



RESUMEN EJECUTIVO

ENDS ENCUESTA NACIONAL
DE DEMOGRAFÍA Y SALUD
2025

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Rodolfo Enrique Salas Figueroa
Secretario General

Clara Mercedes Suárez Rodríguez
Directora de Epidemiología y Demografía

Clara Mercedes Suárez Rodríguez
Dirección General

Angélica Nohelia Molina Rivera
John Freddy Castro Camacho
Coordinación Técnica

Alexandra Judith Caycedo Sabaraín
Ana Carolina Estupiñan Galindo
Coordinación operativa

José Arturo Trujillo Manotas
Sandra Idalid Cediél Perez
Coordinación Estadística

Carlos Alberto Otálora Portillo
Coordinación de tecnologías

Alexandra Judith Caycedo Sabaraín
Ana Carolina Estupiñan Galindo
Antonio Enrique Mojica Echenique
Jorge Andres Daza Huérfano
Deisy Jeanette Arrubla Sánchez
Javier Ríos
Javier Sebastián Ruiz Santacruz
Jessika Alexandra Manrique Sánchez
John Freddy Castro Camacho
Joseph Esteban Torres Rodríguez
Leonor Guavita Cuta
Luis Camilo Blanco
Nubia Nohemí Hortúa Mora
Patricia Roza Lesmes
Sonia Liliana Guzmán Rodríguez
Vicente López Pinzón
Yudany Martínez Rodríguez
Revisores generales

Cielo Yaneth Ríos Hincapié
Diego Alejandro Quiroga Díaz
Jenny Liliana Oliveros León
José Manuel Piratova
Lía Marcela Güiza Castillo
Monica Genith Castro Hernández
Nélida del Pilar Beltrán Beltrán
Pablo Andrés Rodríguez Camargo
Ricardo Luque Núñez
Revisores temáticos

Laura Daniela Díaz Torres
José Alejandro Majjul
Apoyo Financiero

Omaira Teresa Borda Quintero
Gustavo Hinestroza Martínez
Apoyo Jurídico

Elizabeth Herrera Pérez
Apoyo Administrativo

Johana Elena López Vega
Jenny Patricia Sepúlveda Giraldo
Eliana Matallana Fonseca
Comunicaciones y difusión

FASE DE DISEÑO ENDS 2020
PROYECTAMOS COLOMBIA SAS

Carol Andrea Niño Suárez
Gerente General Projectamos Colombia SAS

Andrés Mauricio Mendoza
Gerente Técnico Projectamos Colombia SAS

Margarita Medina
Directora del proyecto - Projectamos Colombia SAS

Adriana Rodríguez
Coordinadora Projectamos Colombia SAS

Juan Carlos García
Líder del Diseño Temático

Cristian Téllez
Líder del Diseño Estadístico

Emiliana Urrutia
Líder del Diseño de Difusión

Andrés Mendoza Arturo
Prada Catherine
Rodríguez Cesar
Cristancho Diego
Sánchez López
Fernando Ramírez
Isabel Ruiz
José Leonardo Cely Mauricio
Carrillo Nicolás Rodríguez
Sandra Liliana Martínez
Tania Pérez
Oscar Quintero
Asesores temáticos

Diana García
Coordinadora de prueba piloto

Karol Enciso
Secretaria técnica

FASES II Y III ENDS 2025 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Contrato interadministrativo 881 de 2024



John Jairo Arboleda Céspedes
Rector de la Universidad de Antioquia

Edwin Rolando González
Decano Facultad Nacional de Salud Pública

Edwin Rolando González Marulanda
Decano Facultad Nacional de Salud Pública
Pablo Javier Patiño Cardenas
Decano Facultad de Medicina
Hector Ivan García
Director Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina
Difariney Gonzalez Gómez
Docente Facultad Nacional de Salud Pública
Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Jefe Centro de Extensión, Facultad de Medicina
Julieta Mosquera Muñoz
Jefa Centro de Extensión, Facultad de Medicina
Comité estratégico ENDS Universidad de Antioquia

Difariney González Gómez
Coordinadora general

Julia Beatriz Diaz Izquierdo
Coordinadora Nacional de Campo

Alexander Gómez Osuna
Ayda Rodríguez Franco
Claudia Janneth Sanchez Serna
Diana Graciela García Acosta
Diego Mauricio Mahecha Ruíz
Horacio Berrío Vásquez
Janet Alcaraz Carrascal
Juan Carlos Montero Bermudez
Luis Fernando Grisales Ramírez
Mónica Patricia Duran Quiceno
Sandra Milena Ortiz Mesa
Coordinadores regionales de Campo

Andrés Alonso Agudelo Suárez
Carlos Iván García Suárez
Carlos Iván Pacheco Sánchez
Gabriel Jaime Otálvaro
Héctor Iván García García
Hugo de Jesús Grisales Romero
Joaquin Guillermo Gomez Dávila
John Jairo Zuleta Tobón
Juan Carlos Alzate Ángel
Luz Elena Monsalve Ríos
Rubén Darío Gómez Arias

Asesores temáticos

Agustín Jaramillo Muñoz
Alejandra Marín Uribe
Ana María Fernández
Ana María Quiceno Ceballos
Armando Baena
Aura Yanira Roa Sánchez
Carlos Alberto Tangarife Villa
Carlos Iván García Suárez
Carlos Iván Pacheco Sánchez
Carlos Mauricio González Posada
Carne Borrell Thio
Carolina Álvarez Mesa
Cristian David Santa Escobar
Daniel Camilo Aguirre Acevedo
Diana Carolina Oróstegui
Diana Patricia Molina Berrío
Diego Enrique Vélez Gómez
Dorian Ignacio Ospina Galeano
Eddie Andrés Guevara Petro
Eliana Martínez-Herrera
Erika Natalia Chamorro Cuellar
Fabio León Rodríguez Ospina
Federico Arcila Cardona
Gilma Hernández Herrera
Gladys Rocío Ariza Sosa
Greiss Lizeth Sarmiento Barrera

Otros colaboradores en la etapa de análisis

Gustavo Adolfo Lopera Gallego
Isabel Cristina Garcés-Palacio
Jaime Andrés Gaviria Bedoya
Jenniffer Puerta Suárez
Jesús A. Velásquez Penagos
Jhon Henry Osorio Castaño
Johanna Londoño Restrepo
Juan Carlos Hernández López
Juan Esteban Martínez López
Juan José Archbold Gaviria
Karen Daniela Sibaja Paredes
Laura Sofía Artunduaga Claros
Liliana Isabel Gallego Vélez
Maria Eulalia Tamayo
María Natalia Vargas Sánchez
María Paulina Grajales Garcés
Mary Salazar Barrientos
Mauricio Arturo Urrego Pachón
Maylen Rojas Botero
Nicolás Andrey Penagos Plazas
Nora Adriana Montealegre Hernández
Olga Lucía Restrepo Espinosa
Pablo Daniel Aguirre Guerra
Ramón Eugenio Paniagua Suárez
Sandra María Vélez Cuervo
Sandra Milena Rueda Ramírez
Santiago Parra Villada
Sara Yaneth Fernández Moreno
Valentina Espinosa Ruíz
Víctor Daniel Guerra Zabala
Víctor Stephen González Quintero
Walter Darío Cardona Maya
Yadira Eugenia Borrero-Ramírez
Yeferson Castaño Pineda
Yenifer Hinestroza Cuesta
Yinna Paola Ordóñez Chavarría

Otros colaboradores en la etapa de análisis

Ana María Agudelo Ochoa
Cristian David Santa Escobar
David Esteban Cartagena Mejía
Diana Milena Ramírez
Gustavo Vélez Sossa
Juan José Cálad Muñoz
Marcela Pino Vélez
Nathalia María Restrepo Saldarriaga
Nathalia Ospina Vélez
Víctor Manuel Aristizábal Giraldo
Otros colaboradores en la etapa de procesamiento y difusión

John Harvey Gómez Vega
Líder de Sistemas

Mateo Tuberquia Giraldo
Líder de estadística

Juan David Castañeda Rozo
Líder de difusión

Cristian David Santa Escobar
Asesor documentación de metadata y microdatos

Leidy Johanna Colorado Betancur
Líder Administrativa

Aspectos generales.....	5	Conocimiento y formas de prevención de ITS/VIH-sida.....	79
Cambios demográficos, características de las viviendas y los hogares, y situación de mujeres y hombres.....	11	Violencias basadas en género.....	86
Migración.....	29	Roles de género, autonomía sexual y reproductiva, y derechos de la población con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (LGBTIQ+).....	95
Mortalidad infantil, en la niñez, adulta y materna.....	36	Aborto e interrupción voluntaria del embarazo.....	104
Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo.....	41	Conflicto armado y salud.....	109
Conocimientos y uso de métodos de anticoncepción y preferencias sobre fecundidad.....	49	Síntesis de las inequidades en salud sexual y reproductiva.....	115
Educación integral en sexualidad.....	58	Lista de referencias.....	125
Salud materna y cuidados en el recién nacido.....	63		
Prevención del cáncer.....	71		



Capítulo 1

Aspectos generales

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025 (ENDS 2025) forma parte del Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para la Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Además, es un referente clave para la implementación del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 y del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031; el seguimiento de los objetivos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014; la verificación del cumplimiento de los compromisos del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo para América Latina y el Caribe (2013), y para el monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Desde su primera versión, la ENDS ha generado información sobre las condiciones de los hogares, los cambios demográficos, la fecundidad, la salud de las mujeres y la mortalidad. A lo largo del tiempo la encuesta ha experimentado variaciones que reflejan las prioridades nacionales del momento; sin embargo, continúa acogiendo los principios básicos del diseño inicial. Para la ENDS 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social ha mantenido la estructura predominantemente descriptiva de las encuestas anteriores.

En este estudio se utilizó la muestra maestra de hogares del Ministerio de Salud y Protección Social, representativa del país en las seis regiones (Atlántica, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica, y Orinoquía y Amazonía). La recogida de los datos se hizo utilizando los instrumentos de recolección de información en las viviendas, los hogares y las personas. La población objetivo estuvo constituida por la población civil residente en hogares particulares con edades entre 13 y 69 años para mujeres y entre 13 y 75 años para hombres. No obstante, algunos módulos de caracterización del hogar aplicaban a todos los miembros sin distinción de la edad.

1.1. Objetivo general

Valorar los cambios demográficos de la población colombiana ocurridos en los últimos 5 años, y realizar un análisis actualizado sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil, para orientar las políticas públicas del país relacionadas con demografía y salud.

1.1.1. Objetivos específicos

- Identificar los principales cambios en los componentes de la dinámica demográfica con respecto a mortalidad, fecundidad y migración, así como el impacto en la estructura de la población, los hogares y las viviendas de la población en Colombia.
- Identificar los cambios demográficos asociados al fenómeno migratorio ocurridos durante los últimos 5 años, estableciendo las características sociodemográficas de la población que emigra al exterior, los inmigrantes internacionales —con énfasis en la población que procede de Venezuela— y los migrantes internos.
- Estimar los niveles de mortalidad infantil y en la niñez, mortalidad materna y mortalidad adulta, considerando diferenciales según las características sociodemográficas de las personas que vivieron estos eventos.
- Describir los cambios de la nupcialidad y la exposición al riesgo de embarazo que impactan la salud de la población, de las mujeres entre los 13 y 49 años y los hombres entre los 13 y 59 años.
- Analizar las preferencias de fecundidad y los niveles de conocimiento, las fuentes de información y de suministro, así como el uso de los métodos anticonceptivos y el cumplimiento de los derechos en anticoncepción dentro del sistema de salud.
- Describir los cambios sobre la educación integral para la sexualidad, referentes a la participación, percepción, actitud y conocimientos de las mujeres y de los hombres entre 13 y 49 años.
- Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres y los hombres acerca de sus derechos con respecto a la atención en los servicios de salud materno-perinatal.
- Describir los conocimientos y prácticas de medidas preventivas del cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de testículo según características sociodemográficas.

- Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) según características sociodemográficas.
- Caracterizar las violencias basadas en género (VBG) considerando su ocurrencia, efectos, búsqueda de ayuda, denuncia, ruta de atención y los conocimientos frente a la garantía de los derechos de las víctimas.
- Analizar las transformaciones y persistencias en los imaginarios, estereotipos y prácticas alrededor de los roles de género y la sexualidad, con énfasis en las mujeres y las personas LGBTIQ+, así como los conocimientos sobre los derechos de esta población.
- Describir los conocimientos, experiencias y participación de mujeres y hombres, y las barreras de acceso en el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Describir las características sociodemográficas de las personas víctimas del conflicto armado y en proceso de reincorporación, teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva.

1.2. Metodología

Para la ENDS 2025 el universo de estudio en términos geográficos estuvo constituido por las cabeceras municipales, centros poblados y rural disperso de los 32 departamentos del país y Bogotá. En términos demográficos, por la población residente en hogares particulares, y respecto de la condición socioeconómica, se contemplaron todos los estratos existentes en las cabeceras municipales. Además, se unificaron los estratos 5 y 6.

1.2.1. Población objetivo

Población no institucional con edades entre 13 y 69 años para mujeres y entre 13 y 75 años para hombres, de todos los estratos socioeconómicos y residentes en todo el territorio nacional en cabeceras municipales, centros poblados y rural disperso. Se excluyeron las personas que habitan en lugares especiales de alojamiento (LEA) y los habitantes de la calle.

1.2.2. Muestra

El tipo de muestreo de la ENDS 2025 fue probabilístico, de conglomerados, estratificado y trietápico.

La recolección se realizó teniendo en cuenta la muestra maestra de hogares para salud, definida como el conjunto de municipios, sectores y secciones censales urbanos y rurales, y de segmentos con un promedio de 12 viviendas seleccionadas probabilísticamente del universo nacional de este tipo de unidades.

La muestra tuvo cubrimiento nacional y corresponde a las cabeceras municipales, centros poblados y rural disperso de los municipios. Se visitaron 6 regiones, 16 subregiones, 32 departamentos y las principales ciudades capitales.

