

CAPITULO IV

CONDICIONES DE SALUD DE LA MUJER

Franz Pardo Téllez

Con la colaboración de Eberth Betancourth.
Rafael Salazar Santos redactó la parte sobre
"La atención médica y las relaciones de la salud con el trabajo".

SUMARIO

INTRODUCCION

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Estructura Poblacional

La Mujer y la gestación

Fecundidad

Fertilidad

Mortalidad Fetal

CARACTERISTICAS DE LA MORBI-MORTALIDAD EN LA MUJER

Características de la Morbilidad

Características de la Mortalidad

Indicadores Indirectos del Estado de Salud

ATENCION MEDICA

Atención ambulatoria

Atención hospitalaria

Atención del Embarazo y del Parto

EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER

PROGRAMAS DE SALUD QUE FAVORECEN A LA MUJER

Programas del Ministerio de Salud

Programa de Protección Materno-Infantil

Programas de Profamilia

Programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Otros Programas

LA ATENCION MEDICA Y LAS RELACIONES DE LA SALUD CON EL TRABAJO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

CUADROS

1. Distribución de la población por grupos funcionales de edad, sexo y según zonas urbana y rural. Colombia, 1973.
2. Distribución de embarazos en un año según zonas y regiones. 1965-1966.
3. Distribución de embarazos en un año según educación y zona. 1965-1966.
4. Distribución de embarazos en un año, según edad de la madre e ingreso familiar anual. 1965-1966.
5. Natalidad por región y zona. Colombia, 1965-1966.
6. Proporción de mujeres con hijos vivos por edad y zona. 1965-1966.
7. Promedio de hijos vivos por mujer según edad de la madre e ingreso familiar anual. 1965-1966.
8. Fertilidad específica por región y zona. 1965-1966.
9. Fertilidad específica por edad, zona e ingreso familiar anual. 1965-1966.
10. Tasas de abortos según ingreso familiar anual y zona. 1965-1966.
11. Tasas de abortos por 1.000 mujeres de 15-54 años, según zona, región, ingreso familiar anual y nivel de educación. 1965-1966.
12. Mortalidad en un año según edad, zona, ingreso familiar anual y nivel de instrucción. 1965-1966.

13. Principales causas de enfermedad por grupos funcionales de edad. 1965-1966.
14. Morbilidad por cáncer genital femenino, según localización y grupos de edad. 1965, 1967 y 1970.
15. Principales causas de defunción por grupos funcionales de edad. 1965-1972.
16. Mortalidad por cáncer genital femenino según localización y grupos de edad. 1965, 1969 y 1972.
17. Mortalidad materna según causas y grupos de edad. 1965, 1969 y 1972.
18. Evolución de los indicadores indirectos del estado de salud. 1965, 1969 y 1972.
19. Evaluación de la atención de embarazadas. Programa Materno-Infantil. 1970-1974.
20. Evaluación de la atención a menores de un año. Programa Materno-Infantil. 1970-1974.
21. Evaluación de la atención de niños de 1 a 4 años. Programas Materno-Infantil. 1970-1974.
22. Características de nuevas aceptantes de planificación familiar en el Programa Materno-Infantil. Primer semestre de 1970, segundo semestre de 1973 y primer semestre de 1974.
23. Demanda de atención médica entre octubre 1974 y octubre 1975, por sexo.
24. Sitio de la última consulta, por sexo.
25. Seguridad social, por sexo.
26. Tipo de asistencia al médico por sexo y por ingreso del hogar.
27. Causas y días perdidos de trabajo por categoría ocupacional.

INTRODUCCION

La salud se define, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad¹. Así definida la salud, ésta puede considerarse como un fin para cada individuo y como un gran medio de desarrollo para la comunidad en general.

Es un hecho bien conocido que en los países industrializados la productividad se incrementó significativamente cuando se hicieron grandes inversiones en salud y educación, que mejoraron la calidad del capital humano. Hombres sanos y adecuadamente formados y no máquinas, han sido los grandes promotores del desarrollo en estos países².

Por las razones anteriormente mencionadas, la salud se proclama hoy en día como un derecho de todos y no el privilegio de unos pocos, y como una de las grandes prioridades de los gobiernos que se proponen acelerar el desarrollo económico y social de sus pueblos.

En Colombia, aun cuando las condiciones de salud de la población son todavía precarias, cabe destacar el interés de los sectores gubernamental y privado por mejorar la infraestructura sanitaria del país, con el fin de proporcionar mejores y más completos servicios de salud.

La Asociación Colombiana para el Estudio de la Población programó el presente estudio con el fin de precisar las condiciones de salud de la mujer colombiana, analizar la política de salud para conocer hasta dónde incide en las condiciones de salud de este grupo de población y finalmente, para formular recomendaciones tendientes a mejorar los niveles de salud de la mujer y, por este medio, lograr que participe más activamente en el desarrollo económico y social del país.

De acuerdo con el esquema anterior y mediante la utilización de dos tipos de fuentes de información, a saber, datos secundarios de investigaciones

¹ Organización mundial de la Salud. Informe de la Tercera Asamblea Mundial de la Salud.

² Alan Berg, Estudios sobre Nutrición. Su importancia en el desarrollo socio-económico.

anteriores y estadísticas de las instituciones relacionadas con la salud, por una parte, y por otra, datos primarios de la encuesta que sobre una muestra urbana adelantó ACEP en 1975 se hará el análisis en este trabajo. Con el primer tipo de información se estudiarán las características de la población masculina y femenina, la participación de la mujer en la dinámica poblacional (fecundidad, natalidad, etc.), las características de la morbilidad y la mortalidad, la atención médica, la expectativa de vida al nacer y por último, algunos programas directamente relacionados con la mujer como el programa materno-infantil del Ministerio de Salud Pública.

Con la información primaria se explorarán dos aspectos: la demanda de atención médica y hospitalaria por parte de la mujer y el tiempo de trabajo que por causa de enfermedad pierden las mujeres trabajadoras.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

ESTRUCTURA POBLACIONAL

Los datos de población que se presentan corresponden al censo nacional de población³ realizado en Octubre de 1973, con una cobertura superior al 95 por ciento. De un total de 21.069.115 habitantes, el 50 por ciento (10.682.039) correspondió a las mujeres. De éstas, el 63.3 por ciento habitaba en concentraciones superiores a los 1.500 habitantes (zona urbana) y el 36.7 por ciento restante en el área rural. En relación con los hombres, sólo el 58.6 por ciento se encontró en el área urbana y el 41.4 por ciento en la rural, lo cual parece indicar que la mujer emigra más hacia los centros urbanos.

Comparativamente, el censo de 1964 mostró que el 53.1% de las mujeres y el 48.2% de los hombres vivía en el área urbana y el resto⁴. En el período intercensal, la población urbana de ambos sexos aumentó en diez puntos y la tendencia, salvo condiciones planeadas especialmente, continuará al mismo ritmo.

Para efectos de la morbimortalidad, la población se ha distribuido en: menores de 1 año, de 1 a 4, de 5 a 14, de 15 a 24, de 25 a 44, de 45 a 64 y de 65 y más años. Para consideraciones laborales y particularmente para estudios de fecundidad y fertilidad, estos grupos se han definido así: menores de 15 años, que engloban la población joven, dependiente y potencial de integrar el segundo grupo; de 15 a 54 años, que representa, de una parte, la fuerza laboral y de otra, la población femenina en edad fértil que condiciona la dinámica de la población, puesto que determina las bases de la reproducción; de 55 y más años, considerada nuevamente, como población vieja, dependiente, con escaso margen de laboralidad.

Según el censo de 1973, el 46.6% de la población es menor de 15 años; igual porcentaje se aplica al grupo de 15 a 54, mientras que la población mayor de 55 años representa únicamente el 6.8%. Se trata de una distribución

³ DANE, Censo Nacional de Población, 1973.

⁴ DANE, Censo Nacional de Población, 1964.

CUADRO 1. Distribución de la población por grupos funcionales de edad, sexo y según zonas urbana y rural. Colombia, 1973.

Edad (años)	Urbana						Rural					
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
1	231.254	3,8	218.407	3,2	449.661	3,5	156.211	3,7	147.990	3,7	304.201	3,7
1 - 4	860.780	14,3	847.932	12,4	1.708.712	13,3	624.846	14,7	600.181	15,2	1.225.027	14,9
5 - 14	1.772.949	29,4	1.824.339	26,7	3.597.288	28,0	1.282.578	30,0	1.192.140	30,0	2.474.718	30,1
15 - 24	1.092.034	18,1	1.413.226	20,7	2.505.260	19,5	723.506	17,0	665.954	16,9	1.389.460	16,9
25 - 44	1.323.288	22,0	1.580.237	23,2	2.903.525	22,6	896.160	21,0	855.052	21,6	1.751.212	21,3
45 - 64	590.983	9,8	706.610	10,4	1.297.593	10,1	452.191	10,6	378.195	9,5	830.386	10,1
65 y más	154.168	2,6	231.254	3,4	385.422	3,0	123.326	3,0	123.324	3,1	246.650	3,0
Total	6.025.456	100,0	6.822.005	100,0	12.847.461	100,0	4.258.818	100,0	3.962.836	100,0	8.221.654	100,0

FUENTE: DANE, Censo Nacional de Población, 1973.

típica de las poblaciones jóvenes, con un alto índice de dependencia y una fuerza laboral comparativamente menor.

La distribución global por sexos muestra que, mientras en los menores de 15 años hay mayoría de hombres (47.9 por ciento hombre y 45.4 mujeres), en el grupo de 15 a 54 años el mayor porcentaje corresponde a las mujeres (45.6 hombres y 47.5 por ciento mujeres).

Por zonas urbana y rural, se aprecian algunas diferencias que merecen destacarse. En efecto, la población menor de 15 años es notoriamente menor en la zona urbana (44.8 por ciento) que en la rural (48.7 por ciento) y existe un predominio del sexo femenino en esta última (49.0 por ciento y 42.4 para rural y urbana respectivamente). En el grupo de 15 a 54 años se invierten las proporciones y predominan las mujeres en la zona urbana (50.0 por ciento urbana y 44.4 rural). En el tercer grupo de edad, no se observan diferencias significativas en la distribución por sexos y por áreas. (Cuadro 1).

LA MUJER Y LA GESTACION

El análisis que se presenta a continuación, por ausencia de información más actualizada, se basa en los resultados de la Investigación Nacional de Morbilidad, realizada en forma conjunta por el Ministerio de Salud Pública de Colombia y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, entre Agosto de 1965 y Junio de 1966⁵.

Los términos y definiciones que se utilizan, son los adoptados en la mencionada investigación, aún cuando, en algunas ocasiones, no equivalen a los usados en otras investigaciones o textos de estudio.

Tal es el caso de los términos fecundidad y fertilidad cuyo significado, según el Diccionario Demográfico-Plurilingue publicado por las Naciones Unidas, es diferente a lo expresado aquí, es decir, que "fertilidad" se asimila a "fecundidad" y viceversa.

⁵ Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, "Estudios de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia".

Según la “Investigación de Morbilidad”, la fecundidad es la capacidad potencial de todo ser humano para participar en la reproducción. Para medirla se utiliza un indicador indirecto que es la “tasa de embarazos”, o sea, el número de embarazos terminados en un período de un año, por cada mil mujeres de 15 a 54 años de edad, independientemente de la duración del fenómeno o del producto del mismo.

La fertilidad hace referencia al número de “nacimientos vivos”. Se mide a través de la tasa de natalidad, la proporción de mujeres con hijos vivos, el promedio de hijos vivos por mujer, la tasa específica de fertilidad y la tasa total o global de fertilidad.

Fecundidad

Ya se ha visto cómo no existe un indicador directo de la fecundidad de una población, por lo cual es práctico utilizar la “Tasa de embarazos terminados”, expresión que no es equivalente a “embarazos a término”.

Embarazos según regiones y zonas

La tasa de embarazos, arrojada por la investigación, fue de 198 por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 54 años), siendo significativamente menor en la zona urbana (168) que en la rural (238).

Como se aprecia en el Cuadro 2 por regiones, el Distrito Especial de Bogotá mostró la tasa más baja (161), mientras que la Atlántica presentó la más alta (225). En orden descendente figuraron, región Oriental (204), Central (204) y Pacífica (183). En todas estas, las tasas fueron siempre más altas en la zona rural.

Embarazos según grupos de edad y niveles de ingreso

La tasa más alta de embarazos se observó en el grupo de 25 a 34 años (322); le siguen los grupos de 35 a 44 (202), el de 15 a 24 (179) y por últi-

CUADRO 2. Distribución de embarazos en un año según zonas y regiones 1965-1966. (Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 54 años).

Región	Urbana	Rural	Total
Atlántica	206	251	225
Oriental	137	243	204
Bogotá, D.E.	157	(-)	161
Central	168	240	204
Pacífica	167	200	183
Total	168	238	198

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

CUADRO 3. Distribución de embarazos en un año según educación y zona. 1965-1966. (Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años).

Educación	Urbana	Rural	Total
Ninguna	187	255	231
Primaria	173	234	200
Secundaria-Superior	144	212	150
Sin información	184	179	181
Total	168	238	198

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

CUADRO 4. Distribución de embarazos en un año, según edad de la madre e ingreso familiar anual. 1965-1966. (Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 54 años).

Edad (años)	Ingreso económico (pesos)						Sin Información	Total
	3.600 o menos	3.601- 6.000	6.001- 12.000	12.001- 30.000	30.000 y más			
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa		
15-24	238	200	161	111	50	185	179	
25-34	348	353	301	295	180	326	322	
35-44	249	231	219	109	90	135	202	
45-54	30	22	5	26	—	32	23	
Total:	235	223	191	141	83	189	198	

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

mo, el de 45 a 54, con la tasa más baja (23). Este orden se conservó para todos los niveles de ingreso. Para todos los grupos de edad, las tasas de embarazo fueron significativamente superiores en los niveles de menor ingreso (Cuadro 4).

Embarazos según nivel de educación y zona

Indiscutiblemente, la educación de la mujer juega un importante papel en cuanto a la tasa de embarazos. Lo demuestra el hecho de que las menores tasas de embarazo se observaron en las mujeres con educación secundaria y superior (181), en contraste con aquellas sin ninguna educación (231). El fenómeno fue consistentemente mayor en el área rural (Cuadro 3).

