir la exposición retrospectiva del usuario, con un diagnóstico en particular y las diferentes recomendaciones de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación que les fueron dadas para cada enfermedad o condición prioritaria. Igualmente se incluyeron aspectos tales como consumo de medicamentos, exposición a eventos diagnósticos y actividades de salud colectiva.

En la tabla anterior se condensaron algunos de los grupos de variables que incluyen las encuestas de usuarios. Tal como está establecido para la totalidad de la ENS, se enfatiza el interrogatorio en usuarios identificados, de acuerdo con condiciones prioritarias de salud pública, las cuales pueden identificarse en las encuestas de hogares e IPS. Igualmente se evalúan tanto acciones preventivas como el control prenatal y las citologías de cuello uterino; la atención de enfermedades crónicas; lesiones personales y por accidente de tránsito.

## 9.2. Ubicación geográfica de los usuarios

Al igual que en otras encuestas y el censo aplicados por el DANE, en la ENS 2007 se realizó una clasificación del área de ubicación del entrevistado. A continuación, en las tablas 95 y 96, se presenta esta clasificación de acuerdo con las dos encuestas de usuarios aplicadas.

**Tabla 95. Tipo de área de ubicación (%) del usuario de consulta externa entrevistado discriminado por género**

Área	Genero del usuario		General
	Femenino	Masculino	
Cabecera municipal	96,9	97,1	96,9
Centro poblado	2,5	2,3	2,4
Rural disperso	0,5	0,6	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 96. Tipo de área de ubicación (%) del usuario de hospitalización y urgencias entrevistado, discriminado por género**

Área	Genero del usuario		General
	Femenino	Masculino	
Cabecera Municipal	94,1	95,8	94,8
Centro poblado	5,6	3,8	4,8
Rural disperso	0,4	0,4	
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Como se puede observar en las dos tablas, la condición de urbano/rural, es determinada por la ubicación de la infraestructura de servicios. Más del 90% de los servicios incluidos en la ENS, estuvieron ubicados en cabeceras municipales. Hay que tener en cuenta que los puestos de salud fueron excluidos de la encuesta, por lo tanto, la mayor parte de las unidades de consulta externa y hospitalización, corresponden a servicios ubicados en zonas urbanas.

La encuesta estableció al menos tres categorías para la evaluación en cuanto al área de ubicación del servicio analizado en; cabecera municipal, centro poblado y área rural dispersa; los resultados de la encuesta mostró según la tabla 95 que el 96,9% de la población de ambos géneros eran usuarios de servicios de las cabeceras municipales, el 2,5% en centros poblados y el 0,5% en servicios ubicados en ámbito rural disperso. A nivel departamental esta tendencia se mantuvo en la mayor parte de los departamentos, incluso en la Amazonia y la Orinoquia. En Amazonas los servicios ubicados en la cabecera municipal constituyeron el 97,2%, en Antioquia el 99,5% y en Arauca en 91,6%. Esta tendencia es similar en todos los departamentos del país.

La ubicación territorial de usuarios en servicios hospitalarios y de urgencias, se encuentra como muestra la tabla 96, el 94,8% en la cabecera municipal; el 4,8% en centros poblados y el 0,4% en áreas rurales dispersas. Esta distribución es similar para todos los departamentos con concentración de los usuarios de servicios de urgencias hospitalarias en las cabeceras municipales. Sucre y Caldas presentan 75% y 85,5% de centralización en la atención de servicios.

### 9.3. Volumen de consulta, hospitalización y urgencias

La muestra a usuarios es representativa del volumen total de atención durante un mes en las instituciones prestadoras de servicios en los ámbitos departamental y nacional.

Al expandir la muestra se estimaron para el país un total de 8.055.000 eventos de consulta externa de los cuales 4.237.000 se realizan en entidades de tipo privado o mixto y 3.818.000 en organismos de naturaleza pública. Un evento de consulta externa se define como cualquier tipo de servicio recibido en la IPS de manera ambulatoria (consulta por médico general o especialista, diagnósticos preventivos y promocionales que incluyen hasta cirugía ambulatoria).

En cuanto a los eventos de hospitalización se registraron 306.000 de los cuales 169.000 se realizaron en entidades de tipo privado y 137.000 en organizaciones de naturaleza pública. En relación con las urgencias, se dio un total de 1.633.000 eventos, de los cuales 823.000 se realizaron por entidades privadas y 810.000 por entidades públicas. Están considerados como eventos en urgencias todas las consultas definidas como tales y en hospitalización se consideraron como eventos los egresos hospitalarios.

Se estima así un volumen total de atención de 10.912.000 eventos, entre consultas, urgencias y hospitalizaciones. (Ver discriminación por departamento en la tabla del anexo 1).

Los eventos de consulta externa, urgencias y hospitalización se distribuyeron entre los diferentes departamentos encontrándose los mayores volúmenes de atención, como era de esperar, en las áreas de mayor concentración de población, específicamente urbana, tal es el caso de los departamentos del Atlántico, Bogotá, Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca y Santander. La ocurrencia de los eventos en las cuencas Amazónicas y Llanos Orientales es menor.

En la tabla 97 se presenta el número de eventos para cada tipo de atención (consulta externa, urgencias y hospitalización por cada mil habitantes en un mes. La población utilizada como denominador corresponde a la estimada como proyección para el año 2007 en los ámbitos nacional y departamental.

**Tabla 97. Tipo de atención (tasa por mil habitantes) en el mes de la encuesta**

Departamento	Consulta Externa	Urgencias	Hospitalización
Amazonas	126,69	17,22	5.84
Antioquia	156,3	33,16	5.82
Arauca	164,58	24,89	11.14
Atlántico	154,87	55,65	6.91
Bogotá	225,72	26,11	9.73
Bolívar	193,93	55,03	6.39
Boyacá	215,98	27,36	6.80
Caldas	199,78	36,54	7.83
Caquetá	226,88	38,34	6.79
Casanare	256,95	44,31	6.73
Cauca	154,69	17,86	7.70
Cesar	190,23	42,73	7.49
Chocó	189,34	33,31	6.22
Córdoba	132,67	37,59	7.19
Cundinamarca	215,19	37,83	6.05
Guainía	102,22	11,58	3.85
Guaviare	119,8	24,97	5.95
Huila	197,84	42,95	6.23
La Guajira	187,89	18,58	7.71
Magdalena	158,28	39,29	6.68
Meta	185,48	36,66	6.21
Nariño	204,02	48,34	6.49
Norte de Santander	114,06	23,98	3.26
Putumayo	154,49	25	5.57
Quindío	192,15	56,89	6.78
Risaralda	201,11	54,27	8.82
San Andres y Providencias	160,47	16,22	11.89
Santander	154,83	31,42	4.82
Sucre	175,19	55,75	9.85
Tolima	204,41	42,77	7.72
Valle del Cauca	173,13	46,12	6.02
Vaupés	100,97	10,27	2.79
Vichada	127,97	16,66	3.76
<b>Nacional</b>	<b>183,63</b>	<b>37,24</b>	<b>6.99</b>

En la tabla anterior se puede observar una tasa de consulta externa de 183,6 eventos por 1.000 habitantes, en promedio, para el territorio nacional. Los que concentran las mayores tasas de eventos en consulta externa son Bogotá Distrito Capital con 225,7 eventos por cada 1.000 habitantes, Cundinamarca con 215,2, Tolima con 204,4, algunas zonas del país como la Amazónica y los Llanos presentan altas tasas de utilización de consulta externa así como en el caso de Caquetá con 226,8 eventos por 1.000 habitantes y Casanare con 257,0 eventos.

En el caso de urgencias la tasa nacional es de 37,2 eventos de urgencias por 1.000 habitantes con tasas bastante altas en los departamentos de Atlántico con 55,6. Bolívar con 55,3, Quindío con 56,9, Risaralda con 54,2, y Sucre con 55,8, hay departamentos con tasas muy bajas de utilización de urgencias como los casos de Guainía con 11,6, Vaupés con 10,2, Vichada con 16,6, Cauca con 17,9 y Amazonas con 17,22.

En relación con la hospitalización, la tasa nacional media de hospitalización es de 7,0 eventos hospitalarios mes por 1.000 habitantes. Las mayores tasas de eventos hospitalarios se encuentran en Bogotá con 9,7, Sucre con 9,8 y Arauca con 11,24 y las tasas más bajas se dan en las áreas de departamentos ubicados en las cuencas Amazónica y Orinoquia 2,7 en Vaupés 3,7 en Vichada 3,9 en Guainía, en la mayor parte de los departamentos la tasa gira alrededor entre 6 y 7 eventos hospitalarios por 1.000 habitantes en un mes tipo.

Los eventos de servicio incluidos en el análisis para consulta externa se listan a continuación:

- Consulta externa.
- Consulta médica general.
- Consulta médica especializada.
- Consulta otro profesional.
- Consulta odontológica.
- Consulta preventiva salud bucal.
- Consulta control prenatal.
- Consulta crecimiento y desarrollo.
- Examen laboratorio.
- Rayos X o imágenes diagnóstico.
- Vacunación.
- Sesión educativa.
- Reunión grupo terapéutico.
- Reunión diferente grupo terapéutico.
- Citología.
- Consulta planificación familiar.
- Curaciones.
- Cirugía ambulatoria.

En los eventos de hospitalización y urgencias los servicios estudiados fueron:

- Causas obstétricas remitido de urgencias.
- Causas no obstétricas electiva.
- Atención al parto o puerperio remitido.

- Atención al parto o puerperio electiva.
- Atención de urgencias no obstétricas.
- Atención de urgencias obstétricas.
- Enfermedad física aguda.
- Enfermedad física o malestar de larga duración.
- Enfermedad o problema mental.

Como se puede observar el nivel de desagregación integra tanto actividades definidas alrededor del tipo de profesional involucrado, como definidas alrededor del tipo de intervención sin discriminación por tipo de profesional. Por esa razón para el análisis descriptivo se han considerado genéricamente como eventos de atención. Ya en análisis particulares donde el dominio se circunscriba a alguno de los dos tipos mencionados se evalúa cada tipo de evento en particular.

La participación privada en los tres grupos de eventos de servicios varía de manera importante de acuerdo con el departamento. En el caso de la consulta externa la participación privada es muy alta en Bogotá con el 75,4, Atlántico con 73,0%, Meta con el 70,6% y es muy baja la participación privada en territorios nacionales como Vichada, Vaupés y Amazonas. En hospitalización, la participación privada también es relevante y está por encima del 70% en Atlántico, Bogotá, Bolívar y por debajo del 5% en Vaupés, Vichada, Guaviare, Guainía y Arauca. En cuanto a urgencias la participación privada está por encima del 60% en Atlántico, Bogotá, Bolívar, Chocó, Meta, Nariño y Santander.

Es de resaltar que la participación privada es en proporción menor en los tres tipos de eventos frente a regiones de similar desarrollo como los departamentos de Antioquia, el Valle del Cauca y el Eje Cafetero, en donde se dan situaciones muy particulares como la participación del 45,5% del sector privado en la hospitalización. En los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca, la hospitalización privada alcanza al 56,3%; en Risaralda al 49,6% y en Quindío el 36,4%. Esto sugiere diferentes tipos de mercado de servicios en las diferentes regiones del país, algunos de ellos con predominancia del sector privado en cuanto a la oferta de servicios y otros con predominancia del sector público.

#### 9.4. Volumen de atención por género y edad

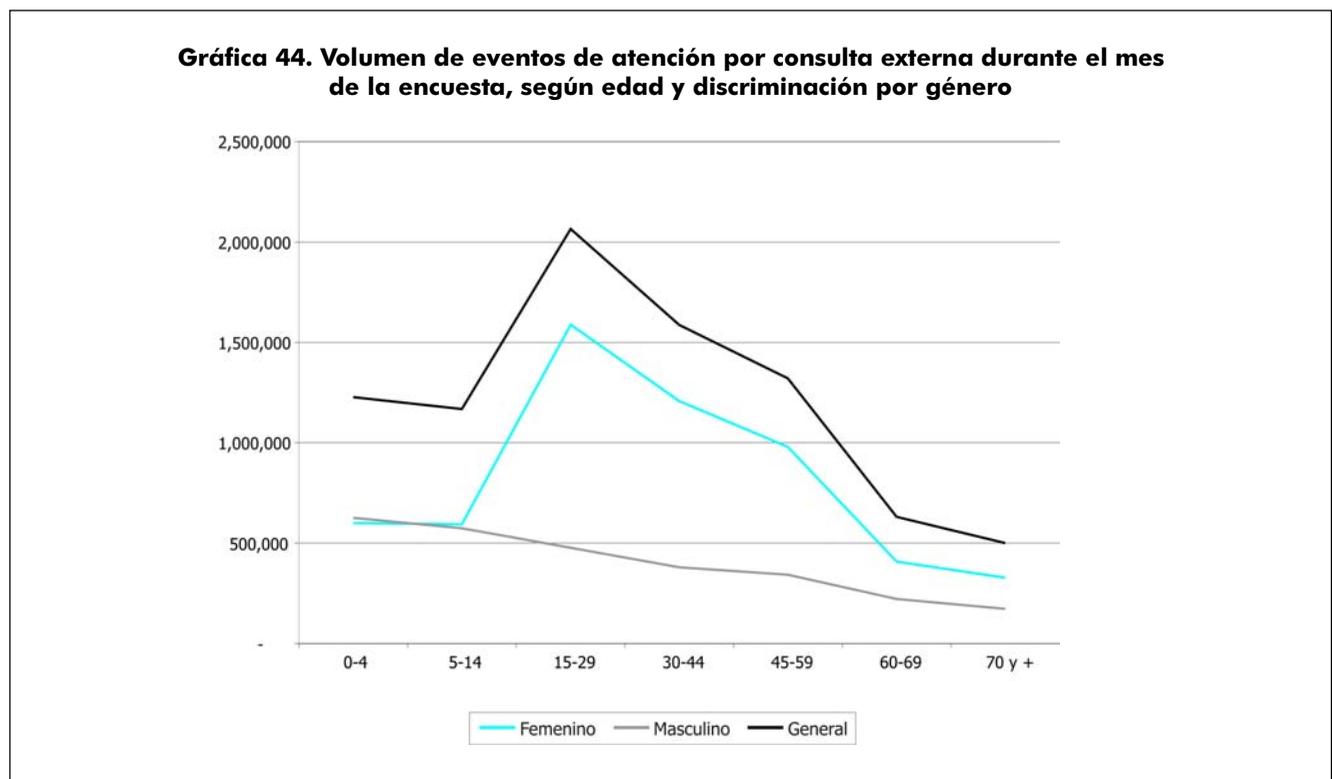
Hasta el momento, en el país no se dispone de estimaciones previas de los volúmenes de demanda medidos en cantidades de servicios de salud, que incluyen bajo una misma unidad de observación y metodología IPS públicas y privadas. A pesar de las restricciones en cuanto a la restitución del marco muestral al universo, la ENS 2007 ofrece una estimación de las cantidades de eventos demandados a nivel nacional y departamental.

A partir de las exclusiones y supuestos planteados en el marco muestral, se puede estimar el volumen de eventos de consulta externa en cerca de ocho millones para la unidad temporal a la cual se expande, que en este caso es un mes completo de actividad para la infraestructura de

servicios de consulta externa a nivel nacional. En el caso de los servicios hospitalarios y de volumen estimado de eventos el volumen de éstos se estimó en dos millones.

Del volumen estimado, es de resaltar la distribución por género. Casi el 70% de eventos consumidos en consulta externa corresponde a consumo efectuado por mujeres y el 57% en el caso de urgencias y hospitalización. Bogotá, Antioquia y Valle son, en su orden, los mayores contribuyentes al volumen total de eventos de consulta externa. Bogotá representa el 20,0% de la consulta a nivel nacional y Antioquia el 11,0%. La distribución por género de la consulta se mantiene en los diferentes departamentos.

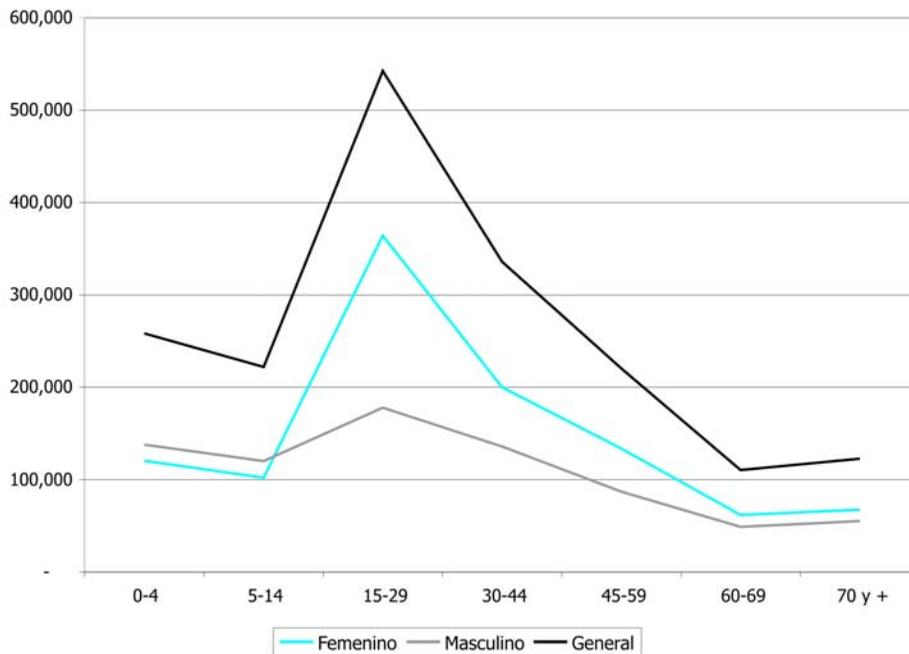
La gráfica 44 presenta la cantidad de procedimientos de consulta externa demandados distribuidos según género y población total de acuerdo con los rangos de edad de los usuarios.



En menores de 14 años los volúmenes son muy parecidos por género, ascendiendo muy rápidamente para las mujeres, es decir, se observa un franco predominio de atenciones para las mujeres en el rango de edad fértil; luego de los 60 años se aproximan de nuevo las curvas.

La gráfica 45 indica el volumen de demanda de los servicios de hospitalización y urgencias según rangos de edad de los usuarios por género. El perfil de las curvas resulta muy similar al que se dibuja en la gráfica 44.

La distribución de usuarios según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se presenta en las tablas 98, 99 y 100.

**Gráfica 45. Volumen de eventos de atención en servicios de hospitalización y urgencias durante el mes de la encuesta, según edad y discriminación por género**

De acuerdo con la tabla 98 se puede establecer que la proporción más alta de demanda de consulta externa está constituida por afiliados al régimen contributivo que conforman con el 46,59% de los eventos, seguida de la proporción de población del régimen subsidiado con el 41,17%.

**Tabla 98. Atención por consulta externa (frecuencia, porcentaje\*) según régimen de afiliación declarado y género**

Régimen	Sexo		General
	Femenino	Masculino	
Contributivo	2.526.000 46,1	1.227.000 47,7	3.753.000 46,6
Especial	193.000 3,5	95.000 3,7	288.000 3,6
Ninguno	366.000 6,7	161.000 6,3	527.000 6,5
Sin especificar	109.000 1,9	60.000 2,3	169.000 2,1
Subsidiado	2.288.000 41,7	1.028.000 39,9	3.316.000 41,2
<b>General</b>	<b>5.483.000</b> <b>68,1</b>	<b>2.572.000</b> <b>31,9</b>	<b>8.055.000</b> <b>100,0</b>

\* Las frecuencias y porcentajes correspondientes se registran en celdas contiguas verticalmente. La frecuencia corresponde a la celda superior y el porcentaje a la inferior.

Los dos principales regímenes de aseguramiento justifican casi el 88% del volumen de servicios de consulta externa. Es de resaltar que las diferencias por género, en demanda de eventos de consulta externa, se mantienen a través de los diferentes regímenes de afiliación a la Seguridad Social.

**Tabla 99. Atención en hospitalización (frecuencia y porcentaje\*) según régimen de afiliación declarado y género**

Régimen	Sexo		General
	Femenino	Masculino	
Contributivo	99.000 48,1	52.000 52,0	151.000 49,3
Especial	7.000 3,4	3.000 3,0	10.000 3,3
Ninguno	21.000 10,2	12.000 12,0	33.000 10,8
Sin especificar	3.000 1,5	2.000 2,0	5.000 1,6
Subsidiado	74.000 35,9	32.000 32,0	106.000 34,6
<b>General</b>	<b>206.000</b> <b>67,2</b>	<b>100.000</b> <b>32,8</b>	<b>306.000</b> <b>100,0</b>

\* Las frecuencias y porcentajes correspondientes se registran en celdas contiguas verticalmente. La frecuencia corresponde a la celda superior y el porcentaje a la inferior.

La tabla 99 presenta la hospitalización según género y régimen. Es mayor la proporción de mujeres demandantes de este servicio en relación con el total de hombres, esta diferencia no es afectada por la condición de afiliación. Casi el 84% de los casos de hospitalización pertenece a la población afiliada a los diferentes regímenes que componen la Seguridad Social. El mayor contribuyente al volumen total de eventos hospitalarios es el régimen contributivo que cubre casi la mitad de los eventos de tipo hospitalario.

La tabla 100 ilustra el volumen expandido de eventos de urgencias de acuerdo con el género y régimen de seguridad social, en este caso la participación tiende a ser más equilibrada con una distribución del 55% contra el 44% por género. Los mayores usuarios de urgencias son igualmente los afiliados a la seguridad social. Más del 50% de los eventos de urgencias son determinados por afiliados al régimen contributivo. Al comparar los hombres tienen mayor participación en la demanda de urgencias que en la de consulta externa.

**Tabla 100. Atención por urgencias (frecuencia y porcentaje\*) según régimen de afiliación declarado y género**

Régimen	Género		General
	Femenino	Masculino	
Contributivo	447.000 49,6	380.000 51,9	827.000 50,6
Especial	38.000 4,2	22.000 3,1	60.000 3,7
Ninguno	82.000 9,1	80.000 10,9	162.000 9,9
No especificado	16.000 1,8	9.000 1,3	25.000 1,5
Subsidiado	318.000 35,3	239.000 32,8	557.000 34,2
<b>Total</b>	<b>901.000</b> <b>55,0</b>	<b>732.000</b> <b>45,0</b>	<b>1.633.000</b> <b>100,0</b>

\* Las frecuencias y porcentajes correspondientes se registran en celdas contiguas verticalmente. La frecuencia corresponde a la celda superior y el porcentaje a la inferior.

## 9.5. Clasificación de acuerdo con el SISBEN en consulta externa

En la encuesta a usuarios se interrogó sobre el nivel de SISBEN de la población de usuarios. Para analizar estos resultados, se debe tener en cuenta que el objetivo de la encuesta SISBEN no es cubrir a toda la población, sino buscar selectivamente la población pobre potencial para recibir subsidios, con un esquema de priorización de la búsqueda en las áreas de mayor concentración de pobreza, lo que afecta en especial los resultados de las grandes áreas urbanas.

**Tabla 101. Eventos de consulta externa (%) según nivel del SISBEN y género del usuario**

Nivel	Sexo del usuario		General
	Femenino	Masculino	
1	56,00	58,60	56,80
2	29,20	27,90	28,80
3	5,10	4,50	4,900
4	0,20	0,10	0,20
5	0,03	0,00	0,02
6	0,01	0,00	0,01
No sabe	9,50	8,90	9,30
<b>General</b>	<b>69,33</b>	<b>30,67</b>	<b>100,00</b>

La tabla 101 presenta la distribución de los eventos de consulta externa según nivel de SISBEN. Es de anotar que de este análisis se eliminan aquellas personas a las cuales no se les ha aplicado el SISBEN. De acuerdo con esta distribución, se han identificado con el nivel 1 de clasificación del SISBEN el 56%. Se observa mayor participación de la mujer entre las personas que asistieron a consulta externa identificadas con SISBEN.

Los demandantes de hospitalización y urgencias pertenecen en un 62,9% a la población con nivel 1 del SISBEN. Se debe tener en cuenta que sólo el 53% de los usuarios de hospitalización y urgencias tenía clasificación del SISBEN (ver tabla 102).

**Tabla 102. Eventos de hospitalización y urgencias (%) según nivel de SISBEN y género del usuario**

Nivel Sisben	Sexo del usuario		General
	Femenino	Masculino	
1	61,71	64,47	62,88
2	32,14	31,38	31,82
3	5,78	4,00	5,03
4	0,32	0,12	0,24
5	0,04	0,02	0,03
<b>General</b>	<b>57,84</b>	<b>42,16</b>	<b>100,00</b>

## 9.6. Características socioeconómicas

Entre las características socioeconómicas de los usuarios indagadas en la ENS 2007 se encuentran las condiciones educativas, de ocupación y estado civil de los mismos (ver tabla 103).

**Tabla 103. Nivel educativo en usuarios (%) de consulta externa, según género**

Nivel Educativo	Sexo del usuario		General
	Femenino	Masculino	
Ninguno y menores	14,10	25,90	17,90
Preescolar	2,50	5,50	3,50
Básica primaria	32,40	30,80	31,90
Básica secundaria y media	35,00	25,80	32,10
Técnico o tecnológico	6,30	3,90	5,50
Universitaria sin título	3,20	3,10	3,20
Universitaria con título	5,20	3,70	4,80
Postgrado sin título	0,10	0,20	0,10
Postgrado con título	1,00	1,00	1,00
<b>General</b>	<b>68,07</b>	<b>31,93</b>	<b>100,00</b>

La tabla 103 presenta la distribución de la población de usuarios de las IPS incluidas en la ENS según nivel educativo. Como se puede observar, la mayor proporción de demandantes tiene básica primaria o básica secundaria.

En la medida en que se incrementa el nivel de educación, la proporción de usuarios tiende a disminuir, igualmente en sentido inverso hacia quienes tienen educación preescolar. Hay una participación del 17,9% de la población que no tiene ningún nivel educativo, lo cual debe constituir un indicador relevante para las diferentes actividades en la salud pública.

**Tabla 104. Nivel educativo en usuarios (%) de hospitalización y urgencias, según género**

Nivel Educativo	Sexo del usuario		General
	Femenino	Masculino	
Ninguno y menores	18,48	27,58	22,39
Preescolar	2,90	3,80	3,29
Básica primaria	27,42	28,42	27,85
Básica secundaria y media	34,69	29,14	32,31
Técnico o tecnológico	6,67	4,18	5,60
Universitaria sin título	3,59	2,17	2,98
Universitaria con título	5,31	3,88	4,70
Postgrado sin título	0,14	0,02	0,09
Postgrado con título	0,80	0,80	0,80
<b>General</b>	<b>57,06</b>	<b>42,94</b>	<b>100,00</b>

El perfil de demandante en la población con mayor nivel educativo es similar a la presentada en consulta externa con una proporción importante del 22,4% sin educación, y la mayor población concentrada entre quienes tienen básica primaria, secundaria y media (ver tabla 105).

**Tabla 105. Estado civil en usuarios (%) de consulta externa, según género**

Estado civil	Sexo del usuario		General
	Femenino	Masculino	
Casado (a)	23,79	21,93	23,19
Unión libre	24,36	15,36	21,49
Separado (a)	6,59	3,21	5,51
Viudo (a)	7,1	2,23	5,55
Soltero y menores	38,16	57,28	44,26
<b>General</b>	<b>68,07</b>	<b>31,93</b>	<b>100,00</b>

La tabla 105 caracteriza a los usuarios de consulta externa según estado civil, se puede encontrar que la población se distribuye equitativamente entre casada y en unión libre y que suma un 44%, además de otro 44% compuesto por población soltera.

**Tabla 106. Estado civil en usuarios (%) de hospitalización y urgencias según género**

Estado civil	Sexo		General
	Femenino	Masculino	
Casado (a)	20,72	20,81	20,76
U. Libre	25,71	17,26	22,08
Separado (a)	5,5	2,76	4,32
Viudo (a)	6,9	2,25	4,91
Soltero (a) y menores	41,17	56,91	47,93
<b>General</b>	<b>57,06</b>	<b>42,94</b>	<b>100,00</b>

En urgencias y hospitalización, la distribución de la población soltera es similar a la población en consulta externa (ver tabla 106).

## 9.7. Motivo de consulta y atención recibida

La encuesta interrogó en el módulo aplicado a los usuarios de consulta externa sobre el motivo de consulta y la atención recibida. En la encuesta de hospitalización y urgencias únicamente se abordó el tipo de servicio recibido (ver tabla 107).

**Tabla 107. Motivo de consulta de usuarios (%) de consulta externa según género**

Motivo	Sexo		General
	Femenino	Masculino	
Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente	34,2	38,1	35,5
Enfermedad física o malestar de larga duración	23,8	23,1	23,6
Enfermedad o problema mental, de los nervios o de comportamiento	0,8	0,9	0,8
Disminución en la capacidad para hacer cosas	0,4	0,6	0,5
Lesión por accidente	1,6	5,4	2,8
Lesión por violencia	0,1	0,3	0,1
Problema o enfermedad de la boca o de los dientes	4,5	5,0	4,7
Atención preventiva como: Control prenatal, de crecimiento y	17,7	10,1	15,3
Otra atención preventiva, como chequeo de persona sana , co	15,9	16,4	16,1
Estética	0,2	0,2	0,21
Puerperio o control del recién nacido	0,6	0,0	0,43
<b>General</b>	<b>68,1</b>	<b>31,9</b>	<b>100,0</b>

El motivo más frecuente en consulta externa, de acuerdo con la tabla anterior, es la condición aguda de salud, seguida por las condiciones crónicas. Entre ambas integran casi el 55% de los motivos de consulta. Las actividades preventivas tanto obstétricas como generales tienen una participación importante. Hay una mayor intervención de las mujeres entre los usuarios por condiciones crónicas. La injerencia de los hombres en el grupo de usuarios por lesiones consecuencia de accidente, es del 61,2% y en lesiones por violencia del 73,5%.

**Tabla 108. Tipo de atención recibida por usuarios (%) de consulta externa según género**

Motivo	Sexo		General
	Femenino	Masculino	
Consulta médica general	49,1	49,5	49,2
Consulta médica especializada	15,9	18,6	16,8
Consulta por otro profesional	1,4	1,5	1,4
Consulta odontológica	9,9	12,1	10,6
Consulta preventiva en salud bucal	0,5	0,8	0,6
Consulta de control prenatal	4,3	0,0	2,95
Consulta de crecimiento y desarrollo	2,2	5,2	3,14
Examen de laboratorio	2,1	1,6	1,9
Rayos X o imágenes diagnósticas	1,5	0,9	1,3
Vacunación	1,7	2,8	2,0
Sesión educativa	0,1	0,1	0,1
Reunión de grupo terapéutico	0,4	0,3	0,4
Reunión diferente a grupo terapéutico	0,1	0,0	0,1
Citología	2,0	0,0	1,4
Consulta o control de planificación familiar	1,8	0,0	1,2
Curaciones, retiro de puntos	0,4	0,9	0,6
Cirugía ambulatoria	0,2	0,3	0,2
Otro	1,1	1,2	1,1
<b>General</b>	<b>68,1</b>	<b>31,9</b>	<b>100,0</b>

En relación con el tipo de atención recibida en consulta externa, la consulta general y la consulta especializada son preponderantes (ver tabla 108). Es de resaltar cómo a nivel global la proporción de eventos consultados por las mujeres es más del doble que el de los hombres. La participación de la mujer es mayor incluso en las actividades de tipo preventivo, promocional y educativo.

La tabla 109 presenta la distribución de eventos de consulta externa según sea programada o prioritaria de acuerdo con los diferentes motivos de consulta. Se puede observar que la consulta prioritaria está representada casi en 60%, en relación con las enfermedades agudas, mientras que la participación de enfermedades crónicas es mucho menor. La consulta programada tiene una alta participación tanto en enfermedad aguda como en crónica. Las actividades de atención preventiva tales como control prenatal de crecimiento y desarrollo, pertenecen primariamente a consulta de tipo programado al igual que los chequeos de personas sanas.

**Tabla 109. Motivo de consulta (%) en consulta externa, con discriminación en programada o prioritaria**

Motivo	Tipo de consulta		General
	Programada	Prioritaria	
Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente	30,99	59,42	35,49
Enfermedad física o malestar de larga duración	25,34	14,25	23,59
Enfermedad o problema mental, de los nervios	0,91	0,24	0,81
Disminución en la capacidad para hacer cosas	0,47	0,51	0,48
Lesión por accidente	2,60	3,86	2,80
Lesión por violencia	0,11	0,25	0,13
Problema o enfermedad de la boca o de los dientes	5,21	2,15	4,730
Atención preventiva como: Control prenatal, de crecimiento y	16,17	10,36	15,25
Otra atención preventiva, como chequeo de persona sana.	17,54	8,45	16,10
Estética	0,24	0,05	0,21
Puerperio o control del recién nacido	0,43	0,46	0,43
<b>General</b>	<b>84,18</b>	<b>15,82</b>	<b>100,00</b>

Asimismo, la tabla 109 ilustra la proporción de consulta externa originada en problemas de tipo agudo donde el 35,5% corresponden a enfermedades agudas y el 23,6% a enfermedades de tipo crónico. Es de resaltar la proporción del 15,3% correspondiente a control prenatal de crecimiento y desarrollo y el 16,1% en atención de personas sanas, estos cuatro motivos conforman más del 80% del total de consulta externa.

**Tabla 110. Motivo de consulta (%) en eventos de hospitalización**

Motivos de hospitalización	Porcentaje
Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente	38,00
Enfermedad física o malestar de larga duración	22,76
Enfermedad o problema mental, emocional o de los nervios	0,67
Disminución en la capacidad para hacer cosas	0,61
Lesión por accidente	5,97
Lesión por violencia	1,49
Atención del parto	25,57
Otra	4,92
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

En la tabla 110 se especifican las razones por las cuales el paciente fue hospitalizado. Se encuentra que el porcentaje más alto se debió a enfermedades de tipo agudo seguido por la atención del parto, la enfermedad física o malestar de larga duración y enfermedades de tipo crónico. Las diferentes lesiones consecuencia de accidentes generan el 7% de los motivos por los cuales se realiza este tipo de acciones en la población.

**Tabla 111. Motivo de consulta (%) en eventos de urgencias**

Motivos de hospitalización	Porcentaje
Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente	38,00
Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente	61,44
Enfermedad física o malestar de larga duración	12,65
Enfermedad o problema mental, emocional o de los nervios	0,30
Disminución en la capacidad para hacer cosas	0,39
Lesión por accidente	16,85
Lesión por violencia	1,05
Atención del parto	1,36
Otra	5,95
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

En la tabla 111 muestra cómo la enfermedad aguda, era más del 60% de los motivos de atención de eventos en urgencias, en esta categoría la consulta por lesiones por accidente es la segunda en participación, llegando casi al 17%. La enfermedad física de larga duración representa el 12%. Los demás motivos de hospitalización tienen participación muy pequeña.

**Tabla 112. Eventos de hospitalización y urgencias (%) según régimen de afiliación declarado**

Eventos	Contributivo	Especial	Ninguno	Sin especificar	Subsidiado	Total
Hospitalización por causas no obstétricas remitido de urgencias	4,6	0,4	1,0	0,2	2,9	9,1
Hospitalización por causas no obstétricas electiva (programa)	1,5	0,1	0,2	0,0	0,7	2,5
Atención del parto o puerperio remitido de urgencias	1,1	0,0	0,4	0,1	1,3	2,9
Atención del parto o puerperio electiva (cesárea)	0,6	0,1	0,1	0,0	0,6	1,4
Atención de urgencias no obstétricas	40,7	2,9	7,6	1,2	26,8	79,2
Atención de urgencias obstétricas	1,9	0,2	0,8	0,1	1,9	5,0
<b>Total</b>	<b>50,4</b>	<b>3,7</b>	<b>10,1</b>	<b>1,6</b>	<b>34,2</b>	<b>100,0</b>

La tabla 112 muestra el perfil transversal de demanda atendida en hospitalización y urgencias de acuerdo con diferentes tipos de eventos de urgencias y hospitalización. Como se puede observar, casi el 80% del volumen de servicios está conformado por la atención de urgencias no obstétricas. En esta categoría el régimen subsidiado representa el 27% mientras el contributivo el 41%. La hospitalización por causas no obstétricas está compuesta principalmente por atenciones requeridas por personas afiliadas al régimen contributivo y del régimen subsidiado.

## 9.8. Fuentes de pago de servicios y de gasto de bolsillo

En este segmento de la encuesta se indagó sobre cuál fue el pagador principal de la cuenta en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. La encuesta no realizó un chequeo exhaustivo de facturas que permitiese establecer el valor pagado, simplemente interrogó al usuario sobre quien percibe como el pagador de la mayor proporción de la cuenta.

**Tabla 113. Pagador principal de la cuenta de usuarios del servicio de consulta externa (%) según el régimen de afiliación declarado**

Pagador principal	Régimen				
	Contributivo	Subsidiado	Especial	Ninguno	Total
EPS, ARS u Otra entidad de seguridad social	43,49	37,81	3,32	0,75	87,38
Medicina prepagada, póliza de salud o plan complementario	0,26	0,00	0,01	0,01	0,28
Secretaría de Salud o alcaldía (vinculado)	0,01	2,07	0,00	3,57	5,68
Usted o alguien de su hogar con recursos propios	2,44	0,97	0,12	1,57	5,13
Otra persona con recursos propios	0,11	0,06	0,01	0,15	0,33
El SOAT, seguro obligatorio de accidentes de tránsito	0,18	0,09	0,01	0,08	0,37
Patrón o empleador	0,03	0,02	0,09	0,02	0,18
Entidad por fuera del sistema de seguridad Social	0,09	0,14	0,01	0,41	0,66

En la tabla 113 se observa que el 87,38% del total de usuarios, organizados según régimen, declara que el pagador principal fue alguna entidad de la seguridad social, mientras que, las secretarías de salud y los recursos propios representaron el 5% en cada uno de los casos.

**Tabla 114. Usuarios que incurren en gasto de bolsillo según concepto de pago (%) en eventos de consulta externa por régimen de afiliación declarado**

Concepto de pago	Régimen de afiliación			
	Contributivo	Subsidiado	Especial	Ninguno
Copago / Cuota moderadora	63,60	12,62	1,45	13,57
Consulta particular	3,25	2,06	3,06	18,67
Vale de medicina prepagada	0,17	0,01	0,15	0,04
Exámenes de laboratorio u otro examen	8,65	3,69	1,74	10,19
Materiales para la atención	0,61	1,93	1,44	2,29
Terapias e inyecciones	1,74	0,97	0,28	1,46
Medicamentos	30,39	6,90	2,23	15,22
Férulas, ortopédicos u otros elementos	0,30	0,20	0,33	0,28

La tabla 114 busca ilustrar sobre el porcentaje de eventos con gasto de bolsillo en consulta externa de acuerdo con diferentes rubros de pago. No se muestran el correspondiente porcentaje de eventos sin gasto de bolsillo. Por ejemplo, en el caso del régimen contributivo el 63,6% de los eventos tuvo copago o cuota moderadora, mientras el restante 36,4% de los eventos no tuvo copago o cuota moderadora. El rubro con mayor proporción de contribución es el anterior. En el régimen contributivo el 63,6% de los eventos tuvo algún tipo de copago. En la población sin asegurar casi el 14%, mientras es de resaltar que el régimen subsidiado el 12,6% tuvo algún copago.

Igualmente es relevante el bajo nivel de copago en los eventos en regímenes especiales. La consulta particular es un rubro importante de pago en la población sin asegurar. También son notorias las diferencias entre régimen contributivo y subsidiado en los casos de exámenes de laboratorio y eventos con pago de bolsillo por medicamentos.

**Tabla 115. Pagador principal por usuarios del servicio de hospitalización (%) según el régimen de afiliación declarado**

Pagador principal	Contributivo	Especial	Ninguno	Sin especificar	Subsidiado	Total
EPS o ARS u Otra entidad de seguridad social	46,5	3,4	0,9	1,3	30,3	82,5
Medicina prepagada, póliza de salud o plan complementario	1,6	0,0	0,0	0,0	0,1	1,7
Secretaría de Salud o alcaldía (vinculado)	0,1	0,0	5,4	0,1	2,5	8,1
Usted o alguien de su hogar con recursos propios	1,0	0,0	1,9	0,0	0,5	3,4
Otra persona con recursos propios	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3
El SOAT, seguro obligatorio de accidentes de tránsito	1,0	0,0	0,7	0,1	0,6	2,5
Patrón o empleador	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4
Entidad por fuera del sistema de seguridad Social, como una	0,1	0,1	0,8	0,0	0,1	1,1
<b>Total</b>	<b>50,4</b>	<b>3,7</b>	<b>10,1</b>	<b>1,6</b>	<b>34,2</b>	<b>100,0</b>

Las entidades de seguridad social actúan como pagadores principales en el 82,5% de todos los casos hospitalizados. Los afiliados al régimen contributivo son los que más peso exhiben en la declaración de pagador principal (tabla 115).

La tabla 116 muestra la participación de los rubros de pago de los diferentes eventos de hospitalización y urgencias según régimen. Como se puede observar, el 36,7% de los eventos de régimen contributivo tiene algún tipo de copago y el 16,4% de los eventos del régimen subsidiado. En la población sin afiliación el 27,3% de los eventos está afectado por copagos. Igualmente se observa una protección particular en el caso de los regímenes especiales. La estructura de los eventos con gasto de bolsillo en la población sin afiliación está afectada por diferentes rubros que en proporciones importantes tienen gasto de bolsillo: copagos, consulta particular, exámenes de laboratorio, materiales para la atención, actividades de tratamiento y medicamentos.

**Tabla 116. Concepto de pago de usuarios de hospitalización y urgencias (%) que incurrir en gastos de bolsillo según régimen de afiliación declarado**

Concepto de pago	Régimen de afiliación			
	Contributivo	Especial	Ninguno	Subsidiado
Copago o cuota de recuperación atención	36,72	2,13	27,27	16,36
Consulta particular	0,63	0,21	6,79	0,57
Toda cuenta de hospitalización	0,52	0,08	0,01	0,05
Vale de medicina prepagada	1,63	0,17	0,12	0,01
Exámenes de laboratorio	4,64	0,80	9,75	4,36
Materiales para la atención	2,17	2,10	10,40	6,18
Actividades de tratamiento	1,82	0,73	7,07	3,28
Medicamentos	23,63	5,96	28,14	13,88
Elementos para la salud	0,58	0,14	0,40	0,75

## 9.9. Condiciones seleccionadas de calidad desde la percepción de los usuarios

### 9.9.1. Elección de la institución para la atención

La tabla 117 presenta el resultado de indagar si el paciente pudo elegir la institución en consulta externa. Se puede observar que en el régimen contributivo el 47% de los pacientes pudo elegir su institución, mientras que el régimen subsidiado presenta un porcentaje menor con un 36,8%, así como el 24,3% en el régimen especial y en ninguno el 59,7%. Estas diferencias son relativamente importantes y marcan un mayor porcentaje de elección en el régimen contributivo.

**Tabla 117. Elección de institución para atención de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado**

Régimen	La eligió	Se la asignaron
Contributivo	47,07	52,93
Subsidiado	36,78	63,22
Especial	24,34	75,66
No especificado	22,67	77,33
Ninguno	59,61	40,39
<b>Total</b>	<b>42,33</b>	<b>57,67</b>

En los servicios hospitalarios el 45,8% de la población eligió venir a la institución hospitalaria, mientras que al 54,2% le fue asignada, no hay una diferencia importante en estos indicadores según género del paciente (tabla 118).

**Tabla 118. Elección de IPS por usuarios de hospitalización y urgencias (%) según género**

Elección de la IPS	Sexo		General
	Femenino	Masculino	
Casado (a)	23,79	21,93	23,19
La eligió	45,83	45,71	45,78
Se la asignaron	54,17	54,29	54,22
<b>General</b>	<b>57,06</b>	<b>42,94</b>	<b>100,00</b>

### 9.9.2. Elección del profesional de preferencia

En relación con la percepción de la calidad del servicio en consulta externa, el 34,1% de la población usuaria, afiliada al régimen contributivo, pudo elegir el profesional de preferencia, mientras que en el régimen subsidiado se refleja una proporción menor, de un 28,6% y en el régimen especial de un 40,6%; la población sin aseguramiento pudo elegir en un 27,3% (tabla 119).

**Tabla 119. Elección de profesional de preferencia (%) por usuarios de consulta externa según régimen de afiliación declarado**

Régimen	Sí eligen el profesional	No eligen el profesional
Contributivo	34,14	65,86
Subsidiado	28,64	71,36
Especial	40,62	59,38
No especificado	23,21	76,79
Ninguno	27,32	72,68
<b>Total</b>	<b>31,43</b>	<b>68,57</b>

La elección de profesional según naturaleza de la IPS, tiene una ligera variación entre privada y pública, en la primera es de 34,5%, mientras que en la pública es del 28% (tabla 120).

**Tabla 120. Elección de profesional de preferencia (%) por usuarios de consulta externa según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí eligen el profesional	No eligen el profesional	General
Casado (a)	23,79	21,93	23,19
Privada o Mixta	57,80	50,20	52,60
Pública	42,20	49,80	47,40
<b>General</b>	<b>31,43</b>	<b>68,57</b>	<b>100</b>

Respecto a elegir el profesional de preferencia para la atención, en hospitalización o urgencias, los usuarios respondieron que sí en el 5,3% de los casos, sin mayores diferencias entre regímenes. Como se puede observar, el nivel de elección del profesional en este servicio es más restringido que en consulta externa (tabla 121).

**Tabla 121. Elección del médico o profesional de preferencia (%) por usuarios de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado**

Régimen	Sí lo eligió	No lo eligió
Contributivo	5,22	94,78
Subsidiado	4,47	95,53
Especial	5,33	94,67
No especificado	6,46	93,54
Ninguno	5,43	94,57
<b>Total</b>	<b>5,3</b>	<b>94,7</b>

Por naturaleza jurídica los usuarios respondieron sobre libertad para elección de profesional en el 5,97% en las IPS privadas, mientras que en las públicas esta posibilidad se dio en un 4,59% (tabla 122).

**Tabla 122. Elección del médico o profesional de preferencia (%) por usuarios de hospitalización y urgencias, según naturaleza jurídica de la IPS**

Régimen	Sí lo eligió	No lo eligió
Privada o Mixta	57,67	50,80
Pública	42,33	49,20
<b>General</b>	<b>5,30</b>	<b>94,70</b>

### 9.9.3. Información clara sobre el estado de salud y el tratamiento que debe realizarse

En relación con la obtención de información clara sobre el estado de salud, las proporciones son muy altas, en general el 89,8%, percibe que tiene información clara sobre el estado de salud en el régimen subsidiado (tabla 123).

Hay diferencia en la percepción de información clara entre entidades privadas y públicas, el 86,8% de los usuarios reportó haber recibido información clara sobre su estado de salud en las entidades privadas, mientras que el 83,5% lo obtuvo el público.

Las tablas 123 y 124 presentan los datos de acceso de los usuarios a información sobre el estado de salud en los servicios de consulta externa. En la tabla 46 del anexo 4 se presenta ampliación por departamento.

**Tabla 123. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de eventos de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado**

Régimen	Sí reciben información clara	No reciben información clara
Contributivo	90,4	9,5
Subsidiado	89,8	10,1
Especial	87,3	12,6
No especificado	88,1	11,8
Ninguno	86,3	13,6
<b>Total</b>	<b>89,8</b>	<b>10,2</b>

**Tabla 124. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de consulta externa (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí reciben información clara	No reciben información clara	No aplica
Privada o Mixta	53,60	47,50	46,10
Pública	46,40	52,50	53,90
<b>General</b>	<b>85,24</b>	<b>9,68</b>	<b>5,08</b>

En relación con el haber recibido información clara sobre el estado de salud en eventos de hospitalización o urgencias, se observa que el 85,8% de la población reportó haberla recibido, mientras que el restante 14,2% no lo percibió de igual manera, con ligeras diferencias a nivel de tipo de aseguramiento (tabla 125 y en la tabla 56 del anexo 4 se presenta discriminado por departamento). Entre entidades privadas y públicas, existe una ligera diferencia de cinco puntos porcentuales, a favor de las entidades privadas.

**Tabla 125. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de hospitalización o urgencias (%) según régimen de afiliación declarado**

Información sobre cómo encontraron la salud	Régimen					General
	Contributivo	Especial	Ninguno	Sin especificar	Subsidiado	
Sí recibió información clara	86,9	85,7	84,8	82,6	84,7	85,8
No recibió información clara	13,1	14,3	15,2	17,3	15,3	14,2

En relación sobre la información del tratamiento que le van a realizar, la proporción de usuarios que recibió información está cerca del 90% sin variaciones entre los diferentes regímenes (tabla 126 y en la tabla 47 del anexo 4 se presenta ampliación por departamentos).

Existe un pequeño mayor porcentaje de información impartida sobre el tratamiento que le van a realizar en las entidades privadas que en las entidades públicas, 86,5% contra 82,3% (tabla 127).

**Tabla 126. Información sobre el tratamiento a realizar en consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado**

Régimen	Sí le informaron	No le informaron
Contributivo	89,37	10,63
Subsidiado	89,02	10,98
Especial	89,06	10,94
No especificado	89,56	10,44
Ninguno	89,37	10,63
<b>Total</b>	<b>89,22</b>	<b>10,78</b>

**Tabla 127. Información sobre el tratamiento a realizar en consulta externa (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí le informaron	No le informaron	No aplica
Privada o Mixta	53,80	46,70	44,50
Pública	46,20	53,30	55,50
<b>General</b>	<b>84,51</b>	<b>10,21</b>	<b>5,28</b>

El 86,9% de la población usuaria percibió que le explicaron el tratamiento que le van a realizar en los eventos de hospitalización y urgencias, mientras que el restante 13,1% no lo percibió de igual manera. La mayoría de los que sí recibieron información sobre el tratamiento que le van a realizar se encuentra entre los afiliados al régimen contributivo (50,8%) (ver tabla 128 y tabla 57 del anexo 4 para distribución por departamentos).

**Tabla 128. Acceso a información sobre el tratamiento a realizar (%) en eventos de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado**

Sobre el tratamiento que le van a realizar	Régimen					General
	Contributivo	Especial	Ninguno	Sin especificar	Subsidiado	
Sí recibió información	87,5	87,0	86,0	87,0	86,1	86,9
No recibió información	12,5	12,9	13,9	13,0	13,9	13,1

En relación con la explicación del tratamiento que se va a realizar según la naturaleza del prestador, en los servicios de hospitalización y urgencias, no hay una diferencia significativa entre entidades públicas y privadas (ver tabla 129).

**Tabla 129. Acceso a información sobre el tratamiento a realizar (%) en eventos de hospitalización y urgencias, según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza	Sí recibió información	No recibió información
Privada o Mixta	52,4	43,1
Pública	47,6	56,9
<b>General</b>	<b>86,9</b>	<b>13,1</b>

#### 9.9.4. Solicitud de autorización al usuario para realizar determinado procedimiento

Respecto a si los usuarios perciben que se les solicitó autorización para realizar un determinado procedimiento, en el ámbito de los servicios de consulta externa, la proporción general que declaró que sí se les pidió autorización es del 71,5% y las diferencias no son muy relevantes entre los regímenes de afiliación (ver tabla 130).

La diferencia entre entidades privadas y públicas, es de seis puntos porcentuales a favor de las privadas (ver tabla 131 y en la tabla 48 del anexo 4 se presenta ampliación por departamento).

**Tabla 130. Usuarios de consulta externa (%) que autorizaron la realización de un procedimiento según régimen de afiliación declarado**

Régimen	Sí autorizaron	No autorizaron
Contributivo	69,29	30,71
Subsidiado	73,74	26,26
Especial	71,91	28,09
No especificado	71,13	28,87
Ninguno	73,3	26,7
<b>Total</b>	<b>71,51</b>	<b>28,49</b>

**Tabla 131. Autorización de procedimiento por usuarios de consulta externa (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí autorizaron	No autorizaron	No aplica
Privada o Mixta	54,60	49,50	42,90
Pública	45,40	50,50	57,10
<b>General</b>	<b>67,70</b>	<b>26,98</b>	<b>5,32</b>

Sobre la autorización solicitada al paciente para realizar procedimientos en hospitalización o urgencias, el 68,7% de los usuarios de estos servicios declaró que sí autorizaron el procedimiento. Se observan en la tabla 132 algunas diferencias entre regímenes de afiliación declarados.

**Tabla 132. Autorización de procedimiento por usuarios de hospitalización y urgencias (%) según régimen de afiliación declarado**

Autorización de realización de procedimientos	Régimen					General
	Contributivo	Especial	Ninguno	Sin especificar	Subsidiado	
Sí autorizaron	69,9	63,5	70,8	55,9	67,4	68,7
No autorizaron	30,1	36,5	29,2	44,0	32,6	31,3

Según naturaleza jurídica de la institución, existe una diferencia de cinco puntos porcentuales entre entidades privadas y públicas, a favor de las privadas, en la información sobre el tratamiento que se va a realizar en eventos de hospitalización y urgencias (ver tabla 133 y ampliación por departamentos en la tabla 58 del anexo 4).

