



Análisis de Situación de Población

ASP Colombia **2018**

Resumen Ejecutivo



**GOBIERNO
DE COLOMBIA**



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Directora General
Gloria Amparo Alonso Másmela

Subdirector General Territorial
Diego Rafael Dorado Hernández

Subdirector General Sectorial
Rafael Puyana Martínez
Alejandra Corchuelo Marmolejo, 2017-2018

Secretaria General
Jenny Fabiola Páez Vargas

Dirección de Desarrollo Social
Directora
Laura Pabón Alvarado
Paula Escobar Correa, 2017-2018

Subdirectora de Promoción Social y Calidad de Vida
Laura Cepeda Emiliani

Equipo de Trabajo
Margarita María Rodríguez Morales
Érika Marcela Sierra Pérez



Ministro de Salud y Protección
Juan Pablo Uribe Restrepo

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Iván Darío González Ortiz

Viceministra de Protección Social
Diana Isabel Cardenas Gamboa

Secretario General
Gerardo Burgos Bernal

Director de Promoción y Prevención
Harold Mauricio Casas Cruz

Directora de Epidemiología y Demografía
Sandra Lorena Girón Vargas



Director General
Juan Daniel Oviedo Arango

Subdirector
Ricardo Valencia Ramirez

Director Técnico Censos y Demografía
Eduardo Efraín Freire Delgado

Coordinadora de Proyecciones de Población y Análisis Demográfico
Mariana Francisca Ospina



Ministro de Relaciones Exteriores
Carlos Holmes Trujillo

Viceministra de Asuntos Multilaterales
Adriana Mejía Hernández

Directora de Asuntos Económicos, Sociales y Ambientales
Carolina Diaz Acosta

Coordinador de Asuntos Sociales
Germán Andrés Calderón Velásquez

Asesora – Coordinación de Asuntos Sociales
Laura Marcela Lozano Ruiz



Representante Auxiliar
Martha Lucía Rubio Mendoza

Asesor de Población & Desarrollo
Paulo Javier Lara Amaya

Profesional Especializado en Análisis de Datos
Carlos Arturo Ramírez Hernández

Asesora de Comunicaciones
Grace Montserrat Torrente Rodríguez



ASP COLOMBIA
Análisis de Situación de Población

Elaboración del documento

Equipo Consultor UNFPA
Carmen Elisa Flórez
Claudia Gómez López
Ciro Martínez Gómez

Departamento Nacional de Planeación, DNP
Margarita María Rodríguez Morales

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE
Mariana Francisca Ospina

Ministerio de Salud y Protección Social
Gloria del Pilar Cardona Gómez

Cancillería
Laura Marcela Lozano Ruiz

Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA
Paulo Javier Lara Amaya
Carlos Arturo Ramírez Hernández

.....
Análisis de Situación de Población
ASP Colombia, 2018 - Resumen ejecutivo
ISBN: 978-958-5437-04-3

Corrección de estilo: Nadeyda Suárez
Diseño y diagramación: Bibiana Moreno

© Departamento Nacional de Planeación
© Departamento Administrativo Nacional de Estadística
© Ministerio de Relaciones Exteriores
© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7	Uso de métodos anticonceptivos y necesidad insatisfecha de planificación familiar	26
CAPÍTULO 1		Situación y tendencias respecto al VIH/Sida y las ITS	26
GENERALIDADES DEL ASP COLOMBIA	9	Violencias de género	27
CAPÍTULO 2		3.3 Patrones de asentamiento y movilidad de la población	28
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS Y EL AVANCE EN LOS ACUERDOS Y OBJETIVOS INTERNACIONALES	11	Distribución espacial de la población	28
2.1 Contexto económico	11	El proceso de urbanización y ruralidad en perspectiva territorial	28
2.2 Gasto social	12	Migración interna	29
2.3 Contexto sociocultural	12	Migración internacional y movimientos transfronterizos	30
2.4 Contexto político e institucional	13		
2.5 Contexto ambiental	13		
2.6 Avance en el cumplimiento de los acuerdos y objetivos internacionales	13		
Marco Internacional (Agenda 2030, CIPD, Consenso de Montevideo)	13		
Marco nacional	14		
CAPÍTULO 3		CAPÍTULO 4	
DINÁMICA DE POBLACIÓN, SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E IMPLICACIONES	15	DESIGUALDADES, EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y CIERRE DE BRECHAS	31
3.1 Transición Demográfica	15	4.1 Desigualdades entre territorios y vínculos con la pobreza	31
Volumen de la población colombiana	15	Desigualdades en condiciones socioeconómicas	31
Comportamiento de la fecundidad	16	Desigualdades en el proceso de transición demográfica	31
La mortalidad y la transición epidemiológica	17	Relación entre dinámica poblacional y pobreza	33
Transformaciones de la familia	18	4.2 Tendencias de la desigualdad en salud sexual y reproductiva	33
Los cambios en la estructura por edad y sus implicaciones	18	En fecundidad	33
3.2 Tendencias en la salud y salud sexual y reproductiva	23	En maternidad en la adolescencia	33
Sistema de salud, prestación y acceso a los servicios	23	En inicio de actividades sexuales y reproductivas	33
Morbilidad y transición epidemiológica	23	Desigualdades en servicios de salud materna	34
Población con discapacidad	24	En acceso y uso de métodos anticonceptivos	35
Acceso a servicios de salud materna	25	4.3 Desigualdades generacionales	36
		Cambios generacionales en salud sexual y reproductiva	36
		4.4 Desigualdades por sexo	37
		En inicio de actividades sexuales y reproductivas	37
		En educación	39
		En el mercado laboral	40

En el cuidado familiar	41
En violencia de género	41
4.5 Desigualdades de otros grupos poblacionales	42
Población con discapacidad	42
Desigualdades debido a características étnicas	42

CAPÍTULO 5

LA DINÁMICA POBLACIONAL Y SUS IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

5.1 Vínculos a nivel micro	43
Vínculo de la salud y la salud sexual y reproductiva con la reducción de la pobreza y la desigualdad	43
Vínculos en la transformación de los hogares y la reducción de la pobreza	45
5.2 Vínculos a nivel macro	45
Vínculos entre el crecimiento poblacional y la reducción de la pobreza y la desigualdad	45
Vínculos entre los cambios en la estructura etaria y la reducción de la pobreza y la desigualdad	46
Vínculos entre la urbanización y la distribución territorial con la pobreza	48

CAPÍTULO 6

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA LA ACCIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA

6.1 En Salud y salud sexual y reproductiva	51
6.2 Frente al envejecimiento demográfico	52
6.3 Frente al aprovechamiento del bono demográfico	53
6.4 Frente a la urbanización, nueva ruralidad y enfoque territorial	54
6.5 En la disponibilidad de información socio-demográfica	54

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

57

I PRESENTACIÓN

Los cambios en la población, producto de la transición demográfica, establecen desafíos en el corto, mediano y largo plazo a nivel nacional y territorial. El estudio de Análisis de Situación de Población (ASP), es una herramienta clave para entender las dinámicas de población y las desigualdades que se dan al interior de cada territorio ofreciendo información y evidencia para orientar el diseño de políticas públicas en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Se destaca su enfoque incluyente, basado en derechos humanos, caracterizando las dinámicas en temas claves de la situación poblacional del país, y relacionándolas con el desarrollo sostenible, la pobreza y los derechos humanos. El ASP evidencia la existencia de desigualdades de género, estructura por edad, étnicas, educativas, económicas y de acceso a la salud y la salud sexual y reproductiva que influyen en la calidad de vida de la sociedad y que son de gran importancia para formular e implementar políticas públicas.

A la luz de las metas de desarrollo sostenible, merecen atención los retos identificados. Uno de ellos, la disponibilidad de información oportuna y de calidad, en especial a nivel sub nacional, pues es esencial en el monitoreo de las tendencias sociodemográficas.

En este resumen ejecutivo del documento extenso de Análisis de Situación de Población (ASP), se priorizaron los resultados generales a nivel nacional. Sin embargo, el documento extenso cuenta con datos a profundidad. Este resumen, será útil para referencias y análisis rápidos para el lector. Como resultado del proceso de recolección y análisis de información, desarrollado durante casi dos años, con el liderazgo del gobierno de Colombia y el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se llegó a este documento que da prioridad a la identificación y estudio de brechas. Es importante mencionar, que el proceso del ASP fue la base del informe del Gobierno de Colombia sobre la implementación del Consenso de Montevideo el cual a su vez fue insumo para el informe regional que fue presentado en la Tercera Reunión de la Conferencia regional sobre población y desarrollo de América Latina y el Caribe, realizada en Lima (Perú), del 7 al 9 de agosto de 2018.

Así mismo, el ASP ha sido la base para la creación del comité interinstitucional que actualmente componen el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Departamento Nacional de Estadística (DANE), el Ministerio de Salud y La Cancillería, con el acompañamiento del UNFPA, instituciones que lideraron la realización de este trabajo.

Este documento contiene cuatro características fundamentales: a) utiliza un enfoque estratégico, debido a que no es un estudio de caso, sino que tiene una visión para la toma de decisiones según las necesidades y prioridades para el desarrollo de los país, b) explora la relación entre datos demográficos con brechas y desigualdades, c) es exhaustivo en el análisis de las dinámicas de población desde las diferentes fuentes disponibles para el estudio de la población más vulnerable, y d) fue apropiado por las entidades nacionales y actores pertinentes, en un proceso participativo.

Cabe destacar que el estudio de Análisis de Situación de Población es un proceso dinámico que ofrece insumos clave para la identificación de las brechas presentes en el país y cuenta con estadísticas e información valiosa para diversos públicos, el cual establece como reto su actualización periódica de acuerdo a nueva información disponible. Por tanto, se extiende la invitación a interactuar con su contenido y hacer uso de las diversas propuestas expuestas en él, ya que constituye un esfuerzo interinstitucional, base para los procesos de planificación, que aporta a la construcción e implementación de las políticas para el país, así como para su seguimiento considerando los acuerdos globales y regionales en materia de población y desarrollo.

Esperamos que este resumen contribuya a las acciones estratégicas a nivel de política pública, programas y acciones puntuales de todos los sectores para cerrar las brechas y no dejar a nadie atrás.

I CAPÍTULO 1

GENERALIDADES DEL ASP COLOMBIA

Este documento presenta de manera resumida los principales hallazgos del Análisis de Situación Poblacional - ASP, ejercicio interinstitucional liderado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y del cual hicieron parte el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la Cancillería, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El ASP consiste en un análisis integral de las dinámicas poblacionales, incluyendo el componente de salud y salud sexual y reproductiva, y su relación con la pobreza, la desigualdad, el desarrollo sostenible y el ejercicio de los derechos humanos. En particular, el ASP persigue varios objetivos:

1. Generar cimientos institucionales para el manejo del tema de población y desarrollo en Colombia, así como fortalecer la capacidad de los actores nacionales para el análisis de las dinámicas poblacionales y su relación con el desarrollo sostenible;
2. Responder a las recomendaciones establecidas en distintos escenarios internacionales para los temas de población y desarrollo, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y desarrollo (El Cairo, 1994) (PDA de ICPD), (RIO+20), la Agenda 2030 con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo;
3. Generar una herramienta que proporcione información para orientar el diseño, implementación y seguimiento de las políticas y estrategias nacionales y los acuerdos internacionales; y ser una base continua para los procesos de planificación estratégica en el país.

El ASP se basa en estudios disponibles y fuentes de información secundaria, con datos relativos al año 2005 en adelante. Aunque es posible afirmar que el país cuenta con un amplio acervo de datos, se identificó falta de oportunidad de algunas fuentes y vacíos de información en temas clave, como migración interna, pertenencia étnica e impactos poblacionales de los desastres asociados a fenómenos naturales.

El ASP se construyó con un enfoque basado en Derechos Humanos. Por tal razón, no se limita a describir las características y tendencias actuales en los temas más significativos de la situación poblacional del país, sino que analiza las desigualdades y el ejercicio de derechos, y relaciona el desarrollo sostenible, la pobreza y los derechos humanos con dinámicas de población, desigualdades de género, étnicas, salud y estructuras de población; evidenciando su importancia para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas.

El ASP presenta en el capítulo 2 un panorama general del país, en los ámbitos económico, sociocultural, político e institucional, ambiental y del gasto público. El capítulo 3 describe la dinámica demográfica del país durante la última década, con especial énfasis en la salud y la salud

sexual y reproductiva. El capítulo 4 trata de analizar el efecto desde la pobreza y la desigualdad social hacia la desigualdad demográfica y la desigualdad en la salud sexual y reproductiva en particular. En contraste, el capítulo 5 analiza algunas de las relaciones más importantes entre la dinámica demográfica, la pobreza y la desigualdad social, dando prioridad a las contribuciones que puedan hacerse desde la perspectiva poblacional y de salud sexual y reproductiva a la reducción de la pobreza y la desigualdad social.

Finalmente, el capítulo 6 identifica los principales desafíos y prioridades que afronta el país en materia de población y destaca algunas de las oportunidades y necesidades de política pública en áreas estratégicas para reducir la pobreza y la desigualdad social.

I CAPÍTULO 2

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS Y EL AVANCE EN LOS ACUERDOS Y OBJETIVOS INTERNACIONALES

2.1 Contexto económico

La economía colombiana se caracteriza por ser estable y contar con una estructura productiva con promisorio desarrollo. Su desempeño en el período 2005-2017 muestra un comportamiento positivo, aunque discontinuo, con un crecimiento sostenido del PIB de 4,2% en promedio (DNP y GGGI, 2017).

El mercado de trabajo guarda un comportamiento similar al de la región latinoamericana, caracterizado por tres fenómenos: i) aumento de los niveles de ocupación (pasó del 52,1% en 2005 al 58,5% en 2016), junto con un crecimiento en la participación laboral femenina; ii) disminución en las tasas de desempleo (pasó de un 13,5% en el 2005 a 8,9% en el 2015), y iii) esfuerzos por disminuir la informalidad, la cual pasó de un 53,3% en 2009, a su punto más bajo en el 2016 con un 48,6%¹.

Estimaciones del DNP con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE, indican que durante el periodo 2008-2016, la incidencia de la **pobreza monetaria** a nivel nacional se redujo en 14 puntos porcentuales, pasó de 42% a 28%, (promedio de 1.5 p.p. anual). Esta reducción fue de 12,5 p.p. en el dominio urbano, y de 18 p.p. en el dominio rural. A su vez, la pobreza monetaria extrema tuvo una reducción de 7,9 p.p. a nivel nacional; en las zonas urbanas se redujo en 5,6 p.p. y en las zonas rurales 14,5 p.p. No obstante, las brechas entre ambas zonas se han ampliado: en el año 2008, la incidencia de la pobreza rural era 1,51 veces la urbana, y en el 2016 era 1,55 veces. En términos de pobreza monetaria extrema, la brecha es aún mayor: en el año 2002 la incidencia de la pobreza monetaria extrema rural era 2,91 veces la urbana, mientras que en el 2016 esta relación es de 3,23.

El DNP con base en la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, indica que en el período 2010-2016, la **pobreza multidimensional** tuvo una reducción de 12,6 p.p. a nivel nacional, al pasar de 30,4% a 17,8%. En el dominio urbano hubo una variación de 11,4 p.p., mientras que en el rural la variación es de 15,5 p.p. Aunque la variación de la pobreza multidimensional rural fue mayor que la urbana entre 2010 y 2016, las brechas entre ambos dominios aumentaron. Mientras que en 2010 la pobreza multidimensional rural era 2,26 veces la urbana, en 2016 la rural era 3,11 veces la urbana. Ello indica una ampliación de la brecha, haciendo cada vez más crítica la pobreza multidimensional del dominio rural frente al urbano.

¹ Cifras correspondientes al total de 23 ciudades y áreas metropolitanas. Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

Finalmente, según las estimaciones del Banco Mundial, entre 2008 y 2016 el **coeficiente de Gini** tuvo una tendencia decreciente a nivel nacional al pasar de 0,567 a 0,517, con una reducción de 0,05 puntos en la desigualdad. Mientras que en la zona urbana el Gini disminuyó 0,04 puntos, en el área rural, la disminución fue de 0,03 puntos en el mismo período.

2.2 Gasto social

El gasto social en el período 2009-2016 ha sido relativamente constante en el país, por lo que podría decirse que las prioridades con que se distribuye el presupuesto del Estado para la provisión de servicios como la salud y la educación no tienen variaciones significativas.

El DNP con base en Cuentas Nacionales - DANE, indica que Colombia destina la mayor parte de las apropiaciones a protección social, partidas que incluyen aportes al sistema pensional, subsidios y programas sociales. Como porcentaje del PIB, este ha sido el segundo componente con mayor crecimiento en el período 2009-2016, con un aumento de 0,6 puntos porcentuales (pasó de ser el 8,3% del PIB al 8,9%). Salud fue la finalidad que tuvo mayor crecimiento en el período de referencia con una variación de 0,8 puntos porcentuales.

En todos los años del período 2009-2016 se evidencia un mayor gasto en protección social, equivalente en promedio al 30% del gasto total del gobierno.

Con una diferencia bastante amplia, la segunda finalidad a la que se destina el gasto total es salud, con un promedio de 16,4% del gasto total del gobierno en el mismo período y con cifras que han oscilado entre el 4,1% y 4,9% del PIB entre 2009 y 2016. En tercer lugar, se encuentra educación, con un promedio del 16% del gasto total del gobierno. Con otras diferencias significativas se encuentran las finalidades de actividades recreativas, cultura y deporte, vivienda y espacio público y protección del medio ambiente. Estas tres suman el 1,7% del PIB en el 2016, siendo una tendencia similar en todos los años del período observado.

Frente al gasto social total, se evidencia una distribución promedio para el período 2009-2016 donde salud y educación equivalen al 47,3% de todo el gasto social,

siendo el primero de 23,9% y el segundo 23,4%. A protección social se destina el mayor porcentaje del gasto social total (43,8%), mientras que actividades recreativas, cultura y deporte (3,5%), vivienda y espacio público (2,8%) y protección del medio ambiente (2,4%), representan los menores porcentajes de la distribución del gasto social total.

2.3 Contexto sociocultural

Según la Constitución Política de 1991, Colombia es un país pluriétnico y multicultural, reafirmando la existencia de los pueblos indígenas, el pueblo Rom o gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Según el Censo General de Población de 2005, el 14% de la población total del país se auto reconoció como perteneciente a alguno de estos grupos (Tabla 2.1).

Tabla 2.1
Pertenencia étnica de la población colombiana. Censo 2005
Fuente: Elaboración propia, a partir de procesamiento Censo General de Población y Vivienda 2005. DANE.

Grupo étnico	Población	
	Total	Porcentaje (%)
Indígena	1.392.623	3,36
Rom	4.857	0,01
Raizal de San Andrés y Providencia	30.565	0,07
Palenquero	7.470	0,02
Negro(a), mulato, afrocolombiano	4.273.722	10,31
Ninguno de los anteriores	34.898.171	84,16
No Informa	860.976	2,08

Pese al reconocimiento legal y la jurisprudencia emitida para su protección y la garantía de sus derechos, los pueblos indígenas, Rom y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se ubican dentro de los grupos más pobres y marginados del país.

Se evidencia una mayor relación de niños por mujeres en edad reproductiva entre la población indígena y afrocolombiana que en el resto de la población, así como una relación de dependencia significativamente mayor en la población indígena y afrocolombiana que

en el total nacional (DANE, 2007 y DANE y Universidad del Valle-CIDSE, 2010). Otros indicadores, como la asistencia escolar, evidencian respecto a la educación formal, que los indígenas poseen las menores tasas de asistencia para todos los grupos de edad, seguidos por la población afrocolombiana.

Sin embargo, se cuenta con muy poca información cuantitativa y cualitativa sobre estas poblaciones, lo que dificulta el desarrollo de estudios a profundidad sobre sus dinámicas poblacionales, así como de las desigualdades que enfrentan.

2.4 Contexto político e institucional

De acuerdo con la Constitución de 1991, Colombia es una república unitaria y descentralizada que cuenta con un sistema de gobierno presidencialista que divide sus poderes en las ramas ejecutiva, legislativa y judicial. Según la misma Constitución, el país está organizado en entidades territoriales, sean estas los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. Estos gozan de autonomía para gobernarse, administrar recursos, establecer tributos y participar en las rentas nacionales.

Los indicadores de gobernabilidad del Banco Mundial reflejan la percepción de diversos actores del país (entre ciudadanos, expertos y empresarios, instituciones, organizaciones no gubernamentales e internacionales y firmas del sector privado) frente a dicho tema. El peor desempeño del país en 2016 se dio en la percepción sobre la estabilidad política y ausencia de violencia. Otros aspectos en los que el país obtuvo una baja calificación fueron el control de la corrupción y el imperio de la ley, que se refiere a la confianza en las reglas de la sociedad. Sin embargo, al realizar una comparación con los mismos indicadores de gobernabilidad respecto del año 2005, se evidencia que ha habido una mejora en casi todos los aspectos.

2.5 Contexto ambiental

Colombia es un país con particularidades ambientales únicas debido a su posición geográfica en la zona ecuatorial, cualidad que se refleja en su acceso a los océanos Atlántico y Pacífico y en una amplia diversidad de climas, ecosistemas y especies animales y vegetales.

El contexto ambiental colombiano se caracteriza por una alta complejidad, en la que se articulan las potencialidades dadas por sus condiciones geográficas y naturales, con los obstáculos que resultan de las tensiones entre la protección y el uso de los recursos naturales.

La Constitución Política de 1991 exalta el compromiso y el deber del Estado de proteger la diversidad ambiental, conservar áreas de importancia ecológica, fomentar la educación ambiental y propender por el derecho de todos los ciudadanos a un ambiente sano.

La Ley 99 de 1993 es conocida como la Ley ambiental del país y bajo sus lineamientos se crearon tanto el Ministerio de Ambiente como el Sistema Nacional Ambiental - SINA, que constituye el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la ejecución de los principios propuestos dentro de la ley.

2.6 Avance en el cumplimiento de los acuerdos y objetivos internacionales

Marco Internacional (Agenda 2030, CIPD, Consenso de Montevideo)

La Agenda de Población y Desarrollo logró el compromiso de los países miembros de Naciones Unidas en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en 1994 en El Cairo, en la cual se adoptó el Programa de Acción de El Cairo, y en 2014 se renovó el compromiso global frente al Programa de Acción. Adicionalmente, acorde con la magnitud de los retos que implica la implementación integral del Programa de Acción y la necesidad de armonizarlo al contexto y las necesidades de la Región, en 2013 los países de América Latina y

el Caribe adoptaron el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en el marco de la I Conferencia sobre Población y Desarrollo de la CEPAL.