Embarazos según ocupación del jefe de la familia

Las tasas de embarazo fueron menores en las mujeres pertenecientes a familias cuyos jefes se clasifican como Administradores, Gerentes y Directores, aumentando en forma progresiva a medida que el estatus de la profesión desciende en la escala de jerarquías⁶.

Embarazos según su duración y resultado

De acuerdo con la duración de la gestación y la vitalidad del producto de la misma, un embarazo puede dar como resultado un feto vivo o muerto, ubicado en uno de los períodos fetales precoz, intermedio o tardío. Las defunciones fetales que se presentan en los períodos precoz e intermedio se denomina "abortos" y, las que ocurren en el período fetal tardío reciben el nombre de "mortinatos".

⁶ Ibid.

Los resultados de la investigación muestran que en Colombia de cada 100 productos de embarazo, 83.5 corresponden a nacidos vivos, y los restantes 16.5 a defunciones fetales.

La absoluta mayoría (99.9%) de los nacimientos vivos se presenta en el período fetal tardío y, obviamente, la mayor supervivencia se logra cuando el nacimiento ocurre en los últimos meses de gestación.

En las muertes fetales, el 70.8% se presenta como abortos en el período fetal precoz y de estos, el 58.7% ocurre entre el 2o. y 3er. mes de gestación. El 11.6% sucede en el período fetal intermedio y el 17.6% se clasifica como “mortinatos” o defunciones fetales que ocurren después de los 7 meses de gestación.

Fertilidad

Natalidad

En la natalidad se relacionan los nacimientos vivos con el total de la población y no con las mujeres en edad fértil, lo cual le resta sensibilidad al indicador, pues el resultado final puede depender de la mayor o menor magnitud de los diversos grupos de edad, y no propiamente del grupo de mujeres en edad procreativa.

En la investigación la tasa global de natalidad fue de 40.0 por mil habitantes, con significativo predominio de la zona rural sobre la urbana (45.9 y 34.4 respectivamente).

Por regiones, la Pacífica presentó la tasa de natalidad más baja (34.9 por mil); le siguen Bogotá, D.E. y la región Central (39.1 por mil), la región Atlántica (42.7 por mil) y finalmente, la Oriental (43.4 por mil). En todas las regiones, la natalidad urbana fue siempre inferior a la rural (Cuadro 5).

CUADRO 5. Natalidad por región y zona. Colombia, 1965-1966. (Tasa por 1.000 habitantes).

Región	Urbana		Rural		Total	
	Nacidos vivos	tasa	Nacidos vivos	Tasa	Nacidos vivos	Tasa
Atlántica	73.743	40	73.067	46	146.810	43
Oriental	37.638	30	135.527	49	173.165	43
Bogotá, D.E.	69.393	38	—	—	72.973	39
Central	93.102	34	118.791	45	211.893	39
Pacífica	45.936	28	71.171	41	117.107	35
Total	319.812	34	402.136	46	721.948	40

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

CUADRO 6. Proporción de mujeres con hijos vivos por edad y zona. 1965-1966.

Edad	Urbana				Rural				Total Nacional	
	Con hijos	Sin hijos	Total	%	Con hijos	Sin hijos	Total	%	Mujeres	%
15-24	732.518	240.163	972.681	25	435.390	271.752	707.142	38	1.679.823	31
25-34	153.810	498.369	652.179	76	69.831	429.629	499.460	86	1.151.639	81
35-44	82.902	421.168	504.070	84	36.366	355.511	391.877	91	895.947	87
45-54	63.611	278.668	342.279	81	34.723	270.144	304.867	89	647.146	85
Total	1.032.841	1.438.368	2.471.209	58	576.310	1.327.036	1.903.346	70	4.374.555	63

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

Proporción de mujeres con hijos vivos

De acuerdo con los resultados de la investigación, el 63.2 por ciento de las mujeres en edad procreativa ha tenido hijos vivos. Esta proporción es mucho menor en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años (30.5 por ciento); sube vertiginosamente a 80.6% en el grupo de 25 a 34 años y permanece un poco por encima de dicha cifra en los dos grupos siguientes: 86.6 en el de 35 a 44 años y 84.8% en el de 45 a 54 años. Como en los casos anteriores, la proporción de mujeres con hijos vivos es inferior en la zona urbana (58.2 por ciento) en comparación con la rural (69.7). (Cuadro 6). La menor proporción se observó en Bogotá (57.6 por ciento) y la más alta en la región del Atlántico (68.9). Las restantes regiones mostraron cifras intermedias. Por grupos de edad, se repiten las observaciones registradas anteriormente.

Al relacionar el indicador con el nivel económico, se apreció que la proporción de mujeres con hijos vivos es mayor en los niveles de ingreso inferiores y descende en forma constante y progresiva a medida que las familias tienen ingresos mayores⁷.

Promedio de hijos vivos por mujer

Este indicador, como el anterior, permite medir la contribución que hace la mujer al crecimiento de la población. Se presenta para el grupo de 15 a 54 años. El promedio general observado fue de 5.1 hijos vivos por mujer, ligeramente mayor en la zona rural (5.4) que en la zona urbana (4.7). Como es natural, el promedio de hijos vivos por mujer es menor en los primeros grupos de edad y aumenta progresivamente hasta estabilizarse después de los 35 años (6.5).

El ingreso no tiene mayor influencia sobre este indicador, pues no se observaron diferencias significativas en los promedios de hijos vivos por mujer al relacionarlos con los diversos niveles de ingreso. (Cuadro 7).

⁷ Ibid.

CUADRO 7. Promedio de hijos vivos por mujer según edad de la madre e ingreso familiar anual. 1965-1966.

Edad (años)	Ingreso Económico (en pesos)					total
	3.600 o menos	3.601 a 6.000	6.001 a 12.000	12.000 y más	Sin información	
15-24	2,3	2,2	2,3	2,0	2,1	2,2
25-34	4,6	4,4	4,2	3,9	4,4	4,4
35-44	6,4	6,7	6,7	6,0	6,5	6,5
45-54	6,7	7,0	7,1	6,6	7,1	6,9
Total	5,1	5,1	5,1	4,8	5,1	5,1

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, **Investigación Nacional de Morbilidad.**

Tasa de Fertilidad

Expresa el número de nacidos vivos por mil mujeres en edad procreativa. Para Colombia, en el período de la investigación, la tasa general de fertilidad fue de 165.0 por mil, discriminada en 129.4 para la zona urbana y 211.3 para la rural (Cuadro 8).

Por regiones, la tasa más baja se observó en el Distrito Especial de Bogotá (137.5) y la más alta en la región Atlántica (190.7). En todas las regiones hubo predominio de la zona rural (Cuadro 9).

Por edad, los grupos intermedios (25 a 34 y 35 a 44 años) mostraron tasas de fertilidad superiores a los grupos de los límites inferior y superior.

A medida que aumentan los niveles de ingreso disminuyen las tasas generales de fertilidad, así como las específicas por grupos de edad, tanto en la zona urbana como en la rural (Cuadro 9).

CUADRO 8. Fertilidad específica por región y zona. 1965-1966. (Nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 15-54 años).

Región	Urbana	Rural	Total
Atlántica	167	223	191
Oriental	110	229	186
Bogotá, D.E.	137	^a	137
Central	129	294	163
Pacífica	103	181	139
Total	129	211	165

^a Valores no significantes

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, **Investigación Nacional de Morbilidad.**

CUADRO 9. Fertilidad específica por edad, zona e ingreso familiar anual. 1965-1966. (Tasas por 1.000 mujeres en cada grupo de edad).

Edad (años) y zona	Ingreso Económico (en pesos)						Total
	3.600 o menos	3.601 a 6.000	6.001 a 12.000	12.001 a 30.000	30.001 y más	Sin inform. no sabe	
Urbana							
15-24	173	121	110	84	45	120	111
25-34	237	267	233	199	158	262	232
35-44	138	131	144	73	52	95	117
45-54	a	a	a	a	a	a	a
Total	154	147	138	98	71	139	129
Rural							
15-24	232	225	199	117	53	113	215
25-34	340	333	280	354	239	303	327
35-44	217	242	225	98	51	142	204
45-54	25	a	a	a	a	21	21
Total	223	228	197	158	80	185	211
Total							
15-24	212	173	132	87	46	161	155
25-34	310	299	243	221	164	279	273
35-44	188	187	161	77	52	115	155
45-54	21	11	a	a	a	11	13
Total	201	187	152	106	71	160	165

^a Valor no significativo.

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

Mortalidad fetal

El mayor porcentaje de muertes fetales se presenta en el período fetal precoz, 70.8%; desciende a 11.6% en el fetal intermedio y aumenta nuevamente hasta 17.6% en el fetal tardío. Al traducir estas cifras a tasas se observa que en el período fetal precoz se presentaron 116.4 defunciones fetales por cada mil embarazos, 19.2 en el intermedio y 28.9 en el tardío. Se deduce que el mayor riesgo de mortalidad fetal está en el período fetal precoz (4 a 6 veces mayor) y en éste, entre el 2o. y 3er. mes de gestación, período en el cual se presenta cerca del 60% de todas las pérdidas fetales.

En relación con la edad, los niveles de ingreso y la zona de residencia de las madres estudiadas, es evidente que las de mayor edad, pertenecientes a familias de ingresos altos y residentes en la zona urbana, están más propensas a tener pérdidas fetales en los estados iniciales del embarazo. En contraposición, las defunciones fetales tardías se presentan más frecuentemente en mujeres más jóvenes, de ingresos bajos y, residentes en la zona rural.

Abortos

El total de abortos registrados por la investigación representa el 82.4% de todas las muertes fetales, y dan una tasa de 136.1 abortos por cada mil embarazos o un aborto por cada 6 nacidos vivos. Es natural suponer que las cifras anteriores no revelan la realidad del problema, por cuanto, con frecuencia, el aborto se oculta a los entrevistadores, más aún si es provocado.

En la investigación se determinó también que las mujeres que abortan representan el 2.5 por ciento de las que pertenecen al grupo de edad fértil y corresponde, además al 13.1 por ciento de las que terminaron embarazos.

Al analizar los abortos por edad, se aprecia que en las mujeres de 15 a 24 años, de cada 100 embarazos 11 terminan en aborto, mientras que por encima de los 35 años esta proporción es 2 veces mayor, lo cual indica que el riesgo de abortar aumenta en relación directa con la edad. En la zona rural la proporción de abortos es siempre inferior a la de la urbana (Cuadro 10).

Al relacionar los abortos con el número de hijos se observa que la paridad ejerce una acción moderadora sobre la tendencia de la mujer a abortar. Las mujeres que no habían tenido hijos vivos, mostraron las más altas tasas de aborto (68 abortos por cada 100 embarazos); y las que habían tenido 1 o más hijos vivos, refirieron proporciones marcadamente inferiores (11 abortos por cada 100 embarazos).

Según región y zona, se apreció que existen notorias diferencias entre éstas. La región Oriental registró la tasa más baja de aborto (60.8 por mil embarazos) y la Pacífica la más alta (211.6 por mil embarazos). En situación in-

CUADRO 10. Tasas de abortos según ingreso familiar anual^a y zona. 1965-1966. (Por 1.000 Embarazos).

Ingreso (años)	Urbana		Rural		Total		Tasa ajustada según total de embarazos por zona
	Abortos	Tasa	Abortos	Tasa	Abortos	Tasa	
3.600 o menos	16.602	190	18.773	80	35.375	110	133
3.601-6.000	15.870	213	6.474	68	22.344	131	138
6.001-12.000	24.023	217	2.436	60	26.459	174	135
12.001-30.000	11.815	219	1.252	115	13.067	201	165
30.001 y más	1.969	111	b	b	2.432	121	—
Sin información	11.237	174	6.401	97	17.638	135	—
Total	85.516	209	35.800	80	117.316	137	

^a Excluye sirvientes en los grupos de 12.0001 y más pesos.

^b Valores no significantes.

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, **Investigación Nacional de Morbilidad.**

termedia se ubicaron Bogotá, D.E., con 101.0, la Atlántica con 118.3 y la Central con 169.1 abortos por cada mil embarazos⁸.

En todas las regiones, el fenómeno se registró con menor intensidad en la zona rural y en las grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga), y predominó significativamente en las localidades intermedias.

En el Cuadro 10 se presentan las tasas de aborto, según ingreso y zona. Es notoria la relación entre aborto e ingreso familiar. En efecto, su incidencia es baja en los grupos con ingresos bajos, aumentan ligeramente en los niveles medios y desciende nuevamente en los niveles altos.

Por otra parte, las más bajas tasas de aborto se observan en los grupos sin instrucción, aumentan hacia los niveles de instrucción media y descienden nuevamente en los niveles superiores (Cuadro 11).

En relación con la ocupación del jefe de la familia existe un predominio de los abortos en los grupos que pertenecen a los servicios, siguiendo en su orden, los Administradores, Gerentes y Directores. Las cifras más bajas se presentan en los trabajadores del campo, vendedores y otros asimilados.

De acuerdo con los estimativos de la Investigación, debidamente corregidos, se calcula que por cada 10 embarazos se presenta un aborto inducido. Este dato difiere de los presentados por otras investigaciones. Así, en una revisión llevada a cabo en el Instituto Materno Infantil de Bogotá entre 1965 y 1966⁹, se encontró un aborto inducido por cada 4 partos; otros investigadores encontraron cifras de 1 por 15.8, 1 por 5.6 y 1 por 9.4 para tres localidades diferentes de los Estados Unidos¹⁰. Otras personas opinan que entre el 10 y el 90% de todos los abortos es inducido¹¹.

En relación con la zona, en la rural la tasa de abortos inducidos es apenas de 20 por mil embarazos y en la urbana (ciudades intermedias) sube a 144, para descender finalmente a 100 en las grandes ciudades.

De todas las regiones, la Oriental presenta cifras de aborto inducido mínimas (0.8); el Distrito Especial de Bogotá 41.0; 58.3 en la región Atlántica, 109.1 en la Central y, 151.6 en la Pacífica. Todo lo que se ha dicho en relación con ingresos y niveles de instrucción para el aborto en general, es válido para el inducido, notándose una menor tasa de aborto provocado en aquellas personas con niveles de instrucción más bajos y menores ingresos por familia¹².