**Tabla 133. Información sobre el tratamiento a realizar en eventos de hospitalización y urgencias (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí	No	General
Privada o Mixta	53,1	47,0	51,2
Pública	46,9	53,0	48,8
<b>General</b>	<b>68,7</b>	<b>31,3</b>	<b>100,0</b>

### 9.9.5. Sobre el tiempo promedio en llegar a la IPS y de ser atendido

En la encuesta se interrogó a los usuarios de eventos de consulta externa, sobre el tiempo para llegar a la institución, éste fue de 32,6 minutos para los pacientes del régimen contributivo, 35,6 minutos para el régimen especial, 35,6 minutos en ninguno, 37,3 en el régimen subsidiado y no especificado con 40,9.

En cuanto al tiempo transcurrido entre la llegada a la institución y la atención, existen diferencias relevantes; en el régimen contributivo el tiempo de espera es de 25,7 minutos en promedio, en régimen especial de 33,0, en los pacientes que no tienen aseguramiento de 56,6, en los del régimen subsidiado 56,9, y no especificado con 75 (en la tabla 45 del anexo 4 se presenta la distribución por departamento).

En las instituciones donde se atienden eventos de hospitalización y urgencias, para hospitalización existen diferencias relevantes en el tiempo promedio para llegar a la institución por parte de los pacientes; para el contributivo el tiempo es de 43,8 minutos, en especial 49,2 minutos, en pacientes sin aseguramiento 60,4 minutos, en pacientes de régimen subsidiado 61,9 minutos, y no especificado 73,3.

Los tiempos para llegar a los servicios de urgencias son relativamente similares, oscilando entre los 30,3 minutos en contributivo y 37,0 en los pacientes del régimen subsidiado. En el régimen especial 31,5 minutos, 37,8 para ninguno y 56,7 no especificado.

Para los tiempos de espera desde la llegada a la institución hasta la atención para hospitalización, entre los usuarios afiliados al régimen contributivo es de 40,0 minutos, en afiliados a regímenes especiales 33,8 minutos, en usuarios no afiliados 42,2, en usuarios afiliados al régimen subsidiado 42,5 minutos y no especificado 21,0. Los tiempos de espera para la atención en urgencias, son de 37,7 minutos en afiliados al régimen contributivo, 46,6 en afiliados a regímenes especiales, 36,8 entre usuarios sin afiliación, 44,1 minutos en afiliados al régimen subsidiado y no especificado 32,1 (en la tabla 54 y 55 del anexo se presenta la distribución).

### 9.10. Percepción de la calidad en el proceso de servicio según condición prioritaria

A continuación se introducen todos los elementos que a partir de la encuesta, son identificados como perceptivos y objetivos de la calidad, se presentan como perceptivos aquellos que tienen que ver con la apreciación del paciente sobre el proceso de atención, llámese consulta u hospitalización o sobre las características de trato por parte de los diferentes recursos humanos.

Se analizan retrospectivamente las recomendaciones y procedimientos recibidos por los pacientes en condiciones especiales de salud de acuerdo con las prioridades establecidas para la encuesta. Se debe resaltar que la unidad de observación en este caso no se refiere únicamente a la última consulta u hospitalización efectuada sino que recoge la percepción del usuario sobre recomendaciones y procedimientos en los diferentes procesos que pueda abarcar su recordación.

### 9.10.1. Percepción de calidad durante el control prenatal y atención del parto

En la encuesta de usuarios de consulta externa se indaga sobre el número de controles prenatales que se habían realizado las usuarias durante el embarazo, al momento de la entrevista. El 22% había recibido entre uno y dos controles prenatales, el 34% entre dos y cuatro y el 44% más de cuatro controles. De acuerdo con el régimen hay diferencias. En la población de régimen especial la proporción de usuarios que había recibido más de cuatro controles superaron el 55%, y entre quienes no tenían aseguramiento alrededor del 41% había recibido cuatro o menos controles prenatales.

Aproximadamente al 50% de las pacientes se les recomendó que asistiera al control acompañadas por algún familiar. Esta recomendación fue más frecuente a las afiliadas al régimen contributivo. En el 94% de los controles se pesó a la embarazada, sin diferencias notorias según régimen o naturaleza de la IPS. Igualmente, en el 86% de los controles se midió la altura uterina. En el 94% de los procesos de atención se le tomó a la paciente la presión arterial.

En el 59% de los casos se hizo un examen físico general. En las instituciones de naturaleza privada y afiliadas al régimen contributivo y especiales se realizó un 12% más de exámenes físicos que entre las respectivas públicas y afiliadas a régimen subsidiado. Se realizó auscultación fetal en el 82% de las atenciones y en el 90% se ordenaron exámenes de sangre. En el momento de entrevista al 62% se le había ordenado VDRL y al 94% se había ordenado examen de orina. En cuanto a exámenes para VIH al 87% de las embarazadas se les había ordenado la prueba.

La citología se realizó en el 55% de los casos. Para el momento de la entrevista, se había ordenado ecografía obstétrica en el 84% de los casos. Entre quienes no tenían aseguramiento, la proporción de ecografías obstétricas es menor, situándose en el 77%. La aplicación de vacunas se situó en el 66%.

El 71% de las pacientes fue remitido para consulta odontológica. La distribución de pacientes remitidas a consulta odontológica es similar en todos los casos con excepción de los regímenes especiales donde sólo el 49% de las embarazadas fue remitido a control de odontología (ver ampliación por departamento en la tabla 49 del anexo 4).

Se formuló hierro al 90% de las usuarias entrevistadas y calcio al 92%. La recomendación y motivación hacia la lactancia materna fue recibida por el 72%, y en el 43% de las usuarias en regímenes especiales. En cuanto a recomendaciones sobre evitar el consumo de alcohol, ésta fue positiva con el 84%. Recibieron orientación sobre los riesgos de enfermedad que obligan a consulta el 80% de las usuarias, motivación al parto institucional el 74%, y sobre métodos de planificación familiar el 60%.

En relación con el proceso de atención al parto evaluado mediante entrevista realizada después de la hospitalización, el 44% de las embarazadas fue remitido al hospital por complicaciones ligadas al parto, el 19% porque en la institución remitente no tenían los materiales necesarios, 10% por cesárea. El 92% de las mujeres manifestó durante el posparto estar interesada en usar

algún método para evitar el embarazo. Entre el 7% que no estaba interesado en la planificación familiar, el 44% no lo considera necesario, el 26% fue operado durante la cesárea, el 10% no se ha planteado el asunto y el 7% quiere tener hijos inmediatamente.

En cuanto a la proporción de pacientes que fueron citadas a nuevo control durante el puerperio, el 82% manifestó que había recibido la orden para nuevo control. Esta proporción fue del 86% en afiliados al régimen contributivo y el 73% entre aquellos no asegurados. El 73% recibió información sobre cómo cuidarse las heridas, el 87% sobre cómo darle pecho o seno al bebé y el 70% acerca de cómo alimentarse.

El 71% de las pacientes recibió en el posparto información sobre qué hacer en caso de enfermedad de la madre o el bebé. Un 61% recibió instrucciones para tramitar el registro civil del niño y el 82% pudo exhibir el certificado de la IPS que se requiere para realizar el registro civil del pequeño. Al 66% de los bebés le fue tomada una muestra de sangre para establecer hipotiroidismo congénito. La proporción de bebés con muestras de hipotiroidismo entre no aseguradas fue del 52% mientras que en afiliadas al contributivo fue 74% y subsidiadas 64%. Un 74% de los bebés fueron citados a consulta médica de control. Más del 72% de estos niños fueron citados a control en los siguientes ocho días, mientras que la proporción de citados a control en ocho días entre quienes no estaban aseguradas se situó alrededor del 60%.

En el posparto, el 70% de los bebés recibió vacunación. En el 55% los bebés de las madres no aseguradas recibió vacunación. El 90% de los vacunados recibió su carné.

### 9.10.2. Percepción de calidad en consulta de citología del cuello uterino

Entre las usuarias que asistieron para citología del cuello uterino, el 12% asiste por primera vez a este tipo de procedimiento. La proporción varía según aseguramiento: el 9% en el régimen contributivo, el 15% en afiliados al subsidiado y el 20% entre los no asegurados. El 27% de los usuarios se realizó la anterior citología en el rango de meses y el 69% en el rango de años. Un 78% recibió información sobre el examen y al 83% se le enfatizó de diversas maneras acerca de la importancia del examen. Al 70% se le pidió autorización antes de realizarle la citología y el 9% tuvo que comprar algún material para que se le pudiera practicar.

El 35% recibió el resultado de la citología en el momento de la entrevista y el 90% tenía una cita programada para conocer el resultado de la citología. El 84% fue programado en el rango de días para conocer el resultado y el 15% en el rango de meses.

**Tabla 134. Acceso a explicación del resultado de la citología de las usuarias (%), según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí	No
Privada o Mixta	55,9	65,9
Pública	44,0	34,1
<b>General</b>	<b>95,4</b>	<b>4,6</b>

Como se observa en la tabla anterior, un 95% de los usuarios al servicio de citología vaginal, obtuvo una explicación razonable sobre el resultado de la citología, sin diferencias por naturaleza jurídica de la IPS (ver tabla 129).

De esta proporción, el 99% dijo haber entendido las implicaciones del resultado. El resultado de la citología fue normal en el 73% de los casos y anormal en el 26%, un 1% afirmó no saber si el resultado fue normal o anormal. Un 79% de los usuarios recibió la citación para volver a hacerse el examen en una fecha determinada. De estas últimas el 49% debe regresar en el rango de meses y un 49% en el rango de años.

El 2% debe repetirse el examen en los próximos días. De las pacientes que tuvieron un examen anual, el 54% recibió orden para realizar otro examen. El 40% fue remitido a colposcopia, el 26% a biopsia y el 33% a otro examen, de los cuales el 58% correspondía a parcial de orina. El 96% de las citadas a nuevo examen recibió instrucciones sobre la institución o lugar donde realizarlo y al 92% le fue explicado el proceso para lograr hacerse el examen.

### 9.10.3. Percepción de calidad durante la atención de planificación familiar o anticoncepción

La población que asistió a consulta de planificación familiar de primera vez se distribuyó en un 29%, un 69,5% la que asiste a consulta de control y 1,5% que va a una consulta adicional. La distribución según régimen de aseguramiento es desigual entre regímenes dando un 39,4% de primera vez en contributivo, 21,3% en régimen subsidiado y 60,0% en régimen especial (ver tabla 135).

El 90,0% obtuvo del médico una explicación razonable sobre los diferentes métodos que existen para evitar el embarazo. Los métodos de planificación familiar más comúnmente utilizados son anticonceptivos parenterales en el 32,9%, orales en 33,3%, dispositivo intrauterino en el 17,6% y ligadura de trompas en el 7,2%. El 92,2% de los usuarios de planificación familiar aceptó que eligió libremente el método de planificación seleccionado. Entre quienes no decidieron por sí mismos el médico tratante lo determinó en un 83,7% y la enfermera en el 8,7%.

**Tabla 135. Tipo de consulta de planificación familiar (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Consulta de primera vez	Consulta de control	Consulta adicional a las programadas	General
Privada o Mixta	51,97	28,95	74,11	36,33
Pública	48,03	71,05	25,89	63,67
General	28,99	69,46	1,55	100,00

El 97,25% de los usuarios de planificación familiar refiere que le explicaron cómo usar correctamente el método de planificación seleccionado y el 99,3% entendió ese uso correctamente. Entre quienes prefieren usar DIU, el 81,9% ya lo tiene puesto y entre quienes no lo tienen, el 63,3% tiene programada la cita para inserción en el rango de días; 16,3% en el rango de meses y el 20,4% no sabe cuándo se lo van a colocar. Entre quienes no saben, el 63,8% está siendo tratado en IPS privadas. La programación para inserción, se mueve en un rango de días en el 84,1% de los usuarios afiliados al régimen contributivo y 56,6% en afiliados al subsidiado.

En cuanto al método seleccionado mientras se le aplica el DIU, el 36,0% utiliza condón y un 50% no utiliza ninguno o no ha decidido. Del método seleccionado el 92,1% dice saber utilizarlo.

Entre los usuarios que prefieren la vasectomía, como método de planificación familiar al 23,8% ya le fue realizada. Las usuarias que optaron por la ligadura de trompas en el 40,1% no habían sido sometidas al tratamiento, de ellas el 9% debe esperar unos meses y el 50,9% no sabe cuando se la van a realizar. En cuanto al método seleccionado mientras se le realiza la ligadura, el 27,6% refería el uso de anticonceptivos parenterales y el 15,9% utilizaría condón. Entre los pacientes que eligieron vasectomía el 33,9%, el 19,15 está programado en el rango de días, el 21,0% en rango de meses y el 59,0% no sabe cuándo se le realizará la cirugía.

Entre quienes seleccionaron anticonceptivos orales, parenterales y métodos de barrera el 97,8% dice conocer su uso correcto, al 75,6% se lo entregarían todo en la consulta y al 22,3% tendría que comprarlo. Entre los últimos el 83,4% recibió información sobre dónde adquirirlo y el 90,7% cree que podrá adquirirlo en los siguientes siete días. Un 86,9% recibió orden para nueva cita de control, la cual fue programada en el rango de días en el 15,7% de los casos y de meses en el 80,8%.

#### **9.10.4. Percepción de calidad en la atención de crecimiento y desarrollo para menores de 10 años**

Se interroga a la madre sobre el número de consultas de crecimiento y desarrollo que ha recibido el niño. El 22,9% lo ha llevado a una sola consulta, el 28% entre dos y tres consultas y el 22,2% entre cuatro y seis consultas.

La edad más común para el primer control de crecimiento y desarrollo está entre el primero y segundo años de edad, donde se concentra el 51,7% de los primeros controles de crecimiento y desarrollo.

En el 92,1% de los controles de crecimiento y desarrollo se realizó examen físico del niño, en el 99,0% se pesó al niño, en el 98,0% se midió la estatura, en el 80,2% contorno cefálico y en el 94,4% se explicó al acudiente cómo se encontraba el niño. En el 62,1% de los controles de crecimiento se revisó el carné de vacunación.

En el 66,8% se explicó sobre la importancia de la vacunación y en el 44,2% de los controles se explicó cómo prevenir accidentes. El 52,3% de las consultas incluyó la explicación al acudiente

sobre cómo jugar con el niño para estimular su desarrollo. En el 44,3% se dieron pautas para corregirlo y educarlo.

**Tabla 136. Acceso a instrucciones sobre alimentación de los hijos entre 4 y 9 meses, impartidas en la consulta de crecimiento y desarrollo (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí	No	General
Privada o Mixta	24,86	19,08	22,96
Pública	75,14	80,92	77,04
<b>General</b>	<b>67,22</b>	<b>32,78</b>	<b>100,00</b>

En niños menores de tres años durante la consulta de crecimiento y desarrollo, en un 89,8% se explicó la importancia de dar al bebé leche materna de manera exclusiva, en el 62,6% cómo cuidar el ombligo, con una proporción menor (45,3%) entre quienes no tienen aseguramiento. A un 73,2% de las madres de menores de tres meses se explicó la importancia del baño diario y aseo de genitales. El 72,6% recibió instrucción sobre la importancia de sacar al bebé al sol, el 51,95 recibió educación sobre el sueño del bebé y las diferencias en el llanto.

En cuanto a las consultas de crecimiento y desarrollo para niños entre cuatro y nueve meses de edad, en el 65,4% de las consultas se explicó sobre el inicio de alimentación complementaria, en el 39,6% acerca de separar la cama del bebé, el 56,0% sobre cómo mantener limpia la boca y dientes del bebé. El 67,2% de las madres recibió instrucciones sobre alimentación del niño (ver tabla 136 y ampliación por subregión en la tabla 50 del anexo 4) y el 94,5% fue citado para un nuevo control.

#### 9.10.5. Percepción de calidad en la atención de personas con Enfermedad Diarreica Aguda - EDA

En consulta externa, se administró suero al 16,7% de los niños con EDA. El 84,5% de los niños fue pesado, al 51,3% se le midió la estatura, al 37,5% se le realizó algún examen de laboratorio y al 42,2% de las madres se le enseñó cómo preparar el suero oral. Al 57,2% se le dio instrucciones sobre alimentación en general y al 63,6% sobre dieta líquida. El 51,1% de las madres recibió explicación sobre la causa de la enfermedad, el 46,5% sobre signos de alguna severidad en la enfermedad. El 47,2% recibió orientación sobre la manera adecuada de preparar los alimentos, al 80,2% le fue formulado algún medicamento. El 98,5% de los medicados recibió explicación sobre la forma de aplicar el medicamento, lo cual fue comprendido por el 99,3% de las madres.

El 80,6% recibió instrucciones sobre cómo obtener los medicamentos. De los medicamentos formulados en el 16,6% de los casos debe comprarlos todos la madre, en el 69,5% de los casos los recibió en su totalidad y en el 12,7% de los casos tiene que comprar una parte. El 62,7% de las madres refirió que piensa comprar todos los medicamentos, el 10,7% que compraría sólo parte de ellos y el 50% que no los comprará. Por último al 59,0% se les solicitó un nuevo control.

**Tabla 137. Acceso a instrucciones sobre preparación adecuada de los alimentos para los hijos, de usuarios del servicio de hospitalización (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí	No
Privada o Mixta	46,34	39,78
Pública	53,66	60,22
<b>General</b>	<b>46,07</b>	<b>53,93</b>

En el caso de la atención hospitalaria de niños con enfermedad diarreica aguda al 70,0% se le dio suero oral o parenteral. El 77,1% de las IPS privadas suministró suero oral a los niños y en las públicas el 64,7%. El 81% de los niños fue pesado con 10 puntos porcentuales de diferencia a favor de las IPS privadas. Al 40% de los niños se le midió la estatura con un 16% de mayor ejecución en IPS privadas. En el 51% de los casos se realizó examen de laboratorio con cinco puntos porcentuales de diferencia, a favor de las IPS públicas.

Entre los pacientes de hospitalización y urgencias, en el 46,5% de los casos enseñó a las madres cómo preparar el suero casero, en el 74,0% de los casos se explicó cuáles líquidos utilizar, al 53,0% de los acudientes se les explicó la causa de la enfermedad y el 44,3% recibió alguna orientación sobre signos de alarma y severidad. El 46,1% de las madres recibió instrucciones sobre la correcta forma de elaborar los alimentos (ver tabla 137), al 85,2% le fue formulado algún medicamento, el 97,0% de las cuales recibió explicación sobre la forma de suministrar dicho medicamento. Esta explicación fue entendida por el 99,3% de las madres. En el 19,7% de los casos los padres tienen que comprar los medicamentos, al 53,4% de los casos se les da todos los medicamentos y el 21,9% recibió una parte. El 53,0% de los padres manifestó que comprará todos los medicamentos, el 25,1% sólo una parte y el 11,0% no los adquirirá. El 46,1% de los niños fue citado para un nuevo control.

#### 9.10.6. Percepción de calidad en la atención de personas con infección respiratoria aguda

En relación con la consulta externa en la atención de niños con infección respiratoria aguda, en el 95% de los casos se realizó examen físico. Hay una proporción del 82,3% de quienes no pertenecen a ningún régimen de aseguramiento que no se les realizó examen físico. El 81,8% de los niños fue pesado durante la consulta. Al 58,4% los midieron. La proporción de medición de estatura fue mayor en los atendidos por el régimen contributivo con el 63,7% de los niños, mientras que a quienes no tienen aseguramiento esta medición se les realizó al 35,8%.

Al 17,3% de los niños, le ordenaron algún examen de laboratorio o radiológico, las proporciones según el régimen de afiliación fueron del 21,5% en el régimen contributivo, el 14,4% en el subsidiado y 13,7% entre quienes no tienen aseguramiento. Al 43,2% de las madres se les explicó cómo alimentar al niño durante el proceso de la enfermedad. El 55,3% de las madres de niños con IRA recibió información acerca de qué líquidos darle a su hijo.

Igualmente, el 50,8% de las madres recibió información sobre la causa de la enfermedad. Un 45,9% recibió instrucción sobre los signos de agravamiento de los niños. Esta proporción varía entre el 58,6% en atenciones en régimen contributivo contra 36,6% en régimen subsidiado y 30,7% en regímenes especiales. Al 38,2% de los niños se les formuló terapia respiratoria.

Al 71% de los acudientes de los niños a quienes se les formuló terapia respiratoria se les explicó cómo hacerse la terapia. La proporción de acudientes con explicación, fue mayor en los afiliados al régimen subsidiado con el 80% de los casos, en el contributivo el 60,7% y en el especial el 100% de los casos. Al 85,3% le fue formulado medicamento, entre los niños con formulación al 98,8% de los acudientes recibió explicación sobre cómo suministrar los medicamentos. Y al 86,2% de los acudientes le explicaron cómo hacer para obtener el medicamento (ver tabla 138).

**Tabla 138. Acceso de usuarios de consulta externa a explicación sobre administración de medicamentos al hijo (%), según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí	No
Privada o Mixta	56,31	65,80
Pública	43,69	34,20
<b>General</b>	<b>98,82</b>	<b>1,18</b>

En cuanto a la disponibilidad inmediata de medicamentos en el 14,9% de los casos, las familias tienen que comprar todos los medicamentos, en el 63,6% los recibió todos y en el 19,8% los recibió parcialmente. Cuando se interrogó sobre si efectivamente van a comprar los medicamentos formulados, el 77,1% manifestó comprarlos todos, el 7,1% sólo una parte y el 2,0% no los va a comprar. Al 61,8% de los niños se citó nuevamente a control, esta proporción varía entre el 87,1% de los afiliados a los regímenes especiales y el 73,5% de los afiliados al régimen contributivo.

En relación con la atención de niños con infección respiratoria aguda, después de procedimientos de urgencias y hospitalización, el 99,7% de los ellos fue examinado durante la atención, al 88,7% lo pesaron, el 49,9% fue medido, a un 51,8% le realizaron algún examen de laboratorio. Al 46,7% de los acudientes se les explicó cómo alimentarlo y el 46,8% recibió explicación sobre dieta líquida. Igualmente, el 46,5% recibió alguna explicación sobre por qué se enfermó el niño y el 50% recibió alguna instrucción sobre signos de agravamiento en su condición. Se formularon medicamentos en el 84% de los casos, siendo más común en el régimen especial con el 94%, mientras que en aquellos sin aseguramiento fue del 73,2%.

Asimismo, hay una diferencia en formulación según naturaleza de la IPS en el 88,9% de las IPS privadas, se formularon medicamentos, mientras que la proporción fue menor en las públicas, en un 69,8%. Al 95,2% de los acudientes se le explicó cómo darle los medicamentos, el 97,6% manifestó que entendió cómo dar dichos medicamentos y el 85,2% recibió alguna explicación sobre cómo obtenerlos (ver tabla 139).

**Tabla 139. Acceso de usuarios de hospitalización a explicación sobre obtención de medicamentos formulados (%) según naturaleza jurídica de la IPS**

Naturaleza de la IPS	Sí	No
Privada o Mixta	52,03	34,43
Pública	47,97	65,57
<b>General</b>	<b>85,22</b>	<b>14,78</b>

Respecto a la disposición de medicamentos, el 15,8% de los acudientes tiene que comprarlos, el 61,1% los recibe y el 17,4% tiene que comprar una parte. Es de anotar que la proporción de quienes reciben todos los medicamentos en el régimen contributivo es del 70,2%, en régimen especial es de 71,5%, en régimen subsidiado es de 57,6% y en los que no tienen aseguramiento es del 33,2%. Respecto a la posibilidad efectiva de comprar los medicamentos, el 51,8% de los padres manifestó que sí puede comprar todos los medicamentos, el 12,5% que manifestó que compraría sólo una parte y el 6,3% que no los va a adquirir.

#### 9.10.7. Percepción de calidad en la atención del niño con desnutrición

El número de niños captados con desnutrición en la encuesta de usuarios, fue muy pequeño. Se identificaron 75 casos, todos en entidades públicas y afiliadas al régimen subsidiado. Los departamentos en los que se encontraron usuarios con desnutrición en consulta externa fueron: Bogotá D.C., Caldas y Nariño.

En la atención por consulta externa de niños con desnutrición se encuentra que el 74,6% fue remitido a consulta con nutricionista. Y al 100% de los niños atendidos fue pesado y medido en consulta externa. Al 25,3% se le hizo algún examen de laboratorio y el 100% de los padres recibieron información de cómo se encontraba la salud del niño. Igualmente el 100% recibió información sobre qué alimentos consumir, al 37,8% se le formuló alguna vitamina o suplemento nutricional.

El 4,6% recibió explicación sobre cómo conseguir ayuda para mejorar la nutrición. Al 10,7% le formularon algún medicamento, al 100% le explicaron cómo suministrar dichos medicamentos, la explicación fue entendida por la totalidad de los padres. Al 40,4% le dan todos los medicamentos, mientras que el 59,6% tiene que comprar alguna parte y el 100% de los padres manifestó que va a comprar los medicamentos y este mismo porcentaje fue citado a consulta de control.

La encuesta también contiene un modelo para niños atendidos en unidades de urgencias y hospitalización en la cual se interrogó a la madre si habían sido remitidos alguna vez a consulta con el nutricionista desde que lo están tratando por desnutrición. El 35,8% de las madres refiere que lo han remitido a consulta con el nutricionista; esta proporción varía por afiliación pues mientras que el 82,1% de los niños desnutridos afiliados al régimen contributivo ha sido remitido al nutricionista, entre los afiliados al régimen subsidiado el 21,7% de los desnutridos ha sido remitido a consulta de nutrición; entre la población sin aseguramiento el 51,0% fue remitido al nutricionista.

Igualmente hay una diferencia notoria en cuanto a tratamiento por nutricionista entre entidades privadas y entidades públicas; en entidades privadas el 77,7% de los casos de desnutrición en consulta externa, han sido remitidos a nutricionista y en las entidades públicas el 29,5%. El 99,7% de los casos fue examinado durante la consulta.

El 58,3% de los niños fue pesado en la atención, esta proporción varía entre el 100% de quienes tiene régimen contributivo y el 27% en los casos del régimen subsidiado. Igualmente, hay diferencia entre entidades públicas y privadas. El 100% de los niños con desnutrición atendidos en entidades privadas fue pesado, mientras que en entidades públicas el 52%. El 42,3% de los niños fue pesado durante la consulta con variación entre 85,4% en régimen contributivo, y el 22,3% en régimen subsidiado.

En cuanto a la naturaleza jurídica en el 82,5% de la atención en las instituciones privadas se midió la estatura, mientras que en las IPS públicas al 36,3%. Se realizó algún examen de laboratorio al 49% de los niños, en el régimen contributivo al 91,3% mientras que en subsidiado al 18%. Al discriminar por naturaleza en IPS el 81,2% de las privadas hicieron exámenes de laboratorio, mientras que 44,2% en las públicas.

Acerca de la explicación sobre cómo se encontraba la salud, el 93,6% de los acudientes recibió explicación sin encontrarse diferencias según régimen ni naturaleza de la institución. Acerca de la explicación sobre los alimentos, el 87% de los acudientes de los niños recibió explicación. La formulación de vitaminas y suplementos nutricionales, se llevó a cabo en el 36,7% de los casos, 58,3% en el régimen contributivo y 13,8% en régimen el subsidiado, en IPS de tipo privado el 52,3% formuló vitaminas mientras que en las públicas al 34,4%. En relación con la explicación sobre dónde conseguir ayuda para mejorar la nutrición, al 35,7% se le dijo dónde conseguir dicha ayuda.

Al 35,6% se le formuló algún medicamento en el régimen contributivo que fue del 65%, al régimen subsidiado del 8%. Respecto a la explicación sobre cómo dar alimentos o vitaminas el 97,4% de los casos recibió dicha explicación, la cual fue entendida en el 100% de los casos. Al 88,6% de los acudientes de los niños se les explicó cómo obtener los medicamentos. El 69,5% de ellos recibió la totalidad de los medicamentos, mientras que en el 22,5% de los casos, tuvieron que comprar una parte, el 34,6% manifestó que debía comprar todos los medicamentos, el 43,9% compraría una parte. Se cita a consulta de control al 48,9% de los niños con una proporción mayor en régimen contributivo del 76,9%.

#### 9.10.8. Percepción de calidad en la consulta externa de atención odontológica

En consulta externa de odontología el 30,7% de los casos corresponde a valoración inicial. Procedimientos de operatoria se hicieron al 42,9% de los casos, extracción dental al 9,9%, profilaxis al 30,8%, endodoncia al 6,6%, aplicación de flúor al 16,6%, aplicación de sellantes al 17,1%, rehabilitación al 3,1%, cirugía bucal al 1,52%, ortodoncia al 3,4% y tratamientos para la sensibilidad dental al 3,4%. Estos procedimientos no son excluyentes dentro del proceso de atención, por lo tanto la suma de tratamientos aplicados excede el 100%. Al 73,2% de los usuarios de odonto-

logía se le explicó sobre sus problemas orales, mientras que el 71,6% recibió explicación sobre el procedimiento a efectuar y el riesgo implícito.

Al 67,4% le preguntaron si estaba de acuerdo con el procedimiento que se iba a efectuar, al 62,7% le explicaron cómo cepillarse, al 56,4% se le explicó sobre el uso de la seda dental y al 9,2% le fue formulado algún medicamento. Entre las personas a las que se les formularon medicamentos al 95% se le explicó cómo usar dichos medicamentos y el 88,9% recibió alguna información sobre cómo obtenerlos. Respecto a la adquisición de medicamentos el 28,8% lo tiene que comprar en su totalidad, el 62,8% los recibió todos y el 5,8% parcialmente. Se programó consulta de control en el 81% de los casos. El 21,4% de los pacientes persiste con algún problema odontológico permanente y el 73,4% manifestó que dentro de los siguientes 30 días buscará alguna forma de tratamiento. En cuanto a quienes manifestaron que no van a buscar tratamiento para su problema el 25,2% manifestó que lo hacen esperar mucho para atenderlo, el 16,4% refiere que la consulta es muy costosa, el 17,2% que el seguro no cubre la atención y el 22,3% manifestó no saber que tenía derecho al tratamiento.

#### 9.10.9. Percepción de calidad en la atención de personas con accidentes de tránsito

Respecto a la consulta externa de personas que han sufrido accidentes de tránsito, se interroga sobre si la institución tenía todos los materiales y medicamentos que se necesitaban para atenderlo, encontrándose que en el 87,3% de los casos la institución tenía todos los medicamentos y el 10,5% se compraron algunos. La proporción de entidades públicas en las que le tocó al usuario comprar parte de los materiales es el 25,9% para la atención en consulta externa.

El 70% de los casos fue atendido por médico general y el 68,4% tuvo algún tipo de atención por médico especialista, al 39,5% de los pacientes se le realizó exámenes de laboratorio, al 56,7% se le realizó exámenes de rayos X. El 38,1% requirió sutura o curaciones. Y el 38,1% tuvo que ser hospitalizado para realizarle algún tipo de procedimiento quirúrgico.

Al 41,7% de los usuarios, se le inmovilizó algún miembro, al 63,5% de los casos se le pidió autorización para los procedimientos y al 55,9% se le formuló algún medicamento. De quienes recibieron formulación el 98,6% recibió explicación de cómo consumirlos y el 99,7% entendió dicha explicación. En el 23,5% de los casos el paciente tuvo que comprar todos los medicamentos, al 61,6% se los dieron todos y el 12,4% tuvo que comprar una parte. Un 86% de los pacientes recibió explicación sobre cuál era su estado de salud, Fueron citados a control el 81,3%, un 31,9% fue remitido a rehabilitación, al 12,9% se le dio incapacidad laboral.

En la atención hospitalaria y urgencias por accidente de tránsito, el 88,7% fue recibido como atención de urgencias. El 76,9% de los casos llegó directamente a la institución mientras que el 20,7% fue remitido desde otra institución. En cuanto al medio de transporte para llegar a urgencias, el 20,6% llegó por ambulancia, el 36,2% por motorizado particular, el 24,7% por motorizado público y el porcentaje restante llegó en otros medios de transporte. La ambulancia llegó inmediatamente en un 30% de los casos, demoró entre 10 y 15 minutos en el 43,8%; de 20 a 30 minutos en el 23,3%. Cuando se pregunta cuánto demoró la ambulancia desde el sitio del acci-

dente hasta la institución el 53% estableció que menos de 10 minutos, el 23% entre 15 y 20 minutos y 14% demoró más de 20 minutos.

Al 7,9% de los casos atendidos en urgencias se les ordenó hospitalización, el tiempo para asignación de camas fue de menos de cinco minutos en el 48% de los casos, una proporción del 15% duró entre cinco y 20 minutos y el restante entre 25 minutos y dos horas. En el 86,9% de los casos la institución tenía los materiales necesarios para la atención y el 4,4% de los casos tuvo que comprar elementos para el tratamiento, el 94,8% de los casos fue atendido por médico general y el 47,8% recibió atención por especialista.

Se le hicieron exámenes de laboratorio al 27% de los casos, se le realizaron rayos X al 80,5% y se hicieron suturas o curación de piel en el 57,8% de los casos. El 11,8% requirieron procedimientos quirúrgicos, inmovilización el 29,6%. Al 60,5% se le pidió autorización al paciente para la realización de los procedimientos requeridos y en el 84% de los casos se formuló algún medicamento.

El 95,6% de los usuarios manifestó que se le explicó cómo adquirir los medicamentos y de ellos el 99,2% entendió la explicación dada. El 90,5% recibió alguna explicación sobre cómo obtener los medicamentos y en el 77,9% de los casos recibió la totalidad de los medicamentos formulados, en un 0,8% los tuvo que comprar todos y en el 0,1% tuvo que comprar alguna parte, el resto en el momento del interrogatorio no sabía si los iba a recibir.

Al 84,2% de los usuarios, el personal le explicó cuál era su estado de salud y en el 99,2% entendió la explicación dada. Fueron citados a consulta de control de nuevo en el 57,9% de los usuarios de consulta externa por accidente de tránsito. Recibió orden para rehabilitación el 5,7%.

#### **9.10.10. Percepción de calidad en la atención de pacientes con infecciones de transmisión sexual**

Se indagó, a la salida de la consulta externa de los pacientes, sobre las recomendaciones recibidas y procedimientos realizados.

Los resultados fueron: el 81% de los pacientes fue examinado; al 60% se le hizo preguntas sobre su vida íntima y prácticas sexuales; al 68% se le ordenó exámenes de laboratorio; al 77% se le explicó cómo se transmite la enfermedad; el 65% recibió indicación para que la enfermedad no se repita; al 57% le recomendaron el uso del condón y el 40,2% recibió alguna explicación de cómo usarlo. Fue programado para nueva cita de control el 82,7% de los pacientes.

El 31% recibió una instrucción sobre qué hacer si volvían a aparecer los síntomas y esta explicación fue comprendida por el 73% de los usuarios, le formularon medicamentos al 71% y se le explicó cómo usarlos al 98%. El 52% recibió la totalidad de los medicamentos, el 31% debe comprarlos todos, el 9,7% una parte, de ellos el 2,1% refiere que los podrá comprar todos y el 8,1% comprará algunos.

### 9.10.11. Percepción de calidad en la atención a pacientes con VIH-Sida

En el módulo de VIH-Sida de consulta externa se preguntó a los usuarios sobre las recomendaciones y procedimientos realizados. El 79,6% de los pacientes fue atendido por médico general; el 13,7% por enfermera; por psicología o psiquiatría el 68,2%; por nutricionista el 71,8% y por trabajo social el 38,1%. El 76,9% afirma que lo trata por lo general el mismo médico y fue citado a nuevo control el 97,4%. Se practicó examen de carga viral 95,0%. Se encuentra en tratamiento el 88,7% de los cuales el 97,4% recibe la totalidad de los medicamentos. La cobertura es similar entre los diferentes regímenes, ha suspendido el tratamiento alguna vez de un mes o más el 24,4% de los pacientes de los cuales el 20,4% son atendidos en entidades privadas y el 40,4% en entidades de naturaleza pública.

Es mayor la suspensión del tratamiento en el régimen subsidiado que en el régimen contributivo, con el 13,2%. Entre las razones de suspensión del tratamiento, figuran: No hay medicamentos disponibles en la EPS o ARS (3,2%); no toleró el medicamento (17,7%); no tiene para comprarlo (17,7%); se sintió bien y decidió suspender el tratamiento el 8,3%; tuvo complicaciones de salud (25,2%); el médico le ordenó suspenderlo (13,4%); le preocupa la adicción (5,6%); mucho trámite en la EPS (50,4%); dejó de ir a control (8,5%); no sabe dónde le suministran el medicamento (1,2%); el sitio es muy lejano (7,3%); los horarios no le sirven (2,4%); no ha sacado tiempo para obtener el medicamento (3,6%).

En relación con el tratamiento de VIH-Sida, en el ámbito hospitalario, a los usuarios se les interrogó sobre los mismos aspectos, encontrándose que la consulta por médico general fue de 89,9%, la consulta por médico especialista del 90,5%, por psicólogo el 62,5%, consulta por nutricionista del 59%, trabajo social del 59,0%. Se tomó el examen de carga viral al 60,8% de los pacientes, encontrándose que en las privadas el 100% se les realizó este examen, mientras que en las instituciones públicas el 48,7%.

Es de resaltar cómo los indicadores entre usuarios hospitalarios con VIH/SIDA, tienden a ser más deficientes que entre los pacientes de consulta externa lo cual sugiere algún tipo de autoselección de pacientes, e incluye la eventualidad de que exista un grupo de pacientes controlados que no llega frecuentemente a hospitalización y otro sin adecuado seguimiento que presenta frecuentes hospitalizaciones.

### 9.10.12. Percepción de calidad en la atención a pacientes con dolor de espalda o cuello

En el módulo de consulta externa se interrogó sobre la atención prestada a los pacientes con dolor de espalda o cuello. El 91,1% de los usuarios fue objetivamente examinado, le ordenaron radiografía al 41,5%, le explicaron cómo evitar la enfermedad al 58,9%, le recomendaron hacer ejercicio al 34,1%, le explicaron cómo levantar correctamente los objetos al 34,5%, cómo reducir el estrés al 26,3%, fue remitido a consulta de psicólogo el 2,8%, remitieron a fisioterapia al 19,6%, se hizo la recomendación de bajar de peso al 22,4%. Fue programado para nueva cita de control el 65,9%, para cita de rehabilitación el 7,8%, y orden para rehabilitación el 3,5%.

Se formuló algún medicamento al 77,4% de los pacientes. El 96,3% refirió que le fue explicado cómo utilizar el medicamento formulado, la cual fue comprendida en el 98,6%, el 65% refiere que le suministraron todos los medicamentos, el 12,2% tiene que comprarlos todos y el 16,7% una parte, el 66,7% va a comprar todos los que le formularon y el 9,7% sólo comprará algunos.

En el módulo de hospitalización, la explicación sobre el dolor de espalda o cuello la recibió el 72,7%, fue examinado el 93,4%, le ordenaron radiografía al 39,1%. La explicación de cómo evitar el dolor de espalda o cuello la recibió el 55,2%, la recomendación de hacer ejercicio el 23,5%, cómo levantar correctamente los objetos el 24,9%, reducir el estrés el 19,2%, remitieron a consulta con el psicólogo al 4,3%. Lo remitieron a fisioterapia en el 12,0% y le recomendaron bajar de peso al 14,0%. Se citó a nueva cita de control al 50,2% y recibió orden para rehabilitación el 5,1%.

Le formularon algún medicamento en el 86,6%, la explicación sobre su uso la recibió un 94,4%, y fue comprendida por el 99,0%. Le explicaron cómo obtener los medicamentos al 79,4%, el 58,1% refiere que le dan todos los medicamentos, el 25,6% debe comprarlos todos y el 10,6% debe comprar una parte, el 62,9% de los usuarios refiere que va a comprar todos los medicamentos y el 14,4% dice que sólo va a comprar algunos (ver tabla 52 de anexo 4 para distribución por departamentos).

### 9.10.13. Percepción de calidad en la atención de pacientes con hipertensión arterial

En el módulo de consulta externa se preguntó por las diferentes recomendaciones y procedimientos realizados a pacientes con hipertensión arterial. Se encontró que, al 77,5% de los pacientes se le recomendó no fumar, al 83,0% manejar el estrés de la vida diaria, bajar de peso al 75,1%, reducir el consumo de alcohol al 77,3%, realizar ejercicio al 88,8%, reducir el consumo de sal al 95,4%, reducir el consumo de grasas al 95,0% y realizar exámenes de lípidos en sangre al 81,8% (en la tabla 53 del anexo 4 se presenta la distribución por departamento para este último).

Fueron atendidos por el médico general en la consulta el 96,2% de los usuarios, por el médico especialista el 32,1%, por psicólogo o psiquiatra el 3,2% y consulta por nutricionista el 18,9%, dejó de ir a control el 18,0%, al 54,4% lo atiende el mismo médico y es citado a nuevo control el 95,6% de los usuarios. Recibió entrenamiento en cómo hacer ejercicio el 11,9%, se le realizó examen de colesterol y triglicéridos al 84,1%, en la actualidad está consumiendo medicamentos antihipertensivos el 95,3%, el 84,9% de los pacientes refiere que le dan todos los medicamentos, el 4,3% los tiene que comprar todos, el 10,4% que deben adquirir por su cuenta una parte, ha suspendido el tratamiento el 11,0%, y la razón principal de suspensión, con el 25,9% fue porque se sintió bien y decidió suspender el tratamiento por un tiempo.

En el módulo de hospitalización el 74,5% recibió recomendación de dejar de fumar, manejar el estrés de la vida diaria el 75,2%, bajar de peso el 66,7%, reducir el consumo de alcohol el 70,2%, realizar ejercicio el 77,4%, reducir el consumo de sal el 89,5%, limitar el consumo de grasas el 92,0% y recomendación de realizarse exámenes de lípidos en sangre el 67,1%. Ha sido atendido por el mismo médico el 34,3% y lo citaron para nuevo control al 79,3%.

Fue atendido en consulta por médico general el 93,7%, en consulta por médico especialista el 41,6%, en consulta por psicólogo o psiquiatra el 4,9% y en consulta por nutricionista el 19,4%. Ha recibido entrenamiento sobre cómo hacer ejercicio el 10,7%, se le realizó el examen de colesterol y triglicéridos al 74,2% de los usuarios entrevistados, está consumiendo medicamentos antihipertensivos el 86,7%, los medicamentos se los dan todos en el 64,4%, debe comprarlos todos el 22,3% y comprar una parte el 13,4%, el 14,3% de los pacientes ha suspendido el tratamiento, la razón más importante para la suspensión es que se sintió bien y la suspendió en el 42,7%, y dejó de ir a control en el 8,9%.

#### 9.10.14. Percepción de calidad en la atención de pacientes con obesidad o sobrepeso

En el módulo de consulta externa se encontró que el 64,2% de los usuarios ha recibido recomendación para dejar de fumar, el 68,6% de aprender a manejar el estrés de la vida diaria, el 95,6% de bajar de peso, el 60,5% de reducir el consumo de alcohol, de realizar ejercicio el 89,3%. El 91,7% recibió recomendación de reducir el consumo de sal, limitar el consumo de grasas el 91,7%. El 59,3% recibió la recomendación de realizar exámenes de lípidos en la sangre, el 92,9% sobre el reducir el consumo de harinas, 87,6% de bajar el consumo de azúcar. Refiere que lo atiende el mismo médico 48,2% de los usuarios, fue citado a nuevo control el 87,4% de los usuarios.

El 86,1% de usuarios que consulta por sobrepeso ha sido atendido por consulta de médico general, el 35,0% en consulta por médico especialista, 3,6% en consulta por psicólogo o psiquiatra, el 44,7% en consulta por nutricionista. Ha recibido entrenamiento de cómo hacer ejercicios el 20,5%. Se ha realizado examen de colesterol y triglicéridos el 73,9% y examen del azúcar en la sangre o en orina el 69,8%. Actualmente está consumiendo medicamentos para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso el 17,5%. Recibe todos los medicamentos el 62,2%, tiene que comprarlos todos el 17,2%, tiene que comprar una parte el 14,2%.

En relación con el módulo hospitalario el 65,2% recibió la recomendación de dejar de fumar, el 80,2% de manejar el estrés de la vida diaria, el 93,9% de bajar de peso, el 55,8% de reducir el consumo de alcohol, el 83,9% de realizar ejercicio, el 84,0% de reducir el consumo de sal, el 92,0% de reducir el consumo de grasas, el 58,7% realizar el examen para conocer el nivel de lípidos en la sangre, al 90,3% se le recomendó reducir el consumo de harinas, al 89,3% reducir el consumo de azúcar.

El 78,1% refirió que había sido atendido por médico general, el 46,5% con médico especialista, en particular aquellos que fueron atendidos en entidades de naturaleza privada, el 32,4% consulta por psicólogo o psiquiatra, el 38,2% consulta por nutricionista.

La recomendación de cómo hacer ejercicio la recibió el 6,7% de los usuarios, se le realizó examen de colesterol y triglicéridos al 77,2% y examen del azúcar en sangre u orina al 62,5%. Está consumiendo medicamentos para la obesidad o el sobrepeso el 4,6%, le dan todos los medicamentos el 64,8%, tiene que comprarlos todos en el 35,1%, el 44,3% de los pacientes refiere que lo ha atendido el mismo médico y al 79,9% le dijeron que debía volver a control.

### 9.10.15. Percepción de calidad en la atención de pacientes con diabetes

En la consulta externa se interrogó sobre las diferentes recomendaciones que se realizan para la atención en personas con diabetes, al 77,7% de los casos se le recomendó dejar de fumar, al 76,5% aprender a manejar el estrés de la vida diaria, al 83,8% bajar de peso, al 6,8% reducir el consumo de alcohol, al 91,2% realizar algún tipo de ejercicio, al 6,10% reducir el consumo de grasas. Al 81,0% se le recomendó hacer examen para conocer el nivel de lípidos. El 97,6% fue orientado a reducir el consumo de harinas, el 97,4% reducir el consumo de azúcar, al 89,2% medir regularmente el nivel de azúcar en la sangre o en la orina.

El 96,5% ha sido atendido en consulta general, el 47,4% por médico especialista, el 7,9% por psicólogo o psiquiatra. Se encontró que el 11,2% ha recibido entrenamiento sobre cómo hacer ejercicio. Al 87,4% se le ha practicado exámenes de colesterol y triglicéridos y al 88,7% glicemia en la sangre u orina, en una proporción mayor del 50% se le ha tomado la presión arterial en los seis meses anteriores, el 20,9% manifiesta que usa glucómetro para medir la glicemia en casa, menos de un 1% adicional usa tiras para medir glucosa en la orina y el 78,9% no utiliza ningún método para medir los niveles de azúcar en casa. Esta distribución varía de manera importante según el aseguramiento, el 41,8% de los afiliados al régimen especial utiliza el glucómetro, el 31,4% del contributivo y el 22,2% del régimen subsidiado, mientras entre quienes no tienen aseguramiento el 1,7% utiliza el glucómetro.

Al 61,4% se le está tratando la diabetes con insulina u otro medicamento. El 81,6% recibió la totalidad los medicamentos, el 6,6% tiene que comprarlos todos y el 10,2% tiene que comprar una parte.

En los pacientes atendidos después de la hospitalización o urgencias el 76,8% de los casos ha recibido la recomendación de no fumar, el 70,2% de manejar el estrés de la vida diaria, el 76,2% de bajar de peso, el 79,4% de reducir el consumo del alcohol, el 81,3% de realizar ejercicio, el 91,8% de reducir el consumo de grasas, el 77,4% de realizar exámenes para conocer los niveles de lípidos en sangre y el 97,6% de reducir el consumo de harinas, así como al 98,0% reducción del consumo de azúcar.

En cuanto a recomendaciones, el 86,7% las ha recibido de medir el nivel de azúcar en sangre u orina, el 86,1% ha sido atendido en consulta por médico general, el 64,1% por médico especialista, el 8,8% por psiquiatra o psicólogo, el 36,1% por nutricionista. Al 51,9% le tienen que examinar los ojos y pies durante la atención y el 36,9% refiere que lo ha atendido el mismo médico en su tratamiento. Al 83,8% lo citaron para nuevo control.

Un 10,3% ha recibido entrenamiento para hacer ejercicio y el 83,9% se le realizó examen de colesterol. Al 87,9% se le ha realizado exámenes de sangre y orina, y control de la presión arterial en el 80,5% de los casos, de los pacientes atendidos después de la hospitalización o urgencias el 21,3% utiliza glucómetro y el 2,4% tiras de glucosa en orina, el 65,1% de los pacientes recibe el tratamiento médico ya sea insulina o hipoglicemiantes orales, de los cuales el 69,7% recibe la totalidad de los medicamentos, el 12,4% los debe comprar todos y el 16,5% debe comprar una parte.

### 9.10.16. Percepción de calidad en la atención de personas con lesiones por agresión física o sexual

En el módulo de consulta externa se interrogó sobre si la institución tenía todos los elementos para la atención en caso de agresión. Se evidenció que el resultado fue positivo en un 94,8% de los usuarios atendidos. El 71,8% fue atendido por médico general y el 59,3% por médico especialista. En el contributivo, la atención por especialista es mayor, con el 68,7%, en tanto que en el régimen subsidiado es de 46,6% y en regímenes especiales es de 53,6%. Fue citado a un nuevo control el 72,9% de los pacientes, fue citado a consulta de rehabilitación el 19,4% de los casos y recibió cita para la rehabilitación un 2,0%.

Se realizaron exámenes de laboratorio en el 23,3% de los casos, rayos X en el 39,7%, curaciones o suturas en el 30,6%. Se realizó procedimientos quirúrgicos al 30,6%, se pidió autorización para la realización de los mismos a la persona o al acudiente en el 69,1%. Se le explicó cómo consumir los medicamentos al 98,1%, la cual fue comprendida por el 94% de los usuarios, el 60,3% recibió los medicamentos en su totalidad, el 22,2% tiene que comprarlos todos y el 12,1% una parte.

El 87,9% de los usuarios de este tipo de atención recibió la explicación médica sobre su estado de salud y el nivel de comprensión fue del 92%. Se programó una cita de control en el 45,5% de los casos atendidos, orden para rehabilitación el 5%.

Se preguntó sobre la relación de la persona con el agresor encontrándose que en el 56,7% se trata de una persona desconocida, en el 16,6% de los casos es una persona conocida y el 3% de los casos se trata de un pariente.

En el módulo de hospitalización se interrogó igualmente a las personas que han sufrido agresión física o sexual, encontrándose que acudió a urgencia el 86,7%, fue traído a la institución el 81,6% y remitido el 16,4%, se transportó hasta el lugar en vehículo o ambulancia el 5,5%, en motorizado particular el 24,4%, en motorizado público el 40,6%, no motorizado el 6,3% y a pie el 14,5%.

Le dieron orden de hospitalización al 6,0% de los atendidos en urgencias por esta causa. En cuanto a materiales, el 78,1% manifestó que en la institución le daban todo y en el 20,3% le tocó comprar algunos insumos, fue examinado por médico general el 23,8%, por médico especialista el 32%, le ordenaron exámenes de laboratorio al 28,9%, rayos X y otros exámenes el 38,9%, fue suturado o tuvo curaciones de piel en el 66% y operación o cirugía fue practicada al 12,9%, le inmovilizaron o lo enyesaron al 12,9%. Se solicitó autorización del usuario para realizar los procedimientos al 52,2%, explicaron cómo consumir los medicamentos en el 90,1%, esta explicación fue entendida en el 97,1%, se le dieron todos los medicamentos al 34,8% de los casos, tuvo que comprar el 39%, comprar una parte el 17%, recibió explicación sobre su estado de salud en el 81,8%, fue comprendida en el 97,9%.

Se encontró que en relación con la persona que lo agredió el 43,3% se trataba de una persona desconocida, 28,2% de una persona conocida, el 16,4% de un amigo, el 2,8% del esposo o compañero.

### 9.10.17. Percepción de calidad en la atención de personas que acuden para la aplicación de vacunas

Al indagar si se han registrado en el carné del niño menor de 10 años las vacunas aplicadas, el 97,5% refiere que sí. La vacuna de BCG intrahospitalaria aplicada se registró en el 96,6% de los casos; la vacuna contra la hepatitis B quedó registrada en el 92,1% de los recién nacidos vacunados; una dosis aplicada de la vacuna contra la poliomielitis quedó registrada en el carné en el 91,06%, dos dosis quedó registrada en el 75,0%, tres dosis en el 56,7%; la vacuna Triple Viral se registró en el carné en un 51,6%; la de la fiebre amarilla en el 37,8%; una dosis de la vacuna Pentavalente se registró en el 76,8%, dos dosis en el 61,6% y tres dosis en el 44,5%.