Colombia se ha caracterizado, a nivel global y regional, por ser un país que apoya la plena implementación tanto del Programa de Acción de El Cairo como del Consenso de Montevideo, y que promueve en los diferentes escenarios multilaterales su vigencia, validez e importancia. Adicionalmente, el país es pionero y uno de los principales gestores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, sus objetivos, metas, medios de implementación e indicadores. Sin lugar a duda, la Agenda 2030 es un marco de acción esencial para dar continuidad a la implementación de los compromisos de la Agenda de Población y Desarrollo, en cuanto son documentos internacionalmente acordados al más alto nivel que se complementan y refuerzan mutuamente. Así, los compromisos más específicos, abarcadores e incluso ambiciosos, en materia de población contenidos en el Programa de Acción de El Cairo y en el Consenso de Montevideo mantienen su vigencia y vigorizan las acciones que se realizan en materia de desarrollo, siendo la plena implementación de la Agenda de Población y Desarrollo una herramienta adicional para el cumplimiento de la Agenda 2030.

Marco nacional

En lo que respecta a la puesta en marcha de los ODS y la Agenda 2030, el gobierno nacional, mediante el Decreto 280 de 2015, creó la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el Alistamiento y la Efectiva Implementación de la Agenda de Desarrollo POST 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. El Decreto establece que el Departamento Nacional de Planeación debe coordinar la comisión como secretaría técnica. El DNP tiene entre sus tareas, coordinar las alianzas necesarias con los distintos actores participantes para aunar esfuerzos y alcanzar mayores niveles de cumplimiento de los objetivos. En este sentido, se cuenta con aliados de la sociedad civil, el sector privado, la academia, los medios y los organismos internacionales. La estructura de trabajo de la Comisión cuenta también con un comité técnico, una unidad de apoyo y grupos de trabajo transversales e intersectoriales.

De las 169 metas de los ODS, 92 se incorporaron en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: **Todos por un nuevo país**, el cual tiene una perspectiva transversal que apunta al cumplimiento de los ODS, partiendo del concepto de cierre de brechas que envuelve todo el Plan.

I CAPÍTULO 3

DINÁMICA DE POBLACIÓN, SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E IMPLICACIONES

Este capítulo describe la dinámica demográfica del país durante la última década, los patrones en la distribución espacial de la población, sus principales dinámicas de movilidad, y las tendencias en salud y salud sexual y reproductiva. Se basa en fuentes de información secundaria (registros administrativos y encuestas), y en estudios disponibles.

3.1 Transición Demográfica

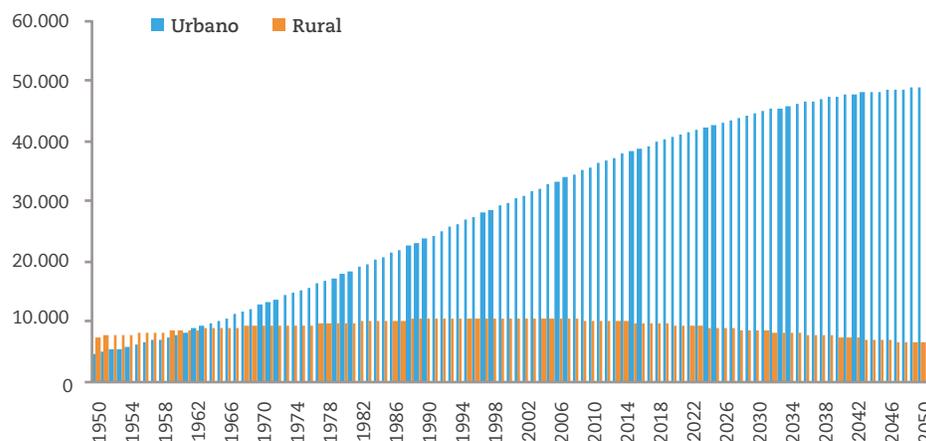
Actualmente, Colombia se ubica en una etapa avanzada de la transición demográfica, según la clasificación de CELADE (2008), caracterizada por tasas de fecundidad y mortalidad bajas, crecimiento poblacional lento, con disminución del peso de la población menor de 15 años e incremento del de la población adulta mayor.

Volumen de la población colombiana

De acuerdo con las proyecciones de población de CELADE-Revisión 2016, se estima que el país alcanzó los 49 millones de personas en 2017. El volumen de población aumenta lentamente, sobrepasando los 50 millones en 2020, y llegando a un máximo de 55,4 millones de personas en 2050, cuando se estabiliza con el crecimiento nulo dando paso a un decrecimiento poblacional.

El crecimiento de la población rural y urbana es disímil: mientras la población rural se mantuvo constante entre los años 1980 y el 2000 para luego empezar a descender; el crecimiento acelerado de la población urbana jalona la dinámica de crecimiento poblacional del país (Figura 3.1). De esta manera, la distribución de la población por área de residencia se revierte: mientras en 1950 el 61% de la población vivía en zonas rurales, en 2017 el 80% es urbano y en 2050 será el 88%.

Figura 3.1
Evolución del volumen de población por zona. 1950-2050.
Fuente: CELADE (2017).



Comportamiento de la fecundidad

EL NIVEL DE FECUNDIDAD

En un poco más de medio siglo, la fecundidad en Colombia tuvo un marcado descenso. A mediados de la década de los sesenta, la tasa de fecundidad alcanzaba 7 hijos por mujer. Para 1980-85 había descendido a 3,7 hijos y en el 2015 alcanzó un nivel de 2 hijos por mujer, inferior al nivel de reemplazo (2,1). Aunque el descenso comenzó en las zonas urbanas y en los grupos con mayores niveles de educación e ingresos, ha sido significativo en todos los grupos. Sin embargo, existe un rezago en la fecundidad rural respecto de la urbana, equivalente a más de dos décadas, y en la fecundidad de mujeres menos educadas frente a aquellas con mayores niveles educativos: la fecundidad en las mujeres de 15-49 años sin educación es 2,4 veces más alta que la del grupo de educación superior.

EL PATRÓN DE FECUNDIDAD

Los descensos en fecundidad han ocurrido principalmente entre mujeres de 25 años o más: en 1973, el patrón tenía un pico a los 25-29 años, mientras que en 2005 mostraba un pico temprano a los 20-24 años, que se mantiene al 2015 (Figura 3.2). Este patrón suele asociarse a una fecundidad regulada por el control natal, consistente con el aumento de la prevalencia anticonceptiva, y en particular de métodos modernos.

A pesar de los descensos en fecundidad y de los aumentos en el uso de métodos anticonceptivos, aún en 2015 la fecundidad deseada es menor a la fecundidad observada (1,6 vs. 2,0 hijos por mujer).

La edad al primer nacimiento

La edad mediana para el inicio de la maternidad tiende a la baja especialmente en la zona rural, al pasar de 21,6 a 19,5 años entre 1990 y 2015, y solamente existen indicios de una postergación en los grupos de mayor nivel educativo (Flórez y Sánchez, 2013). En cuanto a diferencias por género, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS-2015 indica que el inicio del rol reproductivo ocurre a una edad menor en mujeres que en hombres, con diferencias más marcadas en la zona rural que en la urbana.

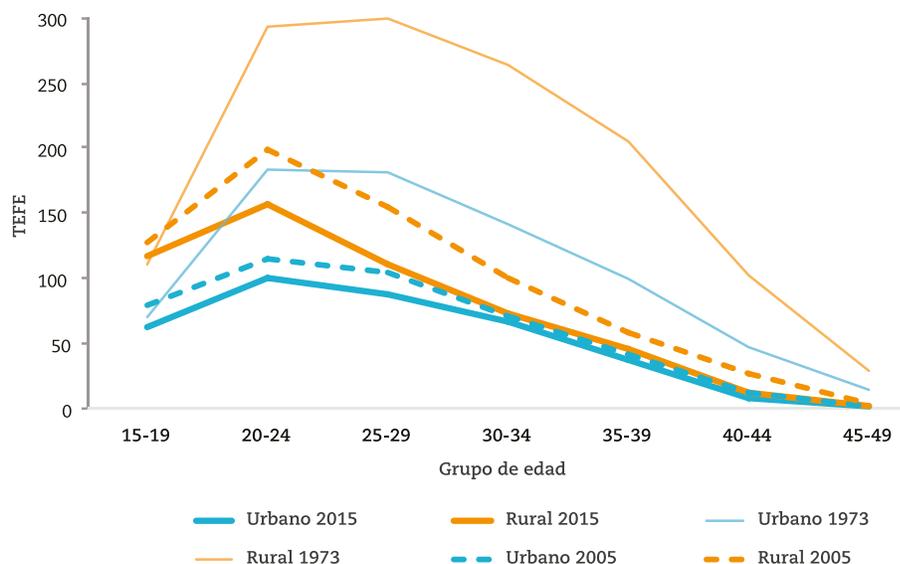
FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

La fecundidad adolescente en Colombia disminuye de 99 nacimientos por 1000 mujeres de 15-19 años en 1969 a 70 por 1000 en 1990, para luego aumentar hasta el 2005 cuando la tendencia se revierte para llegar a 75 por 1000 en 2015. Por su parte, la prevalencia de la paternidad en la adolescencia en 2015 indica que una proporción significativamente mayor de mujeres que de hombres adolescentes tiene hijos: 13,6% vs. 2,1%.

Figura 3.2

Tasas específicas de fecundidad por edad y zona. 1973, 2005 y 2015.

Fuente: DANE, ECH-GEIH. Elaboración DNP.



Este diferencial por sexo se observa también por zona, nivel educativo y nivel de riqueza del hogar, siendo los diferenciales por sexo más acentuados entre la población rural, con menores niveles educativos y menores niveles de riqueza.

El fenómeno de la fecundidad en la adolescencia ha estado acompañado por un descenso en la edad de inicio de relaciones sexuales, un aumento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos (en mujeres de 15-19 años unidas aumenta de 31,9% en 1990, a 60,5% en 2015) y un aumento en los nacimientos no planeados (en 1990 eran el 27% de los nacimientos de mujeres menores de 20 años, y aumentaron a 64% en 2015).

La mortalidad y la transición epidemiológica

LAS DEFUNCIONES POR CAUSA Y EDAD

Colombia está en una fase tardía de la transición epidemiológica, en la que disminuyen las pandemias y enfermedades infecciosas, y aumentan las enfermedades degenerativas y crónicas. Este cambio en el perfil de mortalidad se refleja en la evolución de las defunciones por edad. En la década de los sesenta, cuando las enfermedades más comunes eran las infecciosas (diarrea, respiratorias, desnutrición), predominaban las muertes infantiles y de la niñez. En 2015, cuando las principales causas son endógenas, de orden biológico, las defunciones de los mayores de 60 años son las más importantes.

Asimismo, a mayores niveles de urbanización, más se avanza en la transición epidemiológica. En 2014, las defunciones de personas de 65 años o más representaban el 63% del total de defunciones en las cabeceras, y el 59% de la zona rural dispersa. Por el contrario, el 3,6% de las defunciones urbanas eran de menores de 5 años, y el 6% en la zona rural dispersa. Esto evidencia un rezago de las zonas rurales respecto de las urbanas en su proceso de transición epidemiológica.

LA MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

El descenso de la mortalidad infantil y en la niñez influye en la tendencia creciente de la esperanza de vida al nacer. En Colombia, esta última aumentó de

50,7 años en la década de los cincuenta a 74,6 años en el periodo 2015-2020, y se espera llegue a 79 años en 2045-2050 (CELADE, 2017).

La tasa de mortalidad neonatal aporta casi las dos terceras partes de la mortalidad infantil (MSPS, 2016). Durante la última década, muestra una tendencia decreciente al pasar de 10 a 7 defunciones por 1000 nacidos vivos entre 2005 y 2014, siendo mayor en hombres que en mujeres (8,1 vs 6,3 por mil en 2014), y en ambos casos, disminuye manteniéndose el diferencial por sexo (MSPS, 2016).

Las estadísticas vitales permiten estimar que entre 2005-2014, la tasa de mortalidad infantil (TMI) disminuyó de 20,4 a 17,1 defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos. Sin embargo, a partir del año 2012 este indicador se estabiliza en el país en alrededor de 17,2 por 1000, aunque es mayor en las regiones con mayor porcentaje de población en el quintil más bajo de riqueza y mayor en las áreas de menor nivel de urbanización (rurales dispersas).

La mortalidad en la niñez (menores de cinco años), también muestra una tendencia decreciente al pasar de 25,5 a 19,2 defunciones por 1000 entre 2005 y 2014. Se mantienen las brechas socioeconómicas observadas en la mortalidad infantil.

LA MORTALIDAD MATERNA

Aunque la tendencia en el número de defunciones maternas muestra un descenso durante la última década, la razón de mortalidad materna solo empieza a descender de manera sistemática desde el año 2010. Entre 2010 y 2014, se reduce de 71,6 a 53,7 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos (MSPS, 2016).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la mortalidad materna en Colombia se concentra en la población más desventajada socialmente: las mujeres más pobres multidimensionalmente y que habitan los departamentos más pobres multidimensionalmente, con mayores niveles de analfabetismo; y en población étnicamente diferenciada (Rom e indígena) (MSPS, 2016).

Transformaciones de la familia

La evolución de los hogares evidencia una amplia diversificación. En un análisis de los cambios de los hogares entre 1993 y 2014 (Flórez y Cote, 2016) se evidenció que: (i) las familias nucleares y extensas han venido perdiendo importancia mientras que los hogares unipersonales, aumentan; (ii) el hogar monoparental se constituye de manera creciente como una de las nuevas formas de organización familiar; y (iii) se evidencia un aumento en la tasa de jefatura femenina en el total de hogares. Por su parte, el tamaño del hogar ha venido disminuyendo: pasa de 4,4 personas en 1993 a 3,4 en 2014 (Flórez y Cote, 2016), con implicaciones positivas para el ingreso per cápita del hogar, así como en las cargas de quienes contribuyen supliendo las necesidades de cuidado dentro del mismo.

Los cambios en la estructura por edad y sus implicaciones

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA POR EDAD

La distribución por edad de la población colombiana cambia significativamente como consecuencia del proceso de transición demográfica. Durante el inicio de la transición demográfica se tenía mayor población joven y una edad media baja. A medida que la fecundidad y la mortalidad disminuyen, la población se envejece evidenciando una reducción en el número de jóvenes, un incremento progresivo de la población de adultos mayores, y por tanto un aumento en la edad media (Figura 3.3).

Figura 3.3

Distribución por edad y sexo de la población. 1960-2050.

Fuente: CELADE (2017).

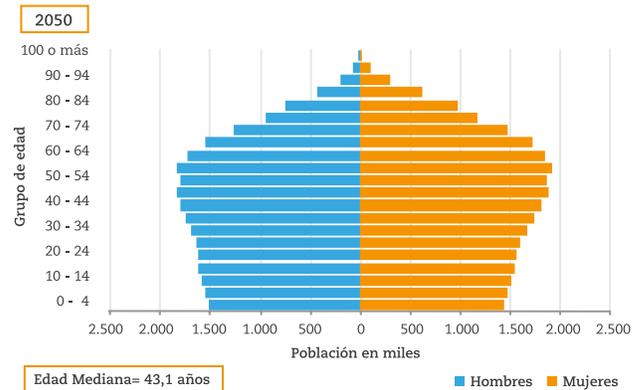
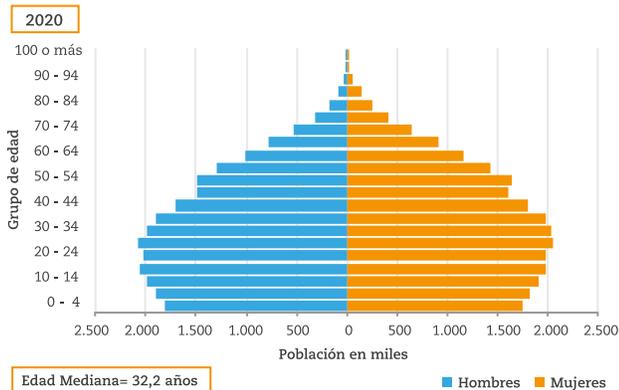
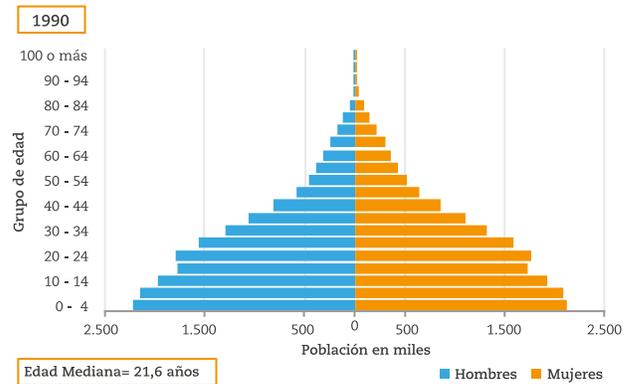
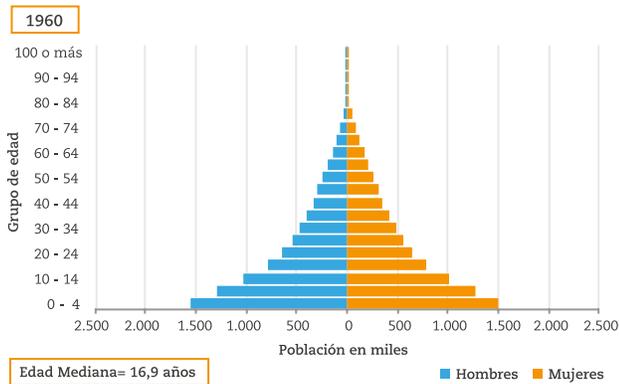
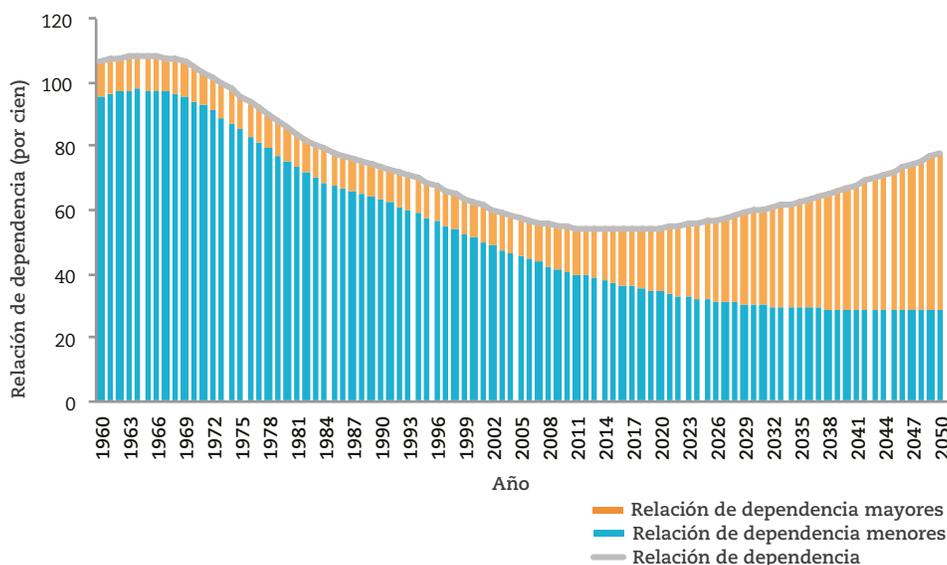


Figura 3.4**Relación de dependencia demográfica por componentes. 1960-2050.**

Fuente: DANE, ECH-GEIH. Elaboración DNP.



Los cambios en la estructura etaria tienen efectos en la carga que representan los menores de 15 años y los adultos mayores para la población potencialmente activa (15-59 años). La relación de dependencia demográfica empieza a disminuir cuando la fecundidad inicia su descenso, pero a medida que los adultos mayores aumentan por el proceso de envejecimiento, el índice vuelve a aumentar (Figura 3.4).

Aproximadamente hasta el año 2030, los menores de 15 años serán el principal componente del índice de dependencia demográfica, pero a partir de ese momento los adultos mayores se convertirán en el principal aportante al índice de dependencia. Según las proyecciones de población, en 2050 estos últimos aportan el 60% de la carga que representan los dependientes para la población en edad económicamente productiva (Figura 3.4).

Dada la diferente dinámica del crecimiento poblacional entre zonas urbanas y rurales, los cambios en sus estructuras por edad son desiguales. Aunque en 1960 compartían una estructura piramidal similar, a finales del siglo XX se evidencian diferencias, en volumen y en estructura etaria, que se acentúan con el tiempo (Figura 3.5).

ENVEJECIMIENTO

Como consecuencia de la transición demográfica, se da un proceso de envejecimiento de la población: en 1960, la población de 60 años o más representaba el 5% de la población total, en 2020 ya representa el 13% y se espera que para el 2050 sea del 27,4%. Adicional a ello, se observa un aumento en la edad de la población mayor. Así, para el 2050, la población que más habrá crecido es la de 80 años o más (6,3% de la población contra el 1,5% en el 2020). Esto significa que la edad promedio de las personas mayores es cada vez más alta.

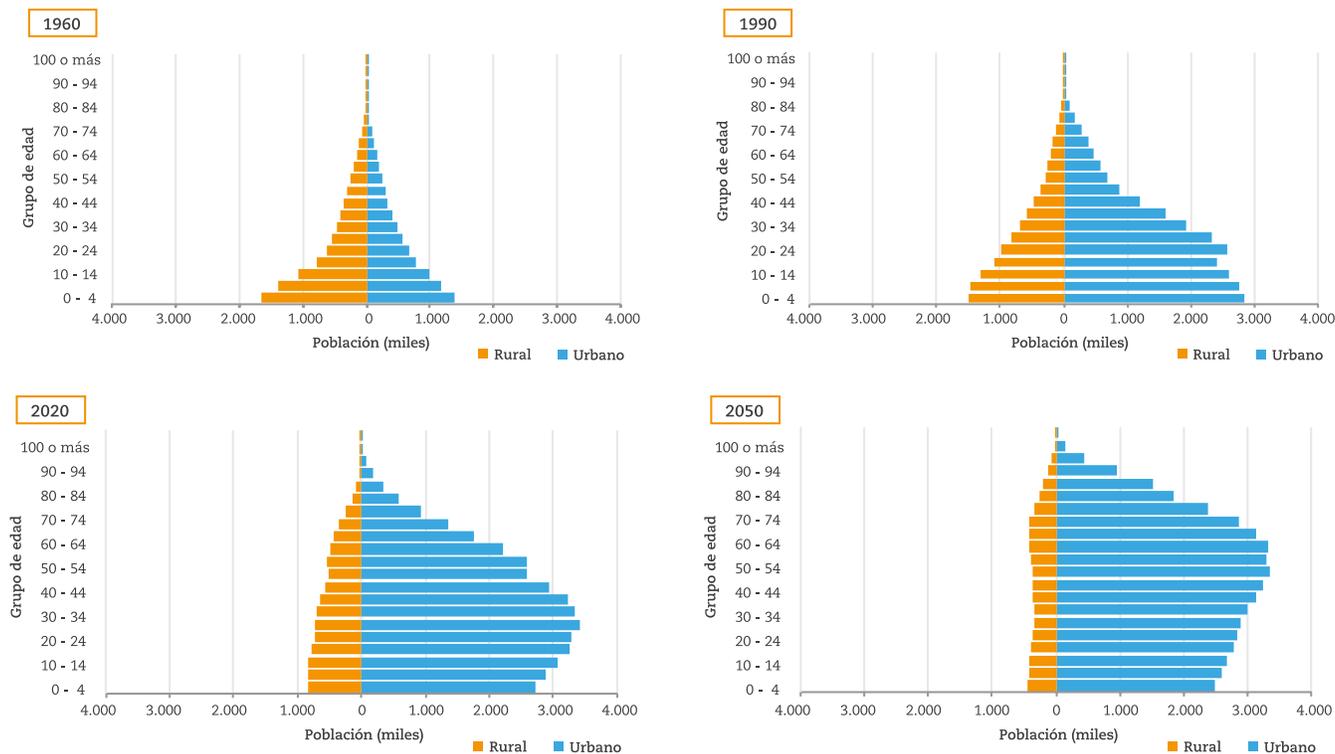
El índice de envejecimiento mide la relación entre las personas de 60 años o más y la población menor de 15 años. En Colombia, este índice aumenta lentamente al principio de la transición demográfica, y acelera su crecimiento en este siglo, al pasar de 21,6 por 100 en 2000 a 167,7 en 2050 (CELADE, 2017). Se espera que aproximadamente en el 2031 el índice sea igual a 100, es decir, que el volumen de personas mayores sea igual al de menores de 15 años. A medida que la fecundidad desciende y aumenta la población de 60 años o más, el índice de envejecimiento aumenta en zonas urbanas y rurales, siendo más rápido en las segundas.