1.2.3. Unidades de análisis

1. Viviendas.
2. Hogares.
3. Menores de 5 años.
4. Emigrantes colombianos a otros países.

5. Migrantes internos.
6. Mujeres de 13 a 49 años, mujeres de 21 a 69 años, mujeres de 13 a 18 años, mujeres de 40 a 69 años.
7. Nacimientos en los últimos cinco años.
8. Hombres de 13 a 59 años, hombres de 13 a 75 años, hombres de 13 a 35 años, hombres de 50 a 75 años.

1.2.4. Unidades de muestreo

Unidades primarias de muestreo (UPM). Constituidas por municipios de más de 7500 habitantes, que es el tamaño poblacional mínimo para sustentar los tamaños muestrales previstos a este nivel. Se conformaron 892 UPM con los 1122 municipios existentes en el país. Para la ENDS 2025 se conformaron 240 UPM.

Unidades secundarias de muestreo (USM). En las zonas urbanas (cabeceras y centros poblados) están conformadas por grupos de manzanas contiguas del mismo sector y sección censales, con un mínimo acumulado de 96 viviendas, y en la zona rural, la sección es el área mínima de empadronamiento censal, y usualmente tiene más de 100 viviendas.

Unidades terciarias de muestreo (UTM). Del universo de población general, fueron los segmentos de viviendas contiguas (12 en promedio) que se seleccionaron en las USM escogidas anteriormente. Para la ENDS 2025 se requirieron 5000 UTM.

1.2.5. Análisis estadístico

Las tablas y los gráficos estadísticos se presentan según características seleccionadas y distribuidas en grupos como edad, nivel de educación, quintil de riqueza y área geográfica. Las variables de naturaleza cualitativa se representaron por medio de tablas de frecuencias absolutas y porcentuales. Para las variables de naturaleza cuantitativa se calcularon medianas y promedios.

Los procedimientos estadísticos se realizaron en el programa estadístico de distribución libre R Project versión 4.5.0.

1.2.6. Cobertura

La ENDS 2025 recogió información efectiva de 115 534 personas, hombres y mujeres de todas las edades. Mujeres, 62 644 (54,2 %) y hombres, 52 890 (45,8 %). Se seleccionaron 58 922 hogares, de los cuales se encontraban ocupados 50 145, y fueron encuestados 42 561. La encuesta se realizó en 31 455 hogares de la zona urbana y 11 106 de la zona rural.

Tabla 1.1.
Cobertura por región

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Región	Personas planeadas	Personas con encuesta	% personas
Atlántica	35.597	34.474	96,8 %
Orinoquía y Amazonía	17.333	16.258	93,8 %
Oriental	17.589	16.007	91,0 %
Central	31.554	28.370	89,9 %
Pacífica	18.316	16.237	88,6 %
Bogotá	5.041	4.188	83,1 %
Nacional	125.430	115.534	92,1 %

La región Atlántica presentó la mayor cobertura, con 96,8 %, seguida por Orinoquía y Amazonía, con 93,8 %. La Oriental alcanzó un 91,0 %, la Central un 89,9 % y, finalmente, Bogotá un 83,0 %.

En los hogares encuestados se identificaron 29 980 mujeres entre 13 y 49 años, de las cuales 26 886 fueron encuestadas, lo que representa una tasa de respuesta del 89,7 %. Bogotá presentó la menor tasa de respuesta, tanto a nivel de hogares como en todos los grupos de edad y entre las mujeres. Los hombres elegibles de 13 a 59 años encontrados fueron 31 094, y se realizó la encuesta a 25 876, para una tasa de respuesta del 83,2 %. La región Atlántica presentó las tasas de respuesta más altas, tanto en hogares como en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

En la muestra de hogares fue posible identificar 17 402 mujeres entre 50 y 69 años, de las cuales se realizó la encuesta a 16 867, para una tasa de respuesta del 96,9 %. En la muestra de hombres se identificaron 10 612 entre 60 y 75 años, y fue posible realizar la encuesta a 10 238, para una tasa de respuesta del 96,5 %.

Tabla 1.2.
 Número de hogares, número de encuestados y tasas de respuesta, según zona y región de residencia

Características	Zona		Región							Total
	Urbana	Rural	Atlántica	Oriental	Central	Bogotá	Pacífica	Orinoquía y Amazonía		
Encuesta de hogar										
Hogares seleccionados	43.907	15.015	13.060	8.821	14.636	5.120	8.811	8.474	58.922	
Hogares ocupados	38.437	11.708	12.089	7.514	12.957	4.020	7.272	6.293	50.145	
Hogares encuestados	31.455	11.106	11.798	6.168	11.014	1.859	6.034	5.688	42.156	
Tasa de respuesta de hogares	81,8	94,9	97,6	82,1	85.0	46,2	83,0	90,4	84,9	
Encuesta de mujeres de 13 a 49 años										
Mujeres elegibles	22.707	7.273	8.415	3.996	7.377	1.268	4.523	4.401	29.980	
Mujeres encuestadas	20.147	6.739	8.047	3.518	6.390	1.032	3.842	4.057	26.886	
Tasa de respuesta	88,7	92,7	95,6	88,0	86.6	81,4	84,9	92,2	89,7	
Encuesta de mujeres de 50 a 66 años										
Mujeres elegibles para la detección temprana de cáncer	13.118	4.284	5.029	2.617	4.696	703	2.370	1.987	17.402	
Mujeres encuestadas para detección temprana de cáncer	12.666	4.201	4.990	2.543	4.479	642	2.255	1.958	16.867	
Tasa de respuesta	96,6	98,1	99,2	97,2	95.4	91,3	95,1	98,5	96,9	
Encuesta de hombres de 13 a 59 años										
Hombres elegibles	22.775	8.319	8.317	4.596	7.903	1.412	4.499	4.367	31.094	
Hombres encuestados	18.731	7.145	7.727	3.711	6.266	1.040	3.393	3.739	25.876	
Tasa de respuesta	82,2	85,9	92,9	80,7	79.3	73,7	75,4	85,6	83,2	
Encuesta de hombres de 60 a 75 años										
Hombres elegibles	7.808	3.291	3.179	1.760	3.036	430	1.445	1.249	11.099	
Hombres encuestados	7.477	3.223	3.156	1.690	2.879	386	1.373	1.216	10.700	
Tasa de respuesta	95,8	98,0	99,3	96,0	94.8	89,8	95,0	97,4	96,4	

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En el 14,9 % de las viviendas visitadas no se encontró hogar porque la vivienda estaba desocupada, cambió de uso o fue demolida. En total, se identificaron

50 145 hogares ocupados, en 42 561 de los cuales se realizó la encuesta, para una tasa de respuesta del 84,9 %.



Capítulo 2

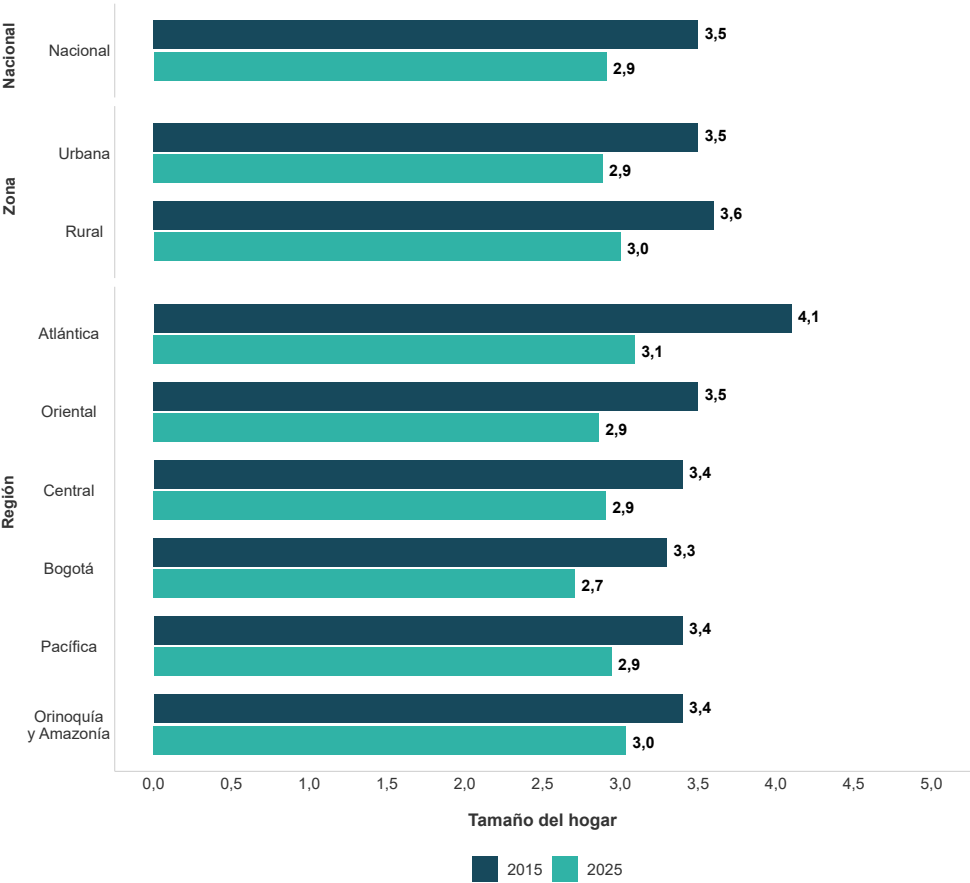
Cambios demográficos, características de las viviendas y los hogares, y situación de mujeres y hombres

2.1. Tamaño de los hogares

En Colombia, la composición de los hogares según el número de residentes habituales presenta una disminución. El tamaño promedio del hogar es de 2,9 personas en la zona urbana y de 3,0 personas en la zona rural. Comparado con la ENDS 2015, se evidencia una disminución en el tamaño promedio de los hogares. En la de 2015 se reportó un promedio de 3,5 y 3,6 personas por hogar en la zona urbana y rural, respectivamente (Gráfico 2.1).

Tanto el tamaño promedio de los hogares como el número de residentes habituales en los hogares ha cambiado. Mientras el tamaño promedio de personas por hogar disminuyó, el número de hogares unipersonales y con dos residentes habituales aumentó en todas las regiones.

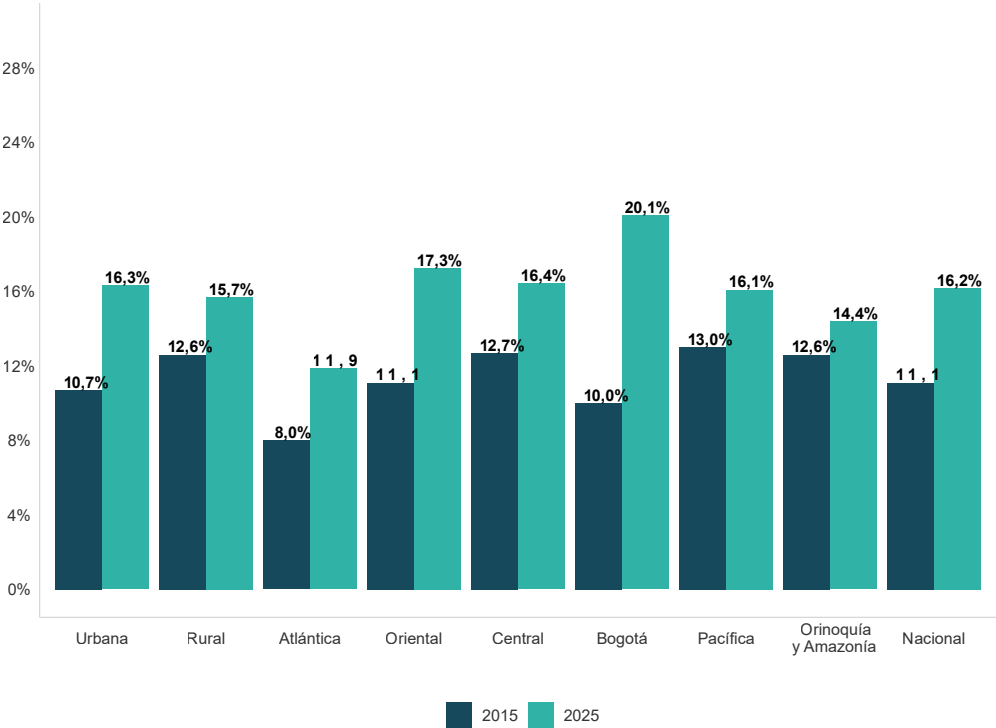
Gráfico 2.1.
Tamaño promedio de los hogares medido en número de personas



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El 16,2 % de los hogares colombianos son unipersonales, es decir, están conformados por una sola persona. Este resultado aumentó 5,1 puntos porcentuales con respecto a los resultados de 2015, lo que representa un incremento porcentual del 45,0 %. Las regiones donde predominan los hogares unipersonales son Bogotá (20,1 %) y la región Oriental (17,3 %) (Gráfico 2.2.).