Se preguntó si el personal que lo atendió le dijo cuándo debía volver para aplicar las vacunas que faltaban y la respuesta fue positiva en el 91,2% de los casos.

## 10. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS

### 10.1. Características generales de la encuesta

La encuesta a IPS buscó caracterizar la respuesta institucional a los problemas prioritarios en salud pública. Se seleccionó una muestra de IPS a partir del Registro Especial de Prestadores, implementado en el desarrollo del Sistema Único de Habilitación del Ministerio de la Protección Social. En el anexo metodológico se describe la definición de la muestra para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.

Para la recolección de la información en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se diseñaron cuatro módulos, cada uno de ellos con un objetivo, un informante y un contenido básico, que se presenta a continuación:

#### **Módulo 1: Caracterización de la IPS y sus servicios habilitados**

*Informante:*

Director científico de la institución, o delegado.

#### **Contenido básico:**

- Datos de la institución.
- Datos de los servicios habilitados.
- Características de las consultas de protección específica y detección temprana.
- Características de los servicios hospitalarios de obstetricia.
- Características de los servicios de urgencias.

## Módulo 2: Caracterización de los servicios de consulta externa

Informante:

Director científico de la institución o delegado.

### Contenido básico:

- Datos de identificación del servicio.
- Características de los servicios de consulta ambulatoria.

Módulo 3: Verificación del funcionamiento de la oferta de servicios de consulta ambulatoria

Informante:

Profesional responsable de la prestación de servicios de salud en consultas ambulatorias seleccionadas por submuestreo.

Contenido básico:

- Datos de identificación del entrevistado.
- Percepción de condiciones críticas en atención.
- Percepción de condiciones críticas en la atención de eventos específicos.
- Inspección de consultorio.

## Módulo 4: Verificación del funcionamiento de servicios de obstetricia

Informante:

Profesionales responsables de la prestación de servicios de salud en servicios de obstetricia

### Contenido básico:

- Datos de identificación del entrevistado.
- Percepción de condiciones críticas en la atención obstétrica.
- Disponibilidad de equipos e insumos para la atención obstétrica.

## 10.2. Caracterización de la IPS y servicios habilitados

La muestra de IPS quedó constituida por 1.168 instituciones, de las cuales el 52% fueron privadas y el 48% públicas.

La mayor participación de la muestra la tuvo Bogotá con el 12,1% seguida de Antioquia y Valle con el 8,8% y el 7,7% respectivamente (ver tabla 140).

**Tabla 140. Frecuencia de las IPS en la muestra, según naturaleza y departamento**

Departamento	Naturaleza			Participación
	Privada o Mixta	Pública	Total	
Amazonas	5	3	8	0,7
Antioquia	45	58	103	8,8
Arauca	11	8	19	1,6
Atlántico	28	14	42	3,6
Bogotá	73	68	141	12,1
Bolívar	25	20	45	3,9
Boyacá	24	17	41	3,5
Caldas	18	18	36	3,1
Caquetá	15	10	25	2,1
Casanare	17	10	27	2,3
Cauca	17	15	32	2,7
Cesar	18	19	37	3,2
Chocó	9	0	9	0,8
Córdoba	16	10	26	2,2
Cundinamarca	20	19	39	3,3
Guainía	1	1	2	0,2
Guaviare	4	7	11	0,9
Huila	19	18	37	3,2
La Guajira	6	16	22	1,9
Magdalena	16	15	31	2,7
Meta	19	15	34	2,9
Nariño	13	28	41	3,5
Norte de Santander	26	20	46	3,9
Putumayo	12	3	15	1,3
Quindío	19	15	34	2,9
Risaralda	17	13	30	2,6
San Andrés y Providencia	2	0	2	0,2
Santander	27	29	56	4,8
Sucre	19	14	33	2,8
Tolima	19	21	40	3,4
Valle del Cauca	47	43	90	7,7
Vaupés	1	1	2	0,2
Vichada	0	2	2	0,2
<b>Total</b>	<b>606</b>	<b>562</b>	<b>1168</b>	<b>100,0</b>

### 10.2.1. Características de los servicios que atienden las IPS

Con respecto a los servicios caracterizados en la ENS, se encontró que una proporción mayor de IPS públicas ofertaban los servicios prioritarios en salud pública. Para el caso de control prenatal, se encontró que el 91,8% de las IPS públicas ofertaban este servicio y el 56,9% de las IPS privadas. En relación con la atención del parto y el puerperio, en el 36,4% de las IPS de la muestra se prestaba el servicio, con diferencias de 21 puntos porcentuales a favor de las IPS públicas. En el servicio de planificación familiar la diferencia entre las IPS privadas y públicas fue de 37 puntos porcentuales con mayor respuesta en las públicas (ver tabla 141).

**Tabla 141. IPS (%) según la naturaleza jurídica y al tipo de servicios que presta**

Servicios	Naturaleza jurídica						Total
	Privada o Mixta	Intervalo de confianza del 95		Pública	Intervalo de confianza del 95		
Control prenatal	56,90	48,40	65,40	91,80	89,30	94,30	71,60
Atención del parto y el puerperio	27,80	19,80	35,90	48,40	41,60	55,10	36,40
Atención en planificación familiar	53,51	45,02	62,00	90,52	87,82	93,21	69,00
Control de crecimiento y desarrollo	49,29	40,78	57,81	89,16	86,03	92,30	66,00
Enfermedad Diarreica Aguda	76,63	69,29	83,97	94,03	91,64	96,42	83,90
Infección Respiratoria Aguda	76,58	69,19	83,97	94,22	91,81	96,62	84,00
Tratamiento por lesiones en accidente de tránsito	41,20	32,72	49,68	55,87	48,45	63,29	47,36
Tratamiento por agresión física	52,74	44,15	61,34	71,54	63,29	79,79	60,64
Sobrepeso u obesidad	54,90	46,20	63,50	75,50	70,20	80,90	63,50
Diabetes Mellitas	79,40	72,60	86,20	97,60	96,70	98,60	87,10

La atención de los menores en temas prioritarios en salud pública, obtiene mayor respuesta en las instituciones públicas que en las privadas. En crecimiento y desarrollo, el 49,3% de las IPS privadas realiza este servicio en contraste con el 89,2% de las públicas. En cuanto a la atención de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, más del 94% de las IPS públicas atiende estos problemas de salud, mientras que en las IPS privadas este porcentaje alcanza el 76,6.

Es de destacar que el 58,8%, de IPS privadas y el 44,1% de las públicas, manifestaron no tener atención de personas lesionadas en accidentes de tránsito. Para el caso de las agresiones físicas, el 71,5% de las IPS públicas y el 52,7% de las privadas manifestó atender la población que sufre de este tipo de agresión.

La atención en salud oral es del 86,1% en las IPS públicas con una deducción de 30,7 puntos porcentuales en las IPS privadas.

Con respecto a la citología de cuello uterino, se encontró que se realiza en el 57,9% de las IPS privadas y en el 88,8% de las públicas. El tratamiento de la desnutrición se realiza en el 59,8% de las IPS con una participación mayor en 26.5 puntos porcentuales de las IPS públicas. Los problemas de sobrepeso y obesidad se atienden en el 63,5% de las IPS.

Los problemas de espalda o cuello se atienden en el 84,7% de las IPS. Con referencia a la hipertensión arterial, se encontró que en el 97,8% de las IPS públicas y el 80,3% de las IPS privadas se brinda atención para este problema.

Para la diabetes mellitus, el 87,1% de las IPS tuvo respuesta positiva a la atención de esta alteración. La diferencia entre las públicas y privadas fue de 17,3 puntos porcentuales a favor de las públicas.

Para las patologías transmitidas por vectores, se encontró que el 42,6% de las IPS que se encuentran en municipios con riesgo de transmisión de malaria atendía este problema de salud, un 52,4% de las IPS públicas y un 35,5% de las privadas. Para el caso del dengue, se encontró que el 63,3% de las IPS atendían este problema de salud, 54,8% en el caso de las IPS privadas y 75,2 de las públicas.

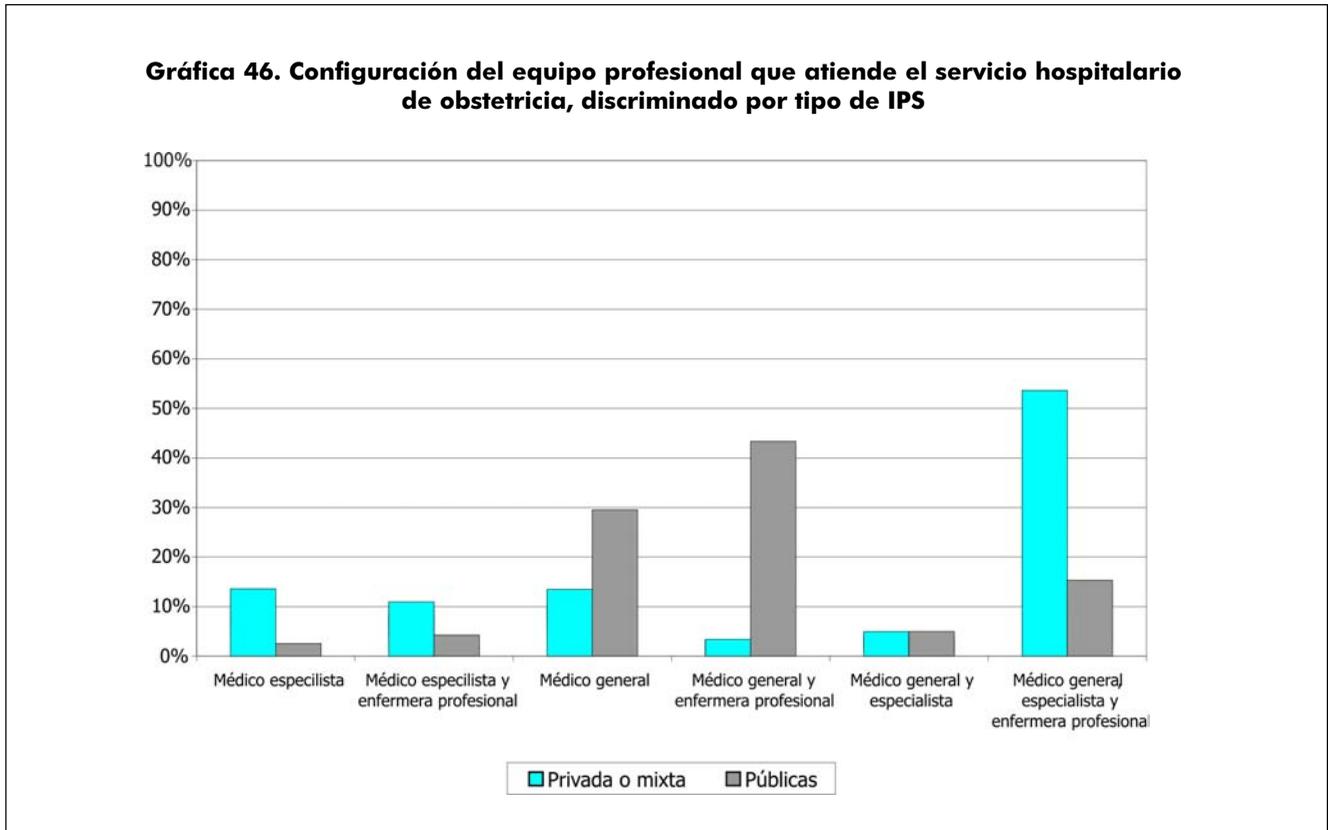
### 10.2.2. Características de servicios hospitalarios de obstetricia

El 96,1% de las IPS privadas y el 78,8% de las públicas estaban habilitadas para el servicio de hospitalización obstétrica.

Con respecto al recurso humano que atiende el servicio hospitalario de obstetricia, un 30% de las instituciones públicas manifestó atiende este servicio sólo con médico general y para el caso de las IPS privadas es del 14%. El sistema de habilitación plantea que un servicio de hospitalización debe contar, como mínimo, con un médico general y una enfermera profesional. Los resultados muestran que, a partir del recurso humano disponible, las IPS públicas tienden a concentrarse en

servicios de baja complejidad, mientras que las privadas lo hacen hacia servicios de mediana y alta complejidad.

El 54% de las IPS privadas tiene profesionales especialistas en el servicio y el 15% de las IPS públicas (ver gráfica 46).



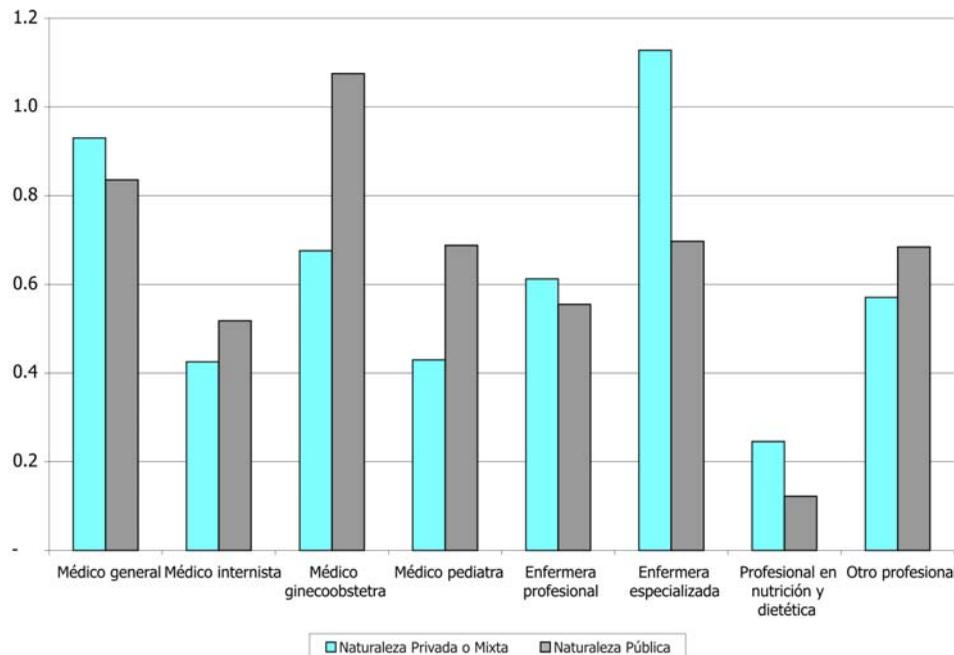
En relación con las horas programadas para prestar este servicio, se encontró que las IPS públicas tienen mayor tiempo programado de médicos ginecoobstetras y médicos generales, mientras las privadas programan más horas de enfermeras profesionales y médicos generales para la atención de los pacientes en este servicio (ver gráfica 47)

La gráfica 47 muestra que las instituciones de naturaleza privada cubren el servicio de hospitalización obstétrica principalmente con enfermeras, mientras las públicas cubren este servicio con médicos ginecoobstetras. Las IPS reportaron el número de horas contratadas a la semana que, al llevarlos a valores equivalentes (siete días por 24 horas) se pueden encontrar valores por debajo de la unidad.

En promedio, las IPS privadas tienen contratados seis auxiliares de enfermería para el servicio de hospitalización obstétrica. Para el caso de las IPS públicas, el número de auxiliares es de ocho. El número de horas promedio de auxiliares que tienen contratadas las IPS para este servicio es de 262 para las instituciones públicas y de 233 horas para las instituciones privadas o mixtas.

Estas auxiliares de enfermería no son exclusivas de este servicio, por lo tanto, pueden contabilizar horas de manera simultánea con otros servicios de la IPS. De igual manera, no tiene un ajuste por el número de camas, lo cual podría explicar la diferencia entre las entidades públicas y privadas.

**Gráfica 47. Horas semanales contratadas a los profesionales que atienden el servicio hospitalario de obstetricia, discriminadas por tipo de IPS**



El 94,4% de las IPS tiene atención durante los siete días de la semana y un 4,3% lo hace seis de los siete días de la semana (ver tabla 142).

**Tabla 142. Número de días a la semana con atención del servicio de obstetricia**

Número de días a la semana	Frecuencia	Participación %
7	1750	94,40
6	79	4,30
5	23	1,20
2	2	0,10
<b>Total</b>	<b>1854</b>	<b>100,00%</b>

De manera simultánea, las IPS con servicios de obstetricia, tienen capacidad de atender dos pacientes en proceso de parto (trabajo de parto, parto o puerperio).

Con respecto a la oportunidad de las citas para el puerperio, se encontró que el 55,3% de las IPS públicas que tiene servicios hospitalarios de obstetricia cuenta con capacidad para atender el mismo día el puerperio.

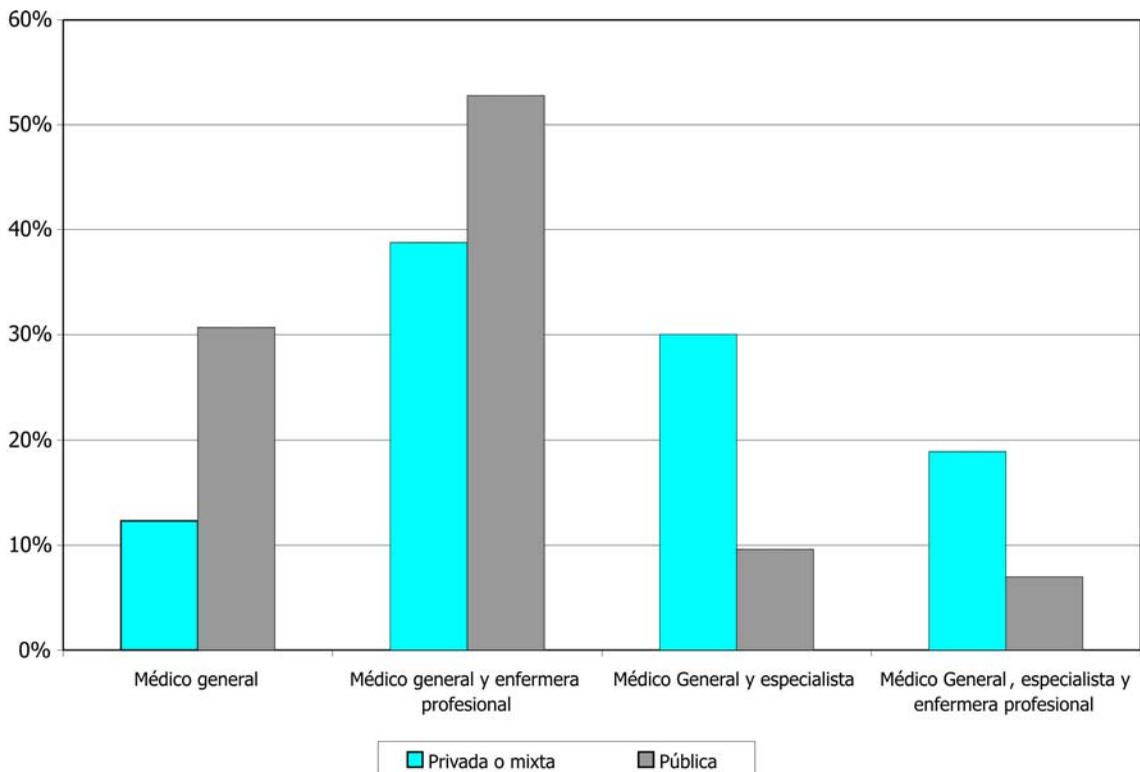
Aquellas que no pueden dar citas para el mismo día, en promedio se demoran seis días para asignarlas. Para el caso de las IPS privadas, el 68,8% asigna citas en el mismo día, y el tiempo de espera, de aquellas que no la pueden dar para el mismo día, es igual al de las IPS públicas.

### 10.2.3. Características de los servicios de urgencias

El 63% de las IPS privadas no tiene habilitado el servicio de urgencias y el 43% de las públicas. Estos resultados muestran una tendencia a que los servicios de urgencia sean prestados por IPS públicas.

Con respecto al tipo de profesional que atiende este servicio, se encontró que tanto las IPS públicas como las privadas atienden este servicio, principalmente con médico general y enfermera profesional. En el 30% de las IPS privadas que atienden urgencias cuentan con médicos especialistas en este servicio (ver gráfica 48).

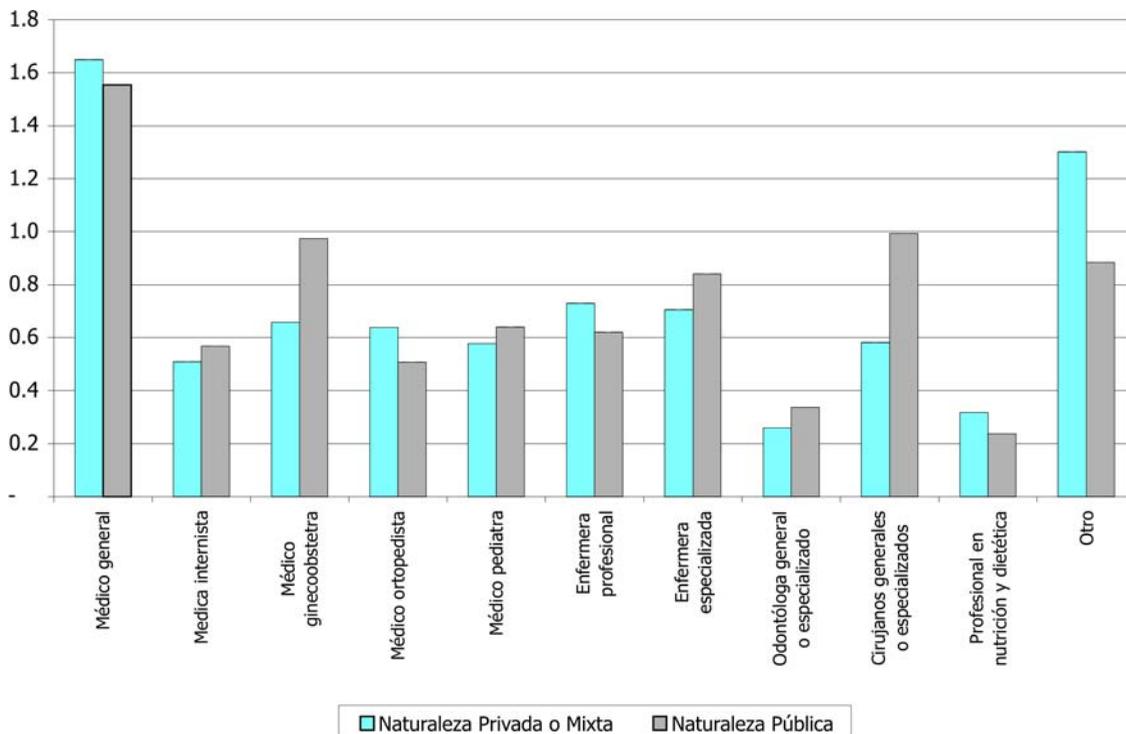
**Gráfica 48. Configuración del equipo profesional que atiende el servicio de urgencias, discriminado por tipo de IPS**



En cuanto a las horas contratadas en el servicio de urgencias, tanto las IPS públicas como privadas se tienen médicos generales para cubrir este servicio. En la gráfica 49 se presenta el promedio de profesionales completos equivalentes para una semana contratados por las IPS.

Para el servicio de urgencias, las IPS públicas tienen en promedio nueve auxiliares contratados mientras las privadas contratan siete. Esta estimación no está ajustada por el tamaño de los servicios, y es importante plantear que las IPS públicas tienen más servicios de urgencias habilitados que las privadas. En la semana de la encuesta, las IPS privadas tenían en promedio contratadas 331 horas, mientras las públicas tenían en promedio 346. En promedio las IPS tienen capacidad de atender seis pacientes de manera simultánea.

**Gráfica 49. Horas semanales contratadas a los profesionales que atienden el servicio de urgencias, discriminadas por tipo de IPS**



### 10.3. Características de los servicios de consulta ambulatoria

Existen diferencias entre las IPS públicas y privadas y entre los servicios, en cuanto al número de profesionales contratados en estas instituciones. El servicio de cirugía cardiovascular en las IPS privadas es el que tiene más profesionales contratados ya que cuenta con diez de ellos, seguido de los servicios de cirugía pediátrica, neumología y oftalmología con siete profesionales. Para el caso

de las IPS públicas, el servicios que más profesionales tiene es el de cirugía general con ocho en promedio. Los servicios de anestesia, ginecología oncológica y otorrinolaringología tienen en promedio siete profesionales para el servicio.

En referencia a las horas contratadas de profesionales (calculado como el promedio contratados de profesionales que cuenta en cada servicio), se encontró que existen servicios donde hay un mayor número de horas en las IPS públicas, éstos son:

- Anestesia.
- Cirugía general.
- Dermatología.
- Enfermería.
- Fisioterapia.
- Geriatria.
- Ginecobstetricia.
- Ginecología oncológica.
- Inmunología.
- Medicina física y rehabilitación.
- Medicina interna.
- Nefrología.
- Neurología.
- Nutrición y dietética.
- Oncología clínica.
- Ortopedia y/o traumatología.
- Otorrinolaringología.
- Periodoncia.
- Psicología.
- Terapia respiratoria.
- Urología.
- Vacunación.

En las IPS privadas, los servicios con más horas contratadas fueron los siguientes:

- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía de cabeza y cuello.
- Cirugía de mano.
- Cirugía gastrointestinal endoscopia digestiva.

- Cirugía neurológica.
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía plástica estética.
- Consulta prioritaria.
- Control de crecimiento y desarrollo.
- Control prenatal.
- Endocrinología.
- Endodoncia.
- Estomatología.
- Gastroenterología y/o endoscopia digestiva.
- Hematología.
- Hematología y oncológica clínica.
- Infectología.
- Medicina alternativa - terapia alternativa.
- Medicina familiar.
- Medicina físicas y del deporte.
- Medicina general.
- Neumología.
- Neumología pediátrica.
- Neurocirugía.
- Odontología general.
- Ortodoncia.
- Ortopedia infantil.
- Ortopedia oncológica.
- Otras consultas de especialidad.
- Pediatría.
- Planificación familiar.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación oral.
- Reumatología.
- Salud ocupacional.
- Terapia ocupacional.
- Toma de muestras citologías cérvico-uterinas.

Acerca de la oportunidad de las citas, cuando no se da el mismo día, se encontró que los servicios que más tiempo promedio debe esperar para obtenerla en las IPS privadas son: neumología con 37 días, neurología con 25 días, oftalmología con 20, endocrinología con 18 y cirugía

neurología con 16. Para el caso de las IPS públicas los servicios con mayores días de espera son: gastroenterología y/o endoscopia digestiva con 62 días, cardiología con 37 días, endocrinología con 27, geriatría con 19 y ortodoncia con 19 (ver tabla 143).

**Tabla 143. Días promedio de espera para consulta en los servicios que no la otorgan el mismo día, según tipo de IPS**

Servicios	Privada o Mixta	Pública
Anestesia	3	2
Cardiología	12	37
Cirugía cardiovascular	8	3
Cirugía de cabeza y cuello	5	NA
Cirugía de mano	4	12
Cirugía gastrointestinal endoscopia digestiva	6	5
Cirugía general	6	9
Cirugía neurológica	16	13
Cirugía pediátrica	NA	NA
Cirugía plástica estética	6	NA
Consulta prioritaria	2	7
Control de crecimiento y desarrollo	5	7
Control prenatal	4	7
Dermatología	1	1
Endocrinología	18	27
Endodoncia	5	16
Enfermería	6	9
Estomatología	14	NA
Fisioterapia	8	4
Gastroenterología y/o endoscopia digestiva	8	62
Geriatría	NA	19
Ginecobstetricia	4	11
Ginecología oncológica	5	3
Hematología	8	NA
Hematología y oncológica clínica	2	NA
Infectología	13	13
Inmunología	NA	6
Medicina alternativa - terapia alternativa	1	NA
Medicina familiar	8	5
Medicina físicas y del deporte	1	NA
Medicina física y rehabilitación	8	18
Medicina general	3	4
Medicina interna	11	15
Nefrología	14	16
Neumología	37	NA
Neumología pediátrica	14	NA
Neurocirugía	8	13
Neurología	25	10
Nutrición y dietética	12	9

continúa

**Tabla 143. Días promedio de espera para consulta en los servicios que no la otorgan el mismo día, según tipo de IPS**

continuación

Servicios	Privada o Mixta	Pública
Odontología general	4	7
Oftalmología	20	NA
Oncología clínica	NA	16
Ortodoncia	2	19
Ortopedia infantil	NA	NA
Ortopedia oncológica	6	NA
Ortopedia y/o traumatología	5	13
Otorrinolaringología	8	NA
Otras consultas de especialidad	NA	8
Pediatría	7	12
Periodoncia	1	NA
Planificación familiar	4	7
Psicología	8	8
Psiquiatría	1	7
Rehabilitación oral	3	NA
Reumatología	13	NA
Salud ocupacional	4	NA
Terapia ocupacional	9	9
Toma de muestras citológicas cérvico-uterinas	3	6
Urología	8	16
Vacunación	4	4

NA: corresponde a servicios que asignaron cita en el mismo día

Los servicios con mayor capacidad para dar citas el mismo día en las IPS privadas fueron cirugía pediátrica, ortopedia infantil y dermatología. En el caso de las IPS públicas, los cinco servicios con mayor respuesta inmediata a citas fueron: oftalmología, estomatología, otorrinolaringología, periodoncia y vacunación (ver tabla 143).

## 10.4. Características de consultas ambulatorias

### 10.4.1. Características de las personas responsables de la atención de los servicios

Al analizar la formación de los profesionales encargados de los diferentes servicios, se encontró que para las IPS públicas, el 75% de estos profesionales no contaba con una especialización certificada por alguna institución de educación superior. Para el caso de las privadas, el 70,4% no tenía especialización certificada.

En la siguiente tabla se presentan las formas de vinculación de los profesionales encargados de los servicios en las diferentes IPS. En las IPS privadas la forma predominante es el contrato laboral con un 52,5% seguida del contrato de prestación de servicios con el 36,1% y contrato a través de cooperativa con el 10,7%. En las IPS públicas, la principal forma es contrato laboral (nóminas) con el 43,5% seguida del contrato a través de cooperativas con el 27,7% y contrato de prestación de servicios con 22,4% (ver tabla 144).

**Tabla 144. Forma de contratación (%) del jefe de los servicios en las IPS de la muestra, según su tipo**

Naturaleza de la IPS	Sí	No
Contrato laboral	52,5	43,5
Contrato de prestación de servicios	36,1	22,4
Contratado a través de cooperativa	10,7	27,7
En comisión	0,5	0,6
Es un pasante	0,3	5,7

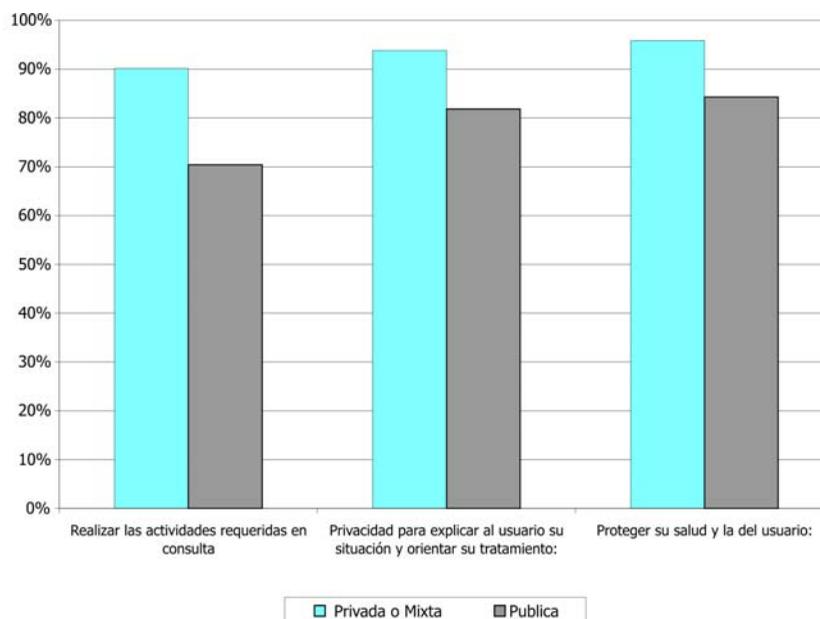
### 10.4.2. Percepción de condiciones críticas en la atención

El 90,2% de los profesionales que atiende los servicios ambulatorios de las IPS privadas y el 70,4% de los mismos en las públicas, manifiesta que las condiciones físicas del consultorio (área, luz, ventilación, calidad de pisos, paredes y techos, entre otros) son apropiadas para realizar todas las actividades requeridas en consulta.

El 93,9% de los profesionales en las IPS privadas y el 81,8% en las públicas que atiende estos servicios, manifestaron que estas condiciones físicas garantizan la privacidad para explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento.

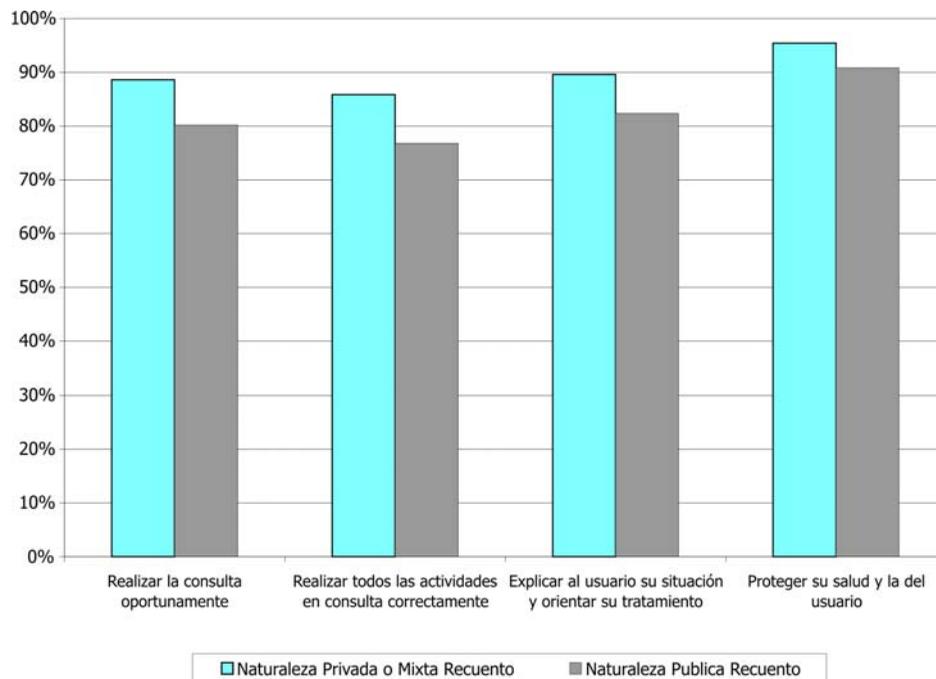
Con respecto a la protección de la salud del profesional que atiende la consulta ambulatoria y la del usuario, el 95,8% de los profesionales en las IPS privadas y el 84,3% en las públicas, manifestó que las condiciones físicas son apropiadas (ver gráfica 50).

**Gráfica 50. Percepción positiva (%) de las condiciones físicas para la atención de la consulta ambulatoria en los diferentes servicios, según tipo de IPS**



En lo que tiene que ver con las condiciones de los muebles y equipos disponibles en el consultorio, se encontró que el 91% de los profesionales que atiende consulta ambulatoria en las IPS privadas y el 80% en las IPS públicas, manifestó que estos elementos son apropiados para el desarrollo de la consulta y la protección de la salud del profesional y de los usuarios (ver gráfica 51).

**Gráfica 51. Percepción positiva (%) de las condiciones de muebles y equipos para la atención de la consulta ambulatoria en los diferentes servicios, según tipo de IPS**

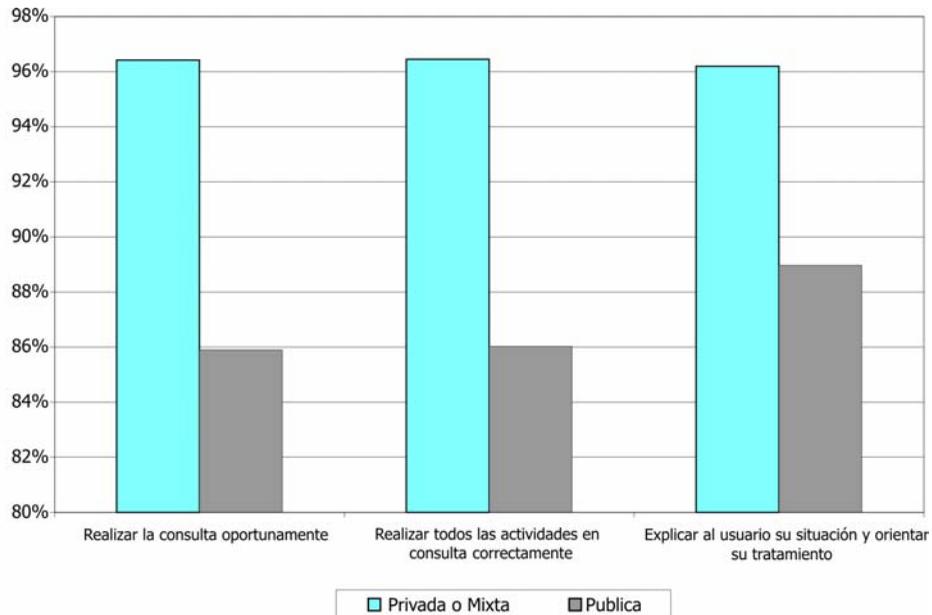


En el caso de los equipos, también se indagó por los que se dañaron durante el último mes en los diferentes servicios. Para las IPS privadas, se encontró que en el 19,7% de los servicios se dañó algún equipo. En las públicas se encontró que en el 23,2% de los servicios se presentó daño en un equipo durante el último mes.

El 74,1% de los casos de daños en las IPS privadas fue reparado, mientras que en las IPS públicas, tal situación se dio en el 61,4% de los casos.

En el mismo sentido, a los profesionales de los servicios se les indagó acerca de la suficiencia de los insumos disponibles en el consultorio (materiales de curación o examen, guantes, papelería, entre otros) para realizar la consulta oportunamente. El 96,4% de los profesionales en las IPS privadas y el 85,9% en las IPS públicas, respondió de manera afirmativa (ver gráfica 51).

Al preguntar si había faltado algún insumo crítico en los últimos 30 días que afectara la calidad de las consultas, el 3% de los profesionales encargados de los servicios en las IPS privadas y el 11,6% de las públicas, contestó de manera afirmativa.

**Gráfica 52. Percepción positiva (%) de la disponibilidad de los insumos para la atención en la consulta externa, según tipo de IPS**

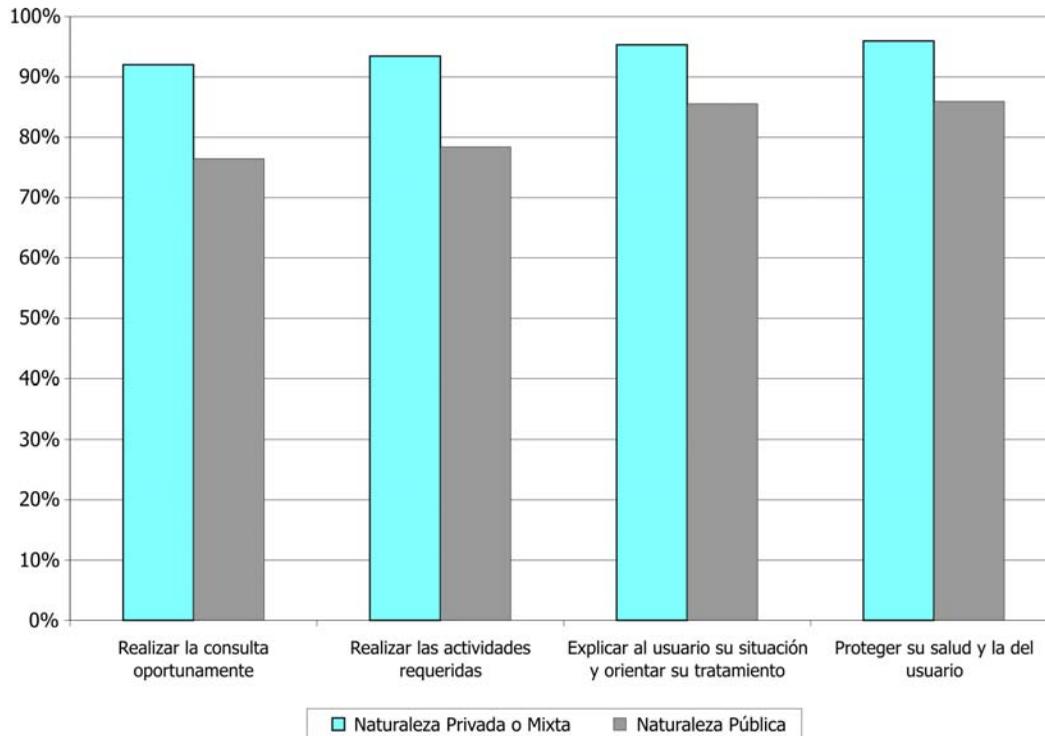
Al indagar por el insumo que hizo falta, se encontró que en el caso de las IPS privadas, la insulina, la falta de rayos X, los equipos de órganos, pilas y espejos fueron los elementos más críticos. Para el caso de las IPS públicas, se evidenciaron como los principales elementos faltantes los guantes, la limadura de plata, amalgama, la lámpara de otoscopia y el tensiómetro.

El tiempo promedio para las consultas en los diferentes servicios fue de 21 minutos en las IPS privadas y 20 en las públicas. Sobre el tiempo definido para las actividades de consulta ambulatoria, se encontró que en más del 85% de los casos de las IPS privadas, los profesionales manifestaron que el tiempo asignado por la institución permitía realizar la consulta de manera oportuna en el 88,6% de los casos, realizar todas las actividades en el 85,9%, explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento en el 89,6%, y proteger su salud y la del usuario en el 95,4%.

Para el caso de las IPS públicas, estas respuestas positivas fueron: realizar la consulta de manera oportuna en el 80,26% de los casos, realizar todas las actividades en el 76,8%, explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento en el 82,4%, y proteger su salud y la del usuario en el 90,9% (ver gráfica 52).

Al indagar entre los profesionales que atienden los servicios acerca del uso que le darían si dispusieran de mayor tiempo en la consulta tanto las IPS públicas y como las privadas respondieron, en su orden, que primero le explicarían a la persona que hacer en su casa para mejorar su salud, seguido de explicarle el tratamiento que debe seguir y explorar la historia personal y los antecedentes del usuario.

**Gráfica 53. Percepción positiva sobre la conveniencia del tiempo asignado para la atención de la consulta ambulatoria en los diferentes servicios, según tipo de IPS**



Al respecto de la existencia de un procedimiento para la remisión de pacientes a otra institución, los profesionales de las IPS públicas respondieron, en los servicios encuestados, que el 93,3% de estos servicios tiene definido protocolo y el 95,6% de estos servicios lo conocen. Para el caso de las IPS privadas, el 94,5% manifestó tenerlo y el 96,6% conocerlo (ver gráfica 53).

### 10.4.3. Percepción de las características de la atención

En lo relativo a algunos temas prioritarios en salud pública, se estableció la existencia de protocolos institucionales, el conocimiento de éstos y su uso.

Con referencia a la consulta de detección de alteraciones del embarazo, el 87,6% de las IPS públicas manifestó tener un protocolo. De éstas el 98,3% declaró conocerlo y el 98,1% usarlo. Para el caso de las IPS privadas, el 94,3% expresó tener protocolo, de éstas 98,8% conocerlo y el 99,2% usarlo.

Acerca de la consulta de planificación familiar, el 90,3% de las IPS privadas y el 81,1% de las públicas tienen protocolo para esta actividad. De éstos, el 98,9% en los privados y 93,5% en los públicos reveló conocerlos y 94% en los privados y 97,2% en los públicos usarlos para la atención de la población.

Con respecto al conocimiento de las normas técnicas del Ministerio de la Protección Social para detección temprana de cáncer de cuello uterino, detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo, atención en planificación familiar y detección de alteraciones del embarazo, se encontró que, tanto en las IPS públicas como en las privadas, más del 91% de los servicios conocía y utilizaba estas normas técnicas (ver tabla 145).

**Tabla 145. Conocimiento (%) de las normas técnicas del Ministerio de la Protección Social en las IPS**

Norma técnica		Privada o Mixta	Pública	Recuento	Total
Detección de alteraciones del embarazo	Sí	92,4	95,2	23724	93,7
	No	7,6	4,8	1604	6,3
Atención en planificación familiar	Sí	93,8	91,7	20109	92,8
	No	5,9	7,6	1440	6,6
	No sabe	0,4	,7	113	0,5
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	Sí	96,5	93,9	19513	95,3
	No	3,5	6,1	957	4,7
Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Sí	94,3	94,0	14808	94,1
	No	5,7	6,0	921	5,9
Vacunación según esquema PAI del Ministerio de la Protección Social	Sí	90,3	98,9	3814	96,1
	No	9,7	1,1	157	3,9

Para el caso de las guías del Ministerio de la Protección Social en atención de la desnutrición y el sobrepeso, se encontró que el nivel de conocimiento reportado por las IPS, tanto públicas como privadas, fue cercano al 73%. Con referencia a la guía de atención del menor y mujer maltratados, los servicios de las IPS públicas tenían un conocimiento en el 64% de los casos, mientras que en las IPS privadas se conocía en el 82% de los casos (ver tablas 146 y 147).

**Tabla 146. Conocimiento (%) de las guías del Ministerio de la Protección Social en las IPS**

Norma técnica		Privada o Mixta	Pública	Recuento	Total
Enfermedad diarreica aguda	Sí	90,4	90,6	21801	90,5
	No	9,6	9,4	2298	9,5
Infección respiratoria Aguda	Sí	92,8	89,6	22985	91,6
	No	7,2	10,4	2109	8,4
Atención del (a) menor y la mujer maltratados	Sí	82,0	64,1	12742	74,5
	No	18,0	35,9	4359	25,5
Desnutrición y el sobrepeso	Sí	73,8	72,0	17588	73,1
	No	26,2	28,0	6477	26,9
Hipertensión	Sí	88,9	86,3	25477	87,9
	No	11,1	13,7	3513	12,1
Diabetes	Sí	88,9	86,3	25155	87,9
	No	11,1	13,7	3465	12,1

Con respecto a las guías de atención de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda el nivel de conocimiento de las guías supera el 90% tanto en las IPS privadas como públicas.

**Tabla 147. Conocimiento de las guías de enfermedades transmitidas por vectores, en las IPS**

Guías de atención		Naturaleza					
		Privada o Mixta		Pública		General	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Malaria	Sí	1720	93,3	1550	94,8	3270	94,0
	No	123	6,7	86	5,2	209	6,0
Dengue	Sí	6813	95,4	3976	87,8	10789	92,5
	No	325	4,5	462	10,2	786	6,7
	No sabe	1	,0	90	2,0	91	,8

Para la consulta de detección de alteraciones del crecimiento y el desarrollo, el 91,2% de las IPS privadas y el 83,6% de las públicas tienen protocolo para esta actividad. De estos, el 97,8% en los privados y 97,4% en los públicos reveló conocerlos y 99,4% en los privados y 99% en los públicos usarlo para la atención de la población.

Para la consulta de atención de la enfermedad diarreica aguda, el 84,8% de las IPS públicas contaban con un protocolo. De éstas el 95,2% conocen este protocolo y el 97,9% lo usan. Para el caso de las IPS privadas, el 89,7% tienen protocolo, de éstas 98,6% conocen dicho protocolo y el 99% lo usan.

En el caso de la atención de niños con infección respiratoria aguda, se encontró que el 92,3% de las IPS privadas y el 83,3% de las públicas tenían protocolos para la atención. De éstas, el 98,6% de las privadas y el 97,2% de las públicas las conocen y 99,8% y 98,3% en privadas y públicas respectivamente, las usan.

En cuanto a la atención de personas que han sido agredidas físicamente, se encontró que más del 50% en las IPS públicas y el 78,7% de las privadas tienen protocolo para la atención de estos pacientes. De éstas, el 94,5% de las públicas y el 95,7% de las privadas las conocen y el 99,2% de las privadas y el 93,9% de las públicas los usan.

Con respecto a este problema de salud, el 89,5% de las IPS privadas ofrece a las personas orientación sobre dónde pueden denunciar o buscar protección y el 68,7% de las IPS públicas.

Para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, el 80% de las IPS públicas y el 92% de las privadas cuentan con protocolo. De éstas el 98% en las privadas y el 95% de las públicas se conoce el protocolo y 99% en las privadas y 98% en las públicas lo usan.

En la siguiente tabla se presenta el manejo de las personas con desnutrición o sobrepeso.

**Tabla 148. Manejo de las personas con desnutrición o sobrepeso (%)**

Protocolo de atención		Privada o Mixta	Pública	Total
¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de personas con desnutrición o con sobrepeso?	Sí	78,3	55,2	68,8
	No	11,7	24,4	17,0
	No sabe	10,0	20,4	14,3
¿Conoce usted este protocolo o guía?	Sí	96,3	93,6	95,4
	No	3,7	6,4	4,6
¿Utiliza usted el protocolo o guía para la atención de personas con estos problemas de salud?	Sí	96,1	95,1	95,8
	No	3,9	4,9	4,2
¿La guía o protocolo incluye remisión a consulta de nutrición?	Sí	99,1	89,7	96,0
	No	0,9	9,4	3,6
	No sabe	0,0	0,9	0,3
¿La guía o protocolo incluye remisión para entrenamiento en actividad física?	Sí	71,8	71,2	71,6
	No	26,7	26,5	26,7
	No sabe	1,5	2,3	1,8

Al preguntar sobre la existencia de un protocolo para la atención de personas con dolor de espalda o cuello, se encontró en el 81,2% de las IPS privadas y en el 60,5% de las IPS públicas. De estas instituciones, el 96%, tanto en IPS privadas y públicas, los conocían. Al indagar sobre la existencia de remisión a fisioterapia, en el protocolo, existía en el 93% de las IPS. Con respecto la remisión a psicología, el 57% de las IPS privadas y el 53% de las públicas lo incluían. El 93% de las IPS públicas y el 96% de las privadas usaban el protocolo o guía institucional.

Con referencia a la atención de personas con hipertensión arterial, se encontró que el 92% de las IPS privadas tenían protocolo y el 99% lo conoce. En el 94% de los casos, estas instituciones la guía incluía remisión a nutrición, el 59% a psicólogo, el 79% remisión a actividad física. El 97% manifestó utilizar este protocolo.

Para las IPS públicas, el 87% de las instituciones tenían protocolo o guía y el 96% de estas instituciones lo conocían. Con referencia a la inclusión de remisiones a nutrición, psicología y a entrenamiento en actividad física, éstas se encontraban en un 82%, 58% y 74% respectivamente. Acerca del uso de este protocolo o guía, el 97% de las IPS públicas las utilizaban.

Con respecto a la atención de personas con diabetes mellitus, el 91% de las IPS privadas y el 83% de las públicas tenían guías o protocolos. De estas instituciones, el 96% de las públicas y el 97% de las privadas dijo conocerlas. En relación con el uso, el 98% de las IPS privadas y el 98% de las públicas los utilizaban. En la tabla 149 se presenta el comportamiento sobre la inclusión de remisiones a otros servicios en los protocolos o guías.

**Tabla 149. Comportamiento de inclusión de remisiones a otros servicios, en los protocolos de pacientes con diabetes mellitus**

Protocolo de atención		Privada o Mixta	Pública	Total
Nutrición	Sí	96,9	89,1	94,0
	No	1,4	9,9	4,6
	No sabe	1,7	1,0	1,5
Psicología	Sí	61,6	60,6	61,2
	No	33,5	34,9	34,0
	No sabe	4,9	4,6	4,8
Entrenamiento en actividad física	Sí	81,5	75,7	79,4
	No	16,6	22,5	18,8
	No sabe	1,8	1,8	1,8
	No	2,4	1,6	2,1

Con referencia a la vacunación, el 93% de las IPS públicas y el 96% de las privadas respondieron que tenían protocolo o guía para este procedimiento. De éstas, el 98% de las IPS privadas y el 100% de las públicas manifestó conocerlos. Las IPS respondieron usarlos en el 98% de los casos. El 100% de las IPS declaró que el protocolo incluye el registro de datos en el carné de vacunación.

En el momento de la visita a las IPS se encontró que algunas de ellas tenían biológicos para la atención de niños que requieren vacunas bajo el esquema PAI. En la siguiente tabla se presentan los hallazgos sobre los principales biológicos (ver tabla 150).

**Tabla 150. Falta de biológicos (%) para atender los niños que requieren vacunas bajo el esquema PAI**

Biólogo	Privada o mixta	Pública	General
BCG (tuberculosis)	33,5	17,4	22,75
DPT (difteria, tétanos, tos ferina)	13,8	9,8	11,14
Polio	9,8	6,3	7,47
Triple viral (sarampión, parotiditis, rubéola)	13,4	9,2	10,61
Total IPS que manejan PAI	100,0	100,0	100,00

Las IPS tenían 14 días sin BCG, siete días sin DPT, cuatro sin polio y seis días sin triple viral, en la siguiente tabla se muestra el promedio de días sin la disponibilidad de biológico por tipo (ver tabla 151).