La evidencia indica mayor sobrevivencia de mujeres que de hombres mayores. El índice de masculinidad es de

Figura 3.5

Distribución por edad y zona. 1960-2050.

Fuente: CELADE (2017).



65 por 100 en el grupo de 80 años o más, 85 por 100 entre los de 60-74 años y 97 por 100 en la población total (CELADE, 2017). Sin embargo, debido a la migración campo ciudad selectiva por sexo, siempre se ha observado un índice de masculinidad mayor en las zonas rurales que en las urbanas (CELADE, 2017).

Bono demográfico

El bono demográfico es el periodo en que la proporción de personas en edades de trabajar crece en relación con la proporción de personas en edades potencialmente dependientes. Este ofrece posibilidades para aumentar las tasas de crecimiento económico per cápita, debido al incremento de la participación de la población en edad de trabajar, frente a la población total (Saad, Miller y Martínez, 2009).

Las tres fases del bono demográfico diferenciadas por Saad, Miller y Martínez (2009) se pueden identificar en el caso colombiano: (i) entre 1965 y 1997, la relación de dependencia era decreciente, pero superior a 66

dependientes por 100 personas productivas; (ii) entre 1997 y 2018, la relación de dependencia baja a niveles menores a 66 por 100; (iii) entre 2018 y 2039, la relación de dependencia nuevamente aumenta, pero aún por debajo de 66 por 100. A partir del año 2039, cuando la relación de dependencia sobrepase 66 dependientes por 100 activos, empieza la fase denominada por CELADE como “impuesto demográfico”, es decir un período en el que el cambio demográfico es adverso, ya que la fuerza laboral potencial crece más lentamente que la población dependiente (CELADE, 2014).

LA ASISTENCIA ESCOLAR Y EL BONO EDUCATIVO

La asistencia escolar en todos los niveles educativos ha aumentado significativamente en el país desde la década de los cincuenta. Sin embargo, la asistencia disminuye a medida que aumenta el nivel educativo: es casi universal en primaria, pero solo una cuarta parte de la población en edad de cursar estudios superiores lo hace. La cobertura en educación superior es aún más baja en la zona rural y entre los hombres. Las brechas

en las tasas de cobertura media y superior se dan por zona, sexo y nivel de riqueza de los hogares (ENDS-2015 y Ministerio de Educación, 2014).

Bono educativo

Dado que el efecto más importante del descenso de la fecundidad es la disminución de niños y adolescentes, que constituyen la población en edad escolar primaria y secundaria, se espera que el bono demográfico tenga un efecto positivo sobre el sector educativo. Durante el período inicial del bono demográfico, al disminuir el peso de las cohortes de niños/adolescentes, se pueden liberar recursos educativos que se pueden utilizar para costear cobertura universal en secundaria y/o aumentar la cobertura en educación superior (Martínez, 2012a). De acuerdo con las proyecciones de CELADE (2017), el volumen de población de 5-9 años, empieza a descender a partir de 1999, mientras que el grupo de 10-14 años, lo hace desde 2004. A su vez, el grupo de 15-19 años, empieza a perder volumen sostenidamente a partir de 2009.

EL MERCADO LABORAL Y EL BONO DE GÉNERO

La creciente participación laboral femenina en el mercado laboral colombiano se evidencia en una Tasa Global de Participación laboral (TGP) de mujeres urbanas que aumenta de 39% en 1984 a 60% en 2011, y de mujeres rurales que pasa de 23% a 39% en el mismo periodo. Por el contrario, la TGP de los hombres urbanos permanece alrededor de 74% y de los rurales en 82%. Esta dinámica se da de manera simultánea con un aumento en los niveles educativos y una reducción de la fecundidad (Flórez, 2016). Ello ha llevado a una “feminización” relativa del mercado laboral.

Bono de género

El incremento de la participación de la mujer en la actividad económica produce un aumento en su aporte a los ingresos de sus hogares, el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. La magnitud de tal aporte se denomina “bono de género”. Pese a ello, su tasa de participación laboral todavía está por debajo de la de los hombres, existiendo aún un margen para que incremente si se dan condiciones equitativas para el acceso de las mujeres al mercado laboral, así como condiciones de igual pago por igual trabajo. Esto significa que, en perspectiva, el bono de género tiene mayor capacidad que el bono demográfico de aportar al crecimiento del PIB per cápita (Martínez, 2012).

Al igual que el bono demográfico, el bono de género es transitorio y ocurre en el periodo en que disminuye la relación de dependencia demográfica. Cuando disminuye la relación de dependencia infantil y no hay aumentos en la relación de dependencia de los adultos mayores, se libera tiempo de la mujer dedicado al cuidado de los/las hijos/as que puede dedicar al trabajo productivo. Una vez empieza a aumentar la relación de dependencia de los adultos mayores, probablemente sea la mujer la que deba dedicar tiempo al cuidado de los miembros envejecidos de su hogar si no se implementan políticas adecuadas de cuidado.

TRANSFERENCIAS INTERGENERACIONALES

Las transferencias intergeneracionales se refieren al flujo de recursos que se hace de un grupo poblacional a otro para cubrir los consumos. Si los recursos producidos por la población económicamente activa no alcanzan para cubrir los consumos de la población inactiva, es necesario que ese déficit de consumo sea cubierto por el Estado a través de sus políticas. El análisis de las transferencias intergeneracionales parte de los perfiles por edad de los consumos e ingresos provenientes de fuentes públicas y privadas, información que se encuentra en las Cuentas Nacionales de Transferencias - CNT.

En Colombia existe una aplicación de CNT para el año 2008 (Figura 3.6). Los datos de consumo e ingreso son anuales, expresados en términos per cápita para cada grupo de edad y en pesos colombianos del año 2008. Los aspectos más relevantes de las curvas de consumo e ingreso para Colombia son: a) el período de superávit del ciclo de vida (donde los ingresos exceden al consumo) es corto: va entre las edades de 23 y 60 años; b) dado este período tan corto no se pueden esperar altas tasas de ahorro; y c) el consumo no desciende en las edades mayores, sino que se mantiene elevado e incluso crece después de los 60 años (Tovar y Urdinola, 2014).

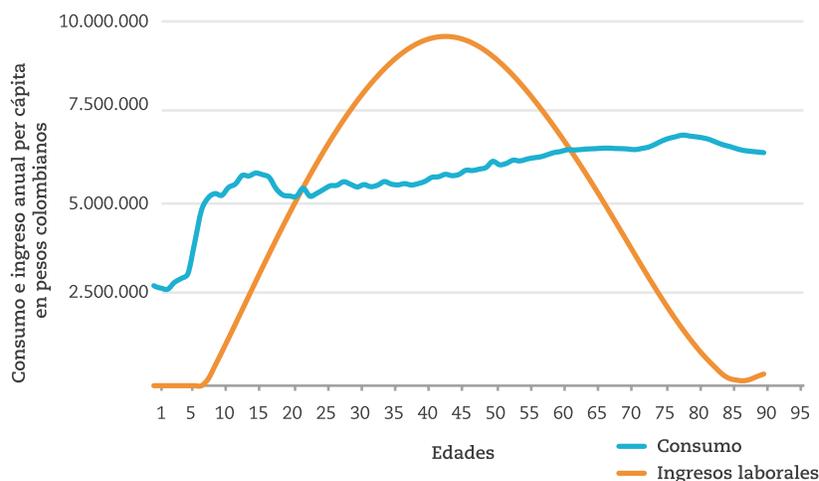
Las diferencias socioeconómicas de las transferencias

Con base en la información de las Cuentas Nacionales de Transferencias, es posible identificar los grupos socioeconómicos hacia quienes se dirigen las transferencias públicas y en qué medida están cumpliendo con el objetivo redistributivo. Tovar y Urdinola (2014) examinan este aspecto en Colombia y concluyen que: a) la porción más rica de la población tiene los mayores niveles de ingresos pero también

Figura 3.6**Perfiles por edad del consumo total y del ingreso laboral. 2008.**

Fuente: Tomado de: Lee R, Mason A. et al. (2014).

Datos de NTA Colombia, producidos por Piedad Urdinola y Jorge Tovar, febrero 2014.



reciben altos niveles de transferencias privadas y públicas, lo que implica un efecto regresivo sobre las inversiones en capital humano; b) se presenta desigualdad entre las generaciones, por ejemplo, las transferencias son menores para los adultos jóvenes y desproporcionadamente grandes para las personas mayores, principalmente por el consumo en salud.

SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE CUIDADO

Acosta, Forero y Pardo (2015), realizan un diagnóstico sobre el Sistema de Protección Social Colombiano (SPS), a partir del análisis de su evolución en la última década. Estos autores identifican algunos retos con respecto a la integralidad del SPS, entre los que resaltan la urgencia de enmarcar las políticas en las tendencias demográficas del país, que han mostrado un acelerado ritmo de envejecimiento. Aquellos componentes del SPS que directamente se ven afectados por la transición demográfica son:

Sistema General de Pensiones

De acuerdo con un estudio realizado por Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha (2015), el sistema pensional colombiano enfrenta problemas relacionados con su baja cobertura, una alta evasión contributiva y dificultades para alcanzar la equidad y solidaridad debido a que los subsidios pensionales se concentran en la población de mayores ingresos. El 86% de los subsidios pensionales se dirigen al 20% más rico de la población y

el último quintil solo percibe el 0,1% de estos subsidios (Helfer-Vogel, 2016). La cobertura pensional en el país alcanza apenas un 26% a nivel nacional.

Para ampliar la cobertura financiera del adulto mayor, Colombia ha implementado programas de pensiones sociales no contributivas, a través de transferencias monetarias y subsidios directos a la población más vulnerable, entre los cuales están: i) Pilar no contributivo, consistente en el Programa Colombia Mayor, y ii) Pilar Intermedio o Beneficios Económicos Periódicos – BEPS.

Sistema Nacional de Cuidado – SINACU

Una de las consecuencias del envejecimiento dada la mayor longevidad de la población es el aumento en la demanda de cuidado y cuidadores. El indicador de “apoyo potencial” (Acosta, Forero y Pardo, 2015), que relaciona la población entre 15 y 59 años (o población en edad de trabajar) con la de adultos de 60 años o más, muestra que entre los años 1950 y 2000 la relación de apoyo potencial en Colombia cayó de 10 a 9 trabajadores potenciales por cada persona adulta mayor. Sin embargo, a partir del año 2000, con un envejecimiento acelerado, se acelera también el descenso en el apoyo potencial: baja a 5 en 2020, y se estima que llegue a 2 en 2050 (CELADE, 2017). Es decir, se espera que en 2050 haya tan solo 2 trabajadores potenciales por cada persona adulta mayor.

Estudios disponibles para Colombia indican que las mujeres son las principales responsables de las tareas de cuidado no remunerado, tanto de los niños, las niñas y los adolescentes, como de los adultos mayores (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015), así como las principales responsables de las tareas domésticas (Villamizar, 2011; Palacios, 2014), dedicando más tiempo que los hombres a estas actividades (Flórez y Álvarez, 2017). Adicionalmente, las mujeres continúan participando en el mercado laboral, generando una alta carga de trabajo para ellas, la cual es desproporcionada frente a la carga de los hombres.

3.2 Tendencias en la salud y salud sexual y reproductiva

Sistema de salud, prestación y acceso a los servicios

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) permite tener acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios - PB (antiguo Plan Obligatorio de Salud- POS). Actualmente, la cobertura del aseguramiento se encuentra cercana al 97%: el 48% de la población del país está afiliada a través del régimen subsidiado, el 43,6% a través del régimen contributivo y el 5% a través del régimen de excepción. El 3,4% no está afiliada.

El estado actual de la oferta de servicios de salud en Colombia puede comprenderse a partir de la descripción de los resultados alcanzados en indicadores de calidad de la atención desde tres perspectivas relacionadas con su efectividad, seguridad y experiencia.

EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN

Para su medición se consideran dos indicadores: la proporción de reingreso de pacientes hospitalizados y la tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas. Entre 2009 y 2014, la proporción de reingreso hospitalario tuvo un comportamiento variable y en el año 2011 alcanzó el mayor nivel (2,0%). La tasa de mortalidad intrahospitalaria disminuyó desde 2011, del 17% al 13% en 2014 (MSPS, 2015).

SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

Para su medición se consideran dos indicadores: (i) la proporción de eventos adversos gestionados y (ii) la tasa de infección intrahospitalaria. Ambos muestran una tendencia decreciente, especialmente marcada en el primer indicador que baja de 71% al 7% entre 2001 y 2014. (MSPS, 2015).

EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN

Para su medición se consideran cuatro indicadores, evaluados entre 2009 y 2014: i) la oportunidad de entrega de medicamentos POS que aumenta de 94% a 97%, ii) la oportunidad de asignación de cita en consulta de medicina general que se mantiene por debajo de 3 días, iii) la oportunidad en la realización de cirugía programada que aumenta en 3 días, y iv) la proporción de cancelación de cirugía programada que permanece alrededor del 6% (MSPS, 2015)

Morbilidad y transición epidemiológica

Según los datos de los Registros Individuales de Prestación de servicios de Salud - Rips-, entre 2009 y 2015 se prestaron 612.517.046 atenciones en salud, esto es 87.502.435 atenciones anuales en promedio. El mayor porcentaje de atenciones tuvo como causa enfermedades crónicas no transmisibles (65,6%), seguidas de condiciones transmisibles y nutricionales (14,3%), signos y síntomas mal definidos (12,7%); lesiones (5,2%); y condiciones maternas y perinatales (2,1%).

Entre las atenciones por enfermedades crónicas no transmisibles las más frecuentes fueron condiciones orales, enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, genitourinarias y enfermedades de los órganos de los sentidos. Entre atenciones por condiciones transmisibles y nutricionales, las más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias, y las relacionadas con deficiencias nutricionales.

El 61% de las atenciones en salud fueron a mujeres. Entre la población sin capacidad de pago que está en el SGSSS en calidad de vinculado y entre la población en condición desplazamiento se encuentran los menores niveles de atención por enfermedades no transmisibles, los mayores niveles de atención por lesiones y condiciones maternas y perinatales y los mayores niveles por signos y síntomas mal definidos. De otra

parte, los mayores niveles de atención por condiciones transmisibles y nutricionales se encontraron entre la población del régimen subsidiado y los particulares.

MORBILIDAD ATENDIDA POR CICLO VITAL

En la primera infancia (0 a 5 años), el mayor porcentaje de atenciones entre 2009 y 2015 se dio por condiciones transmisibles y nutricionales (43,6%), seguido de enfermedades no transmisibles (33,7%). Esto indica que las primeras causas de atención entre esta población continúan relacionadas con condiciones inadecuadas de saneamiento básico, mala calidad del agua e inadecuados hábitos de higiene, así como con situaciones nutricionales deficitarias.

En las personas entre 6 y 29 años, las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo (56,7%); seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales (17,2%). Entre 2009 y 2015 las principales causas de atención fueron condiciones orales (15,9%), signos y síntomas mal definidos (15,5%), enfermedades infecciosas y parasitarias (8,5%), infecciones respiratorias (8,0%) y enfermedades genitourinarias (7,8%).

En las personas de 30 a 59 años, entre 2009 y 2015 las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la primera causa de atención (72,3%). En menor orden acudieron por condiciones mal clasificadas (11,6%), condiciones transmisibles y nutricionales (9,8%), lesiones (5%) y condiciones maternas perinatales (1,2%).

Las causas de atención más prevalentes en las personas de 60 años o más fueron las enfermedades crónicas no transmisibles (82,0%) y, en menor porcentaje, los signos y síntomas mal definidos (8,9%), las condiciones transmisibles y nutricionales (5,5%) y las lesiones (3,6%). Las diferencias por sexo muestran que mientras las enfermedades musculo-esqueléticas y los desórdenes endocrinos son más prevalentes entre las mujeres de 60 años o más, las enfermedades genitourinarias, las condiciones orales y las enfermedades respiratorias son más prevalentes entre los hombres del mismo grupo de edad.

CARGA DE ENFERMEDAD

En la medición realizada para Colombia en el 2010, se encontró una carga de enfermedad dominada por la enfermedad crónica y con menor participación proporcional de las lesiones por causa externa y las enfermedades transmisibles. Entre 2005 y 2010, la incidencia de las enfermedades crónicas creció del 76% al 83%, lo cual indica un patrón epidemiológico postransicional. Los resultados de la carga de enfermedad indican que la esperanza de vida sana es de 53 años al reducirse la esperanza de vida en 21 años (16 por discapacidad y cinco por muerte prematura) (Peñalosa et al., 2014).

Pese al aumento de la oferta de servicios de salud, persisten diferencias en el comportamiento epidemiológico: las enfermedades crónicas son dominantes en las zonas más desarrolladas; las lesiones de causa externa son más frecuentes en las regiones más afectadas por el conflicto armado; las enfermedades transmisibles se presentan en las áreas alejadas y más dispersas y, las enfermedades materno infantil afectan el comportamiento epidemiológico en zonas con mayor concentración de pobreza. Estos diferentes perfiles plantean la necesidad de formular respuestas diferenciadas entre las regiones del país, según la afectación de los determinantes de la salud.

Población con discapacidad

A partir de los datos del Censo 2005 se pudo establecer que 2.624.898 personas (equivalente al 6,3% del total de población) tenían **dificultad permanente** para realizar alguna de las actividades indagadas. La ENDS 2015, reveló que el 9,8% de las personas **no pueden o tienen mucha dificultad** para realizar alguna de las actividades indagadas, relacionadas con capacidades y habilidades básicas para su subsistencia, autocuidado y participación en el hogar y la comunidad.

Según el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD (fuente oficial de información sobre discapacidad en Colombia), a julio del 2015 se contaba con información de 1.178.703 personas con alguna discapacidad, equivalente al 2,45% de la población colombiana proyectada por el DANE para 2015. Entre estas personas las principales dificultades permanentes que presentan en sus actividades diarias son: caminar, correr, saltar (50,2%), pensar o memorizar (37,0%), percibir la luz, distinguir objetos o personas

a pesar de usar lentes o gafas (28,0%), desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón (25,2%), hablar y comunicarse (20,2%), llevar, mover, utilizar objetos con las manos (18,7%) y cambiar y mantener las posiciones del cuerpo (17,0%). Es importante señalar que una persona puede tener una o más alteraciones o dificultades permanentes.

La ENDS 2015 reveló que el 51,3% de las personas con discapacidad tuvo problemas en la prestación de servicios de salud cuando acudió a consultas relacionadas con sus dificultades (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

Acceso a servicios de salud materna

La salud materna comprende los aspectos relacionados con la salud de la mujer desde antes de la concepción, el embarazo, parto y posparto. Las políticas públicas en salud materna, por tanto, incluyen además de la promoción de la salud, las acciones de gestión de riesgo relacionadas con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y uso efectivo² de los servicios de salud para la atención y tratamiento de las eventuales complicaciones que se pueden presentar.

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

La atención preconcepcional se refiere al “cuidado continuo durante la edad reproductiva de la mujer para que, en caso de que elija quedar embarazada, se encuentre en las mejores condiciones posibles de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014: p. 11). Así, permite identificar las condiciones biológicas y sociales que pueden convertirse en riesgo y busca modificarlas para reducir la mortalidad materna y neonatal.

Pese a que el país consolidó un paquete de servicios de detección e intervención del riesgo preconcepcional y en 2013 elaboró la *Guía para la Salud materna y neonatal: atención preconcepcional, prenatal y posnatal*, no hay un registro oficial con representatividad nacional que permita dimensionar la oferta actual de estos servicios. El Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado dentro de la Ruta integral de atención para la población Materno perinatal, lineamientos específicos que buscan

desarrollar y ofrecer atenciones pre-concepcionales que minimicen los riesgos en los embarazos.

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Cerca del 90% de mujeres gestantes de 13-49 años acudió a 4 o más visitas de control prenatal, cifra que ha venido en aumento (ENDS 2015). Sin embargo, bajo el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales de salud a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho (OMS, 2016). En este nuevo escenario, la ENDS 2015 permite establecer que la meta de 8 o más visitas de control prenatal ha sido alcanzada por el 43% de las mujeres, 46% en la zona urbana y 32% en la zona rural.

ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

Las estadísticas vitales indican que la atención institucional del parto y la atención del parto por personal calificado, han aumentado de forma progresiva desde 1998, con valores cercanos al 98% en 2015. De manera particular, llama la atención el incremento progresivo en los nacimientos ocurridos por cesárea: en la ENDS 2005, el 26,7% de los nacimientos de los cinco años anteriores fueron por cesárea, mientras que en 2010 fueron 34,4% y en 2015, 43,2%.

ATENCIÓN EN EL POSTPARTO

De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, el 92,6% de las mujeres que tuvieron control posparto fueron atendidas por un médico/a, el 6,8% por una enfermera y menos del 1% por un auxiliar de enfermería. Frente a la asesoría en anticoncepción posparto, la ENDS 2015 encontró que sólo el 53% de las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los cinco años anteriores a la Encuesta recibió información sobre métodos anticonceptivos. Entre estas mujeres, el 63% tuvo acceso inmediato a un método.