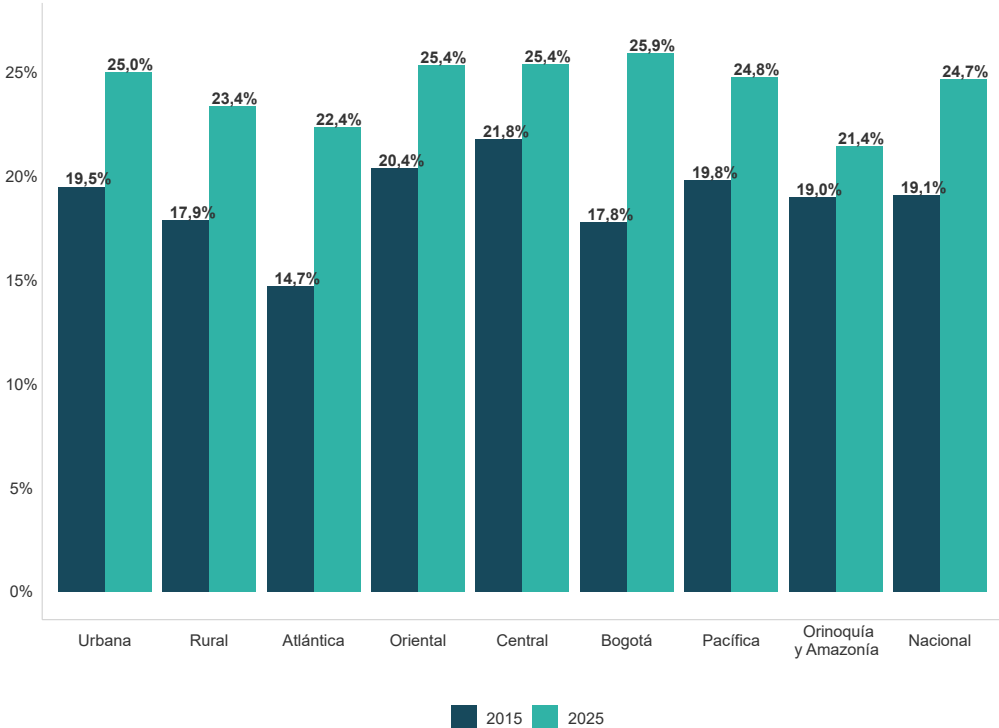
Gráfico 2.2.
Hogares unipersonales



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los hogares con dos residentes habituales también aumentaron a nivel nacional, pasando del 19,1 % en la ENDS 2015 al 24,7 % en la ENDS 2025. En Bogotá hubo un aumento de 8,1 puntos porcentuales, seguido de la región Atlántica, con 7,7 puntos, y las regiones Oriental y Pacífica, ambas con 5,0 puntos porcentuales con respecto a lo reportado en la ENDS 2015 (Gráfico 2.3.).

Gráfico 2.3.
Hogares con dos residentes habituales

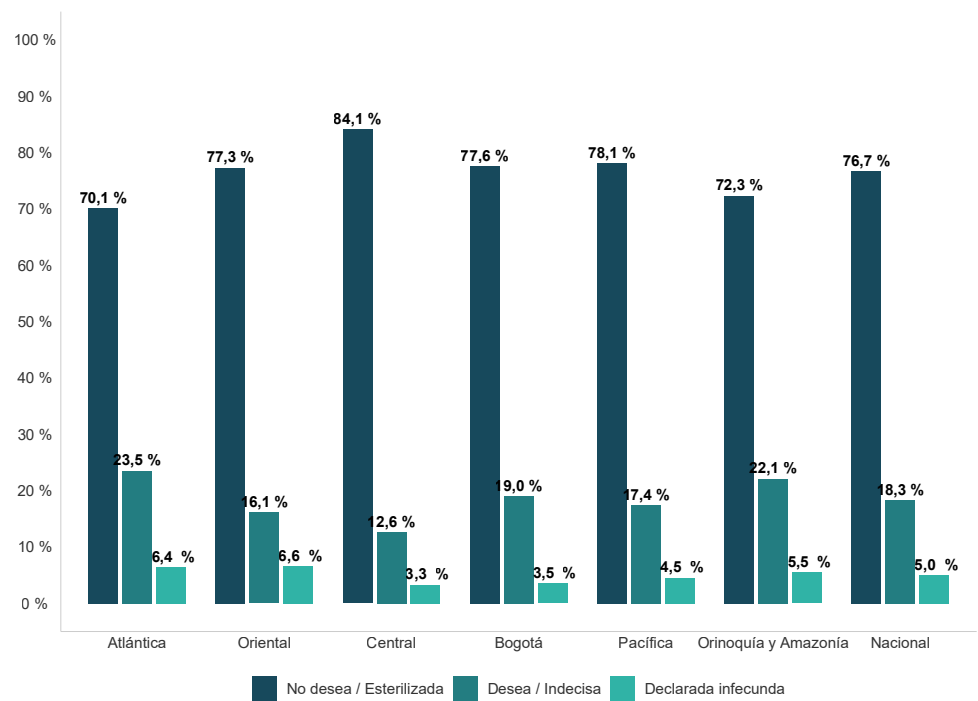


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

2.2. Tendencias de la fecundidad

El Gráfico 2.4. presenta las preferencias de fecundidad. Se observa que el 76,7 % de las mujeres no desean tener hijos o se encuentran esterilizadas. Por otro lado, solo el 18,3 % manifiesta el deseo de tener hijo(a)s o se encuentra indecisa. A nivel regional, se observan patrones similares en la región Central, donde el 84,1 % de las mujeres no desean tener hijo(a)s o están esterilizadas, seguida por la región Pacífica, con un 78,1 %, y por Bogotá, con un 77,6 %.

Gráfico 2.4.
Preferencias de fecundidad

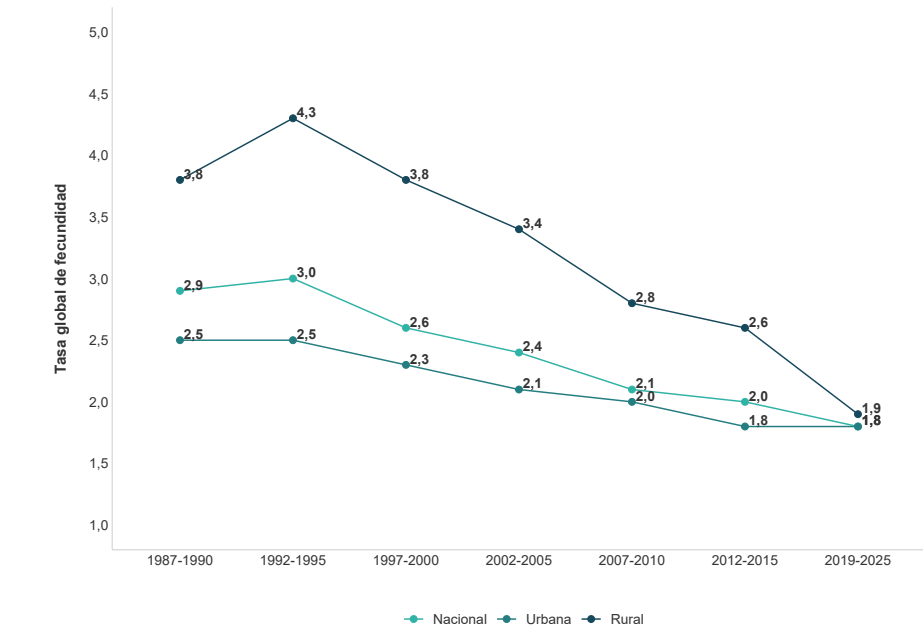


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los resultados anteriores contextualizan la reducción de la fecundidad. La tendencia observada en la tasa global en el periodo 1987-2025 muestra una reducción de 2,9 a 1,8 hijo(a)s por mujer.

La tasa global de fecundidad nacional de 2019-2025 disminuyó en un 38,0 % con respecto a los hallazgos ENDS 1987-1990, con diferencias relativas en los dos periodos indicados por zona de residencia, un 28,0 % en la zona urbana y un 50,0 % en la zona rural. La tasa global de fecundidad nacional urbana y rural se encuentra por debajo del nivel de reemplazo (1,8 hijo(a)s por mujer). Esto muestra una etapa avanzada de la transición demográfica de Colombia, lo que implica menos nacimientos y el aumento de adultos mayores.

Gráfico 2.5.
Tasas globales de fecundidad, 1990-2025

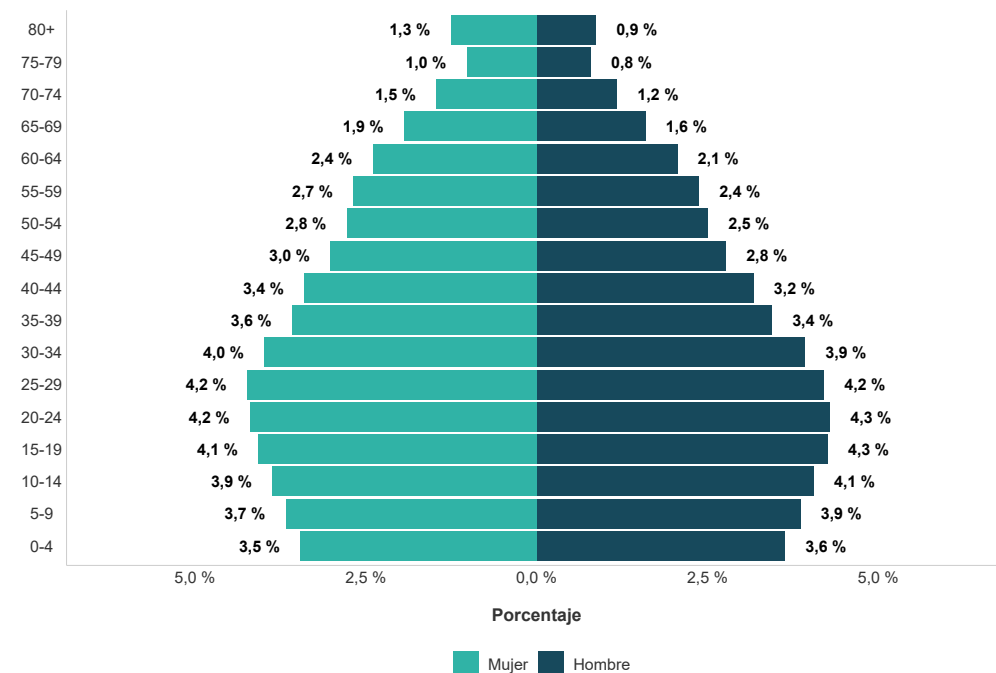


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

2.3. La estructura por edad de la población

La pirámide poblacional de la ENDS 2025 permite observar los fenómenos básicos de la dinámica demográfica de la natalidad, la mortalidad y la migración; cada una de estas variables interactúa de diferente manera en los cambios estructurales de una población. Para este caso, la pirámide poblacional de la ENDS 2025 muestra una reducción en la natalidad y un incremento en el envejecimiento poblacional (Gráfico 2.6).

Gráfico 2.6.
Pirámide poblacional, ENDS 2025



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El análisis de la pirámide poblacional presentada en el Gráfico 2.6. revela cambios estructurales significativos en la composición demográfica. Se observó el efecto de la reducción de la fecundidad en la constricción en la base de la pirámide, específicamente en los primeros grupos etarios: 0 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años y 20 a 24 años. A partir de los 25 años se observa un aumento sostenido de la población en edades medias y avanzadas, signo claro de un proceso de envejecimiento demográfico.

La estructura poblacional muestra un incremento en los grupos correspondientes a la población económicamente activa: la población en edad productiva, especialmente entre los 30 y 49 años, crece y constituye la franja más representativa de la pirámide en 2025. Por último, la proporción de habitantes de 60 años y más se amplía de manera evidente, sobre todo entre las mujeres, lo que implica nuevos desafíos en salud. Es particularmente notable el proceso de envejecimiento más acentuado en la población femenina en comparación con la masculina, lo cual se evidencia en una mayor presencia de mujeres en la mayoría de los grupos etarios a partir de los 25 años.

Los resultados de la ENDS 2025 muestran mayor presencia de mujeres en los grupos etarios a partir de los 25 años. El 25,9 % de la población colombiana es menor de 15 años, el 58,9 % está entre los 15 y los 64 años, y un 15,1 % tiene 65 años o más. Con respecto al 2015, el 25,2 % es menor de 15 años, el 66,8 % está entre los 15 y los 64 años y un 7,9 % tiene 65 años o más.

2.4. Derechos de los niños

2.4.1. Asistencia de menores de 6 años a programas de atención dirigidos a niñas y niños

El 43,4 % de los niños y las niñas menores de 6 años asisten a programas de atención a la primera infancia. La mayoría de las niñas y niños reciben atención en hogares comunitarios de Bienestar Familiar (42,0 %), seguidos por hogares infantiles o jardín de Bienestar Familiar (18,6 %) y centros de desarrollo infantil público (17,6 %). Este patrón se mantiene en diferentes zonas, regiones y quintiles de riqueza, aunque en Barranquilla y en el quintil alto de riqueza los jardines y colegios privados son la segunda opción más frecuente. Las principales razones para no asistir a programas de atención son que los niños no están en edad (51,9 %), preferencia por la educación en casa (16,7 %) y la disponibilidad de un familiar para su cuidado (13,5 %). Sin embargo, en zonas rurales, la falta de una institución cercana fue la segunda razón más mencionada, con una prevalencia 9,8 veces mayor que en zonas urbanas.

En la ENDS 2025 la región Orinoquía y Amazonía presenta el mayor porcentaje de inasistencia (15,4 %) debido a que no hay una institución cercana, seguida de la región Pacífica (12,2 %). En cuanto a quintiles de riqueza, los niños y niñas que no asisten por esta misma razón están en el quintil más bajo (22,5 %), y los que no encontraron cupo están en el quintil bajo (7,2 %) y medio (7,4 %).

Los datos de la ENDS 2025 indican que en Colombia el 43,4 % de los niños y las niñas menores de 6 años asisten a programas de atención a la primera infancia.

2.4.2. Registro civil

El registro de nacimiento en Colombia es prácticamente universal, con un 98,9 % de las niñas y niños menores de cinco años registrados, sin desigualdades notorias entre zonas urbanas o rurales (0,6 %), lo que sugiere avances en la eliminación de barreras que dificulten el acceso al registro en áreas más apartadas. No obstante, a nivel regional se encontró una brecha de 2 puntos porcentuales entre Bogotá, donde se observa la mayor cobertura, y la Orinoquía y Amazonía, donde se registran los valores más bajos, seguida de la región Atlántica.

El porcentaje de menores no registrados es mayor en la zona rural (1,5 %) con respecto a la zona urbana (0,9 %). Las regiones que presentan mayor diferencia son Bogotá, con una amplia cobertura en registro civil de nacimiento, contrario a la Orinoquía y Amazonía donde se presentó la menor cobertura.

2.5. Migración

La migración internacional es un proceso dinámico que influye en la estructura demográfica de los países, afectando tanto el tamaño como la composición de la población. Para comprender su impacto en Colombia es fundamental analizar el saldo migratorio, es decir, la diferencia entre quienes ingresan al país y quienes lo abandonan.