**Tabla 151. Días al mes sin disponibilidad de biológicos en las IPS de la muestra**

¿Hace cuánto tiempo está sin:	Naturaleza		
	Privada o Mixta	Pública	General
BCG	13	15	14
DPT	10	4	7
Polio	6	2	4
Triple viral	10	3	6

La principal razón para no tener BCG es por no manejar este biológico en la IPS. Con respecto a la falta de DPT, el 12% de las IPS privadas y el 29% de las públicas no tenían red de frío, es importante aclarar que se puede tratar de sedes no principales. Acerca de la vacuna antipolio, la principal razón para no tenerlo es que estas IPS lo solicitan a otra institución para su uso el mismo día.

Con referencia al manejo de la atención de personas con malaria, se encontró que en el 93% de las IPS privadas y el 78% de las públicas manifestó tener en la institución un protocolo o guía

para la atención de las personas con este problema de salud. De estas instituciones, el 100% de las privadas y el 96% de las públicas expresa conocerlos, mientras que el 100% de los casos dice usarlos.

En el 100% de los casos, las IPS manifestaron que los protocolos o guías normados por la institución para la atención de malaria incluyen el examen de gota gruesa para el control del tratamiento.

Referente al manejo de personas con dengue, se encontró que el 91% de las IPS privadas y el 82% de las públicas, en áreas donde existe el riesgo de contraerlo, tenían protocolo institucional para la atención de la población afectada por este problema de salud. De este grupo de instituciones, el 100% de las privadas y el 96% de las públicas conocían la guía o protocolo. El 100% de los casos que tienen este instrumento y los utilizaban.

El examen de hematocrito fue utilizado en el 84% de las IPS privadas y el 91% de las públicas en el protocolo como control del dengue. Para el caso de la prueba de hemoglobina, el 86% de las privadas y el 82% de las públicas lo incluían en sus guías institucionales. Las plaquetas se incluyen en el 100% de los protocolos de las IPS privadas versus el 97% de las públicas para el manejo de este problema de salud.

#### 10.4.4. Inspección de consultorios y de sus áreas

Se encontró que el 85% de las IPS privadas y el 82% de las públicas contaban con servicios sanitarios para el uso de los usuarios en el área de consulta ambulatoria. En el 95% de los casos de las IPS privadas que cuentan con servicios sanitarios éstos se encontraban abiertos al público y en el 91% de las IPS públicas.

Se encontró que el 99% de las IPS privadas y el 95% de las públicas los sanitarios funcionaban de manera adecuada. Los lavamanos funcionaban adecuadamente en el 96% de las IPS.

Con respecto a la existencia de papel higiénico en los servicios sanitarios de las IPS, se encontró que en las IPS privadas, en el 84% había papel, y en las IPS públicas el 35%. Con referencia a la existencia de toallas de papel o secador de manos, se encontró que este elemento existe en el 63% de las IPS privadas y en el 25% de las públicas.

En la siguiente tabla se presentan los resultados sobre las áreas para la entrevista y examen de los pacientes. En el 81% de los casos las áreas de los consultorios permiten desarrollar estas actividades de manera adecuada (ver tabla 152).

**Tabla 152. Tipos de áreas disponibles en los consultorios (%) para la atención de los pacientes**

Áreas consultas		Privada o Mixta	Pública	General
¿El consultorio tiene un área delimitada para la entrevista del usuario?	Sí	82,9	78,7	81,1
	No	17,1	21,3	18,9
¿El consultorio tiene un área delimitada para examen del usuario?	Sí	84,2	80,4	82,5
	No	15,8	19,6	17,5

El 10% de los consultorios de las IPS privadas y el 21% de las públicas no cuenta con fonendoscopio. Con respecto al tensiómetro, en el 11% de las IPS privadas y en el 22% de las públicas no se encontró este elemento. Acerca del equipo de órganos de los sentidos, en el 38% de las IPS públicas y el 22% de las privadas, no se encontró este equipo.

La siguiente tabla muestra los resultados de la existencia de elementos para el desarrollo de la consulta.

**Tabla 153. Existencia de elementos para el desarrollo de la consulta ambulatoria (%), en los servicios encuestados**

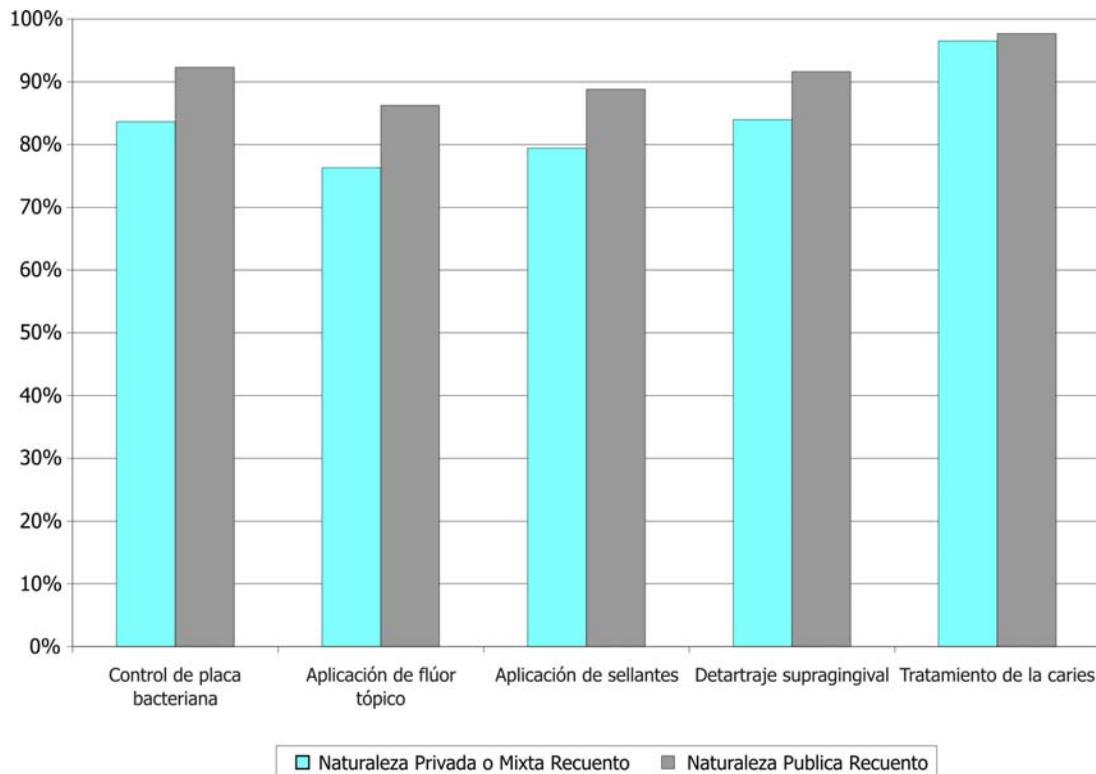
Elementos consulta ambulatoria		Privada o Mixta	Pública	General
¿Hay baja lenguas?	Sí	92,2	86,2	89,6
	No	7,8	13,8	10,4
¿Hay algodón?	Sí	88,1	79,1	84,1
	No	11,9	20,9	15,9
¿Hay gasas?	Sí	69,4	70,6	69,9
	No	30,6	29,4	30,1
¿Hay guantes de látex?	Sí	96,6	90,8	94,1
	No	3,4	9,2	5,9

### 10.4.5. Atención preventiva y curativa en salud oral

Se encontró que un porcentaje superior al 85% de las IPS públicas realiza acciones preventivas de salud oral, entre ellas: control de placa el 92,3%, aplicación de flúor tópico el 86,3% y aplicación de sellantes el 88,8%. Con respecto a las acciones curativas, el 91,6% realiza detartraje supragingival y el 97,7% tratamiento de caries.

Con respecto a las IPS privadas se presentaron los siguientes resultados: acciones preventivas de control de placa el 83,6%, aplicación de flúor tópico el 76,3% y aplicación de sellantes el 79,4%. Con referencia a las acciones curativas se presentan los siguientes resultados: el 84% realiza detartraje supragingival y el 96,5% realiza tratamiento de caries (ver gráfica 54).

**Gráfica 54. Oferta de atenciones preventivas y curativas en salud oral**



Con respecto a la norma técnica de atención preventiva en salud bucal se halló que, en el caso de las IPS privadas, el 87% de los servicios de odontología conoce esta norma. Para el caso de las públicas, el resultado es similar al de las privadas, 86%.

Al realizar la inspección de los pisos y la existencia de lavamanos en el área de odontología, se encontró que en todos los servicios se cumplía con este requisito de habilitación.

## 10.5. Características de los servicios de obstetricia

### 10.5.1. Características de las personas responsables de la atención del servicio obstétrico

En el análisis de las IPS que prestaban servicios de obstetricia se encontró que en el 34% de las privadas y en el 11% de las públicas los profesionales declararon prestar el servicio de alta complejidad. Se encontró que el 29% de las públicas y el 55% de las privadas tenía mediana complejidad, mientras el 60% de las públicas y el 11% de las privadas manifestó que su servicio era de baja complejidad (ver tabla 154).

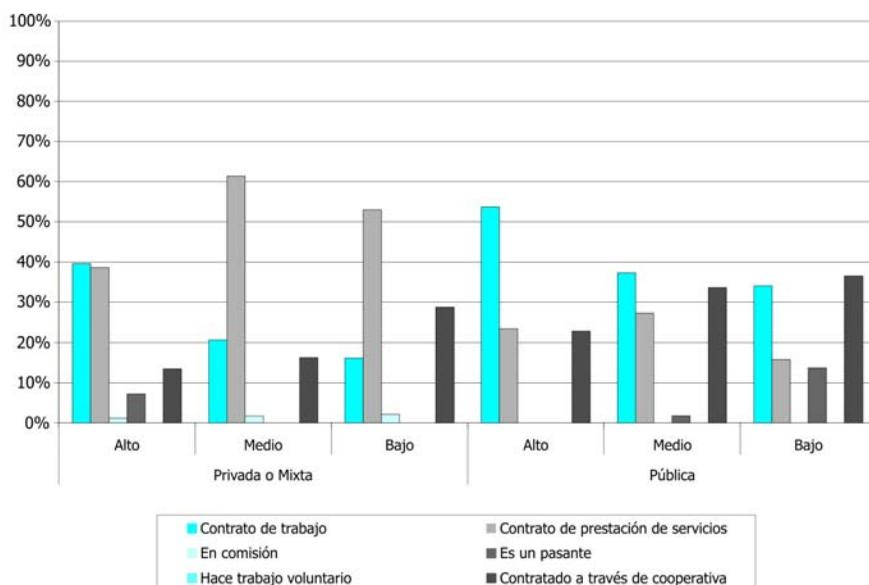
**Tabla 154. Nivel de complejidad de los servicios de obstetricia (%)**

Nivel de complejidad	Privada o Mixta	Pública
Alto	33,74	10,96
Medio	55,04	29,02
Bajo	11,26	60,05
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

El 80% de las IPS privadas y el 87% de las públicas contaban con médicos como persona encargada del servicio.

En las instituciones privadas, el 74,1% de las personas encargadas del servicio tenía una especialización certificada por una institución de educación formal. Para el caso de las públicas, el 45,6% contaba con esta formación. De éstos, en el servicio de obstetricia de alto nivel de complejidad, se encontró que el 90% de los profesionales encargados de estos servicios contaba con alguna especialización certificada por institución de educación superior. Para el caso de las IPS privadas, el 78% de las personas encargadas del servicio obstétrico contaba con especialización.

Con respecto a la forma de vinculación a la institución, se encontró para las IPS privadas de alta complejidad que la forma predominante de contratación era a través de cooperativas de trabajo asociado y en las instituciones de mediana complejidad, es el contrato de prestación de servicio (ver gráfica 55).

**Gráfica 55. Forma de vinculación a la institución de los profesionales encargados del servicio de obstetricia**

En el caso de las IPS públicas de alta complejidad la forma más común es el contrato de trabajo, nombramiento, situación que se repite en las instituciones de mediana y baja complejidad.

### 10.5.2. Percepción de condiciones para la atención

En la siguiente tabla se presentan los resultados sobre el concepto emitido por los profesionales encargados de los servicios de obstetricia sobre la posibilidad de realizar procedimientos de cirugía durante la semana calendario anterior.

**Tabla 155. Posibilidad de realizar procedimientos de cirugía (%) en servicios de obstetricia, durante la semana anterior, según naturaleza de las IPS**

Nivel de complejidad	Pregunta	Privada o Mixta	Pública
Alto	Sí, todas las veces	82	75
	Sí algunas veces	15	8
	Nunca	4	17
Medio	Sí, todas las veces	84	73
	Sí algunas veces	14	19
	Nunca	2	8
Bajo	Sí, todas las veces	76	23
	Sí algunas veces	16	21
	Nunca	9	56

Para el nivel de complejidad alto, el 82% en las IPS privadas y el 75% en las públicas los profesionales manifestaron contar con las condiciones para realizar procedimientos quirúrgicos.

**Tabla 156. Posibilidad de realizar algunos tipos de procedimiento en el servicio obstétrico (%), según naturaleza de las IPS**

Procedimiento		Privada o Mixta	Pública
Aplicación de antibióticos parenterales	Sí, todas las veces	80,6	55,7
	Sí algunas veces	8,5	20,0
	Nunca	2,3	13,6
	No aplica	8,6	10,7
Aplicación de drogas oxitóxicas de administración parenteral	Sí, todas las veces	79,8	58,8
	Sí algunas veces	12,1	14,2
	Nunca	2,6	14,5
	No aplica	5,5	12,5
Aplicación de medicamentos por vía parenteral para el tratamiento de la eclampsia	Sí, todas las veces	53,6	33,4
	Sí algunas veces	9,5	7,1
	Nunca	9,9	23,8
	No aplica	27,0	35,7
Extracción manual de la placenta	Sí, todas las veces	42,3	37,6
	Sí algunas veces	2,9	5,4
	Nunca	22,1	25,8
	No aplica	32,7	31,2
Extracción manual de productos retenidos	Sí, todas las veces	36,0	25,8
	Sí algunas veces	5,9	7,3
	Nunca	20,6	30,6
	No aplica	37,4	36,3
Procedimientos de anestesia	Sí, todas las veces	73,9	33,5
	Sí algunas veces	11,1	11,5
	Nunca	8,0	24,1
	No aplica	7,0	31,0
Procedimientos de transfusión sanguínea	Sí, todas las veces	38,2	19,4
	Sí algunas veces	11,2	9,2
	Nunca	16,4	25,8
	No aplica	34,2	45,7

En la tabla 156 se presentan los resultados de otros procedimientos en el servicio. Con respecto a la aplicación de antibióticos parenterales se encontró que en 13,6% de las IPS públicas y en 2,3% en las instituciones privadas, los profesionales manifestaron que en la última semana no tuvieron las condiciones para realizar este procedimiento.

Se encontró que las condiciones físicas de los servicios no permitían realizar todas las actividades requeridas en el 8,7% de los consultorios de las IPS privadas y en el 32,4% en las públicas.

Con respecto a la protección de la salud de los profesionales y la de los pacientes, se halló que las características ponían en riesgo la salud en el 19,1% de los consultorios de las públicas y en el 2,5% en las privadas. En la tabla 157 se presentan los resultados sobre las condiciones físicas el área de atención para garantizar la privacidad para la atención del usuario de acuerdo con las respuestas de los responsables de los servicios.

**Tabla 157. Condiciones físicas de las áreas de los servicios de obstetricia (%), según naturaleza de las IPS**

Condiciones físicas del área de atención obstétrica	Privada o Mixta	Pública
Permite realizar todas las actividades requeridas correctamente	91,3	67,6
Garantiza la privacidad para la atención de la usuaria	87,1	78,3
Protege su salud, la de la usuaria y la del recién nacido	97,5	80,9

Con referencia a los muebles y equipos disponibles en el área de atención obstétrica, el 92% de los profesionales encargados de estos servicios en las IPS privadas y el 62% en las públicas, manifestó que estos elementos eran suficientes para realizar la atención de los pacientes en forma oportuna. Respecto a la calidad para realizar todas las actividades requeridas en atención obstétrica, el 94% de las IPS privadas y el 66% de las públicas, declaró que los muebles y equipos disponibles permitían realizar esta atención.

En mención a la explicación de la situación del usuario y la orientación del tratamiento, el 81% de los servicios de las IPS públicas respondió de forma afirmativa y en las IPS privadas fue de 92%. En el concepto de la suficiencia para proteger la salud del profesional tratante, de la usuaria y del recién nacido, el 95% de las IPS privadas y el 77% de las públicas respondió que eran adecuados.

Acerca de los insumos, en la siguiente tabla se presentan los resultados de la disponibilidad de éstos para realizar las actividades de la consulta.

**Tabla 158. Disponibilidad de insumos para el servicio obstétrico (%), declarada por las IPS según su naturaleza jurídica**

Tipos de insumos disponibles	Privada o Mixta	Pública
Realizar oportunamente la atención obstétrica	98,6	79,9
Realizar correctamente todos las actividades de la atención	97,1	72,7
Explicar a la usuaria su situación y tratamiento	98,0	84,7
Proteger su salud, la de la usuaria y la del recién nacido	97,5	82,0

La falta de algún insumo crítico en los últimos 30 días contados hasta el momento de la encuesta, no afectó la calidad de la atención obstétrica realizada por la persona, en el 98% de las IPS privadas y el 79% de las públicas.

En el 95% tanto de las IPS privadas como públicas se tenía definido un procedimiento para la remisión de pacientes a otra institución de mayor nivel de complejidad, cuando la situación del usuario así lo requiere. De éstas, el 98% de las personas de las IPS públicas y el 94% de las privadas declaró conocerlos.

En la tabla 159 se presenta la disponibilidad de equipos en la institución para la atención obstétrica.

Se encontró que en el 95% de las IPS privadas y el 100% de las públicas de alta complejidad, contaba con un consultorio para examen en el área de procedimientos. En éstas, el 98% de las IPS privadas y el 90% de las públicas, contaba con camilla ginecológica con estribos ajustables. El 73% de las privadas y el 62% de las públicas con equipo de monitoreo fetal.

En el 93% de las IPS privadas y en el 94% de las públicas, existía un área de parto. En la tabla 160 se presentan los resultados para las IPS de alta complejidad de la existencia de muebles y equipos en esta área.

Se indagó sobre la existencia de equipo para la revisión del canal del parto en la sala de parto, encontrándose que, el 99% de las IPS privadas y el 96% de las públicas, contaba con esos equipos. Para el caso de incubadora de transporte, el 88% de las IPS privadas y el 79% de las públicas tenían en la sala de partos de los servicios de alta complejidad.

**Tabla 159. Disponibilidad de equipos para la atención obstétrica (%), según naturaleza jurídica de las IPS**

Equipos disponibles en la institución para la atención obstétrica		Privada o Mixta	General
Equipo de succión	Sí	99,0	96,5
	No	1,0	3,5
Equipo básico de reanimación de adultos	Sí	99,0	86,6
	No	1,0	13,4
Equipo básico de reanimación del recién nacido	Sí	99,3	89,3
	No	0,7	10,7
Lámpara cuello de cisne	Sí	94,5	89,7
	No	5,5	10,3
Lámpara de calor radiante	Sí	93,5	82,0
	No	6,5	18,0
Mesa de atención del parto	Sí	99,4	97,6
	No	0,6	2,4
Equipos de atención de partos	Sí	99,6	99,8
	No	0,4	0,2
Equipos de episiotomía y episiorrafia	Sí	99,3	99,8
	No	0,7	0,2
Mesa para la atención del recién nacido	Sí	99,3	95,0
	No	0,7	5,0
Equipo de monitoreo fetal	Sí	94,8	62,1
	No	5,2	37,9
Incubadora estándar	Sí	89,7	63,4
	No	10,3	36,6
Ecógrafo	Sí	77,3	54,1
	No	22,7	45,9

El 84% de los servicios de alta complejidad obstétrica en las IPS privadas declaró tener unidad de cuidado obstétrico. Para el caso de las públicas, la participación fue del 80%. En la tabla 161 se presentan los resultados a las preguntas de muebles y equipos en estas unidades.

**Tabla 160. Disponibilidad de muebles y equipos en el área de parto en los servicios de alta complejidad (%), según naturaleza jurídica de las IPS**

Muebles y equipos		Privada o Mixta	General
Cama hospitalaria de 2 ó 3 planos	Sí	79,4	83,3
	No	20,6	16,7
Equipo de succión	Sí	88,4	74,5
	No	11,6	25,5
Ecógrafo con transductor vaginal	Sí	52,6	37,6
	No	47,4	62,4
Doppler obstétrico	Sí	79,5	59,5
	No	20,5	40,5
Equipo para amniocentesis	Sí	79,3	43,6
	No	20,7	56,4
Bombas de infusión	Sí	97,7	97,8
	No	2,3	2,2
Glucómetro	Sí	95,5	96,4
	No	4,5	3,6

**Tabla 161. Disponibilidad de muebles y equipos en las unidades de cuidado obstétrico (%) según la naturaleza jurídica de las IPS**

Existencia de muebles y equipos		Privada o Mixta	General
Cama hospitalaria de dos o tres planos	Sí	78,8	80,3
	No	21,2	19,7
Monitores de signos vitales	Sí	98,8	96,1
	No	1,2	3,9
Bombas de infusión continua	Sí	98,0	100,0
	No	2,0	0,0
Oxímetro	Sí	96,9	90,9
	No	3,1	9,1

## 11. ENTIDADES TERRITORIALES

La encuesta aplicada a las administraciones municipales de salud, están orientados a contextualizar el entorno municipal de los hogares estudiados en términos de la oferta, con instituciones públicas y privadas, de la prestación de servicios educativos y de salud, la existencia y cobertura de servicios públicos y los resultados de las acciones de vigilancia en salud pública, prevención y promoción, control de dengue y malaria, acorde con las competencias asignadas.

Estas variables contextuales incluidas en los modelos explicativos de la situación de salud y de la demanda de servicios deben mejorar mucho el ajuste de los mismos.

Sin embargo, es posible tomar estos resultados para mostrar un perfil del trabajo de las administraciones municipales en los temas arriba descritos, fundamentalmente en el ámbito nacional.

El instrumento, diseñado para la encuesta a administraciones municipales de salud, se diligenció mediante entrevista personal al director municipal de salud o quien cumpliera funciones equivalentes, en cada uno de los municipios de la muestra (225 en total).

Los resultados que a continuación se presentan son representativos de 1.005 municipios distribuidos por todos los departamentos del país.

### 11.1. Oferta de servicios en salud

De acuerdo con la apreciación de los entrevistados, se tomaron datos sobre la oferta de servicios en cada uno de los municipios visitados. Se recogió información acerca de la oferta pública y privada de servicios de salud.

Se indagó sobre la existencia en los municipios de hospitales y clínicas públicas, centros de salud y puestos de salud públicos, clínicas privadas con hospitalización y centros de atención ambulatoria pertenecientes a EPS.

Según lo recogido por los encuestadores, se observó que no existen municipios en el país sin al menos unas instituciones de salud antes enumeradas. El 72% de los municipios cuenta con al menos un hospital o clínica público o una clínica privada con hospitalización; este porcentaje baja al 64% si se le añaden al menos un centro o puesto de salud públicos o un centro de atención ambulatoria de EPS.

Por otro lado, el 23% de los municipios sólo registra instituciones del tipo de puestos de salud o centro de salud públicos o centros ambulatorios de las EPS. Estos municipios son muy pequeños y de bajos recursos (el 86% califica como de categoría 6 y el 5% de categoría 5 según clasificación de municipios del Departamento Nacional de Planeación —DNP—).

En la tabla 162 se presenta la distribución independiente de las instituciones de salud de acuerdo con el porcentaje de municipios que las registran en su ámbito geográfico.

**Tabla 162. Clasificación de municipios de acuerdo al número de instituciones de salud presentes en su territorio (%), según tipo de IPS**

Tipo de IPS	Municipios clasificados según número de instituciones de salud		
	Ninguno	Entre 1 y 2	Más de dos
Hospitales y clínicas públicas	25	71	4
Centros de salud	41	47	12
Clínicas privadas con hospitalización	86	11	3
Centros de atención ambulatoria de EPS/ARS	59	23	18
Puestos de Salud	25	29	46

Se observa en la tabla 162 que en el 25% de los municipios no se registran instituciones del tipo de puestos de salud; porcentaje similar se tiene de municipios que no tienen hospitales o clínicas públicas. No se registran centros de salud en el 41% de los municipios.

Con respecto a las instituciones de orden privado, el 59% de los municipios no se registra centros de atención ambulatoria de EPS; este porcentaje se eleva hasta el 86% para los municipios que no cuentan con clínicas privadas con hospitalización.

## 11.2. Oferta de servicios públicos

Las administraciones municipales de salud registraron la existencia de servicios públicos como recolección de basura, servicios de alcantarillado y de acueducto; además se tiene información sobre la existencia de mataderos de ganado bovino. En todos los casos se tomó información sobre las coberturas poblacionales para estos servicios.

El 94% de los municipios cuenta con servicio formal de recolección de basuras en sus cabeceras municipales; en el valor promedio, la cobertura poblacional alcanza el 83%.

El 88% de los municipios registran servicio de alcantarillado en la cabecera municipal; la cobertura poblacional, es en promedio, del 85% para este servicio.

Con respecto a la cobertura poblacional promedio para servicios de acueducto de cualquier índole, se registró en el 91% de las cabeceras municipales y 57% de la zona "resto".

El 54% de los municipios registra la existencia de mataderos de ganado bovino con licencia; en la mayoría de estos municipios (96%) se cuenta con un solo matadero; en el 60% de los municipios con matadero se sacrifican reses en 5 ó más días a la semana.

### 11.3. Oferta de servicios educativos

En la oferta de servicios para educación se incluye el registro de instituciones educativas públicas y privadas para la educación primaria, secundaria y preescolar.

En las cabeceras municipales todos los municipios registraron al menos una institución educativa privada o pública existente; mientras que en la zona rural o resto municipal se registró un 2% de municipios sin institución educativa.

**Tabla 163. Clasificación de municipios de acuerdo al número de instituciones educativas (%), según tipo de institución**

Tipo de institución	Municipios clasificados según número de instituciones de salud		
	Ninguno	Entre 1 y 2	Más de dos
Colegios o escuelas privados en cabecera municipal	52	23	25
Colegios o escuelas privados en zona resto o rural	88	7	5
Colegios o escuelas públicos en cabeceras municipales	60	13	27
Colegios o escuelas públicos en zonas resto o rural	56	4	40

En la tabla 163 se presenta la distribución independiente de instituciones educativas de acuerdo al porcentaje de municipios que las registran y el tipo de institución y su ubicación en zona cabecera o resto municipal.

Según lo que se observa en la tabla 163, el 52% de los municipios en sus cabeceras municipales aparecen registrados sin instituciones educativas privadas este porcentaje se eleva a 88% en la zona rural o el resto municipal.

En el caso de las instituciones educativas públicas, en el 60% de los municipios no se registra este tipo de institución, mientras que en el 56% no se cuenta con instituciones educativas públicas en el ámbito rural o el resto municipal.

## 11.4. Vigilancia en salud pública

El estudio incorporó la indagación, en cada uno de los municipios estudiados, sobre la realización o no, de vigilancia en salud pública en las diferentes acciones prioritarias establecidas por la legislación vigente, así como la verificación del registro de las cifras con las que cuentan los municipios como resultado de este proceso de vigilancia.

**Tabla 164. Municipios que realizan vigilancia en salud pública (%) según acciones objeto de la vigilancia**

Acciones objeto de vigilancia	% de municipios
Muertes perinatales	88
Muertes maternas	89
Muertes por IRA	86
Muertes por EDA	87
Casos de desnutrición	65
Muestras con resultados positivos de agua no apta para consumo humano	73
Muestras de alimentos que no cumplen con estándares	51

Como se muestra en la tabla 164, no todos los municipios realizan las acciones de vigilancia definidas dentro de sus competencias, pues se esperaría que para todas las acciones de vigilancia, con excepción de la vigilancia en la calidad del agua y de los alimentos, (competencias del departamento y de los municipios de categorías 1, 2 y 3) el porcentaje reportado fuera del 100%.

### 11.4.1. Índice de vigilancia en salud pública

Para el análisis del nivel de intervención de los municipios en la realización de acciones de vigilancia en salud pública, se construyó un índice a partir de la información reportada respecto de la realización o no de acciones como: la vigilancia en salud pública de las muertes perinatales; la vigilancia en salud pública de muertes maternas; vigilancia de muertes por IRA en menores de cinco años; vigilancia de muertes por EDA en menores de 5 años y vigilancia del estado nutricional de la población menor de cinco años; vigilancia de la calidad sanitaria del agua para uso humano; vigilancia de la calidad sanitaria de los alimentos e inspección sanitaria de los mataderos.

Para cada uno de estos aspectos se indagó si el municipio había desarrollado acciones de vigilancia desde enero de 2007, hasta la fecha de aplicación de la encuesta (entre agosto y noviembre de 2007), esperándose un total máximo de ocho respuestas afirmativas en este sentido. El índice se construye contabilizando para cada municipio, el número de respuestas afirmativas de realización dentro de los ocho programas mencionados y se establece la proporción respecto del máximo esperado.

El índice promedio total fue de 0,87, es decir, el 87% de los municipios había desarrollado acciones de vigilancia en el último año con respecto a todos los programas estudiados.

Se verificó que para los municipios que reportaron contar con mataderos autorizados, también hubieran realizado acciones de vigilancia en el 2007, en el 93% de los casos.

#### **11.4.2. Índice del nivel de formalización en las acciones de vigilancia de salud pública (existencia y seguimiento de protocolos)**

De manera complementaria, se construyó un índice para identificar el nivel de formalización en la realización de acciones de vigilancia en salud pública, a partir de la existencia de protocolos para el registro y análisis de la información relacionada con las acciones de cuatro programas a saber: muertes perinatales, muertes maternas, IRA y EDA.

El índice se construyó contabilizando para cada municipio, el número de respuestas afirmativas de existencia de protocolos dentro de los cuatro programas referidos y estableció la proporción respecto del máximo esperado, con cuatro.

El índice promedio total del grado de formalización de las acciones de vigilancia en salud pública resultó en 0,94, es decir, 94% de los municipios registraron existencia de protocolos para los cuatro programas referidos.

#### **11.4.3. Investigación de causas sobre los hallazgos de salud pública**

Finalmente, se estableció un índice de intervención sobre los hallazgos en salud pública que estuviera relacionado con la investigación realizada por los municipios sobre los casos identificados en cada uno de los programas de vigilancia llevados a cabo: muertes perinatales, muertes maternas, muertes por IRA y muertes por EDA.

De acuerdo con los protocolos del SIVIGILA, para los casos de muertes maternas y muertes perinatales, se debió investigar y analizar el 100% de los casos, mientras que para IRA y EDA correspondió investigar por lo menos el 80% de los casos.

Así, respecto a la investigación de casos de muertes perinatales, a nivel nacional se registró un promedio del 88%.

En cuanto a las muertes maternas el porcentaje promedio nacional de casos investigados sobre los registrados fue del 95%.

Al analizar el indicador sobre la investigación de casos de muerte por infección respiratoria aguda (IRA), el promedio nacional fue de 87%.

Finalmente, en cuanto a la investigación de casos de muertes por enfermedad diarreica aguda (EDA), el promedio nacional fue del 93%.

### 11.5. Prevención de los riesgos y promoción de la salud

Se analizó en este apartado el nivel de intervención municipal en la realización de programas, proyectos o acciones de prevención y promoción relacionados con accidentes de tránsito, lesiones por agresión, violencia intrafamiliar, mortalidad materna, mortalidad infantil, la transmisión de VIH/SIDA, la reducción de la transmisión de ITS entre otros.

Se identificó no sólo la existencia de programas de prevención y promoción según tipo de riesgo sino también la cantidad de programas, proyectos o intervenciones realizadas desde el primero de enero de 2007 hasta la fecha de aplicación de la encuesta. De tales programas, se realizó una selección aleatoria para verificar su existencia y características en cuanto a población beneficiaria, periodicidad y duración, entre otros.

**Tabla 165. Municipios (%) según tipo de intervenciones en promoción y prevención que realizan**

Intervenciones en prevención y promoción	% de municipios respecto al total de información sobre este aspecto (940)
Incentivar la vacunación en menores de cinco años	93
Reducir la transmisión de ITS	92
Reducir la transmisión de VIH/SIDA	88
Reducir la mortalidad materna	87
Reducir la violencia intrafamiliar	87
Reducir la utilización del control prenatal	86
Mejorar las condiciones nutricionales de la población	86
Incentivar la actividad física y el ejercicio	85
Incentivar la utilización de la citología cérvico uterina	85
Reducir o detectar la violencia sexual	83
Incentivar la utilización del control de crecimiento y desarrollo	81
Reducir el consumo de cigarrillo	80
Reducir la mortalidad infantil	78
Reducir el consumo de alcohol	75
Reducir la ocurrencia de lesiones por agresión	40
Reducir la ocurrencia de accidentes de tránsito	36

Como se observa en la tabla 165, para cada tipo de intervención (en términos de programas, proyectos o acciones realizadas) varió el porcentaje de municipios que dicen realizarlas. Así, fue mayor el número de municipios que reportaron intervenciones para incentivar la vacunación en menores de cinco años (93%) y para reducir la transmisión de ITS (92%).

Por el contrario, fue menor la frecuencia de municipios que reportaron la realización de programas en relación con la prevención de accidentes de tránsito (36%) y para reducir la ocurrencia de lesiones por agresión (40%).

Para el caso de las intervenciones orientadas a reducir la ocurrencia de lesiones por agresión y la ocurrencia de accidentes de tránsito, se registró la más baja proporción de municipios que dice realizar acciones en este aspecto (3,4%).

### 11.6. Control de dengue y malaria

De aquellos municipios con riesgo para la transmisión del dengue (65%), el 64% informó haber realizado durante el año 2007 actividades de vigilancia entomológica para el control del dengue.

El 66% de los municipios de riesgo informó que durante el año 2007 realizó actividades para reducir la infestación del Aedes.

El total de municipios que realizó actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control del dengue fue del 67%.

Finalmente, respecto a la realización de actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento del dengue, el 47% de los municipios de riesgo para la infección informó realizar estas actividades.

A manera de síntesis, se estableció un índice de intervención en el control del dengue construido a partir de la realización o no de las actividades antes descritas, calculado para cada municipio. Es de anotar que estos aspectos fueron estudiados para los municipios que están obligados a realizar este tipo de control. El valor máximo del índice es 1 y el más bajo es 0, indicando que aquellos municipios que tienen valores de 1 o cercanos a éste, tienen el más alto nivel de intervención en el control del dengue, por el contrario, los más cercanos a 0 expresan bajos niveles de intervención.

Así, la media nacional fue de 0,62 que al comparar con los índices antes calculados resulta bajo.

En cuanto al control de la malaria, del total de municipios con riesgo para la transmisión de malaria (62%), el 37,6% informó haber realizado actividades de vigilancia entomológica durante el 2007.

El 37,4% de los municipios informó haber realizado actividades para controlar los focos de anofeles en el municipio durante el 2007.

Respecto a la realización de actividades para mejorar el desempeño de la población sobre los signos de infección por malaria y para buscar tratamiento oportuno el 35,9% de los municipios informó que sí.

Por su parte, tan sólo el 17% de los municipios informó haber realizado actividades para mejorar la red de microscopía y tratamiento en la zona rural.

El 18,9% de los municipios reportó haber realizado actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de la malaria.

Finalmente, se indagó por el porcentaje de la población rural que se encuentra cubierta por la red de microscopia existente. El promedio total del porcentaje de población cubierta fue del 52%.

Se estableció un índice de intervención sobre el control de la malaria, teniendo en cuenta la realización o no de las diferentes actividades que fueron indagadas, para cada uno de los municipios. A nivel nacional se estimó este índice en 0,29.

ANEXOS



## ANEXO 1: PROCEDIMIENTOS DE ESTIMACIÓN Y CÁLCULO DE LA PRECISIÓN

### Procedimientos de estimación

Se denominan así los procedimientos para estimar sin sesgos los valores e indicadores de los universos de estudio. Son fuentes potenciales de sesgo las probabilidades desiguales de selección de las unidades últimas de observación (municipios, hogares, personas, IPS y usuarios), la posibilidad de alcanzar una cobertura incompleta de las muestras seleccionadas, las posibles imperfecciones del marco de muestreo utilizado en la selección de las muestras, los errores que podría tener el diseño de los instrumentos de medición y las posibles deficiencias en la selección y capacitación de los recolectores en la captación de los datos y en su procesamiento.

Los potenciales problemas de los instrumentos se controlaron mediante rigurosos procesos de prueba y validación. Las eventuales deficiencias en la capacitación, y en la recolección y procesamiento de los datos se redujeron al mínimo a través de una organización de recolección altamente estructurada y controlada, de estrictas normas de selección de personal, de exigentes esquemas de entrenamiento teórico- práctico, de detallados manuales de funciones y procedimientos, de rigurosos planes de supervisión y control de calidad, y de un fluido sistema de información de la recolección.

El sesgo originado de las diferentes probabilidades de selección, se controló ponderando los valores muestrales por el recíproco de la probabilidad final de las unidades últimas de observación. La probabilidad final es el producto de las probabilidades parciales de cada una de las etapas del proceso de selección. El recíproco mencionado se lo llama también “factor de expansión”, pues su aplicación genera estimaciones insesgadas de los valores absolutos del universo de investigación.

La no cobertura de algunas de las unidades de muestreo seleccionadas, es causante de sesgos de estimación cuando las tasas de no cobertura varían entre los distintos subgrupos de la pobla-

ción, y los indicadores de estudio también difieren entre estos grupos. La minimización del sesgo se logró con un factor de ajuste, aplicado para cada tipo de unidad de observación a nivel de conglomerado mínimo de la muestra.

Los efectos de las deficiencias del marco de muestreo censal (1993) y las imprecisiones en la estructura del universo de población general, estimada ésta a partir de la muestra de hogares expandida, se corrigieron al máximo con base en la construcción de un factor de ajuste estructural y de totales, calculado con base en las cifras del Censo General 2005-06 proyectado a la fecha de la ENS. El factor es una razón entre la cifra del censo y el valor de la muestra expandida, calculada para cada departamento a nivel de subclases por zona (urbana y rural), edad y género.

Por otra parte, del universo de usuarios de urgencia, consulta y hospitalización sólo se disponía de la parte suministrada por el Ministerio de la Protección Social referente al número de servicios producidos por IPS públicas. Fue necesario, entonces, realizar una estimación del universo de usuarios de IPS privadas a partir de los resultados expandidos de la encuesta de hogares, que permitieron generar, con base en las preguntas sobre consulta médica en instituciones en un lapso de dos semanas, y sobre hospitalización en un lapso de doce meses, el volumen total de este tipo de atenciones en un mes. En consecuencia, se redujo de dicho total la cifra promedio mensual del Ministerio de la Protección Social sobre usuarios de IPS públicas.

En cuanto a la clasificación de las consultas en IPS privadas, en urgencias y consultas externas, se aplicó en cada IPS encuestada la proporción observada en la semana de recolección de la encuesta.

En síntesis, las cifras del universo de usuarios provienen de tres fuentes: El Ministerio de la Protección Social (base SIHO, Decreto 2193), con respecto a los usuarios de las IPS públicas, la propia encuesta de hogares (ENS 2007) a través de sus cifras expandidas y la recolección del volumen de atención semanal y mensual en las IPS de la muestra. Ver la tabla con volúmenes de atención a continuación:

## Volúmenes de atención estimados para el universo de IPS por departamento, naturaleza y tipo de atención

Departamento	IPS Públicas				IPS Privadas o Mixtas				Total			
	Consulta externa	Urgencias	Hospitalización	Total	Consulta externa	Urgencias	Hospitalización	Total	Consulta externa	Urgencias	Hospitalización	Total
Amazonas	7.836	1.097	367	9.299	845	83	33	961	8.681	1.180	400	10.260
Antioquia	502.867	115.181	18.503	636.551	408.569	78.218	15.426	502.213	911.436	193.399	33.928	1.138.764
Arauca	32.128	5.771	2.590	40.489	7.141	167	68	7.376	39.269	5.938	2.658	47.865
Atlántico	93.365	34.614	4.464	132.442	251.647	89.362	10.883	351.892	345.011	123.976	15.347	484.334
Bogotá	391.815	53.669	17.170	462.654	1.199.525	130.390	51.435	1.381.350	1.591.340	184.059	68.605	1.844.004
Bolívar	118.840	35.939	3.252	158.030	254.248	69.938	9.049	333.235	373.088	105.877	12.301	491.265
Boyacá	179.858	20.920	4.496	205.275	93.393	13.690	4.103	111.186	273.251	34.610	8.599	316.460
Caldas	130.057	24.386	3.637	158.081	64.373	11.178	3.984	79.535	194.431	35.564	7.621	237.616
Caquetá	62.174	9.081	2.483	73.738	34.857	7.316	422	42.595	97.031	16.397	2.905	116.333
Casanare	53.812	11.355	1.261	66.427	24.946	2.228	801	27.975	78.758	13.583	2.062	94.402
Cauca	158.924	19.425	3.833	182.182	39.977	3.514	6.058	49.548	198.901	22.938	9.891	231.730
Cesar	148.547	31.591	6.029	186.167	28.192	8.113	926	37.231	176.739	39.703	6.955	223.398
Chocó	17.108	3.864	888	21.859	71.384	11.703	2.019	85.107	88.492	15.567	2.907	106.966
Córdoba	110.613	22.501	4.328	137.441	90.319	34.436	6.558	131.313	200.932	56.937	10.885	268.754
Cundinamarca	214.933	42.579	7.486	264.998	291.921	46.532	6.768	345.221	506.854	89.111	14.253	610.219
Guainía	3.621	421	140	4.183	98	0	0	98	3.719	421	140	4.281
Guaviare	9.133	2.452	585	12.169	2.631	0	0	2.631	11.763	2.452	585	14.799
Huila	140.413	27.761	4.181	172.355	64.919	16.824	2.285	84.028	205.332	44.585	6.466	256.383
La Guajira	54.598	9.214	1.473	65.284	79.777	4.073	4.039	87.889	134.375	13.287	5.512	153.174
Magdalena	113.100	23.311	3.022	139.433	73.783	23.083	4.862	101.728	186.883	46.394	7.884	241.161
Meta	44.611	11.550	1.546	57.707	107.086	18.429	3.535	129.051	151.697	29.980	5.081	186.758
Nariño	195.884	30.408	4.475	230.767	126.236	45.922	5.775	177.933	322.120	76.329	10.250	408.699
N. de												
Santander	101.005	29.741	3.852	134.598	43.269	480	115	43.814	144.274	30.171	3.967	178.412
Putumayo	39.482	7.344	1.303	48.130	9.925	650	480	11.055	49.407	7.994	1.783	59.184
Quindío	65.489	24.562	2.328	92.379	38.800	6.316	1.354	46.470	104.289	30.878	3.682	138.850
Risaralda	99.306	23.275	4.053	126.634	83.956	26.177	3.983	114.116	183.262	49.452	8.036	240.750
San Andrés	0	0	0	0	11.490	1.660	852	14.002	11.490	1.660	852	14.002
Santander	143.639	24.337	5.642	173.617	162.294	37.757	3.879	203.930	305.933	62.093	9.521	377.547
Sucre	82.625	22.378	4.249	109.252	56.189	21.798	3.559	81.546	138.814	44.176	7.808	190.798
Tolima	170.030	39.461	8.003	217.493	110.263	19.189	2.589	132.041	280.293	58.650	10.591	349.534
Valle del Cauca	320.996	100.895	11.213	433.104	416.089	95.474	14.424	525.987	737.085	196.369	25.637	959.091
Vaupés	3.755	403	109	4.267	206	0	0	206	3.961	403	109	4.473
Vichada	7.738	1.007	227	8.972	0	0	0	0	7.738	1.007	227	8.972
<b>Total</b>	<b>3.818.300</b>	<b>810.491</b>	<b>137.185</b>	<b>4.765.976</b>	<b>4.236.858</b>	<b>822.991</b>	<b>169.411</b>	<b>5.229.260</b>	<b>8.055.158</b>	<b>1.633.482</b>	<b>306.596</b>	<b>9.995.236</b>

Utilizando como fuentes exógenas de buena calidad los universos descritos (usuarios públicos y privados) se construyó un factor final de ajuste de estructura, por tipo de atención y por naturaleza jurídica de la IPS, y de totales, mediante la razón calculada por subclase (departamento, naturaleza jurídica y tipo de atención) entre la cifra exógena del universo y la cifra expandida a partir de la muestra.

Se describen en seguida las definiciones de las probabilidades de selección de las muestras y de los factores de expansión y ajuste, con base en los cuales se estimaron para los universos de estudio los resultados de la Encuesta Nacional de Salud.

## Probabilidades y Factores de los hogares y sus miembros

### Probabilidades

$P_1$  = De las UPM en el estrato:

$$= \frac{\text{Población de la UPM seleccionada}}{\text{Población total del estrato del cual fue seleccionada}}$$

Para 59 UPM de inclusión forzosa, la población de la UPM y el estrato coinciden, por lo cual su probabilidad fue 1.

$P_2$  = De la UTM (Segmento) en la UPM

$$= \frac{\text{Medidas de Tamaño (MT) de 12 hogares, seleccionadas en la UPM}}{\text{MT existentes en la misma UPM}}$$

Esta probabilidad en función de MT obvia la probabilidad de selección de las USM (Unidad Secundaria de Muestreo).

$P_3$  = De los hogares en el segmento (UTM)

$$= \frac{\text{Hogares seleccionados en un segmento}}{\text{Hogares existentes en el segmento}}$$

Esta probabilidad fue habitualmente  $1/1 = 1$ . Los segmentos excesivamente grandes (más de 24 hogares) fueron submuestreados.

$$P_4 = \text{De las personas de 18 a 69 años en el hogar (para módulo 2, de entrevista)}$$

$$= \frac{\text{Personas de 18 a 69 seleccionadas en el hogar para módulo 2}}{\text{Personas de 18 a 69 existentes en el mismo hogar}}$$

La probabilidad de las personas 0 – 5 años y de las de 6 a 17 fue siempre 1, pues todas fueron seleccionadas.

$$P_5 = \text{De las personas 18 a 69 submuestreadas para examen clínico (módulo 4)}$$

$$= \frac{\text{Personas 18 a 69 seleccionadas en el hogar para examen clínico}}{\text{Personas 18 a 69 encuestadas con módulo 2}}$$

$$P_{fh} = \text{Probabilidad final de hogares}$$

$$= P_1 * P_2 * P_3$$

$$P_{fpe} = \text{Probabilidad final de personas seleccionadas para entrevista}$$

$$= P_{fh} * P_4$$

$$P_{fpex} = \text{Probabilidad final de personas seleccionadas para examen clínico}$$

$$= P_{fh} * P_{fpe}$$

## Factores

$$F_1 = \text{Factor básico de expansión de hogares}$$

$$= 1 / P_{fh}$$

$$F_2 = \text{Factor básico de expansión de personas para entrevista}$$

$$= 1 / P_{fpe}$$

$$F_3 = \text{Factor básico de expansión de personas para examen clínico}$$

$$= 1 / P_{fpex}$$

$$F_4 = \text{Factor de ajuste por no cobertura de segmentos completos}$$

$$= \frac{\text{Segmentos seleccionados en la zona (urbana o rural) de una UPM}}{\text{Segmentos encuestados en la misma zona de la misma UPM}}$$

$$F_5 = \text{Factor de ajuste por no cobertura de hogares}$$

$$= \frac{\text{Hogares existentes en un segmento}}{\text{Hogares encuestados en el mismo segmento}}$$

Cuando el factor es mayor de 1.5 se colapsan para su cálculo los segmentos vecinos de la misma zona (urbana o rural) y estrato socioeconómico.

$$F_6 = \text{Factor de ajuste de personas no entrevistadas}$$

$$= \frac{\text{Personas de un grupo de edad que debían ser entrevistadas en los hogares encuestados de un segmento}}{\text{Personas del mismo grupo de edad que fueron encuestadas en dichos hogares}}$$

$$F_7 = \text{Factor de ajuste de personas no examinadas}$$

$$= \frac{\text{Personas seleccionadas para examen clínico en un segmento, por procedimiento}}{\text{Personas examinadas clínicamente con el procedimiento}}$$

$$F_8 = \text{Factor de ajuste de estructura poblacional}$$

$$= \frac{\text{Personas de determinado grupo de edad, género y zona, en una UPM, según la proyección del Censo General 2005-06}}{\text{Personas expandidas en el mismo grupo con base en factor básico de expansión de personas ajustado por coberturas}}$$

$$F_9 = \text{Factor de ajuste de estructura de hogares por zona}$$

$$= \frac{\text{Hogares proyectados del Censo 2005 en una determinada zona de una UPM}}{\text{Hogares expandidos en la misma zona de la UPM con base en factor básico de expansión de hogares ajustado por coberturas}}$$

$$F_{fh} = \text{Factor final de expansión de hogares}$$

$$= F_1 * F_4 * F_5 * F_9$$

$$F_{fpe} = \text{Factor final de expansión de personas entrevistadas}$$

$$= F_{fh} * F_2 * F_6 * F_8$$

$$F_{fpex} = \text{Factor final de personas examinadas}$$

$$= F_{fh} * F_3 * F_7 * F_8$$

## Probabilidades y factores de las IPS y los usuarios

### Probabilidades

$P_6$  = De la UPM en función de las IPS

$$= \frac{\text{Total IPS existentes en la UPM según marco de habilitación}}{\text{Total IPS existentes en el estrato del cual fue seleccionada la UPM}}$$

$P_7$  = De las IPS en la UPM

$$= \frac{\text{Total IPS seleccionadas en subgrupo de naturaleza y tamaño de la UPM}}{\text{Total IPS existentes en mismo subgrupo de la UPM}}$$

Naturaleza: Privada o mixta, y pública

Tamaño: 0-9 camas, 10-19 camas, 20 y + camas

$P_8$  = De servicios de consulta externa

$$= \frac{\text{Total de servicios de consulta externa seleccionados en la IPS}}{\text{Total de servicios de consulta externa existentes en la misma IPS}}$$

$P_9$  = De los consultorios del servicio de consulta externa

$$= \frac{\text{Total de consultorios seleccionados en el servicio de consulta externa}}{\text{Total de servicios de consultorios existentes en el mismo servicio de consulta externa}}$$

$P_{10}$  = De los profesionales de obstetricia

$$= \frac{\text{Total de profesionales de obstetricia seleccionados}}{\text{Total de profesionales de obstetricia existentes en la IPS}}$$

$P_{11}$  = De los usuarios de consulta externa, urgencias y hospitalización

$$= \frac{\text{Total de usuarios de un servicio seleccionados en un día de recolección}}{\text{Total de usuarios del mismo servicio atendidos por la IPS en el mismo día}}$$

$P_f$  = Probabilidades Finales de las IPS y Usuarios

$P_{fIPS}$  = De las IPS  
 $= P_6 * P_7$

$P_{fIPS}$  = De los servicios de consulta externa  
 $= P_6 * P_7 * P_8$

$P_{fCO}$  = De los consultorios de consulta externa  
 $= P_6 * P_7 * P_8 * P_9$

$P_{fOBS}$  = De los obstetras  
 $= P_6 * P_7 * P_{10}$

$P_{fU}$  = De los usuarios  
 $= P_6 * P_7 * P_{11}$

## Factores

### Básicos de Expansión de las IPS y Usuarios:

$F_1$  = De las IPS  
 $= 1 / P_{fIPS}$

$F_2$  = De los servicios de consulta externa  
 $= 1 / P_{fCE}$

$F_3$  = De los consultorios  
 $= 1 / P_{fCO}$

$F_4$  = De los obstetras  
 $= 1 / P_{fOBS}$

$F_5$  = De los usuarios  
 $= 1 / P_{fU}$

### Ajuste de cobertura de las IPS y usuarios:

$F_7$  = De las IPS

$$= \frac{\text{Total IPS de determinada naturaleza y tamaño seleccionadas en la UPM}}{\text{Total IPS de la misma naturaleza y tamaño encuestadas en la UPM}}$$

$$F_8 = \text{De servicios de consulta externa}$$

$$= \frac{\text{Total de servicios de consulta externa seleccionados en la IPS}}{\text{Total de servicios de consulta externa encuestados en la IPS}}$$

$$F_9 = \text{De los consultorios de un servicio de consulta externa}$$

$$= \frac{\text{Total de consultorios seleccionados en el servicio}}{\text{Total de servicios de consultorios encuestados en el mismo servicio de consulta externa}}$$

$$F_{10} = \text{De los profesionales de obstetricia}$$

$$= \frac{\text{Total de los obstetras seleccionados en la IPS}}{\text{Total de obstetras encuestados en la misma IPS}}$$

Cuando alguno de los factores de ajuste de la cobertura es mayor de 1.5 se debe calcular colapsando varias IPS de la misma naturaleza y tamaño en la misma UPM, o en UPM similares del mismo departamento.

$$F_{11} = \text{De los usuarios}$$

$$= \frac{\text{Total de usuarios de un servicio seleccionados en la IPS}}{\text{Total de usuarios del mismo servicio encuestados en la IPS}}$$

### **Ajustes de Estructura y Totales de las IPS y Usuarios:**

para los usuarios a nivel departamental

$$F_{12} = \frac{\text{Total de usuarios de un servicio estimados a nivel de un departamento con base en fuentes exógenas}}{\text{Total de usuarios del mismo servicio expandidos en el mismo departamento con base en el factor de expansión ajustado por cobertura}}$$

### **Factores Finales de Expansión de IPS y Usuarios:**

$$F_{fIPS} = \text{De las IPS}$$

$$= F_1 * F_7$$

$$F_{fCE} = \text{De los servicios de consulta externa} \\ = F_{fIPS} * F_2 * F_8$$

$$F_{fCO} = \text{De los consultorios de consulta externa} \\ = F_{fCE} * F_3 * F_9$$

$$F_{fOBS} = \text{De los obstetras} \\ = F_{fIPS} * F_4 * F_{10}$$

$$F_{fU} = \text{De los usuarios} \\ = F_{fIPS} * F_5 * F_{11} * F_{12}$$

### Cálculo de la precisión observada

Todas las estimaciones de las características de los universos de estudio, basadas en muestras probabilísticas, son aproximadas, razón por la cual es importante establecer su nivel de precisión, o margen de error. El indicador apropiado es el Error Estándar o Error de Muestreo que mide la variabilidad del azar propia de las muestras probabilísticas. El Error Estándar Relativo es la expresión del error estándar como proporción o porcentaje del valor del indicador.