ABORTO SEGURO

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo se reconoce como un factor clave para la prevención de la mortalidad materna, que está ligado al ejercicio de la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la posibilidad de elegir un proyecto de vida y el reconocimiento de las condiciones históricas de desigualdad, violencia y discriminación en que han estado las mujeres, adolescentes y niñas en Colombia.

² Organización Mundial de la Salud. Salud Materna, en: http://www.who.int/topics/maternal_health/es

De acuerdo con la ENDS 2015, el 9,6% por ciento de las mujeres de 13 a 49 años encuestadas tuvo una terminación del último embarazo diferente a nacido vivo. El 1,1% por ciento fueron interrupciones o aborto inducidos, el 6,8% por pérdidas o abortos espontáneos y el 1,6% embarazos extrauterinos o muertes fetales.

Sobre el conocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados³, la ENDS 2015 encontró que 51% de las mujeres sabe que el aborto está despenalizado bajo determinadas circunstancias. Los niveles más bajos de conocimiento se encontraron entre las mujeres sin educación formal (11%), con educación primaria (29%) y en el quintil más bajo de riqueza (35,4%).

Uso de métodos anticonceptivos y necesidad insatisfecha de planificación familiar

CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Según la ENDS, el conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos por parte de las mujeres en edad reproductiva era del 94% en 1990 y del 99,7% para 2015, siendo el condón masculino (98,6%), y la píldora (97,6%) los de mayor recordación. Entre 1990 y 2015 se evidencia un aumento significativo en el nivel de uso de los métodos anticonceptivos modernos en las mujeres unidas, al pasar del 54,6% al 75,9% (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015).

NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Según la ENDS 2015, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (es decir, las dificultades para acceder o usar un método anticonceptivo relacionadas con la no respuesta a las solicitudes en planificación familiar) ha aumentado entre 2005 y 2015, tanto para las mujeres unidas como para las no unidas sexualmente activas. Entre las unidas aumenta de 5,8% a 6,7% entre

2005-2015. La necesidad insatisfecha de métodos es algo mayor para limitar (3,4%) que para espaciar (3,2%) la tenencia de los hijos e hijas.

Situación y tendencias respecto al VIH/Sida y las ITS

Según la Organización Mundial de la Salud, la epidemia del VIH/Sida en Colombia es concentrada, es decir no se ha extendido a la población en general, sino que se presenta principalmente en grupos específicos, como personas que se inyectan drogas, habitantes de calle, trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), para el 2016 se reportaron 11.328 casos de VIH/Sida, de los cuales, el 78,8% fueron hombres y el 21,1%, mujeres. La principal forma de transmisión es el contacto sexual.

En cuanto a la prevalencia de VIH en las poblaciones mencionadas, se encuentra que en 2016, las mujeres transgénero son las más afectadas (21,3%), seguidas de los HSH (14,2%), las personas habitantes de calle (4,6%), las personas que se inyectan drogas (5,3%) y las mujeres en situación de prostitución (1,1%). Quindío, Risaralda, Atlántico, Casanare y Bogotá son las regiones con mayor incidencia del VIH.

MORTALIDAD POR VIH

De acuerdo con el DANE, la tasa de mortalidad por Sida en 2015 fue de 5,1 muertes por 100.000 habitantes, donde la mortalidad en los hombres correspondía al 7,8 y en las mujeres a 2,4 por 100.000 habitantes. En promedio, cada día durante el año 2015, fallecieron 5 hombres y 2 mujeres aproximadamente.

TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (TMI) DEL VIH Y SÍFILIS CONGÉNITA

La Transmisión Materno Infantil del VIH ha disminuido, es así como para el año 2015, la tasa de transmisión de madre a hijo fue de 2,7%, respecto a la cohorte de 2008, en la cual el porcentaje fue de 5,8% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por su parte, el número de casos de sífilis congénita ha disminuido desde el 2010, pasando de una incidencia de 3,09 casos por 1.000 nacidos vivos a 1,04 casos en

³ Las causales despenalizadas en Sentencia C-355 de 2006 de la Corte constitucional de Colombia son: 1) Cuando el embarazo constituya peligro para la salud o la vida de la mujer; 2) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; y 3) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento (violación), abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentida, o de incesto.

2015. Los departamentos con mayor incidencia de sífilis congénita para el año 2016 fueron Chocó, Guaviare, Caquetá y Guainía (Instituto Nacional de Salud, 2017).

CONOCIMIENTO COMPRENSIVO DEL VIH/SIDA

De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, el 34% de los hombres de 13 a 49 años y el 37% de las mujeres de 13 a 49 años, tienen un conocimiento comprensivo del VIH/Sida, especialmente en la zona urbana. Aunque este porcentaje sigue siendo bajo, se presentó un aumento en el conocimiento de las mujeres con respecto al resultado de la ENDS 2010 (27%). Los departamentos con los porcentajes más altos sobre el conocimiento comprensivo del VIH/Sida son San Andrés, Valle del Cauca y Atlántico; mientras los porcentajes más bajos se presentan en Guainía, Vaupés y Nariño.

Respecto al conocimiento de las prácticas de autocuidado, la ENDS destaca que el 96% de las mujeres entre 13 y 49 años están de acuerdo con que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales si la pareja tiene una Infección de Transmisión Sexual (ITS), y un 97% están de acuerdo con que se pida usar un condón si la pareja tiene una ITS. En cuanto a los hombres de 13 a 49 años, el 91% está de acuerdo que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales si la pareja tiene una ITS. Estos porcentajes son más altos en la zona urbana, reflejando mayores nociones de autocuidado de las mujeres que habitan en las ciudades, en comparación al área rural.

ATENCIÓN A PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL VIH

A nivel internacional se han adoptado una serie de medidas para la atención y reducción de la transmisión del VIH, entre las cuales se encuentran las METAS 90 90 90, una iniciativa de ONUSida para que en 2020: a) el 90% de las personas que viven con VIH/Sida conozcan su estado serológico; b) el 90% de las personas que conocen su estado serológico reciban tratamiento antirretroviral (TAR); y c) el 90% de las personas que están recibiendo TAR, presenten una carga viral suprimida.

A partir de 2014, Colombia se sumó a esta iniciativa, conllevando un importante aumento en el porcentaje de personas que viven con el virus del VIH en el país y que no solo conocen su diagnóstico, sino que están en TAR y tienen carga vital indetectable. Los avances más evidentes son en la detección y conocimiento sobre el

estado serológico de los pacientes: mientras en 2014 el 61% de las personas que vivían con el virus del VIH en el país conocían su estado serológico, para el 2016, esta cifra se incrementó a un 80%.

Violencias de género

VIOLENCIA FÍSICA

En 2005 y 2010, el porcentaje de violencia física reportado por la ENDS fue de 27,5% y 27,7%. Para el 2015, se incrementó 4,2 puntos porcentuales, alcanzando el valor más alto registrado en los últimos 15 años (31,9%). Los casos reportados por Medicina Legal evidencian que la tasa de violencia de pareja durante los últimos 10 años (2005-2015), se redujo pasando de 255,02 en el año 2005 a una tasa de 202,57 por 100.000 mujeres en el año 2015. Por su parte el SIVIGILA, refiere que la tasa nacional se ha venido incrementando: para el año 2012 la tasa de violencia física fue de 71,45 por 100.000 mujeres y para el año 2015 fue de 121,31.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Según información de SIVIGILA, entre el 2012 y el 2015 se detectaron un total de 18.582 casos de violencia psicológica. De acuerdo con la ENDS 2015, el 57,9% de las mujeres de 15 a 59 años encuestadas reportaron acciones de control; el 39% se ha sentido subvalorada o descalificada; y el 23,9% ha recibido amenazas por parte de su pareja.

VIOLENCIA SEXUAL

Según la ENDS, en 2005 el 11,5% de las mujeres en edad reproductiva dijeron haber sido violadas por su pareja. En 2010 dicho porcentaje se redujo a 9,7%, y en 2015 a 7,6%.

Adicionalmente, Medicina Legal refiere que la tasa de dictámenes sexológicos por presunta violencia sexual se incrementó para el año 2015, pues la tasa pasó de 71,58 por 100.000 mujeres en el año 2005, a 77,35 en el año 2015.

MUERTES VIOLENTAS EN MUJERES POR PARTE DE SUS PAREJAS O EX PAREJAS

El registro de muertes violentas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses indica que entre 2005 y 2016, se produjeron un total de 1.367 casos de muertes violentas en mujeres a manos de su pareja o expareja, es decir que anualmente 114 mujeres son asesinadas por sus parejas, 9 mensuales y 2,25 semanales.

MUJERES VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Colombia es el primer país de América Latina y el cuarto a nivel mundial con el mayor número de víctimas a causa de este tipo de violencia. Para el año 2012, se reportaron un total de 93 personas con lesiones con agentes químicos, de los cuales 78 casos se reportaron en niñas y mujeres y 15 casos en niños y hombres. El 60,2% de los casos se reportaron en mujeres mayores de 20 años, donde su principal agresor era su pareja o expareja. En 2013 se reportaron 613 casos y en 2014, 283. Sin embargo, al hacer una revisión de dichos reportes se evidencia que no necesariamente corresponden a casos de violencias de género, sino también a accidentes laborales o de otro tipo de lesiones. Por ello, y a partir de la Ley 1773 de 2016, se están adelantando acciones no solo para el mejoramiento del registro, así como el fortalecimiento de la atención integral en salud física y mental de las personas lesionadas con agentes químicos, especialmente las mujeres víctimas de ataques.

3.3 Patrones de asentamiento y movilidad de la población

Distribución espacial de la población

Un rasgo característico del país es la desigual distribución de su población en el territorio: mientras las regiones Andina y Caribe son densamente pobladas; las regiones Oriental, Amazónica y del Orinoco, permanecen escasamente pobladas. De acuerdo con las proyecciones de población del DANE, la densidad promedio del país al año 2017 es de 43,18 hab/km². Las mayores densidades se presentan en Bogotá, con 5.034,7 hab/km², el Archipiélago de San Andrés y Providencia con 1.767,2 hab/km² y el departamento del Atlántico con 743,2 hab/km². Entre tanto, en los departamentos de Guainía, Amazonas, Vichada, Vaupés y Guaviare, la densidad poblacional no supera los 3 hab/km².

El proceso de urbanización y ruralidad en perspectiva territorial

EL PROCESO DE URBANIZACIÓN

El proceso de urbanización colombiano en el siglo XX fue acelerado: según los censos de población, en 1951 el 40% de la población era urbana, 52% en 1964, 67% en 1985, y 74% en 2005. A finales del siglo XX, la capital del país asume la primacía urbana, pero la complejidad de la geografía desarticula las ciudades.

Frente al proceso de urbanización colombiano se destaca un cambio en la cantidad de ciudades grandes e intermedias del país: mientras que en 1951 ninguna ciudad colombiana alcanzaba el millón de habitantes, en 2017 al menos cuatro ciudades superan esta cifra: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Por su parte, las ciudades con más de 100.000 habitantes pasaron de ser 6 a 48 en los últimos 65 años.

EL SISTEMA DE CIUDADES

Durante el siglo XX el proceso de industrialización afianzó el crecimiento de las ciudades. Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla se convirtieron en los principales núcleos de desarrollo económico y de atracción de población y se habló entonces de la “cuadricéfala urbana” (Zambrano y Bernard, 1993). El posterior crecimiento de ciudades intermedias como Bucaramanga, Pereira, Villavicencio, entre otras, determinó que Colombia se destacara en el ámbito regional por tener una red urbana relativamente amplia o por ser un “país de ciudades”, a diferencia de muchos de los países de América Latina caracterizados por la alta primacía de la ciudad capital. Esta condición ha cambiado desde la década de los 90 cuando empezó a aumentar la importancia de Bogotá (DNP, 2014). Sin embargo, el sistema de ciudades en Colombia sigue siendo amplio y complejo, ya que nuevos estímulos económicos han determinado el crecimiento de ciudades vecinas a las ciudades principales. Estos centros presentan gran dinamismo y crecimiento demográfico, asociado en décadas pasadas con la localización de la inmigración (caso de Soacha) y, más recientemente, con la localización de las actividades industriales, comerciales y de construcción de gran escala que se han desplazado a esos municipios (caso de Facatativá y Mosquera), en busca de amplia disponibilidad de terrenos.

La Misión para el Sistema de Ciudades (DNP, 2014) clasificó las ciudades de acuerdo con su dinámica demográfica, considerando que esta plantea oportunidades y retos diferentes para las ciudades, las cuales es necesario afrontar o aprovechar en las políticas públicas. Las clases de ciudades fueron: Mayores (con población envejecida); Maduras; Adultas (con peso de población adulta joven, es decir con bono demográfico); Grandes y jóvenes; Adolescentes y Embrionarias.

LA POBLACIÓN RURAL

Entre los censos de 1993 y 2005, período de mayor intensidad del conflicto armado, la población de las áreas rurales empezó a disminuir en valores absolutos, de 11.8 millones a 10.9 millones (DANE, Censos de población). Ante este panorama, el Estado colombiano reconoció la importancia del campo colombiano en el desarrollo del país y convocó la Misión para la Transformación del Campo con el objetivo de proponer políticas de Estado para el desarrollo del área rural. Dicha misión identificó la existencia de cuatro categorías de ruralidad: (i) ciudades y aglomeraciones (117 municipios), (ii) intermedios (314 municipios), (iii) rurales (373 municipios) y (iv) rurales dispersos (318 municipios).

De acuerdo con los resultados del Censo Nacional Agropecuario, el total de la población en el área rural dispersa en Colombia es de 5.126.734 personas. La información censal evidencia que, aunque la energía eléctrica alcanza al 82% de sus viviendas, solo el 42% cuentan con acueducto y 16% no cuentan con ningún servicio. Menos de la mitad (49,1%) de las viviendas tienen materiales durables en sus paredes (bloque, ladrillo, piedra, madera pulida) y una cuarta parte (24,8%) permanece con pisos de tierra o arena. La inasistencia escolar de la población es del 73%, aunque este indicador ha disminuido con relación al censo 2005. Solo un 10% de la población de 24 años o más, ha alcanzado la educación media y un 2,7% la educación universitaria.

Migración interna

Colombia ha experimentado una intensificación del proceso migratorio interno en diferentes períodos: (i) durante las décadas de los 60 y 70 del siglo XX la escasa viabilidad productiva del campo colombiano y el sesgo urbano de las políticas de desarrollo adelantadas en el país motivó la migración campo-ciudad de una cantidad considerable de habitantes; (ii) desde mediados de la década del 80, el escalamiento del conflicto armado generó el fenómeno del desplazamiento forzado interno. El destino de este flujo no parece ser exclusivamente las ciudades principales, sino también los centros urbanos menores, localizados en el entorno de las zonas de expulsión (Ruiz, 2008).

Aunque los datos disponibles no permiten desarrollar un seguimiento riguroso de los múltiples fenómenos de migración interna y sus impactos sobre las zonas de origen y destino, la información censal y de la Encuesta Integrada de Hogares - GEIH⁴ posibilita realizar algunos análisis. En primer lugar, indica que alrededor de un 12% de la población colombiana de 5 años o más, ha migrado entre 2011 y 2016.

Cabe resaltar que los migrantes intramunicipales rural-urbano han presentado un descenso marcado en su participación respecto del total en la migración interna desde la recolección del Censo 2005, dado que cobra importancia la migración entre zonas urbanas asociadas con posibles cambios en la forma de residencia: mientras en 2005 el porcentaje de personas que cambiaron de municipio fue de 6,73%, en 2015, la estimación es de 10,5%.

SITUACIONES DE EMERGENCIA, DESASTRES NATURALES, CONFLICTO ARMADO Y DESPLAZAMIENTO

Desastres naturales y socionaturales⁵: entre 1998 y 2016 se han registrado 17.428 desastres de tipo hidrometeorológico y geológico que han generado daños y pérdidas en el país⁶, correspondiendo el 66% a eventos asociados a inundaciones, el 28% a movimientos en masa y únicamente el 6% a eventos de sequía, avenidas torrenciales y sismos.

Los eventos de tipo hidrometeorológico han generado afectaciones en el 32% de la población nacional proyectada por el DANE para el 2016. Los mayores impactos en la historia del país se presentaron entre el 2010 y 2011 donde resultaron afectadas 3,6 millones de personas y 552 mil viviendas como consecuencia del fenómeno de La Niña.

4 Si bien las encuestas no pueden dar cuenta del volumen total de migrantes, como referencia se han empleado los datos de la frecuencia relativa de migrantes interdepartamentales e intermunicipales declarados en la Encuesta Integrada de Hogares de 2016.

5 El país no cuenta con una base de datos que recolecte y permita analizar de manera exhaustiva y sistemática los desplazamientos internos y transfronterizos por causa de desastres naturales, socio-naturales y antropogénicos. Tampoco se cuenta con información que permita conocer y distinguir la dinámica de migración relacionada con los desastres y los procesos planificados de reubicación.

6 Datos depurados por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) de la base de datos del Consolidado de Atención de Emergencias de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (Ungrd).

Desde 2008 a 2016 en el territorio colombiano, 3,3 millones de personas se ha desplazado por causa de un desastre asociado a una inundación, sismo, movimiento en masa y avenida torrencial; es decir, que en promedio por año 153 mil personas se desplazan por eventos de tipo geológico e hidrometeorológico desde 2008. Son las inundaciones las que más desplazamientos a causado con el 98% de la población desplazada (Observatorio de Desplazamiento Interno- IDMC, 2017).

Conflicto armado y desplazamiento: El desplazamiento forzado causado por el conflicto armado interno es otro fenómeno de movilidad de la población que afecta de manera intensa a Colombia. El Registro Único de Víctimas - RUV es la fuente de información que consolida la declaración que han realizado todas aquellas personas que se han considerado víctimas del conflicto armado en Colombia; y contiene hechos victimizantes que ocurrieron desde el 1 de enero de 1985. El RUV al 1 de agosto de 2018, tiene un total de 8.731.105 víctimas registradas, teniendo como principal hecho victimizante el desplazamiento (8.175.298; 80,1%), seguido de homicidio (1.085.120; 10,6%) y luego la amenaza (415.093; 4,1%), hechos victimizantes que acumulan cerca del 95% de los reportes registrados en el RUV.

Migración internacional y movimientos transfronterizos

FLUJOS DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Con base en la información del registro de movimientos internacionales de viajeros de Migración Colombia, las cuentas de flujos recientes de migrantes internacionales evidencian que el saldo migratorio negativo que tradicionalmente ha tenido el país presenta un comportamiento creciente en magnitud entre los años 2010 y 2012, año después del cual se reduce hacia niveles similares a los del año 2010. Este comportamiento es similar por sexo, aunque el saldo neto migratorio femenino (SNMF) es superior que el masculino (SNMM).

DISTRIBUCIÓN DEL STOCK DE EMIGRANTES COLOMBIANOS

La mayor parte de la población emigrante colombiana se concentra en el continente americano, donde vive el 75,61% del stock total (Norteamérica 32,51%, más Latinoamérica 43,1%). Europa concentra casi 1 de cada 4 colombianos en el exterior (23,71%), mientras que Oceanía, África y Asia, tienen una baja representación (DANE, 2016).

Las colonias de colombianos formadas por 10.000 o más colombianos existen en 19 países, que concentran más del 97% de toda la emigración. Los 5 primeros son Venezuela, Estados Unidos, España, Ecuador y Canadá, que representan un 85,6% de colombianos que viven en el exterior.

I CAPÍTULO 4

DESIGUALDADES, EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y CIERRE DE BRECHAS

La igualdad es el principio que reconoce la equiparación de todos los ciudadanos en derechos y obligaciones (Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, 2017). Por tanto, bajo la igualdad no existen diferencias entre las personas, ya sea por sexo, etnia, edad, nivel educativo y otros. De acuerdo con UNFPA (2017), “Hoy por hoy, ningún país – ni siquiera los que se consideran más ricos y desarrollados – puede describirse como una nación totalmente inclusiva en la que todas las personas disfrutan de igualdad de oportunidades y protección y ejercen plenamente sus derechos humanos” (pp 10).

En este documento, la existencia de desigualdades se aproxima mediante la identificación de diferenciales o la medición de brechas extremas entre grupos particulares, ya sea grupos territoriales, nivel educativo, sexo, nivel de riqueza, etnia, entre otras, en sus condiciones sociodemográficas y económicas.

4.1 Desigualdades entre territorios y vínculos con la pobreza

Desigualdades en condiciones socioeconómicas

A pesar de que uno de los grandes logros en el país en años recientes ha sido la disminución de la pobreza, monetaria y multidimensional, se observa que es necesario concentrar mayores esfuerzos para que esta se reduzca de manera acelerada y prominente en los territorios más pobres, de manera que sea posible cerrar las brechas territoriales que se han tendido a acentuar.

Entre 2002 y 2016, la incidencia de la pobreza monetaria a nivel nacional bajó de casi 50% a 28%. Sin embargo, el descenso es desigual por entidades territoriales aumentando la brecha económica entre ellas: en 2002, el nivel de pobreza era 2,13 veces mayor en Chocó (departamento de mayor pobreza) que en Bogotá (de menor pobreza). Sin embargo, en 2016 la brecha fue de 5 a 1.

Asimismo, el porcentaje de personas pobres multidimensionalmente a nivel nacional pasa de 30,4% en 2010 a 17,8% en 2016, disminuyendo en zonas urbanas, rurales y en todas las regiones. Sin embargo, la brecha entre los más y menos pobres multidimensionalmente aumenta en el periodo, tanto por zona como por región: mientras en 2010 el IPM en la región más desventajada era 3,53 veces el IPM de la región de mejores condiciones, en el 2016 la brecha se amplía a 5,6. Igual pasa por zona: la brecha aumenta de 2,26 a 3,11.

Desigualdades en el proceso de transición demográfica

La mayoría de los departamentos del país se encuentran en una etapa avanzada de la transición demográfica, como Antioquia y Caldas, mientras otros, como Vaupés y La Guajira, están muy rezagados (Figura 4.1). Así, mientras que Vaupés y La Guajira tienen poblaciones aún jóvenes, Antioquia y Caldas están ya en un proceso avanzado de envejecimiento.

Figura 4.1

Departamentos según etapa de la transición demográfica. 2015.