La ENDS Colombia 2025 identificó una tasa de migración neta de 32,4 migrantes netos por cada 1000 habitantes en Colombia, lo que indica que el país ha recibido más población de la que ha perdido debido a la emigración.

2.5.1. Estructura de la población emigrante e inmigrante

En la dinámica migratoria predominan hombres en edad productiva. Estados Unidos y España son los principales destinos, con una concentración en los grupos de 25 a 39 años, y específicamente en el grupo de 30 a 34 años, donde los hombres superan a las mujeres en 1,9 puntos porcentuales.

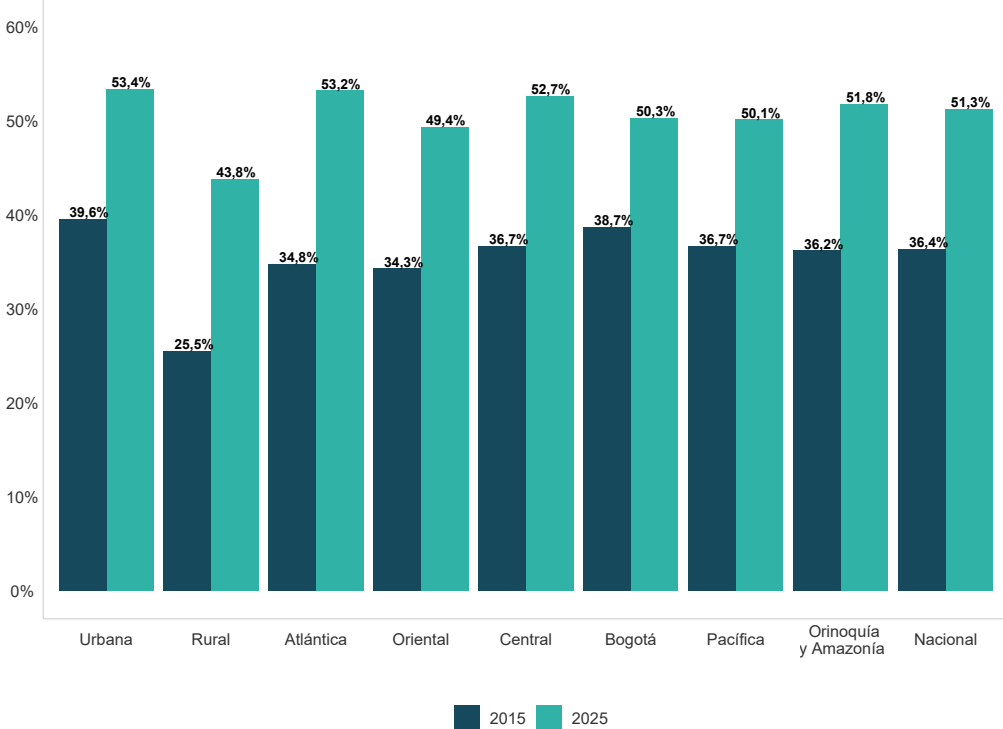
La población inmigrante en Colombia presenta una evidente sobrerrepresentación femenina, con una proporción 13,7 % superior a la de los hombres. Además, su estructura etaria es notablemente más joven que la de la población emigrante. Mientras que solo 14,4 % de la población que ha salido del país tiene 25 años o menos, esta proporción asciende al 46,8 % entre quienes han inmigrado a Colombia, lo que refleja un perfil migratorio predominantemente juvenil.

2.6. Características de los hogares y la población

2.6.1. Jefatura femenina

En Colombia, la jefatura femenina en los hogares ha aumentado notablemente tanto en la zona urbana como en la rural. Con respecto a la ENDS 2015, en la zona urbana se presenta un incremento de 13,8 puntos porcentuales y en la zona rural de 18,3 puntos porcentuales. En la zona urbana predomina la jefatura femenina en los hogares y se observa una diferencia con la zona rural de 9,6 puntos porcentuales. La región Atlántica presentó el mayor porcentaje de mujeres que tienen la jefatura del hogar (53,2 %). En las regiones Atlántica, Central y Pacífica la jefatura femenina presentó un comportamiento similar, con valores cercanos al 50,0 %.

Gráfico 2.7.
Jefatura femenina



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

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

Las condiciones físicas, estructurales, de tenencia y ocupación de las viviendas, y la provisión de servicios públicos domiciliarios, influyen directamente en la calidad de vida de las personas y son pilares para el desarrollo económico y social de los territorios.

En Colombia, el 94,6 % de los hogares urbanos reside en viviendas conectadas al acueducto público, mientras que en las zonas rurales solo el 18,3 % de los hogares tienen acceso a esta fuente. La conexión a este servicio es inferior al 13,1 % en los hogares situados en el quintil de riqueza más bajo, pero superior al 99,9 % en los hogares situados en el quintil más alto.

En lugares sin suministro constante, seguro y suficiente de agua potable, el tratamiento efectivo y almacenamiento doméstico adecuado del agua resultan fundamentales para reducir los riesgos de enfermedad. En Colombia, el 58,8 % de los hogares consumen agua tal cual la obtienen de las fuentes, y cerca de una cuarta parte la hierva. La cloración, la decantación y el uso de filtros naturales es poco frecuente. En las zonas rurales, el 45,2 % de los hogares utiliza al menos un tratamiento de tipo térmico, químico o físico antes de consumir el agua, mientras que en la zona urbana es menos común que el agua sea tratada antes de consumirse (7,7 %).

El porcentaje de hogares de las zonas urbanas que cuentan con inodoro conectado al alcantarillado (93,8 %) es seis veces mayor al de las zonas rurales (17,4 %). El 61,5 % de los hogares usa sanitarios conectados a pozos sépticos. Ambas instalaciones se consideran métodos apropiados y efectivos para evacuar los residuos líquidos, conducirlos o confinarlos previniendo la contaminación cruzada.

La conexión al alcantarillado público predomina en los hogares urbanos y de los quintiles de riqueza alto (99,6 %) y más alto (100,0 %), mientras que carecer de servicio sanitario en la vivienda se presenta

principalmente en los hogares de zonas rurales (9,9 %) y del quintil de riqueza más bajo (12,5 %).

La recolección y disposición final de las basuras son procesos esenciales en la gestión de residuos sólidos y juegan un papel destacado en el cuidado de la salud colectiva, el bienestar y el desarrollo económico de los territorios.

El 98,3 % de los hogares de las zonas urbanas y más del 99,8 % de aquellos situados en los quintiles alto y más alto de riqueza cuentan con servicio público de aseo para recolección de residuos domiciliarios, mientras que la cobertura en la zona rural y en los hogares del quintil más bajo solo alcanza el 29,1 % y 21,8 %, respectivamente. En la zona rural, la quema o incineración es el medio de eliminación de residuos más usado por los hogares (55,9 %).

Sobre el tipo de combustible utilizado para cocinar, este suele estar asociado a las condiciones socioeconómicas y étnicas, incluyendo el nivel de ingreso de los hogares, los lugares de residencia, las costumbres y tradiciones. Usar combustibles sólidos para cocinar representa riesgos para la salud de los residentes (Health Effects Institute, 2024).

El gas natural domiciliario es la fuente de energía de mayor uso para cocinar por parte de los hogares de las zonas urbanas (86,7 %) y aquellos situados en los quintiles alto (98,1 %) y más alto de riqueza (100,0 %), mientras que el uso de gas propano o GLP predomina en los hogares rurales (42,5 %) y en aquellos situados en el quintil bajo de riqueza (36,9 %).

La leña y la madera son la segunda fuente de energía más usada para cocinar en los hogares rurales (39,2 %) y en aquellos situados en el quintil más bajo de riqueza (45,2 %). El uso de energía eléctrica para cocinar es marginal y cada vez menos frecuente en los hogares colombianos.

La tipología de vivienda ocupada por la mayoría de los hogares del país es casa (65,2 %), seguida de apartamento (31,2 %) y cuartos o inquilinatos (2,3 %), aunque hay variaciones entre lugares de residencia. En las áreas urbanas, el 58,0 % de los hogares residen en casas, 39,2 % en apartamentos y 2,5 % en viviendas tipo cuartos. En las zonas rurales, aunque la casa también es el tipo de vivienda habitada por la mayoría de los hogares (90,4 %), la vivienda tradicional indígena es la segunda tipología más usada (3,5 %), seguida por el apartamento (3,3 %) y la vivienda tipo cuarto (2,5 %).

En lo relacionado con los materiales principales de los pisos de las viviendas, su naturaleza y calidad, así como las prácticas de higiene, limpieza y protección realizadas por los hogares en estas y otras estructuras del espacio domiciliar pueden representar mayores riesgos para la salud de los moradores (World Health Organization, 2018).

El 66,6 % de las viviendas cuenta con pisos contruidos con baldosa, viñilo, tableta, ladrillo, mármol o maderas pulidas y parqué; materiales que son considerados más adecuados y seguros por representar menor riesgo sanitario y facilitar la higiene y limpieza. Los pisos del 25,1 % de las viviendas están hechos en cemento o gravilla, mientras que el 8,1 % tiene pisos de tierra, arena o están fabricados con maderas burdas y otros materiales vegetales, y se asocian con mayores probabilidades de ocurrencia de eventos en salud relacionados con limpieza, vectores, parásitos y accidentes domésticos.

Los materiales con que se construyen las paredes de las viviendas se relacionan con el nivel de protección y seguridad de los hogares frente a las condiciones del entorno físico, ambiental y social, así como con la durabilidad y sostenibilidad del espacio habitado (Gordyn *et al.*, 2018).

El 89,6 % de hogares reside en viviendas con paredes de bloques, ladrillos, piedras, madera pulida, concreto vaciado y prefabricados, mientras que el 10,3 % habita en viviendas con paredes de materiales menos seguros como madera burda, tablas o tablonés, tapia pisada, bahareque, caña, esterilla, otros vegetales o materiales de desecho. Por zona de residencia, el 96,5 % de los hogares urbanos mora en viviendas de paredes contruidas con materiales de alta durabilidad, siendo esta cifra considerablemente mayor que en las zonas rurales (65,8 %). Asimismo, mientras que el 3,6 % de los hogares de las zonas urbanas habita viviendas con paredes hechas de materiales menos seguros y durables, en las áreas rurales dicha cifra es por lo menos ocho veces mayor (33,9 %).

Respecto al número de cuartos con que cuenta una vivienda, estos hablan del tipo, tamaño promedio y necesidades socioeconómicas y habitacionales de los hogares, considerándose un indicador proxy del espacio físico disponible por los residentes, situación que tiene serias repercusiones en los procesos de aprendizaje, la integridad física y la salud mental de los convivientes (World Health Organization, 2018; Contreras *et al.*, 2019; Von Simson y Umblijs, 2021).

La mayoría de los hogares colombianos habita viviendas con máximo dos cuartos para dormir (73,7 %). En la zona rural, la proporción de hogares con viviendas es de solo un cuarto para dormir (29,4 %) o máximo dos (41,5 %). La proporción de hogares con tres o más cuartos para dormir es 28,3 % en el espacio urbano (8,6 % mayor que en las zonas rurales), con mayor disponibilidad habitacional en dicha área del país.

2.6.3. Forma de tenencia de las viviendas

La tenencia de la vivienda suele dar cuenta del nivel socioeconómico de los hogares y se considera un aspecto fundamental para el desarrollo de proyectos de vida familiares y personales duraderos, con repercusiones en la sensación de seguridad, pertenencia, autonomía y salud mental de los moradores (Arundel et al., 2024; Chung et al., 2020).

El 51,4 % de los hogares del país habita en viviendas propias totalmente pagadas o en proceso de pago; el segmento de hogares que habita viviendas no propias, tomadas en arrendamiento (35,4 %) o en usufructo con permiso del propietario (10,2 %) continúa siendo considerable.

Esta distribución varía de acuerdo con la zona de residencia. Las viviendas propias totalmente pagadas y en usufructo son las principales formas de tenencia de los hogares de la zona rural (62,9% y 19,1 %, respectivamente), siendo estas cifras 17,9 % y 12,0 % mayores que en la zona urbana. Asimismo, la fracción de hogares con viviendas en arrendamiento en la zona urbana (42,4 %) es al menos dos veces mayor que en la zona rural (12,1 %).

2.7. Disponibilidad de bienes de consumo duradero

La información sobre disponibilidad de bienes de consumo facilita una aproximación a las condiciones socioeconómicas y condiciones de vida de los hogares, que se complementa con datos referentes a la vivienda y accesibilidad a servicios públicos domiciliarios, para dar una visión sobre su nivel de pobreza y bienestar (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2024).

Los bienes de consumo duradero con mayor disponibilidad en los hogares colombianos son el teléfono celular (92,5 %), la televisión (88,4 %) y la nevera (85,0 %).