La formulación matemática para el cálculo del error estándar, está en función del tipo de muestra, de las etapas de la selección y de sus probabilidades.

Para el diseño descrito, se han adaptado las fórmulas propias de un muestreo estratificado, de conglomerados desiguales, para dos niveles de conglomeración (ver, por ejemplo, Chapter VI, Kish, L., Survey Sampling, 1965). El paquete estadístico STATA, que tiene la programación básica por el método de las Series de Taylor es el que se ha utilizado para el cálculo de los errores estándar de los primeros resultados de la ENS. Métodos más genéricos como Replicaciones Repetidas Balanceadas y Bootstrap, permitirían calcular con flexibilidad y mayor exactitud los errores de muestreo de prácticamente cualquier tipo de indicador estadístico.

Es pertinente insistir en que, por la complejidad del muestreo diseñado y aplicado en la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, las estimaciones puntuales calculadas y presentadas en este informe están afectadas por errores muestrales y no muestrales de difícil pero necesario control. Los errores no muestrales, generados esencialmente durante el proceso de recolección y procesamiento de los datos, se minimizaron gracias al cuidadoso diseño de la encuesta, la capacitación de los entrevistadores y la supervisión exhaustiva durante los procesos de recolección en campo, codificación, depuración y procesamiento de la información.

Los errores muestrales se han estimado mediante un algoritmo que permite obtener aproximaciones a los mismos bastante razonables más no exactas debido precisamente a la complejidad del diseño muestral.

## Sobre el cálculo de errores de muestreo

Dado que el diseño de la Encuesta Nacional de Salud 2007 corresponde a un muestreo complejo multietápico, se requiere hacer uso de fórmulas especiales que consideran los efectos de estratificación y conglomeración. En este sentido, los errores de muestreo de las estimaciones obtenidas a partir de la muestra, fueron calculados mediante el procedimiento `survey data` (comando "svy") del programa Stata versión 10, el cual es aplicable a diseños complejos y tiene en cuenta el factor de expansión de cada muestra o submuestra seleccionada.

Se precisa, para cualquier indicador (proporción, media, entre otros), la identificación de las variables que definen las etapas del diseño de muestreo y la que contiene el factor de expansión considerado para las estimaciones. Los casos en los que se encuentran estratos con una única unidad muestral se tratan como unidades certeras.

A manera de ejemplo, a continuación se presenta el algoritmo de comandos (una de las opciones disponibles) para estimar el error de muestreo asociado a la proporción de personas entre 18 y 69 años que han sido diagnosticadas con hipertensión para el ámbito nacional, es decir la proporción de la variable "h2\_1605" del módulo 2 de la encuesta de hogares:

- Definición del diseño y especificación del factor de expansión utilizado:  
`svyset upm [pweight=fa_final], fpc(fpc1) strata(estrato) singleunit(certainty) || segmento`
- Definición del estadístico al cual se desea calcular el error muestral:  
`svy: prop h2_1605`

Para la presentación de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007, se ha especificado el error estándar relativo (coeficiente de variación) en lugar del error estándar, debido a que esta medida relativa, calculada como la razón entre el error estándar y la estimación, permite hablar del error en términos de puntos porcentuales del valor de la estimación.

En el anexo 4 se presenta, para un grupo de indicadores de interés, el valor estimado, el error estándar relativo y el intervalo con 95% de confianza.

En estos cuadros se observa que, en el ámbito nacional, los resultados muestran errores relativos bajos en las muestras de hogares, lo cual confirma el nivel de precisión de la muestra. Pero en la medida en que se trabaja con submuestras de grupos poblacionales, como es el caso de la población de 18 años o más, o la submuestra generada para mediciones en muestra de sangre capilar, o las desagregaciones por departamentos y edades, los errores relativos se incrementan, como es de esperarse por el mismo proceso de submuestreo.

En general, la escogencia de un punto de corte del error estándar relativo o coeficiente de variación, a partir del cual se decide declarar como inútil o inservible la estimación dada del valor poblacional por la gran magnitud del error de muestreo asociado, resulta arbitraria y depende

básicamente de la naturaleza de la medición que se haga y del uso mismo que se quiera hacer de la misma. Por ejemplo, si se quiere evaluar, mediante un estudio por muestreo, la calidad en la producción en serie de instrumentos de mucha precisión, las diferencias admitidas entre la estimación y el valor poblacional han de ser obviamente muy pequeñas. En otros casos, como resulta del empleo de muestras de hogares u otras unidades de observación en que se indaga mediante entrevista personal sobre distintos aspectos de interés, suelen aceptarse precisiones mucho menores, generalmente no superiores al 15% o 20% de error estándar relativo<sup>1, 2, 3</sup>.

En el caso de la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, debido al interés en hacer comparaciones entre ámbitos geográficos, se presentan, en los cuadros referidos arriba, todos los valores estimados con sus errores asociados sin importar la magnitud de estos últimos; cada lector podrá hacer todas las comparaciones que desee según su interés.

- 
1. Instituto Vasco de Estadística -Eustat-. Encuesta de la Sociedad de la Información. Informe sobre el cálculo de errores de muestreo. Año 2005. Encontrado en: <http://www.eustat.es>
  2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. Metodología diseño muestral Encuesta de Desempeño institucional -EDI-. Agosto 2006. Encontrado en: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)
  3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INEC-. Encuesta nicaragüense para personas con discapacidad -ENDIS 2003-. Diseño de la muestra ENDIS 2003. Año 2004. Encontrado en: <http://www.inec.gob.ni>

## ANEXO 2: COBERTURAS EFECTIVAS DE LAS ENCUESTAS

El operativo de campo de encuestas se realizó entre el 3 de junio y el 25 de noviembre de 2007; en el departamento Archipiélago de San Andrés y Providencia se pospuso el operativo y éste finalmente se llevó a cabo entre el 27 de marzo y el 20 de abril del año 2008.

### Encuesta de hogares

#### Composición de la Muestra

- Municipios: 238
- Segmentos ENDS:
  - ◆ 3.935 con 45.729 viviendas
- Segmentos Nuevos
  - ◆ 558 con 8.513 viviendas

#### Muestra final de la ENS-2007

- 4.493 segmentos en 238 municipios con 54.242 viviendas, de los cuales se trabajaron 4.272
- En estos segmentos se encontraron 3.033 viviendas desocupadas o dedicadas a otros usos y 50.956 hogares.

#### Cobertura

- Incluyendo 282 encuestas incompletas el número de hogares que se logró entrevistar asciende a 41.833 lo que representa una cobertura del 82% con respecto al total de 50.956 hogares
- Pérdidas de Muestra:

- ◆ Rechazos: (3%)
  - ◆ Ausencias: (14%)
  - ◆ Otras causas: (2%)
- Población en los Hogares con Entrevista Completa
  - Total: 166.474 personas
    - ◆ de 6 a 17 años: 42.059
    - ◆ de 0 a 5 años: 19.381
    - ◆ de 18 a 69 años: 96.958
    - ◆ de 70 años y más: 8.076 (no se entrevistaron)

## Resultados de Entrevista

### Módulo 2:

Aplicable a 139.017 personas de 6 a 69 años, seleccionadas 88.765.

- Encuestas realizadas: 80.776 (91%)
- Rechazos: 706 (0,8%)
- Ausencias: 6.471 (7,3%)
- Otras causas: 629 (0,7%)

### Módulo 3:

Aplicable a 19.380 personas de las cuales fueron seleccionadas 19.380.

- Encuestas realizadas: 19.062 (98,4%)
- Rechazos: 31 (0,2%)
- Ausencias: 202 (1,0%)
- Otras causas: 85 (0,4%)

### Módulo 4:

Aplicable a 96.958 personas, seleccionadas 35.081.

- Encuestas realizadas: 29.819 (85,0%)
- Rechazos: 590 (1,7%)

- Ausencias: 4.042 (11,5%)
- Otras causas: 625 (1,8%)

### **Submuestra de mayores de 18 años: Exámenes con muestras de sangre capilar y mediciones de peso, talla y tensión arterial**

Aplicables a 96.958 personas y fueron seleccionadas 22.602.

- Realizados: 13.301 (58,8%)
- Completos: 12.846 (56,4%)
- Sin perfil lipídico ni glicemia: 455 (3,4%)
- Pérdida de muestra: 9.301 (41,2%)

### **Tenencia de perros y gatos**

En los hogares con entrevista completa se registraron 29.489 perros y gatos y se tomó información en una muestra de 20.109 de estos.

### **Ficha del Segmento**

Para los 4.272 segmentos se llenaron 5.294 fichas sobre características del entorno físico.

### **Encuestas a administraciones municipales de salud**

Aplicable en las 238 administraciones municipales.

- Entrevistas realizadas: 225 (94,5%)
- Pérdida, (ausencias y rechazos): 13 (5,5%)

### **Encuestas en IPS**

#### **Encuesta Institucional en IPS**

#### **Muestra de IPS**

- Total IPS seleccionadas: 1.472
- Muestra efectiva: 1.222
- Perdidas de muestra: 15,5%
  - ◆ Reemplazadas inicialmente por obsolescencia del marco muestral: 11,8%

- ◆ Inexistentes: 1,6%
- ◆ Cerradas o liquidadas: 2,1%

## Resultados de entrevista

### Módulo 1:

Aplicada a los directores científicos de las 1.222 IPS de la muestra efectiva.

### Módulo 2:

Aplicable a los 7474 responsables de servicios de consulta ambulatoria y programas de protección específica y detección temprana identificados en las IPS.

- Encuestas realizadas: 7.430 (99,4%)
- Pérdida: 44 (0,6%)

### Módulo 3:

Aplicable a 7.369 responsables de la prestación directa de los servicios de consulta ambulatoria.

- Encuestas realizadas: 7.031 (95,4%)
- Pérdida: 338 (4,6%)

### Módulo 4:

Aplicable a 937 profesionales de los servicios de obstetricia.

- Encuestas realizadas: 844 (90%)
- Pérdida: 93 (10%)

## Encuesta a usuarios de los servicios de salud

### Muestra de usuarios en las IPS seleccionadas

- Usuarios seleccionados 127.053
- Encuestas realizadas: 123.964 (97,6%)
- Pérdida: 3.098 (2,4%)
  - ◆ Rechazos: 2.900 (2,3%)
  - ◆ Otras causas: 189 (0,1%)

Número de encuestas esperadas: 120.000

## Resultados de Entrevista

### Módulo 1:

Aplicable a 96.143 usuarios de consulta externa.

- Encuestas realizadas: 93.961 (97,7%)
- Pérdida: 2.182 (2,3%)

### Módulo 2:

**Aplicable a 31.179 usuarios de hospitalización y urgencias.**

- Encuestas realizadas: 30.270 (97,1%)
- Pérdida: 909 (2,9%)



## ANEXO 3: RECOLECCIÓN Y VALIDACIÓN DE RIPS

Se siguieron las siguientes etapas en este proceso:

- Caracterización de IPS.
- Capacitación a supervisores y representantes de las IPS seleccionadas.
- Recolección de registros con validación, depuración y consolidación de la información.

### **Caracterización de IPS**

La caracterización de las IPS se realizó mediante encuestas telefónicas inicialmente tomando datos de identificación de la institución y de las personas que se podrían contactar para iniciar el proceso de recolección. Para ello se diseñó un instrumento de recolección de encuesta estructurada que incluía en cuatro módulos la información requerida:

- Datos de control: Registro de la información de la persona que nos suministra la información.
- Datos de identificación: Número de habilitación de la IPS, área, razón social, dirección, teléfono, fax, e-mail, naturaleza jurídica.
- Control de modificaciones: Verificación de la información anterior y si existen cambios registrarlos por cada ítem.
- Datos de caracterización específica: Corresponde a las preguntas sobre proceso RIPS dentro de la institución, la persona responsable y si tiene conexión a Internet.

### Capacitaciones a supervisores y representantes de las IPS

En las capacitaciones, impartidas por separado a supervisores y representantes de las IPS seleccionadas fueron cubiertos los siguientes temas:

- Presentación general del proyecto.
- Presentación de herramientas o aplicativos computacionales entregadas por el Ministerio de la Protección Social para el proceso: capturador y validador de datos.
- Presentación de cronograma y actividades a desarrollar.
- Presentación de los informes de salida que se entregarán a las IPS como retroalimentación de la información recibida.
- Compromisos para el envío de la información por parte de las IPS (fechas en las cuales nos enviarían la información).

### **Validación, depuración y consolidación de la información**

- Una vez recolectados los paquetes de registros RIPS por los supervisores, estos, luego de su validación enviaban a las IPS informe de resultados de la validación y enviaban el backup de la base de datos con información cargada y validada a los coordinadores del Cendex y del Observatorio de Salud Pública de Santander.
- La validación consistió en la utilización de un aplicativo diseñado por el Observatorio de Salud Pública de Santander que permitía evaluar los campos definidos como críticos (tiempo de ocurrencia del evento de interés, edad, genero y diagnóstico principal) en los registros de consulta externa, urgencia, recién nacidos y hospitalización, con respecto a los indicadores de validación que se describen a continuación:
  - ♦ De cobertura: identifica si hay presencia de información en los campos críticos definidos.
  - ♦ De consistencia: señala si los datos presentes en los campos críticos estén registrados de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3.374 de 2.000 del Ministerio de la Protección Social, que regula el diligenciamiento de los RIPS.
  - ♦ De coherencia: indica si existe coherencia entre los datos presentes y consistentes registrados en dos campos críticos. Por ejemplo, si la edad corresponde o no con el tipo de documento, si el diagnóstico principal corresponde al género de la persona, etc.
  - ♦ De unicidad: indica si existe o no sólo un usuario con un número y tipo de identificación y así identificar la duplicidad o referencia múltiple de identificación personal en varios usuarios.
  - ♦ De estructura: identifica si la configuración o formato y presentación del archivo plano son correctos o de acuerdo a lo definido en la Resolución 3.374 del 2000.

### **Resultados obtenidos**

- La caracterización de las IPS se completó en el terreno para comprobar direcciones, códigos de habilitación, fusiones y salidas de IPS del marco muestral el cual resultó obsoleto; fue así necesario reemplazar 174 IPS en la muestra final.
- La cobertura final alcanzada de instituciones con registros RIPS recogidos y evaluados fue del 86% -1.035 IPS- con respecto a las 1.200 IPS esperadas.

## **ANEXO 4: ESTIMACIÓN DE PRECISIONES PARA INDICADORES SELECCIONADOS**



**Tabla 1. Hogares del país que han sido afectados por riesgos naturales en los últimos dos años (porcentaje y precisión de la estimación) por departamentos**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	37,8	17,9	24,5	51,1
Antioquia	52,2	8,4	43,6	60,8
Arauca	57,3	10,4	45,6	68,9
Atlántico	43,5	9,3	35,6	51,5
Bogotá	34,1	9,8	27,5	40,6
Bolívar	54,4	6,3	47,7	61,1
Boyacá	31,3	12,3	23,8	38,8
Caldas	23,6	13,8	17,3	30,0
Caquetá	43,0	11,8	33,0	53,0
Casanare	24,5	51,4	0	49,1
Cauca	54,6	5,8	48,4	60,8
Cesar	79,6	4,9	71,8	87,3
Chocó	68,6	5,9	60,7	76,6
Córdoba	63,8	6,5	55,7	72,0
Cundinamarca	35,4	16,6	23,9	47,0
Guainía	60,5	20,5	36,2	84,7
Guaviare	44,9	15,5	31,3	58,6
Huila	28,7	13,4	21,2	36,3
La Guajira	65,3	7,6	55,6	75,0
Magdalena	66,1	5,9	58,5	73,7
Meta	30,7	14,0	22,2	39,1
Nariño	18,1	19,3	11,2	24,9
Norte de Santander	49,3	8,9	40,7	58,0
Putumayo	32,1	18,4	20,5	43,8
Quindío	17,9	19,1	11,2	24,5
Risaralda	23,6	19,3	14,7	32,6
San Andrés	43,5	16,8	29,2	57,9
Santander	45,3	10,4	36,1	54,5
Sucre	75,2	4,2	69,0	81,4
Tolima	28,8	12,8	21,6	36,1
Valle del Cauca	27,3	14,1	19,8	34,9
Vaupés	55,1	9,0	45,4	64,9
Vichada	67,0	9,8	54,2	79,9
<b>Nacional</b>	<b>43,8</b>	<b>2,3</b>	<b>41,8</b>	<b>45,7</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 2. Hogares del país en que residen personas que han sufrido desplazamiento desde enero del año 2003 (porcentaje y precisión de la estimación) por departamentos**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	26,7	7,9	22,5	30,8
Antioquia	30,7	3,6	28,6	32,8
Arauca	36,1	7,8	30,5	41,6
Atlántico	27,5	4,8	24,9	30,1
Bogotá	35,2	3,0	33,2	37,3
Bolívar	25,8	6,1	22,7	28,9
Boyacá	19,3	9,5	15,7	22,8
Caldas	32,2	5,7	28,6	35,8
Caquetá	42,8	4,4	39,1	46,5
Casanare	36,8	7,9	31,1	42,5
Cauca	26,8	5,8	23,8	29,8
Cesar	34,6	5,2	31,1	38,1
Chocó	30,9	7,8	26,2	35,7
Córdoba	20,8	6,1	18,3	23,3
Cundinamarca	27,9	7,0	24,1	31,8
Guainía	27,9	8,9	23,0	32,7
Guaviare	45,7	5,6	40,6	50,7
Huila	30,6	5,8	27,1	34,0
La Guajira	23,5	6,6	20,4	26,6
Magdalena	25,4	5,8	22,5	28,3
Meta	37,1	5,2	33,3	40,8
Nariño	22,1	6,0	19,5	24,6
Norte de Santander	30,9	4,5	28,2	33,7
Putumayo	40,1	5,2	35,9	44,2
Quindío	33,7	4,9	30,4	36,9
Risaralda	42,3	4,4	38,6	45,9
San Andrés	25,4	9,1	20,9	29,9
Santander	30,5	6,4	26,7	34,3
Sucre	21,5	6,9	18,6	24,4
Tolima	29,7	6,6	25,9	33,5
Valle del Cauca	34,6	3,6	32,2	37,0
Vaupés	30,2	7,5	25,7	34,7
Vichada	44,4	5,4	39,7	49,1
<b>Nacional</b>	<b>30,7</b>	<b>1,2</b>	<b>30,0</b>	<b>31,4</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100 y 100

**Tabla 3. Hogares del país con residentes que han sufrido desplazamiento desde enero del 2003 según sitio donde vivían antes del desplazamiento (porcentaje y precisión de la estimación) por departamento**

Departamento	Mismo municipio misma zona			Mismo municipio distinta zona (urbano/rural)			Otro municipio de este departamento			Otro departamento		
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95
Amazonas	34,4	17,6	22,6 46,3	44,1	11,3	34,3 53,9	5,1	37,1	1,4 8,7	13,9	16,3	9,5 18,3
Antioquia	49,7	4,6	45,3 54,2	29,1	6,9	25,1 33,0	15,9	9,6	12,9 18,9	4,8	16,0	3,3 6,3
Arauca	40,9	12,3	31,1 50,8	31,7	14,7	22,6 40,9	10,1	24,0	5,3 14,8	16,4	17,2	10,9 22,0
Atlántico	36,8	7,4	31,4 42,1	46,5	5,8	41,2 51,7	7,5	19,0	4,7 10,3	8,9	15,9	6,1 11,7
Bogotá	51,4	3,7	47,7 55,2	35,1	5,2	31,5 38,7	4,4	14,1	3,2 5,6	8,2	12,4	6,2 10,2
Bolívar	53,8	5,7	47,8 59,8	29,3	11,3	22,8 35,8	9,0	21,2	5,2 12,7	7,0	18,4	4,5 9,5
Boyacá	31,4	13,2	23,3 39,6	45,8	11,6	35,4 56,2	10,9	28,1	4,9 17,0	11,9	19,0	7,4 16,3
Caldas	38,8	7,2	33,3 44,2	44,5	6,7	38,6 50,3	8,9	15,4	6,2 11,6	7,6	19,9	4,6 10,6
Caquetá	34,2	8,4	28,6 39,9	42,8	6,8	37,1 48,5	12,6	14,1	9,1 16,0	10,4	13,8	7,6 13,2
Casanare	33,7	14,8	23,9 43,5	36,7	14,9	26,0 47,4	11,4	26,9	5,4 17,4	18,2	26,9	8,6 27,8
Cauca	56,9	6,1	50,1 63,7	25,3	11,8	19,4 31,2	7,4	24,0	3,9 10,9	10,4	18,2	6,7 14,1
Cesar	42,8	7,8	36,2 49,3	36,6	9,2	30,0 43,1	9,5	24,9	4,9 14,2	10,5	17,0	7,0 14,0
Chocó	40,7	9,5	33,1 48,4	35,4	9,4	28,9 41,9	8,6	25,4	4,3 12,9	15,0	14,2	10,9 19,2
Córdoba	38,8	8,4	32,4 45,1	41,5	8,1	34,9 48,0	11,2	18,6	7,1 15,3	8,4	20,1	5,1 11,8
Cundinamarca	40,8	9,1	33,5 48,0	31,3	11,1	24,5 38,1	18,8	14,8	13,3 24,2	9,2	19,9	5,6 12,7
Guainía	42,4	14,7	30,2 54,6	27,9	21,0	16,4 39,4	3,4	43,0	0,5 6,2	25,8	16,5	17,5 34,2
Guaviare	60,7	5,5	54,2 67,2	20,3	15,5	14,1 26,5	7,3	26,2	3,5 11,0	11,7	15,8	8,1 15,3
Huila	48,2	5,8	42,7 53,7	32,5	7,9	27,4 37,5	12,3	14,7	8,7 15,8	6,6	20,2	4,0 9,2
La Guajira	51,7	7,3	44,3 59,1	28,3	13,3	20,9 35,7	10,3	24,0	5,4 15,1	9,2	18,5	5,8 12,5
Magdalena	39,2	11,5	30,4 48,0	45,3	9,5	36,9 53,7	4,6	30,2	1,9 7,4	9,4	20,9	5,6 13,3
Meta	35,6	7,6	30,2 40,9	38,0	6,7	33,0 43,1	12,7	13,7	9,3 16,1	13,3	12,7	10,0 16,6
Nariño	44,7	8,5	37,3 52,1	34,5	11,0	27,1 42,0	13,9	13,9	10,1 17,6	6,2	24,2	3,3 9,2
Norte de santander	40,5	8,2	34,0 47,1	36,1	8,2	30,3 41,9	15,4	15,6	10,7 20,1	5,6	21,2	3,3 8,0
Putumayo	30,5	12,9	22,8 38,3	40,6	11,2	31,7 49,5	11,5	16,1	7,9 15,1	17,4	17,2	11,5 23,2
Quindío	47,1	7,3	40,3 53,9	30,5	10,6	24,1 36,8	7,4	18,8	4,7 10,1	14,8	12,7	11,1 18,4
Risaralda	54,1	4,9	48,9 59,3	24,5	10,5	19,4 29,5	11,8	13,8	8,6 15,0	9,6	14,8	6,8 12,4
San Andrés	42,6	9,8	34,4 50,8	40,9	9,9	32,9 48,9	4,2	45,1	0,5 7,9	11,7	25,9	5,8 17,7
Santander	29,5	10,8	23,3 35,8	45,7	8,8	37,8 53,6	14,6	14,3	10,5 18,7	9,7	20,7	5,8 13,6
Sucre	55,2	7,2	47,3 63,0	27,5	13,4	20,3 34,8	9,7	22,4	5,4 13,9	7,1	23,8	3,8 10,5
Tolima	50,3	5,9	44,5 56,1	33,9	8,0	28,5 39,2	5,2	25,0	2,6 7,7	10,4	16,0	7,1 13,6
Valle del Cauca	48,2	4,8	43,7 52,8	37,6	6,1	33,1 42,0	8,6	15,0	6,1 11,1	4,6	17,7	3,0 6,2
Vaupés	46,3	11,4	35,9 56,6	25,8	14,7	18,4 33,3	4,2	33,3	1,5 6,9	22,3	18,2	14,4 30,3
Vichada	34,7	14,4	24,9 44,6	26,2	17,6	17,2 35,2	5,3	26,0	2,6 8,0	32,4	14,0	23,5 41,4
<b>Nacional</b>	<b>46,0</b>	<b>1,5</b>	<b>44,6 47,4</b>	<b>35,2</b>	<b>1,9</b>	<b>33,8 36,5</b>	<b>10,2</b>	<b>3,8</b>	<b>9,4 10,9</b>	<b>8,1</b>	<b>4,1</b>	<b>7,4 8,7</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 4. Hogares del país en que residen personas que han sufrido desplazamiento desde enero del año 2003 (porcentaje y precisión de la estimación) según razón principal para el mismo y área de localización de los hogares**

Razones para el desplazamiento	Área	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Mejorar condiciones de vivienda	Cabecera	47,0	1,8	45,3	48,6
	Centro poblado	43,3	4,3	39,7	46,9
	Rural disperso	35,5	6,4	31,0	39,9
Asuntos familiares o personales	Cabecera	33,2	2,5	31,6	34,9
	Centro poblado	31,7	5,2	28,5	35,0
	Rural disperso	31,6	6,8	27,4	35,8
Mejorar oportunidades de trabajo	Cabecera	9,3	4,7	8,5	10,2
	Centro poblado	14,5	7,9	12,3	16,7
	Rural disperso	24,8	8,6	20,6	29,0
Acciones de fuerzas armadas del estado o grupos armados ilegales	Cabecera	1,9	9,4	1,6	2,3
	Centro poblado	2,8	19,0	1,8	3,8
	Rural disperso	3,4	24,9	1,7	5,0

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 5. Hogares con personas que han sufrido desplazamiento según razones principales para el mismo (porcentaje y precisión de la estimación) por departamento**

Departamento	Mejorar condiciones de vivienda				Asuntos familiares o personales				Mejorar oportunidades de trabajo			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	59,4	7,9	50,2	68,5	22,1	17,1	14,7	29,6	9,8	23,6	5,3	14,4
Antioquia	45,1	4,8	40,8	49,3	35,3	5,7	31,4	39,3	11,8	11,8	9,0	14,5
Arauca	36,7	12,9	27,4	46,0	32,5	11,4	25,2	39,7	16,3	21,6	9,4	23,2
Atlántico	45,5	6,2	40,0	51,0	38,8	7,8	32,9	44,7	7,2	17,6	4,7	9,7
Bogotá	49,9	4,0	46,0	53,9	30,5	6,0	26,9	34,1	8,7	11,0	6,9	10,6
Bolívar	43,6	7,5	37,2	50,1	35,0	8,8	28,9	41,0	8,8	18,7	5,6	12,1
Boyacá	47,1	7,5	40,2	54,0	24,6	12,3	18,7	30,5	15,0	21,1	8,8	21,2
Caldas	50,7	5,5	45,2	56,2	26,7	10,0	21,5	32,0	10,6	13,9	7,7	13,5
Caquetá	37,5	9,2	30,7	44,3	33,1	8,7	27,5	38,8	18,3	13,4	13,5	23,0
Casanare	50,9	11,1	39,8	62,0	24,5	17,9	15,9	33,1	21,6	24,2	11,3	31,8
Cauca	44,3	7,6	37,7	50,9	32,3	10,3	25,8	38,8	9,6	21,1	5,6	13,6
Cesar	47,7	6,8	41,4	54,1	19,5	12,6	14,7	24,4	21,5	14,1	15,6	27,5
Chocó	44,2	6,6	38,4	49,9	27,9	12,0	21,3	34,5	17,1	17,3	11,3	22,9
Córdoba	43,2	8,6	35,9	50,4	35,0	9,6	28,4	41,6	12,4	15,9	8,5	16,3
Cundinamarca	44,3	9,2	36,3	52,3	31,2	14,7	22,2	40,2	11,4	18,8	7,2	15,6
Guainía	57,8	8,4	48,3	67,4	6,7	27,3	3,1	10,3	26,4	16,3	18,0	34,9
Guaviare	46,5	7,8	39,4	53,6	21,6	13,6	15,9	27,4	15,4	21,3	9,0	21,9
Huila	44,8	6,2	39,3	50,3	33,8	8,7	28,0	39,6	10,8	17,4	7,1	14,4
La Guajira	44,8	12,3	34,0	55,6	31,5	13,1	23,4	39,7	10,0	20,7	6,0	14,1
Magdalena	39,1	9,8	31,6	46,6	42,2	9,3	34,5	49,9	6,3	24,6	3,3	9,4
Meta	52,9	6,0	46,8	59,1	21,3	12,3	16,1	26,4	16,7	12,0	12,8	20,7
Nariño	29,7	9,9	24,0	35,5	44,1	7,8	37,3	50,9	14,4	18,6	9,2	19,7
Norte de Santander	65,8	4,6	59,9	71,8	22,4	12,9	16,7	28,0	4,5	24,4	2,4	6,7
Putumayo	35,6	10,3	28,5	42,8	30,0	11,4	23,3	36,7	17,3	16,6	11,7	22,9
Quindío	42,2	7,9	35,6	48,7	41,4	9,1	34,0	48,8	7,5	22,1	4,2	10,7
Risaralda	38,3	7,6	32,6	44,0	39,4	7,7	33,4	45,4	13,2	14,1	9,6	16,9
San Andrés	51,3	8,4	42,8	59,7	32,6	12,9	24,4	40,9	9,2	28,1	4,1	14,2
Santander	44,0	9,1	36,2	51,9	25,4	12,7	19,1	31,8	17,6	15,8	12,1	23,0
Sucre	55,0	7,3	47,1	62,9	27,0	12,9	20,1	33,8	7,0	21,3	4,1	10,0
Tolima	43,4	7,4	37,0	49,7	35,4	8,8	29,3	41,5	10,4	18,3	6,7	14,2
Valle del Cauca	43,7	6,1	38,5	49,0	40,1	7,1	34,5	45,7	7,9	17,4	5,2	10,6
Vaupés	24,4	14,0	17,7	31,1	38,7	11,3	30,2	47,2	24,4	16,6	16,4	32,3
Vichada	21,7	16,8	14,5	28,9	31,1	14,7	22,1	40,0	26,1	14,0	18,9	33,3
<b>Nacional</b>	<b>45,8</b>	<b>1,6</b>	<b>44,4</b>	<b>47,3</b>	<b>33,0</b>	<b>2,2</b>	<b>31,6</b>	<b>34,4</b>	<b>10,9</b>	<b>3,8</b>	<b>10,1</b>	<b>11,7</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 6. Mujeres con compañero o esposo al que le piden permiso para realizar algunas actividades (porcentaje y precisión de la estimación) por subregión**

Subregión	Salir sola				Salir con los hijos				Hacer los gastos cotidianos			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	29,6	15,4	20,6	38,6	19,4	17,2	12,8	25,9	16,2	15,0	11,4	21,0
A.M Barranquilla	16,9	6,5	14,7	19,0	11,7	8,2	9,8	13,6	9,8	9,9	7,9	11,7
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	22,7	17,1	15,0	30,3	12,6	15,0	8,9	16,4	12,1	14,3	8,7	15,5
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	31,3	8,5	26,1	36,5	21,2	8,6	17,6	24,9	20,9	9,7	16,9	24,9
Santanderes	9,9	12,6	7,5	12,4	7,5	14,0	5,4	9,6	8,1	13,0	6,0	10,2
Boyacá, Cundinamarca, Meta	9,0	10,9	7,0	10,9	6,7	14,8	4,7	8,6	8,7	17,3	5,8	11,7
A.M Medellín	10,6	9,4	8,6	12,6	6,6	11,7	5,1	8,2	7,6	11,0	6,0	9,3
Antioquia sin A.M Medellín	27,3	11,7	21,0	33,6	18,2	14,9	12,8	23,5	19,4	13,7	14,2	24,6
Caldas, Risaralda, Quindío	10,9	20,4	6,5	15,4	9,0	24,0	4,7	13,2	10,0	18,6	6,3	13,6
Tolima, Huila, Caquetá	20,1	14,5	14,4	25,9	13,5	19,8	8,3	18,8	13,2	16,4	8,9	17,5
A.M Cali	5,2	12,0	3,9	6,4	4,3	13,3	3,2	5,5	5,6	11,9	4,3	7,0
Valle sin A.M Cali ni Litoral	19,1	20,5	11,3	26,8	16,4	24,1	8,6	24,2	19,2	21,0	11,2	27,1
Cauca y Nariño sin Litoral	14,2	14,7	10,1	18,3	11,9	16,2	8,1	15,7	12,0	14,6	8,6	15,5
Litoral Pacífico	20,4	19,9	12,4	28,4	15,0	24,7	7,7	22,4	13,0	36,3	3,7	22,4
Bogotá	8,6	12,4	6,5	10,7	5,5	15,5	3,8	7,2	8,7	13,7	6,3	11,0
Orinoquia y Amazonia	8,4	15,8	5,8	11,0	4,3	19,7	2,7	6,0	6,6	20,1	4,0	9,3
<b>Nacional</b>	<b>15,6</b>	<b>5,4</b>	<b>13,9</b>	<b>17,3</b>	<b>10,8</b>	<b>5,9</b>	<b>9,6</b>	<b>12,1</b>	<b>11,6</b>	<b>5,5</b>	<b>10,3</b>	<b>12,8</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 7. Mujeres con compañero o esposo al que le piden permiso para realizar algunas visitas o actividades comunitarias (porcentaje y precisión de la estimación) por subregión**

Subregión	Visitar amistades				Visitar familiares				Participar en actividades comunitarias o sociales			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	17,9	11,6	13,8	22,0	17,8	11,0	14,0	21,7	15,3	9,9	12,3	18,3
A.M Barranquilla	11,4	7,5	9,7	13,1	10,7	7,6	9,1	12,3	13,1	8,7	10,9	15,3
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	15,9	16,0	10,9	21,0	15,4	13,9	11,2	19,7	14,1	12,2	10,7	17,5
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	22,8	10,0	18,3	27,2	23,7	8,7	19,6	27,7	18,0	12,9	13,4	22,6
Santanderes	6,9	23,5	3,7	10,1	6,8	25,6	3,4	10,3	5,0	27,1	2,3	7,7
Boyacá, Cundinamarca, Meta	7,8	14,2	5,6	9,9	8,0	13,7	5,9	10,2	7,5	16,0	5,1	9,8
A.M Medellín	5,4	13,0	4,0	6,8	4,7	13,1	3,5	5,9	4,1	14,7	2,9	5,3
Antioquia sin A.M Medellín	20,0	15,0	14,1	25,9	21,5	13,3	15,9	27,2	17,8	11,9	13,6	21,9
Caldas, Risaralda, Quindío	11,0	22,4	6,1	15,8	11,0	20,3	6,6	15,4	10,1	23,0	5,5	14,6
Tolima, Huila, Caquetá	15,5	19,1	9,6	21,3	15,5	15,6	10,7	20,2	13,8	19,1	8,6	19,0
A.M Cali	3,0	16,0	2,1	3,9	3,0	15,9	2,1	4,0	2,8	17,0	1,9	3,7
Valle sin A.M Cali ni Litoral	16,9	19,5	10,4	23,5	16,5	20,3	9,9	23,1	18,6	21,5	10,7	26,5
Cauca y Nariño sin Litoral	10,9	19,2	6,8	15,0	11,5	17,6	7,5	15,5	13,7	17,0	9,1	18,4
Litoral Pacífico	15,5	19,8	9,5	21,6	14,5	27,4	6,7	22,4	14,7	28,5	6,4	23,0
Bogotá	6,9	13,3	5,1	8,7	6,3	14,0	4,5	8,0	3,6	18,4	2,3	4,9
Orinoquía y Amazonia	5,5	19,7	3,4	7,7	5,9	19,3	3,7	8,1	7,2	17,8	4,7	9,7
<b>Nacional</b>	<b>11,4</b>	<b>6,6</b>	<b>9,9</b>	<b>12,9</b>	<b>11,4</b>	<b>6,8</b>	<b>9,9</b>	<b>12,9</b>	<b>10,0</b>	<b>7,1</b>	<b>8,6</b>	<b>11,4</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 8. Personas entre 6 y 69 años vacunadas contra la fiebre amarilla, que viven en municipios de riesgo para esta enfermedad (porcentaje y precisión de la estimación) por departamentos**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	94,6	0,9	93,0	96,3
Antioquia	44,5	3,4	41,5	47,5
Arauca	92,3	1,2	90,1	94,4
Atlántico	73,7	1,5	71,5	75,8
Bolívar	78,7	1,3	76,6	80,7
Caldas	67,5	2,9	63,7	71,4
Caquetá	84,6	1,3	82,5	86,6
Casanare	88,2	1,7	85,3	91,1
Cauca	40,7	5,8	36,0	45,3
Cesar	91,0	0,9	89,4	92,5
Chocó	55,8	5,5	49,8	61,9
Córdoba	68,0	2,4	64,7	71,2
Cundinamarca	42,0	6,5	36,6	47,4
Guainía	95,8	0,9	94,1	97,5
Guaviare	88,9	1,5	86,3	91,4
Huila	82,3	1,6	79,8	84,8
La Guajira	86,5	1,6	83,8	89,2
Magdalena	85,6	1,3	83,4	87,8
Meta	89,0	1,2	87,0	91,1
Nariño	43,8	9,3	35,8	51,8
Norte de Santander	90,4	0,9	88,9	92,0
Putumayo	89,2	1,3	87,0	91,4
Quindío	30,4	5,0	27,4	33,3
Risaralda	35,0	4,4	32,0	38,1
San Andrés	71,1	2,7	67,3	74,8
Santander	80,6	1,8	77,8	83,5
Sucre	79,0	1,9	76,1	81,9
Tolima	52,5	3,5	48,9	56,1
Valle del Cauca	37,5	3,9	34,7	40,3
Vaupés	93,0	0,9	91,3	94,7
Vichada	88,9	1,5	86,3	91,5
<b>Nacional</b>	<b>64,2</b>	<b>5,0</b>	<b>57,9</b>	<b>70,5</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 9. Personas entre 6 y 69 años vacunadas contra la fiebre amarilla, que viven en municipios de riesgo para esta enfermedad (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones y régimen de afiliación a la Seguridad Social**

Región	Régimen	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Atlántica	Contributivo	77,7	2,4	74,1	81,4
	Subsidiado	81,6	1,8	78,6	84,6
	Especial	78,8	2,8	74,4	83,3
	No asegurado	74,8	1,4	72,7	76,9
	No especificado	78,0	4,4	71,3	84,8
	<b>General</b>	<b>78,4</b>	<b>1,8</b>	<b>75,7</b>	<b>81,2</b>
Oriental	Contributivo	79,1	3,8	73,3	85,0
	Subsidiado	77,0	3,1	72,3	81,7
	Especial	87,4	2,7	82,8	92,1
	No asegurado	80,7	3,0	75,9	85,4
	No especificado	72,9	5,8	64,6	81,2
	<b>General</b>	<b>78,8</b>	<b>2,5</b>	<b>74,9</b>	<b>82,7</b>
Central	Contributivo	45,1	13,2	33,3	56,8
	Subsidiado	57,9	8,0	48,7	67,1
	Especial	57,7	6,9	49,9	65,6
	No asegurado	49,1	11,5	37,9	60,3
	No especificado	56,1	8,6	46,6	65,6
	<b>General</b>	<b>51,5</b>	<b>11,1</b>	<b>40,2</b>	<b>62,8</b>
Pacífica	Contributivo	36,6	6,0	32,3	41,0
	Subsidiado	41,1	6,3	36,0	46,3
	Especial	49,5	12,3	37,5	61,6
	No asegurado	39,4	6,1	34,6	44,1
	No especificado	59,0	13,0	43,8	74,2
	<b>General</b>	<b>40,1</b>	<b>5,0</b>	<b>36,1</b>	<b>44,1</b>
Orinoquía y Amazonía	Contributivo	90,3	2,2	86,3	94,3
	Subsidiado	89,2	1,4	86,7	91,6
	Especial	95,0	2,5	90,3	99,6
	No asegurado	88,4	2,3	84,4	92,4
	No especificado	93,9	2,4	89,5	98,4
	<b>General</b>	<b>90,0</b>	<b>1,7</b>	<b>86,9</b>	<b>93,1</b>
Nacional	Contributivo	59,1	8,4	49,3	68,9
	Subsidiado	67,8	3,1	63,6	72,0
	Especial	71,4	3,4	66,6	76,3
	No asegurado	63,8	4,0	58,8	68,8
	No especificado	65,7	4,5	59,9	71,5
	<b>General</b>	<b>64,2</b>	<b>5,0</b>	<b>57,9</b>	<b>70,5</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 10. Perros mascotas vacunados con la vacuna antirrábica (porcentaje y precisión de la estimación) según tiempo de vacunación por departamentos**

Departamento	Vacunados alguna vez				Vacunados hace un año o menos			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	85,2	2,9	80,4	90,1	68,3	5,9	60,4	76,1
Antioquia	72,4	3,9	66,9	78,0	62,3	4,6	56,6	68,0
Arauca	81,4	4,7	74,0	88,9	69,6	8,5	58,0	81,2
Atlántico	82,1	2,3	78,3	85,8	71,9	2,9	67,8	76,0
Bogotá	92,3	1,2	90,2	94,4	80,2	2,1	76,8	83,6
Bolívar	67,3	4,6	61,2	73,3	56,7	6,0	50,1	63,3
Boyacá	83,3	2,7	78,8	87,8	76,7	3,7	71,1	82,3
Caldas	84,8	3,2	79,5	90,1	70,1	4,9	63,4	76,7
Caquetá	57,9	6,4	50,6	65,2	50,7	7,5	43,2	58,2
Casanare	94,0	3,1	88,3	99,7	83,9	7,1	72,3	95,5
Cauca	51,8	9,7	42,0	61,7	40,4	10,9	31,8	49,0
Cesar	70,3	3,7	65,2	75,3	59,1	5,1	53,2	64,9
Chocó	60,6	8,5	50,5	70,7	53,1	8,2	44,5	61,6
Córdoba	72,9	4,2	66,8	78,9	64,5	5,2	58,0	71,0
Cundinamarca	74,5	3,6	69,3	79,7	60,1	5,4	53,6	66,5
Guainía	80,0	4,2	73,4	86,6	72,5	4,9	65,5	79,4
Guaviare	76,5	8,1	64,4	88,6	68,5	8,2	57,5	79,6
Huila	74,8	3,1	70,3	79,3	62,0	4,2	56,9	67,1
La Guajira	51,7	10,0	41,6	61,8	40,7	11,4	31,6	49,8
Magdalena	73,5	5,7	65,3	81,7	69,3	5,9	61,3	77,3
Meta	71,0	4,9	64,1	77,8	60,3	5,9	53,3	67,3
Nariño	76,4	4,3	70,0	82,8	67,8	5,2	60,9	74,6
Norte de Santander	78,0	3,3	72,9	83,0	65,6	4,5	59,9	71,4
Putumayo	87,0	3,3	81,4	92,7	81,7	5,3	73,2	90,2
Quindío	79,3	3,8	73,4	85,1	68,9	4,8	62,3	75,4
Risaralda	80,3	3,9	74,1	86,4	65,4	5,4	58,4	72,3
San Andrés	65,7	8,8	54,4	76,9	52,6	10,0	42,2	62,9
Santander	71,4	4,6	65,0	77,8	54,3	6,0	47,9	60,8
Sucre	66,5	5,0	60,0	73,1	56,9	5,8	50,5	63,4
Tolima	70,0	5,6	62,4	77,7	56,7	6,1	49,9	63,5
Valle del Cauca	87,0	1,8	84,0	90,0	76,8	3,0	72,3	81,2
Vaupés	71,9	3,3	67,2	76,6	62,0	4,9	56,1	68,0
Vichada	68,1	5,6	60,7	75,5	61,5	6,2	54,0	69,1
<b>Nacional</b>	<b>76,4</b>	<b>0,9</b>	<b>75,1</b>	<b>77,8</b>	<b>65,3</b>	<b>1,1</b>	<b>63,9</b>	<b>66,8</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 11. Gatos mascotas vacunados con la vacuna antirrábica (porcentaje y precisión de la estimación) según tiempo de vacunación por departamentos**

Departamento	Vacunados alguna vez				Vacunados hace un año o menos			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	44,4	11,7	34,2	54,6	36,3	14,5	26,0	46,7
Antioquia	42,9	9,2	35,2	50,6	36,3	10,4	28,9	43,7
Arauca	49,3	10,9	38,8	59,9	46,4	12,2	35,2	57,5
Atlántico	42,3	9,9	34,1	50,5	40,4	10,4	32,1	48,7
Bogotá	63,5	5,9	56,1	70,9	55,2	7,3	47,3	63,0
Bolívar	38,1	10,3	30,4	45,8	33,5	11,1	26,2	40,8
Boyacá	57,0	6,8	49,4	64,6	54,4	7,3	46,6	62,1
Caldas	37,4	12,0	28,6	46,2	30,6	12,4	23,2	38,1
Caquetá	20,6	16,3	14,0	27,2	19,1	17,5	12,6	25,7
Casanare	57,1	13,2	42,3	71,9	55,6	13,8	40,6	70,6
Cauca	18,3	21,1	10,7	25,8	16,8	22,1	9,5	24,0
Cesar	31,7	10,8	25,0	38,5	27,8	11,6	21,4	34,1
Chocó	34,7	15,5	24,2	45,2	29,4	11,9	22,5	36,3
Córdoba	46,8	8,5	39,0	54,6	41,9	9,7	34,0	49,9
Cundinamarca	37,6	12,4	28,5	46,7	31,1	12,9	23,3	39,0
Guainía	50,6	9,7	41,0	60,3	47,4	10,6	37,5	57,3
Guaviare	37,4	21,2	21,8	52,9	35,7	22,3	20,1	51,3
Huila	45,4	7,9	38,4	52,4	39,9	9,0	32,9	46,9
La Guajira	21,8	13,6	16,0	27,6	18,6	15,7	12,8	24,3
Magdalena	41,2	12,8	30,9	51,5	36,1	13,7	26,3	45,8
Meta	33,8	14,4	24,3	43,4	29,9	15,5	20,8	39,0
Nariño	49,3	10,1	39,6	59,0	45,8	10,4	36,5	55,0
Norte de Santander	45,1	8,0	38,0	52,1	39,8	9,3	32,6	47,0
Putumayo	47,9	11,6	37,0	58,8	47,0	11,9	36,0	58,0
Quindío	44,9	10,9	35,3	54,5	42,7	11,5	33,1	52,3
Risaralda	55,9	9,3	45,7	66,1	45,5	11,2	35,4	55,5
San Andrés	20,9	22,5	11,7	30,2	18,4	22,9	10,2	26,7
Santander	35,6	12,7	26,7	44,4	26,4	16,1	18,0	34,7
Sucre	43,3	10,2	34,6	52,0	37,1	12,3	28,2	46,0
Tolima	39,5	13,6	29,0	50,1	33,1	16,8	22,2	44,0
Valle del Cauca	57,8	5,9	51,1	64,4	52,3	6,3	45,8	58,7
Vaupés	58,6	10,6	46,4	70,8	54,1	12,3	41,0	67,1
Vichada	28,4	19,5	17,6	39,3	26,9	20,4	16,2	37,7
<b>Nacional</b>	<b>43,9</b>	<b>2,3</b>	<b>41,9</b>	<b>45,9</b>	<b>38,6</b>	<b>2,6</b>	<b>36,6</b>	<b>40,5</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 12. Personas entre 6 y 19 años que recibieron atenciones odontológicas preventivas durante el último año (porcentaje y precisión de la estimación) por departamentos**