⁸ Ibid.

⁹ ASCOFAME, *Planificación Familiar*, pp. 233-260.

¹⁰ A.L. Wall, "Abortions; Ten years at Kansas University Medical Center", *Am. J. Obstet. Gynec.* 79 (marzo, 1960): 510.

¹¹ Requema, M., "Social and economic correlates of induced abortion in Santiago, Chile", *Demography* 2 (1965): 33-49.

¹² Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, "Estudio de Recursos Humanos".

CUADRO 11. Tasas de abortos por 1.000 mujeres de 15-54 años, según zona, región, ingreso familiar anual y nivel de educación. 1965-1966.

	Abortos	Mujeres	Tasa
Zona			
Urbana	81.516	2.471.209	33
Rural	35.885	1.903.346	19
Total	117.401	4.374.555	27
Región			
Atlántica	20.408	769.871	12
Oriental	11.481	932.176	12
Bogotá D.E.	8.481	530.698	16
Central	44.749	1.301.957	34
Pacífica	32.282	839.653	39
Total	117.401	4.374.555	27
Ingreso (pesos)			
3.600 o menos	35.375	1.373.060	26
3.601 – 6.000	22.344	767.297	29
6.001 – 12.000	26.459	807.220	33
12.001 – 30.000	13.067	484.365	27
30.000 y más	2.518	247.960	10
Sin información	17.638	694.653	25
Total	117.401	4.374.555	27
Educación			
Ninguna	24.778	954.043	26
Primaria	74.109	2.571.490	29
Secundaria-Superior	13.181	689.269	19
Sin información	5.333	159.753	33
Total	117.401	4.374.555	27

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

Finalmente, vale la pena considerar la relación entre aborto y mujeres en edad fértil, con el fin de medir la contribución específica a la incidencia del daño (Cuadro 11). En la zona urbana, la tasa de abortos fue de 33.0 por mil mujeres de 15 a 54 años, contra 18.9 en la zona rural.

Por regiones, para el mismo grupo de edad, las menores tasas se observaron en la Atlántica y la Oriental (12.3 por mil para cada una); le siguen Bogotá con 16.0 por mil y las regiones Central y Pacífica, con tasas de 34.4 y 38.5 abortos por mil mujeres, respectivamente.

Por niveles de ingreso, para el mismo grupo de edad de 15 a 54 años, las menores tasas se presentaron en mujeres pertenecientes a familias con altos

ingresos, (10.2 para ingresos superiores a los \$30.000.00); y las más altas en mujeres de familias con ingresos entre \$6.000 y \$12.000 (32.8 abortos por mil mujeres en el grupo).

La instrucción también actúa como factor condicionante del aborto. Las mujeres con instrucción primaria exhibieron tasas de 28.8 por mil, contra 26.0 en las de instrucción nula y 19.1 en las de educación secundaria y superior.

Mortinatos

Se agrupan bajo esta denominación las defunciones fetales que se presentan después de los seis y medio meses de gestación. Los datos obtenidos sobre mortinatos indican que éstos representan el 17.6% de las muertes fetales, lo que significa una tasa de 26.9 mortinatos por cada mil embarazos (Cuadro 12).

CUADRO 12. Mortalidad en un año, según edad, zona, ingreso familiar anual y nivel de instrucción. 1965-1966. (Tasas por 1.000 embarazos).

	Nacidos Muertos	Tasa
Edad (años)		
15 - 24	5.504	19
25 - 34	11.044	30
35 - 44	6.693	37
45 - 54	a	a
Total	23.241	27
Zona		
Urbana	10.205	25
Rural	13.036	29
Total	23.241	27
Ingreso (pesos)		
6.000 o menos	14.744	30
6.001 y más	6.310	26
Sin Información	a	a
Total	23.241	27
Instrucción		
Ninguna	5.804	27
Primaria	14.217	28
Secundaria Superior	3.057	30
Sin información	a	a
Total	23.241	27

^a Valores no significantes

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, *Investigación Nacional de Morbilidad*.

Tomando en consideración la edad de las mujeres, se encontró que el menor riesgo corresponde a las de 15 a 24 años, aumentando progresivamente hasta el grupo de 35 a 44 años.

Las restantes variables (regiones, zonas, ingreso y nivel de instrucción), no parecen ejercer notable influencia en el comportamiento de la muerte fetal tardía.

CARACTERISTICAS DE LA MORBI-MORTALIDAD EN LA MUJER

En la descripción del nivel de salud, además del estudio de las características demográficas, es necesario, para lograr una visión de conjunto lo más completa posible, estudiar el comportamiento de los indicadores directos e indirectos de dicho nivel.

Entre los indicadores directos, se destacan por su importancia, la morbilidad, que es la expresión de la magnitud de la enfermedad existente en una comunidad y la mortalidad, que cuantifica las defunciones resultantes del efecto letal del indicador anterior. Los indicadores indirectos están representados por una serie de datos relativos, entre los cuales se cuentan: la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año), la tasa de mortalidad pre-escolar (niños de 1 a 4 años), la tasa de mortalidad general, la proporción de defunciones en menores de 5 años y la proporción de defunciones en personas mayores de 50 años, con relación al total general de defunciones.

También se considera importante hacer algunas anotaciones en relación con la distribución de las defunciones según ocurran en zona urbana o rural, lo mismo que discriminarlas de acuerdo con la certificación médica, pues esta última variable da una idea de la cobertura médica.

El análisis de la morbilidad se centrará en los años 1965, 1967 y 1970; el de la mortalidad y de los indicadores indirectos se hará con base en la información de 1965, 1969 y 1972, extractada de las publicaciones estadísticas y de los tabulados inéditos sobre demografía y salud del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE¹³. Para efectos de comparación se presentan tasas por 100.000 habitantes, por sexo y grupos de edad.

CARACTERISTICAS DE LA MORBILIDAD

La morbilidad permite medir la cantidad de enfermedad que tiene una comunidad, la cual se manifiesta mediante la demanda de servicios médicos en las consultas externas de los organismos de salud y en los egresos hospita-

¹³ Departamento Nacional de Estadística, DANE y Departamento Nacional de Planeación. Tabulados Inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.

larios, sin que esto quiera decir que la magnitud de la demanda de dichos servicios represente el total de enfermos de una población, pues es bien sabido que una alta proporción de las personas que se sienten enfermas no consultan o prefieren ser atendidas por personal no médico, y en estas condiciones, no son registradas en las estadísticas oficiales.

Para el análisis de la morbilidad se adopta el concepto de “daño reducible” y “daño poco reducible”, entendiéndose por tales, en el primer caso, la enfermedad o grupo de enfermedades que por su etiología y comportamiento epidemiológico son susceptibles de ser disminuidas con técnicas y procedimientos eminentemente preventivos, y en segundo caso, las enfermedades o grupos de enfermedades que por su etiología y características epidemiológicas son poco vulnerables a las técnicas de prevención. Los daños reducibles son en su mayoría de origen infecto-contagioso, en tanto que los no reducibles corresponden a enfermedades congénitas, degenerativas o de origen no precisado.

Los estudios sistemáticos han demostrado que, en todo caso, las diez primeras causas de enfermedad engloban aproximadamente el 80 por ciento de la demanda y a veces más, por lo cual no se ve oportuno estudiar un número mayor de causas.

Morbilidad en niños menores de 1 año

Este grupo de edad es particularmente susceptible a padecer enfermedades infecciosas intestinales y del aparato respiratorio, daños que son reducibles en una alta proporción. En los años de estudio, dichas enfermedades figuraron siempre entre las tres primeras causas, con tasas que oscilaron entre 3.211 (1965) y 1.770 (1970) por 100.000 habitantes para la primera y, 1.499 y 1.050 para la segunda. Es importante destacar que en estos dos años, como en los restantes, las tasas fueron siempre menores entre las mujeres que entre los hombres.

Enfermedades de la primera infancia (lesiones al nacer, afecciones de la placenta, enfermedad hemolítica y anoxia del recién nacido) y las malformaciones congénitas, ocuparon lugares importantes como causa de enfermedad. Los accidentes y las intoxicaciones empezaron a figurar ya en este grupo de edad. Para 1970 los estados carenciales y las anemias ocupan un importante lugar que no tenían en los años anteriores, con tasas de 193 y 158 por 100.000 habitantes para hombres y mujeres, respectivamente. (Cuadro 13). En el lapso comprendido entre los años de estudio hubo un descenso consistente de las tasas, lo cual indica, indudablemente, un mejoramiento del nivel de salud en forma global y particular.

Morbilidad en niños de 1 a 4 años

Las alteraciones congénitas y las enfermedades de la primera infancia ceden lugar a entidades de origen exógeno, tales como los estados carenciales, los accidentes y el parasitismo intestinal, que ocuparon el 3o., 4o., y 5o. lu-

gares en 1965, 1967 y 1970. Se anota que el parasitismo intestinal descendió al 9o. lugar en 1970, debido quizás a programas de saneamiento del medio. Se destaca además, que las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades del aparato respiratorio ocuparon, durante los tres años de estudio, los dos primeros lugares como causa de enfermedad, con tasas fluctuantes entre 646 (1965), 702 (1967) y 366 (1970) para los hombres y, 1.547 (1965), 586 (1967) y 319 (1970) para las mujeres, en el caso del primer daño, es decir, enfermedades infecciosas intestinales. Las enfermedades del aparato respiratorio exhibieron tasas que oscilaron entre 407 (1965) y 281 (1970) por 100.000 hombres y 373 (1965) y 262 (1970) por 100.000 mujeres.

Las tasas siempre fueron inferiores en las mujeres, hecho que podría deberse a una menor susceptibilidad del sexo femenino al efecto nocivo de los daños o a una selectividad de la demanda de atención médica por razones culturales. Aquí se destaca la notoria diferencia existente entre las tasas en hombres y mujeres, en lo relacionado con el daño "Accidentes, intoxicaciones y violencia", que indica cómo el hombre, en ésta y en todas las etapas de la vida, está más expuesto al riesgo de daño producido por causas externas traumatizantes. Mayor detalle de lo expuesto se consigna en el Cuadro 13.

Morbilidad en personas de 5 a 14 años

Este grupo de edad, considerado clásicamente como escolar, es indudablemente el más vulnerable a los accidentes. En efecto, el daño "accidentes, intoxicaciones y violencia" ocupó el primer lugar como causa de enfermedad en este grupo, con tasas que oscilaron entre 344 (1965), 322 (1967) y 216 (1970) por 100.000 hombres y, 139, 139 y 99 por 100.000 mujeres, para los mismos años. Como en el grupo anterior, las mujeres estuvieron mucho menos expuestas al riesgo y por tanto sus tasas fueron muy inferiores en comparación con las de los hombres.

El segundo lugar como causa de enfermedad fue ocupado por las enfermedades de los órganos de los sentidos, particularmente por las relacionadas con problemas infecciosos y quirúrgicos de origen amigdalino y adenoidiano.

En los tres grupos de edad estudiados aquí, es el único caso con predominio de las tasas femeninas sobre las masculinas, lo cual indicaría una mayor predisposición del sexo femenino a tales padecimientos. El parasitismo intestinal (Anquilostomiasis y otras helmintiasis), las enfermedades intestinales y respiratorias, y los estados carenciales, ocuparon igualmente lugares muy importantes como causa de enfermedad, con tasas de tendencia descendente durante el período, pero siempre mayores en los hombres que en las mujeres (Cuadro 13).

Morbilidad en personas de 15 a 24 años

En este grupo de edad se manifiesta ampliamente la participación de la mujer en la reproducción, al presentar tasas de embarazo y aborto tan elevadas que ocupan el 1o. y 3er. lugares respectivamente, con cifras de gran mag-

nitud, especialmente en cuanto a embarazo, parto y puerperio normales se refiere. Las causas accidentales de enfermedad ocuparon el 2o. lugar en los tres años de análisis y, las tasas siempre mostraron un predominio en el sexo masculino (1.057, 938 y 599 en hombres, contra 207, 207 y 152 en mujeres, para 1965, 1967 y 1970, respectivamente).

Las enfermedades de origen infeccioso intestinal y respiratorio pasaron a ocupar lugares de menor importancia. Por el contrario, las enfermedades del aparato genitourinario ascendieron en la escala de posiciones. Como se verá posteriormente, aproximadamente el 70% de las enfermedades de este sistema se presenta en mujeres, lo cual se corrobora por el predominio de las tasas de este daño en el sexo femenino (137, 154 y 116 por 100.000 en hombres y 346, 388 y 287 por 100.000 en mujeres, para los 3 años de estudio).

Finalmente, llama la atención el hecho de que las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (toxemias del embarazo y del puerperio, hemorragias del embarazo y del parto y sepsis del parto y del puerperio), que en los años anteriores no habían aparecido, ocuparon el 9o. lugar como causa de enfermedad en 1970 (Cuadro 13).

Morbilidad en personas de 25 a 44 años

En este grupo, el embarazo, parto y puerperio normales y el aborto, ocuparon los dos primeros sitios como generadores de demanda, con tasas muy altas, especialmente en el primer caso. Llama la atención el marcado descenso observado entre las tasas de 1965 y 1967 y las de 1970, debido tal vez al efecto de programas y actitudes relacionadas con la prevención del embarazo o a una disminución de la demanda de servicios por este rubro (Cuadro 13).

En el aborto, las tasas fueron más altas que en el grupo inmediatamente anterior, pero también mostraron un descenso consistente desde 1.824 por 100.000 mujeres en 1965, hasta 1.140 en 1970.

Los accidentes, intoxicaciones y violencia figuraron en 3er. lugar en 1965 y 1967, para descender al 4o. en 1970, con tasas igualmente altas y con una gran diferencia entre los sexos, como puede observarse en la tabla 33. Por el contrario, las enfermedades del aparato genitourinario, que figuraron en el 5o. lugar en los tres años, mostraron un predominio de las tasas en el sexo femenino, sin que se presentara un descenso muy aparente en las cifras de los años analizados.