Fuente: TMI: DANE, actualizado 28/07/2017. Cert_TMI_Mpal_Deptal_WEB_2005_2015.xls

TGF: ENDS-2015

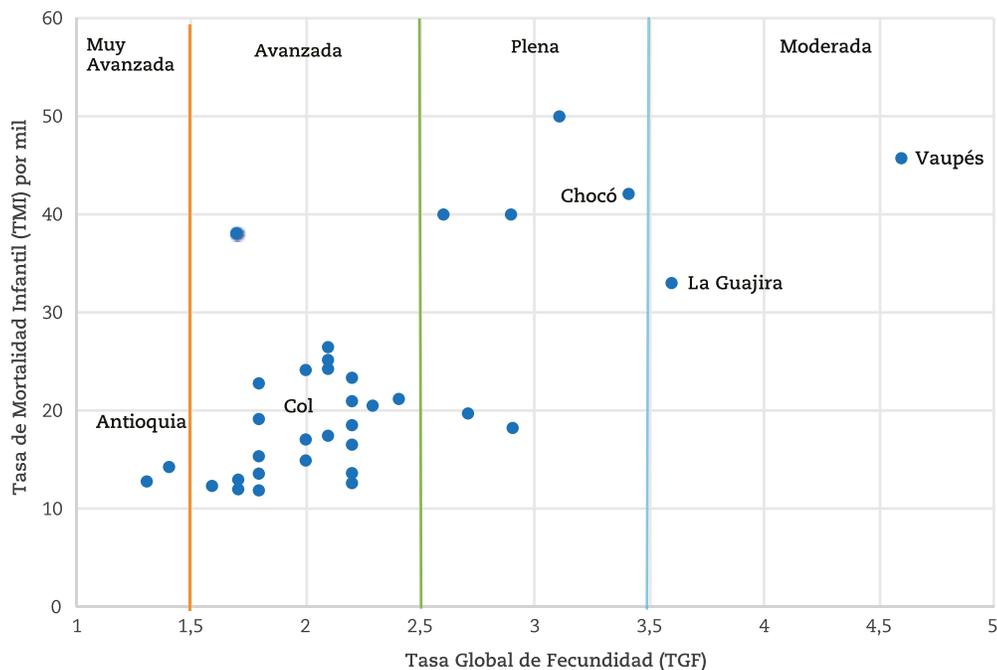
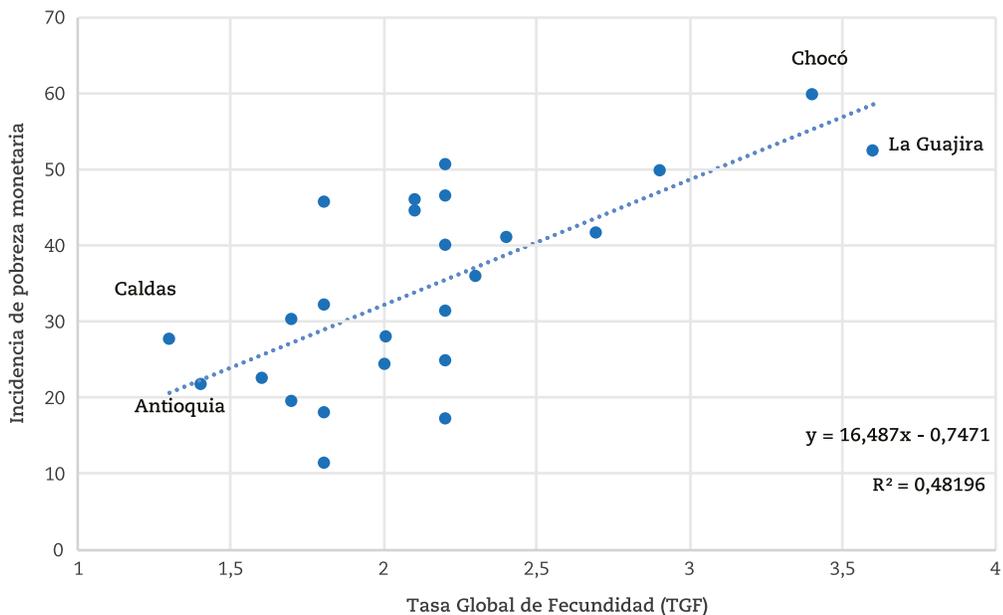


Figura 4.2

Relación entre pobreza y fecundidad. 2015-2016.

Fuente: Fuente: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-colombia-2016>.

TGD: ENDS-2015



Relación entre dinámica poblacional y pobreza

Debido a que las desigualdades en salud sexual y reproductiva están relacionadas con las desigualdades económicas, la Figura 4.2 muestra la relación entre Tasa Global de Fecundidad (TGF) y la incidencia de pobreza a nivel departamental, evidenciando que la fecundidad es mayor en los departamentos de mayor incidencia de la pobreza.

4.2 Tendencias de la desigualdad en salud sexual y reproductiva

A pesar de que el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 proclama por la igualdad de los derechos de las mujeres y el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, hoy día el acceso a la información y a los servicios y suministros de salud sexual y reproductiva depende de condiciones socioeconómicas de la persona (nivel de estudios, situación de riqueza, etnia) como también de condiciones sociales e institucionales del contexto territorial en que resida (zona; pobreza).

En fecundidad

En los últimos 10 años, la fecundidad sigue disminuyendo, aunque a menor velocidad, pero aún se mantienen las desigualdades sociales y territoriales. La TGF es más alta en los departamentos de menor nivel de desarrollo socioeconómico, en las zonas rurales, entre las mujeres menos educadas y entre las del quintil más bajo de riqueza. En 2015, el nivel de fecundidad del país era de 2 hijos por mujer, pero las mujeres sin educación tenían una fecundidad de 3,9 hijos, es decir 2,5 veces más alta que la fecundidad de las mujeres con educación superior (1,6 hijos), y en cuanto al nivel de riqueza, se observa que el nivel de fecundidad es más del doble entre las mujeres que se encuentran en el quintil de riqueza más bajo, con respecto a las mujeres que se encuentran en el quintil más alto (1,3 hijos). Entre departamentos, los diferenciales también son amplios: la TGF es solo 1,3 hijos en el departamento de Caldas, pero llega a 3,6 hijos en La Guajira.

En maternidad en la adolescencia

Aunque el descenso, entre 2005 y 2015, en la prevalencia de la maternidad adolescente (de 20,5% a 17,4%) es generalizado en todos los grupos sociales (se exceptúa la región Atlántica, en donde aumenta ligeramente de 19% a 21%), no se da de forma homogénea, provocando que aumenten las brechas por zona, región, riqueza y educación. Este indicador guarda estrecha relación con las condiciones socioeconómicas: es mayor en las zonas rurales, en las regiones menos desarrolladas, en el grupo de riqueza más bajo y en los niveles de educación más bajos; y su descenso entre 2005 y 2015, se concentra en los grupos más favorecidos socialmente, de tal forma que las brechas se amplían. Las brechas más marcadas son por nivel de riqueza y por nivel educativo (Figura 4.3⁷).

En inicio de actividades sexuales y reproductivas

INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL

El descenso de la edad a la primera relación sexual se ha dado tanto en zonas urbanas como rurales, en todas las regiones, en grupos de alto y bajo nivel educativo, y de alto y bajo nivel socioeconómico. Los diferenciales muestran una menor edad mediana de inicio de actividad sexual en las zonas rurales, en los de menor nivel socioeconómico y en los grupos menos educados, siendo este último factor el que evidencia mayores diferenciales: entre 2005 y 2015, las mujeres menos educadas iniciaban relaciones sexuales 2,8 años antes que las más educadas, pero en 1995 esta misma diferencia era de 4 y 5 años (ENDS-1995).

INICIO DE UNIONES

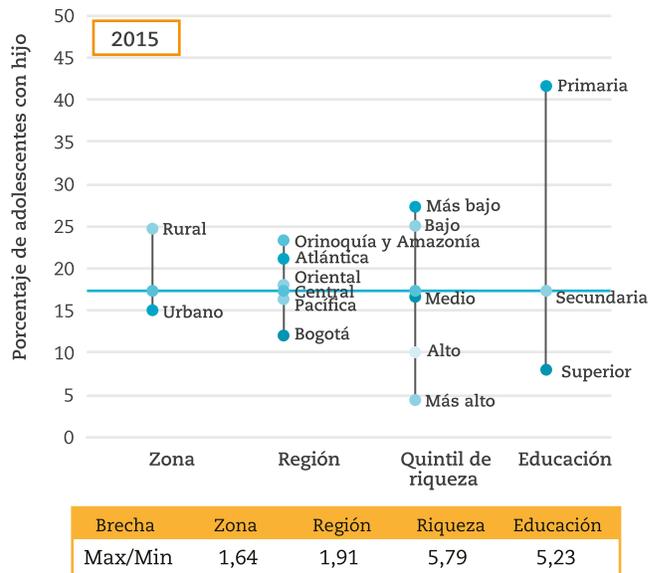
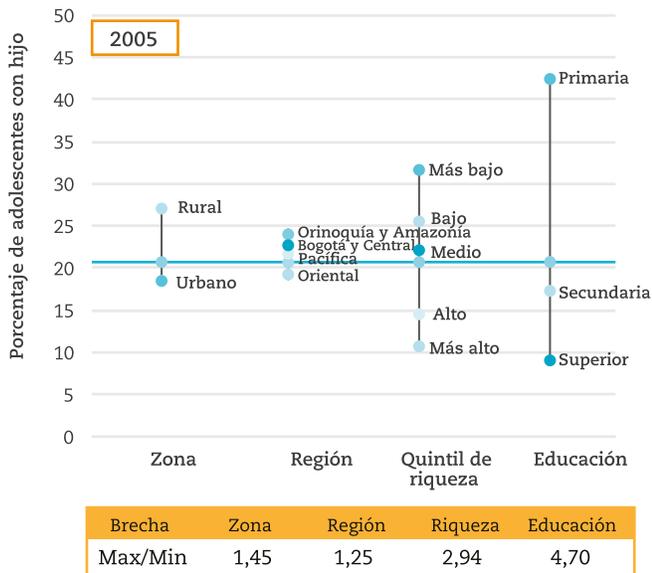
Aunque existen marcados diferenciales que indican que la primera unión de las mujeres urbanas más educadas se da más tarde que el de las mujeres rurales, menos educadas y de menor condición económica, estos diferenciales son más marcados por nivel educativo: en 2015, las mujeres más educadas se unen 8 años más tarde que las menos educadas. En 2015, las mujeres

⁷ Este es un gráfico de dispersión en donde la línea muestra el valor promedio del indicador para el país y los puntos indican el valor del indicador para cada una de las categorías analizadas en cada grupo (zona: cabecera y resto; región: Atlántica, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica; grupos quintil de riqueza: más bajo, bajo, medio, alto y más alto; y educación: sin educación, primaria, secundaria y superior). El cuadro en la parte inferior del gráfico muestra la brecha relativa del indicador entre categorías de cada grupo analizado.

Figura 4.3

Brechas socioeconómicas en adolescente madres o embarazadas por primera vez según zona, región, quintil de riqueza y nivel educativo. 2005-2015.

Fuente: ENDS-2005 y ENDS-2015.



que más tarde se unen son las más educadas (25 años), mientras que las que más temprano lo hacen son las menos educadas (17 años).

NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO/A

Las mujeres urbanas de mayor nivel de riqueza y de mayor nivel educativo tienen su primer hijo más tarde que las mujeres rurales, más pobres y menos educadas, siendo las brechas por nivel educativo las más marcadas: en 2015, las mujeres de 30-34 años más educadas tuvieron su primer hijo 6,2 años más tarde que las mujeres de este mismo rango de edad sin educación; y las mujeres más ricas 4 años más tarde que las más pobres.

En este indicador la brecha educativa es clave porque tras el nacimiento de su primer hijo muchas mujeres suelen retirarse del sistema educativo, y a pesar de que la brecha entre el nacimiento del primer hijo de las mujeres más educadas y el de las menos educadas disminuyó de 9,6 años en 2005 a 6,2 años en 2015, se observa que aún es de gran magnitud.

Desigualdades en servicios de salud materna

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Aunque el país ha experimentado un aumento en el porcentaje de mujeres embarazadas que acudió a por lo menos 4 controles prenatales, persisten brechas por grupo étnico: mientras la brecha de la población afrodescendiente empieza a estabilizarse a partir de 2013, la brecha de la población indígena ha venido ampliándose. En lo que respecta a las brechas por zona y región, según la ENDS, mientras que en 2005 el 94% de las mujeres fue atendida por un profesional de la medicina en su último embarazo, en 2015 este porcentaje llegó al 97%; sin embargo, en 2005 el porcentaje urbano fue 1,2 veces mayor que el rural, y en 2015 1,06 veces mayor, evidenciando que aún persiste la brecha urbana/rural. Tanto en 2005 como en 2015, en las regiones Pacífica, Orinoquía, Amazonía y Atlántica, el porcentaje de mujeres cuyo último embarazo fue atendido por un profesional de la salud es menor al promedio nacional.

ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

A pesar de ser un indicador que evidencia avances progresivos desde 1998, inequidades territoriales como la zona y otros diferenciales como la escolaridad y la pobreza, explican el rezago de algunos departamentos. Las mujeres de áreas rurales (90%), sin educación (54,8%) y en el quintil de riqueza más bajo (86,9%) son quienes menos tienen sus partos en instituciones de salud, y asimismo son quienes tienen menores porcentajes de partos atendidos por personal calificado. En contraste, en las mujeres de las áreas urbanas, con educación superior y en el quintil de riqueza más alto es universal la atención de partos en instituciones de salud y por personal calificado (por lo menos 99,5%).

Por otra parte, en el 37% de los nacimientos de los cinco años anteriores a la aplicación de la encuesta (ENDS) se presentó alguna complicación durante el parto. Este porcentaje es mayor en la zona rural (42%), entre las mujeres con menor nivel educativo (44%), en el quintil de riqueza más bajo (43%), y en los departamentos de Vichada (52%), Amazonas y Cauca (49%), Putumayo (47%), Vaupés (44%), Nariño (43%) y Chocó (42%).

ATENCIÓN EN EL POSTPARTO

De acuerdo con la ENDS 2015, se observa una relación de gradiente respecto de diferenciales como área de residencia, nivel educativo y quintil de riqueza y, nuevamente, la categoría en que las mayores brechas se presentan es la educación: mujeres que no acceden a educación formal presentan la mitad de la cobertura de este servicio postparto, comparado con quienes tienen mayor nivel educativo. En los departamentos de Chocó, Guainía, Amazonas y Vaupés, el porcentaje de mujeres que no tuvieron control postparto es superior al 50%.

En una mirada desagregada por departamento, zona y nivel educativo, se encuentra que existen menores porcentajes de mujeres que recibieron información sobre anticoncepción postparto, en la población de mujeres sin educación formal (23%), en la región Atlántica (34%), las mujeres con educación primaria o en el quintil más bajo de riqueza (39%), en la zona rural (42%) y las menores de 20 años (48%).

ABORTO

En 2015, el 1,1% de las mujeres de 13-49 años tuvieron interrupciones o aborto inducido, siendo mayor este porcentaje entre las mujeres menores de 20 años (3,3%), las solteras (2,9%) y en las cuatro mayores ciudades (alrededor del 2%), entre las mujeres con educación superior y en los quintiles alto y más alto de riqueza (1,8%) (ENDS-2015).

MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

Si bien hay avances nacionales en términos de mortalidad materna, esta resulta ser 3,02 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor Índice de Pobreza Multidimensional como Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés y Putumayo. Este indicador también impacta de manera diferenciada a las mujeres Rom, ya que en 2014 su razón de mortalidad materna fue de 1.333 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y a las poblaciones indígenas, las cuales reportan de 256 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (MSPS, 2016).

Por otra parte, el descenso sistemático en la tasa de mortalidad infantil (TMI) mencionado en el capítulo 3, ha sido generalizado en todas las entidades territoriales del país, con excepción del Departamento del Amazonas, donde aumentó 2,6 puntos porcentuales entre 2005 y 2015. A pesar de esta generalidad, el cambio en la TMI en el periodo no es uniforme, con un aumento de la brecha entre los departamentos con mayor y menor tasa: en 2005, el Departamento de Amazonas tenía una TMI que era 3,3 veces la de Bogotá, mientras que, en 2015, la brecha pasó a ser de 4,1. En 2015, la TMI fue 11,7 por 1000 en Bogotá y 49,7 por 1000 en Amazonas.

En acceso y uso de métodos anticonceptivos

El uso de anticonceptivos modernos es menor en las mujeres rurales, más pobres, de menor nivel educativo y de la región Atlántica; sin embargo, los diferenciales son más marcados por nivel educativo. En 2015, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres unidas es 1,24 veces más alta entre las más educadas que entre las menos educadas, mientras que es muy similar por zona. Puede decirse que estos diferenciales no han cambiado significativamente entre 2005 y 2015, aunque sí han disminuido respecto a lo observado en 1995 (la

brecha por educación era 1,42 y por zona era 1,11). En 2015, las mujeres en unión que más usan métodos anticonceptivos modernos son las que viven en Bogotá (80%), mientras que las que menos usan, son las menos educadas (sin educación) (69,2%). Respecto de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, en 2015, las mujeres unidas menos educadas tenían una necesidad insatisfecha 2,91 veces mayor que la de las mujeres más educadas; brecha similar a la observada entre Bogotá y la región Atlántica (2,84). Para ese mismo año las mujeres unidas con mayor necesidad insatisfecha son las menos educadas (sin educación) (15,7%), mientras quienes tienen menor necesidad insatisfecha son las que viven en Bogotá (3,7%).

4.3 Desigualdades generacionales

Cambios generacionales en salud sexual y reproductiva

INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL

La edad de inicio de actividad sexual penetrativa ha venido disminuyendo entre generaciones (identificadas por grupos de edad) de manera significativa, al mismo tiempo que ha aumentado el porcentaje que, a cada edad, tiene actividad sexual. Este aumento es común en zonas urbanas y rurales, y es más acentuado en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, el 18,2% de las mujeres rurales de 40-44 años inició relaciones sexuales

antes de los 15 años, mientras que tal porcentaje es de 27,2% entre las mujeres rurales de 20-24 años; es decir aumentó 9 pp. En los hombres rurales, el aumento es de 31,4% a 35,1% entre las mismas generaciones; un aumento de 3,7 pp.

INICIO DE UNIÓN

Contrario a la edad de inicio de relaciones sexuales, la edad de conformación de la primera unión no ha cambiado de manera significativa entre generaciones. De la misma forma, dicha edad no ha cambiado de manera significativa en las mujeres, mientras que en los hombres parece surgir una tendencia hacia la postergación de la primera unión (menores porcentajes de unidos a cada edad exacta) en la generación más joven.

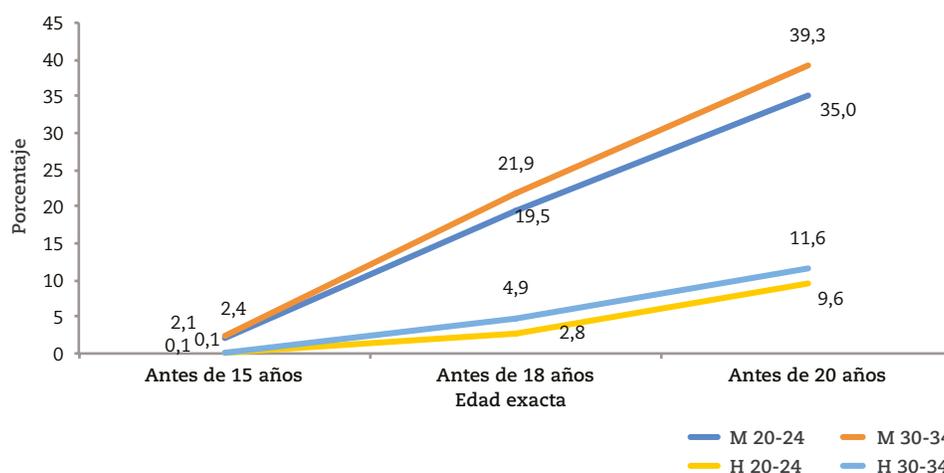
NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO

Al igual que el inicio de la conformación de la primera unión, el nacimiento del primer hijo parece que se está posponiendo en las nuevas generaciones. A nivel nacional y en la zona urbana, el porcentaje de mujeres y hombres que ha tenido su primer hijo antes de los 15, 18 y 20 años aumenta en la cohorte 30-34 años respecto a la cohorte 40-44 años, pero disminuye en la cohorte 20-24 años respecto a la cohorte 30-34 años (Figura 4.4). En la zona rural, por el contrario, aún no se observa una tendencia clara en las generaciones más jóvenes a posponer el nacimiento del primer hijo.

Figura 4.4

Porcentaje de mujeres y hombres con primer hijo antes de edades exactas por grupo de edad. 2015.

Fuente: ENDS-2015.



USO DE ANTICONCEPTIVOS POR PRIMERA VEZ

La ENDS 2015 revela que entre las mujeres que han usado anticonceptivos, hay un aumento importante entre generaciones en el porcentaje de aquellas que iniciaron el uso de anticonceptivos antes del nacimiento de su primer hijo. Esta tendencia es común en zonas urbanas y rurales. En la cohorte más joven (20-24 años), el 79,9% de las mujeres que han usado anticonceptivos iniciaron el uso antes del nacimiento del primer hijo, mientras que menos de la mitad (48%) lo hizo en la cohorte de 40-44 años. A pesar de estos cambios intergeneracionales positivos, existen brechas por zona en el inicio del uso de anticonceptivos antes del nacimiento del primer hijo, respecto de las mujeres urbanas: 66% de las mujeres rurales contra 83,8% de las mujeres urbanas.

4.4 Desigualdades por sexo

En inicio de actividades sexuales y reproductivas

INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL

Al analizar la edad mediana a la primera relación sexual de hombres y mujeres de la cohorte 20-24 años, y las brechas territoriales y socioeconómicas en este indicador por sexo, se encuentra que: (i) los hombres inician relaciones sexuales más temprano que las mujeres (1,2 años en promedio); (ii) entre los hombres no hay diferencias socioeconómicas ni territoriales marcadas (en ningún caso se llega a 1 año de diferencia), mientras que en las mujeres las brechas son amplias, especialmente por nivel educativo (2,8 años de diferencia en la edad mediana de la primera relación entre las menos y las más educadas); (iii) entre hombres y mujeres, el grupo que más temprano inicia relaciones sexuales son las mujeres menos educadas, que inician antes que cualquier grupo de hombres, y el grupo que más tarde lo hace son las mujeres del quintil más alto de riqueza. Las mayores brechas por sexo se observan en los territorios más desarrollados y grupos más favorecidos socialmente: Bogotá, educación superior, zona urbana, quintil más alto de riqueza.