Departamento	Aplicaciones de enjuagues de flúor				Colocación de sellantes			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	40,6	5,6	36,1	45,0	31,9	9,1	26,2	37,6
Antioquia	47,4	3,7	44,0	50,8	37,5	4,9	33,9	41,0
Arauca	45,4	6,2	39,8	50,9	43,7	8,4	36,6	50,9
Atlántico	31,9	5,1	28,8	35,1	22,8	6,5	19,9	25,7
Bogotá	39,9	3,6	37,1	42,7	37,5	4,1	34,4	40,5
Bolívar	35,1	6,8	30,4	39,8	20,3	10,5	16,1	24,4
Boyacá	51,5	5,0	46,4	56,6	43,5	6,3	38,1	48,8
Caldas	52,7	4,7	47,9	57,5	43,9	6,1	38,6	49,2
Caquetá	31,3	6,6	27,3	35,4	25,0	7,7	21,2	28,8
Casanare	65,5	4,6	59,6	71,5	60,6	7,0	52,3	68,9
Cauca	24,3	8,3	20,4	28,3	20,6	10,2	16,5	24,8
Cesar	41,7	4,5	38,0	45,3	31,8	7,0	27,4	36,1
Chocó	23,2	6,5	20,3	26,1	13,7	11,5	10,6	16,8
Córdoba	24,7	6,7	21,5	28,0	17,7	9,0	14,5	20,8
Cundinamarca	44,1	6,1	38,8	49,4	42,4	6,2	37,3	47,5
Guainía	71,8	3,6	66,8	76,9	53,3	6,5	46,5	60,1
Guaviare	47,1	7,4	40,3	54,0	42,9	11,2	33,5	52,3
Huila	59,7	3,3	55,8	63,6	50,8	4,6	46,2	55,3
La Guajira	40,8	7,3	35,0	46,6	19,4	10,6	15,4	23,5
Magdalena	31,2	6,7	27,1	35,3	23,9	8,9	19,7	28,0
Meta	42,1	5,2	37,7	46,4	37,9	6,5	33,1	42,7
Nariño	46,9	4,1	43,1	50,6	39,0	5,8	34,6	43,4
Norte de Santander	30,1	9,1	24,8	35,5	21,4	12,6	16,2	26,7
Putumayo	56,4	4,2	51,7	61,0	43,8	7,0	37,8	49,8
Quindío	53,6	3,8	49,6	57,6	47,5	5,2	42,7	52,3
Risaralda	53,0	3,6	49,3	56,7	45,8	5,1	41,3	50,4
San Andrés	38,4	7,6	32,6	44,2	33,6	10,4	26,8	40,5
Santander	33,5	7,1	28,9	38,2	28,7	8,0	24,2	33,3
Sucre	37,6	5,6	33,5	41,8	32,1	7,4	27,5	36,8
Tolima	41,3	5,2	37,1	45,5	32,9	7,0	28,4	37,4
Valle del Cauca	46,7	3,7	43,3	50,1	48,2	4,3	44,1	52,3
Vaupés	66,4	3,6	61,8	71,1	63,2	4,0	58,3	68,2
Vichada	26,3	12,0	20,1	32,5	35,9	8,7	29,8	42,0
<b>Nacional</b>	<b>40,9</b>	<b>1,2</b>	<b>40,0</b>	<b>41,9</b>	<b>34,4</b>	<b>1,5</b>	<b>33,4</b>	<b>35,4</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 13. Personas entre 6 y 69 años que han sufrido problemas dentales, en la boca o las encías en los últimos treinta días (porcentaje y precisión de la estimación) por departamentos**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	18,1	11,3	14,1	22,1
Antioquia	11,3	5,7	10,0	12,5
Arauca	12,6	8,0	10,7	14,6
Atlántico	13,5	6,4	11,8	15,2
Bogotá	15,8	4,4	14,5	17,2
Bolívar	22,2	4,7	20,2	24,3
Boyacá	18,4	6,4	16,1	20,7
Caldas	8,7	9,4	7,1	10,3
Caquetá	17,5	6,7	15,2	19,9
Casanare	12,5	16,4	8,5	16,5
Cauca	17,3	6,8	15,0	19,6
Cesar	14,2	6,4	12,4	16,0
Chocó	13,6	7,8	11,5	15,7
Córdoba	15,7	6,3	13,7	17,6
Cundinamarca	11,3	9,6	9,1	13,4
Guainía	9,4	16,8	6,3	12,5
Guaviare	18,0	11,9	13,8	22,1
Huila	13,0	6,7	11,3	14,7
La Guajira	17,5	9,8	14,1	20,8
Magdalena	13,2	7,6	11,2	15,2
Meta	20,4	5,3	18,3	22,5
Nariño	15,0	7,0	12,9	17,1
Norte de Santander	13,7	7,1	11,8	15,6
Putumayo	12,9	9,6	10,5	15,3
Quindío	11,9	8,3	10,0	13,8
Risaralda	12,1	7,5	10,3	13,9
San Andrés	14,9	9,2	12,2	17,6
Santander	14,8	10,6	11,7	17,9
Sucre	16,8	6,0	14,8	18,8
Tolima	14,8	6,5	12,9	16,7
Valle del Cauca	15,4	5,3	13,8	17,0
Vaupés	16,3	8,2	13,7	18,9
Vichada	15,3	11,1	11,9	18,6
<b>Nacional</b>	<b>14,7</b>	<b>1,6</b>	<b>14,2</b>	<b>15,1</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 14. Población entre 18 y 69 años que está de acuerdo con que su hijo insulte o le pegue a niños que lo insultan o le pegan (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	51,5	9,9	41,5	61,5	50,0	7,9	42,2	57,8	50,7	6,3	44,4	56,9
Antioquia	10,2	11,9	7,8	12,5	9,6	11,6	7,4	11,7	9,8	8,2	8,3	11,4
Arauca	23,5	13,1	17,5	29,5	13,0	13,2	9,6	16,4	17,8	9,6	14,5	21,2
Atlántico	15,3	9,3	12,5	18,1	10,9	10,4	8,7	13,1	12,9	6,9	11,2	14,7
Bogotá	18,7	7,1	16,1	21,3	16,1	7,0	13,9	18,3	17,3	5,0	15,6	18,9
Bolívar	18,2	11,6	14,1	22,3	15,7	11,2	12,3	19,1	16,9	8,1	14,2	19,6
Boyacá	20,2	12,3	15,3	25,1	16,2	12,8	12,1	20,2	18,1	8,8	15,0	21,2
Caldas	12,3	15,9	8,5	16,2	13,1	11,9	10,1	16,2	12,8	9,4	10,4	15,1
Caquetá	11,6	18,3	7,5	15,8	13,4	14,6	9,5	17,2	12,5	11,4	9,8	15,3
Casanare	12,8	23,6	6,9	18,7	16,9	21,5	9,8	24,1	14,9	16,0	10,3	19,6
Cauca	17,4	13,0	12,9	21,8	13,8	13,7	10,1	17,5	15,5	9,4	12,7	18,4
Cesar	10,1	14,2	7,3	12,9	13,3	10,7	10,5	16,1	11,8	8,6	9,8	13,8
Chocó	16,7	11,7	12,9	20,5	20,5	12,2	15,6	25,5	18,8	8,7	15,6	21,9
Córdoba	10,9	14,5	7,8	14,0	14,1	10,5	11,2	17,0	12,5	8,5	10,5	14,6
Cundinamarca	12,8	13,9	9,3	16,2	10,0	14,9	7,1	12,9	11,3	10,0	9,1	13,5
Guainía	12,4	18,1	8,0	16,7	12,2	15,8	8,4	16,0	12,3	11,9	9,4	15,1
Guaviare	15,5	23,3	8,4	22,6	11,6	23,9	6,2	17,1	13,4	16,7	9,0	17,8
Huila	8,0	21,1	4,7	11,3	6,7	16,6	4,5	8,9	7,3	13,4	5,4	9,2
La Guajira	31,4	10,2	25,1	37,6	36,5	7,8	30,9	42,1	34,1	6,2	30,0	38,3
Magdalena	8,3	18,0	5,4	11,3	9,6	14,6	6,9	12,3	9,0	11,4	7,0	11,0
Meta	15,1	13,6	11,1	19,1	18,9	9,9	15,3	22,6	17,1	8,1	14,4	19,8
Nariño	10,2	16,8	6,9	13,6	10,5	15,9	7,2	13,8	10,4	11,6	8,0	12,7
Norte de santander	8,5	22,8	4,7	12,3	9,3	16,0	6,4	12,1	8,9	13,4	6,6	11,3
Putumayo	9,8	24,0	5,2	14,5	12,8	16,9	8,6	17,1	11,5	13,9	8,4	14,6
Quindío	13,0	14,5	9,3	16,7	9,9	14,8	7,0	12,8	11,3	10,4	9,0	13,6
Risaralda	14,4	13,7	10,5	18,3	13,2	12,1	10,1	16,3	13,8	9,1	11,3	16,2
San Andrés	32,2	9,2	26,4	38,0	30,5	9,8	24,7	36,4	31,3	6,7	27,2	35,5
Santander	12,9	15,3	9,1	16,8	13,5	11,9	10,3	16,6	13,2	9,5	10,8	15,7
Sucre	14,3	12,6	10,8	17,9	11,6	12,8	8,6	14,5	12,9	9,0	10,6	15,1
Tolima	9,4	25,3	4,7	14,1	9,3	16,7	6,3	12,4	9,4	14,7	6,7	12,0
Valle del Cauca	15,0	10,5	11,9	18,1	16,9	7,9	14,3	19,5	16,0	6,2	14,1	18,0
Vaupés	15,5	15,7	10,7	20,3	19,7	12,4	14,9	24,5	17,7	9,8	14,3	21,1
Vichada	14,1	25,5	7,1	21,1	19,5	22,5	10,9	28,1	16,9	17,0	11,2	22,5
<b>Nacional</b>	<b>14,2</b>	<b>3,0</b>	<b>13,4</b>	<b>15,0</b>	<b>13,4</b>	<b>2,7</b>	<b>12,7</b>	<b>14,1</b>	<b>13,8</b>	<b>2,0</b>	<b>13,2</b>	<b>14,3</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 15. Población entre 18 y 69 años que piensa que el castigo físico es a veces necesario para educar a los hijos (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	44,0	11,4	34,2	53,8	47,8	8,3	40,0	55,5	46,1	6,8	39,9	52,2
Antioquia	27,2	6,6	23,6	30,7	30,5	5,6	27,1	33,8	29,0	4,3	26,5	31,4
Arauca	46,8	7,7	39,8	53,8	45,6	6,5	39,8	51,5	46,2	5,0	41,6	50,7
Atlántico	21,7	7,2	18,6	24,7	23,1	6,2	20,3	25,9	22,4	4,7	20,4	24,5
Bogotá	31,0	5,2	27,8	34,1	31,8	4,5	29,0	34,6	31,4	3,4	29,3	33,5
Bolívar	31,5	7,8	26,7	36,3	30,8	7,3	26,4	35,2	31,2	5,3	27,9	34,4
Boyacá	39,5	7,6	33,6	45,4	36,5	7,5	31,1	41,9	37,9	5,3	34,0	41,9
Caldas	32,1	9,3	26,2	37,9	39,1	6,3	34,3	43,9	36,0	5,3	32,2	39,7
Caquetá	50,9	6,1	44,8	57,0	59,1	4,6	53,8	64,4	55,2	3,7	51,2	59,2
Casanare	43,4	10,0	34,9	51,9	47,2	8,6	39,2	55,1	45,4	6,3	39,7	51,0
Cauca	44,5	6,8	38,6	50,4	44,4	6,5	38,8	50,1	44,4	4,6	40,4	48,5
Cesar	30,1	7,1	25,9	34,3	30,8	6,1	27,1	34,5	30,5	4,6	27,7	33,2
Chocó	32,4	7,9	27,4	37,4	39,5	7,2	33,9	45,0	36,2	5,3	32,4	40,0
Córdoba	34,9	6,8	30,3	39,6	37,1	5,5	33,1	41,0	36,0	4,3	33,0	39,1
Cundinamarca	35,7	7,6	30,3	41,0	38,3	6,4	33,6	43,1	37,1	4,8	33,6	40,6
Guainía	43,1	7,7	36,6	49,6	49,8	5,9	44,0	55,5	46,6	4,7	42,3	51,0
Guaviare	41,3	12,6	31,1	51,5	49,7	8,7	41,2	58,2	45,8	7,4	39,2	52,5
Huila	28,9	8,4	24,1	33,6	37,7	5,9	33,4	42,0	33,7	4,8	30,5	36,9
La Guajira	32,6	10,0	26,2	39,0	32,5	8,7	26,9	38,0	32,5	6,5	28,4	36,7
Magdalena	31,6	8,4	26,4	36,9	29,7	7,3	25,5	33,9	30,6	5,5	27,3	34,0
Meta	47,3	6,3	41,5	53,2	54,1	4,5	49,3	58,8	50,9	3,7	47,2	54,6
Nariño	28,6	9,5	23,3	33,9	33,4	7,0	28,8	38,1	31,2	5,7	27,7	34,7
Norte de Santander	19,9	13,3	14,7	25,0	19,7	11,0	15,5	24,0	19,8	8,5	16,5	23,1
Putumayo	31,8	11,1	24,9	38,7	38,3	8,3	32,0	44,5	35,4	6,7	30,8	40,0
Quindío	24,1	9,6	19,6	28,6	24,4	8,0	20,6	28,2	24,3	6,2	21,4	27,2
Risaralda	37,1	7,4	31,7	42,5	40,0	6,1	35,2	44,7	38,6	4,7	35,1	42,2
San Andrés	30,1	9,6	24,4	35,7	29,7	8,7	24,6	34,7	29,9	6,5	26,1	33,6
Santander	32,7	8,5	27,2	38,2	39,8	5,9	35,1	44,4	36,5	4,9	33,0	40,1
Sucre	32,4	8,2	27,2	37,5	32,2	7,5	27,5	36,9	32,3	5,4	28,8	35,7
Tolima	47,3	7,4	40,4	54,2	51,0	5,4	45,7	56,4	49,4	4,4	45,1	53,6
Valle del Cauca	22,0	7,5	18,7	25,2	29,0	5,5	25,9	32,1	25,7	4,4	23,5	28,0
Vaupés	41,9	7,6	35,7	48,2	45,8	6,3	40,2	51,5	44,0	4,9	39,8	48,2
Vichada	49,3	9,7	39,9	58,7	44,3	10,8	35,0	53,7	46,8	7,3	40,1	53,4
<b>Nacional</b>	<b>31,0</b>	<b>1,8</b>	<b>29,9</b>	<b>32,1</b>	<b>33,7</b>	<b>1,5</b>	<b>32,7</b>	<b>34,7</b>	<b>32,5</b>	<b>1,1</b>	<b>31,7</b>	<b>33,2</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 16. Población entre 18 y 69 años que piensa que cuando un hombre golpea a una mujer muy seguramente es porque ella le dio motivos (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				Mejorar oportunidades de trabajoGeneral			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	36,6	12,9	27,4	45,8	29,3	11,8	22,5	36,0	32,6	8,6	27,1	38,1
Antioquia	25,9	6,6	22,6	29,3	13,5	8,8	11,2	15,9	19,2	5,3	17,2	21,2
Arauca	21,8	14,0	15,8	27,8	11,5	15,3	8,0	14,9	16,2	10,6	12,8	19,6
Atlántico	22,5	7,0	19,4	25,5	20,2	6,7	17,6	22,9	21,3	4,8	19,2	23,3
Bogotá	23,2	6,2	20,4	26,0	11,8	8,1	9,9	13,7	17,0	5,0	15,4	18,7
Bolívar	44,2	5,9	39,1	49,4	31,0	7,4	26,5	35,5	37,4	4,6	34,0	40,8
Boyacá	34,0	8,6	28,2	39,7	28,6	8,5	23,9	33,4	31,1	6,1	27,4	34,9
Caldas	26,1	10,8	20,6	31,6	12,1	12,5	9,1	15,1	18,4	8,4	15,4	21,4
Caquetá	45,5	6,9	39,4	51,6	26,3	9,3	21,5	31,1	35,4	5,7	31,4	39,3
Casanare	26,0	15,2	18,2	33,7	15,5	15,3	10,8	20,2	20,5	11,3	16,0	25,1
Cauca	37,6	7,7	31,9	43,3	22,8	9,9	18,4	27,3	29,9	6,2	26,3	33,5
Cesar	40,9	5,6	36,4	45,3	26,8	6,7	23,3	30,4	33,5	4,3	30,6	36,3
Chocó	43,5	6,6	37,9	49,1	28,7	8,4	24,0	33,4	35,5	5,0	32,1	39,0
Cordoba	43,5	5,6	38,7	48,3	32,4	6,0	28,6	36,2	37,7	4,1	34,7	40,8
Cundinamarca	26,7	9,7	21,6	31,8	16,0	11,3	12,5	19,6	21,0	7,4	17,9	24,0
Guainía	38,1	8,6	31,7	44,5	21,0	11,6	16,2	25,8	29,0	7,1	25,0	33,0
Guaviare	33,8	14,4	24,2	43,3	19,7	16,2	13,4	25,9	26,1	10,8	20,6	31,7
Huila	29,3	8,6	24,4	34,2	20,4	9,1	16,8	24,0	24,5	6,2	21,5	27,4
La Guajira	36,3	10,1	29,1	43,4	26,5	9,8	21,4	31,6	31,0	7,1	26,6	35,3
Magdalena	41,0	6,9	35,5	46,5	30,2	7,3	25,9	34,5	35,3	5,0	31,8	38,8
Meta	36,1	8,0	30,4	41,7	24,3	8,5	20,3	28,4	29,8	5,9	26,4	33,3
Nariño	41,4	7,0	35,7	47,1	38,8	6,1	34,1	43,4	40,0	4,6	36,4	43,6
Norte de Santander	19,7	13,2	14,6	24,8	7,5	16,9	5,0	10,0	13,1	10,7	10,3	15,8
Putumayo	25,4	12,8	19,1	31,8	14,0	16,6	9,4	18,5	19,0	10,2	15,2	22,8
Quindío	15,1	12,7	11,3	18,8	10,0	14,0	7,2	12,7	12,2	9,5	9,9	14,4
Risaralda	29,2	8,7	24,3	34,2	18,8	10,1	15,1	22,6	23,6	6,6	20,5	26,6
San Andrés	31,5	9,2	25,8	37,2	19,0	12,0	14,5	23,4	25,1	7,4	21,5	28,8
Santander	33,9	8,5	28,2	39,5	19,3	10,1	15,5	23,1	25,9	6,6	22,6	29,3
Sucre	45,0	6,1	39,5	50,4	32,0	7,5	27,3	36,7	38,1	4,7	34,6	41,6
Tolima	39,2	8,8	32,4	46,0	24,3	9,3	19,9	28,8	31,0	6,5	27,1	35,0
Valle del Cauca	22,0	7,8	18,7	25,4	12,0	9,1	9,9	14,2	16,7	6,0	14,7	18,6
Vaupés	54,7	5,9	48,4	61,1	49,4	5,8	43,8	55,1	52,0	4,2	47,7	56,2
Vichada	49,6	9,7	40,2	59,0	30,3	14,8	21,5	39,1	39,7	8,5	33,1	46,3
<b>Nacional</b>	<b>29,8</b>	<b>1,8</b>	<b>28,8</b>	<b>30,9</b>	<b>18,8</b>	<b>2,0</b>	<b>18,0</b>	<b>19,5</b>	<b>23,9</b>	<b>1,3</b>	<b>23,3</b>	<b>24,5</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 17. Población entre 18 y 69 años que piensa que la agresión física es necesaria para que lo respeten a uno (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	19,8	19,7	12,1	27,4	14,3	18,3	9,2	19,4	16,8	13,3	12,4	21,2
Antioquia	10,2	11,7	7,8	12,5	6,1	13,2	4,5	7,7	8,0	8,7	6,6	9,3
Arauca	8,2	24,0	4,4	12,1	9,4	19,6	5,8	13,1	8,9	15,2	6,2	11,5
Atlántico	7,8	13,1	5,8	9,8	7,0	13,4	5,1	8,8	7,3	9,4	6,0	8,7
Bogotá	7,3	11,7	5,7	9,0	4,1	13,9	3,0	5,2	5,6	9,0	4,6	6,6
Bolívar	20,8	10,3	16,6	25,0	13,3	12,3	10,1	16,4	16,9	7,9	14,3	19,5
Boyacá	15,1	14,8	10,7	19,5	9,0	17,5	5,9	12,1	11,9	11,3	9,2	14,5
Caldas	8,3	21,0	4,9	11,7	5,1	20,0	3,1	7,1	6,6	14,7	4,7	8,4
Caquetá	18,3	13,8	13,3	23,2	15,8	12,7	11,9	19,7	17,0	9,4	13,8	20,1
Casanare	6,3	34,5	2,0	10,5	4,7	25,2	2,4	7,1	5,5	22,1	3,1	7,9
Cauca	18,0	13,1	13,4	22,6	13,3	14,6	9,5	17,1	15,6	9,7	12,6	18,5
Cesar	16,4	10,1	13,2	19,7	11,1	11,1	8,7	13,5	13,6	7,4	11,7	15,6
Chocó	20,0	10,4	15,9	24,1	18,4	11,4	14,3	22,6	19,2	7,5	16,3	22,0
Córdoba	21,7	9,4	17,7	25,7	16,4	9,5	13,4	19,4	18,9	6,6	16,5	21,4
Cundinamarca	9,3	17,9	6,1	12,6	6,7	16,7	4,5	8,9	7,9	12,3	6,0	9,8
Guainía	11,9	17,8	7,7	16,0	12,1	15,6	8,4	15,8	12,0	11,8	9,2	14,7
Guaviare	12,9	20,5	7,8	18,1	7,6	21,8	4,4	10,9	10,1	14,5	7,2	12,9
Huila	8,1	16,5	5,5	10,8	11,8	12,1	9,0	14,6	10,1	9,7	8,2	12,1
La Guajira	14,5	17,7	9,5	19,6	13,1	16,0	9,0	17,2	13,7	11,9	10,5	16,9
Magdalena	17,5	13,2	13,0	22,1	15,8	11,2	12,4	19,3	16,6	8,5	13,9	19,4
Meta	13,4	15,1	9,4	17,3	13,2	12,5	10,0	16,5	13,3	9,7	10,8	15,8
Nariño	19,3	11,4	15,0	23,6	20,1	9,4	16,4	23,8	19,7	7,2	16,9	22,5
Norte de Santander	10,4	17,6	6,8	14,0	4,9	29,8	2,0	7,7	7,4	15,5	5,2	9,6
Putumayo	12,9	19,8	7,9	18,0	9,8	20,9	5,8	13,8	11,2	14,4	8,0	14,3
Quindío	7,5	18,0	4,9	10,1	2,7	25,6	1,3	4,0	4,8	14,8	3,4	6,1
San Andrés	7,7	22,0	4,4	11,0	12,9	20,6	7,7	18,1	10,4	15,5	7,2	13,5
Risaralda	14,4	13,3	10,7	18,2	7,7	15,4	5,4	10,0	10,8	10,1	8,6	12,9
Santander	11,8	16,6	8,0	15,6	10,2	14,2	7,3	13,0	10,9	10,9	8,6	13,2
Sucre	18,9	12,3	14,4	23,4	15,0	12,8	11,3	18,8	16,8	8,7	14,0	19,7
Tolima	20,7	14,4	14,8	26,5	12,9	15,3	9,0	16,8	16,4	10,5	13,0	19,8
Valle del Cauca	8,1	15,5	5,6	10,6	6,0	13,9	4,4	7,6	7,0	10,5	5,5	8,4
Vaupés	26,5	10,8	20,9	32,1	39,6	7,1	34,1	45,1	33,3	6,1	29,4	37,3
Vichada	15,2	22,3	8,6	21,9	16,1	23,0	8,9	23,4	15,7	16,1	10,7	20,6
<b>Nacional</b>	<b>12,0</b>	<b>3,1</b>	<b>11,3</b>	<b>12,7</b>	<b>8,6</b>	<b>3,1</b>	<b>8,1</b>	<b>9,2</b>	<b>10,2</b>	<b>2,2</b>	<b>9,8</b>	<b>10,6</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

Tabla 18. Población entre 18 y 69 años que piensa que la agresión física es necesaria para poner fin a un problema (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento.

Departamento	Hombre			Mujer			General				
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		
Amazonas	18,9	20,0	11,5	26,3	19,4	7,2	16,1	14,9	14,2	10,8	19,1
Antioquia	8,3	13,1	6,2	10,5	14,8	4,0	7,2	6,8	9,8	5,5	8,2
Arauca	9,8	22,5	5,5	14,2	22,8	2,8	7,4	7,3	16,6	4,9	9,6
Atlántico	6,2	14,8	4,4	8,0	15,0	3,2	5,8	5,3	10,6	4,2	6,4
Bogotá	10,1	10,5	8,0	12,2	13,7	3,4	5,8	7,1	8,4	6,0	8,3
Bolívar	16,9	11,7	13,1	20,8	15,6	6,4	12,0	12,9	9,4	10,6	15,3
Boyacá	11,6	18,4	7,4	15,8	20,6	4,8	11,3	9,7	13,7	7,1	12,3
Caldas	7,7	22,4	4,3	11,1	21,8	2,4	6,1	5,8	16,0	4,0	7,6
Caquetá	11,8	17,7	7,7	15,9	14,8	8,7	15,7	12,0	11,4	9,3	14,7
Casanare	6,2	44,8	0,7	11,7	29,9	1,7	6,6	5,1	29,1	2,2	8,1
Cauca	13,7	15,3	9,6	17,8	18,6	5,3	11,3	10,9	11,8	8,4	13,4
Cesar	13,3	11,5	10,3	16,3	12,6	6,4	10,6	10,8	8,5	9,0	12,6
Chocó	20,9	10,3	16,7	25,2	13,5	12,9	22,2	19,1	8,4	16,0	22,3
Córdoba	23,0	9,2	18,8	27,1	11,3	9,3	14,6	17,2	7,2	14,8	19,6
Cundinamarca	9,0	18,4	5,8	12,2	18,2	3,6	7,6	7,2	13,1	5,3	9,0
Guainía	8,7	21,6	5,0	12,4	17,0	6,8	13,6	9,5	13,4	7,0	12,0
Guaviare	14,3	26,3	6,9	21,7	36,9	1,7	10,3	9,8	21,6	5,6	13,9
Huila	6,1	20,0	3,7	8,5	15,0	5,9	10,8	7,4	11,9	5,6	9,1
La Guajira	10,5	19,4	6,5	14,5	15,6	7,3	13,7	10,5	12,2	8,0	13,0
Magdalena	15,8	13,7	11,6	20,1	12,5	10,0	16,5	14,5	9,3	11,9	17,1
Meta	10,5	16,8	7,0	13,9	12,8	9,5	15,9	11,7	10,3	9,3	14,0
Nariño	12,8	14,3	9,2	16,4	11,8	10,5	16,7	13,2	9,1	10,9	15,6
Norte de Santander	7,8	23,1	4,2	11,3	29,8	2,0	7,6	6,2	18,4	3,9	8,4
Putumayo	6,5	27,9	3,0	10,1	25,2	3,5	10,4	6,8	18,7	4,3	9,3
Quindío	10,4	15,7	7,2	13,6	31,0	1,0	4,0	5,9	14,3	4,3	7,6
Risaralda	10,9	15,5	7,6	14,2	16,0	5,5	10,5	9,3	11,1	7,3	11,3
San Andrés	10,2	19,7	6,2	14,1	21,1	3,5	8,3	8,0	14,7	5,7	10,3
Santander	10,7	18,1	6,9	14,5	15,2	6,2	11,5	9,7	11,8	7,5	12,0
Sucre	16,6	13,5	12,2	21,0	15,8	8,0	15,1	13,9	10,1	11,2	16,7
Tolima	15,8	16,0	10,8	20,7	18,7	7,8	16,9	13,9	12,2	10,6	17,2
Valle del Cauca	5,9	17,8	3,8	8,0	14,1	3,4	6,0	5,2	11,5	4,1	6,4
Vaupés	19,9	13,1	14,8	25,0	10,5	18,1	27,5	21,4	8,2	18,0	24,9
Vichada	17,7	21,7	10,2	25,2	31,2	3,1	12,9	12,7	18,1	8,2	17,2
<b>Nacional</b>	<b>10,6</b>	<b>3,4</b>	<b>9,9</b>	<b>11,3</b>	<b>3,6</b>	<b>6,7</b>	<b>7,7</b>	<b>8,8</b>	<b>2,5</b>	<b>8,3</b>	<b>9,2</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 19. Población entre 18 y 69 años que piensa que si uno no responde a una agresión física es un cobarde (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	21,1	18,9	13,3	28,8	10,9	21,5	6,3	15,4	15,5	14,1	11,2	19,8
Antioquia	8,8	13,0	6,5	11,0	6,6	13,6	4,8	8,4	7,6	9,4	6,2	9,0
Arauca	6,5	27,1	3,0	9,9	6,7	22,3	3,8	9,7	6,6	17,3	4,4	8,8
Atlántico	7,3	13,4	5,4	9,3	8,6	10,8	6,8	10,4	8,0	8,4	6,7	9,3
Bogotá	6,9	11,9	5,3	8,6	4,2	14,5	3,0	5,4	5,5	9,2	4,5	6,4
Bolívar	18,2	11,3	14,1	22,2	15,8	11,4	12,3	19,3	16,9	8,0	14,3	19,6
Boyacá	12,2	17,7	7,9	16,4	7,0	19,7	4,3	9,7	9,4	13,3	7,0	11,9
Caldas	9,0	19,5	5,6	12,5	7,5	16,8	5,0	9,9	8,2	12,8	6,1	10,2
Caquetá	11,3	17,8	7,4	15,2	11,7	15,3	8,2	15,3	11,5	11,7	8,9	14,2
Casanare	2,4	31,1	0,9	3,9	1,8	34,1	0,6	3,1	2,1	22,7	1,2	3,0
Cauca	17,1	13,7	12,5	21,7	9,9	16,7	6,6	13,1	13,4	10,7	10,6	16,1
Cesar	15,2	10,7	12,0	18,4	14,0	9,8	11,3	16,7	14,6	7,2	12,5	16,6
Chocó	15,7	16,1	10,7	20,6	16,9	13,1	12,6	21,3	16,3	10,2	13,1	19,6
Córdoba	19,1	10,0	15,3	22,8	14,4	10,2	11,6	17,3	16,7	7,1	14,3	19,0
Cundinamarca	9,9	18,7	6,3	13,6	6,4	17,7	4,2	8,7	8,1	13,1	6,0	10,1
Guainía	8,3	22,2	4,7	12,0	8,0	19,1	5,0	11,0	8,2	14,6	5,8	10,5
Guaviare	10,6	30,7	4,2	17,0	6,9	23,5	3,7	10,1	8,6	20,4	5,2	12,1
Huila	8,6	16,8	5,7	11,4	9,2	14,2	6,6	11,7	8,9	10,8	7,0	10,8
La Guajira	20,0	17,6	13,1	26,8	20,4	12,1	15,6	25,3	20,2	10,2	16,2	24,3
Magdalena	16,1	14,1	11,7	20,6	16,0	10,5	12,7	19,3	16,1	8,7	13,3	18,8
Meta	10,8	17,4	7,1	14,4	12,7	12,6	9,6	15,9	11,8	10,3	9,4	14,2
Nariño	15,0	13,5	11,0	18,9	19,1	9,8	15,4	22,8	17,2	8,0	14,5	19,9
Norte de Santander	5,9	24,1	3,1	8,7	5,5	27,4	2,6	8,5	5,7	18,3	3,7	7,8
Putumayo	7,4	27,0	3,5	11,4	7,5	23,6	4,0	11,0	7,5	17,8	4,9	10,1
Quindío	8,6	17,7	5,6	11,6	4,3	21,3	2,5	6,1	6,1	13,7	4,5	7,8
Risaralda	15,0	12,9	11,2	18,9	8,8	14,9	6,2	11,3	11,6	9,8	9,4	13,8
San Andrés	8,4	20,7	5,0	11,8	9,8	15,7	6,8	12,8	9,1	12,7	6,8	11,4
Santander	8,4	18,9	5,3	11,6	11,1	13,5	8,2	14,1	9,9	11,0	7,8	12,0
Sucre	20,4	10,9	16,0	24,7	15,1	12,4	11,4	18,8	17,6	8,2	14,8	20,4
Tolima	15,7	17,8	10,3	21,2	14,0	15,1	9,9	18,2	14,8	11,5	11,5	18,1
Valle del Cauca	7,0	16,3	4,7	9,2	6,7	12,6	5,1	8,4	6,8	10,2	5,5	8,2
Vaupés	20,5	12,9	15,3	25,7	33,1	8,2	27,8	38,4	27,1	7,1	23,3	30,8
Vichada	11,4	26,8	5,4	17,3	8,0	28,7	3,5	12,5	9,6	19,7	5,9	13,4
<b>Nacional</b>	<b>10,6</b>	<b>3,4</b>	<b>9,9</b>	<b>11,3</b>	<b>8,9</b>	<b>3,1</b>	<b>8,4</b>	<b>9,5</b>	<b>9,7</b>	<b>2,3</b>	<b>9,3</b>	<b>10,2</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 20. Población entre 18 y 69 años que piensa que la agresión física es cuestión de tragos (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	32,7	14,1	23,7	41,8	30,5	11,3	23,7	37,2	31,5	9,0	26,0	37,1
Antioquia	24,1	7,1	20,8	27,5	20,0	7,3	17,2	22,9	21,9	5,1	19,7	24,1
Arauca	36,3	9,5	29,6	43,1	40,6	7,3	34,8	46,3	38,6	5,8	34,2	43,0
Atlántico	16,1	8,6	13,4	18,8	18,6	6,9	16,1	21,0	17,4	5,3	15,6	19,2
Bogotá	27,2	5,6	24,2	30,2	26,3	5,0	23,7	28,8	26,7	3,7	24,7	28,6
Bolívar	27,0	8,7	22,4	31,6	28,5	7,8	24,1	32,8	27,8	5,8	24,6	30,9
Boyacá	43,4	7,2	37,3	49,5	46,3	6,1	40,8	51,8	45,0	4,6	40,9	49,0
Caldas	33,0	9,0	27,2	38,9	26,1	8,1	22,0	30,2	29,2	6,0	25,8	32,7
Caquetá	38,5	8,0	32,5	44,6	33,7	7,9	28,5	39,0	36,0	5,6	32,0	40,0
Casanare	20,2	13,5	14,9	25,6	24,4	13,1	18,2	30,7	22,4	9,3	18,3	26,5
Cauca	39,3	7,4	33,6	45,0	33,1	7,9	27,9	38,2	36,1	5,3	32,3	39,8
Cesar	26,0	7,8	22,0	30,0	22,9	7,4	19,6	26,3	24,4	5,4	21,8	27,0
Chocó	27,9	8,9	23,0	32,8	29,8	9,3	24,3	35,2	28,9	6,5	25,2	32,6
Córdoba	30,0	7,5	25,6	34,5	25,7	7,3	22,0	29,4	27,8	5,2	24,9	30,6
Cundinamarca	29,9	8,8	24,8	35,1	28,3	8,1	23,8	32,8	29,1	5,9	25,7	32,4
Guainía	30,8	10,3	24,6	36,9	35,2	8,1	29,6	40,7	33,1	6,4	29,0	37,3
Guaviare	41,3	12,5	31,2	51,4	35,4	11,5	27,4	43,4	38,1	8,5	31,8	44,4
Huila	27,8	8,5	23,2	32,5	24,3	7,9	20,5	28,0	25,9	5,6	23,0	28,7
La Guajira	24,5	12,3	18,6	30,4	23,3	10,5	18,5	28,1	23,9	8,0	20,1	27,6
Magdalena	27,7	9,5	22,5	32,8	27,2	7,8	23,0	31,3	27,4	6,0	24,2	30,7
Meta	39,1	7,5	33,4	44,8	38,1	6,2	33,5	42,8	38,6	4,8	35,0	42,2
Nariño	41,8	6,9	36,2	47,5	43,6	5,6	38,8	48,4	42,8	4,4	39,1	46,4
Norte de Santander	19,1	14,8	13,5	24,7	11,0	16,7	7,4	14,6	14,7	11,2	11,5	17,9
Putumayo	33,4	10,6	26,5	40,4	27,4	10,7	21,6	33,1	30,0	7,5	25,6	34,5
Quindío	27,6	8,7	22,8	32,3	19,6	9,5	16,0	23,2	23,0	6,5	20,1	26,0
Risaralda	27,8	8,6	23,1	32,5	24,5	8,8	20,3	28,7	26,0	6,1	22,9	29,1
San Andrés	19,4	12,2	14,8	24,1	15,9	12,1	12,2	19,7	17,7	8,7	14,7	20,6
Santander	34,9	8,1	29,4	40,4	35,9	6,3	31,5	40,4	35,5	4,9	32,1	38,9
Sucre	31,9	8,3	26,7	37,0	26,6	8,8	22,0	31,2	29,1	6,0	25,7	32,5
Tolima	46,2	7,6	39,3	53,2	45,2	6,1	39,9	50,6	45,7	4,8	41,4	50,0
Valle del Cauca	26,1	6,9	22,5	29,6	22,8	6,2	20,0	25,5	24,3	4,6	22,1	26,5
Vaupés	43,5	7,4	37,2	49,7	48,9	5,9	43,3	54,6	46,3	4,6	42,1	50,5
Vichada	43,8	10,8	34,5	53,1	41,1	11,5	31,8	50,4	42,4	7,9	35,8	49,0
<b>Nacional</b>	<b>28,9</b>	<b>1,9</b>	<b>27,9</b>	<b>30,0</b>	<b>26,9</b>	<b>1,7</b>	<b>26,0</b>	<b>27,8</b>	<b>27,8</b>	<b>1,2</b>	<b>27,2</b>	<b>28,5</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 21. Población entre 18 y 69 años que piensa que el que agrede físicamente tiene más poder que los otros (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	11,9	26,2	5,8	18,0	7,8	24,7	4,0	11,5	9,6	18,3	6,2	13,1
Antioquia	6,5	14,2	4,7	8,4	4,0	15,9	2,7	5,2	5,1	10,6	4,1	6,2
Arauca	5,0	30,5	2,0	7,9	4,4	27,2	2,0	6,7	4,6	20,4	2,8	6,5
Atlántico	3,7	18,9	2,4	5,1	6,3	12,9	4,7	7,9	5,1	10,7	4,0	6,2
Bogotá	4,6	15,1	3,2	6,0	5,1	12,9	3,8	6,4	4,9	9,8	4,0	5,8
Bolívar	11,8	14,5	8,4	15,1	15,1	11,7	11,6	18,6	13,5	9,1	11,1	15,9
Boyacá	8,2	20,8	4,9	11,6	7,2	19,1	4,5	9,9	7,7	14,1	5,5	9,8
Caldas	6,4	25,8	3,1	9,6	4,8	20,6	2,8	6,7	5,5	16,7	3,7	7,3
Caquetá	10,2	18,9	6,4	13,9	11,2	15,8	7,7	14,6	10,7	12,1	8,1	13,2
Casanare	2,0	46,4	0,2	3,7	1,8	34,0	0,6	3,0	1,9	28,8	0,8	2,9
Cauca	11,6	17,5	7,6	15,6	8,5	17,5	5,6	11,4	10,0	12,5	7,5	12,4
Cesar	13,3	12,0	10,2	16,4	10,5	11,6	8,1	12,9	11,8	8,3	9,9	13,7
Chocó	13,6	13,8	9,9	17,3	18,3	13,1	13,6	23,0	16,1	9,7	13,1	19,2
Córdoba	15,7	11,3	12,2	19,2	14,8	10,2	11,8	17,7	15,2	7,5	13,0	17,5
Cundinamarca	6,5	25,4	3,2	9,7	5,1	20,0	3,1	7,1	5,7	16,3	3,9	7,6
Guainía	4,4	33,0	1,6	7,3	11,8	16,4	8,0	15,6	8,3	14,9	5,9	10,8
Guaviare	8,0	36,8	2,2	13,7	5,1	33,2	1,8	8,5	6,5	25,4	3,2	9,7
Huila	7,4	19,8	4,5	10,3	6,9	16,1	4,7	9,0	7,1	12,5	5,4	8,9
La Guajira	10,5	19,9	6,4	14,7	14,6	14,0	10,6	18,6	12,7	11,5	9,9	15,6
Magdalena	12,0	16,2	8,2	15,8	12,0	12,2	9,1	14,8	12,0	9,9	9,7	14,3
Meta	10,7	17,6	7,0	14,4	15,6	11,3	12,2	19,1	13,3	9,7	10,8	15,8
Nariño	13,4	14,7	9,6	17,3	18,8	10,2	15,0	22,6	16,3	8,5	13,6	19,0
Norte de Santander	5,6	26,4	2,7	8,5	6,2	25,5	3,1	9,2	5,9	18,5	3,8	8,1
Putumayo	9,1	24,3	4,8	13,5	8,5	21,2	5,0	12,0	8,8	16,0	6,0	11,5
Quindío	4,6	23,4	2,5	6,7	3,4	25,4	1,7	5,0	3,9	17,2	2,6	5,2
Risaralda	7,5	18,4	4,8	10,2	12,1	12,4	9,2	15,0	10,0	10,3	8,0	12,0
San Andrés	5,5	27,0	2,6	8,3	12,4	20,2	7,5	17,3	9,0	16,6	6,1	11,9
Santander	5,6	22,4	3,2	8,1	9,5	14,6	6,8	12,2	7,7	12,3	5,9	9,6
Sucre	14,8	14,4	10,6	19,0	15,5	12,7	11,6	19,3	15,2	9,4	12,4	18,0
Tolima	14,4	19,1	9,0	19,7	13,3	15,3	9,3	17,3	13,8	12,0	10,5	17,0
Valle del Cauca	3,4	23,5	1,8	5,0	5,7	13,7	4,2	7,3	4,7	12,0	3,6	5,8
Vaupés	16,4	15,0	11,6	21,3	22,3	10,5	17,7	26,9	19,5	8,7	16,2	22,9
Vichada	9,3	26,0	4,5	14,0	11,9	25,7	5,9	17,8	10,6	18,5	6,8	14,4
<b>Nacional</b>	<b>7,6</b>	<b>4,0</b>	<b>7,0</b>	<b>8,2</b>	<b>8,1</b>	<b>3,2</b>	<b>7,6</b>	<b>8,6</b>	<b>7,8</b>	<b>2,5</b>	<b>7,5</b>	<b>8,2</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 22. Población entre 18 y 69 años que piensa que hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	23,0	17,6	15,1	30,9	14,2	18,6	9,0	19,4	18,2	12,7	13,7	22,7
Antioquia	9,1	12,1	7,0	11,3	7,4	12,7	5,6	9,3	8,2	8,6	6,8	9,6
Arauca	17,0	16,7	11,4	22,6	9,2	16,8	6,2	12,3	12,8	12,3	9,7	15,8
Atlántico	14,7	9,1	12,1	17,3	13,5	9,0	11,1	15,9	14,1	6,4	12,3	15,8
Bogotá	12,6	8,9	10,4	14,8	9,1	9,7	7,3	10,8	10,7	6,6	9,3	12,1
Bolívar	21,4	10,0	17,2	25,6	15,2	12,1	11,6	18,9	18,2	7,7	15,5	20,9
Boyacá	21,1	11,1	16,5	25,7	21,8	10,7	17,2	26,3	21,4	7,6	18,2	24,6
Caldas	12,8	17,1	8,5	17,1	9,5	14,4	6,8	12,2	11,0	11,3	8,6	13,4
Caquetá	20,5	12,2	15,6	25,4	12,0	14,2	8,7	15,4	16,0	9,3	13,1	19,0
Casanare	30,1	13,9	21,9	38,3	13,3	15,9	9,1	17,4	21,4	11,4	16,6	26,1
Cauca	20,4	12,1	15,6	25,2	9,8	15,6	6,8	12,8	14,9	9,7	12,1	17,7
Cesar	16,3	10,6	12,9	19,6	12,8	10,7	10,1	15,5	14,4	7,5	12,3	16,6
Chocó	28,7	8,9	23,7	33,8	19,9	10,3	15,9	23,9	24,0	6,6	20,9	27,1
Córdoba	26,2	8,4	21,9	30,5	18,3	8,7	15,2	21,4	22,1	6,1	19,5	24,7
Cundinamarca	19,1	12,0	14,6	23,6	12,7	13,8	9,2	16,1	15,7	9,1	12,9	18,4
Guainía	19,0	14,0	13,7	24,2	16,1	14,1	11,7	20,6	17,4	10,0	14,0	20,8
Guaviare	23,6	19,4	14,6	32,6	11,7	22,2	6,6	16,7	17,2	15,0	12,1	22,2
Huila	11,8	15,8	8,1	15,4	12,0	12,7	9,0	15,0	11,9	9,9	9,6	14,2
La Guajira	23,0	15,4	16,1	30,0	18,5	12,1	14,1	22,9	20,6	9,8	16,6	24,5
Magdalena	24,7	10,0	19,9	29,6	16,6	10,7	13,1	20,1	20,5	7,3	17,5	23,4
Meta	24,1	10,8	19,0	29,2	23,3	9,0	19,1	27,4	23,7	6,9	20,4	26,9
Nariño	29,6	9,1	24,3	34,9	26,7	8,1	22,4	31,0	28,1	6,0	24,7	31,4
Norte de Santander	7,3	22,3	4,1	10,5	6,4	24,9	3,3	9,5	6,8	16,8	4,6	9,1
Putumayo	15,4	17,4	10,2	20,7	7,5	21,4	4,4	10,7	11,0	13,6	8,1	13,9
Quindío	9,4	15,9	6,5	12,3	4,1	22,9	2,3	5,9	6,4	13,1	4,7	8,0
Risaralda	13,0	13,9	9,4	16,5	8,3	14,9	5,8	10,7	10,4	10,2	8,3	12,5
San Andrés	18,3	13,4	13,5	23,1	10,9	23,0	6,0	15,8	14,5	12,0	11,1	17,9
Santander	17,6	12,3	13,4	21,9	12,0	12,8	9,0	15,0	14,6	8,6	12,1	17,0
Sucre	28,4	8,8	23,6	33,3	23,4	9,9	18,9	28,0	25,8	6,5	22,5	29,1
Tolima	22,1	12,9	16,6	27,7	15,3	13,1	11,4	19,2	18,4	9,2	15,1	21,7
Valle del Cauca	11,8	10,8	9,3	14,3	8,0	11,2	6,3	9,8	9,8	7,8	8,3	11,3
Vaupés	36,1	8,6	30,0	42,1	31,0	8,7	25,8	36,3	33,4	6,1	29,5	37,4
Vichada	28,7	15,1	20,2	37,2	17,2	21,4	10,0	24,4	22,8	12,5	17,2	28,4
<b>Nacional</b>	<b>16,2</b>	<b>2,6</b>	<b>15,4</b>	<b>17,0</b>	<b>12,0</b>	<b>2,7</b>	<b>11,4</b>	<b>12,7</b>	<b>14,0</b>	<b>1,8</b>	<b>13,5</b>	<b>14,5</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 23. Población entre 18 y 69 años que piensa que la agresión física entre miembros de la familia es un asunto privado (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	48,5	10,5	38,6	58,5	43,5	8,9	35,9	51,1	45,8	6,8	39,7	51,9
Antioquia	38,6	5,0	34,8	42,4	29,6	5,5	26,4	32,8	33,7	3,7	31,3	36,1
Arauca	49,8	7,2	42,8	56,9	39,2	7,4	33,5	44,9	44,0	5,2	39,5	48,5
Atlántico	31,5	5,7	28,0	35,0	28,9	5,4	25,9	32,0	30,1	3,9	27,8	32,4
Bogotá	39,3	4,3	36,0	42,6	35,0	4,1	32,2	37,9	37,0	3,0	34,8	39,2
Bolívar	55,4	4,8	50,2	60,6	44,1	5,5	39,3	48,9	49,6	3,6	46,0	53,1
Boyacá	39,8	7,6	33,9	45,7	39,5	7,0	34,1	44,9	39,6	5,1	35,6	43,6
Caldas	39,3	7,9	33,3	45,4	38,4	6,2	33,8	43,1	38,8	4,9	35,1	42,6
Caquetá	41,5	7,4	35,5	47,5	39,3	6,9	34,0	44,6	40,3	5,0	36,4	44,3
Casanare	23,9	14,0	17,4	30,5	19,2	16,5	13,0	25,4	21,5	10,6	17,0	25,9
Cauca	43,0	6,9	37,2	48,8	38,4	7,2	33,0	43,8	40,6	4,9	36,7	44,5
Cesar	53,3	4,3	48,8	57,8	45,0	4,4	41,1	48,8	48,9	3,0	46,0	51,8
Chocó	49,7	6,1	43,8	55,6	42,2	7,0	36,4	48,0	45,7	4,6	41,5	49,8
Córdoba	52,4	4,6	47,6	57,1	43,4	4,8	39,3	47,5	47,7	3,3	44,6	50,8
Cundinamarca	41,2	6,9	35,6	46,8	39,7	6,2	34,8	44,5	40,4	4,6	36,7	44,0
Guainía	45,0	7,4	38,5	51,6	46,1	6,4	40,4	51,9	45,6	4,8	41,3	49,9
Guaviare	47,7	11,2	37,3	58,2	44,9	9,6	36,4	53,3	46,2	7,3	39,6	52,8
Huila	43,1	6,2	37,9	48,4	37,6	6,0	33,2	42,0	40,1	4,2	36,8	43,5
La Guajira	33,8	9,5	27,5	40,1	36,5	7,9	30,8	42,2	35,3	6,1	31,0	39,5
Magdalena	53,2	5,3	47,7	58,7	47,6	5,0	43,0	52,3	50,3	3,6	46,7	53,8
Meta	47,2	6,4	41,3	53,0	50,9	4,8	46,1	55,6	49,1	3,9	45,4	52,9
Nariño	53,5	5,5	47,7	59,3	54,4	4,5	49,6	59,3	54,0	3,5	50,3	57,7
Norte de Santander	33,2	9,4	27,1	39,3	24,4	9,5	19,9	29,0	28,4	6,7	24,7	32,2
Putumayo	46,0	8,3	38,6	53,5	38,9	8,2	32,7	45,1	42,0	5,8	37,2	46,8
Quindío	33,2	7,6	28,3	38,1	24,1	8,2	20,2	28,0	28,0	5,6	24,9	31,1
Risaralda	46,0	6,2	40,4	51,6	49,9	5,0	45,1	54,8	48,1	3,9	44,5	51,8
San Andrés	42,8	7,2	36,8	48,9	39,9	7,5	34,0	45,7	41,3	5,2	37,1	45,5
Santander	48,6	6,2	42,7	54,5	43,7	5,4	39,0	48,3	45,9	4,1	42,2	49,6
Sucre	57,8	4,6	52,6	63,0	46,1	5,5	41,1	51,0	51,6	3,5	48,0	55,1
Tolima	55,6	6,2	48,8	62,4	55,3	4,9	50,0	60,6	55,4	3,9	51,2	59,6
Valle del Cauca	39,5	5,1	35,5	43,4	38,6	4,5	35,2	42,0	39,0	3,4	36,4	41,6
Vaupés	60,1	5,3	53,8	66,3	61,1	4,6	55,5	66,6	60,6	3,5	56,4	64,7
Vichada	58,9	7,9	49,8	68,0	56,3	8,7	46,7	65,9	57,6	5,9	50,9	64,2
<b>Nacional</b>	<b>42,8</b>	<b>1,4</b>	<b>41,7</b>	<b>44,0</b>	<b>38,3</b>	<b>1,3</b>	<b>37,3</b>	<b>39,3</b>	<b>40,4</b>	<b>0,9</b>	<b>39,6</b>	<b>41,1</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 24. Población entre 18 y 69 años que piensa que la agresión física debe ser delito sólo si se le pega a alguien que no es familiar (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	13,6	23,6	7,3	19,8	10,9	21,8	6,3	15,6	12,1	16,0	8,3	15,9
Antioquia	6,8	14,0	4,9	8,7	5,3	15,5	3,7	6,9	6,0	10,4	4,8	7,2
Arauca	7,3	27,5	3,4	11,2	5,6	23,4	3,0	8,1	6,4	18,2	4,1	8,6
Atlántico	8,6	13,2	6,3	10,8	7,9	11,4	6,1	9,7	8,2	8,7	6,8	9,6
Bogotá	8,6	10,4	6,9	10,4	6,6	11,5	5,1	8,1	7,5	7,7	6,4	8,6
Bolívar	18,2	11,3	14,2	22,3	16,0	11,1	12,5	19,5	17,1	7,9	14,4	19,7
Boyacá	6,7	21,6	3,8	9,5	8,2	22,2	4,6	11,8	7,5	15,9	5,2	9,8
Caldas	8,4	18,7	5,3	11,4	6,1	17,8	4,0	8,2	7,1	12,8	5,3	8,9
Caquetá	12,5	16,8	8,4	16,6	13,2	14,4	9,4	16,9	12,8	11,0	10,1	15,6
Casanare	2,8	29,4	1,2	4,4	3,4	44,3	0,4	6,4	3,1	28,4	1,4	4,9
Cauca	9,8	18,3	6,3	13,3	10,2	17,8	6,6	13,7	10,0	12,7	7,5	12,5
Cesar	14,1	11,2	11,0	17,2	13,8	10,2	11,0	16,6	14,0	7,5	11,9	16,0
Chocó	14,3	17,3	9,4	19,1	12,6	15,2	8,8	16,3	13,4	11,5	10,3	16,4
Córdoba	15,4	11,4	12,0	18,8	14,3	10,1	11,4	17,1	14,8	7,6	12,6	17,0
Cundinamarca	7,5	19,6	4,6	10,3	8,2	16,8	5,5	10,8	7,8	12,8	5,9	9,8
Guainía	9,6	20,2	5,8	13,5	13,5	14,6	9,6	17,3	11,7	11,9	9,0	14,4
Guaviare	12,9	29,0	5,6	20,3	10,2	27,4	4,7	15,7	11,5	20,0	7,0	16,0
Huila	10,2	16,1	7,0	13,4	10,8	13,3	8,0	13,7	10,6	10,2	8,5	12,7
La Guajira	13,1	16,7	8,8	17,4	14,2	13,6	10,4	18,0	13,7	10,6	10,9	16,5
Magdalena	17,1	13,0	12,7	21,5	12,5	12,0	9,5	15,4	14,7	9,0	12,1	17,2
Meta	11,2	16,4	7,6	14,8	15,7	11,4	12,2	19,2	13,6	9,5	11,1	16,1
Nariño	19,8	12,2	15,1	24,5	16,5	11,3	12,9	20,2	18,1	8,3	15,1	21,0
Norte de santander	6,2	25,6	3,1	9,3	3,6	24,2	1,9	5,3	4,8	18,2	3,1	6,5
Putumayo	7,3	27,0	3,4	11,1	4,4	31,7	1,7	7,1	5,6	20,6	3,4	7,9
Quindío	6,7	20,0	4,1	9,3	3,7	23,8	2,0	5,4	5,0	15,4	3,5	6,5
Risaralda	8,0	17,7	5,2	10,7	10,4	13,4	7,6	13,1	9,3	10,7	7,3	11,2
San Andrés	13,4	15,5	9,3	17,4	12,4	21,2	7,3	17,6	12,9	13,0	9,6	16,2
Santander	9,8	17,7	6,4	13,2	8,6	15,3	6,0	11,2	9,1	11,6	7,1	11,2
Sucre	16,8	11,8	12,9	20,7	15,2	12,5	11,5	18,9	16,0	8,6	13,3	18,6
Tolima	14,1	17,1	9,3	18,8	9,2	15,9	6,3	12,1	11,4	11,9	8,7	14,0
Valle del Cauca	6,4	14,5	4,6	8,2	4,9	15,6	3,4	6,4	5,6	10,6	4,4	6,7
Vaupés	18,3	13,6	13,4	23,1	20,7	11,5	16,1	25,4	19,6	8,8	16,2	22,9
Vichada	15,5	22,6	8,6	22,4	12,5	24,4	6,5	18,5	14,0	16,6	9,4	18,5
<b>Nacional</b>	<b>9,9</b>	<b>3,4</b>	<b>9,3</b>	<b>10,6</b>	<b>8,6</b>	<b>3,2</b>	<b>8,0</b>	<b>9,1</b>	<b>9,2</b>	<b>2,3</b>	<b>8,8</b>	<b>9,6</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 25. Población entre 18 y 69 años que piensa que la agresión física sólo ocurre entre la población más pobre (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	17,3	21,5	10,0	24,6	17,3	16,2	11,8	22,9	17,3	13,2	12,8	21,8
Antioquia	11,1	11,3	8,7	13,6	10,9	10,6	8,6	13,1	11,0	7,7	9,3	12,6
Arauca	13,8	18,4	8,8	18,8	14,5	14,8	10,3	18,6	14,1	11,6	10,9	17,4
Atlántico	15,0	9,0	12,4	17,7	14,1	8,2	11,8	16,3	14,5	6,0	12,8	16,2
Bogotá	13,8	8,6	11,4	16,1	10,9	8,4	9,1	12,7	12,2	6,0	10,8	13,6
Bolívar	35,2	7,2	30,2	40,1	24,6	8,6	20,4	28,7	29,7	5,5	26,5	32,9
Boyacá	10,6	21,1	6,2	15,0	11,0	17,4	7,3	14,8	10,8	13,6	7,9	13,7
Caldas	14,2	17,9	9,2	19,2	9,0	15,0	6,3	11,6	11,3	12,1	8,6	14,0
Caquetá	16,1	13,2	12,0	20,3	16,8	12,2	12,8	20,9	16,5	9,0	13,6	19,4
Casanare	10,5	21,3	6,1	14,9	6,1	25,3	3,1	9,1	8,2	16,3	5,6	10,9
Cauca	22,3	10,7	17,6	26,9	17,4	11,7	13,4	21,4	19,8	7,8	16,7	22,8
Cesar	25,4	8,0	21,4	29,3	19,5	8,3	16,3	22,7	22,3	5,8	19,8	24,8
Chocó	16,9	11,9	13,0	20,8	18,1	12,7	13,6	22,6	17,5	8,8	14,5	20,5
Córdoba	28,9	7,7	24,6	33,3	26,6	6,9	23,0	30,2	27,7	5,1	25,0	30,5
Cundinamarca	11,3	16,7	7,6	15,0	10,2	14,3	7,3	13,0	10,7	10,9	8,4	13,0
Guainía	8,2	22,8	4,5	11,9	14,5	15,1	10,2	18,8	11,6	12,7	8,7	14,4
Guaviare	15,3	22,3	8,6	21,9	7,4	22,9	4,1	10,8	11,0	16,3	7,5	14,6
Huila	12,2	14,6	8,7	15,7	14,1	12,0	10,8	17,4	13,2	9,3	10,8	15,6
La Guajira	16,0	16,5	10,8	21,1	18,9	11,4	14,6	23,1	17,5	9,5	14,3	20,8
Magdalena	27,8	9,0	22,9	32,7	24,6	8,0	20,7	28,4	26,1	6,0	23,0	29,2
Meta	17,5	13,3	13,0	22,1	20,3	9,7	16,4	24,2	19,0	7,9	16,0	21,9
Nariño	19,6	11,6	15,2	24,1	23,2	9,1	19,0	27,3	21,5	7,2	18,5	24,5
Norte de Santander	7,0	23,4	3,8	10,2	7,4	17,4	4,8	9,9	7,2	14,2	5,2	9,2
Putumayo	20,6	14,4	14,8	26,5	14,2	15,9	9,8	18,7	17,1	10,7	13,5	20,6
Quindío	14,8	13,6	10,8	18,7	12,3	12,3	9,4	15,3	13,4	9,2	11,0	15,8
Risaralda	16,8	12,1	12,8	20,8	18,3	11,2	14,3	22,3	17,6	8,2	14,8	20,5
San Andrés	15,4	14,6	11,0	19,8	12,5	13,9	9,1	15,9	13,9	10,2	11,2	16,7
Santander	12,6	14,4	9,0	16,1	14,4	11,7	11,1	17,8	13,6	9,1	11,2	16,0
Sucre	33,7	7,9	28,5	38,9	25,7	8,7	21,3	30,1	29,5	5,8	26,1	32,8
Tolima	21,6	14,8	15,3	27,8	17,8	11,7	13,8	21,9	19,5	9,4	15,9	23,1
Valle del Cauca	19,0	8,8	15,7	22,2	13,5	9,4	11,0	16,0	16,1	6,4	14,0	18,1
Vaupés	16,0	14,9	11,3	20,6	20,3	11,3	15,8	24,8	18,2	9,1	15,0	21,5
Vichada	24,6	17,7	16,1	33,1	20,1	19,5	12,4	27,9	22,3	13,1	16,6	28,0
<b>Nacional</b>	<b>16,9</b>	<b>2,6</b>	<b>16,0</b>	<b>17,7</b>	<b>14,6</b>	<b>2,4</b>	<b>13,9</b>	<b>15,3</b>	<b>15,7</b>	<b>1,8</b>	<b>15,1</b>	<b>16,2</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 26. Población entre 18 y 69 años que piensa que el que agrede físicamente a otros está enfermo (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				Mejorar oportunidades de trabajoGeneral			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	27,1	15,9	18,7	35,6	28,9	12,5	21,8	36,0	28,1	9,9	22,6	33,6
Antioquia	23,7	7,1	20,4	27,0	23,9	6,7	20,8	27,0	23,8	4,8	21,6	26,1
Arauca	31,5	10,2	25,2	37,9	40,9	7,1	35,2	46,6	36,6	5,9	32,4	40,9
Atlántico	27,4	6,3	24,1	30,8	28,6	5,4	25,6	31,7	28,1	4,1	25,8	30,3
Bogotá	25,8	5,8	22,9	28,7	33,2	4,3	30,4	36,0	29,8	3,5	27,8	31,8
Bolívar	40,6	6,5	35,5	45,8	47,2	5,2	42,4	52,0	44,0	4,0	40,5	47,5
Boyacá	36,3	8,4	30,4	42,3	39,6	7,2	34,0	45,1	38,1	5,4	34,0	42,1
Caldas	29,8	10,4	23,7	35,8	33,6	6,9	29,1	38,2	31,9	5,9	28,2	35,6
Caquetá	33,1	9,1	27,2	39,0	35,7	7,5	30,4	40,9	34,4	5,8	30,5	38,3
Casanare	19,4	14,1	14,0	24,8	28,6	12,8	21,4	35,8	24,2	9,7	19,6	28,8
Cauca	34,4	8,1	29,0	39,9	34,6	7,9	29,3	40,0	34,5	5,6	30,8	38,3
Cesar	33,3	6,6	29,0	37,6	32,5	5,9	28,7	36,3	32,9	4,4	30,0	35,7
Chocó	26,7	9,0	21,9	31,4	27,1	10,1	21,8	32,5	26,9	6,9	23,3	30,5
Córdoba	34,0	6,9	29,4	38,5	40,8	5,2	36,7	45,0	37,5	4,2	34,5	40,6
Cundinamarca	21,5	11,0	16,9	26,2	23,6	9,3	19,3	27,9	22,7	7,0	19,5	25,8
Guainía	28,4	10,5	22,5	34,2	33,4	8,3	27,9	38,8	31,0	6,6	27,0	35,0
Guaviare	34,1	14,9	24,1	44,0	36,6	11,0	28,7	44,4	35,4	9,0	29,2	41,7
Huila	27,9	8,8	23,1	32,7	28,1	7,5	24,0	32,2	28,0	5,6	24,9	31,1
La Guajira	19,7	14,7	14,0	25,4	29,1	9,6	23,6	34,6	24,8	8,2	20,9	28,8
Magdalena	34,5	7,9	29,1	39,9	33,6	6,6	29,3	37,9	34,0	5,1	30,6	37,4
Meta	37,0	7,8	31,3	42,7	36,3	6,4	31,7	40,8	36,6	5,0	33,0	40,2
Nariño	42,1	6,9	36,4	47,8	45,8	5,3	41,1	50,6	44,1	4,2	40,5	47,7
Norte de santander	16,5	16,4	11,2	21,7	18,1	11,9	13,9	22,4	17,4	9,8	14,1	20,7
Putumayo	27,7	12,0	21,2	34,2	30,7	9,9	24,7	36,7	29,4	7,6	25,0	33,8
Quindío	32,3	7,8	27,4	37,3	27,7	7,5	23,6	31,8	29,7	5,4	26,5	32,9
Risaralda	29,6	8,5	24,7	34,5	36,1	6,7	31,4	40,9	33,2	5,3	29,7	36,6
San Andrés	23,5	11,3	18,3	28,7	32,7	9,0	26,9	38,5	28,2	7,1	24,2	32,1
Santander	26,3	10,4	21,0	31,7	30,2	7,4	25,9	34,6	28,5	6,0	25,1	31,8
Sucre	42,2	6,4	36,9	47,5	39,3	6,4	34,4	44,3	40,7	4,4	37,2	44,2
Tolima	37,1	9,1	30,5	43,8	40,6	6,7	35,3	45,9	39,0	5,5	34,9	43,2
Valle del Cauca	27,8	6,5	24,2	31,3	32,7	5,0	29,5	35,9	30,4	4,0	28,1	32,8
Vaupés	39,1	8,2	32,8	45,3	50,1	5,8	44,4	55,7	44,8	4,8	40,6	49,0
Vichada	37,1	12,6	27,9	46,3	41,7	11,7	32,1	51,3	39,5	8,6	32,8	46,1
<b>Nacional</b>	<b>28,9</b>	<b>1,8</b>	<b>27,9</b>	<b>30,0</b>	<b>32,2</b>	<b>1,5</b>	<b>31,3</b>	<b>33,2</b>	<b>30,7</b>	<b>1,2</b>	<b>30,0</b>	<b>31,4</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 27. Población entre 18 y 69 años que ha sufrido alguna vez castigo físico en el hogar antes de cumplir 18 años (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				General			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	50,0	10,3	39,9	60,2	41,1	9,3	33,6	48,5	45,2	6,9	39,0	51,3
Antioquia	52,7	3,8	48,7	56,7	50,3	3,7	46,7	54,0	51,4	2,7	48,7	54,1
Arauca	54,5	6,5	47,5	61,4	52,3	5,7	46,5	58,1	53,3	4,3	48,9	57,8
Atlántico	51,4	3,8	47,5	55,3	40,7	4,2	37,4	44,1	45,6	2,8	43,1	48,2
Bogotá	60,6	2,8	57,2	63,9	58,7	2,6	55,8	61,7	59,6	1,9	57,4	61,8
Bolívar	60,9	4,2	55,9	65,9	44,1	5,5	39,3	48,9	52,2	3,4	48,7	55,7
Boyacá	60,8	5,1	54,7	66,8	59,0	4,6	53,7	64,4	59,8	3,4	55,9	63,8
Caldas	53,2	6,0	46,9	59,5	54,8	4,6	49,8	59,8	54,1	3,7	50,2	58,0
Caquetá	70,7	4,0	65,1	76,3	62,6	4,3	57,3	67,9	66,4	3,0	62,5	70,3
Casanare	72,3	4,6	65,8	78,8	71,3	4,4	65,2	77,4	71,8	3,1	67,4	76,2
Cauca	79,5	2,9	75,0	84,1	70,9	3,7	65,8	76,1	75,0	2,4	71,6	78,5
Cesar	48,4	4,8	43,8	53,0	48,4	4,3	44,4	52,4	48,4	3,2	45,4	51,4
Chocó	68,1	4,1	62,7	73,6	59,6	4,6	54,1	65,0	63,5	3,1	59,7	67,4
Córdoba	57,1	4,3	52,3	61,8	49,1	4,3	44,9	53,3	52,9	3,0	49,7	56,1
Cundinamarca	58,6	4,8	53,1	64,1	53,4	4,8	48,4	58,5	55,8	3,4	52,2	59,5
Guainía	47,6	7,1	41,0	54,2	47,3	6,2	41,6	53,1	47,5	4,7	43,1	51,8
Guaviare	74,9	6,0	66,1	83,7	71,4	5,4	63,8	79,0	73,0	4,0	67,2	78,8
Huila	64,8	4,1	59,6	70,0	58,8	3,9	54,3	63,4	61,5	2,8	58,1	64,9
La Guajira	51,8	7,2	44,5	59,1	46,2	6,7	40,2	52,3	48,8	4,9	44,1	53,5
Magdalena	50,0	5,7	44,4	55,6	38,6	6,0	34,1	43,1	44,0	4,2	40,4	47,6
Meta	56,7	5,2	50,8	62,5	51,5	4,7	46,7	56,3	53,9	3,5	50,2	57,7
Nariño	55,1	5,5	49,1	61,1	49,0	5,0	44,2	53,9	51,9	3,7	48,1	55,7
Norte de santander	26,6	11,5	20,6	32,7	24,7	9,5	20,1	29,3	25,6	7,4	21,9	29,3
Putumayo	67,8	5,3	60,8	74,8	57,7	5,6	51,4	64,0	62,1	3,8	57,5	66,8
Quindío	67,5	3,7	62,5	72,4	60,2	3,9	55,6	64,8	63,3	2,7	60,0	66,7
Risaralda	69,0	3,7	64,0	74,0	62,8	3,9	58,1	67,6	65,6	2,7	62,2	69,1
San Andrés	55,2	5,6	49,2	61,3	48,5	6,1	42,6	54,3	51,8	4,2	47,6	56,0
Santander	56,3	5,2	50,6	62,1	51,0	4,7	46,3	55,7	53,5	3,4	49,8	57,1
Sucre	52,4	5,3	46,9	57,8	39,4	6,3	34,5	44,3	45,5	4,1	41,9	49,1
Tolima	61,7	5,5	55,0	68,4	59,1	4,6	53,8	64,4	60,3	3,6	56,1	64,5
Valle del Cauca	48,8	4,2	44,8	52,8	49,4	3,6	45,9	52,9	49,1	2,7	46,5	51,8
Vaupés	56,9	5,6	50,6	63,1	49,5	5,8	43,8	55,1	53,0	4,1	48,8	57,2
Vichada	77,4	4,9	70,0	84,9	61,6	7,9	52,1	71,1	69,3	4,6	63,0	75,6
<b>Nacional</b>	<b>56,4</b>	<b>1,1</b>	<b>55,3</b>	<b>57,6</b>	<b>51,9</b>	<b>1,0</b>	<b>50,9</b>	<b>52,9</b>	<b>54,0</b>	<b>0,7</b>	<b>53,2</b>	<b>54,8</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 28. Población entre 18 y 69 años que conoce que ha habido agresión física de los padres entre sí (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				Mejorar oportunidades de trabajoGeneral			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	26,3	15,7	18,2	34,4	26,8	12,6	20,2	33,4	26,6	9,9	21,4	31,7
Antioquia	18,1	8,6	15,0	21,1	19,6	7,4	16,8	22,5	18,9	5,6	16,9	21,0
Arauca	22,7	13,7	16,6	28,8	27,6	9,8	22,3	32,9	25,4	8,0	21,4	29,4
Atlántico	13,5	9,2	11,1	15,9	16,4	7,6	14,0	18,8	15,1	5,8	13,3	16,8
Bogotá	26,4	5,7	23,5	29,4	30,1	4,6	27,4	32,8	28,4	3,6	26,4	30,4
Bolívar	23,3	9,4	19,0	27,6	18,3	10,2	14,6	21,9	20,7	6,9	17,9	23,5
Boyacá	29,1	9,4	23,7	34,4	36,4	7,5	31,0	41,8	33,0	5,9	29,1	36,8
Caldas	17,7	13,4	13,1	22,4	18,5	10,1	14,9	22,2	18,2	8,2	15,3	21,1
Caquetá	33,9	8,6	28,2	39,6	30,0	8,5	25,1	35,0	31,9	6,0	28,1	35,6
Casanare	31,0	13,1	23,0	39,0	28,4	13,0	21,2	35,6	29,6	9,2	24,3	35,0
Cauca	30,6	9,0	25,2	36,0	30,7	8,7	25,5	35,9	30,7	6,2	26,9	34,4
Cesar	25,7	7,9	21,7	29,7	24,8	7,2	21,3	28,3	25,3	5,3	22,6	27,9
Chocó	30,4	8,5	25,3	35,5	27,8	9,9	22,4	33,2	29,0	6,6	25,2	32,7
Córdoba	25,1	8,5	20,9	29,3	24,4	7,5	20,8	27,9	24,7	5,7	22,0	27,5
Cundinamarca	22,4	10,9	17,6	27,1	21,8	9,8	17,6	25,9	22,0	7,2	18,9	25,2
Guainía	26,5	11,1	20,7	32,2	30,4	8,7	25,2	35,6	28,6	6,9	24,7	32,4
Guaviare	43,1	12,3	32,7	53,6	38,6	10,9	30,3	46,9	40,7	8,2	34,1	47,2
Huila	25,2	9,2	20,6	29,7	31,3	6,8	27,1	35,4	28,5	5,5	25,4	31,6
La Guajira	20,2	14,4	14,5	25,9	25,5	10,1	20,5	30,6	23,1	8,3	19,3	26,9
Magdalena	20,8	11,4	16,2	25,5	21,1	9,6	17,1	25,0	21,0	7,4	17,9	24,0
Meta	29,9	9,2	24,5	35,3	29,7	7,5	25,4	34,1	29,8	5,9	26,4	33,2
Nariño	29,2	9,2	23,9	34,4	36,5	6,5	31,8	41,1	33,0	5,4	29,6	36,5
Norte de Santander	15,5	15,2	10,9	20,1	21,3	10,7	16,8	25,7	18,6	8,8	15,4	21,8
Putumayo	26,2	12,6	19,8	32,7	36,3	8,8	30,1	42,6	31,9	7,3	27,3	36,4
Quindío	15,3	12,9	11,4	19,2	14,7	11,2	11,5	18,0	15,0	8,5	12,5	17,5
Risaralda	18,8	11,3	14,7	23,0	25,4	8,8	21,0	29,8	22,4	7,0	19,3	25,5
San Andrés	19,2	12,9	14,3	24,0	20,4	11,3	15,9	24,9	19,8	8,5	16,5	23,1
Santander	27,2	9,5	22,1	32,2	27,5	7,9	23,2	31,7	27,3	6,0	24,1	30,6
Sucre	25,3	9,9	20,4	30,2	19,8	10,0	15,9	23,7	22,4	7,1	19,3	25,5
Tolima	31,0	11,1	24,3	37,7	21,6	9,8	17,4	25,7	25,8	7,6	22,0	29,7
Valle del Cauca	17,2	9,0	14,2	20,3	20,8	6,8	18,0	23,5	19,1	5,5	17,1	21,2
Vaupés	37,0	8,4	30,9	43,2	41,4	6,8	35,9	47,0	39,3	5,3	35,2	43,4
Vichada	37,5	12,6	28,3	46,8	20,9	16,6	14,1	27,7	29,0	10,5	23,0	35,0
<b>Nacional</b>	<b>22,9</b>	<b>2,2</b>	<b>21,9</b>	<b>23,8</b>	<b>24,5</b>	<b>1,8</b>	<b>23,6</b>	<b>25,4</b>	<b>23,7</b>	<b>1,4</b>	<b>23,1</b>	<b>24,4</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 29. Población entre 18 y 69 años que en el último año ha sido empujada o zarandeada (porcentaje y precisión de la estimación), por género y departamento**