Morbilidad en personas mayores de 45 años

Para efectos del análisis, dada la escasa variabilidad observada en la morbilidad de los grupos de edad de 45 a 64 años y mayores de 65 años, no se ha considerado imperativo estudiarlos por separado.

En esta etapa de la vida, hacen su aparición por comportamiento natural, las enfermedades de tipo degenerativo, que se agrupan en los daños poco reducibles.

CUADRO 13. Principales causas de enfermedad por grupos funcionales de edad. 1965-1970. (tasas por 100.000 habitantes).

Grupos de causas	Menores de 1 año						De 1 a 4 años						De 5 a 14 años					
	1965		1970		1965		1970		1965		1970		1965		1970			
	Pos. ^c	H ^a	M ^b	Pos. ^c	H	M	Pos. ^c	H	M	Pos. ^c	H	M	Pos. ^c	H	M			
Enf. Infecciosas Intestinales	1	3667	2756	1	2017	1525	1	646	547	1	366	319	5	110	89	4	69	54
Enf. de la Primera Infancia	2	2779	2386	3	1029	1026												
Enf. del Aparato Respiratorio	3	1499	1205	2	1207	902	2	407	373	2	281	262	6	88	92	6	59	50
Enf. del Tracto Gastro-intestinal	4	414	178	7	220	82	7	164	84	6	97	49	4	113	87	3	73	55
Malformaciones Congénitas	5	274	216	5	197	159												
Otras Enf. Diagnosticadas no incluidas en otras...	6	225	176	8	169	131	10	77	63	7	72	64	9	59	54	8	56	47
Enf. del Aparato Genito-Urinario	7	241	82	9	201	76	9	114	49	8	95	40	8	85	41	5	78	43
Causas mal definidas y desconocidas	8	132	109	4	589	476	8	97	82	5	120	102						
Accidentes Intoxicaciones y violencia	9	133	89				4	209	140	4	134	97	1	344	139	1	216	99
Todas las demás Enf. infecciosas y parasitarias	10	100	74	10	141	125							10	63	48			
Avitaminosis y otros estados carenciales. Anemias				6	193	158	3	278	251	3	138	126	7	82	65	10	37	32
Anquilostomiasis y otras helmintiasis							5	150	134	9	67	65	3	109	99	9	47	39
Enf. de los órganos de los sentidos. Amígdalas y Adenoides							6	137	117	10	68	58	2	197	245	2	113	134
Enf. del Aparato Circulatorio														7	50	58		
Embarazo, Parto y Puerperio normales																		
Complicaciones del embarazo, Parto y Puerperio																		
Aborto																		
Trastornos mentales, psicosis, neurosis, deficiencia mental, epilepsia																		
Senilidad sin mención de sicosis. Enf. mal definidas o desconocidas																		
Tumores malignos de todos los tejidos existentes																		

^a H = Hombre

^b M = Mujer

^c Pos. = Posición

FUENTE: DANE y Departamento Nacional de Planeación, Tabulados Inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.

Con excepción de los accidentes, intoxicaciones y violencia, que ocuparon el 2o. y 4o. lugares para los años 1965, 1967 y 1970, las restantes causas estuvieron representadas por enfermedades en los aparatos gastrointestinal, genitourinario, circulatorio y respiratorio. Se registraron por primera vez los tumores malignos de todos los tipos, cuya posición osciló entre el 8o. y 10o. lugares en los diferentes años de estudio.

El sexo masculino continúa sufriendo con mayor intensidad el impacto negativo de las enfermedades, hecho que se demuestra por la diferencia sustancial entre las tasas de enfermedad en los sexos (Cuadro 13).

Morbilidad por cáncer genital femenino

El cáncer localizado en los órganos genitales femeninos es causa de enfermedad en una proporción más o menos apreciable. Para el efecto de este análisis, se han considerado tres localizaciones: cáncer de la mama, cáncer del cuello uterino y cáncer del útero y de sus anexos.

Entre 1965 y 1970 se observó un descenso moderado en los diagnósticos de cáncer con estas localizaciones, tal como se consigna en el Cuadro 14. Así el cáncer de la mama descendió de una tasa de 6.1 por 100.000 mujeres en 1965, a 4.3 en 1970; el cáncer del útero y sus anexos bajó de 5.8 a 2.9 y por último, el cáncer del cuello uterino tuvo un descenso de 17.2 a 11.2 casos diagnosticados por 100.000 mujeres.

El grupo de edad que mostró las más altas tasas de 45 a 64 años, siguiéndole el de mayores de 65 y el de 25 a 44, lo cual indica que el cáncer de los

CUADRO 14. Morbilidad por cáncer genital femenino, según localización y grupos de edad. 1965, 1967 y 1970 (Tasas por 100.000 habitantes).

Localización	Grupos de edad				T total
	15-24	25-44	45-64	65 y más	
1965					
Cáncer de la mama	0.7	10.4	28.1	22.5	6.1
Cáncer del cuello uterino	1.3	36.6	76.5	32.7	17.2
Cáncer del útero y anexos	0.3	9.7	27.3	24.8	5.8
1967					
Cáncer de la mama	0.5	11.7	36.9	28.2	7.4
Cáncer del cuello uterino	1.3	39.6	75.1	43.5	18.1
Cáncer del útero y anexos	0.5	9.4	27.3	22.7	5.7
1970					
Cáncer de la mama	0.5	10.7	12.6	15.0	4.3
Cáncer del cuello uterino	0.7	32.8	31.6	18.7	11.2
Cáncer del útero y anexos	0.3	6.3	9.7	14.2	2.9

FUENTE: DANE y Departamento Nacional de Planeación, Tabulados Inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.

órganos genitales femeninos hace su aparición en edades tempranas, especialmente por encima de los 25 años de edad.

La contribución proporcional del cáncer genital femenino al total del cáncer registrado en ambos sexos, no mostró variaciones notorias; en efecto, del total de diagnósticos de cáncer, en hombres y mujeres, el 26% correspondió a tumores malignos de los genitales femeninos.

Por otra parte, del total de diagnósticos de cáncer en la mujer, el 46% fueron tumores malignos de las localizaciones anotadas. Por grupos de edad, los mayores porcentajes se observaron entre los 25 y 44 años, así: el cáncer de seno representó el 13 por ciento del total de tumores malignos diagnosticados en esta edad, el cáncer del cuello uterino el 42 por ciento y el cáncer de útero y demás anexos el 8 por ciento. (Cuadro 24).

Morbilidad por desnutrición

Uno de los principales problemas de salud en Colombia está constituido por las carencias nutricionales, que afectan por igual a ambos sexos y a todas las edades, pero con una mayor concentración del daño en los menores de 6 años.

En efecto, en nueve encuestas nutricionales realizadas por el Instituto Nacional de Nutrición entre 1963 y 1968, en las cuales se examinaron 3.378 niños menores de 6 años, se encontró que el 67% de los examinados presentaba algún grado de desnutrición, distribuido en la siguiente forma: Desnutrición de primer grado 46%; desnutrición de segundo grado 19% y desnutrición de tercer grado 2 por ciento.

CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD

La mortalidad es la expresión del máximo impacto negativo de las diferentes enfermedades o "daños" sobre las personas o sobre las comunidades. Permite medir igualmente, la letalidad o nivel de gravedad de las entidades en cuanto amenazan, hasta extinguirla, la vida de las personas.

En la descripción de las características de la mortalidad de la mujer, se seguirá, como en el caso de la morbilidad, el criterio de "daño" y los mismos se agruparán en "reducibles" y "poco reducibles", según que sean susceptibles de ser controlados o disminuidos mediante técnicas de prevención o de recuperación de la salud.

Los grupos de edad serán los mismos que se han venido describiendo y el análisis se centrará en los años 1965, 1969 y 1972, utilizando la información consignada en tabulados del DANE aún no publicados.

Mortalidad en niños menores de 1 año

La primera causa de defunción en este grupo está representada por las enfermedades perinatales de la primera infancia (lesiones al nacer, distocias,

afecciones de la placenta y del cordón umbilical, enfermedad hemolítica del recién nacido, etc.) que son daños muy poco reducibles dadas sus características. En segundo lugar se clasifican las enfermedades del aparato digestivo, con exclusión de las infecciones intestinales y, en tercero las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio. Aún cuando el orden de agrupación en los años de estudio fue diferente, se anota que las tasas mostraron una tendencia descendente y siempre más baja en el sexo femenino que en el masculino.

El parasitismo intestinal, los estados carenciales y los accidentes ocuparon también sitios destacados como causa de defunción en este primer grupo de edad (Cuadro 15).

Mortalidad en niños de 1 a 4 años

En este grupo se aprecia un fenómeno un poco diferente, consistente en que no hay marcadas diferencias entre los sexos. De otra parte, es importante destacar que las tasas de defunción, sobre todo en las enfermedades que ocupan los primeros lugares, son notablemente más bajas que en el primer grupo, lo cual sirve para afirmar que la mortalidad en este grupo de edad muestra una marcada disminución en comparación con su inmediato antecesor.

Los primeros lugares están ocupados por enfermedades de los aparatos digestivo y respiratorio, infecciones parasitarias y estados carenciales, muchos de los cuales son susceptibles de algún grado de reducción mediante técnicas de prevención o combinación de prevención y recuperación. Los accidentes, envenenamientos y violencias, que también pueden ser reducibles en gran proporción en estos grupos, ocuparon sitios bastante destacados como causa de defunción. La tuberculosis, daño reducible figuró también en los tres años de estudio (Cuadro 15).

Mortalidad en personas de 5 a 14 años

Este grupo, considerado en edad escolar y los dos siguientes, son especialmente susceptibles a los accidentes, envenenamientos y violencias, con la particularidad de que los hombres exhiben tasas entre dos y tres veces más altas que las mujeres. Dicho daño ocupó sistemáticamente el primer lugar como causa de defunción en las personas con edades comprendidas entre los 5 y los 44 años, para los años de estudio.

Las enfermedades parasitarias, los estados carenciales y la tuberculosis, daños todos reducibles, figuraron como causas importantes de muerte en este grupo. Los tumores malignos fueron responsables de un buen número de defunciones con tasas no muy altas, pero constantes. (Cuadro 15).

Mortalidad en personas de 15 a 24 años

El primer lugar lo ocuparon los accidentes, envenenamientos y violencias, con tasas drásticamente diferentes por sexo, y con una discreta tendencia descendente en el período.

Las enfermedades degenerativas del aparato circulatorio (infarto cardíaco, infarto pulmonar, infarto y hemorragia cerebral) figuraron en 3o. y 2o. lugares como causa de defunción en los años estudiados. Como en los anteriores grupos de edad, las enfermedades de los aparatos digestivo y respiratorio fueron responsables de una buena proporción de defunciones. La tuberculosis ocupó posiciones más altas como causa de defunción, lo mismo que los tumores; nótese que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (toxemia, hemorragias y sepsis del parto y del puerperio) hacen su aparición en éste y en el siguiente grupo (Cuadro 15).

Mortalidad en personas de 25 a 44 años

Las tasas de defunción por accidentes en este grupo mostraron una marcada elevación, a expensas del sexo masculino; las lesiones vasculares degenerativas figuraron en segundo lugar como causa de muerte, con mayor impacto sobre el sexo femenino; lo mismo ocurrió con los tumores malignos, en los cuales el predominio del sexo femenino se debe posiblemente, a la cuota que rinden los tumores localizados en el sistema genital femenino (mama, cérvix y útero y anexos), pues, al igual que ocurre con la morbilidad, un alto porcentaje de los tumores que se diagnostican y ocasionan la muerte de personas, se presenta en mujeres y en los órganos mencionados.

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, también rindieron su cuota a las defunciones en este grupo de edad, lo mismo que la tuberculosis y los estados carenciales (Cuadro 15).

Mortalidad en personas mayores de 45 años

Caracterizan la mortalidad en estas personas todas aquellas enfermedades de tipo degenerativo, tales como los problemas circulatorios (infartos, arterioesclerosis) y los tumores malignos que aparecen en los tres primeros lugares, como causa de muerte. Se destaca que las tasas en las personas mayores de 65 años son 2 a 4 veces más altas que en aquellas cuya edad está comprendida entre los 45 y 64 años.

En los tumores, se observa todavía un moderado predominio de las tasas femeninas, fenómeno atribuido al cáncer de la esfera genital. Los accidentes, envenenamientos y violencias también figuran en esta etapa de la vida, pero descienden desde el 3o. y 4o. lugares en el grupo de 45 años, a 9o. y 7o. lugares en los mayores de 65 años.

Daños reducibles, tales como tuberculosis, los estados carenciales y las enfermedades infecciosas y parasitarias figurando en estos grupos como causa de un buen número de defunciones. El comportamiento de dichas enfermedades se presenta en el Cuadro 15.

Mortalidad por cáncer genital femenino

Al igual que en el caso de la morbilidad por cáncer genital aquí se hacen consideraciones relacionadas con las defunciones provocadas por el cáncer de

CUADRO 15. Principales causas de defunción por grupos funcionales de edad, 1965-1972 (Tasas por 100.000 habitantes).

Grupos de causa	Menores de 1 año						De 1 a 4 años						De 5 a 14 años					
	1965		1972		1965		1972		1965		1972		1965		1972			
	Pos. ^a	H ^b	M ^c	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.			
Enf. Perinatales de la Primera Infancia	1	3.203	2.405	2	1.063	805												
Enf. del Aparato Digestivo	2	1.896	1.675	3	924	782	1	315	320	1	178	180	4	22	19	2	19	17
Enf. del Aparato Respiratorio	3	1.601	1.406	1	1.149	997	2	252	282	2	149	162	5	21	20	5	14	15
Demás Enf. no incluidas en otros grupos	4	957	775	5	436	366	4	127	130	5	80	86	3	24	23	6	15	14
Otras Enf. Infecciosas y parasitarias	5	735	626	4	432	391	3	150	163	4	92	98	2	24	24	3	17	16
Malformaciones Congénitas	6	234	180	7	137	112												
Avitaminosis y otros estados carenciales. Anemias	7	115	114	6	366	319	5	118	125	3	98	103	6	15	15	4	15	15
Anquilostomiasis y otras Helminthiasis	8	73	70	10	28	29	6	62	69	7	24	26	7	9	9	10	4	3
Accidentes, envenenamientos y violencias	9	44	35	9	31	31	7	49	43	6	37	28	1	41	19	1	35	16
Tuberculosis	10	45	34	-	-	-	8	15	17	10	9	7	10	4	5	-	-	-
Enf. del Aparato Circulatorio, lesiones vasculares en el SNC	-	-	-	8	50	40	-	-	8	12	11	8	7	7	7	6	7	7
Enf. Infecciosas intestinales							9	12	13	-	-							
Enf. del Aparato Genito-Urinario							10	12	11	9	9	9	-	-	9	4	4	4
Tumores													9	6	4	8	5	5
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio																		
Enf. mentales y epilepsia																		
Enf. Glándulas Endocrinas del metabolismo y de la sangre																		

^a Pos = Posición

^b H = Hombre

^c M = Mujer

FUENTE: DANE y Departamento Nacional de Planeación, Tabulados Inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.