INICIO DE UNIÓN

Aunque los hombres inician relaciones sexuales penetrativas en promedio 1,2 años más temprano que las mujeres, son ellas quienes constituyen su primera unión más temprano que los hombres. Tras comparar

la edad mediana a la primera unión de hombres y mujeres de la cohorte 30-34 años, se encuentran cinco brechas que llaman la atención: (i) los hombres se unen en promedio 3,6 años más tarde que las mujeres: 24,8 vs. 21,2 años; (ii) las brechas más amplias son las educativas y por nivel de riqueza: las mujeres más educadas se unen por primera vez 8 años más tarde que las menos educadas, y a su vez, en el caso de los hombres, la brecha educativa es de 6,6 años; (iii) los hombres que más temprano se unen por primera vez (los menos educados), lo hacen a la edad mediana de las mujeres (21,1 años), mientras que las mujeres que más tarde se unen (las más educadas), lo hacen a la edad mediana de los hombres; (iv) los hombres que más tarde se unen (a los 27,7 años, que corresponde a los más educados / más ricos) lo hacen más de 10 años después que las mujeres que más temprano se unen (a los 17 años, que corresponde a las menos educadas). Contrario a lo observado en el inicio de relaciones sexuales, las mayores brechas por sexo se observan en los grupos socio-territoriales menos favorecidos: zona rural, menos educados, menor nivel de riqueza, y en la región Oriental.

NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO

Las mujeres no solo se unen más temprano que los hombres, sino que tienen su primer hijo mucho más temprano que ellos. Al comparar la edad mediana al primer nacimiento de hombres y mujeres de la cohorte 30-34 años, y analizar las brechas territoriales y socioeconómicas en este indicador por sexo, se encuentra que (i) las mujeres tienen, en promedio, su primer hijo casi 6 años más temprano que los hombres (21,5 vs. 27,4 años); (ii) las brechas más amplias son por nivel educativo: las mujeres más educadas tienen su primer hijo 6,3 años más tarde que las menos educadas, mientras que en los hombres se estima que las brechas están por encima de los 5 años; (iii) el grupo de hombres que más temprano tiene su primer hijo (los menos educados, a los 25,2 años) lo hace medio año más tarde que el grupo de mujeres que más tarde tiene su primer hijo (las más educadas a los 24,8 años); (iv) los hombres que más tarde tienen su primer hijo (los que viven en Bogotá, a los 29,3 años) lo hacen más de 11 años más tarde que las mujeres que más temprano tienen su primer hijo (las menos educadas, a los 18,5 años). La figura 4.5 detalla, para la cohorte de 30-34 años, las brechas por sexo en la edad al nacimiento

Figura 4.5

Brechas por sexo en la edad mediana al primer nacimiento, según zona, región, quintil de riqueza y nivel educativo. Cohorte 30-34 años. 2015.

Fuente: ENDS-2015.

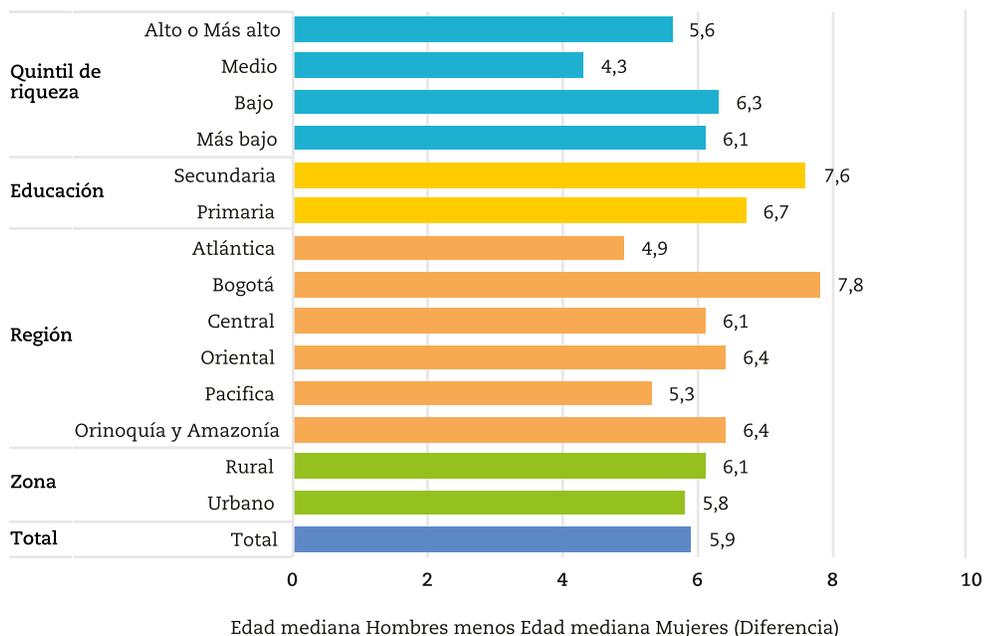
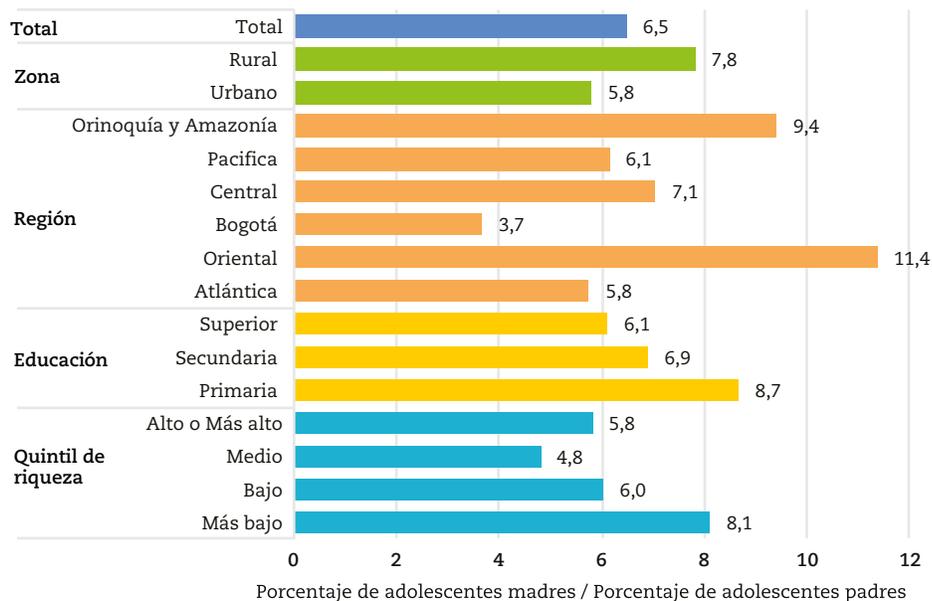


Figura 4.6

Brechas por sexo en adolescentes (15-19 años) con al menos un hijo, según zona, región, quintil de riqueza y nivel educativo. 2015.

Fuente: ENDS-2015.



del primer hijo por condiciones socioeconómicas. Los resultados indican amplias brechas por sexo en todas las dimensiones socio-territoriales.

MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Al analizar los porcentajes de hombres y mujeres adolescentes (15-19 años) con al menos un hijo para 2015, y las brechas territoriales y socioeconómicas en este indicador por sexo, se encuentra que (i) mientras el 13,6% de las mujeres adolescentes ya tiene por lo menos un hijo, tan solo el 2,1% de los hombres adolescentes es padre; (ii) el porcentaje de mujeres adolescentes madres es 6,62 veces mayor entre las mujeres menos educadas que entre las más educadas, y en los hombres la brecha es de 4,67 a 1; (iii) la mayor prevalencia de paternidad se observa en los menos educados (con primaria, 4,2%), la cual es menor a la menor prevalencia de maternidad en las mujeres (más educadas y más ricas, 5,5%); (iv) la mayor prevalencia en las mujeres (menos educadas, 36,4%) es 40 veces la menor prevalencia observada en los hombres (más educados, 0,9%). La figura 4.6 muestra las brechas por sexo en la proporción de adolescentes con al menos un hijo por condiciones socioeconómicas. Los resultados indican que las brechas por sexo más amplias se observan en los grupos más desfavorecidos socialmente: en la zona rural, los menos educados y los más pobres, como también en la región Oriental.

En educación

La asistencia escolar ha aumentado significativamente en el país desde la década de los años cincuenta. Existen dos indicadores de asistencia escolar por nivel educativo: la Tasa Bruta de Escolaridad (TBE) que permite establecer la evolución de la respuesta de la oferta educativa para atender la población escolar; y la Tasa Neta de Escolaridad (TNE), que además de medir cobertura, refleja también la eficiencia del sistema.

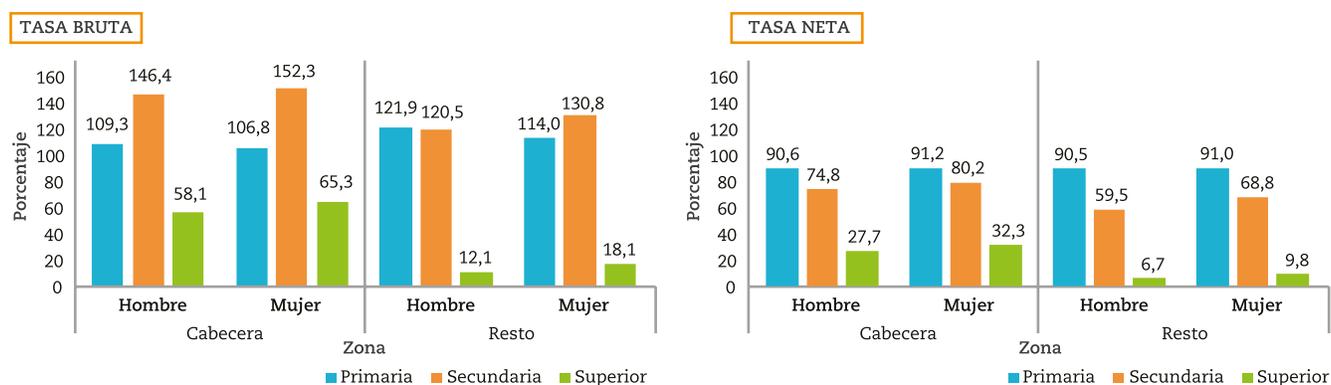
Las tasas de asistencia escolar por zona de residencia (Figura 4.7) y región indican mayor cobertura en las zonas urbanas y en las regiones más desarrolladas, diferencial que se acentúa al aumentar el nivel educativo. Las menores tasas de cobertura, en 2016, se observan en la zona rural y en la región Atlántica, y las mayores en Bogotá. Así, mientras en Bogotá se tiene una TBE en educación superior de 75%, en la región Pacífica es de 39,5% y en la zona rural de 15% (DANE, GEIH-2016).

Al igual que en el total nacional, en ninguna región o zona se observan brechas por sexo en el nivel primaria, y prácticamente tampoco en secundaria. Las brechas por sexo se vuelven importantes en el nivel superior, a favor de las mujeres: en la TBE en educación superior, la mayor brecha se observa la zona resto (la tasa femenina es 1,5 veces la masculina), mientras que la menor brecha está en Bogotá (la tasa femenina es 1,02 veces la masculina).

Figura 4.7

Tasas bruta y neta de asistencia escolar por nivel educativo según sexo y zona. 2016.

Fuente: DANE, GEIH-2007 y 2016.



Las bajas coberturas netas en educación secundaria y superior llevan a que el promedio de años de educación de la población de 15 años o más no sea muy alto. En 2016, era 8,8 años, siendo mayor en Bogotá (10,5 años) y menor en la zona resto (6 años). Las brechas por sexo en asistencia escolar reflejan un promedio de años de educación mayor en las mujeres que en los hombres: 9 vs 8,7 en 2016. Las mayores brechas por sexo se observan en las zonas y regiones de menor nivel socioeconómico: zona rural (5,7 vs 6,3) y región Atlántica (8,3 vs 8,8), mientras que en Bogotá no existen diferencias por sexo (10,6 vs 10,5).

En el mercado laboral

Entre 2007 y 2016, la Tasa Global de Participación laboral (TGP) del país, aumentó en los hombres de 71,1% a 74,9%, mientras que en las mujeres pasó de 46,1% a 54,5%, llevando a una disminución en la brecha por sexo: en 2007, la TGP masculina era 1,54 veces la femenina, mientras que en 2016 era 1,37 veces. Esta tendencia se da tanto en la zona urbana como rural, pero la brecha se cierra mucho más en la zona rural. En 2007, la TGP masculina rural era 2,46 veces la femenina, mientras que en 2016 la relación baja a 1,81; en la zona urbana la brecha pasa de 1,39 a 1,29.

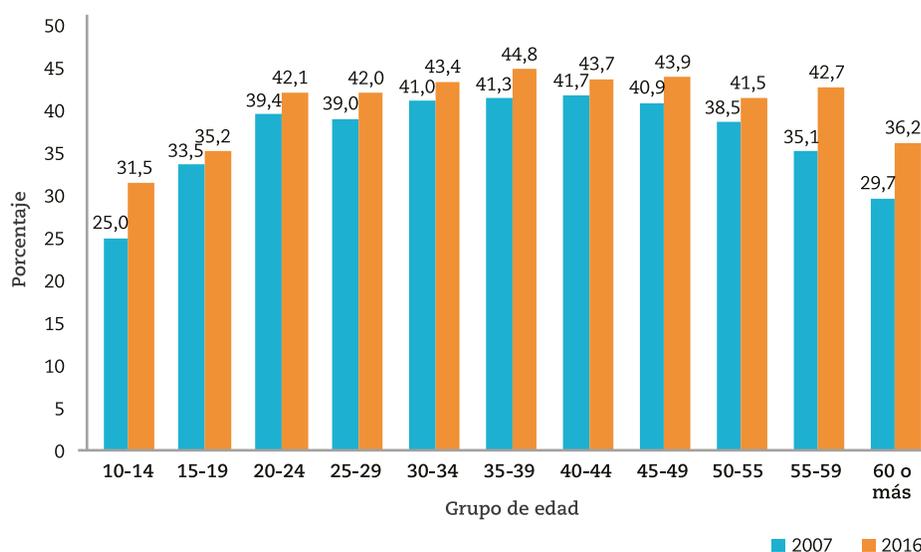
Aunque los aumentos en la TGP femenina se dan en las edades del periodo reproductivo, en los grupos de edad entre los 20 y los 50 años, aún en 2016, las mayores brechas por sexo en la participación laboral se dan en las edades reproductivas, lo cual se relaciona con el hecho de que la mujer es la principal responsable de las tareas domésticas y de cuidado, lo cual limita su participación laboral (Marcillo, 2015). Estudios disponibles (Flórez y Álvarez, 2017), indican que las diferencias por sexo en la tasa de participación laboral son mayores en los hogares que se encuentran en las etapas inicial y de expansión del ciclo de vida del hogar, cuando los niños están más pequeños.

El aumento de la importancia de las mujeres en la población ocupada se da en todos los grupos de edad (Figura 4.8), pero especialmente en las edades avanzadas, por encima de los 55 años, lo cual podría relacionarse con el proceso de envejecimiento, la mayor sobrevivencia de las mujeres y la necesidad de las mujeres de permanecer en el mercado laboral después de alcanzar la edad de pensión, debido a los bajos porcentajes de mujeres pensionadas que de hombres. Según el estudio Misión Colombia Envejece (Fedesarrollo-Fundación Saldarriaga Concha, 2015), 27,4% de los hombres en edad de pensionarse recibe una pensión y solo 20% de las mujeres la recibe.

Figura 4.8

Porcentaje de mujeres en la población ocupada por grupo de edad. 2007 y 2016.

Fuente: DANE, GEIH-2007 y 2016.



En lo que respecta a la tasa de informalidad, esta tiende a ser similar entre hombres y mujeres, alrededor de 60% en 2016. Más que diferencias por sexo, se observan brechas marcadas por zona: la informalidad en la zona rural es 1,5 veces la de la zona urbana: 82% vs. 53%.

En el cuidado familiar

De acuerdo con un estudio realizado con la Encuesta de Uso del Tiempo Enut- 2012/13 (García, Mantilla y Plazas, 2015), los colombianos de 10 años o más dedican 84 mil millones de horas al año al trabajo, de las cuales 58,3% corresponde a trabajo comprendido en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y 41,7% a trabajo no comprendido en el SCN⁸; el 47,4% del total de horas de trabajo son realizadas por los hombres y el 52,6% por las mujeres. Es decir, las mujeres tienen una mayor carga laboral total que los hombres. De manera particular, estas diferencias por sexo dependen si el trabajo que se realiza está o no incluido en el SCN: del total de horas de trabajo comprendido en el SCN, el 66,3% las realizan los hombres, mientras que el 79,1% del total de horas no comprendidas en el SCN son realizadas por las mujeres. Esto evidencia una mayor carga de tiempo de trabajo total de las mujeres, que no se contempla como contribución a la economía pues la mayor parte de su trabajo está por fuera del SCN.

Según Flórez y Álvarez (2017), las brechas por sexo en el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado se acentúan en los grupos más vulnerables: zona rural y hogares de menor nivel de ingreso, lo cual sugiere una desventaja de las mujeres de menor nivel socioeconómico, a la hora de participar en el mercado laboral, pues deben laborar dobles jornadas: trabajo remunerado y no remunerado.

En violencia de género

Según la ENDS 2015, el 13,2% de los hombres y el 5,8% de las mujeres cree que algunas veces se justifica pegarles a las mujeres; y que una mujer debe aguantar la violencia de pareja para mantener la familia unida.

Estos imaginarios son más frecuentes en la zona urbana y en el quintil de riqueza más bajo, sin embargo, el 17% de los hombres del quintil de riqueza más alto está de acuerdo con estos dos enunciados.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

La ENDS 2015, evidencia que el 57,9% de las mujeres de 15 a 59 años reportaron acciones de control; el 39% se ha sentido subvalorada o descalificada; y el 23,9% ha recibido amenazas por parte de su pareja. Al desagregar esta información, se encuentra que la violencia psicológica es mayor en la zona urbana, y en los departamentos del Amazonas, Arauca, Cauca, Valle, Chocó y Guaviare, llamando la atención el hecho que, para el Departamento del Amazonas, las amenazas y actos de intimidación estén casi 20 puntos porcentuales por encima del promedio nacional.

VIOLENCIA FÍSICA

En lo que se refiere a violencia física, la ENDS 2015 indica que el porcentaje de mujeres agredidas es del 31,9%, el más alto registrado desde hace 15 años. De manera desagregada, la violencia física se presenta con mayor frecuencia en la zona urbana (32,7%), en la región Pacífica y en la Amazonía y la Orinoquía (35,7%), en las mujeres con secundaria (35,3%), y en el quintil de riqueza bajo (36,9%). De igual modo se pudo determinar que los golpes con la mano (21,4%) y los empujones (28,8%), son las formas de violencia más frecuentes.

VIOLENCIA SEXUAL

La ENDS 2015 da cuenta de que la violencia sexual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres de 45 a 49 años; en el área urbana (7,8%), en la región Pacífica (8,1%) y el litoral Pacífico (12%), cuando las mujeres solo han cursado la primaria (9,6%), y en las mujeres que se encuentran en el quintil bajo de riqueza (8,8%). Por su parte, Medicina legal refiere que la tasa de dictámenes sexológicos por presunta violencia sexual se incrementó para el año 2015, cuando pasó de 71,58 por 100.000 mujeres en el año 2005, a 77,35 en el año 2015. Para la edad de 10 a 14 años se pasó de una tasa de 287,19 por 100.000 niñas a 365,05, siendo los 10 años, la edad en que la tasa registra un mayor incremento (144,7 puntos por encima de la tasa del año 2005).

⁸ Con respecto a las actividades de cuidado, están fuera del SCN la producción de servicios de cuidado realizada de manera no remunerada por las personas para el cuidado de sus familias o de la comunidad, es decir, el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado. Están dentro del SCN los servicios de cuidado que están mediados por relaciones mercantiles con respecto al trabajo (García, Mantilla y Plazas, 2015).

4.5 Desigualdades de otros grupos poblacionales

Población con discapacidad

Los mayores porcentajes de personas con discapacidad se concentran en los quintiles de riqueza más bajo y bajo, sin educación formal o con primaria (el 86,6% de las personas registradas en el RLCPD no asisten a establecimientos educativos) y personas en el régimen subsidiado. Esta situación, que tiende a hacerse crónica, tiene como resultado unas tasas desproporcionadamente altas de pobreza entre las personas con discapacidad y sus familias (Moreno-Angarita, Marisol et al. 2013): según el RLCPD, se encuentra que el 63,3% de la población incluida en el registro no percibe ingresos; el 2,9% recibe ingresos que fluctúan entre \$500.000 y \$1.000.000, y menos del 1% tiene ingresos superiores a los 2.5 millones de pesos. Esto evidencia que existe un círculo vicioso entre la discapacidad y la pobreza, por el cual cada una es causa y consecuencia de la otra (Naciones Unidas, 2011).

Desigualdades debido a características étnicas

Algunos indicadores clave para conocer la calidad de vida de la población, evidencian brechas desfavorables para pueblos indígenas, Rom y comunidades negras, afrocolombianas raizales y palenqueras en educación, salud y empleo. En lo que respecta a inequidades educativas, se evidencian rezagos en la población indígena frente a asistencia educativa y analfabetismo. Las brechas en salud indican un panorama similar, especialmente en indicadores asociados a la salud materna y a las tasas de ayuno. Frente a las desigualdades en el mercado laboral, las brechas en ocupación y remuneración muestran las complejas desigualdades para estos pueblos.

I CAPÍTULO 5

LA DINÁMICA POBLACIONAL Y SUS IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo analiza algunas de las relaciones más importantes de la dinámica demográfica con la pobreza y la desigualdad social, priorizando las contribuciones que se hacen desde la perspectiva poblacional y de salud sexual y reproductiva a la reducción de la pobreza y la desigualdad social, relacionándolas con la formulación e implementación de políticas públicas (Plan Nacional de Desarrollo-PND) y acuerdos internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM, Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS, Consenso de Montevideo-CM). Dichas relaciones han sido analizadas desde las esferas macro y micro sociales.

5.1 Vínculos a nivel micro

En esta sección se analizan las relaciones que operan en el nivel de los individuos y los hogares (micro). En particular se analizan (i) las relaciones desde la salud y la salud sexual y reproductiva hacia la reducción de la pobreza y la desigualdad, y (ii) las relaciones entre las transformaciones de los hogares y la reducción de la pobreza y la desigualdad.

Vínculo de la salud y la salud sexual y reproductiva con la reducción de la pobreza y la desigualdad

EFFECTOS DEL PATRÓN REPRODUCTIVO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD

Los descensos en fecundidad y el aumento en el uso de anticonceptivos modernos puede vincularse a diferentes intervenciones y programas específicos que han facilitado el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. La implementación del Plan Decenal de Salud 2012-2021 y de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014, han fortalecido las acciones de divulgación y empoderamiento de las mujeres y jóvenes en el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos. Otras acciones adelantadas tienen que ver con la Resolución 5926 de 2014 que incluye los métodos anticonceptivos definitivos y de corto plazo en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y refuerza los lineamientos de la consulta de planificación familiar, adoptada en la Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres (Resolución 412 de 2000).

A nivel internacional, los ODS 3 y 5, al igual que el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD) para América Latina y el Caribe, proponen garantizar y asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y derechos reproductivos (metas 3.7 y 5.6). De igual forma, el CMPD enfatiza la necesidad de promover políticas que garanticen el acceso a la información y los medios necesarios para garantizar la salud sexual y reproductiva plena de toda la población (CMPD, párrafo 34).