Departamento	Hombre				Mujer				Mejorar oportunidades de trabajoGeneral			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	16,0	22,1	9,0	22,9	14,3	20,0	8,7	20,0	15,1	14,8	10,7	19,4
Antioquia	7,2	13,8	5,3	9,2	6,8	13,8	4,9	8,6	7,0	9,7	5,7	8,3
Arauca	7,1	24,0	3,8	10,4	5,8	22,0	3,3	8,3	6,4	16,2	4,4	8,4
Atlántico	10,7	11,6	8,2	13,1	9,9	10,0	8,0	11,9	10,3	7,6	8,7	11,8
Bogotá	12,0	9,4	9,8	14,3	13,1	8,2	11,0	15,2	12,6	6,2	11,1	14,1
Bolívar	16,1	12,6	12,1	20,1	11,6	13,5	8,5	14,6	13,8	9,3	11,3	16,2
Boyacá	4,7	24,9	2,4	7,0	9,3	19,2	5,8	12,8	7,1	15,4	5,0	9,3
Caldas	11,5	17,8	7,5	15,5	8,3	19,0	5,2	11,5	9,8	13,0	7,3	12,3
Caquetá	12,6	17,2	8,4	16,9	8,3	17,6	5,4	11,2	10,3	12,4	7,8	12,9
Casanare	4,6	35,3	1,4	7,9	6,8	32,5	2,5	11,1	5,8	24,2	3,0	8,5
Cauca	12,6	17,6	8,2	17,0	11,8	16,0	8,1	15,6	12,2	11,9	9,4	15,1
Cesar	8,5	15,1	6,0	11,1	11,1	11,8	8,5	13,6	9,9	9,3	8,1	11,7
Chocó	14,9	13,9	10,9	19,0	11,7	18,9	7,3	16,0	13,2	11,6	10,2	16,2
Córdoba	9,9	14,4	7,1	12,7	9,8	13,0	7,3	12,3	9,9	9,6	8,0	11,7
Cundinamarca	10,3	19,2	6,4	14,1	8,3	19,7	5,1	11,5	9,2	13,6	6,7	11,6
Guainía	9,4	23,4	5,1	13,7	6,7	21,6	3,8	9,5	7,9	16,2	5,4	10,4
Guaviare	12,6	21,3	7,3	17,9	15,1	20,0	9,2	21,0	14,0	14,7	9,9	18,0
Huila	6,9	19,7	4,2	9,5	9,3	14,6	6,7	12,0	8,2	11,7	6,3	10,1
La Guajira	8,4	17,1	5,6	11,2	8,0	19,8	4,9	11,1	8,1	13,3	6,0	10,3
Magdalena	13,1	14,1	9,5	16,7	13,9	12,3	10,6	17,3	13,5	9,2	11,1	16,0
Meta	12,6	15,5	8,8	16,4	13,5	12,4	10,3	16,8	13,1	9,7	10,6	15,6
Nariño	12,7	15,2	8,9	16,4	12,4	13,7	9,1	15,7	12,5	10,1	10,0	15,0
Norte de Santander	4,1	31,9	1,5	6,7	6,5	19,5	4,0	9,0	5,4	16,9	3,6	7,2
Putumayo	19,3	15,5	13,4	25,2	15,0	15,0	10,6	19,4	16,9	10,8	13,3	20,5
Quindío	7,6	21,2	4,4	10,8	6,3	19,6	3,9	8,7	6,9	14,4	4,9	8,8
Risaralda	9,6	17,6	6,3	12,9	9,3	15,0	6,6	12,0	9,4	11,5	7,3	11,6
San Andrés	13,0	16,1	8,9	17,2	12,0	15,5	8,3	15,7	12,5	11,2	9,8	15,3
Santander	8,5	20,7	5,1	12,0	8,1	16,8	5,4	10,8	8,3	13,2	6,2	10,5
Sucre	14,5	12,3	11,0	18,0	8,6	17,7	5,6	11,6	11,4	10,2	9,1	13,7
Tolima	14,7	18,3	9,4	20,0	10,9	17,7	7,1	14,7	12,6	12,8	9,5	15,8
Valle del Cauca	8,0	13,1	6,0	10,1	10,1	10,7	8,0	12,2	9,1	8,3	7,7	10,6
Vaupés	17,0	14,2	12,3	21,7	15,1	14,2	10,9	19,3	16,0	10,0	12,9	19,2
Vichada	11,3	23,7	6,1	16,6	11,9	27,3	5,5	18,3	11,6	18,3	7,5	15,8
<b>Nacional</b>	<b>10,2</b>	<b>3,6</b>	<b>9,5</b>	<b>10,9</b>	<b>10,0</b>	<b>3,3</b>	<b>9,4</b>	<b>10,7</b>	<b>10,1</b>	<b>2,4</b>	<b>9,6</b>	<b>10,6</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 30. Personas entre 6 y 69 años que han sufrido lesiones por accidente de tránsito en los últimos tres años (porcentaje y precisión de la estimación) por departamentos**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	6,6	14,8	4,7	8,6
Antioquia	3,1	10,3	2,5	3,8
Arauca	3,9	19,3	2,5	5,4
Atlántico	3,5	10,4	2,8	4,2
Bogotá	3,1	9,9	2,5	3,7
Bolívar	5,0	11,3	3,9	6,2
Boyacá	2,4	17,7	1,6	3,3
Caldas	3,9	17,7	2,5	5,2
Caquetá	4,7	13,0	3,5	6,0
Casanare	4,6	24,8	2,3	6,8
Cauca	2,5	16,0	1,7	3,2
Cesar	4,0	13,8	2,9	5,1
Chocó	5,9	21,5	3,4	8,4
Córdoba	5,2	12,4	4,0	6,5
Cundinamarca	2,2	18,6	1,4	3,1
Guainía	4,5	15,9	3,1	5,9
Guaviare	7,3	15,0	5,1	9,4
Huila	4,1	15,3	2,9	5,3
La Guajira	3,2	13,9	2,3	4,0
Magdalena	4,6	11,9	3,5	5,7
Meta	5,8	13,3	4,3	7,3
Nariño	3,3	14,9	2,4	4,3
Norte de Santander	2,7	14,1	1,9	3,4
Putumayo	6,7	14,0	4,9	8,6
Quindío	2,0	20,1	1,2	2,7
Risaralda	2,9	14,4	2,1	3,7
San Andrés	8,3	13,9	6,0	10,5
Santander	2,7	15,7	1,9	3,6
Sucre	4,8	13,5	3,5	6,0
Tolima	4,9	12,3	3,7	6,1
Valle del Cauca	2,9	10,8	2,2	3,5
Vaupés	6,9	12,9	5,1	8,6
Vichada	4,7	16,8	3,1	6,2
<b>Nacional</b>	<b>3,5</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>	<b>3,7</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 31. Hipertensión arterial sentida en población entre 18 y 69 años (porcentaje y precisión de la estimación) según diagnóstico médico por departamento**

Departamento	Con diagnóstico médico alguna vez				Con diagnóstico médico en dos consultas o más			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	12,4	13,7	9,1	15,8	9,1	16,2	6,2	11,9
Antioquia	12,6	5,6	11,2	13,9	9,8	6,7	8,5	11,1
Arauca	7,7	17,1	5,1	10,3	6,2	18,2	4,0	8,4
Atlántico	11,6	7,1	10,0	13,2	10,0	7,6	8,5	11,5
Bogotá	11,1	6,0	9,8	12,4	8,0	7,3	6,8	9,1
Bolívar	12,5	9,2	10,3	14,8	10,3	10,4	8,2	12,4
Boyacá	12,4	9,4	10,1	14,7	9,9	11,0	7,8	12,0
Caldas	14,0	8,3	11,7	16,3	11,3	9,0	9,3	13,3
Caquetá	11,1	10,7	8,8	13,5	7,4	12,8	5,5	9,2
Casanare	9,4	25,8	4,7	14,2	8,0	28,4	3,5	12,5
Cauca	13,0	10,2	10,4	15,6	9,9	9,0	8,1	11,6
Cesar	9,6	8,7	8,0	11,3	6,5	11,0	5,1	7,9
Chocó	14,7	8,8	12,1	17,2	10,7	9,1	8,7	12,6
Córdoba	9,7	10,4	7,7	11,7	6,7	14,4	4,8	8,7
Cundinamarca	11,8	12,1	9,0	14,6	9,1	13,0	6,8	11,4
Guainía	9,2	11,4	7,1	11,2	6,6	14,7	4,7	8,5
Guaviare	10,4	17,0	6,9	13,9	5,2	19,2	3,3	7,2
Huila	10,5	8,8	8,7	12,3	9,5	9,5	7,7	11,2
La Guajira	7,4	12,9	5,5	9,3	4,6	14,8	3,3	6,0
Magdalena	11,5	10,3	9,1	13,8	9,1	12,2	6,9	11,2
Meta	10,0	10,9	7,9	12,2	6,6	14,5	4,7	8,4
Nariño	12,3	11,4	9,5	15,0	8,4	13,7	6,1	10,7
Norte de Santander	8,4	12,9	6,3	10,6	6,6	14,0	4,8	8,4
Putumayo	12,0	14,3	8,6	15,4	5,9	15,8	4,1	7,8
Quindío	13,4	7,8	11,3	15,4	11,2	8,7	9,3	13,1
Risaralda	14,9	6,4	13,0	16,8	11,1	7,7	9,5	12,8
San Andrés	11,9	9,5	9,7	14,2	9,4	10,7	7,4	11,4
Santander	9,2	12,7	6,9	11,4	6,7	13,9	4,9	8,6
Sucre	10,0	9,1	8,2	11,8	7,9	11,3	6,1	9,6
Tolima	11,7	10,6	9,2	14,1	9,9	11,8	7,6	12,2
Valle del Cauca	12,1	6,2	10,6	13,6	9,2	7,3	7,9	10,5
Vaupés	8,7	17,2	5,8	11,6	5,3	18,5	3,4	7,3
Vichada	9,9	13,1	7,3	12,4	6,4	15,9	4,4	8,3
<b>Nacional</b>	<b>11,5</b>	<b>2,0</b>	<b>11,1</b>	<b>12,0</b>	<b>8,8</b>	<b>2,3</b>	<b>8,4</b>	<b>9,2</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 32. Población de 18-69 años con hipertensión arterial diagnosticada en dos o más consultas (porcentaje y precisión de la estimación) según uso de medicamentos y consulta de nutrición, por subregión**

Subregión	Con diagnóstico médico alguna vez				Con diagnóstico médico en dos consultas o más			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	5,3	8,5	4,4	6,1	2,0	22,6	1,1	2,9
A.M Barranquilla	8,9	4,7	8,1	9,8	5,6	6,7	4,9	6,4
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	9,1	11,2	7,1	11,1	3,9	19,4	2,4	5,4
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	6,2	9,5	5,0	7,3	2,6	13,9	1,9	3,3
Santanderes	4,8	9,4	3,9	5,7	2,3	15,0	1,6	3,0
Boyacá, Cundinamarca, Meta	6,6	10,9	5,2	8,0	3,5	15,3	2,5	4,6
A.M Medellín	7,6	4,8	6,9	8,4	3,9	7,5	3,3	4,5
Antioquia sin A.M Medellín	6,7	11,4	5,2	8,2	2,0	21,1	1,2	2,9
Caldas, Risaralda, Quindío	9,5	6,1	8,3	10,6	3,5	14,1	2,5	4,5
Tolima, Huila, Caquetá	6,8	8,3	5,6	7,9	2,3	15,8	1,6	3,1
A.M Cali	7,6	5,3	6,8	8,4	3,7	7,8	3,2	4,3
Valle sin A.M Cali ni Litoral	8,4	8,2	7,1	9,8	2,3	12,3	1,8	2,9
Cauca y Nariño sin Litoral	5,3	16,4	3,6	7,0	2,3	18,5	1,5	3,2
Litoral Pacífico	7,1	10,9	5,6	8,6	2,6	18,7	1,6	3,5
Bogotá	5,5	8,1	4,6	6,4	3,5	10,7	2,8	4,2
Orinoquia y Amazonia	4,9	23,3	2,6	7,1	2,2	14,9	1,6	2,9
<b>Nacional</b>	<b>6,7</b>	<b>3,2</b>	<b>6,3</b>	<b>7,1</b>	<b>3,1</b>	<b>5,4</b>	<b>2,8</b>	<b>3,4</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 33. Población de 18-69 años con hipertensión arterial diagnosticada en dos o más consultas (porcentaje y precisión de la estimación) según consulta de psicología o instrucción sobre ejercicios, por subregión**

Subregión	Con consulta de psicología alguna vez				Con instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud alguna vez			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	0,8	27,1	0,4	1,2	1,9	21,1	1,1	2,7
A.M Barranquilla	1,9	11,1	1,4	2,3	4,5	7,1	3,9	5,1
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	1,0	21,6	0,6	1,4	3,7	12,9	2,8	4,6
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	0,5	26,3	0,3	0,8	2,4	14,5	1,7	3,1
Santanderes	0,9	22,0	0,5	1,3	1,3	22,2	0,7	1,8
Boyacá, Cundinamarca, Meta	1,1	32,4	0,4	1,8	2,4	13,3	1,8	3,0
A.M Medellín	1,3	12,2	1,0	1,6	3,2	8,2	2,7	3,8
Antioquia sin A.M Medellín	0,5	39,2	0,1	0,8	1,9	23,9	1,0	2,7
Caldas, Risaralda, Quindío	0,9	16,8	0,6	1,2	2,5	13,7	1,8	3,2
Tolima, Huila, Caquetá	0,6	31,0	0,2	0,9	2,4	12,1	1,9	3,0
A.M Cali	1,4	11,2	1,1	1,7	3,3	7,8	2,8	3,8
Valle sin A.M Cali ni Litoral	1,2	24,8	0,6	1,7	2,2	19,1	1,4	3,1
Cauca y Nariño sin Litoral	0,7	20,1	0,4	1,0	2,2	21,6	1,3	3,1
Litoral Pacífico	0,4	59,8	-0,1	0,9	2,9	26,2	1,4	4,4
Bogotá	0,9	19,5	0,6	1,3	2,6	12,0	2,0	3,2
Orinoquia y Amazonia	1,0	20,1	0,6	1,3	2,2	17,0	1,4	2,9
<b>Nacional</b>	<b>0,9</b>	<b>8,2</b>	<b>0,8</b>	<b>1,1</b>	<b>2,6</b>	<b>5,4</b>	<b>2,3</b>	<b>2,8</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 34. Diabetes Mellitus sentida en población entre 18 y 69 años (porcentaje y precisión de la estimación) según diagnóstico médico y consumo de medicamentos por subregión**

Subregión	Con diagnóstico médico alguna vez				Con consumo de medicamentos para el control de la diabetes			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	0,8	27,1	0,4	1,2	1,9	21,1	1,1	2,7
Guajira, Cesar, Magdalena	2,6	13,1	1,9	3,3	1,4	16,7	0,9	1,9
A.M Barranquilla Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	3,3	8,0	2,8	3,8	1,9	11,4	1,5	2,4
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	2,8	22,3	1,6	4,0	1,3	20,6	0,8	1,8
Santanderes	3,0	14,2	2,2	3,8	2,0	16,0	1,3	2,6
Boyacá, Cundinamarca, Meta	3,9	13,9	2,8	4,9	2,0	16,2	1,4	2,7
A.M Medellín Antioquia sin A.M Medellín	5,1	11,6	3,9	6,3	2,1	21,1	1,2	2,9
Caldas, Risaralda, Quindío	3,0	8,0	2,5	3,5	2,0	10,2	1,6	2,4
Tolima, Huila, Caquetá	2,2	20,8	1,3	3,1	1,3	23,6	0,7	1,8
A.M Cali	3,6	9,9	2,9	4,4	2,2	14,1	1,6	2,8
Valle sin A.M Cali ni Litoral	3,6	10,6	2,8	4,3	2,0	14,1	1,5	2,6
Cauca y Nariño sin Litoral	4,6	7,8	3,9	5,3	2,4	10,7	1,9	3,0
Litoral Pacífico	3,0	12,5	2,2	3,7	2,0	15,3	1,4	2,6
Bogotá	2,8	16,6	1,9	3,7	0,9	32,9	0,3	1,5
Orinoquia y Amazonia	4,4	23,1	2,4	6,4	2,4	25,6	1,2	3,6
<b>Nacional</b>	3,5	3,9	3,2	3,8	1,8	5,2	1,6	2,0

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 35. Diabetes Mellitus sentida en población entre 18 y 69 años (porcentaje y precisión de la estimación) según consulta de nutrición e instrucción sobre ejercicios por subregión**

Subregión	Con consulta de nutrición alguna vez				Con instrucción sobre ejercicios para mejorar la salud alguna vez			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	0,7	21,7	0,4	1,0	1,2	18,2	0,8	1,7
A.M Barranquilla	1,1	13,5	0,8	1,4	2,2	10,5	1,7	2,6
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	0,8	30,0	0,3	1,3	1,5	18,3	0,9	2,0
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	0,8	23,3	0,4	1,2	1,2	17,0	0,8	1,7
Santanderes	0,6	34,6	0,2	1,0	1,8	28,9	0,8	2,9
Boyacá, Cundinamarca, Meta	0,9	29,8	0,4	1,4	2,6	14,7	1,9	3,4
A.M Medellín	0,7	16,6	0,5	1,0	1,5	10,5	1,2	1,9
Antioquia sin A.M Medellín	0,5	43,1	0,1	0,8	0,6	35,3	0,2	1,1
Caldas, Risaralda, Quindío	0,8	21,2	0,5	1,2	1,4	15,1	1,0	1,9
Tolima, Huila, Caquetá	0,8	23,6	0,4	1,2	1,2	18,1	0,8	1,7
A.M Cali	1,6	11,6	1,2	2,0	1,8	11,8	1,4	2,3
Valle sin A.M Cali ni Litoral	0,5	31,8	0,2	0,9	1,4	31,4	0,5	2,2
Cauca y Nariño sin Litoral	0,5	27,1	0,2	0,7	0,9	27,3	0,4	1,4
Litoral Pacífico	0,7	37,0	0,2	1,3	1,7	36,5	0,5	2,8
Bogotá	1,0	16,5	0,7	1,3	1,7	13,8	1,3	2,2
Orinoquia y Amazonia	0,9	28,2	0,4	1,5	1,2	16,9	0,8	1,6
<b>Nacional</b>	<b>0,8</b>	<b>7,9</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,6</b>	<b>5,5</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 36. Dolor de espalda y/o nuca sentidos por la población entre 18 y 69 años en la última semana (porcentaje y precisión de la estimación) según extensión o no del dolor por departamento**

Departamento	Sólo con dolor de espalda la última semana				Con dolor de espalda en la última semana, con extensión hacia las piernas			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	30,5	8,4	25,5	35,6	7,0	16,5	4,7	9,2
Antioquia	20,9	4,7	18,9	22,8	6,2	9,8	5,0	7,4
Arauca	28,8	8,9	23,8	33,9	9,1	15,7	6,3	11,9
Atlántico	28,6	4,4	26,1	31,1	7,4	9,3	6,0	8,8
Bogotá	28,2	3,7	26,2	30,2	8,0	6,5	7,0	9,0
Bolívar	37,5	4,5	34,2	40,8	12,6	9,5	10,2	14,9
Boyacá	35,5	5,1	32,0	39,0	12,5	10,5	9,9	15,1
Caldas	18,0	8,3	15,1	20,9	5,5	13,2	4,1	6,9
Caquetá	37,8	5,5	33,7	41,9	11,1	11,4	8,6	13,6
Casanare	18,5	17,7	12,1	24,9	4,6	28,0	2,1	7,1
Cauca	39,8	5,5	35,5	44,1	8,4	14,0	6,1	10,7
Cesar	29,8	5,7	26,5	33,1	9,6	11,3	7,5	11,8
Chocó	34,8	4,6	31,7	38,0	10,6	10,3	8,4	12,7
Córdoba	26,5	6,9	22,9	30,1	9,1	12,3	6,9	11,3
Cundinamarca	25,8	7,0	22,3	29,4	7,8	11,0	6,1	9,5
Guainía	22,0	9,9	17,7	26,3	5,9	18,5	3,7	8,0
Guaviare	39,3	7,1	33,8	44,7	8,7	16,0	6,0	11,4
Huila	29,9	5,2	26,8	32,9	9,8	11,3	7,6	11,9
La Guajira	38,8	6,8	33,7	44,0	14,6	17,6	9,6	19,7
Magdalena	31,3	5,7	27,9	34,8	10,9	10,6	8,7	13,2
Meta	35,4	5,3	31,8	39,1	10,3	10,2	8,2	12,3
Nariño	39,1	4,6	35,5	42,6	13,2	8,9	10,9	15,5
Norte de Santander	26,0	6,6	22,6	29,3	8,5	10,0	6,9	10,2
Putumayo	31,2	7,1	26,8	35,5	10,1	14,7	7,2	13,0
Quindío	25,2	7,8	21,3	29,1	6,6	13,1	4,9	8,3
Risaralda	28,7	6,1	25,3	32,1	8,7	10,7	6,9	10,6
San Andrés	25,9	8,5	21,6	30,2	8,0	16,2	5,5	10,6
Santander	26,4	7,6	22,4	30,3	7,2	12,3	5,4	8,9
Sucre	24,3	6,8	21,1	27,6	7,7	11,8	5,9	9,4
Tolima	32,1	6,3	28,1	36,0	10,6	10,6	8,4	12,9
Valle del Cauca	28,0	4,3	25,6	30,4	8,8	8,5	7,4	10,3
Vaupés	31,8	6,7	27,6	36,0	11,3	12,7	8,5	14,1
Vichada	34,8	6,9	30,1	39,5	10,7	17,4	7,1	14,4
<b>Nacional</b>	<b>28,5</b>	<b>1,3</b>	<b>27,8</b>	<b>29,2</b>	<b>8,7</b>	<b>2,3</b>	<b>8,3</b>	<b>9,1</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 37. Dolor de espalda y/o nuca sentidos por la población entre 18 y 69 años en la última semana (porcentaje y precisión de la estimación) por departamento**

Departamento	Sólo con dolor de cuello o nuca en la última semana				Con dolor de espalda y/o cuello o nuca en la última semana			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	20,8	11,1	16,3	25,4	37,3	7,9	31,5	43,1
Antioquia	14,0	6,4	12,2	15,7	27,1	4,5	24,7	29,4
Arauca	17,8	12,8	13,4	22,3	35,1	8,1	29,5	40,7
Atlántico	19,2	5,6	17,1	21,3	37,3	3,8	34,6	40,1
Bogotá	18,4	4,9	16,7	20,2	35,1	3,3	32,8	37,4
Bolívar	24,1	6,0	21,3	27,0	46,1	3,7	42,8	49,5
Boyacá	19,8	10,8	15,6	24,0	40,9	4,7	37,1	44,7
Caldas	11,4	9,7	9,3	13,6	23,1	7,2	19,8	26,4
Caquetá	19,7	8,1	16,6	22,8	44,2	4,9	39,9	48,5
Casanare	11,0	19,6	6,8	15,2	22,2	16,9	14,8	29,6
Cauca	18,1	6,5	15,8	20,4	44,2	4,8	40,0	48,4
Cesar	17,6	7,9	14,8	20,3	37,3	4,8	33,8	40,8
Chocó	20,1	7,8	17,0	23,2	42,4	4,9	38,3	46,5
Córdoba	17,1	7,1	14,7	19,4	33,8	5,2	30,3	37,2
Cundinamarca	14,6	9,4	11,9	17,3	31,1	6,4	27,2	35,0
Guainía	12,3	12,2	9,3	15,2	28,1	9,5	22,9	33,3
Guaviare	24,2	10,1	19,4	29,0	48,1	5,6	42,8	53,4
Huila	17,4	7,2	14,9	19,8	35,2	4,8	31,9	38,5
La Guajira	22,1	6,3	19,3	24,8	46,1	5,3	41,3	50,9
Magdalena	19,8	8,4	16,5	23,0	39,9	4,8	36,1	43,6
Meta	20,5	6,7	17,8	23,2	40,4	4,7	36,6	44,1
Nariño	16,7	8,4	13,9	19,4	44,3	4,3	40,6	48,1
Norte de Santander	19,1	8,4	16,0	22,3	33,5	5,7	29,7	37,2
Putumayo	18,0	11,5	14,0	22,1	37,3	6,5	32,6	42,1
Quindío	13,5	9,6	11,0	16,1	31,1	6,9	26,9	35,3
Risaralda	16,4	7,7	13,9	18,9	35,0	5,3	31,3	38,6
San Andrés	15,5	12,6	11,7	19,4	32,0	8,5	26,6	37,4
Santander	15,4	12,7	11,6	19,3	31,9	7,9	26,9	36,8
Sucre	17,3	8,8	14,3	20,2	32,8	6,2	28,8	36,8
Tolima	19,5	8,4	16,3	22,7	38,8	6,1	34,2	43,5
Valle del Cauca	16,9	6,3	14,8	19,0	33,3	3,8	30,8	35,7
Vaupés	17,2	11,1	13,5	20,9	38,7	6,1	34,1	43,4
Vichada	21,0	14,2	15,2	26,9	41,8	6,6	36,4	47,2
<b>Nacional</b>	<b>17,4</b>	<b>1,8</b>	<b>16,8</b>	<b>18,0</b>	<b>35,0</b>	<b>1,1</b>	<b>34,2</b>	<b>35,7</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 38. Dolor de espalda y/o cuello o nuca sentidos por la población entre 18 y 69 años en la última semana con búsqueda de tratamiento para el dolor (porcentaje y precisión de la estimación) por departamento**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	13,6	20,0	8,3	19,0
Antioquia	16,0	9,9	12,9	19,2
Arauca	24,7	16,8	16,5	32,8
Atlántico	13,5	11,3	10,5	16,5
Bogotá	12,5	9,6	10,1	14,8
Bolívar	16,3	10,6	12,9	19,6
Boyacá	12,6	14,7	9,0	16,2
Caldas	10,9	19,5	6,7	15,0
Caquetá	14,6	13,4	10,8	18,4
Casanare	11,4	28,5	5,0	17,8
Cauca	6,1	24,4	3,2	9,0
Cesar	15,3	11,9	11,8	18,9
Chocó	17,8	10,9	14,0	21,7
Córdoba	9,6	19,3	6,0	13,2
Cundinamarca	12,9	15,8	8,9	16,9
Guainía	8,4	21,2	4,9	11,9
Guaviare	15,1	19,4	9,4	20,9
Huila	20,6	12,3	15,6	25,6
La Guajira	14,0	16,2	9,6	18,5
Magdalena	17,4	15,8	12,1	22,8
Meta	15,7	12,0	12,0	19,4
Nariño	9,4	16,0	6,4	12,4
Norte de Santander	7,0	21,6	4,1	10,0
Putumayo	7,9	24,9	4,0	11,7
Quindío	10,1	18,7	6,4	13,8
Risaralda	14,0	12,7	10,5	17,4
San Andrés	12,7	19,5	7,8	17,5
Santander	12,8	16,6	8,7	17,0
Sucre	18,4	19,7	11,3	25,5
Tolima	12,1	16,6	8,2	16,0
Valle del Cauca	10,8	12,5	8,2	13,5
Vaupés	9,8	18,1	6,3	13,3
Vichada	12,0	17,6	7,8	16,1
<b>Nacional</b>	<b>13,1</b>	<b>3,1</b>	<b>12,3</b>	<b>13,9</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 39. Fumadores adultos actuales de cigarrillos -18 a 69-  
(porcentaje y precisión de la estimación) por departamentos**

Departamento	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	10,3	14,2	7,4	13,2
Antioquia	17,2	5,9	15,2	19,2
Arauca	7,1	14,3	5,1	9,0
Atlántico	8,2	8,0	6,9	9,5
Bogotá	15,9	4,9	14,3	17,4
Bolívar	9,5	9,7	7,7	11,4
Boyacá	9,6	12,6	7,2	12,0
Caldas	16,0	11,2	12,5	19,6
Caquetá	6,6	12,9	5,0	8,3
Casanare	10,6	21,9	6,0	15,1
Cauca	14,2	8,3	11,8	16,5
Cesar	11,1	9,4	9,0	13,1
Chocó	15,9	8,3	13,3	18,4
Córdoba	10,5	10,9	8,2	12,7
Cundinamarca	10,1	12,3	7,7	12,5
Guainía	17,0	10,5	13,5	20,5
Guaviare	10,5	15,6	7,3	13,8
Huila	10,2	11,2	8,0	12,4
La Guajira	7,8	14,0	5,7	10,0
Magdalena	10,3	13,2	7,6	13,0
Meta	8,9	11,7	6,9	11,0
Nariño	14,0	7,9	11,9	16,2
Norte de Santander	11,3	10,3	9,0	13,5
Putumayo	7,7	18,1	5,0	10,5
Quindío	14,5	7,7	12,3	16,7
Risaralda	17,3	7,3	14,9	19,8
San Andrés	7,9	15,4	5,5	10,4
Santander	9,0	11,8	6,9	11,0
Sucre	11,9	11,5	9,2	14,6
Tolima	15,3	10,7	12,1	18,6
Valle del Cauca	10,5	7,8	8,9	12,1
Vaupés	17,3	9,7	14,0	20,6
Vichada	8,6	11,6	6,6	10,6
<b>Nacional</b>	<b>12,8</b>	<b>2,1</b>	<b>12,2</b>	<b>13,3</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 40. Personas adultas entre 18 y 69 años exfumadores de cigarrillos o con riesgo para la dependencia al alcohol (porcentaje de la estimación y su precisión) por departamentos**

Departamento	Exfumadores de cigarrillos				Con riesgo para la dependencia al alcohol			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	31,8	15,8	21,9	41,7	10,3	18,0	6,7	13,9
Antioquia	32,8	6,7	28,5	37,1	9,3	7,0	8,0	10,5
Arauca	51,6	12,0	39,4	63,7	3,5	25,9	1,7	5,3
Atlántico	45,7	6,3	40,0	51,4	6,4	8,9	5,2	7,5
Bogotá	36,8	5,6	32,8	40,9	9,2	6,4	8,1	10,4
Bolívar	45,9	8,6	38,1	53,7	9,3	8,8	7,7	10,9
Boyacá	39,8	10,8	31,4	48,3	5,8	16,8	3,9	7,8
Caldas	42,3	9,2	34,7	50,0	8,9	11,1	6,9	10,8
Caquetá	59,0	6,1	51,8	66,1	7,4	14,9	5,2	9,6
Casanare	35,0	20,0	21,3	48,7	3,8	22,6	2,1	5,5
Cauca	27,0	14,3	19,4	34,6	8,4	14,5	6,0	10,8
Cesar	46,1	7,9	39,0	53,2	7,0	11,1	5,5	8,5
Chocó	31,9	11,7	24,6	39,2	11,1	15,2	7,8	14,5
Córdoba	44,2	9,5	36,0	52,4	5,7	12,1	4,3	7,0
Cundinamarca	46,7	9,8	37,7	55,7	5,4	13,3	4,0	6,8
Guainía	27,9	18,4	17,8	37,9	2,6	27,8	1,2	4,1
Guaviare	50,2	12,5	37,9	62,5	9,2	14,6	6,6	11,9
Huila	51,2	7,8	43,4	59,0	3,7	15,1	2,6	4,8
La Guajira	41,1	13,8	29,9	52,2	4,5	15,8	3,1	5,9
Magdalena	42,6	10,1	34,2	51,1	7,3	11,7	5,6	9,0
Meta	59,9	6,0	52,8	66,9	10,8	9,5	8,8	12,8
Nariño	35,2	9,1	28,9	41,4	10,2	10,0	8,2	12,2
Norte de Santander	32,9	11,0	25,8	40,0	2,9	18,8	1,8	3,9
Putumayo	47,0	12,0	36,0	58,1	11,0	14,0	8,0	14,0
Quindío	41,6	7,6	35,4	47,8	5,9	11,6	4,5	7,2
Risaralda	41,6	6,8	36,1	47,1	6,9	10,7	5,4	8,3
San Andrés	48,2	12,6	36,2	60,2	9,5	12,2	7,2	11,7
Santander	42,0	15,8	29,0	55,0	5,8	14,1	4,2	7,4
Sucre	33,6	13,0	25,1	42,2	7,2	12,6	5,4	9,0
Tolima	46,0	8,5	38,3	53,7	8,3	9,6	6,8	9,9
Valle del Cauca	40,2	6,9	34,8	45,7	6,4	8,1	5,4	7,4
Vaupés	26,6	12,4	20,2	33,1	9,4	15,3	6,6	12,2
Vichada	54,0	10,1	43,3	64,8	6,1	15,4	4,3	7,9
<b>Nacional</b>	<b>39,6</b>	<b>2,0</b>	<b>38,1</b>	<b>41,2</b>	<b>7,6</b>	<b>2,4</b>	<b>7,2</b>	<b>7,9</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 41. Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en personas de 18-69 años (porcentaje y precisión de la estimación) según sustancia, por rangos de edades y regiones**