Grupos de Edad																							
De 15 a 24 años						De 25 a 44 años						De 45 a 64 años						De 65 y más años					
1965			1972			1965			1972			1965			1972			1965			1972		
Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.	Pos.	H.	M.
6	9	10	5	7	8	5	29	26	5	19	17	5	125	89	5	89	59	5	464	326	5	341	296
5	10	10	6	7	7	8	15	17	8	12	15	6	81	71	6	75	61	4	587	600	4	569	512
2	19	18	3	11	12	3	37	43	4	19	25	3	181	181	4	97	91	2	1,583	1,716	2	884	953
4	13	11	4	8	8	9	14	16	9	11	12	10	38	28	10	26	17						
10	6	7	10	5	5	10	11	12	10	10	12	8	51	31	8	44	27	7	205	168	6	224	167
1	141	34	1	121	34	1	195	28	1	170	27	4	189	40	3	160	33	9	233	122	7	253	132
7	6	9	9	5	6	6	26	28	6	19	13	7	65	42	7	48	25	10	145	86	10	113	61
3	16	19	2	15	17	2	44	58	2	48	57	1	380	322	1	417	350	1	2,218	2,034	1	2,860	2,684
9	7	7	7	8	7	4	22	46	3	23	39	2	185	240	2	161	212	8	214	147	8	183	134
8	0	17	8	0	13	7	0	48	7	0	27							3	739	712	3	765	756
	-	-	-	-	-																		
												9	31	45	9	25	32	6	221	204	9	115	146

la mama, del cuello uterino y sus anexos. Mientras el cáncer de la mama permaneció estacionario y el del útero y anexos mostró un discreto descenso, el cáncer del cuello uterino aumentó de 4.6 defunciones por 100.000 mujeres en 1965, a 4.9 en 1969 y a 5.2 en 1972.

Por el lógico comportamiento de este tipo de entidades, es natural observar que las tasas de defunción en los grupos de edad mayores de 45 años, sean 4 a 5 veces más altas que en los grupos más jóvenes. Las variaciones descritas se consignan en el Cuadro 16.

Mortalidad materna

Se refiere a las defunciones que se presentan como un fenómeno inherente o consecuente al embarazo y al puerperio y específicamente a las producidas por infecciones, toxemias, hemorragias del parto y el puerperio y aborto.

La tasa de mortalidad materna se define como la relación entre las defunciones provocadas por las causas enumeradas y el número de nacimientos vivos ocurridos en el período que se estudia. Clásicamente, se expresa por 1.000 nacidos vivos. Dado que las cifras halladas en el presente estudio son fracciones muy pequeñas, se presentan tasas por 10.000.

Si excluimos el rubro "Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio". "Parto sin mención de complicación", por ser demasiado inespecífico, quedan las hemorragias y las toxemias del embarazo y del parto y el aborto con sus complicaciones, como responsables de la mayor proporción

CUADRO 16. Mortalidad por cáncer genital femenino, según localización y grupos de edad. 1965, 1969 y 1972. (Tasas por 100.000 habitantes).

Localización	Grupos de edad				Total
	15-24	25-44	45-64	65 y más	
1965					
Cáncer de la mama	—	3.5	16.9	23.2	3.3
Cáncer del cuello uterino	0.2	6.1	20.1	33.6	4.6
Cáncer del útero y anexos	0.3	7.1	28.1	52.6	6.2
1969					
Cáncer de la mama	0.1	2.8	13.8	22.4	2.8
Cáncer del cuello uterino	0.1	6.1	25.3	28.7	4.9
Cáncer del útero y anexos	0.3	5.8	24.8	48.6	5.5
1972					
Cáncer de la mama	—	3.9	15.2	25.6	3.3
Cáncer del cuello uterino	0.1	6.8	23.8	38.4	5.2
Cáncer del útero y anexos	0.2	4.1	21.7	44.2	4.6

FUENTE: DANE y Departamento Nacional de Planeación, Tabulados Inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.

de defunciones maternas, con una concentración de muertes marcadamente superior en los grupos de edad comprendidos entre los 15 y los 44 años, por ser éstos los que participan en forma más aparente en la reproducción humana (Cuadro 17).

Hemorragias del embarazo y del parto

En 1965 se cuantificaron 4.8 defunciones por 10.000 nacidos vivos, descendiendo a 3.8 en 1969 y a 3.0 en 1972, datos indicativos de una apreciable reducción de la letalidad del daño. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años, con tasas 4 a 8 veces mayores que las del grupo de 15 a 24.

CUADRO 17. Mortalidad materna según causas y grupos de edad. 1965, 1969 y 1972. (Tasas por 10.000 nacidos vivos).

Causas	Grupos de edad				Total
	10-14	15-24	25-44	45-64	
1965					
— Infecciones del embarazo, parto y puerperio	—	0.6	0.9	—	1.5
— Toxemias del embarazo y del parto	—	0.8	1.7	—	2.6
— Hemorragias del embarazo y del parto	—	0.5	4.2	0.1	4.8
— Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Parto sin mención de complicación	—	2.4	7.9	0.2	10.5
— Aborto y sus complicaciones	—	0.6	1.5	0.1	2.1
1969					
— Infecciones del embarazo, parto y puerperio	—	0.3	1.0	—	1.3
— Toxemias del embarazo y del parto	—	1.3	1.8	0.1	3.3
— Hemorragias del embarazo y del parto	—	0.8	2.9	0.1	3.8
— Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Parto sin mención de complicación	—	2.1	6.1	0.2	8.4
— Aborto y sus complicaciones	—	0.7	2.1	0.1	2.9
1972					
— Infecciones del embarazo, parto y puerperio	—	0.4	0.9	—	1.4
— Toxemias del embarazo y del parto	—	1.4	1.8	—	3.3
— Hemorragias del embarazo y del parto	—	0.7	2.2	0.1	3.0
— Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Parto sin mención de complicación	—	2.6	6.8	0.2	9.7
— Aborto y sus complicaciones	—	1.2	2.3	—	3.6

FUENTE: DANE y Departamento Nacional de Planeación. Tabulados Inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.

Toxemias del embarazo y del parto

Este daño ocupó el segundo lugar como causante de defunciones, con tasas de 2.6 (1965), 3.3 (1969) y 3.3 (1972), cuyo comportamiento es indicativo de la poca reductibilidad de la entidad.

Las tasas en el grupo de 25 a 44 años fueron ligeramente superiores a las del grupo de 15 a 24.

Aborto

Ocupó el tercer lugar como causa de defunciones maternas, con tasas de 2.1 en 1965, 2.9 en 1969 y 3.6 en 1972.

Infecciones del embarazo, parto y puerperio

Las tasas de defunción por esta causa fueron siempre bajas y con comportamiento estable desde 1.5 por 10.000 nacidos vivos en 1965, a 1.3 en 1969 y 1.4 en 1972.

En los últimos casos, como en todos los anteriores, la mortalidad se concentró en el grupo de 25 a 44 años y, en el de 15 a 24, con cifras mínimas o inexistentes en los grupos restantes.

Del análisis del comportamiento de la mortalidad se extractan los siguientes hechos: los daños reducibles, como las enfermedades infecciosas intestinales y los estados carenciales, ejercen su mayor acción letal en los grupos extremos de la vida (menores de 5 años y mayores de 45). Los accidentes figuran como principal causa de defunción en las edades intermedias, predominando ampliamente en el sexo masculino. De igual manera, los tumores de tipo maligno se destacan en esta etapa de la vida, cobrando una mayor cuota entre el sexo femenino, debido a la mayor incidencia de cáncer de los órganos genitales de este sexo. Figuran en todas las etapas de la vida, enfermedades tales como la tuberculosis, las enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades de los aparatos digestivo y respiratorio, muchas de las cuales son susceptibles de ser reducidas con técnicas de prevención.

Las hemorragias y las toxemias del embarazo y del parto ocupan los primeros lugares como causantes de defunciones maternas. En tercero y cuarto puestos, se clasifican el aborto y las infecciones puerperales.

INDICADORES INDIRECTOS DEL ESTADO DE SALUD

Constituyen también un medio útil para evaluar las condiciones de salud de una comunidad, particularmente cuando se analiza su comportamiento en un período relativamente largo, ya que así se puede apreciar la tendencia global de las distintas entidades nosológicas y su efecto final sobre la salud de la población. Como se indicó anteriormente, se analizarán en este trabajo la mortalidad general, la mortalidad infantil, la mortalidad del pre-escolar, la pro-

CUADRO 18. Evolución de los indicadores indirectos del estado de salud. 1965, 1969 y 1972.

Tasas y relaciones	1965		1969		1972	
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Mortalidad General ^a	10.6	9.2	8.0	7.0	7.7	6.6
Mortalidad Infantil ^b	94.7	76.9	63.0	51.0	54.4	44.0
Mortalidad del Pre-escolar ^b	12.0	12.5	8.4	8.6	7.4	7.6
Porcentaje de defunciones en menores de 5 años sobre la mortalidad general	49.0	48.0	43.7	42.5	39.8	39.4
Porcentaje de defunciones en mayores de 50 años sobre la mortalidad general	29.0	31.9	32.9	36.0	35.6	39.1
Expectativa de vida (1963-1965) ^c	58.6	61.8				
	(1951)	(51.4)	(54.8)			

^a Tasa por 1.000 habitantes.

^b Tasa por 1.000 menores de 1 año y de 1 a 4 años respectivamente.

^c Años de vida.

FUENTE: DANE y Departamento Nacional de Planeación, Tabulados Inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.

Para la Nota c la fuente es: DANE, "Salud en Colombia".

porción de defunciones en menores de 5 años y la proporción de defunciones en mayores de 50 años en relación con la mortalidad general. Los datos se han calculado con base en tabulados del DANE¹⁴. En el Cuadro 18 se presenta la evolución de estos indicadores en los años 1965, 1969 y 1972.

Mortalidad general

La tasa bruta de mortalidad mide el total de defunciones registradas en un determinado año, en relación con la población existente en la mitad del mismo año. En su interpretación hay necesidad de tener en cuenta que se encuentra notablemente influida por la distribución de la población según edad. Así, si la población es eminentemente joven, como la colombiana, el riesgo de muerte es menor y, por tanto, ocurre un número relativamente bajo de defunciones, siendo la tasa de mortalidad baja. Por el contrario, en una población con una proporción mayor de personas en edades avanzadas el riesgo de muerte es mayor, y por tal motivo, la tasa aparece alta.

En Colombia, la tasa de mortalidad general ha descendido en los últimos años. Así, para los hombres, se ha reducido de 10.6 por mil habitantes en 1965 a 7.7 en 1972. En las mujeres, la tasa es menor e igualmente se ha reducido de 9.2 por mil a 6.6 en el mismo período. Para 1967, las tasas ajustadas de Colombia y Estados Unidos fueron de 9.5 y 5.0, respectivamente. En estas condiciones, aún cuando la población norteamericana es más vieja,

¹⁴ Ibid.

presenta una tasa más baja, debido a sus mejores condiciones de salud y de vida¹⁵.

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil se refiere al número de defunciones en niños menores de 1 año, con relación a los nacidos vivos en el mismo año. Está notablemente influenciada por el nivel de nutrición de la población, el saneamiento del medio y el nivel de protección materno infantil.

Como la tasa anterior, ha descendido en forma significativa en los últimos años. En efecto, para los hombres ha variado de 94.7 por mil nacidos vivos en 1965, a 54.4 en 1972 y de 76.9 a 44.0, para las mujeres, en el mismo período. Nuevamente aquí se observan menores tasas en las mujeres. En 1967 la tasa de mortalidad infantil para Colombia fue de 78.3, mientras que la de Estados Unidos fue de 22.4¹⁶.

Cabe destacar que la mayoría de las defunciones en niños menores de un año ocurren en Colombia por causas que son fácilmente prevenibles.

En los Estados Unidos, las defunciones en este grupo ocurren principalmente por causas genéticas y problemas relacionados con el parto, razón por la cual son de difícil prevención.

Mortalidad del preescolar

La tasa de mortalidad del preescolar corresponde al número de defunciones en niños de 1 a 4 años, con relación a la población del mismo grupo de edad. Se utiliza particularmente como un indicador del estado nutricional de una población. Las causas de mortalidad en este grupo están directamente relacionadas con las condiciones del ambiente que pueden ser prevenidas o controladas.

Similar a lo dicho anteriormente, esta tasa ha presentado una importante reducción en los últimos años. Para los hombres ha descendido de 12.0 por mil en 1965 a 7.4 en 1972. Para las mujeres se ha reducido de 12.5 a 7.6 en el mismo período. Para los Estados Unidos, en 1965, esta tasa fue de 0.9 por mil¹⁷. Se considera que una tasa cercana al 10 por mil es indicativa de un grave problema nutricional en la comunidad¹⁸.

Proporción de defunciones en menores de 5 años

Corresponde también a un indicador de estado nutricional y de salud en general de la población. Su tendencia en los últimos años ha sido, igualmen-

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ F. Pardo y otros, *El Problema nutricional y Alimentario de Colombia*.

te, descendente en forma significativa. Así, para los hombres se ha reducido de 49.0% a 39.8% y en las mujeres de 48.0% a 39.4% en el período 1965-1972. Para los Estados Unidos en 1968 esta proporción fue solo 4.6%¹⁹.