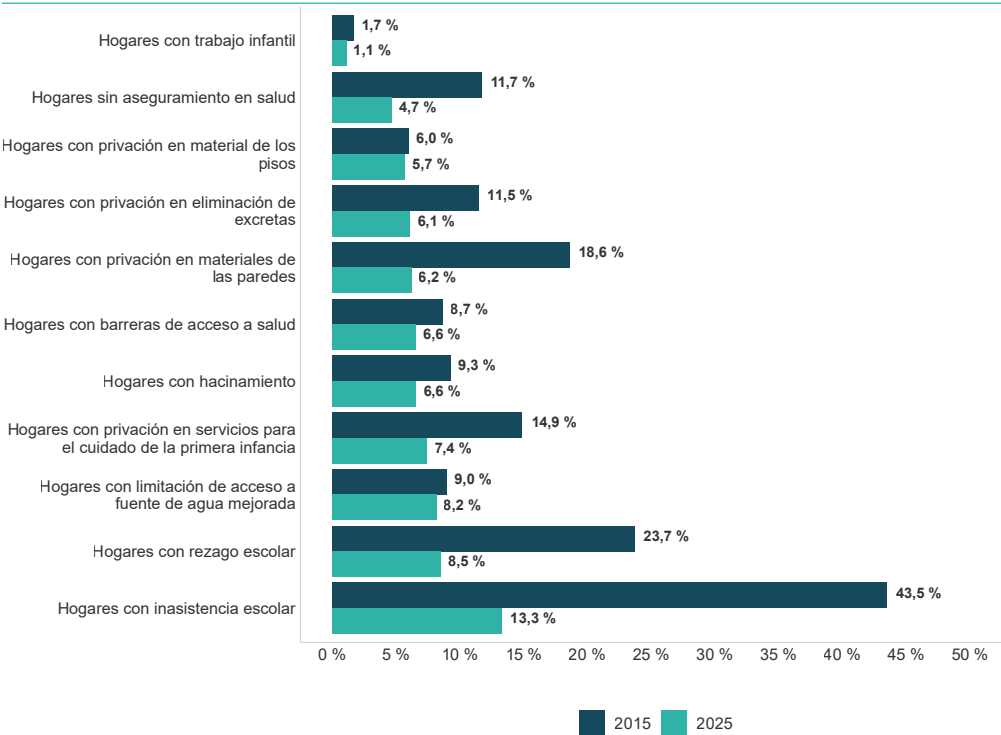
La disponibilidad de microondas, carro particular y teléfono fijo no es tan común, se reportan en menos del 18,5 % de los hogares. Por zona de residencia se presentan desigualdades en el acceso a estos bienes en favor de la zona urbana, siendo allí seis veces mayor el segmento de hogares que cuenta con computador (32,1 %), más del doble la fracción conectada a internet (65,9 %), así como 35,7 %, 22,3 %, 18,5 % y 19,2 % mayor la proporción de hogares que cuentan con lavadora, nevera, televisor y horno microondas, respectivamente.

2.7.1. Índice de pobreza multidimensional

El índice de pobreza multidimensional (IPM) fue desarrollado por el Departamento Nacional de Planeación en 2011 con base en la metodología Alkire-Foster (2007) como instrumento de rendición de cuentas y de focalización de recursos (DANE, 2019), para proporcionar información estratégica sobre diferentes dimensiones del bienestar de los hogares, integrando las características de las viviendas con indicadores de condiciones educativas del hogar, acceso a servicios públicos domiciliarios, situación de la niñez y juventud, servicios de salud y trabajo.

Algunos de los 11 indicadores básicos de pobreza multidimensional que mostraron mejoras incluyen: los hogares con inasistencia escolar, que se redujo en 30,2 puntos porcentuales; los hogares con rezago escolar, con una disminución de 15,2 puntos, y los hogares con privación en materiales de las paredes, con una disminución de 12,4 puntos porcentuales.

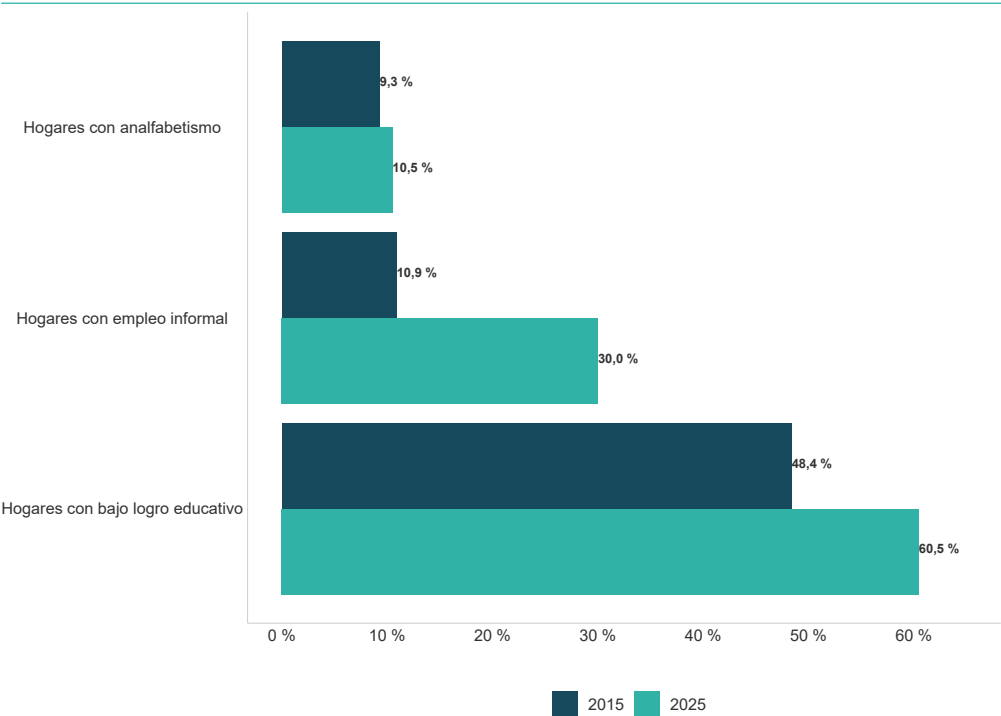
Gráfico 2.8.
Indicadores básicos de pobreza multidimensional que mejoraron



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En el país, el 60,5 % de los hogares tienen bajos niveles de logro educativo, 30,0 % no cuentan con acceso a empleo formal y 10,5 % presentan analfabetismo. La proporción de hogares con privaciones es mayor en la zona rural.

Gráfico 2.9.
Indicadores básicos de pobreza multidimensional que desmejoraron



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Por zonas de residencia, con excepción del acceso a servicios de salud, la proporción de hogares con todas las demás privaciones es mayor en la zona rural. Allí, el segmento de hogares con bajo logro educativo y analfabetismo supera en 24,6 y 13,6 puntos porcentuales a las zonas urbanas, y la inasistencia y el rezago escolar son 5 puntos más altos. A su vez, la fracción de hogares con limitación de acceso a fuente de agua mejorada y eliminación de excretas, con privación en los materiales de los pisos y en los materiales de las paredes es, por lo menos, siete veces mayor en las zonas rurales.

2.8. Características de la población

La educación se constituye como un derecho humano fundamental y está recogido en la Constitución Política de Colombia. En este apartado se presenta información relacionada con la asistencia a centros de enseñanza y el nivel de educación de la población colombiana, y se analiza el nivel de alfabetismo de hombres y mujeres.

2.8.1. Asistencia escolar de la población de 6 a 24 años

En Colombia, la asistencia escolar entre los 6 y los 24 años presenta una disminución a medida que la edad avanza. El comportamiento es alto en los primeros grupos de edad y disminuye aproximadamente 34,7 puntos porcentuales entre los 6 y los 16 años, y los 17 y los 20 años; y 60,7 puntos porcentuales con respecto a los 21 y los 24 años. El 95,6 % de los menores de 6 a 16 años asiste a la escuela o a algún centro de enseñanza regular. Al desagregar este grupo de edad en dos, de 6 a 10 años y de 11 a 16 años, se tiene que el 97,9 % y 93,8 %, respectivamente, asistieron a la escuela o a algún centro de enseñanza regular.

El análisis del nivel educativo alcanzado muestra una tendencia inversa entre la edad y la escolaridad, tanto en mujeres como en hombres. En las mujeres, a medida que aumenta la edad, disminuye el nivel educativo, con un incremento en la proporción de población sin educación, especialmente en el grupo de 80 años o más (26,4 %). Por otro lado, la educación superior crece en los grupos más jóvenes, alcanzando un 44,3 % en las mujeres de 25 a 29 años.

En los hombres, la distribución educativa también muestra que los niveles más bajos, como la falta de educación, se presentan en los grupos de 6 a 9 años y en mayores de 60 años. A su vez, los niveles educativos más altos, como secundaria y educación superior, aumentan en los grupos más jóvenes, aunque

con una excepción en el grupo de 6 a 14 años. La mediana de años escolares es más alta en los hombres de 15 a 49 años, con valores entre 10 y 11 años, destacando el grupo de 20 a 24 años con el promedio más alto de escolaridad (11 años).

El 23,3 % de las mujeres ha completado tanto la secundaria como la educación superior. En la zona rural, el 8,0 % de las mujeres no tiene educación, mientras que en la urbana esta cifra es del 3,3 %. En los hombres, el 20,9 % ha completado la secundaria y el 21,8 % la educación superior. En la zona rural, el 8,0 % no tiene educación, frente al 3,3 % en la zona urbana.

2.8.2. Diferenciales socioeconómicos y de género en los niveles educativos

La relación entre el quintil de riqueza y el nivel educativo alcanzado en las mujeres se muestra inversamente proporcional, dado que, a mayor riqueza, mayor es la proporción de población que completa la secundaria o accede a la educación superior, mientras que la población en los quintiles más bajos de riqueza representa los menores niveles educativos e incluso no ha recibido educación.

2.8.3. Diferencial urbano-rural y por sexo de los niveles educativos

En cuanto a las diferencias por zonas, se evidencia que los hombres presentan un mayor porcentaje de personas sin educación en comparación con las mujeres, con un 1,6 % en zona urbana y un 4,8 % en zona rural, mientras que las mujeres reportan un 0,9 % en zona urbana y un 2,9 % en zona rural. Esta tendencia también se observa en el nivel educativo superior, donde las mujeres alcanzan una mayor proporción de personas con educación superior, representando un 27,2 % en zona urbana y un 9,6 % en zona rural, en

comparación con los hombres, quienes registran un 33,0 % en zona urbana y un 10,1% en zona rural.

2.8.4. Diferenciales y tendencias por regiones y sexo en los niveles educativos

A nivel regional, con respecto al nivel educativo de las mujeres, Bogotá y Oriental presentan los mayores porcentajes de población con educación superior, con un 34,2 % y un 18,6 %, respectivamente. No obstante, en la región Central se observa que el 25,7 % de la población encuestada se encuentra cursando secundaria, el 20,9 % ha completado dicho nivel y el 18,6 % ha accedido a estudios superiores.

Mientras que por regiones, en los hombres, la Atlántica presenta la mayor proporción de población sin educación (6,9 %), la Pacífica registra el porcentaje más alto de personas con primaria incompleta (21,0 %), la Oriental tiene la mayor proporción de población con primaria completa (11,8 %), Orinoquía y Amazonía concentra el mayor porcentaje de personas con secundaria incompleta (29,7 %), y Bogotá lidera en secundaria completa (24,6 %) y educación superior (34,2 %).

2.9. Tasa de asistencia escolar, repitencia, deserción y extraedad

La ENDS 2025 recopila información sobre la población mayor de seis años que está asistiendo a establecimientos de educación formal, pública o privada, ya sea a nivel primario, secundario o de universidad, así como de la repitencia y de la deserción. Cuando se establece el cociente entre el volumen de la población de cada grupo de edad de interés y grados educativos, se obtienen las tasas brutas y las tasas netas de asistencia. La tasa bruta se refiere a la asistencia de la población

a algún grado o nivel de educación de la enseñanza formal, y se expresa en porcentaje; en cambio, la tasa neta se refiere a la asistencia de la población en edad normativa al nivel o grado de estudios que le corresponde a la edad.

Las tasas de extraedad escolar muestran el rezago de los estudiantes frente a la edad oficial de cada grado. A nivel nacional, el rezago aumenta desde el primer grado (3,6 %) hasta el quinto grado (13,9 %), y persiste en el nivel secundario, alcanzando su máximo en el grado once. Los mayores rezagos en primaria se presentan en las regiones Bogotá, Central y Oriental, mientras que en secundaria la región con más rezago es Bogotá, no la Atlántica.

El rezago escolar es mayor en los hombres al principio del ciclo escolar, pero las mujeres superan a los hombres en el grado once. En las zonas rurales, el rezago es significativamente mayor que en las urbanas, siendo casi el doble en la mayoría de los niveles.

2.10. Tasa de asistencia escolar para los grados primaria y secundaria

La ENDS 2025, como las encuestas anteriores, recopila información sobre la población usualmente mayor de seis años que está asistiendo a establecimientos de educación formal, pública o privada, ya sea a nivel primario, secundario o universitario, así como de la repitencia y de la deserción. Cuando se establece el cociente entre el volumen de la población de cada grupo de edad de interés y grados educativos, se obtienen las tasas brutas y las tasas netas de asistencia.

Las regiones donde las tasas brutas superaron el 100,0 % tanto para mujeres como para hombres fueron: Atlántica, Oriental, Central, Bogotá y Pacífica. En

Orinoquía y Amazonía este fenómeno se presentó únicamente en el caso de las mujeres. En las subregiones, la mayor tasa bruta se dio en Atlántico, San Andrés, Bolívar norte y en Medellín A.M. para las mujeres y los hombres. Las menores tasas brutas para las mujeres se dieron en Tolima, Huila, Caquetá y Cali A.M., y en los hombres en el Litoral Pacífico, y en la Orinoquia y Amazonía. A medida que se asciende en los quintiles de riqueza, se presenta un gradiente positivo: a mayor quintil de riqueza las tasas brutas de asistencia a la escuela secundaria aumentan tanto para hombres como para mujeres, aunque en mayor magnitud para los primeros.

Las tasas netas de asistencia a la educación secundaria muestran la efectividad de acceso al sistema educativo. Tal como en el caso con las tasas brutas, a medida que se asciende en el quintil de riqueza aumentan las tasas netas de asistencia en el nivel secundario. Por regiones y subregiones hay un mayor acceso a la educación en la región Oriental y en Bogotá, con tasas netas que varían entre el 82,0 % y 84,9 %. En las subregiones, las tasas netas en Barranquilla A.M., Medellín A.M., Bogotá, Caldas, Risaralda, Quindío y los Santanderes excedieron el 82,0 %.

2.11. Tasa de deserción escolar para la escuela primaria y secundaria

La problemática de la deserción escolar ha sido abordada en múltiples estudios y con diferentes enfoques, lo que ha permitido ahondar en el conocimiento de sus causas y consecuencias.

La deserción escolar a nivel nacional pasó de 0,7 en primero de primaria a 5,3 en quinto. Mientras que, a nivel secundario, las fluctuaciones en los cinco primeros grados, de sexto a décimo, fueron mínimas, pero a nivel once aumentaron un poco más de nueve veces con respecto a quienes desertaron en el grado

noveno. Cuando se consideró la distribución de la deserción escolar según sexo, la problemática a nivel primario afectó más a los hombres de quinto grado, con una diferencia de 1,8 puntos porcentuales con respecto a las mujeres, en contraste con el nivel secundario, donde las mujeres encabezaron la deserción con una diferencia de 1,0 punto porcentual sobre sus homólogos en el grado once.