Región	Rango de edades	Consumo de marihuana y/o cocaína				Consumo de tranquilizantes y/o solventes			
		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Atlántica	18 - 29	4,0	11,9	3,0	4,9	5,8	9,8	4,7	6,9
	30 - 39	2,8	15,9	1,9	3,6	4,3	13,6	3,1	5,4
	40 - 49	5,3	12,9	4,0	6,6	4,4	14,1	3,2	5,6
	50 - 59	5,0	16,3	3,4	6,6	5,5	15,5	3,8	7,2
	60 - 69	2,6	23,1	1,4	3,8	3,8	21,1	2,2	5,4
	<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>6,7</b>	<b>3,4</b>	<b>4,5</b>	<b>5,0</b>	<b>6,0</b>	<b>4,4</b>	<b>5,5</b>
Oriental	18 - 29	4,8	19,2	3,0	6,7	2,6	23,2	1,4	3,8
	30 - 39	1,9	28,0	0,8	2,9	2,4	24,1	1,2	3,5
	40 - 49	3,5	24,6	1,8	5,2	1,3	31,3	0,5	2,1
	50 - 59	4,1	21,3	2,4	5,8	2,0	29,8	0,8	3,2
	60 - 69	0,8	44,8	0,1	1,4	1,3	39,2	0,3	2,3
	<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>11,5</b>	<b>2,6</b>	<b>4,1</b>	<b>2,1</b>	<b>12,9</b>	<b>1,5</b>	<b>2,6</b>
Central	18 - 29	14,0	8,2	11,8	16,3	4,3	15,1	3,1	5,6
	30 - 39	10,6	12,0	8,1	13,1	2,4	22,1	1,4	3,4
	40 - 49	10,2	10,4	8,1	12,3	2,2	25,3	1,1	3,2
	50 - 59	10,1	11,8	7,8	12,4	2,4	20,8	1,4	3,4
	60 - 69	4,9	22,7	2,7	7,1	2,0	33,9	0,7	3,3
	<b>Total</b>	<b>10,9</b>	<b>5,0</b>	<b>9,9</b>	<b>12,0</b>	<b>2,9</b>	<b>9,7</b>	<b>2,4</b>	<b>3,5</b>
Pacífica	18 - 29	9,7	10,8	7,6	11,7	2,3	20,8	1,4	3,2
	30 - 39	7,6	13,3	5,6	9,6	1,2	37,8	0,3	2,1
	40 - 49	9,4	13,5	6,9	11,9	2,4	30,5	1,0	3,8
	50 - 59	7,9	15,8	5,5	10,4	1,6	30,7	0,6	2,6
	60 - 69	3,3	25,0	1,7	4,8	0,4	57,8	0	0,9
	<b>Total</b>	<b>8,2</b>	<b>6,3</b>	<b>7,2</b>	<b>9,3</b>	<b>1,8</b>	<b>14,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,3</b>
Bogotá	18 - 29	12,0	11,5	9,3	14,7	5,2	19,0	3,3	7,1
	30 - 39	8,5	17,3	5,6	11,3	3,0	27,0	1,4	4,6
	40 - 49	5,9	19,7	3,6	8,2	2,2	32,8	0,8	3,6
	50 - 59	7,5	20,8	4,5	10,6	2,8	36,8	0,8	4,8
	60 - 69	1,6	50,4	0,0	3,2	3,6	45,7	0,4	6,9
	<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>7,1</b>	<b>9,7</b>	<b>3,6</b>	<b>12,8</b>	<b>2,7</b>	<b>4,5</b>
Orinoquía y Amazonía	18 - 29	9,2	16,0	6,3	12,1	5,6	17,2	3,7	7,4
	30 - 39	4,6	21,5	2,7	6,5	10,3	23,6	5,5	15,1
	40 - 49	9,7	25,4	4,9	14,6	3,1	24,3	1,6	4,5
	50 - 59	10,8	17,2	7,1	14,4	5,5	24,9	2,8	8,1
	60 - 69	4,5	31,5	1,7	7,3	3,1	39,1	0,7	5,4
	<b>Total</b>	<b>8,0</b>	<b>9,9</b>	<b>6,5</b>	<b>9,6</b>	<b>6,0</b>	<b>12,4</b>	<b>4,6</b>	<b>7,5</b>
Nacional	18 - 29	9,1	5,1	8,2	10,0	4,2	7,2	3,6	4,8
	30 - 39	6,4	7,3	5,5	7,3	2,8	9,4	2,3	3,3
	40 - 49	7,2	6,5	6,3	8,1	2,5	10,8	2,0	3,0
	50 - 59	7,2	7,3	6,2	8,3	2,9	10,8	2,3	3,5
	60 - 69	2,9	13,4	2,1	3,6	2,2	16,6	1,5	2,9
	<b>Total</b>	<b>7,2</b>	<b>3,1</b>	<b>6,8</b>	<b>7,7</b>	<b>3,1</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 42. Consumo de sustancias psicoactivas en el último mes en personas de 18-69 años (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones**

Región	Consumo de marihuana				Consumo de cocaína			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Atlántica	0,9	14,0	0,7	1,1	0,1	36,9	0,0	0,2
Oriental	0,4	40,0	0,1	0,7	na	na	na	na
Central	1,6	13,8	1,2	2,0	0,2	42,7	0,0	0,3
Pacífica	1,4	18,1	0,9	1,9	0,5	35,7	0,2	0,9
Bogotá	1,5	20,6	0,9	2,1	0,2	53,4	0,0	0,5
Orinoquía y Amazonía	1,0	36,1	0,3	1,7	0,2	47,5	0,0	0,3
<b>Nacional</b>	<b>1,2</b>	<b>8,2</b>	<b>1,0</b>	<b>1,4</b>	<b>0,2</b>	<b>21,8</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 43. Consumo de sustancias psicoactivas en el último mes en personas de 18-69 años (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones**

Región	Consumo de tranquilizantes				Consumo de solventes o inhalantes			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Atlántica	0,5	19,4	0,3	0,7	0,2	32,5	0,1	0,3
Oriental	0,1	39,4	0,0	0,3	0,0	100,0	0,0	0,1
Central	0,5	25,2	0,2	0,7	0,2	40,2	0,0	0,4
Pacífica	0,2	35,9	0,1	0,4	0,0	71,0	0,0	0,0
Bogotá	0,6	30,3	0,2	0,9	0,3	45,6	0,0	0,5
Orinoquía y Amazonía	0,2	42,3	0,0	0,3	0,6	61,3	0	1,3
<b>Nacional</b>	<b>0,4</b>	<b>12,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,2</b>	<b>21,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 44. Consumo de sustancias psicoactivas en el último mes en personas de 18-69 años (porcentaje y precisión de la estimación) por regiones**

Región	Consumo de marihuana y/o cocaína				Consumo de tranquilizantes y/o solventes			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Atlántica	1,0	13,7	0,7	1,2	0,7	16,8	0,4	0,9
Oriental	0,4	40,0	0,1	0,7	0,2	36,7	0,0	0,3
Central	1,7	13,2	1,3	2,1	0,7	21,7	0,4	1,0
Pacífica	1,5	17,5	1,0	2,0	0,2	34,2	0,1	0,4
Bogotá	1,5	20,2	0,9	2,1	0,8	25,2	0,4	1,2
Orinoquía y Amazonía	1,1	34,4	0,4	1,8	0,7	48,5	0,0	1,4

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 45. Tiempo de espera que los usuarios de servicios de consulta externa declaran transcurrió entre el momento de llegada a la IPS y la atención efectiva (tiempo promedio en minutos y precisión de la estimación), por régimen de afiliación y departamento**

Departamento	Régimen contributivo			Régimen subsidiado			Régimen especial			No asegurado		
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95
Amazonas	10,3	26,5	4,9 15,6	40,7	18,7	25,7 55,6	12,1	43,2	1,9 22,4	41,8	26,7	19,9 63,6
Antioquia	14,7	9,2	12,1 17,4	22,8	5,2	20,4 25,1	80,6	8,7	66,8 94,5	12,0	14,8	8,5 15,5
Arauca	25,4	20,4	15,3 35,5	50,5	7,6	43,0 58,1	22,6	31,9	8,4 36,7	60,9	13,8	44,4 77,4
Atlántico	53,6	5,8	47,6 59,7	63,7	5,5	56,8 70,5	51,1	29,2	21,8 80,4	106,2	9,1	87,3 125,1
Bogotá	27,3	3,6	25,4 29,3	29,8	7,6	25,3 34,2	34,0	20,9	20,0 47,9	28,5	4,7	25,9 31,1
Bolívar	64,7	5,8	57,4 72,0	77,6	5,2	69,7 85,4	44,2	16,0	30,4 58,1	70,0	27,9	31,7 108,2
Boyacá	22,8	16,0	15,6 29,9	49,6	4,6	45,1 54,1	15,7	24,1	8,3 23,0	49,5	21,6	28,5 70,5
Caldas	18,4	15,5	12,8 24,0	31,9	7,0	27,5 36,3	5,4	17,0	3,6 7,2	19,7	30,7	7,9 31,6
Caqueta	14,0	6,3	12,3 15,8	39,4	6,0	34,8 44,1	19,7	14,5	14,1 25,3	54,2	20,9	32,0 76,4
Casanare	16,5	18,1	10,6 22,3	21,3	15,1	15,0 27,7	18,2	25,5	9,1 27,4	18,0	27,3	8,4 27,6
Cauca	50,1	15,8	34,6 65,7	153,1	10,9	120,3 185,8	23,4	9,9	18,9 27,9	145,9	18,7	92,3 199,5
Cesar	32,9	12,0	25,1 40,6	70,8	5,7	63,0 78,7	35,3	10,1	28,3 42,3	91,4	22,5	51,1 131,7
Chocó	54,7	7,6	46,6 62,9	48,7	6,9	42,1 55,3	23,4	13,2	17,4 29,5	44,2	30,1	18,1 70,3
Córdoba	29,0	9,9	23,4 34,7	77,9	6,4	68,2 87,6	29,4	9,3	24,0 34,7	75,2	12,3	57,0 93,3
Cundinamarca	20,9	7,5	17,8 24,0	65,2	5,0	58,8 71,6	25,7	15,4	18,0 33,5	69,1	34,6	22,3 115,9
Guainía	14,9	24,2	7,8 22,0	18,8	8,1	15,8 21,8	16,3	25,3	8,2 24,3	8,7	21,7	5,0 12,5
Guaviare	25,7	19,9	15,7 35,7	41,5	9,1	34,1 48,8	111,7	25,6	55,6 167,7	47,8	20,0	29,1 66,5
Huila	18,5	6,8	16,1 21,0	43,9	6,2	38,5 49,2	15,1	17,7	9,9 20,4	62,7	19,4	38,9 86,6
La Guajira	36,5	8,2	30,6 42,4	63,3	5,1	57,0 69,6	35,5	20,6	21,2 49,9	48,9	12,2	37,2 60,7
Magdalena	36,6	5,6	32,5 40,6	70,2	7,5	59,9 80,4	41,7	7,1	35,9 47,6	55,5	12,1	42,4 68,6
Meta	18,2	11,7	14,0 22,3	59,2	7,0	51,1 67,3	28,8	17,2	19,1 38,4	51,7	9,9	41,6 61,7
Nariño	24,5	6,9	21,2 27,8	75,3	4,1	69,2 81,4	20,3	11,8	15,6 25,0	41,0	9,1	33,7 48,4
Norte de Santander	21,1	9,0	17,4 24,8	42,1	4,4	38,4 45,7	26,2	13,4	19,3 33,1	43,6	12,8	32,7 54,6
Putumayo	28,9	16,8	19,4 38,5	61,3	8,9	50,6 72,0	17,6	17,4	11,6 23,6	36,4	31,9	13,7 59,2
Quindío	18,3	4,5	16,7 19,9	35,9	12,9	26,8 45,0	16,8	12,8	12,6 21,1	21,9	24,9	11,2 32,6
Risaralda	14,4	6,6	12,5 16,2	66,0	21,8	37,8 94,2	12,8	21,5	7,4 18,2	25,3	12,6	19,1 31,6
San Andrés	59,4	19,7	36,5 82,4	91,1	15,8	62,8 119,4	15,9	40,5	3,3 28,4	16,5	58,0	0,0 35,3
Santander	19,3	4,0	17,8 20,8	71,0	4,4	64,9 77,0	27,9	16,9	18,6 37,1	48,2	11,1	37,7 58,6
Sucre	32,3	10,1	25,9 38,7	95,8	4,2	87,9 103,6	23,9	36,4	6,8 40,9	92,3	15,2	64,7 119,9
Tolima	32,9	9,5	26,8 39,1	61,0	3,5	56,8 65,2	42,9	19,0	26,9 58,8	77,9	7,7	66,1 89,8
Valle del Cauca	30,1	5,1	27,1 33,1	51,1	5,9	45,2 56,9	20,5	11,8	15,8 25,3	38,1	6,3	33,3 42,8
Vaupés	31,3	30,2	12,7 49,8	22,0	27,2	10,2 33,7	18,5	22,8	10,3 26,8	NA	NA	NA NA
Vichada	31,4	27,5	14,5 48,3	52,1	12,7	39,2 65,1	56,6	33,5	19,5 93,8	52,6	12,9	39,3 65,9
<b>Nacional</b>	<b>25,7</b>	<b>1,9</b>	<b>24,8 26,7</b>	<b>56,9</b>	<b>1,6</b>	<b>55,2 58,7</b>	<b>33,0</b>	<b>4,0</b>	<b>30,5 35,6</b>	<b>56,6</b>	<b>4,7</b>	<b>51,4 61,8</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 46. Usuarios de servicios de consulta externa que declaran haber recibido información clara sobre su situación de salud (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	91,3	2,3	87,2	95,3	76,6	7,8	64,9	88,2
Antioquia	84,7	1,2	82,7	86,6	85,8	0,9	84,3	87,3
Arauca	90,4	1,7	87,4	93,4	87,1	2,1	83,5	90,6
Atlántico	88,0	2,2	84,3	91,7	85,7	1,5	83,1	88,3
Bogotá	84,2	1,0	82,6	85,8	80,8	0,8	79,5	82,0
Bolívar	93,1	1,2	90,9	95,2	84,4	1,7	81,6	87,2
Boyacá	85,5	1,4	83,2	87,9	82,9	1,8	80,1	85,8
Caldas	91,2	1,1	89,3	93,1	84,3	1,7	81,5	87,2
Caquetá	89,8	1,1	87,8	91,8	91,9	1,3	89,6	94,3
Casanare	89,7	1,6	86,9	92,6	81,4	2,7	77,1	85,8
Cauca	72,5	2,7	68,7	76,3	63,8	7,0	55,1	72,5
Cesar	85,0	1,5	82,6	87,5	78,5	3,6	73,0	84,0
Chocó	87,3	1,8	84,2	90,4	86,2	2,0	82,9	89,5
Córdoba	86,4	1,6	83,7	89,2	84,2	2,4	80,2	88,1
Cundinamarca	92,7	1,2	90,5	94,9	83,3	2,1	79,8	86,7
Guainía	98,0	2,0	94,1	101,9	94,4	1,5	91,6	97,3
Guaviare	91,1	2,6	86,5	95,6	92,9	1,4	90,4	95,4
Huila	86,5	1,6	83,7	89,2	80,1	3,1	75,3	84,9
La Guajira	81,0	2,7	76,8	85,3	83,7	1,8	80,7	86,6
Magdalena	89,6	1,1	87,6	91,5	89,1	3,4	83,1	95,1
Meta	86,3	1,3	84,1	88,5	80,8	2,1	77,4	84,1
Nariño	87,0	1,5	84,4	89,6	88,0	1,5	85,4	90,6
Norte de Santander	94,2	0,7	92,8	95,6	95,9	0,6	94,8	97,0
Putumayo	74,3	2,8	70,1	78,4	63,4	4,6	57,7	69,1
Quindío	86,7	1,2	84,7	88,7	80,0	2,0	76,8	83,1
Risaralda	88,9	1,5	86,4	91,5	83,5	2,8	78,9	88,1
San Andrés	70,9	5,2	63,8	78,1	NA	NA	NA	NA
Santander	84,7	1,2	82,7	86,8	83,6	1,6	81,1	86,2
Sucre	92,5	1,8	89,3	95,7	89,1	1,5	86,4	91,7
Tolima	83,1	1,8	80,2	86,1	82,1	1,6	79,4	84,7
Valle del Cauca	89,2	1,9	86,0	92,5	87,3	1,2	85,3	89,4
Vaupés	100,0	.	.	.	98,4	1,6	95,2	101,5
Vichada	NA	NA	NA	NA	100,0	.	.	.
<b>Nacional</b>	<b>86,8</b>	<b>0,4</b>	<b>86,1</b>	<b>87,5</b>	<b>83,5</b>	<b>0,4</b>	<b>82,8</b>	<b>84,2</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 47. Usuarios de servicios de consulta externa que declaran haber recibido explicación sobre el tratamiento a realizar (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	96,8	1,3	94,2	99,3	86,6	5,5	77,3	95,9
Antioquia	84,0	1,2	82,0	85,9	86,2	0,9	84,7	87,6
Arauca	91,2	1,7	88,2	94,3	83,9	2,6	79,6	88,2
Atlántico	86,8	2,4	82,7	90,8	87,5	1,5	85,0	90,1
Bogotá	84,3	1,0	82,7	85,9	77,3	0,9	75,8	78,7
Bolívar	92,8	1,2	90,7	94,9	81,7	2,0	78,5	84,8
Boyacá	87,8	1,4	85,4	90,2	86,1	1,5	83,5	88,7
Caldas	89,6	1,2	87,4	91,7	79,2	2,1	76,0	82,4
Caquetá	96,8	0,6	95,7	97,9	95,4	0,9	93,7	97,2
Casanare	92,2	1,6	89,2	95,2	89,5	1,9	86,1	92,9
Cauca	77,8	2,3	74,3	81,3	64,3	6,9	55,6	73,0
Cesar	85,7	1,5	83,3	88,2	71,9	4,5	65,7	78,2
Chocó	86,4	1,8	83,3	89,5	83,7	2,6	79,4	88,0
Córdoba	87,8	1,5	85,2	90,4	81,8	2,9	77,2	86,5
Cundinamarca	76,5	3,4	71,3	81,6	68,0	3,3	63,6	72,5
Guainía	100,0	.	.	.	99,2	0,6	98,1	100,0
Guaviare	63,6	6,3	55,8	71,3	82,6	2,5	78,7	86,6
Huila	88,7	1,4	86,3	91,1	87,1	2,2	83,4	90,9
La Guajira	80,7	2,6	76,5	84,8	86,3	1,5	83,8	88,9
Magdalena	92,2	0,9	90,6	93,8	89,9	3,4	83,9	95,9
Meta	91,4	1,1	89,5	93,3	85,5	2,0	82,1	88,9
Nariño	93,4	0,8	91,9	94,9	93,6	1,2	91,4	95,8
Norte de Santander	92,5	0,9	90,8	94,1	95,7	0,6	94,6	96,8
Putumayo	84,3	2,2	80,7	87,9	73,8	3,7	68,5	79,1
Quindío	81,0	1,5	78,6	83,4	70,3	2,6	66,8	73,9
Risaralda	89,1	1,4	86,7	91,5	81,5	3,0	76,7	86,3
San Andrés	65,7	5,8	58,2	73,3	NA	NA	NA	NA
Santander	81,9	1,4	79,7	84,1	80,9	1,8	78,0	83,8
Sucre	93,9	1,2	91,8	96,1	85,3	1,9	82,2	88,4
Tolima	85,8	1,8	82,9	88,7	77,3	2,0	74,3	80,3
Valle del Cauca	93,6	1,2	91,3	95,8	88,4	1,1	86,5	90,4
Vaupés	100,0	.	.	.	100,0	.	.	.
Vichada	NA	NA	NA	NA	100,0	.	.	.
<b>Nacional</b>	<b>86,5</b>	<b>0,4</b>	<b>85,7</b>	<b>87,2</b>	<b>82,3</b>	<b>0,5</b>	<b>81,6</b>	<b>83,1</b>

NA Identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 48. Usuarios de servicios de consulta externa que se les pidió autorización para realizar algún procedimiento de examen o tratamiento (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	89,8	2,6	85,3	94,3	89,4	4,3	81,8	96,9
Antioquia	50,7	2,7	48,0	53,3	74,3	1,1	72,6	75,9
Arauca	84,9	2,2	81,2	88,6	68,6	4,1	63,1	74,1
Atlántico	95,1	1,1	93,1	97,0	84,2	1,6	81,5	86,8
Bogotá	65,7	1,7	63,5	67,8	62,6	1,3	60,9	64,2
Bolívar	77,9	2,9	73,4	82,3	58,5	3,3	54,7	62,3
Boyacá	75,3	2,2	72,1	78,5	76,4	2,0	73,3	79,4
Caldas	50,9	4,1	46,8	54,9	42,2	4,6	38,4	46,0
Caquetá	94,9	0,7	93,6	96,2	96,0	1,0	94,0	98,0
Casanare	61,5	4,3	56,3	66,6	67,3	3,9	62,3	72,4
Cauca	59,2	3,7	54,9	63,5	19,7	20,3	11,8	27,5
Cesar	49,0	3,6	45,5	52,5	33,4	8,8	27,6	39,2
Chocó	79,0	2,3	75,4	82,6	71,1	4,3	65,2	77,0
Córdoba	75,8	2,3	72,3	79,2	71,9	3,2	67,3	76,5
Cundinamarca	53,1	5,7	47,2	59,1	47,8	4,4	43,7	52,0
Guainía	100,0	.	.	.	88,9	2,2	85,0	92,8
Guaviare	73,7	5,1	66,3	81,0	84,3	2,3	80,6	88,1
Huila	72,2	2,4	68,9	75,6	67,4	3,4	62,8	71,9
La Guajira	73,1	3,4	68,2	77,9	78,1	2,0	75,0	81,1
Magdalena	89,2	1,1	87,3	91,1	80,0	5,7	71,1	88,9
Meta	75,3	1,9	72,5	78,1	71,1	2,8	67,3	75,0
Nariño	86,0	1,2	84,0	88,1	87,5	1,5	84,9	90,1
Norte de Santander	80,2	1,5	77,8	82,5	91,2	0,8	89,8	92,7
Putumayo	71,5	3,2	67,0	76,0	59,0	5,1	53,1	64,9
Quindío	67,6	2,2	64,8	70,5	57,3	3,4	53,5	61,1
Risaralda	62,3	3,3	58,3	66,4	56,8	5,1	51,2	62,4
San Andrés	66,6	5,7	59,2	73,9	NA	NA	NA	NA
Santander	73,0	1,8	70,4	75,5	66,1	2,8	62,5	69,8
Sucre	63,8	4,7	57,9	69,7	67,1	3,1	62,9	71,2
Tolima	68,7	2,9	64,7	72,7	56,7	3,1	53,2	60,2
Valle del Cauca	85,6	2,0	82,3	88,9	64,8	2,5	61,6	68,0
Vaupés	100,0	.	.	.	96,8	2,3	92,3	100
Vichada	NA	NA	NA	NA	98,5	1,1	96,4	100
<b>Nacional</b>	<b>70,3</b>	<b>0,7</b>	<b>69,3</b>	<b>71,3</b>	<b>64,9</b>	<b>0,6</b>	<b>64,0</b>	<b>65,7</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” indica que la estimación presentada no tiene variación.

los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 49. Mujeres embarazadas que acuden al servicio de control prenatal en consulta externa, que se les asignó consulta odontológica (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	74,3	19,4	46,1	100,0	66,0	29,0	28,5	100,0
Antioquia	66,6	13,0	49,6	83,5	76,7	3,6	71,3	82,1
Arauca	81,6	20,0	49,6	100	38,5	32,2	14,2	62,8
Atlántico	53,2	21,3	31,0	75,4	73,6	9,2	60,3	86,9
Bogotá	77,1	6,8	66,8	87,4	82,2	3,1	77,2	87,2
Bolívar	52,1	24,5	27,1	77,1	69,5	7,3	59,5	79,4
Boyacá	84,7	7,2	72,8	96,6	71,6	11,7	55,1	88,1
Caldas	100,0	.	.	.	56,1	16,0	38,5	73,7
Caquetá	69,1	13,7	50,6	87,6	56,2	14,4	40,4	72,1
Casanare	62,4	16,3	42,5	82,4	58,9	21,0	34,6	83,1
Cauca	80,0	11,6	61,8	98,2	91,5	2,2	87,6	95,3
Cesar	68,5	11,6	52,9	84,1	57,3	9,1	47,1	67,5
Chocó	51,6	20,3	31,1	72,1	62,4	15,3	43,7	81,1
Córdoba	51,7	18,2	33,2	70,1	39,1	22,2	22,1	56,2
Cundinamarca	52,6	30,5	21,2	84,0	90,8	3,3	85,0	96,6
Guainía	NA	NA	NA	NA	25,0	36,0	7,4	42,6
Guaviare	70,1	23,5	37,7	100,0	78,5	12,7	59,0	98,1
Huila	84,0	6,7	73,0	95,0	74,8	12,4	56,6	93,1
La Guajira	34,3	58,0	0,0	73,4	78,1	5,2	70,2	86,1
Magdalena	67,6	13,0	50,4	84,9	77,2	8,8	64,0	90,5
Meta	77,1	11,6	59,5	94,7	81,1	3,7	75,2	87,1
Nariño	55,5	21,3	32,3	78,6	83,5	3,7	77,5	89,6
Norte de santander	57,3	14,6	40,8	73,7	80,1	6,9	69,3	90,8
Putumayo	46,5	25,8	23,0	70,1	32,8	32,6	11,8	53,8
Quindío	75,5	12,1	57,5	93,4	100,0	.	.	.
Risaralda	87,0	10,8	68,5	100,0	91,7	6,3	80,4	100,0
San Andrés	38,0	71,6	0,0	91,3	NA	NA	NA	NA
Santander	70,1	9,8	56,6	83,6	65,8	12,2	50,0	81,5
Sucre	88,7	7,7	75,2	100,0	69,9	10,2	55,9	83,9
Tolima	91,5	3,7	84,9	98,1	66,5	10,6	52,7	80,3
Valle del Cauca	74,6	18,5	47,6	100	76,0	8,9	62,8	89,2
Vaupés	NA	NA	NA	NA	44,4	39,3	10,2	78,7
Vichada	NA	NA	NA	NA	62,4	17,1	41,5	83,3
<b>Nacional</b>	<b>69,2</b>	<b>4,9</b>	<b>62,5</b>	<b>75,9</b>	<b>72,8</b>	<b>1,7</b>	<b>70,3</b>	<b>75,3</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 50. Madres de niños atendidos en el servicio de crecimiento y desarrollo en consulta externa, que se les asesoró sobre la alimentación de su hijo (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y subregión**

Subregión	Privada o mixta				Pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	83,5	7,2	71,6	95,4	59,3	16,6	39,9	78,6
A.M Barranquilla	52,9	24,5	27,5	78,4	77,3	7,6	65,8	88,8
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	86,1	7,4	73,6	98,7	53,6	13,9	39,0	68,2
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	59,4	22,5	33,2	85,6	46,1	10,2	36,9	55,3
Santanderes	70,8	11,8	54,4	87,1	80,7	5,1	72,6	88,8
Boyacá, Cundinamarca, Meta	58,2	38,1	14,7	100,0	75,3	6,2	66,2	84,5
A.M Medellín	85,4	11,5	66,1	100,0	72,1	8,7	59,7	84,4
Antioquia sin A.M Medellín	100,0	.	.	.	84,6	5,5	75,4	93,7
Caldas, Risaralda, Quindío	71,9	10,5	57,1	86,8	61,8	13,6	45,4	78,3
Tolima, Huila, Caquetá	52,9	18,1	34,2	71,7	67,6	5,6	60,1	75,0
A.M Cali	79,1	12,4	59,9	98,4	84,8	11,6	65,5	100,0
Valle sin A.M Cali ni Litoral	74,8	28,6	32,8	100	66,7	36,1	19,4	100,0
Cauca y Nariño sin Litoral	75,9	17,6	49,7	100	84,4	5,2	75,8	92,9
Litoral Pacífico	54,8	26,4	26,4	83,2	78,2	16,2	53,3	100,0
Bogotá	83,0	7,3	71,1	94,9	67,0	7,1	57,7	76,2
Orinoquia y Amazonia	80,5	10,0	64,7	96,4	55,9	11,3	43,6	68,3
<b>Nacional</b>	<b>72,7</b>	<b>7,4</b>	<b>62,1</b>	<b>83,3</b>	<b>65,6</b>	<b>3,7</b>	<b>60,9</b>	<b>70,3</b>

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 51. Personas atendidas por accidente de tránsito en consulta externa, que opinan que la institución tiene todos los materiales y medicamentos adecuados para su atención (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y subregión**

Departamento	Privada o mixta				Pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	95,9	1,9	92,3	99,5	67,7	11,9	51,8	83,6
A.M Barranquilla	97,8	1,0	95,8	99,8	100,0	.	.	.
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	96,2	2,9	90,7	100,0	100,0	.	.	.
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	83,4	15,5	58,0	100,0	100,0	.	.	.
Santanderes	89,6	6,9	77,4	100,0	91,8	7,3	78,6	100,0
Boyacá, Cundinamarca, Meta	97,8	1,8	94,2	100,0	31,4	22,5	17,5	45,2
A.M Medellín	100,0	.	.	.	88,7	5,5	79,1	98,3
Antioquia sin A.M Medellín	92,1	8,4	76,9	100,0	81,6	13,6	59,8	100,0
Caldas, Risaralda, Quindío	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Tolima, Huila, Caquetá	80,2	5,6	71,3	89,1	79,0	4,1	72,6	85,4
A.M Cali	89,2	5,2	80,2	98,3	78,5	10,9	61,7	95,2
Valle sin A.M Cali ni Litoral	93,2	5,2	83,7	100,0	81,9	13,4	60,4	100,0
Cauca y Nariño sin Litoral	65,8	16,6	44,4	87,2	96,2	2,0	92,4	100,0
Litoral Pacífico	97,6	2,7	92,4	100,0	48,8	35,6	14,7	82,9
Bogotá	89,6	6,3	78,4	100,0	55,9	21,3	32,6	79,2
Orinoquia y Amazonia	81,2	15,8	56,0	100,0	50,4	29,9	20,8	79,9
<b>Nacional</b>	<b>92,7</b>	<b>1,7</b>	<b>89,7</b>	<b>95,7</b>	<b>70,1</b>	<b>5,5</b>	<b>62,5</b>	<b>77,6</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 52. Personas atendidas por dolor de espalda o nuca en consulta externa, que se les indicó cómo obtener los medicamentos recetados (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	100,0	.	.	.	NA	NA	NA	NA
Antioquia	90,2	6,3	79,1	100,0	87,9	7,1	75,6	100,0
Arauca	79,7	24,7	41,1	100,0	100,0	.	.	.
Atlántico	94,3	3,6	87,6	100,0	41,3	23,8	22,0	60,6
Bogotá	86,7	5,7	77,0	96,5	92,6	2,6	87,9	97,2
Bolívar	85,6	15,1	60,1	100,0	81,0	14,7	57,7	100,0
Boyacá	93,3	6,7	81,1	100,0	92,5	4,2	84,9	100,0
Caldas	94,9	4,7	86,1	100,0	82,0	7,8	69,4	94,6
Caquetá	100,0	.	.	.	90,8	9,8	73,3	100,0
Casanare	96,8	3,3	90,5	100,0	76,1	16,1	52,0	100,0
Cauca	100,0	.	.	.	99,1	0,9	97,4	100,0
Cesar	82,4	12,1	62,8	100,0	69,3	34,5	22,4	100,0
Chocó	100,0	.	.	.	100,0	.	.	.
Córdoba	92,0	5,9	81,3	100,0	83,0	9,8	67,1	98,9
Cundinamarca	98,1	1,2	95,9	100,0	99,6	0,3	99,1	100,0
Guainía	100,0	.	.	.	100,0	.	.	.
Guaviare	100,0	.	.	.	100,0	.	.	.
Huila	86,4	7,4	73,9	98,9	92,5	3,3	86,6	98,4
La Guajira	100,0	.	.	.	100,0	.	.	.
Magdalena	89,9	6,3	78,7	100,0	91,3	4,0	84,1	98,6
Meta	79,3	13,8	57,8	100,0	91,4	6,9	79,0	100,0
Nariño	99,1	0,9	97,3	100,0	99,7	0,3	99,2	100,0
Norte de Santander	95,4	3,8	88,4	100,0	94,7	3,9	87,5	100,0
Putumayo	100,0	.	.	.	74,7	28,2	33,4	100,0
Quindío	96,0	4,2	88,1	100,0	64,0	15,1	45,0	83,0
Risaralda	100,0	.	.	.	83,5	8,6	69,5	97,5
San Andrés	100,0	.	.	.	NA	NA	NA	NA
Santander	95,1	2,5	90,4	99,8	82,6	10,5	65,5	99,6
Sucre	84,0	6,1	73,9	94,1	69,6	13,0	51,9	87,3
Tolima	71,2	17,5	46,7	95,6	46,2	14,2	33,3	59,0
Valle del Cauca	89,1	6,1	78,4	99,8	82,5	16,9	55,2	100,0
Vaupés	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Vichada	NA	NA	NA	NA	100,0	.	.	.
<b>Nacional</b>	<b>90,6</b>	<b>2,9</b>	<b>85,5</b>	<b>95,7</b>	<b>84,5</b>	<b>2,5</b>	<b>80,4</b>	<b>88,6</b>

NA Identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 53. Personas atendidas por hipertensión arterial en consulta externa, que se les recomendó la realización del examen para medir el nivel de grasa en la sangre (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	100,0	.	.	.	NA	NA	NA	NA
Antioquia	87,4	4,5	79,8	95,1	86,0	2,9	81,2	90,8
Arauca	93,5	7,0	80,7	100,0	95,5	4,8	86,6	100,0
Atlántico	89,6	8,2	75,1	100,0	88,2	5,0	79,5	96,8
Bogotá	77,2	7,6	65,7	88,8	66,6	4,9	60,2	73,0
Bolívar	97,3	1,1	95,2	99,5	82,4	6,5	71,9	93,0
Boyacá	92,6	3,2	86,8	98,5	71,5	9,0	58,9	84,0
Caldas	84,4	5,3	75,6	93,1	90,3	2,4	86,1	94,6
Caquetá	93,1	2,9	87,8	98,4	100,0	.	.	.
Casanare	92,8	5,7	82,4	100,0	100,0	.	.	.
Cauca	69,3	15,3	48,5	90,1	29,6	4,7	26,9	32,3
Cesar	93,3	3,3	87,2	99,3	90,2	8,8	74,6	100,0
Chocó	94,0	3,2	88,1	99,9	100,0	.	.	.
Córdoba	84,7	5,1	76,2	93,1	95,6	2,2	91,4	99,9
Cundinamarca	72,6	15,1	51,1	94,1	68,0	8,5	56,6	79,4
Guainía	NA	NA	NA	NA	92,3	8,3	77,2	100,0
Guaviare	79,6	15,0	56,1	100,0	93,5	4,9	84,5	100,0
Huila	84,2	8,3	70,5	97,8	78,6	11,8	60,4	96,8
La Guajira	49,2	30,7	19,6	78,7	75,6	9,4	61,6	89,5
Magdalena	79,1	7,3	67,8	90,4	37,4	12,5	28,2	46,5
Meta	82,5	11,5	63,9	100,0	66,0	13,4	48,7	83,4
Nariño	85,7	5,4	76,5	94,8	87,2	3,1	81,9	92,4
Norte de Santander	93,8	2,7	88,9	98,7	98,1	1,1	95,9	100,0
Putumayo	80,6	16,1	55,2	100,0	81,5	16,7	54,8	100,0
Quindío	71,4	6,1	62,9	79,9	63,1	9,4	51,5	74,8
Risaralda	79,5	7,3	68,1	90,9	86,9	7,6	73,9	100,0
San Andrés	0,0	.	.	.	NA	NA	NA	NA
Santander	94,1	3,1	88,4	99,8	73,9	8,3	61,8	86,0
Sucre	80,4	11,1	63,0	97,9	81,6	4,6	74,3	88,9
Tolima	50,7	18,0	32,8	68,7	85,8	6,2	75,3	96,2
Valle del Cauca	93,6	3,0	88,0	99,1	89,4	4,2	82,0	96,8
Vaupés	NA	NA	NA	NA	100,0	.	.	.
Vichada	NA	NA	NA	NA	100,0	.	.	.
<b>Nacional</b>	<b>84,9</b>	<b>1,9</b>	<b>81,7</b>	<b>88,0</b>	<b>79,5</b>	<b>1,5</b>	<b>77,2</b>	<b>81,8</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 54. Tiempo de espera que los usuarios de servicios de hospitalización declaran entre el momento de llegada a la IPS y la atención efectiva (tiempo promedio en minutos y precisión de la estimación), por régimen de afiliación y subregión**

Subregión	Contributivo				Subsidiado				Especial				No afiliado			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	10,3	26,5	4,9	15,6	40,7	18,7	25,7	55,6	12,1	43,2	1,9	22,4	41,8	26,7	19,9	63,6
Guajira, Cesar, Magdalena	32,4	12,8	24,3	40,5	28,5	17,2	18,9	38,1	39,3	64,7	0	89,3	51,8	39,7	11,5	92,1
A.M Barranquilla	34,2	23,0	18,8	49,6	29,6	33,0	10,4	48,7	21,9	44,9	2,6	41,1	27,9	43,5	4,1	51,7
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	63,6	25,1	32,4	94,9	42,7	18,8	27,0	58,5	45,4	34,6	14,7	76,2	15,1	12,8	11,3	18,9
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	29,1	16,6	19,6	38,5	26,3	14,5	18,8	33,7	9,9	27,5	4,6	15,3	9,0	36,5	2,6	15,4
Santanderes	39,7	15,5	27,6	51,7	46,9	15,5	32,7	61,2	26,6	43,7	3,8	49,3	102,0	30,0	42,0	165
Boyacá, Cundinamarca, Meta	31,0	12,0	23,7	38,3	65,4	29,0	28,3	100,0	37,6	37,6	9,9	65,3	35,1	23,7	18,8	51,4
A.M Medellín	33,7	13,5	24,8	42,7	70,7	30,0	29,1	100,0	22,1	54,7	0	45,9	52,6	69,5	0	100
Antioquia sin A.M Medellín	22,2	21,5	12,9	31,6	19,2	18,4	12,3	26,1	5,0	61,4	0	11,1	9,6	35,7	2,9	16,3
Caldas, Risaralda, Quindío	37,5	16,0	25,8	49,3	27,0	26,0	13,2	40,8	15,0	25,8	7,4	22,5	27,1	41,0	5,3	48,9
Tolima, Huila, Caquetá	26,6	16,6	17,9	35,2	33,6	15,3	23,6	43,7	27,8	52,5	0	56,5	37,6	32,9	13,3	61,8
A.M Cali	45,3	17,6	29,7	61,0	34,5	24,0	18,3	50,8	22,5	46,0	2,2	42,7	24,0	26,1	11,7	36,3
Valle sin A.M Cali ni Litoral	23,1	15,6	16,1	30,2	45,7	44,0	6,3	85,1	11,8	39,7	2,6	21,0	25,1	40,2	5,3	45,0
Cauca y Nariño sin Litoral	22,6	19,5	14,0	31,2	27,6	19,4	17,1	38,0	64,3	52,2	0	100	9,3	31,1	3,6	15,0
Litoral Pacífico	38,3	37,3	10,3	66,2	31,9	36,8	8,9	54,9	68,8	79,9	0	100	39,4	39,1	9,2	69,6
Bogotá	51,4	14,1	37,2	65,6	69,3	25,6	34,5	100	22,1	47,1	1,7	42,5	52,3	25,4	26,2	78,3
Orinoquia y Amazonia	39,1	35,6	11,8	66,3	29,1	22,5	16,3	41,9	1,3	68,6	0	3,1	58,9	79,3	0	100
<b>Nacional</b>	<b>40,0</b>	<b>6,5</b>	<b>34,9</b>	<b>45,1</b>	<b>42,5</b>	<b>8,8</b>	<b>35,1</b>	<b>49,8</b>	<b>33,8</b>	<b>30,2</b>	<b>13,8</b>	<b>53,7</b>	<b>42,2</b>	<b>12,6</b>	<b>31,7</b>	<b>52,6</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 55. Tiempo de espera que los usuarios de servicios de urgencias declaran entre el momento de llegada a la IPS y la atención efectiva (tiempo promedio en minutos y precisión de la estimación), por régimen de afiliación y subregión**

Subregión	Contributivo				Subsidiado				Especial				No afiliado			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Guajira, Cesar, Magdalena	22,3	6,3	19,6	25,0	30,0	12,6	22,5	37,4	12,9	32,0	4,8	20,9	26,8	18,0	17,3	36,3
A.M Barranquilla	19,4	12,6	14,6	24,2	21,7	17,2	14,4	29,0	13,9	42,7	2,3	25,5	24,0	23,0	13,2	34,7
Atlántico sin A.M Bquilla, San Andrés, Bolívar Norte	53,8	20,2	32,5	75,0	28,8	10,0	23,1	34,4	78,8	21,7	45,3	100,0	14,1	20,7	8,4	19,8
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	22,8	11,3	17,8	27,8	27,9	9,9	22,5	33,3	23,1	24,7	11,9	34,3	20,7	29,2	8,8	32,6
Santanderes	35,3	6,5	30,8	39,8	52,3	11,1	40,9	63,7	37,4	14,9	26,5	48,3	50,1	21,3	29,1	71,0
Boyacá, Cundinamarca, Meta	36,9	12,1	28,2	45,7	51,8	19,7	31,8	71,8	39,8	25,3	20,0	59,5	43,8	16,6	29,5	58,0
A.M Medellín	52,2	9,5	42,5	62,0	83,8	15,1	59,1	100	115,4	11,7	88,9	138,8	31,6	19,1	19,7	43,4
Antioquia sin A.M Medellín	25,1	28,8	10,9	39,3	41,8	31,0	16,4	67,2	22,8	39,0	5,4	40,2	14,6	70,2	0	34,7
Caldas, Risaralda, Quindío	41,6	7,5	35,5	47,7	40,7	11,6	31,5	50,0	39,7	24,2	20,9	58,6	29,1	18,6	18,5	39,8
Tolima, Huila, Caquetá	31,4	6,6	27,3	35,4	50,7	7,8	42,9	58,5	44,4	20,3	26,7	62,1	55,3	17,9	35,9	74,7
A.M Cali	41,6	8,9	34,3	48,8	38,5	14,6	27,5	49,6	11,6	18,4	7,4	15,8	42,6	21,2	24,9	60,3
Valle sin A.M Cali ni Litoral	28,6	8,3	23,9	33,2	49,9	18,1	32,2	67,7	53,6	32,0	20,0	87,1	54,9	29,1	23,6	86,2
Cauca y Nariño sin Litoral	30,0	26,5	14,4	45,6	25,4	11,2	19,8	31,0	25,0	17,0	16,7	33,4	13,3	18,1	8,6	18,0
Litoral Pacífico	34,8	10,5	27,6	41,9	58,9	27,5	27,2	90,6	85,1	85,7	0	100,0	43,6	27,1	20,4	66,8
Bogotá	48,1	10,7	38,0	58,2	62,3	13,6	45,7	79,0	31,4	33,3	10,9	51,9	63,8	14,9	45,1	82,4
Orinoquia y Amazonia	16,8	20,0	10,2	23,4	31,3	23,4	17,0	45,6	3,5	48,1	0,2	6,8	25,9	53,0	0	52,8
<b>Nacional</b>	<b>37,7</b>	<b>4,0</b>	<b>34,8</b>	<b>40,7</b>	<b>44,1</b>	<b>4,7</b>	<b>40,1</b>	<b>48,2</b>	<b>46,6</b>	<b>9,1</b>	<b>38,4</b>	<b>54,9</b>	<b>36,8</b>	<b>6,8</b>	<b>31,9</b>	<b>41,7</b>

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 56. Usuarios de servicios de hospitalización o urgencias que declaran haber recibido información clara sobre su situación de salud (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	97,5	2,6	92,5	100	84,6	5,1	76,2	93,0
Antioquia	81,4	3,0	76,7	86,1	79,3	2,9	74,8	83,7
Arauca	100,0	.	.	.	77,5	13,2	57,4	97,6
Atlántico	93,1	2,2	89,1	97,1	90,4	2,1	86,6	94,1
Bogotá	88,3	3,3	82,6	94,0	80,5	2,1	77,2	83,8
Bolívar	84,9	2,1	81,3	88,4	83,7	4,9	75,7	91,7
Boyacá	91,0	2,2	87,0	95,0	91,1	1,8	87,9	94,3
Caldas	87,6	2,7	82,9	92,3	78,9	4,2	72,4	85,5
Caquetá	90,8	2,0	87,2	94,4	87,7	2,8	82,8	92,6
Casanare	89,2	6,6	77,6	100	93,1	2,1	89,2	97,0
Cauca	47,2	21,2	27,6	66,8	43,4	17,4	28,5	58,2
Cesar	95,8	0,9	94,1	97,5	92,2	1,3	89,8	94,5
Chocó	90,9	3,2	85,3	96,6	81,5	5,5	72,6	90,3
Córdoba	91,7	1,7	88,6	94,8	80,2	3,8	74,2	86,2
Cundinamarca	88,6	2,8	83,6	93,5	82,5	4,0	76,1	88,9
Guainía	NA	NA	NA	NA	87,2	4,7	79,1	95,2
Guaviare	NA	NA	NA	NA	88,0	7,6	74,9	100
Huila	91,7	1,6	88,8	94,6	93,7	1,8	90,4	97,0
La Guajira	93,1	3,6	86,4	99,7	90,9	4,2	83,4	98,5
Magdalena	96,2	1,0	94,2	98,1	89,1	2,5	84,7	93,4
Meta	86,7	3,7	80,4	93,1	90,6	3,6	84,3	96,9
Nariño	92,7	1,8	89,5	95,9	90,6	1,6	87,7	93,5
Norte de Santander	93,5	1,3	91,2	95,8	91,1	2,2	87,2	95,0
Putumayo	87,9	8,6	73,1	100	79,9	9,9	64,4	95,4
Quindío	82,3	4,5	75,0	89,7	78,1	5,3	69,9	86,3
Risaralda	90,2	2,0	86,6	93,7	81,7	3,5	76,0	87,3
San Andrés	81,6	8,0	68,8	94,4	NA	NA	NA	NA
Santander	89,6	1,4	87,1	92,2	85,8	2,6	81,4	90,2
Sucre	86,0	4,2	78,9	93,1	78,7	5,6	70,1	87,3
Tolima	86,2	2,8	81,5	90,9	81,3	3,1	76,4	86,2
Valle del Cauca	88,1	1,5	85,5	90,7	84,1	2,9	79,4	88,8
Vaupés	NA	NA	NA	NA	88,1	8,0	74,3	100
Vichada	NA	NA	NA	NA	97,0	2,7	91,9	100
<b>Nacional</b>	<b>88,3</b>	<b>0,8</b>	<b>86,9</b>	<b>89,6</b>	<b>83,3</b>	<b>0,8</b>	<b>82,0</b>	<b>84,6</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 57. Usuarios de servicios de hospitalización o urgencias que declaran haber recibido explicación sobre el tratamiento a realizar (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	100,0	.	.	.	91,9	3,5	85,6	98,2
Antioquia	82,7	2,9	78,1	87,3	80,5	2,7	76,2	84,8
Arauca	100,0	.	.	.	85,2	9,4	69,5	100,0
Atlántico	95,6	0,7	94,4	96,9	90,7	2,1	87,1	94,4
Bogotá	91,0	2,7	86,2	95,7	78,3	2,0	75,2	81,4
Bolívar	86,8	2,2	83,1	90,4	89,4	3,6	83,2	95,6
Boyacá	91,6	2,4	87,3	96,0	83,6	5,5	74,6	92,5
Caldas	84,6	3,1	79,4	89,7	79,8	4,2	73,3	86,4
Caquetá	92,9	1,8	89,5	96,2	90,6	2,4	86,4	94,9
Casanare	85,7	7,7	72,7	98,7	93,2	1,9	89,7	96,7
Cauca	59,4	17,6	38,9	79,9	71,0	13,8	51,8	90,3
Cesar	93,1	1,2	90,9	95,3	89,4	2,1	85,8	93,0
Chocó	87,7	3,8	81,1	94,2	85,0	5,1	76,6	93,5
Córdoba	87,7	2,5	83,4	91,9	84,4	3,2	79,2	89,7
Cundinamarca	80,9	4,0	74,5	87,3	78,9	5,7	70,0	87,8
Guainía	NA	NA	NA	NA	96,7	2,2	92,6	100,0
Guaviare	NA	NA	NA	NA	95,2	4,0	87,8	100,0
Huila	91,9	1,6	89,1	94,8	87,4	3,1	82,1	92,8
La Guajira	94,6	3,2	88,6	100,0	92,8	3,9	85,6	99,9
Magdalena	96,5	1,0	94,6	98,4	89,8	2,4	85,5	94,1
Meta	89,4	3,5	83,3	95,5	92,9	1,8	89,7	96,1
Nariño	93,6	1,7	90,4	96,7	95,7	1,1	93,7	97,7
Norte de Santander	92,5	1,4	89,9	95,0	87,5	2,7	82,8	92,2
Putumayo	81,8	12,2	62,3	100,0	88,0	8,1	73,9	100,0
Quindío	74,5	5,5	66,5	82,6	76,4	5,4	68,4	84,5
Risaralda	84,0	2,8	79,5	88,6	83,7	2,8	79,1	88,2
San Andrés	83,1	7,6	70,8	95,4	NA	NA	NA	NA
Santander	87,0	1,5	84,5	89,6	86,8	2,3	83,0	90,7
Sucre	89,1	3,7	82,6	95,6	89,0	3,9	82,2	95,8
Tolima	93,1	1,9	89,6	96,6	82,2	2,9	77,4	86,9
Valle del Cauca	90,2	1,3	88,0	92,4	86,6	2,4	82,5	90,8
Vaupés	NA	NA	NA	NA	89,9	7,6	76,5	100,0
Vichada	NA	NA	NA	NA	99,5	0,5	98,6	100,0
<b>Nacional</b>	<b>88,9</b>	<b>0,7</b>	<b>87,7</b>	<b>90,2</b>	<b>84,7</b>	<b>0,8</b>	<b>83,4</b>	<b>86,0</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100

**Tabla 58. Usuarios de servicios de hospitalización o urgencias que se les pidió autorización para realizar algún procedimiento de examen o tratamiento (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento**

Departamento	IPS mixta o privada				IPS pública			
	Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95		Valor estimado	Error est. relativo (%)	Intervalo de confianza del 95	
Amazonas	93,6	3,9	86,5	100,0	90,4	3,9	83,6	97,3
Antioquia	57,5	5,2	51,6	63,4	70,2	3,3	65,7	74,8
Arauca	100,0	.	.	.	63,0	18,3	40,4	85,6
Atlántico	94,4	0,8	92,9	95,9	88,1	2,2	84,3	91,9
Bogotá	76,8	3,6	71,4	82,3	63,2	2,8	59,7	66,6
Bolívar	57,7	4,0	53,1	62,2	66,9	5,4	59,8	74,0
Boyacá	76,9	4,5	70,2	83,7	64,3	8,2	54,0	74,6
Caldas	43,2	7,7	36,7	49,7	35,3	10,4	28,1	42,5
Caquetá	93,1	1,8	89,8	96,4	90,4	2,3	86,2	94,5
Casanare	57,4	16,3	39,0	75,8	77,8	10,2	62,2	93,3
Cauca	56,3	17,9	36,5	76,0	10,4	39,7	2,3	18,5
Cesar	54,1	7,5	46,1	62,0	41,2	10,9	32,4	50,0
Chocó	63,1	11,4	49,0	77,2	53,9	12,9	40,3	67,5
Córdoba	79,3	3,1	74,5	84,2	67,1	5,5	59,8	74,3
Cundinamarca	45,2	9,3	36,9	53,5	59,1	8,4	49,3	68,8
Guainía	NA	NA	NA	NA	95,9	2,3	91,5	100,0
Guaviare	NA	NA	NA	NA	94,4	2,9	89,1	99,7
Huila	73,9	3,2	69,2	78,5	71,0	4,7	64,5	77,6
La Guajira	91,1	4,3	83,5	98,8	85,1	6,5	74,2	96,0
Magdalena	96,4	1,0	94,6	98,3	84,0	3,0	79,2	88,9
Meta	78,1	5,2	70,2	86,1	82,8	4,2	76,1	89,6
Nariño	76,7	3,5	71,5	82,0	80,5	2,8	76,1	84,8
Norte de Santander	79,6	2,6	75,5	83,7	74,7	4,8	67,7	81,8
Putumayo	75,8	16,3	51,6	99,9	54,0	17,7	35,2	72,8
Quindío	70,0	6,0	61,8	78,3	53,9	8,7	44,7	63,1
Risaralda	51,3	6,0	45,2	57,3	51,5	6,7	44,8	58,2
San Andrés	59,9	20,4	35,9	83,9	NA	NA	NA	NA
Santander	65,2	3,0	61,4	69,1	84,0	2,4	80,1	87,9
Sucre	56,6	8,5	47,1	66,0	67,4	6,2	59,2	75,6
Tolima	65,6	5,5	58,5	72,7	60,9	4,8	55,2	66,6
Valle del Cauca	77,4	2,2	74,1	80,8	68,9	3,5	64,2	73,6
Vaupés	NA	NA	NA	NA	91,7	7,2	78,6	100,0
Vichada	NA	NA	NA	NA	99,5	0,5	98,6	100,0
<b>Nacional</b>	<b>71,3</b>	<b>1,1</b>	<b>69,7</b>	<b>72,9</b>	<b>66,0</b>	<b>1,2</b>	<b>64,6</b>	<b>67,5</b>

NA identifica las celdas sin observaciones.

“.” Indica que la estimación presentada no tiene variación.

Los valores de los intervalos de confianza tienen como valores máximos admisibles 0 y 100