Proporción de defunciones en mayores de 50 años

Contrariamente a lo observado en los anteriores indicadores, la proporción de defunciones en mayores de 50 años ha ido aumentando en los últimos años. Para los hombres el incremento fue de 29.0% a 35.6% en el período 1965-1972 y en las mujeres de 31.9% a 39.1% en el mismo período. En los países desarrollados esta proporción supera el 50%.

Del análisis de los indicadores indirectos anteriormente descritos, se puede concluir que su tendencia, con excepción del último, ha sido francamente descendente en los últimos años, como resultado de mejores condiciones de salud y vida de la población.

Por último cabe destacar que la mujer contribuye con el 47% del total de defunciones, sin que se aprecien diferencias significativas en la zona urbana o rural. A su vez, el 69% de las defunciones se presenta en zona urbana y el restante 31% en la rural.

Por otra parte, es bueno expresar que el 68% de las defunciones se registran con atención médica y el restante 32% no recibe ningún tipo de atención. Estos porcentajes varían ligeramente en relación con los grupos de edad extremos, pues en los menores de 1 año, la proporción desciende hasta 64% con atención médica y sube hasta 69% en los mayores de esta edad. Por sexos, la información registra una discreta diferencia en favor de los hombres, ya que de todas las defunciones que informan atención médica, el 56% corresponde a hombres y el 44% a mujeres.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas*.

ATENCION MEDICA

Teniendo en cuenta la participación de la mujer en todas las actividades de la vida de un país y de Colombia en particular, es importante estudiar la forma como ella hace uso de los bienes y servicios del Estado, especialmente en lo relacionado con los recursos de salud.

En la Investigación Nacional de Morbilidad, se puede deducir la participación de la mujer en la demanda de atención ambulatoria, hospitalaria y de atención del embarazo y del parto²⁰.

ATENCION AMBULATORIA

Es la expresión tangible de la necesidad sentida de atención médica, la cual a su vez refleja, en forma indirecta, la morbilidad de una comunidad. Con base en la afirmación anterior, se destaca que según los resultados de la Investigación, de cada 1.000 personas 387 manifestaron haberse sentido enfermas y, de ellas, sólo 88 consultaron por su enfermedad: 63 al médico y el resto a otro personal no médico (enfermeras, farmacéutas, teguas, amigos, etc.).

Se encontró igualmente que existe un predominio de las mujeres sobre los hombres en la demanda de atención ambulatoria, en una proporción casi dos veces mayor, supremacía representada por las consultas que generan el embarazo y el puerperio normales.

De igual manera se vió que las personas de zona urbana, con un nivel educativo alto y mayores ingresos, demandan más consulta.

Por otra parte, los fenómenos fisiológicos relacionados con la gestación, originaron el mayor número de consultas, hasta el punto de que el rubro denominado "Embarazo y Puerperio" ocupó el primer lugar, particularmente en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años de edad.

²⁰ Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. ASCOFAME. "Estudio de Recursos Humanos. . ."

Conviene destacar que de cada 100 consultas "obstétricas", 89 correspondieron a gestantes y puerperas en estado normal y las restantes a complicaciones del embarazo y el pos-parto.

El cuarto lugar como generador de consulta médica ambulatoria lo ocupó el daño "Enfermedades del Aparato Genito-urinario", en el cual, el 64% de la demanda fue originado por el sexo femenino. Pero en el grupo de edad de 15 a 44 años, dicho daño ocupó el segundo lugar.

Todo lo anterior permite concluir que el sexo femenino, en cualquier grupo de edad, origina un mayor porcentaje de demanda de atención ambulatoria, especialmente por aquella patología que se relaciona con la esfera genital.

ATENCION HOSPITALARIA

Constituye la demanda institucional originada en la ambulatoria. De las 367 personas que dijeron haberse sentido enfermas, 88 consultaron y sólo 2 (2 por mil) ameritaron hospitalización.

Es un hecho manifiesto que las mujeres se hospitalizan más que los hombres en cualquier época de la vida, pero en el grupo etario comprendido entre los 15 y 44 años, las tasas de hospitalización son tres veces mayores, lo cual se explica porque en este grupo la atención del parto y sus complicaciones son responsables de la mayor proporción de egresos hospitalarios.

La zona urbana exhibe tasas de hospitalización mayores, lo cual es igualmente cierto cuando se comparan grandes concentraciones urbanas con pequeños conglomerados de población.

Entre las causas de hospitalización se anota nuevamente, que el "Embarazo, parto y puerperio normales" representan una tercera parte del total de hospitalizaciones, proporción que aumenta con el grado de urbanización.

Otra importante causa de hospitalización la constituye los "Accidentes", los cuales son tres veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres y menores en personas procedentes de la zona rural.

En cuanto a hospitalizaciones para intervenciones quirúrgicas y para tratamiento de otra patología, no se aprecian diferencias manifiestas entre los sexos.

Finalmente, vale anotar que en relación con la permanencia de los pacientes hospitalizados, el promedio general para el país fue de 10 días de hospitalización por paciente y por año, destacándose, de la misma manera, que el promedio de permanencia para la atención de pacientes obstétricas fue tres veces menor que el promedio general. Esto demuestra que si bien la atención del parto es responsable de un mayor porcentaje de hospitalizaciones, si se establece comparación con otra patología, no es responsable de un número de días de hospitalización igualmente grande.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL PARTO

Ya se ha descrito cómo la mujer es la responsable de cerca del 70% del total de hospitalizaciones y cómo la atención hospitalaria del parto y de sus complicaciones constituye aproximadamente la tercera parte del total de los egresos.

Atención durante el embarazo

Aproximadamente el 50% de los embarazos terminados en un período de 1 año recibe atención por parte del médico, sin importar la forma cómo termine el embarazo ni la edad de la gestante. Dicha atención aumenta en relación directa con el grado de urbanización, notándose que en el área rural la atención cubre apenas el 31% de los embarazos; aumenta al 60% en las localidades intermedias y alcanza un 70% en las ciudades grandes. En el Distrito Especial de Bogotá la proporción fue de 78%.

El ingreso familiar juega también un papel determinante en la atención del embarazo, puesto que ésta aumenta en relación directa con los niveles de ingreso, desde un 30% en los grupos con ingresos inferiores a los \$ 3.600, hasta un 86% en los grupos con ingresos superiores a los \$ 30.000. La misma afirmación es válida para los niveles de instrucción, puesto que a mayor instrucción, mayor demanda de atención médica para el embarazo.

Atención del parto

Del total de partos ocurridos en 1 año, únicamente el 34% recibió atención por parte del médico, 55% por comadrona o enfermera y el 11% restante por otras personas. La proporción de atención por parte del médico fue dos veces mayor en los casos en los cuales el producto del parto fue un nacido muerto.

Únicamente el 37% de los partos ocurrió en instituciones hospitalarias lo que muestra la baja cobertura institucional de dicho riesgo. La atención del parto también varía en función de la zona de residencia de la madre, de tal modo que en las grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali), el médico atiende el 76% del total de partos, 41% en las ciudades intermedias y únicamente el 16% en el área rural.

De otra parte, en las regiones Oriental, Atlántica y Pacífica, apenas un 25% de los partos es atendido por el médico; 35% en la región Central, alcanzando el máximo en el Distrito Especial de Bogotá, con un 85%. La atención del parto aumenta en forma consistente con el grado de instrucción y con el ingreso familiar anual.

Atención del aborto

Por sus condiciones patológicas, el aborto recibe mayor atención institucional y profesional. El 56% del total de abortos recibió atención médica,

mientras que el porcentaje restante fue atendido por otras personas. Así mismo, aproximadamente la mitad de los abortos fue atendida en instituciones hospitalarias, casi todos ellos por el médico.

En la zona urbana, como es de esperar, el médico atiende mayor proporción de abortos que en la rural (66 y 35% respectivamente).

Con el incremento en los ingresos aumenta la atención del aborto (43% en los niveles inferiores y el 72% en los más elevados). Las mujeres con mejor instrucción demandan mayor atención en casos de aborto, (48% de los abortos reciben atención en los grupos de mujeres sin instrucción, 54% en las de educación primaria y 76% en las de educación superior).

A modo de recapitulación, se destaca que, en términos generales, la mujer causa mayor demanda de atención médica: 70% de las consultas y más del 50% de las hospitalizaciones. Tanto en aquellas como en éstas, el rubro responsable de mayor número de actividades es el del "Embarazo, parto y puerperio", normal o complicado, lo mismo que la patología ubicada en la esfera genital.

Las mujeres residentes en zona urbana, de las regiones Central y del Distrito Especial de Bogotá y las de mayor grado de instrucción y mejores ingresos anuales son las que más intensamente consultan y utilizan los servicios médicos y paramédicos, bien sean estatales y privados.

EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER

La expectativa de vida al nacer es la probabilidad de supervivencia que tiene la población, de acuerdo con las tasas de mortalidad específica por edad observadas en dicha población.

De la publicación "Salud en Colombia", elaborada por el DANE²¹ se toma la información que se presenta en el Cuadro 18 de cuyo estudio se puede concluir que:

—La expectativa de vida al nacer, tal como era de esperar, es mayor en las mujeres que en los hombres.

—Entre 1951 y 1965 se presentó una ganancia de 7 años en la expectativa de vida al nacer, tanto en los hombres como en las mujeres.

—La expectativa promedio de vida para el total de la población en el último período fue de 56.7 años.

—Finalmente, cabe destacar que el aumento en la expectativa de vida observada anteriormente se debe, entre otros factores, a la mejoría de las condiciones de salud, y en general, de vida de la población.

²¹ DANE, "Salud en Colombia", Boletín Mensual de Estadística 244 (noviembre, 1972).

PROGRAMAS DE SALUD QUE FAVORECEN A LA MUJER

En Colombia se realizan una serie de programas que directa o indirectamente favorecen la salud de la mujer. Se describirán los programas que desarrollan el Ministerio de Salud Pública, PROFAMILIA, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y otras instituciones.

PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD

Al comienzo, los programas gubernamentales estuvieron dirigidos principalmente a erradicar las enfermedades transmisibles, a través de programas de saneamiento ambiental (provisión de agua potable, alcantarillado y recolección de basuras), campañas de vacunación y aislamiento de personas con enfermedades altamente comunicables. Más adelante los enfoques fueron cambiando hacia una concepción mucho más amplia de la salud pública.

En 1968 se promulgó un Plan Decenal de Salud²² en el cual se incluyeron políticas que fijaron prioridades a las acciones de fomento de la salud y prevención de enfermedades. En 1972 se fijaron nuevas políticas dentro del Plan Trienal de Desarrollo²³, las cuales se refieren principalmente a la ampliación de los niveles de cobertura de los servicios de salud correspondientes al sub-sector público, especialmente las relacionadas con la protección de la madre y el niño, a la conservación de los niveles alcanzados en la erradicación y control de las enfermedades transmisibles, y por último, al incremento de los programas de saneamiento básico.

En 1974 el Gobierno Nacional rediseñó el sistema nacional de salud, con el fin de modificar la estructura del sector y transformarlo en un elemento dinamizador del desarrollo económico y social del país.

El funcionamiento del nuevo sistema está regido por políticas y estrategias consignadas en el documento "Desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la Política Nacional de Salud", Elaborado por el Ministerio de Salud Pública

²² Ministerio de Salud Pública, Plan Decenal de Salud.

²³ Departamento Nacional de Planeación, Plan Trienal de Desarrollo.

y publicado en marzo de 1975²⁴. Entre las políticas se destaca la correspondiente al desarrollo de actividades materno infantiles, que se enuncia en la siguiente forma: “Los programas prioritarios se determinarán en función del riesgo que afronta la comunidad y para ello se dará prioridad a los grupos de población con mayor proporción de menores de 15 años; al núcleo materno infantil y al núcleo laboral”.

La política de salud adoptada por el Gobierno se ejecutará a través de 10 programas, de los cuales el primero, “Atención a las personas”, interesa en forma particular desde el punto de vista de la salud de la mujer. En efecto, las políticas específicas para este programa establecen, entre otras acciones, “contribuir a disminuir la morbilidad y la mortalidad maternas, condicionadas especialmente por multiparidad, aborto y cáncer cérvico-uterino”.

Entre los objetivos del programa “Atención a las personas” se señala, como de especial interés para la mujer, la reducción de la mortalidad materna entre un 9 y un 15% de la tasa prevalente.

Del análisis de la política de salud adoptada por el Gobierno Nacional se puede concluir que en ningún momento es discriminatoria para la mujer y que por el contrario, plantea acciones específicas que la favorecen, como las relacionadas con el programa de protección materno infantil, cuya organización, funcionamiento y evaluación, se presentan a continuación.

PROGRAMA DE PROTECCION MATERNO INFANTIL

Antecedentes

Como se apreció en el análisis de la política de salud, la atención de la madre y el niño ha recibido prioridad por parte de los gobiernos en los últimos años. En efecto, los centros de salud estatales han dedicado la mayor parte de sus recursos de atención médica a proteger este importante grupo de población.

En 1968 el Ministerio de Salud Pública, con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, creó el Programa de Salud Materno Infantil, como respuesta a la precaria condición de salud de este grupo, identificada a través del Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica, en el cual se puso de presente que el cincuenta por ciento del total de las muertes ocurría en niños menores de 5 años, que existía una alta prevalencia de desnutrición infantil, que entre las seis primeras causas de hospitalización figuraba el aborto y finalmente, que la tasa de mortalidad materna era de 2.4 por 1.000 nacidos vivos.

En 1969 se iniciaron las actividades del programa utilizando la estructura de los niveles de atención médica establecidos por el Ministerio de Salud Pública, es decir, nacional, seccional y local.

²⁴ Ministerio de Salud Pública. Desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La política Nacional de Salud.

Organización del programa

Nivel Nacional

El nivel nacional es responsable del Diagnóstico de la situación de salud materna e infantil, así como de la planeación, normalización técnica y administrativa, la supervisión y evaluación del programa; por otra parte, lleva a cabo el adiestramiento del personal requerido.

Hasta 1974 las funciones descritas fueron realizadas por el Grupo Materno Infantil, el cual pasó a constituir la División Materno Infantil y Dinámica de Población, dependiente de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud.