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

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la población alcanzó el 96,1 %. Las mujeres presentan una mayor cobertura (96,1%) en comparación con los hombres (94,7 %). Sin embargo, los hombres tienen una mayor afiliación en los regímenes contributivo, especial o de excepción

Por región, la mayor cobertura general se registra en la Atlántica (98,0 %), seguida de la región Central (96,5 %). En contraste, Bogotá presenta una cobertura 3,2 % inferior a la nacional y 5,1 % menor que la Atlántica. Sin embargo, Bogotá destaca por tener la mayor cobertura en el régimen contributivo (61,7 %), mientras que en el resto de las regiones la cobertura predominante corresponde al régimen subsidiado.

El porcentaje de mujeres afiliadas al SGSSS es del 97,2 % en la zona rural y del 96,6 % en la urbana. En el caso de los hombres de 13 a 49 años la afiliación alcanza el 96,1 % en la zona rural y el 95,2 % en la urbana.

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

A nivel nacional, el 8,7 % de las personas manifestó haber tenido algún problema de salud en los últimos 30 días. La prevalencia incrementa con la edad, de manera que mientras las niñas y niños entre 5 y 9 años reportaron haber tenido problemas de salud en un 5,6 %, esta proporción se incrementó progresivamente, hasta 3,2 veces, para las personas de 80 años y más, entre quienes dicha proporción es del 18,0 %.

En cuanto a las acciones tomadas para tratar estos problemas, la mayoría de las personas acudieron a un(a) médico(a), especialista, odontólogo(a) o institución de salud (64,9 %), aunque existen diferencias según la edad. La consulta médica es más frecuente en adultos mayores, con un 83,0 % de los mayores de 80 años buscando atención profesional, mientras el 12,8 % de la población optó por remedios caseros, siendo más frecuente en niñas, niños y adolescentes de 10 a 14 años (17,5 %). Por su parte, la automedicación alcanza el 10,3 % a nivel nacional, pero su uso es mayor en jóvenes y adultos de 25 a 29 años (17,0 %), lo que podría estar asociado con el deseo de tratarse rápidamente sin recurrir a servicios médicos.

2.13. Razón de no solicitar o recibir atención médica

El 34,7 % de los menores de cinco años no recibió atención sanitaria. Este porcentaje aumenta a 47,9 % en la adolescencia (15 a 19 años) y disminuye progresivamente hasta 17,0 % en la población mayor de 80 años. Entre la población adolescente (10 a 19 años), las razones personales fueron la principal barrera para acceder a la atención médica.

En las áreas rurales, el 40,6 % de las personas con un problema de salud no recibió atención sanitaria, en comparación con el 33,3 % en zonas urbanas. En el ámbito rural, el principal obstáculo se relaciona con barreras dentro del servicio de salud (55,1 %), mientras que, en las zonas urbanas, las razones personales tuvieron un peso mayor (45,7 %).

2.14. Discapacidad

En este apartado se presentan los grados de dificultad que tienen las personas para desarrollar nueve actividades relacionadas con las capacidades y habilidades básicas para su subsistencia, autocuidado y participación tanto en el hogar como en la comunidad.

2.14.1. Niveles de dificultad para la realización de actividades

De acuerdo con la escala de valoración propuesta (DANE, 2015), en el grado 1 la persona presenta una discapacidad total, sus condiciones le impiden llevar a cabo la actividad y requiere de ayuda y apoyo de terceros; en el grado 2 la persona presenta una grave disminución en su capacidad para realizar la actividad y requiere un alto grado de apoyos, aun usando ayudas técnicas; en el grado 3 la persona tiene alguna dificultad para realizar la actividad, pero puede realizarla por sí misma; en el grado 4 la persona no tiene dificultad que afecte su capacidad para el desempeño de la actividad.

El mayor porcentaje de personas tiene dificultad para ver (2,5 %) y en segundo orden para moverse o caminar (2,0 %); el 0,9 % tiene dificultad para oír y al menos 3,8 % tiene dificultades para coger o mover objetos con las manos;

hacer las tareas diarias por problemas cardíacos, respiratorios o renales; hablar o conversar, entender, recordar o tomar decisiones, relacionarse con los demás o para su autocuidado.

2.14.2. Dificultad que más afecta el desempeño de las actividades diarias

Los resultados indican que los mayores porcentajes se encuentran entre las mujeres que tienen dificultad para ver (2,9 %) y para mover el cuerpo (2,2 %). Por edad, se encontró que en promedio 0,7 % de los niños entre 0 y 9 años tienen un mayor grado de dificultad para realizar las actividades diarias y que el porcentaje de personas que tiene mayor dificultad aumenta con los años, particularmente a partir de los 60.

2.15. Características generales y situación de mujeres y hombres

La distribución de la población por grupo de edad y sexo muestra que el 22,5 % correspondió al grupo de 0 a 14 años y el 67,3 % de la población pertenece al grupo de edad de 15 a 64 años.

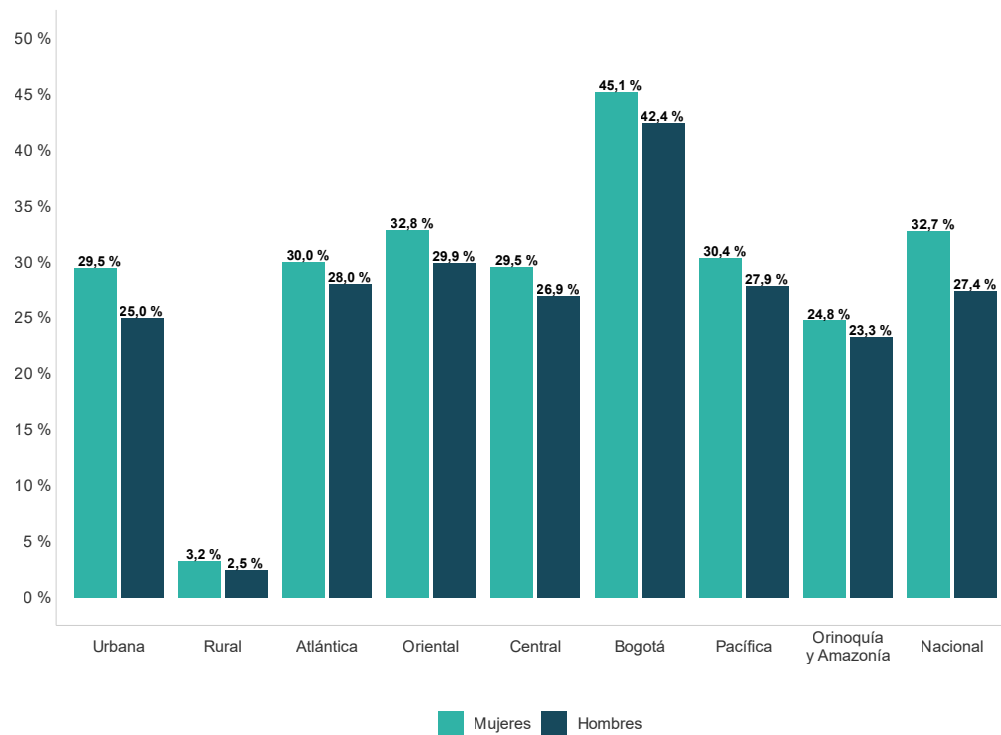
Los resultados obtenidos en la ENDS 2025 muestran la reducción de la fecundidad como la explicación natural de que el país cuente con grupos poblacionales menos numerosos; como la disminución de la población de menor edad (0 a 14 años) y el aumento significativo de la población económicamente activa (15 a 64 años).

La población masculina de máximo 14 años representó el 23,6 % y las mujeres en dicho rango el 21,6 %. Con respecto a la ENDS 2015, tanto para la población masculina como femenina se observaron disminuciones de 4,4 y 4,3 puntos porcentuales, respectivamente. La población femenina constituyó el 54,2 % de la población analizada. En el grupo de población de 65 y más años, tanto en hombres como en mujeres, se observó un proceso de envejecimiento de 4,5 % y 5,7 %, respectivamente.

Las mujeres del área urbana representaron el 79,2 % del total de mujeres y las del área rural un 20,8 %. En el caso de los hombres, el área urbana representó el 75,1 % y en zona rural un 24,9 %.

Según el nivel educativo, el 95,5 % de los hombres encuestados refirieron algún nivel educativo, donde el 40,0 % se identificaron con estudios de máximo secundaria y el 14,7 % estaban adscritos a la educación superior al momento de la encuesta. En el caso de las mujeres, el 92,0 % dijo que tenía algún grado educativo, el 41,0 % estudios de básica secundaria y el 17,5 % estudios de educación superior.

Gráfico 2.10.
Mujeres y hombres de 13 a 49 años con educación superior



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Con respecto al nivel de alfabetismo, el 89,1 % de las mujeres ha alcanzado al menos el nivel educativo secundario, lo que implica que saben leer y escribir. Un 9,4 % no ha alcanzado ese nivel, pero también posee la capacidad de leer y escribir, mientras que solo el 1,5 % de las mujeres no sabe leer ni escribir.

En comparación con 2015, los índices de analfabetismo femenino entre las mujeres de 15 a 49 años se redujeron, pues el porcentaje de mujeres que

no sabían leer ni escribir era del 2,1 % en ese año, y se registró en 1,5 % en 2025.

El nivel de analfabetismo en hombres de 15 a 49 años (2,0 %) es superior al de las mujeres en el mismo grupo de edad. El analfabetismo aumenta con la edad, pasando de un 0,9 % en hombres de 15 a 19 años a un 4,1 % en los de 45 a 49 años. Además, es más alto en la zona rural que en la urbana, con un 4,6 % frente a un 1,2 %, respectivamente.

La situación laboral en el país influye significativamente en las dinámicas sociales actuales. La frecuencia de mujeres ocupadas aumenta hasta los 35-39 años (51,7 %) y luego disminuye. Un 5,8 % de las niñas de 13 a 14 años están empleadas. Las mujeres alguna vez unidas son las que tienen la tasa de ocupación más alta (53,5 %), seguidas de las mujeres nunca unidas (37,6 %) y las mujeres actualmente unidas (34,4 %). La participación laboral de las mujeres disminuye conforme aumenta el número de hijo(a)s, siendo mayor entre las que tienen 1 o 2 hijo(a)s (43,6 %) y menor entre las que tienen 5 o más (29,6 %). Las mujeres sin hijo(a)s tienen una ocupación del 34,3 %.

En cuanto a los hombres, un 70,9 % de los de 15 a 59 años está trabajando, frente al 38,0 % de las mujeres. El desempleo entre hombres (22,6 %) es un 34,9 % inferior al de las mujeres. En general, los hombres tienen mayores tasas de ocupación y menores tasas de desempleo que las mujeres en todas las categorías analizadas.

Con respecto al tipo de ocupación, las mujeres que tienen educación superior trabajan como profesionales, técnicas o directoras y funcionarias públicas directivas (20,7 %), y como administrativas o asistenciales (26,6 %). En el otro extremo, las mujeres que no tienen educación o solo cuentan con primaria son las que presentan proporciones mayores en actividades del sector servicios

(47,0 % y 38,0 %). En el caso de los hombres, se presenta la dedicación temprana de los adolescentes a las ventas y servicios (44,1 % y 47,9 % de niños de 13 a 14 años y de 15 a 19 años, respectivamente), y a la agricultura y trabajo agropecuario, pesca y caza (34,4 % y 28,0 %, respectivamente).

Los hombres están con menos frecuencia ocupados en actividades de profesionales, técnicos, directivos y funcionarios públicos directivos (9,5 %, frente al 10,6 % de las mujeres), de asistenciales o administrativos (7,7 %, frente al 15,1 %), y en ventas y servicios (47,1 %, frente al 59,2 %), mientras que tienen proporciones mayores en actividades agropecuarias, pesca y caza (16,2 % frente al 4,2 %), y como conductores u operarios no agrícolas (15,2 % frente al 6,1 %).



Capítulo 3

Migración

Para la ENDS 2025 es importante conocer los cambios demográficos como consecuencia de los procesos de migración ocurridos en el país, teniendo en cuenta las tendencias actuales. Como fenómeno social, la migración tiene implicaciones políticas, económicas y de salud (Gutiérrez Silva et al., 2020; Piñones-Rivera et al., 2021; Cabieses, 2022). Existen distintos patrones migratorios, diferenciados por sus causas y sus características de movilidad, como por ejemplo las migraciones internas, el desplazamiento forzado por violencia y las migraciones internacionales, entre los cuales se destaca la migración sur-norte y sur-sur (Elizalde et al., 2013).

Colombia, en los últimos años, se ha convertido en un país receptor de migrantes, principalmente venezolanos (Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, 2024), y también enfrenta desafíos por la migración en tránsito, como la crisis humanitaria en la región del Darién (Gandini et al., 2024; Alonso, 2024). Como determinante estructural de la salud, la migración puede originar desigualdades y requiere un análisis integral (Cabieses et al, 2017).