A pesar de estas intervenciones y compromisos, persisten inequidades en los niveles de fecundidad, en el uso de métodos anticonceptivos modernos y en el porcentaje de fecundidad no deseada. Esto hace necesario adicionar esfuerzos para avanzar hacia la universalización de la atención de SSR en el país, aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos y disminuir la necesidad insatisfecha y la fecundidad no deseada, especialmente en los grupos más vulnerables socialmente y en la población de las regiones más apartadas.

EFFECTOS DE LA FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD

Conociendo los impactos negativos de la maternidad temprana y la persistencia de este fenómeno, el CONPES147 de 2011 contiene los lineamientos generales para poner en marcha una estrategia nacional para la prevención del embarazo en la adolescencia. Adicionalmente, se ha fortalecido el sistema de servicios de salud para que adolescentes y jóvenes accedan a información suficiente, atención de calidad en salud sexual y salud reproductiva, y acceso a métodos anticonceptivos, a través de la implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes Jóvenes. También se ha puesto en marcha la “Estrategia de Atención Integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia 2015-2025” (CONPES, 147).

Con relación al embarazo en adolescentes a nivel internacional, Colombia plantea en el ODS-3.7 llegar a una prevalencia de embarazo en adolescentes de 16,5% en el 2018 y 12% en el 2030. Por su parte, el CMPD define tres estrategias: (i) poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de adolescentes embarazadas y madres jóvenes; (ii) priorizar la prevención del embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro mediante la educación integral; y (iii) priorizar la prevención del embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad. (CMPD, párrafos 13, 14 y 15).

A pesar de los resultados positivos de las intervenciones nacionales, y de los compromisos internacionales para la prevención del embarazo en adolescentes, las

persistentes inequidades hacen necesario reforzar el acceso a la educación, y las estrategias integrales con enfoque de derechos en educación, educación sexual y en prestación de servicios de SSR, encaminadas a la prevención del embarazo en la adolescencia, la disminución de la deserción escolar y otras estrategias que mejoren las oportunidades para las(os) jóvenes en condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

EFFECTOS DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA EN LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD

Teniendo en cuenta los tres indicadores del acceso a los servicios de salud materna (atención al parto, control en el posparto y mortalidad materna), se han emprendido acciones orientadas a mejorar el acceso a los servicios de salud materna. El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta desde 2013 con la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Por otra parte, el artículo 11 de la Ley Estatutaria de Salud de 2015, establece que para las mujeres en estado de embarazo se deben adoptar medidas que garanticen el acceso a los servicios de salud durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para la garantía de sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social también ha implementado el Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud obstétricos a través de los procesos de habilitación, acreditación, monitoreo y auditoría del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Adicionalmente, a través de la Resolución 429 de 2016, se introduce el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que contiene las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), una de las cuales es la Ruta Materno Perinatal. Esta busca enfocar la salud materna en la provisión integral de servicios, abordando aspectos médicos y biopsicosociales relevantes para responder a las necesidades de la mujer gestante. Así, esta ruta busca dar respuesta a los diferenciales ya mencionados y reducir las brechas territoriales y por condiciones habitacionales.

A pesar de los avances que se han logrado en salud materna y acceso a servicios de salud materna, se requiere definir políticas diferenciadas que fortalezcan los sistemas de atención en poblaciones menos favorecidas y de difícil acceso, como son los más pobres, indígenas y aquellos en zonas rurales dispersas. Para tal fin, es indispensable mejorar la infraestructura y el acceso efectivo a la atención durante el embarazo y el parto, la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las causales permitidas, para todos los territorios y grupos poblacionales del país, y reforzar acciones para la atención posparto.

MORBI-MORTALIDAD INFANTIL

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), la tendencia en la mortalidad neonatal en el país puede relacionarse con acciones en factores determinantes. Dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales, se estima que dos de cada tres defunciones son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida. Frente a esto, el Gobierno colombiano ha logrado que para 2013 el 98,6% de los partos sean atendidos institucionalmente por personal calificado. Por otra parte, la promoción de la lactancia materna hizo que entre 2005 y 2010 el número de meses de duración aumentara en 1,5, de 0,70 a 2,20 meses (MSPS, 2016).

Adicionalmente, desde 2012, el país ha desarrollado la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De cero a siempre” que reúne políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin de prestar una atención integral que haga efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre 0 y 5 años. Mediante la Ley 1804 de 2016, esta estrategia se convirtió en Política de Estado.

La mejoría observada en la mortalidad infantil puede relacionarse con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM: aumento de las coberturas de vacunación para BCG, anti-polio, DPT y triple viral (MSPS, 2016). A nivel internacional, los ODS-3.2 plantean objetivos relacionados con eliminar las muertes evitables de recién nacidos y de menores de 5 años. Colombia propone como meta lograr una tasa de mortalidad infantil de 14 por 1.000 en 2030.

A pesar de los avances en mortalidad infantil y neonatal, para mejorar la salud y nutrición de los niños se requieren esfuerzos adicionales dirigidos a lograr un mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico y dotación de servicios básicos de infraestructura –principalmente de agua potable y condiciones de la vivienda–, reforzar programas de lactancia materna y atención complementaria, garantizar seguridad alimentaria para población infantil y garantizar el acceso a madres gestantes, madres de niños, y niños e infantes, a programas sociales de alimentación, cuidado y educación.

Vínculos en la transformación de los hogares y la reducción de la pobreza

Como consecuencia del proceso de transición demográfica, se reduce el tamaño de los hogares. Esta reducción se debe no solo a un menor nivel de fecundidad, sino también a un cambio en la composición de los hogares hacia hogares monoparentales y unipersonales. Estos cambios llevan a la necesidad que se reconozcan en las políticas sociales, la existencia de diversas formas de organización familiar y las diferencias en las necesidades de servicios sociales –educación, salud, vivienda, etc.–, dependiendo de la organización familiar y del ciclo de vida en que se encuentren. Al respecto, en el 2012 el país diseñó la Política Pública Nacional de apoyo y fortalecimiento de las familias 2014-2024, en la cual se tiene en cuenta la diversidad de estructuras de las familias.

5.2 Vínculos a nivel macro

En esta sección se analizan las relaciones que operan a nivel social (macro). En particular se analizan (i) las relaciones entre el crecimiento poblacional y la reducción de la pobreza y la desigualdad, (ii) las relaciones entre los cambios en la estructura etaria y la reducción de la pobreza y la desigualdad, y (iii) las relaciones entre la distribución territorial y la movilidad con la pobreza y la desigualdad.

Vínculos entre el crecimiento poblacional y la reducción de la pobreza y la desigualdad

CRECIMIENTO POBLACIONAL

Colombia ha registrado avances significativos en la integración e incorporación de la dinámica de

población en la definición de políticas para el desarrollo sostenible del orden nacional y territorial, conforme a las medidas 4 y 5 del Consenso de Montevideo. Desde 2012, el Gobierno nacional ha entregado orientaciones y lineamientos metodológicos a los gobiernos territoriales para incluir en la formulación de los planes de desarrollo el análisis de la dinámica de población.

Así, la dinámica reciente de la población en Colombia, con un crecimiento bajo de la población, un crecimiento alto de la PET y creciente participación femenina sigue aportando oportunidades para el crecimiento económico acelerado, el ahorro, la inversión, el empleo, la mejora de la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza. Sin embargo, el gran volumen de PET del país plantea el reto de fortalecer políticas de creación de empleo.

Vínculos entre los cambios en la estructura etaria y la reducción de la pobreza y la desigualdad

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Como resultado del descenso de fecundidad y mortalidad, pero especialmente de la fecundidad, la población de 60 años o más, registra un mayor crecimiento que el resto de los grupos de edad, lo que se traduce en un proceso de envejecimiento paulatino de la población. En este contexto, se formuló la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007-2019, actualizada entre los años 2014 y 2015. Con ella se busca visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de la población. Esta política se complementa con desarrollos normativos como la Ley 1850 del 19 de julio de 2017, que aborda medidas como el establecimiento del programa de asistencia a personas mayores (Art. 12).

Adicionalmente, a la fecha se encuentra en proceso de ajuste el Plan de Acción de la Política de Envejecimiento y Vejez, con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento –SABE Colombia–, publicados en 2016. Esto implica que las entidades nacionales y territoriales deben incluir en sus planes de desarrollo estrategias para garantizar el ejercicio de los derechos a partir del enfoque diferencial, que reconoce la existencia en el país de poblaciones con características particulares debido a su edad, género, orientación sexual y condición de discapacidad.

Por otra parte, frente a un mayor envejecimiento y unas mayores tasas de dependencia rurales que urbanas, cobran importancia las políticas de Gobierno para incentivar el desarrollo rural en los próximos años. La Reforma Rural Integral busca la erradicación de la pobreza rural extrema y la disminución en un 50% de la pobreza en el campo en un plazo de 10 años, la promoción de la igualdad, el cierre de la brecha entre el campo y la ciudad, la reactivación del campo y, en especial, el desarrollo de la agricultura campesina, familiar y comunitaria.

EFFECTOS ASOCIADOS AL BONO DEMOGRÁFICO Y BONO EDUCATIVO

Según Martínez (2012), en Colombia, en la década 2002-2012, el descenso de la relación de dependencia educativa fue de 16% que puede interpretarse como un 1,6% anual de ahorro de recursos que hubieran podido financiar mayores incrementos en coberturas. Sin embargo, el país cuenta aún con al menos cinco décadas de ventaja en el sector educativo que deben aprovecharse para lograr mejoras en términos de cobertura y eficiencia y obtener calidad en la educación. Las regiones menos avanzadas en transición demográfica cuentan con todo el bono educativo para lograr esas mejoras en el futuro cercano.

En el contexto del bono demográfico, puede decirse que el Gobierno colombiano hace esfuerzos por mejorar las condiciones de los jóvenes. Además del CONPES 173 de 2014, desde 2015 Colombia implementa el programa “40 mil primeros empleos” que ha vinculado laboralmente a más de 15 mil jóvenes y da incentivos a los empresarios como retribución de los costos de los seis primeros meses de salario, prestaciones y seguridad social, con el compromiso de retener por otros seis meses al menos al 60% de los jóvenes contratados. En mayo de 2016 Colombia sancionó la Ley de Jóvenes o Ley 1780 que busca promover la generación de empleo y el emprendimiento juvenil a través del desarrollo de medidas para la eliminación de las barreras del mercado laboral para los jóvenes entre 18 y 28 años, los incentivos para las empresas que contraten jóvenes y el fomento al emprendimiento juvenil.

Colombia también tiene en marcha varios programas de transferencias monetarias condicionadas que benefician a la juventud en condición de pobreza y vulnera-

bilidad, entre estos se cuentan la Red Unidos, los programas en favor de jóvenes víctimas, jóvenes de comunidades indígenas y jóvenes con medida de protección del ICBF, y el programa Jóvenes en Acción, que apoya la manutención de jóvenes que reciben formación para el trabajo en instituciones como el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA.

A pesar de los esfuerzos nacionales e internacionales, las tasas de deserción escolar en los niveles de básica secundaria y media son altas, y un alto porcentaje de jóvenes ocupados están en actividades del sector informal. El empleo juvenil sigue siendo un gran reto para el país, pues la tasa de desempleo en jóvenes colombianos entre 16 a 24 años es el doble que el promedio nacional.

EFFECTOS ASOCIADOS AL BONO DE GÉNERO

Como el bono educativo y el bono demográfico, el bono de género es una oportunidad potencial. Para que se haga efectiva, se requiere de medidas para incentivar la participación laboral equitativa de las mujeres. Si las tasas de desempleo femenino continúan siendo altas, o la calidad y remuneración continúan siendo bajas, habría un desaprovechamiento del bono de género. Por tanto, se requieren políticas decididas de vinculación laboral de las mujeres, que tiendan a superar las barreras que aún persisten contra ellas en el mercado laboral, a igualar los ingresos de hombres y mujeres en condiciones iguales de calificación, y a generar facilidades similares a la pareja mediante armonización del trabajo con la vida familiar.

En cuanto a la formalización, las tasas de informalidad en el país son altas, tanto en hombres como en mujeres. Por tanto, se han creado políticas que buscan impulsar la formalización del empleo, como el Plan de Impulso a la Productividad y el Empleo - PIPE 1.0 y 2.0, consistentes en un impulso al crecimiento de la economía y la generación de empleo formal. Esfuerzos adicionales son la Ley 1429 de 2010 o Ley de Formalización y Generación de Empleo, y la Ley 1607 de 2012 o Reforma Tributaria de 2012, con la que se incentivó la contratación formal disminuyendo cargas parafiscales a las empresas.

LAS NECESIDADES DE PROTECCIÓN SOCIAL VINCULADAS AL ENVEJECIMIENTO

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024 articula a todas las entidades del gobierno y a las organizaciones sociales para alcanzar 3 ejes estratégicos: la garantía de los derechos humanos de las personas mayores, la protección social integral, el envejecimiento activo y el fomento de la investigación y formación de talento humano en temas asociados al proceso de envejecimiento.

El acelerado envejecimiento de la población plantea grandes demandas a las políticas públicas, específicamente a los sistemas de protección social en salud, cuidado y pensiones.

Salud

Como consecuencia del envejecimiento de la población y de la transición epidemiológica en el país, se observa una creciente importancia de las defunciones de la población adulta mayor en el total de defunciones y una creciente importancia de las enfermedades crónicas en el total de enfermedades. Dado que las atenciones de las enfermedades crónicas son de alto costo, esta tendencia llevará a que el gasto en salud crezca sustancialmente en el país. Por tanto, la prevención de ciertas enfermedades crónicas y de alto costo es una prioridad. En este sentido, se considera que el país debe comenzar a implementar el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS que incluye la educación en salud. De acuerdo con la Misión Colombia Envejece (Fedesarrollo y FSC, 2015), “[...] Una población adulta más sana genera menores costos, aun si aumenta la expectativa de vida. El incremento de los costos por una mayor expectativa de vida en una población más sana es inferior a los que genera una población que vive menos, pero que anualmente gasta más.” (pp. 397).

Cuidado

Frente al envejecimiento y a la necesidad de cuidado, en el país se han tomado varias acciones. Mediante la Ley 1251 de 2008 se fijan normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores y se incluyen directrices generales para la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. La Ley 1413 de 2010 tiene como fin regular la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales.

En el país existe la necesidad urgente de establecer sistemas públicos de cuidado que ayuden a los hogares a atender estas demandas resultantes del envejecimiento poblacional. Actualmente se está diseñando el Sistema Nacional de Cuidado (SINACU) con el objetivo de reconocer, reducir y redistribuir las responsabilidades de cuidado de personas y trabajo doméstico, y mediante la organización social del cuidado.

La coordinación del Sistema y la Agenda de Economía del Cuidado se encuentran a cargo del Departamento Nacional de Planeación, que de manera articulada con las entidades del gobierno y las que integran la Comisión Intersectorial, formula el Sistema Nacional de Cuidado de Colombia. El Sistema comprende el cuidado de las personas con dependencia funcional, niñas y niños menores de 6 años y personas que brindan servicios de cuidado, y propone acciones dirigidas a la participación económica de las mujeres que realizan trabajo de cuidado no remunerado y que contribuyen de manera directa en la dinámica económica del país. Igualmente, participan en la construcción las organizaciones sociales, la academia y el sector privado.

Pensiones

Dentro del Sistema de Protección Social colombiano (SPS), los componentes de pensiones y de cuidado son los más afectados por la transición demográfica, en particular por el envejecimiento de la población. De acuerdo con los resultados de la Misión Colombia Envejece (Fedesarrollo y FSC, 2015), el sistema de pensiones colombiano presenta muy baja cobertura y con pocas posibilidades de crecer: 26% en total, 20% para las mujeres y 27,4% para los hombres; 33,3% en las áreas urbanas y solo 6,7% en las rurales.

En el SPS, las pensiones contributivas se complementan con dos programas de subsidios: el programa Colombia Mayor que entrega un monto mínimo de pensión y el programa de Beneficios Económicos Periódicos - BEPS que consiste en un subsidio estatal correspondiente al 20% del ahorro individual sin la restricción de otorgar una pensión de salario mínimo. A pesar de las limitaciones, estos dos programas son fundamentales para mejorar las condiciones de pobreza de la población adulta mayor en el país, por lo que requieren fortalecerlos.

Vínculos entre la urbanización y la distribución territorial con la pobreza

Diversos estudios han encontrado que, resultado de las economías de aglomeración, existe una relación positiva entre la urbanización y el crecimiento económico y calidad de vida, (DNP, 2014).

URBANIZACIÓN

De acuerdo con el Banco Mundial (2010), un apropiado sistema de ciudades mejora el acceso a los servicios básicos, facilita la reducción de la pobreza y mejora la calidad de vida. Para aprovechar las ventajas de la urbanización deben reforzarse la planeación y el ordenamiento territorial conducentes a la inclusión y la sostenibilidad. Para ello, entre sus principales objetivos se deben contar la elevación generalizada del nivel de vida, la dotación de infraestructura de transporte y servicios y la prevención de la segregación socio espacial, el asentamiento precario y el asentamiento en zonas de riesgo ambiental.

Por otro lado, se debe invertir en el desarrollo rural del país, así como en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes rurales, de tal manera que vivan en condiciones dignas y cuenten con las mismas oportunidades que los habitantes de zonas urbanas. En parte, esto se puede lograr mediante el fortalecimiento y la simetría de oportunidades que proporcionan los vínculos urbano-rurales y la planeación territorial. Así mismo, mediante la inversión social en zonas rurales y el potenciamiento de las capacidades económicas que puede ofrecer la ruralidad.

En el país se han implementado iniciativas para mejorar las condiciones tanto urbanas como rurales. De una parte, en 2012, el DNP conformó la “Misión del Sistema de Ciudades” la cual desarrolló un completo análisis y diagnóstico del proceso de urbanización en Colombia y una propuesta de caracterización del Sistema de Ciudades con sus lineamientos de política. Como resultado de la Misión, en 2014 se aprueba el CONPES3819 - Política Nacional para consolidar el Sistema de Ciudades en Colombia.

Por otra parte, en 2014 el DNP conformó la “Misión para la transformación del campo” con el objetivo de “[...] garantizar oportunidades económicas y derechos económicos, sociales y culturales a nuestros habitantes rurales para que tengan la opción de vivir la vida digna que quieren y valoran” (Ocampo, 2014; pp. 1). La Misión Rural adopta un nuevo concepto de ruralidad, que supera la dicotomía rural-urbana y mira más a las relaciones, sinergias y complementariedades que permiten aumentar la competitividad y cerrar las brechas de exclusión de la población rural.

DESIGUALDAD TERRITORIAL

La transición de la fecundidad es generalizada en el país, y en el mundo. Sin embargo, hay diferencias entre regiones según la etapa de la transición en la que se encuentran: las regiones más desarrolladas están en una etapa más avanzada, con tasas de crecimiento poblacional menores, y distribuciones por edad más envejecidas.

Frente a las condiciones de desigualdad territorial que vive el país, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: *Todos por un nuevo país*, plantea en su Capítulo III “Colombia equitativa y sin pobreza extrema”, el objetivo de erradicar la pobreza extrema en 2024 y reducir la pobreza moderada, las brechas poblacionales y territoriales en materia de ingreso, así como aumentar la provisión de servicios de calidad en salud, educación, servicios públicos, infraestructura y conectividad, y promover el desarrollo económico incluyente del país y sus regiones. Es decir, el Plan Nacional de Desarrollo se presenta con un enfoque territorial para el cierre de brechas y la convergencia en el bienestar de la población.

En cuanto a los objetivos de reducción de las brechas poblacionales y territoriales en la provisión de servicios de calidad y la promoción del desarrollo incluyente, es necesario tener en cuenta que las tendencias de la dinámica demográfica son diferenciales por urbano/rural y por territorios, y determinan situaciones diferenciales frente a las oportunidades y demandas de política.



I CAPÍTULO 6

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA LA ACCIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA

6.1 En Salud y salud sexual y reproductiva

A pesar de los avances en los indicadores de salud y salud sexual y reproductiva, y del cumplimiento de las metas internacionales en muchos de ellos, se observan brechas amplias por nivel socioeconómico y territorial, en contra de los grupos más desfavorecidos socialmente –zonas rurales, regiones más apartadas, minorías étnicas, grupos menos educados y de menor nivel de ingreso– lo cual refleja una falta de garantía de sus derechos y su salud sexual y reproductiva. Estos resultados indican que no se ha avanzado lo suficiente para eliminar la disparidad territorial, económica, social, generacional, por sexo o la étnica. A este respecto, se identifican los siguientes seis desafíos centrales y sus respectivas recomendaciones de acción en términos de políticas públicas.

En primer lugar, la persistencia de inequidades en los indicadores de salud sexual y reproductiva hace necesarios esfuerzos adicionales para **lograr un acceso equitativo a los derechos a la salud sexual y reproductiva, y a los servicios de salud**. En particular, se requiere avanzar hacia la universalización de la atención de SSR en el país, aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, incluida la anticoncepción oral de emergencia (Consenso de Montevideo, párrafo 14) y la promoción del uso del condón, disminuir la necesidad insatisfecha y la fecundidad no deseada, especialmente en los grupos más vulnerable socialmente, y en la población de las regiones más apartadas.

- ◆ Frente a este desafío, se recomiendan acciones encaminadas a la universalización de la atención de SSR en el país y aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos, especialmente en los grupos más vulnerables. Escenario global: ODS 3, Meta 3.7, Indicador 3.7.1. Meta Nacional 61,4% 2015 al 81,4% en 2030 de mujeres de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos modernos.

El segundo lugar, es necesario **mejorar el acceso a los servicios de salud materna (atención prenatal, parto y posparto)** para todos los territorios y grupos poblacionales del país, con especial énfasis en las más jóvenes, pobres, indígenas, y aquellas en zonas rurales dispersas.

- ◆ Como respuesta, se recomienda un aumento en el acceso a la atención calificada del parto, a cuidados obstétricos de emergencia con el fin de reducir la mortalidad materna, focalizado en población vulnerable. Escenario global: ODS 3, Meta 3.1, Indicador 3.1.1.

En tercer lugar, y ligado a los anteriores, es preciso **avanzar en el acceso y el contenido a la educación integral para la sexualidad basada en evidencia**, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña, y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, conforme a los

compromisos adquiridos por Colombia en el Consenso de Montevideo (Consenso de Montevideo, párrafo 11). En este sentido, se hace necesario reforzar las políticas de ampliación del acceso y calidad de la educación formal como medio para promover la salud sexual y reproductiva.

- ◆ Frente a este desafío, se recomienda el fortalecimiento de la política de educación integral para la sexualidad basada en evidencia, y la inclusión de sus contenidos en la educación formal. Escenario global: ODS 3, Meta 3.7. Meta Nacional TEF 15 a 19 años: 63.9 por cada mil en 2015 a 46 por cada mil en 2030.