Nivel Seccional

En el nivel seccional el programa es coordinado por un grupo constituido por un médico, una enfermera materno infantil, una secretaria pagadora y una auxiliar de adiestramiento y educación.

Nivel Local

Está constituido por los recursos locales de salud (hospitales, centros y puestos de salud).

Objetivos para el período 1974-1977

Los siguientes objetivos han sido planteados para el período señalado:

—Aumentar progresivamente la atención materno infantil, con el fin de alcanzar en los cuatro años las siguientes coberturas:

De embarazadas	65%
De púerperas	40%
De niños menores de 1 año	70%
De niños de 1 a 4 años	40%
De niños de 5 a 14 años	30%

—Lograr el ingreso al Programa de 100.000 nuevas aceptantes de planificación familiar en 1974, 130.000 en 1975, 160.000 en 1976 y 210.000 en 1977.

—Mantener activas el 50% de las solicitantes acumuladas de planificación familiar.

—Extender en los tres primeros años la atención materna en el post-parto a 96 hospitales regionales.

—Contribuir a la detección precoz del cáncer genital femenino con 300.000 mujeres.

—Reforzar el adiestramiento de personal, la dotación de equipo clínico y audiovisual.

—Reforzar el sistema de control y evaluación.

Recursos financieros

Para el cumplimiento de los objetivos anteriormente señalados se ha estimado un presupuesto de \$ 180 millones que aportará el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y \$ 255 millones que aportará el Gobierno Nacional.

Resultados del programa en el período 1969-1974

Cobertura geográfica

En 1969 el Programa se llevó a cabo en 185 municipios y en 1974 llegó a cubrir 787, lo que representa una cobertura geográfica del 86% sobre un universo de 916 municipios.

Cobertura de beneficiarios

Conviene señalar que el universo de beneficiarios establecido por el Ministerio de Salud Pública corresponde al 72% de la población en cada grupo objetivo (madres embarazadas, lactantes, pre-escolares y escolares). Se supone que el resto de la población (28%) está cubierta por otros servicios estatales o privados.

En el Cuadro 19 se muestra la evaluación de la atención de embarazadas en el período 1970-1974. Para el primer año, el número de madres atendidas fue solamente del 7% en relación con el universo de madres que debe atender el Ministerio de Salud Pública, mientras que para 1974 la proporción ascendió al 42%. En relación con los niños menores de un año, en 1970 sólo se cubrió el 9%, en tanto que para el último año la cobertura llegó al 57% (Cuadro 20). En los niños de 1 a 4 años la atención cubrió inicialmente el 3%, para ascender a 24% en 1974 (Cuadro 21). En los niños escolares el incremento en la atención ha sido menos notorio, pasando de 8% en 1970 a 15% en 1974.

Planificación Familiar

Cuando se analiza el número de mujeres que ingresaron por primera vez al programa cada año, y el número de mujeres en edad fértil que constituyen

CUADRO 19. Evaluación de la atención de embarazadas. Programa materno-infantil. 1970-1974.

Años	Embarazadas atendidas por primera vez	Embarazadas que debe atender Minsalud	Porcentaje de cobertura
1970	51.522	689.394	7
1971	70.938	713.626	10
1972	127.081	738.918	19
1973	247.196	771.743	32
1974	332.524	792.814	42

CUADRO 20. Evaluación de la atención a menores de un año. Programa materno-infantil. 1970-1974.

Años	Niños atendidos por primera vez	Niños que debe atender Minsalud	Porcentaje de cobertura
1970	57.010	599.935	9
1971	80.820	621.018	13
1972	158.732	643.028	25
1973	311.972	671.594	46
1974	395.971	689.920	57

el universo potencial que debe atender el Ministerio de Salud Pública se ve que las coberturas son todavía muy bajas pero cabe destacar el gran esfuerzo que se ha venido realizando en este campo, pues el número de atendidas por primera vez ha ascendido de 71.292 en 1970 a 147.374 en 1973.

En Desarrollo de esta actividad se estudian algunas de las características de las usuarias del Programa en los años 1970, 1973 y 1974, las cuales se presentan en el Cuadro 22. Se aprecian cambios en cuanto a edad, escolaridad, número de hijos vivos, abortos y otras características, al comparar los tres años señalados. En relación con el método de planificación seleccionado por las usuarias, se observa una preferencia por el anovulatorio. Entre el primer semestre de 1970 y el primer semestre de 1974 se presentó una disminución en la escogencia del DIU del 41% al 30%, en tanto que aumentó la preferencia por los anovulatorios del 54% al 66%.

Actividades de auxiliares de enfermería

En 1974 las auxiliares de enfermería del Programa realizaron 75.588 controles a embarazadas, 105.396 controles a usuarias de anovulatorios, 72.833 controles a niños menores de un año y 80.772 controles a niños de 1 a 4 años, para un gran total de 334.589 controles.

Actividades de promotoras rurales de salud

En desarrollo del Programa, la promotora rural de salud debe promover la utilización de los servicios de salud, así como dar algunos servicios de salud a la población rural dispersa.

CUADRO 21. Evaluación de la atención de niños de 1 a 4 años. Programa materno-infantil. 1970-1974

Años	Niños atendidos por primera vez	Niños que debe atender Minsalud	Porcentaje de cobertura
1970	75.905	2.168.979	3
1971	119.711	2.245.220	5
1972	250.414	2.324.792	11
1973	450.340	2.428.068	18
1974	595.152	2.494.362	24

FUENTE: Ministerio de Salud Pública, **Evaluación del Programa Materno-Infantil, 1969-1974.**

CUADRO 22. Características de nuevas aceptantes de planificación familiar en el Programa Materno-Infantil. Primer semestre de 1970, segundo semestre de 1973 y primer semestre de 1974.

Características	Primer Semestre 1970	Segundo Semestre 1973	Primer Semestre 1974
Promedio de edad (años)	28.6	27.0	26.7
Procedencia zona urbana %	65	72	73
Procedencia zona rural %	35	29	27
Educación más de primaria %	15	13	13
Promedio de embarazos	5.9	4.9	4.7
Promedio de hijos vivos	4.6	3.9	3.8
Promedio de abortos	0.9	0.7	0.5
No quiere tener más hijos %	77	67	65
Desea espaciar %	27	30	30
Información del servicio (en porcentaje):			
Personal salud	46	36	34
Amigos, parientes	24	32	30
Centro de salud	24	21	23
Motivadora-Promotora	1	8	9
Medios comunicación masiva	5	2	2
Otras	1	1	2
Promedio de años de unión matrimonial	9.6	8.1	—
Promedio de edad marido o compañero (años)	34.6	32.8	—
Método escogido (en porcentaje):			
Anovulatorio	54	63	66
DIU	41	33	30
Otros métodos	5	4	5
Casos incluidos en el estudio	18.478	36.140	43.283

FUENTE: Ministerio de Salud Pública, **Evaluación del Programa Materno-Infantil, 1969-1974.**

Adiestramiento de personal

Se ha adiestrado un total de 8.595 personas desde 1969. En 1974 se adiestraron 2.212 personas, la cifra más alta de los seis años del Programa.

Otras actividades

En 1974 se realizaron 3'744.788 consultas y 153.374 citologías vaginales. Además, se realizaron actividades de educación y promoción, al igual que en los años anteriores.

Para terminar el resumen del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, es conveniente señalar que la información aquí presentada fue obtenida del Informe de Evaluación del Programa, correspondiente al período 1969-1974, el cual fue preparado en marzo de 1975²⁵.

Del análisis de las actividades realizadas se deduce que el Programa viene realizando una importante labor en favor de la madre y el niño colombiano.

²⁵ Ministerio de Salud Pública, **Evaluación del Programa Materno Infantil, 1969-1974.**

PROGRAMAS DE PROFAMILIA

La Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana, fundada en 1965, se define como “el esfuerzo privado de la Planificación Familiar en Colombia”. Sus objetivos y actividades se presentan a continuación.

Objetivos

PROFAMILIA tiene los siguientes objetivos, tomados del Informe de Labores correspondiente a 1973²⁶:

- Lograr el cambio de actitud de la comunidad con respecto al tamaño de la familia.
- Proporcionar instrucción respecto a la planificación familiar, paternidad responsable, fisiología de la reproducción, educación sexual y prevención del aborto.
- Suministrar servicios de planificación familiar a las personas que lo soliciten, especialmente dentro de las clases más necesitadas.
- Apoyar instituciones de utilidad común que inicien movimientos de planificación familiar.
- Crear sociedades de planificación familiar en las diferentes regiones del país.
- Elaborar manuales sobre planificación familiar y distribuir material educativo.
- Llevar a cabo investigaciones sobre planificación familiar.
- Contribuir al diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y su seguimiento.
- Realizar actividades de prevención del aborto.
- Promover a nivel del Gobierno y de las instituciones oficiales y semioficiales, la realización de actividades de planificación familiar dentro de sus programas de salud.

Para el cumplimiento de los objetivos anteriores PROFAMILIA cuenta con 40 Centros de Planificación Familiar localizados en las principales ciudades del país.

Actividades

Los datos de los Informes de Labores correspondientes a 1973 y 1974²⁷ muestran que, desde la fundación de la Institución, se han realizado 1'794.696

²⁶ PROFAMILIA, Informe de Labores de 1973.

²⁷ PROFAMILIA, Informe de Labores de 1974.

consultas-relacionadas con anticoncepción, 699.126 citologías, 3.785 vasectomías y 3.912 esterilizaciones femeninas.

Conviene destacar que PROFAMILIA realiza otras actividades, además de las mencionadas anteriormente, entre las cuales se cuentan: información y educación, distribución de anticonceptivos, organización de voluntariado, investigación científica, capacitación y adiestramiento de personal en planificación familiar.

Si se tiene en cuenta que el desmesurado crecimiento de la población colombiana está contribuyendo a la severidad de los problemas de desempleo, vivienda, educación, salud y nutrición, para sólo mencionar los más relevantes, se tiene que concluir que PROFAMILIA viene realizando una labor destacada en el sentido de proporcionar a numerosos colombianos la información y los medios para ejercer una paternidad consciente y responsable.

PROGRAMAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Entre los numerosos programas que realiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el de Educación Nutricional y Complementación Alimentaria merece comentarse, por favorecer en forma directa la salud de madres embarazadas y en período de lactancia, así como de niños lactantes, preescolares y escolares.

El Instituto ha establecido como primera prioridad en el programa mencionado, a las madres en el último trimestre de embarazo y seis primeros meses de lactancia, teniendo en cuenta que durante este período se produce el máximo crecimiento del sistema nervioso central del niño y que cualquier tipo de privación nutricional o de otra naturaleza, particularmente de carácter afectivo, puede ocasionar retardo irreversible en el desarrollo intelectual del niño.

El programa se lleva a cabo a través de los servicios gubernamentales de salud de todo el país, en coordinación con el Programa de Protección Materno Infantil anteriormente descrito. Cada madre recibe un complemento alimentario de significativo valor nutricional, para elevar el aporte de calorías y nutrientes hasta las cantidades recomendadas. Conviene señalar aquí que los requerimientos nutricionales se encuentran aumentados en este grupo de población y que las madres durante este período usualmente continúan consumiendo la dieta tradicional, que de por sí es insuficiente e inadecuada.

Para 1975 se ha programado cubrir un total de 302.334 madres, lo cual representa un 43% de las madres que requieren de este tipo de complementación alimentaria. Se ha previsto incrementar en forma significativa la cobertura de madres para los próximos años y se estima que en 1979 se beneficiará el 80% del total de madres que necesitan de este programa.

OTROS PROGRAMAS

La Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina realizan programas que directa o indirectamente favorecen la salud de la mujer colombiana, entre los cuales se destacan los de educación sobre planificación familiar, investigación científica y capacitación y adiestramiento de personal.

LA ATENCION MEDICA Y LAS RELACIONES DE LA SALUD CON EL TRABAJO

La parte anterior de este estudio utilizó información secundaria proporcionada por la Investigación Nacional de Morbilidad que realizaron el Ministerio de Salud y Ascofame, así como otras estadísticas de estas mismas entidades y del DANE. Como estas fuentes permiten hacer un análisis que refleja la situación de salud de la mujer colombiana, la encuesta de ACEP se limitó a explorar dos puntos muy específicos, a saber:

1. Demanda de atención médica y hospitalaria durante el último año y su relación con el ingreso.
2. Tiempo de trabajo perdido por la mujer a causa de enfermedad.

En cuanto a demanda de atención médica en el último año, las cifras permiten llegar a conclusiones poco alentadoras en lo tocante con la cobertura y la solicitud de servicio médico. En efecto, el 24 por ciento de las mujeres encuestadas respondió que no había consultado en ninguna oportunidad en el último año. Para los hombres esta cifra fue del 42 por ciento. Ambos guarismos parecen elevados si se tiene en cuenta que la encuesta fue urbana y se supone que en este medio existe el recurso de salud. Tal situación no se explica sino por desconocimiento del servicio o por desconfianza en el mismo, sobre todo cuando se trata de médicos del gobierno. Por lo contrario, el 76 por ciento de las mujeres consultó en alguna ocasión en el último año. Esta tasa concuerda con las cifras de morbilidad²⁸ en las cuales las consultas por embarazo, aborto y enfermedades del aparato genito-urinario femenino ocupan lugar primordial. Sin embargo, en edades entre los 24 y 44 años, parece ser que la consulta de planificación familiar ha venido reemplazando a la consulta perinatal. Contrastan estas cifras con las del sexo masculino en donde solamente el 58 por ciento de los hombres ha consultado en el último año y la mayor frecuencia corresponde a los accidentes, envenenamientos y violencias²⁹.

²⁸ Véase la parte sobre morbilidad, pág. . .

²⁹ Véase Cuadro 13.

CUADRO 23. Demanda de atención médica entre octubre 1974 y octubre 1975 por sexo. (en porcentajes).

Tipo de consulta		Número de consultas				Total
		Ninguna	1 ó 2	3 ó 4	5 ó más	
Médicos del Gobierno	Mujeres	60	19	9	12	100
	Hombres	68	17	7	8	100
Médicos Privados	Mujeres	63	18	9	10	100
	Hombres	76	14	4	6	100
Enfermeras Farmaceutas Teguas	Mujeres	95	3	1	1	100
	Hombres	98	1	1	0	100

FUENTE: ACEP, Muestra urbana, estudio sobre la Participación de la Mujer.