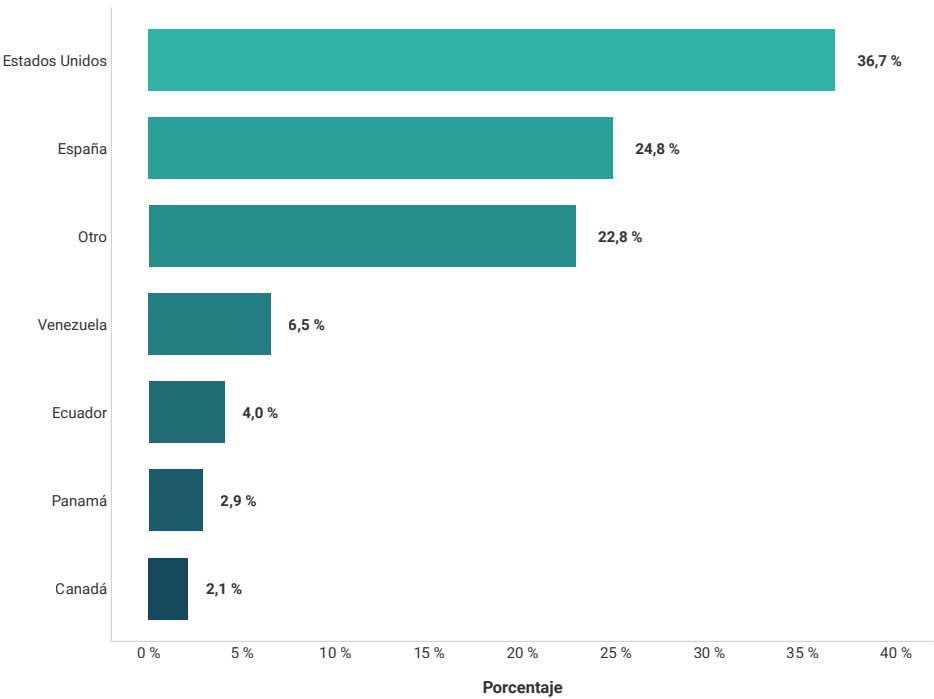
3.1. Emigrantes internacionales

3.1.1. Características de los emigrantes internacionales

Los hombres son los que más emigran, con un 53,9 %, mientras que las mujeres representan el 46,1 %. En cuanto a los grupos de edad, se observa una concentración en la población en edad de trabajar, donde el mayor número de

emigrantes está en el grupo de 30 a 39 años con el 34,8 %, seguido por el 24,5 % de emigrantes con edades entre los 20 a 29 años. Estados Unidos concentra la mayor proporción de colombianos en el exterior con un 36,7 %, seguido por España y otros países (24,8 % y 22,8 %) (Gráfico 3.1.).

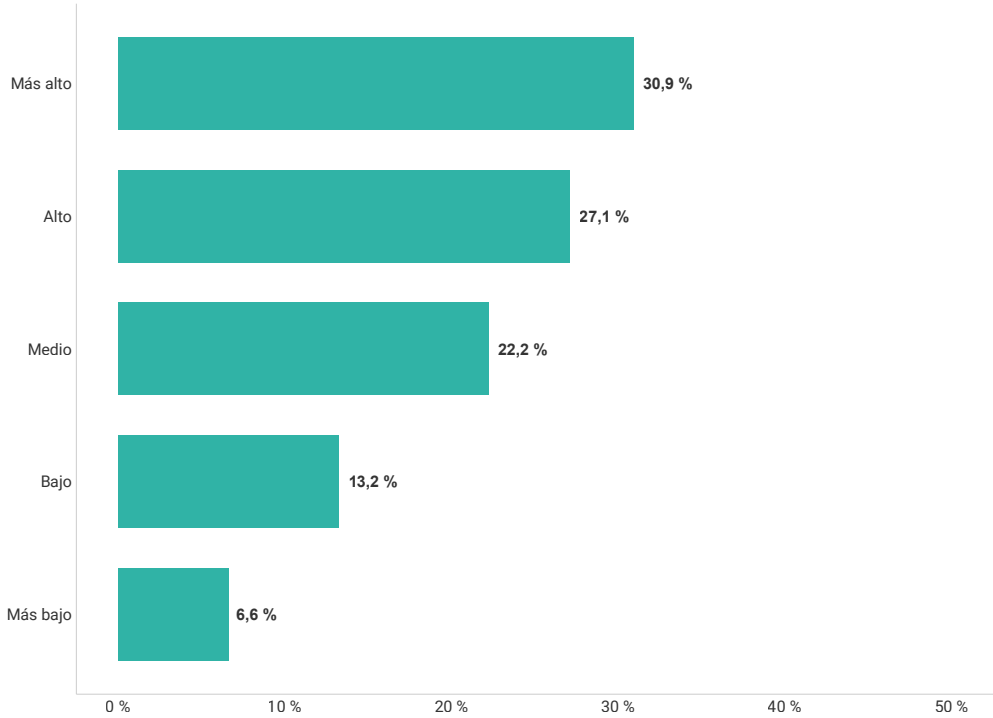
Gráfico 3.1.
Emigrantes internacionales por país de residencia actual



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El 30,9 % de los emigrantes proceden de hogares del quintil más alto y el 27,1 % corresponden al quintil alto (Gráfico 3.2.).

Gráfico 3.2.
Emigrantes internacionales por quintil de riqueza



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

3.1.2. Origen de los emigrantes

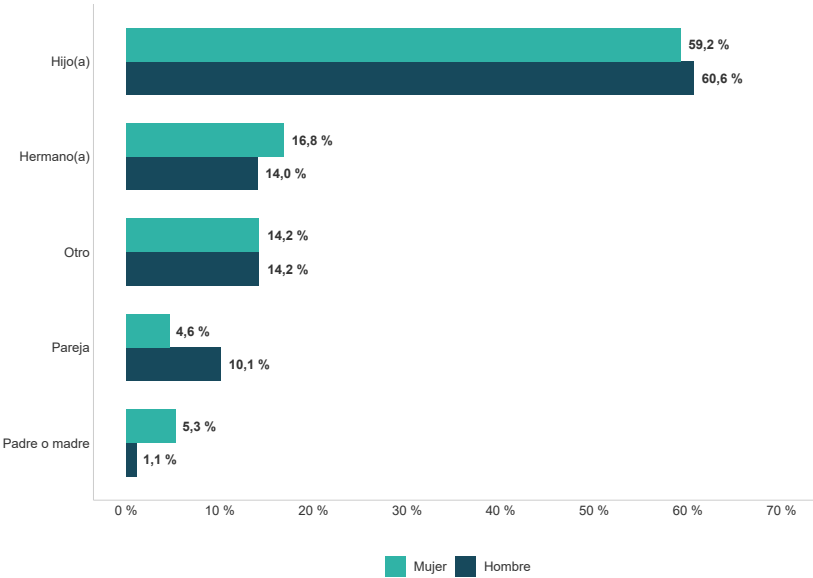
El 91,2 % de los emigrantes proceden de las zonas urbanas, principalmente de la región Central (26,5 %), Pacífica (22,7 %) y Oriental (21,5 %). Por

subregiones se observa que sin contar a Bogotá (ya que aparece como región y subregión), Boyacá, Cundinamarca, Meta, Medellín A.M. y Cali A.M., Caldas, Risaralda, Quindío y Valle sin Cali ni Litoral, concentran el 53,8 % de la población que emigra del país.

3.1.3. Relaciones familiares

Con respecto al jefe del hogar de origen (Gráfico 3.3.), los hijos son los que más emigran del país, con un 59,9 %; seguido por hermanos, 15,3 %; otros parentescos del jefe del hogar, 14,2 %, y en menor medida emigran los padres, con un 3,0 %. Con relación al sexo, los hijos hombres son los que más migran (60,6 %), y en cuanto a las mujeres, migran en mayor proporción hijas (59,2 %), y hermanas (16,8 %).

Gráfico 3.3.
Emigrantes internacionales según el parentesco con el jefe del hogar y sexo

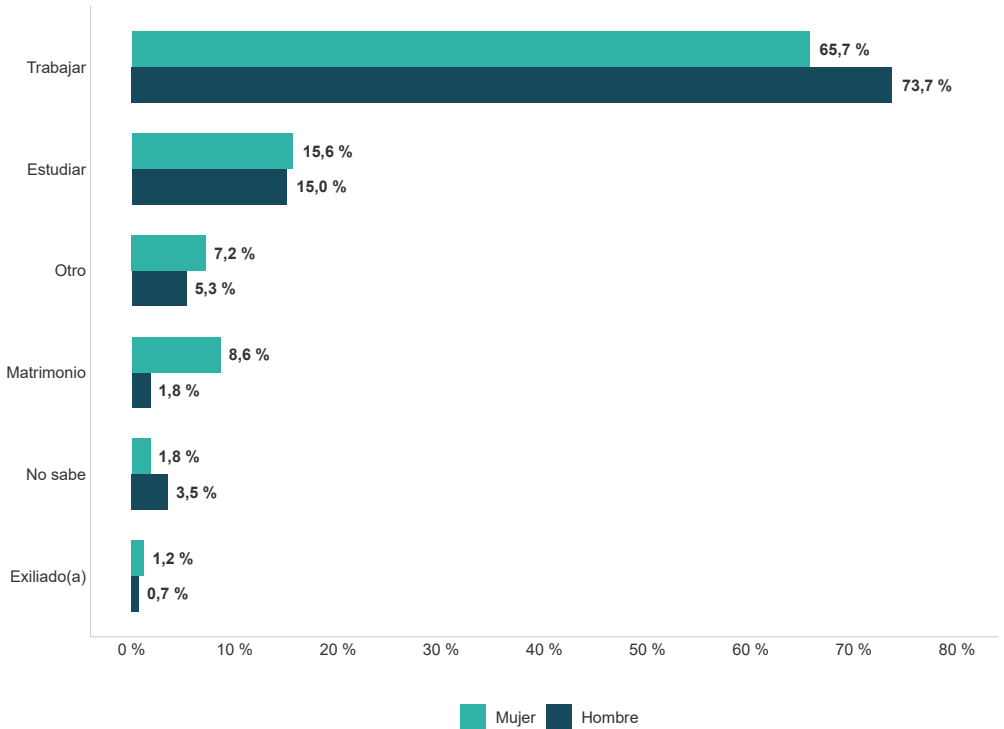


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

3.1.4. Razones para emigrar

El motivo principal por el que los colombianos han emigrado fuera del país es el trabajo (70,0 %), seguido por el estudio (15,3 %), otros motivos (6,1 %) y el matrimonio (4,9 %). La proporción de las mujeres emigrantes que salieron con motivo del matrimonio (8,6 %) es mucho mayor frente a los hombres que emigraron por el mismo motivo (1,8 %). En cambio, proporciones mayores de hombres salieron del país por oportunidades de trabajo (73,7 %) (Gráfico 3.4.).

Gráfico 3.4.
Razones para emigrar según sexo

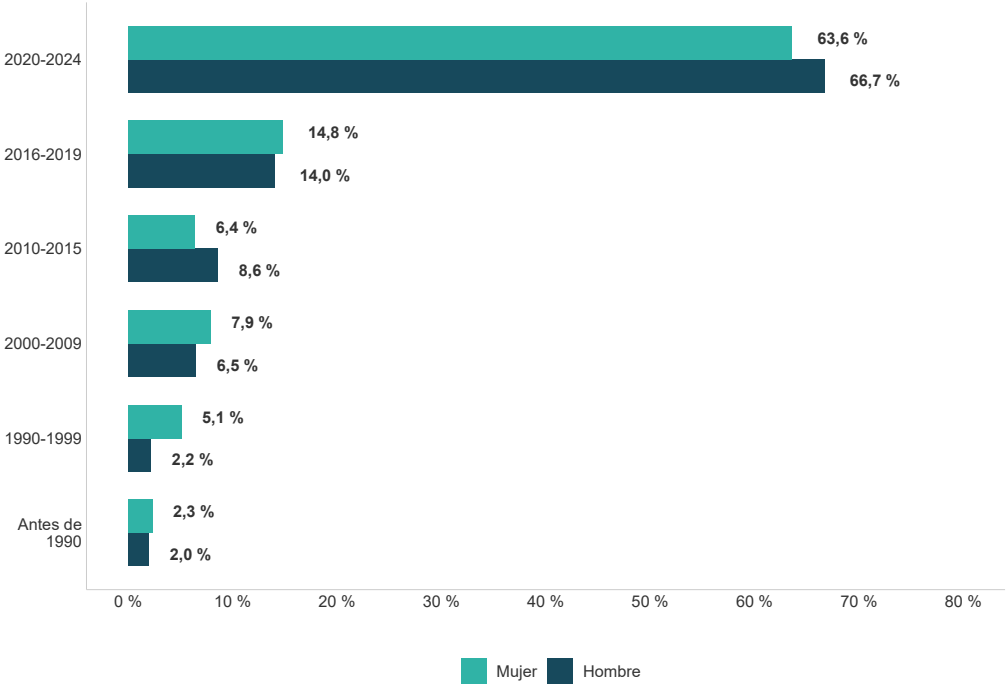


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

3.1.5. Año de salida del país

Con relación a los años de salida del país, se observa una tendencia creciente en la proporción de emigrantes colombianos, con una frecuencia mayor en los últimos 5 años (Gráfico 3.5.).

Gráfico 3.5.
Emigrantes colombianos según periodo de salida del país para residir en el exterior



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

3.2. Inmigrantes internacionales

3.2.1 Características generales de los inmigrantes internacionales

El 4,6 % de la población encuestada en Colombia es inmigrante internacional. Se identificó una proporción ligeramente mayor de mujeres inmigrantes (4,8 %) que de hombres (4,4 %). Venezuela es el principal país de origen de los inmigrantes, representa el 96,4 %. El 99,9 % de los inmigrantes internacionales en departamentos fronterizos con Venezuela nacieron en el vecino país (Arauca, Cesar, Guainía, La Guajira, Norte de Santander y Vichada). La mayoría de los inmigrantes en Colombia reportan contar con permiso especial de permanencia (35,5 %) y un 25,5 % mencionan no tener ningún documento migratorio o de identificación.

Entre la población migrante venezolana, las mujeres tienen una mayor presencia como jefas de hogar, a diferencia de la población que procede de otros países, donde los hombres predominan en este rol. Por otro lado, las mujeres inmigrantes son mayoritariamente identificadas como cónyuges, independientemente del país de origen, mientras que los hombres, sin importar su procedencia, son con mayor frecuencia reconocidos como hijos dentro del hogar.

En términos de nivel socioeconómico, entre los inmigrantes provenientes de países distintos a Venezuela, quienes pertenecen a los quintiles bajo y alto se identifican en mayor proporción como jefes de hogar, mientras que en los quintiles más bajo y medio predominan quienes se identifican como hijos o hijas. En

contraste, entre la población migrante proveniente de Venezuela, la identificación como jefe de hogar es importante en proporción en todos los quintiles de riqueza.