En cuarto lugar, se requieren estrategias integrales con enfoque de derechos en educación, educación sexual y en prestación de servicios de SSR, encaminadas a **reducir la prevalencia del embarazo primario y subsiguiente en la adolescencia**. También se deben hacer esfuerzos orientados a eliminar los embarazos en niñas menores de 14 años, los cuales constituyen violencia sexual, y a fortalecer las rutas de atención integral.

- ◆ Como respuesta se recomienda el fortalecimiento de los Servicios de Salud para Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ). Escenario global: ODS 3, Meta 3.7, Indicador 3.7.2.

En quinto lugar, adicional a mejorar el acceso a los servicios de salud materna, se requieren esfuerzos adicionales de programas sociales encaminados a **disminuir la pobreza estructural (acceso a servicios básicos, educación, empleo formal, entre otros), como medio para reducir las desigualdades en salud y SSR**.

- ◆ Frente a este desafío, se recomienda el fortalecimiento de programas sociales encaminados a disminuir la pobreza estructural (acceso a servicios básicos, educación, empleo formal, entre otros).

Por último, es necesario **garantizar el acceso pleno, oportuno y sin ningún tipo de barreras o demoras a procedimientos para el ejercicio del derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo** en cualquier edad gestacional de acuerdo a lo previsto en la Sentencia C – 355 de 2006 y demás sentencias en el tema, con respeto a la decisión de la

mujer, niña o adolescente y a través del fortalecimiento de acciones de capacitación, entrenamiento y difusión del derecho en todos los niveles de atención y en todas las regiones del país.

- ◆ Se recomienda el fortalecimiento del acceso sin barreras a servicios seguros y oportunos para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en todos los niveles de atención.

6.2 Frente al envejecimiento demográfico

La transición demográfica es heterogénea en el país, por tanto, en las regiones más desarrolladas, la dinámica lleva a un envejecimiento acelerado y a una carga creciente para los sistemas de salud y protección social. En el ámbito de las pensiones, el envejecimiento plantea retos importantes dada la baja cobertura del sistema pensional colombiano (26%), la alta informalidad del mercado laboral (48%) y la baja densidad de cotización. Por tanto, como primer desafío se debe **mejorar la cobertura de los sistemas contributivos y/o no contributivos** que garanticen ingresos a la población mayor de bajos recursos, para evitar que sus hogares caigan en la pobreza o se profundicen sus condiciones de pobreza. Aunque existen esquemas no contributivos y asistenciales para las personas mayores de bajos recursos económicos (programa Colombia Mayor), se requiere fortalecerlos para que permitan que los hogares salgan de o no caigan en la pobreza. Aunque en 2014 el programa estaba presente en todos los departamentos, los cupos asignados representaban una cobertura de 21% de las personas mayores y el monto del subsidio equivalía a la décima parte de un salario mínimo (Fedesarrollo y FSC, 2015; pp. 124).

- ◆ Frente a este desafío, se recomienda el fortalecimiento de los programas Colombia Mayor y BEPS. Escenario global: ODS 8, Meta 8.3.

En segundo lugar, el envejecimiento lleva a un aumento de la demanda de provisión de cuidados, especialmente de cuidados prolongados en el tiempo, como también un aumento de la demanda de proveedores de cuidado. Cada vez más existirá un escenario donde las familias, sobre todo las mujeres, que son las

principales proveedoras de cuidado, tendrán una mayor inserción en el mercado de trabajo y menos tiempo para labores de cuidado no remuneradas. Por lo tanto, se requiere **actualizar la política pública nacional integral en materia de personas mayores**, así como establecer sistemas públicos de cuidado que ayuden a los hogares a atender estas demandas resultantes del envejecimiento poblacional, sin verse afectados laboral o financieramente, especialmente los hogares vulnerables. En este contexto, es urgente **impulsar el Sistema Nacional de Cuidado (SINACU)** que actualmente desarrolla el DNP y que pretende la organización social del cuidado con la participación de la familia, el Estado, el mercado y la comunidad.

- ◆ Frente a este desafío, se recomienda el fortalecimiento del Sistema Nacional de Cuidados y política nacional colombiana de envejecimiento y vejez (Ley 1276 de 2009).

6.3 Frente al aprovechamiento del bono demográfico

El bono demográfico comenzó a abrirse desde mediados de los noventa y se extenderá hasta cerca de 2040. Es entonces imperativo **aprovechar el bono demográfico, como también el bono educativo y el de género**. La evidencia analizada y el momento de la transición demográfica por la que el país atraviesa y la que se proyecta para los próximos años, demanda al menos tres desafíos en materia de educación y empleo.

En primer lugar, **disminuir la deserción escolar especialmente en la educación media, y ampliar la cobertura y las oportunidades para el acceso a la educación superior**, especialmente dirigidas a los(as) jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y los territorios menos desarrollados. Al incrementar la cobertura y calidad de la educación, se aprovecha además el bono educativo.

- ◆ Frente a este desafío, se recomienda el desarrollo de estrategias que permitan responder a las demandas educativas de manera diferencial.

En segundo lugar, se requiere **asegurar que la tasa de crecimiento del empleo sea igual o superior a la tasa de crecimiento de la PET**, lo cual asegura el aprovechamiento de la ventaja demográfica para disminuir la pobreza. De igual forma, se requiere **disminuir los niveles de informalidad del mercado laboral**, con énfasis en las mujeres. Esto implica la necesidad de proteger el empleo existente, creación de nuevo empleo formal y mejorar su calidad. Si se estimula la participación laboral de las mujeres y se monitorea su nivel de desempleo, se aprovecharía además el bono de género.

- ◆ Frente a este desafío, se plantan dos acciones: (i) el fomento de la empleabilidad, incluyendo aspectos de educación, formación técnica, desarrollo de competencias y capacidades, focalizado en grupos vulnerables. Escenario global: ODS 4; y (ii) la promoción de la participación de las mujeres en el mercado laboral formal, en condiciones de igualdad (aprovechamiento bono de género) Escenario global: ODS 5. Para la creación de empleo formal, cabe mencionar estrategias como la reducción de costos laborales y costos parafiscales por parte de los empleadores, la reducción de costos de transacción en la afiliación y pagos a cada subsistema de seguridad social, el reforzamiento de la inspección, vigilancia y control, los acuerdos de formalidad y la promoción de beneficios de la formalidad. Si estas políticas no son suficientes, no solo se reducirán las posibilidades de aprovechar la oportunidad demográfica (bono demográfico), sino que se presionaría a altas tasas de desempleo, informalidad y pobreza.

Tercero, se deben **ofrecer oportunidades (educativas y laborales) a más jóvenes con énfasis en vulnerables, incluidas las mujeres rurales, de menor nivel riqueza y más jóvenes**, con el fin de que tengan opciones para decidir si inician o posponen su primera unión, como también mejorar el acceso a información, servicios y suministros en SSR que les permita a las generaciones jóvenes tener la oportunidad de decidir usar anticonceptivos para posponer el nacimiento de su primer hijo, y decidir cuándo tener su primer hijo.

- ◆ Frente a este desafío, se recomienda la implementación de la Ley Projovent y CONPES173 orientadas a fortalecer las capacidades de los jóvenes y el cierre de brechas. Escenario global: (ODS 4, 4.6.1, 8).

6.4 Frente a la urbanización, nueva ruralidad y enfoque territorial

Las dinámicas de urbanización y distribución territorial plantean retos diferenciales en materia de población, que están asociados a momentos distintos en el proceso de transición demográfica, así como a factores socioeconómicos que pueden acentuar las tendencias en esta distribución.

En primer lugar, la evidencia plantea la necesidad de **disminuir la desigualdad social y territorial**.

- ◆ Frente a este desafío, se recomienda el diseño de políticas acordes con el tipo de estructura demográfica identificada, bien sea en cada una de las cuatro categorías de ruralidad o en las cuatro categorías de ciudades de acuerdo con su etapa de transición demográfica (ver capítulo 3.3.2 El proceso de urbanización y ruralidad en perspectiva territorial). En el caso de los contextos urbanos, la *Misión del Sistema de Ciudades* recomienda desarrollar políticas que respondan a demandas de vivienda, equipamiento y otros elementos urbanos (DNP, 2012). Por su parte, la *Misión para la Transformación del Campo Colombiano* contempla los desafíos de política en clave de *desarrollo territorial rural*, entendido este como “un proceso de transformación productiva e institucional orientado a reducir las brechas rural-urbanas de bienestar social y de oportunidades económicas, a partir de la acción concertada de los actores públicos, privados y sociales en el territorio” (DNP, 2014: p. 215).

En segundo lugar, la comprensión de las brechas urbano-rurales y las miradas diferenciales, sugieren la necesidad de tener presente el enfoque territorial que tenga en cuenta **los vínculos entre los contextos urbanos y rurales**, lo cual implica la necesidad de fortalecer la presencia del Estado, la prestación de servicios y la garantía de los derechos humanos y económicos, sociales y ambientales en todos los asentamientos humanos y a lo largo del territorio, y no solo en las ciudades.

- ◆ Frente a este reto, se plantea la profundización y apropiación del concepto de nueva ruralidad para la formulación de políticas públicas en todas las instituciones y en todos los niveles.

En tercer lugar, la evidencia indica un rezago de la zona rural frente a la urbana. Por tanto, es un desafío **garantizar a la población rural el acceso efectivo a la salud, la educación, el empleo y la vivienda de calidad**.

- ◆ Frente a este desafío, se consideran dos acciones: (i) el fortalecimiento de los instrumentos de ordenamiento territorial, y (ii) la provisión de infraestructuras que permitan la accesibilidad a servicios, seguridad humana y entornos seguros. Escenario global: ODS 5; para aceleración de agenda 2030: ODS 13, 11, 9, 5, 6, 2,1.

6.5 En la disponibilidad de información socio-demográfica

En la realización de este documento se identificó la necesidad de **garantizar la disponibilidad de información, oportuna, de calidad, con buena cobertura y con las desagregaciones para algunos casos específicos (Grupos étnicos, ubicación urbano-rural, condición de discapacidad, y otras características específicas), necesarias para identificar desigualdades**. Como parte de este gran desafío, se considera la necesidad de contar con información desagregada, actualizada y de calidad, **a nivel municipal**. Mejorar la disponibilidad, oportunidad y calidad de la información permite la aceleración de 13 ODS, 45 metas y 65 indicadores.

- ◆ Como respuesta a este desafío, se consideran tres conjuntos de acciones:
 - (i) Fomento de la calidad y oportunidad en la recolección de información a partir de registros administrativos, y la generación de indicadores sociodemográficos a nivel municipal a partir de dicha información, a través del DANE en su rol como coordinador y regulador del Sistema Estadístico Nacional – SEN. De esta forma, de manera organizada y sistemática, se garantizará continuidad en la producción y difusión de las estadísticas oficiales a nivel nacional y territorial que requiere el país, buscando mejorar la disponibilidad, la calidad,

la coherencia y la comparabilidad nacional e internacional de las estadísticas. Los registros administrativos permiten tener información a nivel municipal sobre diversas características de la dinámica poblacional, como lo son servicios básicos (agua, acueducto, alcantarillado, electricidad), salud (acceso y uso de servicios, morbilidad), hechos vitales (nacimientos y defunciones) y migración. Para que estos registros puedan ser implementados con fines estadísticos deben contar con una continua actualización y asegurar una cobertura completa territorial e inclusión de características demográficas básicas como lo son, la edad, el sexo, discapacidades, pertenencia étnica, el nivel educativo y tan específicos en algunos casos como, orientación sexual, necesidades humanitarias, entre otros.

(ii) Aprobación al DANE de asignaciones presupuestales adecuadas que le permitan contar con el capital humano, las herramientas tecnológicas y logísticas, para fortalecer la generación de la información estadística requerida en concordancia con los estándares aceptados internacionalmente mediante operativos regulares, ya sea muestrales o censales. Entre estos operativos están los censos de población y vivienda, que deberían levantarse de manera regular (cada 10 años), de acuerdo con los compromisos internacionales y regionales, presentes en los ODS (Indicador 17.19.2), buenas prácticas de la OCDE y Consenso de Montevideo (Capítulo H - Pueblos indígenas y Capítulo I - Afrodescendientes). Adicionalmente, las encuestas deben contar con diseños muestrales que permitan realizar estimaciones a niveles bajo los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales de Naciones Unidas (2014). Este requerimiento permitirá responder a las necesidades de información para el monitoreo de agendas internacionales y regionales, tales como los ODS y Consenso de Montevideo; así como para la formulación, implementación y seguimiento de planes y políticas de desarrollo sostenible del nivel nacional y territorial.

(iii) Actualización periódica de las proyecciones de población a nivel nacional, departamental y municipal elaboradas por el DANE con los niveles de desagregación básicos requeridos (sexo, grupos de edad).

Desafíos 4+D

1 LA SALUD Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



- (i) Lograr un acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva y a servicios de salud
- (ii) Mejorar el acceso a los servicios de salud materna para todos los territorios y grupos poblacionales del país
- (iii) Avanzar en el acceso y contenido de la educación para la sexualidad basada en evidencia
- (iv) Reducir la prevalencia del embarazo primario y subsiguiente en la adolescencia
- (v) Disminuir la pobreza estructural, como medio para reducir las desigualdades en salud y SSR
- (vi) Fortalecer el acceso sin barreras a servicios seguros y oportunos para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

2 APROVECHAMIENTO DEL BONO DEMOGRÁFICO



- (i) Disminuir la deserción escolar, especialmente en la educación media y ampliar la cobertura y las oportunidades para el acceso a la educación superior
- (ii) Asegurar que la tasa de crecimiento del empleo sea igual o superior a la tasa de crecimiento de la PET y disminuir los niveles de informalidad del mercado laboral con énfasis en las mujeres
- (iii) Ofrecer oportunidades (educativas y laborales) a más jóvenes

3 ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO



- (i) Garantizar cobertura de los sistemas contributivos y/o no contributivos que garanticen ingresos a la población mayor de bajos recursos
- (ii) Actualizar la política pública nacional integral en materia de personas mayores e impulsar el Sistema Nacional de Cuidado

4 URBANIZACIÓN, NUEVA RURALIDAD Y ENFOQUE TERRITORIAL



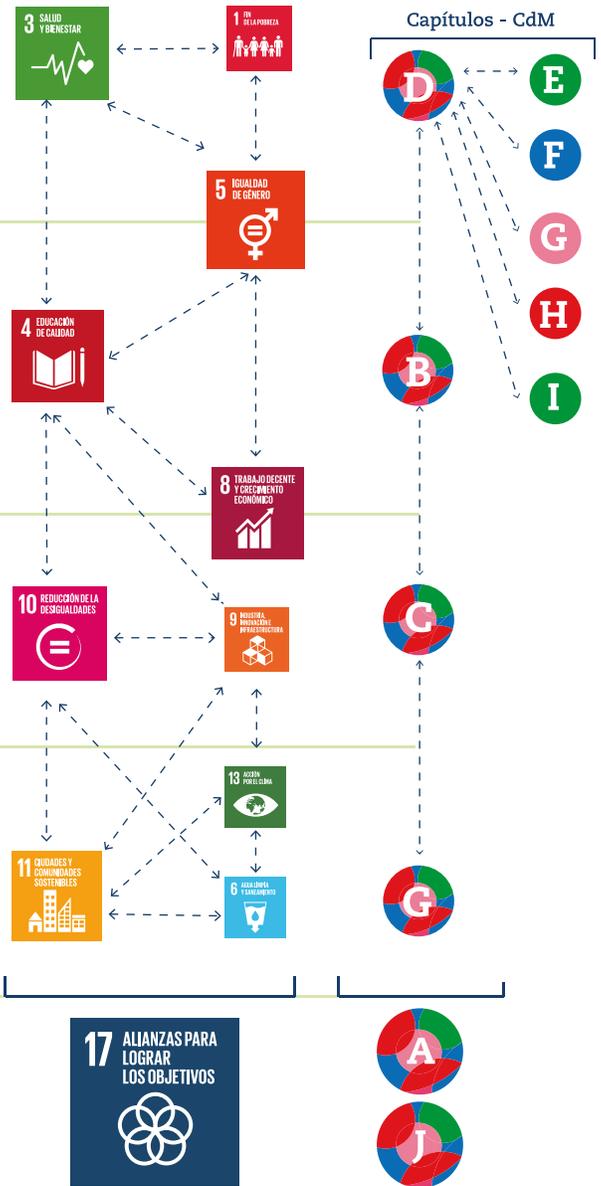
- (i) Disminuir la desigualdad social y territorial
- (ii) Potenciar los vínculos urbano-rurales
- (iii) Alcanzar ciudades y territorios sostenibles, seguros e incluyentes
- (iv) Garantizar a la población rural el acceso efectivo a la salud, la educación, el empleo y la vivienda de calidad

D ISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ESAGREGADA PARA ANÁLISIS DE DINÁMICA POBLACIONAL



- (i) Garantizar la disponibilidad de información oportuna, de calidad, con buena cobertura y con las desagregaciones para casos específicos, incluyendo información a nivel municipal, necesarias para identificar desigualdades

Oportunidades para la acción: recomendaciones de política



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, O., Forero, N. y Pardo, R. (2015). *Sistema de protección social de Colombia Avances y desafíos*. Serie Estudios y Perspectivas No. 28. Oficina de la CEPAL en Bogotá. Santiago de Chile: CEPAL – Naciones Unidas.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE (2008). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*. LC/G.2378 (SES.32/14). Santiago de Chile: División de Población de la CEPAL.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE (2017). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100*. Revisión 2016. Santiago de Chile: División de Población de la CEPAL.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE (2014). *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional*. Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: División de Población de la CEPAL.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2017). Sistema de Consulta de Información Censal. Disponible en: <http://systema59.dane.gov.co/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=C2005BASICO&MAIN=WebServerMain.inl>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2016). Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2015. Bogotá: DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y Universidad del Valle – CIDSE (2010). *Análisis regional de los principales indicadores sociodemográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir de la información del censo general 2005*. Bogotá: DANE. Universidad del Valle – CIDSE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2009). *Metodología Informalidad. Gran Encuesta Integrada de Hogares- GEIH*. Dirección de Metodología y Producción Estadística – Dimpe. Bogotá: DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2008). XVI Censo General 2005. Nivel Nacional. Bogotá: DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2007). *Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica*. Bogotá: DANE.
- Departamento Nacional de Planeación – DNP e Instituto Global de Crecimiento Verde – GGGI (2017). Diagnóstico de Crecimiento Verde. Análisis macroeconómico y evaluación del potencial de crecimiento verde. Bogotá: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación – DNP (2014). Misión Sistema de Ciudades. Bogotá: DNP.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha (2015). *Misión Colombia Envejece. Cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá.
- Flórez, C.E. (2016). *Las Transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX y principios del siglo XXI*. En colaboración con Juan Carlos Guataquí, Regina Méndez y Humberto Cote. (2ª ed.) (versión revisada): agosto 2016. Ediciones Universidad del Rosario. (Documento de Trabajo).
- Flórez, C.E. y Álvarez, L. (2017). *Uso diferencial del tiempo entre hombres y mujeres en los hogares en Colombia. 2012-2013*. Observatorio de Política de la Familia. Documento de Trabajo No. 5. Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Desarrollo Social.
- Flórez, C.E. y Cote, H. (2016). *Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014*. Documento de Trabajo No. 2016-1. Observatorio de Política de la Familia. Documento de Trabajo No. 3. Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Desarrollo Social.
- Flórez, C.E. y Sánchez, L. (2013). Fecundidad y familia en Colombia: ¿hacia una segunda transición demográfica? Serie de estudios a profundidad. Encuesta Nacional de Demografía y salud-ENDS -1990/2010. Profamilia.
- García, A.P., Mantilla, E. C. y Plazas, J. F. (2015). Estudio DANE: Cuenta satélite de la economía del cuidado. En: *Investigas. Siete estudios realizados a partir de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo Colombia 2012-2013*. Pp. 6-33. DANE: Bogotá.
- Helfer, S. (2016). Análisis de caso para Colombia sobre envejecimiento. Consultoría para UNFPA. Septiembre-octubre.
- Martínez, C. (2012). Bono de género en América Latina y el Caribe. Conceptos, metodología y aplicaciones (Borrador). CELADE.

- Martínez, C. (2012a). Descenso de la fecundidad, bono demográfico y crecimiento económico en Colombia, 1990-2010. Estudios a Profundidad. ENDS -1990-2010. Profamilia. Manuscrito.
- Ministerio de Educación Nacional (2014). Informe de Revisión Nacional de la Educación para Todos (EPT) 2015. Oficina Asesora de Planeación y Finanzas.
- Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014). Protocolo de Atención Preconcepcional. Bogotá: MSPS, UNFPA.
- Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS (2015). Informe Nacional de la Calidad de la atención en salud. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Análisis de Situación de la Salud (ASIS). Colombia 2016. MSPS-Dirección de Epidemiología y Demografía.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Boletín Epidemiológico de la Epidemia del VIH/SIDA en Colombia. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS y Profamilia (2015 o 2017). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: MSPS y Profamilia.
- Moreno, A., Cortés, E., Cárdenas, A., Giraldo, Z. y Mena, L. (2013). Valoración ocupacional de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de las capacidades humanas. *Revista de salud pública*. 14 (5): 764-777.
- Ocampo, J.A. (2014). *Misión para la Transformación del Campo. Saldar la deuda histórica con el campo. Marco conceptual de la Misión para la Transformación del Campo*. Bogotá: DNP.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2016). Mortalidad materna. Nota descriptiva. Septiembre 2016. Consultado el 4/04/2018: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Palacios, J.E. (2014). *El trabajo no remunerado en Colombia*. Seminario de Grado. Especialización en Finanzas y Administración Pública. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá.
- Peñaloza, R.E., Salamanca, N., Rodríguez, J. M., Rodríguez, J. y Beltrán, A. R. (2014). *Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia 2010*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Real Academia Española (2017). Diccionario de la lengua española. Consultado en <http://www.rae.es/>
- Ruiz, N. (2008). Las particularidades del proceso urbanizador en Colombia. *Bitácora* V.12 N° 1, pp. 91-104.
- Saad, P., Miller, T. y Martínez, C. (2009). Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. *Revista brasilera de Estudios de Población, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 237-261, jul./dic. 2009.*
- Tovar, J. y Urdinola, P. (2014). *National Transfer Accounts for Colombia*. Documento CEDE N° 16. Bogotá: Universidad de los Andes.
- UNFPA (2017). Estado de la Población Mundial 2017. Mundos Aparte: La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Villamizar, M.E. (2011). *Uso del tiempo de mujeres y hombres en Colombia. Midiendo la inequidad*. Serie Mujer y Desarrollo No.107. División de Asuntos de Género. CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