En el Cuadro 23, demanda de atención médica, el 100 por ciento corresponde al 76 por ciento de mujeres que consultaron y al 58 por ciento de los hombres que también lo hicieron, en el último año.

Llama la atención, en primer término, que el 60 por ciento de las mujeres no consultó a los médicos del Gobierno. Para los hombres esta cifra alcanza al 68%, lo que implica una subutilización de los recursos oficiales. Sin embargo, los porcentajes se hacen más altos cuando se trata de los médicos privados (63 y 76% respectivamente). Estas cifras pueden indicar que existe automedicación con todas las implicaciones que esta práctica trae consigo.

De las mujeres que consultaron, el 40 por ciento lo hicieron a médicos del Gobierno y el 37 por ciento a médicos privados. En relación con los hombres, estos porcentajes son más bajos: el 32 por ciento utilizó médicos del Gobierno y solamente el 24 por ciento consultó médicos privados. La asis-

CUADRO 24. Sitio de la última consulta, por sexo. (en porcentajes).

Lugar	Mujer	Hombre
Hospital	25	25
Puesto de Salud	21	18
Clínica	9	15
Consulta Privada	38	35
Otro lugar	4	5
Total	100	100
N =	3.200	1.800

FUENTE: ACEP, Muestra Urbana, estudio sobre la Participación de la Mujer.

tencia a los servicios de salud tanto privados como del gobierno, durante el año, es mayor en la frecuencia de 1 a 2 veces, en la mujer que en el hombre. Contra lo esperado, el volumen de consultas a enfermeras, teguas y farmacéutas fue sumamente bajo y solamente alcanzó un 5% para las mujeres y un 2% para los hombres.

El 46 por ciento de las mujeres y el 43 por ciento de los hombres utilizaron los servicios del hospital o del puesto de salud. No se puede establecer si cuando se habla de clínica, ésta es privada o es un servicio del Estado. El 38% de las mujeres y el 35% de los hombres, acudieron a consulta privada. Los porcentajes que corresponden a la consulta privada, en este cuadro, no coinciden con la consulta a médicos privados en el cuadro 23. Probablemente se debe a que el servicio médico y la consulta en general tienen un costo de acuerdo con la clasificación socio-económica del paciente, y es posible que éste, al pagar la consulta en el hospital la considere como consulta privada. Igual situación puede ocurrir cuando se pagan los servicios de hospitalización y el paciente habla de "clínica" cuando se trata de hospital.

HOSPITALIZACION

Del total de mujeres el 14% había recibido hospitalización y entre los hombres solamente el 6%. Esta proporción de hospitalizaciones debe corresponder, en el caso femenino (14%), a maternidad y afines (aborto) y es dos veces mayor que la del hombre, a pesar de que éste tiene una mayor tasa de afiliación a las entidades de seguridad social.

En porcentajes muy altos, 80 en las mujeres y 61 en los hombres, la población investigada no está afiliada a ningún sistema de seguridad social. En la mujer se explica porque no hay afiliación al I. C. S. S., sino para empleadas y obreras de empresas afiliadas a estas categorías ocupacionales que de acuerdo con la condición laboral estudiada en el área de trabajo, tienen una proporción muy pequeña de la población femenina. Por ejemplo, la emplea-

CUADRO 25. Seguridad social, por sexo (en porcentajes).

Instituciones	Mujer	Hombre
Sin afiliación	80	61
I.C.S.S.	9	26
Caja de Previsión	4	6
Privado	2	3
CAFAM	3	2
Otros	2	2
Total	100	100
N =	3.374	2.157

FUENTE: ACEP, Muestra Urbana, estudio sobre la Participación de la Mujer.

da de servicio doméstico no tiene afiliación. Sin embargo, es notorio que el hombre, también en un porcentaje muy elevado, no tiene afiliación, aunque se supone que participa activamente en la fuerza laboral. Esto puede explicarse porque el seguro no ha llegado sino a ciudades grandes e intermedias y a los centros industriales.

Los porcentajes de afiliados a las Cajas de Previsión no parecen reflejar la realidad, toda vez que el Magisterio, por ejemplo, se supone cubierto por las cajas de previsión nacionales, departamentales y distritales, con una gran proporción de mujeres en esta actividad; a esto habría que sumar la inmensa burocracia que debe estar incluida en la protección de las cajas.

A pesar de que los seguros privados muestran porcentajes bajos, 2% mujeres y 3% hombres, reflejan una tendencia, probablemente de estrato social medio alto, a buscar una protección médica permanente.

Se puede observar una secuencia ascendente en la asistencia a los médicos privados o del Estado a medida que aumenta el ingreso, tanto en los hombres como en las mujeres. O sea, que a mayor ingreso, mayor demanda de asistencia médica. Las personas con ingresos mayores de \$2.000 asisten más a médicos privados que a médicos del Gobierno. Sin embargo, esta conclusión no puede considerarse definitiva ya que las diferencias de los porcentajes son muy bajas y además parece ser que las entrevistadas no diferenciaron bien al médico hospitalario del médico privado. La consulta totalmente gratuita casi no existe y, es posible que, aunque el pago sea mínimo, éste haya condicionado la conceptualización de la consulta privada.

CUADRO 26. Tipo de asistencia al médico por sexo y por ingreso del hogar (en porcentajes).

Niveles de Ingreso		Gobierno			Privados		
		Van	No van	Total	Van	No van	Total
- 2.000	H	50	50	100	46	54	100
	M	48	52	100	39	61	100
2.000-5.000	H	69	31	100	70	30	100
	M	72	28	100	74	26	100
5.001-10.000	H	89	11	100	91	9	100
	M	87	12	100	92	8	100
+10.000	H	92		100	93	7	100
	M	92		100	95	5	100
						NH =	1.896
						NM =	2.892

FUENTE: ACEP, Muestra Urbana, estudio sobre la Participación de la Mujer.

CUADRO 27. Causas y días perdidos de trabajo por categoría ocupacional^a (en porcentajes).

Causa	Días	Categorías ocupacionales			
		1 Obrero Jornal	2 Empleada	3 Trabajador Independiente	4 Trabajador Familiar
Enfermedad	1 ó 2	60	70	40	
Otra causa		40	30	60	100
Total		100	100	100	100
Enfermedad	3 ó más	78	47	37	33
Otra causa		22	53	63	67
Total		100	100	100	100

^a Se eliminó la categoría "patrón-empleador" por tener una representación muy baja.

FUENTE: ACEP, Muestra Urbana, estudio sobre la Participación de la Mujer.

La inasistencia al trabajo por uno o dos días se produce en las dos primeras categorías de ocupación (obrero-jornalera, empleada), especialmente por causa de enfermedad personal (60-70 por ciento), en la tercera y cuarta categorías (trabajador independiente y familiar) por "otras causas" que pueden ser enfermedad de los familiares, problemas domésticos, etc.

En los motivos de inasistencia al trabajo por 3 días o más, se encontró que la mayoría de las veces la obrera o jornalera deja de asistir por enfermedad personal (78%). La empleada, por enfermedad personal y por "otras causas" y el trabajador independiente y familiar lo hace sobre todo por causas diferentes a la enfermedad personal (63-67%).

La legislación laboral admite la inasistencia al trabajo hasta por tres días, por causa de "calamidad doméstica" situación que cubre entre otras, muerte o enfermedad de un familiar cercano, problemas familiares, etc. Si se observa que la inasistencia por "otras causas" se produce en la empleada, por el lapso que permite la ley, se podría pensar que la empleada conoce más este derecho que la obrera y lo utiliza. En cambio el trabajador independiente y familiar no necesita hacer uso de este derecho, aunque deja de asistir al trabajo frecuentemente por causas diferentes a la enfermedad y por el lapso que necesita.

En relación con la salud se puede decir que las tasas de inasistencia por enfermedad están relacionadas con la categoría ocupacional del empleado: la inasistencia al trabajo por uno o dos días en la obrera y empleada se produce en más del 60 por ciento por enfermedad personal y en el caso de tres días o más, en el 78 por ciento de las obreras se produce también por esta causa. En cambio, en la empleada, solamente en un 43 por ciento. En las otras dos categorías ocupacionales, los porcentajes de inasistencia por enfermedad son mucho menores.

Como no se investigó específicamente la enfermedad como motivo de incapacidad, solamente podemos presumir que las ausencias de 3 o más días deben estar representadas en gran parte, por las licencias de maternidad (56 días) especialmente entre las obreras y jornaleras.

CONCLUSIONES

1. La población colombiana se caracteriza por su estructura eminentemente joven con alta relación de dependencia y predominio del sexo femenino, especialmente en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 54 años de edad.
2. Existe una mayor tendencia de la mujer a emigrar del campo a la ciudad, en busca probablemente, de mejores niveles de vida.
3. Las variables demográficas (Natalidad y Fecundidad) presentan cifras aún muy altas, en comparación con las de otros países latinoamericanos, siendo mayores en mujeres procedentes del área rural, con nivel de instrucción e ingresos familiares globales bajos.
4. Entre las causas de enfermedad femenina, generadoras de demanda, por grupos de edad, figuran:

En menores de 15 años: Enfermedades de la primera infancia (lesiones al nacer, afecciones de la placenta, enfermedad hemolítica del recién nacido, malformaciones congénitas), enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, carencias nutricionales y problemas médico-quirúrgicos de origen amigdalino.

En mujeres de 15 a 44 años: Embarazo y sus complicaciones, enfermedades del aparato genito-urinario y accidentes.

En mujeres mayores de 45 años: Enfermedades degenerativas del aparato circulatorio y tumores malignos.

En todo caso, el embarazo y puerperio normales constituyen la primera causa de demanda de atención médica.

5. Como causas de defunción se destacan:

En mujeres de 15 años: las enfermedades de la primera infancia, infecciones respiratorias, estados carenciales, accidentes, parasitismo y tuberculosis.

En el grupo de 15 a 44 años: Accidentes, enfermedades degenerativas del aparato circulatorio, complicaciones del embarazo y cáncer, particularmente de localización genital.

En las mayores de 45 años: enfermedades degenerativas del aparato circulatorio, cáncer de todas las localizaciones y especialmente genital y enfermedades carenciales.

6. Se registran tasas de enfermedad y defunción más bajas en la mujer, con excepción de los casos de enfermedades del aparato génito-urinario, enfermedades vasculares degenerativas y cáncer.

Llama poderosamente la atención, la marcada desproporción de las tasas de accidentes, en las cuales las mujeres exhibieron cifras 3 y 4 veces más bajas que los hombres.

7. Las tasas de mortalidad general, infantil y de mortalidad del pre-escolar, aún muy altas para Colombia, muestran una diferencia notoria en favor del sexo femenino, es decir, las cifras son inferiores en comparación con los hombres.

8. Las mujeres tienen una mayor expectativa de vida, según se desprende de las tablas de vida que se han elaborado para el efecto. En el período comprendido entre 1963 y 1965, dicha expectativa fue de 61.8 años en promedio para las mujeres, contra 58.6 para los hombres.

9. El Gobierno Nacional (Ministerio de Salud Pública, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y algunas instituciones privadas o semioficiales (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Federación Panamericana de Facultades de Medicina, Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, PROFAMILIA), tienen programas debidamente estructurados, orientados a lograr un mejor nivel de salud y de vida para la mujer. La mayoría tienden a regular el tamaño de la familia, diagnosticar precozmente el cáncer genital femenino, o mejorar los niveles de nutrición de la mujer en período de embarazo y lactancia, ampliar las fuentes de trabajo disponibles para la mujer y garantizarle una vejez debidamente protegida por los sistemas de seguridad social imperantes.

Además, según los datos de la encuesta de ACEP se pueden añadir las siguientes conclusiones:

10. Las mujeres consultan al médico más que los hombres, con una frecuencia de una o dos veces al año.
11. Tanto los hombres como las mujeres asisten más a médicos del gobierno que a médicos privados.

12. El 80% de las mujeres y el 71% de los hombres no están afiliados a ningún sistema de seguridad social.
13. Hay una mayor asistencia al médico, tanto de hombres como de mujeres, a medida que aumenta el ingreso familiar.
14. La inasistencia al trabajo se produce por enfermedad, especialmente, en la categoría de la obrera y la empleada; el trabajador independiente y familiar deja de asistir al trabajo especialmente “por otras causas”.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME. **Planificación Familiar**. Bogotá: 1967.
- Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana, PROFAMILIA. **Informe de Labores de 1973**. Bogotá: 1974.
- . **Informe de Labores de 1974**. Bogotá: 1975.
- Berg, Alan. **Estudios sobre Nutrición: Su importancia en el desarrollo socio-económico**. México: Editorial Limusa, 1975.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Censo Nacional de Población, 1964.
- . Censo Nacional de Población, 1973.
- . "Salud en Colombia", **Boletín mensual de Estadística** 244 (noviembre, 1971).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE y Departamento Nacional de Planeación. Tabulados inéditos sobre Morbilidad y Mortalidad.
- Departamento Nacional de Planeación. **Plan Trienal de Desarrollo**. Bogotá: 1972.
- Ministerio de Salud Pública. **Plan Decenal de Salud**. Bogotá: 1968.
- . **Desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La política Nacional de Salud**. Bogotá: marzo 1975.
- . **Evaluación del Programa Materno-Infantil 1969-1974**. Bogotá: 1975.
- Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME. "Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia", **Investigación Nacional de Morbilidad**. Bogotá: 1968.
- Organización Mundial de la Salud. **Informe de la Tercera Asamblea Mundial de la Salud**. 1950.
- Organización Panamericana de la Salud. **Las condiciones de salud en las Américas**. 1965-1966.
- Pardo, F., E. Betancourth y R. Grueso. **El problema nutricional y alimentario de Colombia**. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 1974.
- Requema, M. "Social and economic correlates of induced abortion in Santiago, Chile", **Demography** 2 (1965): 33-49.
- Wall, A.L. "Abortions: Ten years at Kansas University Medical Center", **Am. J. Obstet. Gynec.** 79 (marzo 1960): 510.