La principal razón por la que los inmigrantes internacionales llegaron a Colombia fue la búsqueda de mejoras económicas, razón reportada por el 66,9 % de los casos (un poco mayor en hombres con 68,6 %). Esta motivación es más frecuente entre personas de 30 a 39 años (85,4 %), mayores de 80 años (95,6 %), y en regiones como Bogotá (75,1 %) y Oriental (70,8 %). Las razones familiares representan el 21,2 % de los motivos de migración (un poco mayor en mujeres con 22,9 %), siendo especialmente relevantes en Bolívar sur, Sucre y Córdoba (58,2 %) y Medellín A.M. (43,9 %). En tercer lugar, están las razones relacionadas con otros hechos de violencia (diferentes a desplazamiento forzado), las cuales representan el 4,3 %, con cifras mayores en mujeres (4,8 %) que en hombres (3,6 %). Este motivo es más frecuente en regiones como la Orinoquía y Amazonía (8,2 %), y en la subregión de Cali A.M. (8,0 %). Las razones educativas son la cuarta causa de migración, las cuales representan el 2,5 % de los casos, siendo más frecuente en las edades de 10 a 19 años (5,9 %).

3.2.2. Características de salud de la población migrante procedente de Venezuela

La proporción de embarazo en adolescentes es mayor entre las jóvenes migrantes venezolanas en comparación con las colombianas.

En el grupo de 15 a 19 años, el 10,3 % de las venezolanas ha sido madre o espera su primer hijo(a), mientras que en las colombianas este porcentaje es del 5,8 %.

El 7,9 % de los inmigrantes venezolanos reportó haber experimentado algún problema de salud reciente. En cuanto a las acciones tomadas para tratar estos problemas de salud, la mayoría de los migrantes venezolanos (50,4 %) acudieron a un médico(a), especialista, odontólogo(a) o institución de salud (porcentaje un poco mayor en mujeres con 53,0 %). Un 49,6 % de la población que no consultó fue a una farmacia, utilizó remedios caseros, se automedicó o no hizo nada, lo que sugiere posibles barreras en el acceso a los servicios de salud para esta población.

La ENDS 2025 consultó la población migrante venezolana que enfrentó un problema de salud en el último mes, pero no recibió atención médica para esta situación. La principal barrera fue la falta de afiliación al sistema de salud (45,7 %). Otros factores incluyen la falta de tiempo (13,1 %), fue pero no lo atendieron (9,3 %), se demora la atención en el sitio (6,4 %) y percepción de mala calidad en el servicio (5,9 %).

Solo el 52,1 % de las mujeres migrantes venezolanas en Colombia reportó haber recibido controles prenatales, con una cobertura mayor en la zona urbana, donde se observó una brecha de 29,6 puntos porcentuales en comparación con la rural.

3.3. Migrantes internos

3.3.1. Características generales de los migrantes internos

Un 14,8 % de la población de los hogares encuestados es clasificada como migrante reciente (53,4 % mujeres). La población con edades entre los 0 y 9 años corresponde al 29,6 %, mientras el grupo de 20 a 29 años corresponde

al 26,6 %. En términos generales, los migrantes internos son personas jóvenes y en edad económicamente productiva. El 75,1 % reside en el área urbana y el 24,9 % en el área rural. Un 18,6% están en quintiles bajos de riqueza y un 16,6% en quintiles medios.

3.3.2. Relaciones de parentesco de los migrantes y su grupo, y razones para migrar

Con relación al parentesco de los migrantes con el jefe de hogar, un 25,3 % son hijos o hijas (un 4,3 % mayor la proporción en hombres cuando se compara con mujeres). Un 15,7 % son parejas del jefe de hogar (mayor porcentaje en mujeres). La proporción de hijos e hijas de acuerdo con el nivel de riqueza no difiere sustancialmente, aunque el quintil más bajo tiene un porcentaje del 30,0 % cuando se compara con los otros parentescos.

El 43,0 % de las personas encuestadas migró por razones económicas, y el 35,2 % por razones familiares. El factor económico se presenta en mayor proporción en hombres (47,3 %), mientras que las razones familiares se presentan en mayor proporción en mujeres (39,6 %). Otras razones para migrar son los factores educativos (9,1 % en hombres y 8,3 % en mujeres) y el desplazamiento por grupos armados o delincuencia (6,1 % en hombres y 5,0 % en mujeres) (Gráfico 3.6.).

3.3.3. Origen de los migrantes internos

Un poco más de la quinta parte de la población procede de áreas rurales (centro poblado y rural disperso), con mayor proporción de hombres y con edades de 30 años o más. Al analizar las proporciones de las personas cuya zona de origen es el rural disperso (18,3 % del total nacional), los mayores porcentajes se encuentran en edades de 40 a 49 años, y se ubican principalmente en zonas rurales (83,5 %) y en la región Oriental (27,1 %). La mayor concentración

de personas que proceden de áreas rurales dispersas se encuentra en niveles educativos de primaria o inferior, y en los quintiles bajos y más bajos de riqueza.

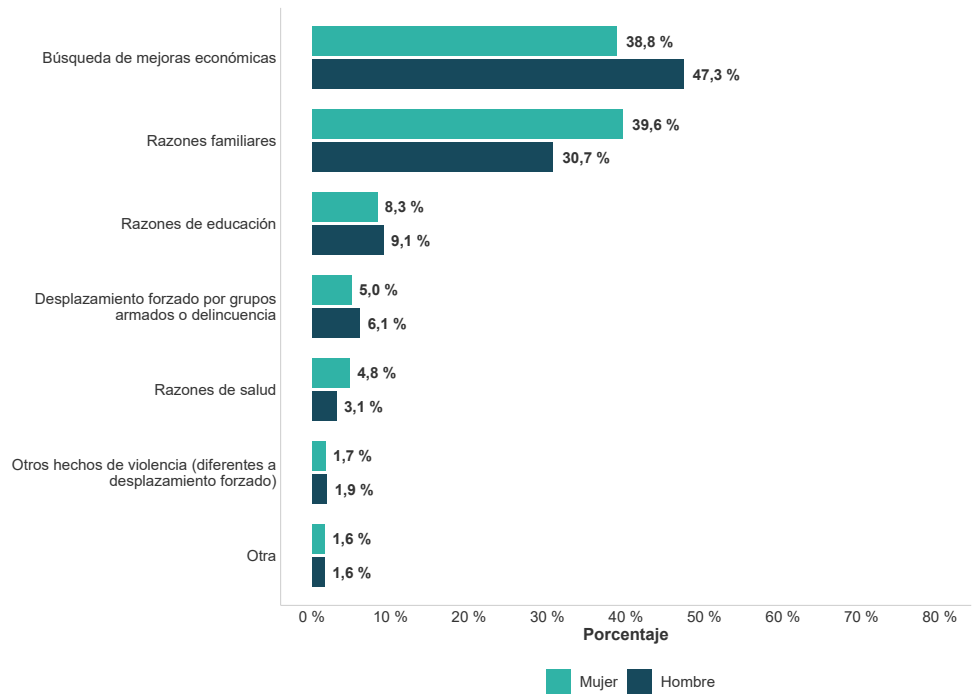


Gráfico 3.6.
Migrantes internos según razones para migrar

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los hallazgos principales de la ENDS 2025 reflejan cambios en la migración colombiana en la última década y con relación a la ENDS 2015, teniendo en cuenta los procesos de emigración al exterior y migración interna. Se observa una reducción en la emigración femenina y un aumento de emigrantes hacia Estados Unidos y España, mientras que la migración a Venezuela ha disminuido drásticamente. Con relación a la inmigración internacional, la migración de personas del vecino país ocupa un importante punto en la agenda poblacional,

principalmente motivada por factores económicos y sociales. Se destaca en este punto la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud para inmigrantes venezolanos, mayores frecuencias de embarazo adolescente y de personas sin documentación en regla. También se observa un incremento de la migración interna y del número de mujeres y de personas mayores migrantes, además de proporciones más elevadas en ciertas regiones del país. Finalmente, se evidencian impactos de la pandemia en las condiciones de vida de los migrantes.



Capítulo 4

Mortalidad infantil, en la niñez, adulta y materna

En Colombia, la mortalidad infantil y en la niñez han presentado una disminución importante en las últimas décadas, aunque con marcadas desigualdades territoriales (Buitrago et al., 2025). Por su parte, aunque también se ha presentado un descenso en la mortalidad materna a nivel nacional, se han observado variaciones importantes relacionadas con muertes de mujeres migrantes, residentes de áreas rurales, en las regiones Atlántica, Pacífica, y Orinoquía y Amazonía, y afiliadas al régimen subsidiado del sistema de salud (Instituto Nacional de Salud, 2025). Estas desigualdades ponen de relieve la necesidad de complementar los análisis descriptivos con una mirada hacia los determinantes estructurales que las originan.

4.1. Mortalidad perinatal

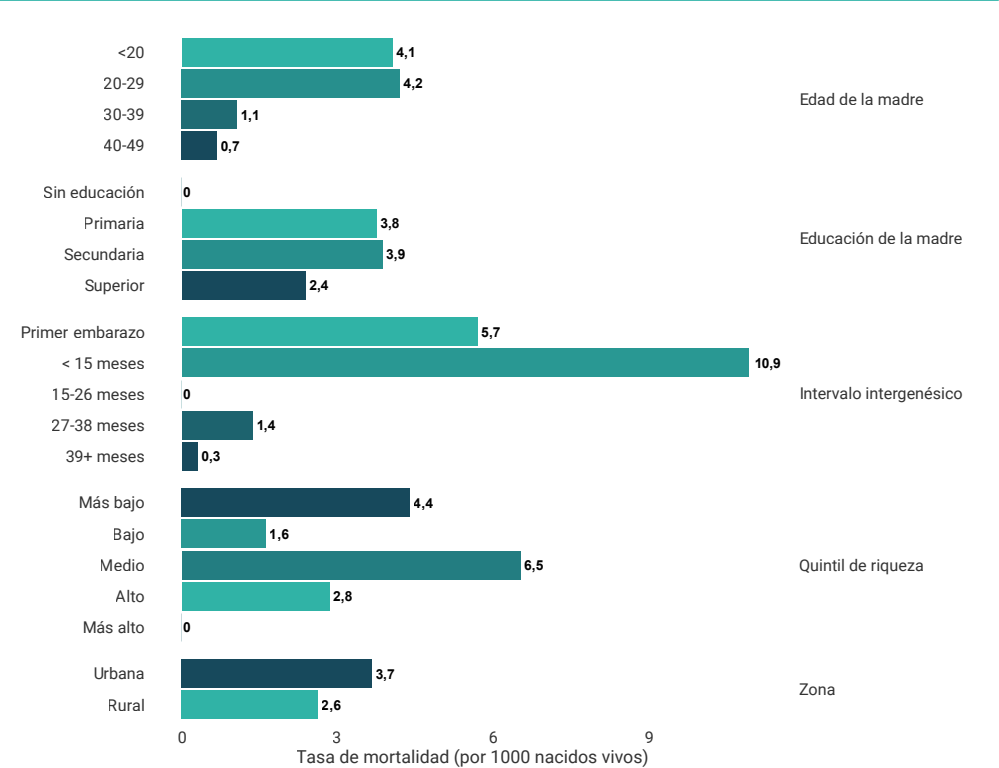
Se recopiló información sobre la ocurrencia de mortinatos y muertes neonatales tempranas en los 10 años previos a la encuesta, estimando una tasa de mortalidad perinatal de 3,9 por cada 1000 nacidos vivos entre 2015 y 2025. Como se muestra en el Gráfico 4.1., la mortalidad perinatal fue mayor entre las madres menores de 29 años. El mayor riesgo se observó cuando el periodo intergenésico fue inferior a 15 meses, 8,0 veces superior en comparación con intervalos entre 27 y 38 meses; este hallazgo es consistente con las recomendaciones de la OMS, según las cuales las mujeres deberían esperar al menos 24 meses entre un nacimiento vivo y la concepción del siguiente embarazo,

con el fin de reducir el riesgo de resultados adversos maternos, perinatales e infantiles (World Health Organization, 2005).

Asimismo, la tasa fue 37,6 % superior en el área urbana frente a la rural. Por subregiones, el valor más alto se presentó en el Litoral Pacífico, seguido de los Santanderes; a nivel departamental, las tasas más elevadas se observaron en Santander, Huila y Chocó, mientras que en 17 de los 33 departamentos no se registraron muertes perinatales. Según nivel educativo de la madre, la mayor mortalidad perinatal se presentó en madres con máximo primaria y secundaria, mientras que, según quintil de riqueza, la mayor mortalidad se presentó en el quintil medio.

Las tasas de mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez muestran una disminución sostenida en Colombia a lo largo de las últimas tres décadas. Con respecto a la medición anterior, la mortalidad neonatal se redujo en un 82,8 %, pasando de 9,0 a 1,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos en la ENDS 2025.

Gráfico 4.1.
Tasa de mortalidad perinatal para el periodo de diez años antes de la encuesta



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

4.2. Mortalidad infantil y en la niñez

Para la estimación de los indicadores se parte del número de defunciones y de la población expuesta en intervalos de edad expresados en meses (0, 1–2, 3–5, 6–11, 12–23, 24–35, 36–47 y 48–59). A partir de esta información se calculan las probabilidades de supervivencia en cada intervalo y, en consecuencia, las probabilidades de morir en los distintos periodos: durante los primeros

28 meses de vida (mortalidad neonatal), durante el primer año de vida (1q0, mortalidad infantil), entre el primer y el quinto año de vida (4q1, mortalidad posinfantil) y antes de cumplir cinco años (5q0, mortalidad en la niñez). Las tasas se expresan por cada 1000 nacidos vivos, excepto la tasa de mortalidad posinfantil, que se expresa por cada 1000 niños menores de un año.

La ENDS 2025 estimó para Colombia, en los diez años previos a la encuesta, una tasa de mortalidad neonatal de 1,2 por cada 1000 nacidos vivos, una mortalidad infantil de 5,2 por cada 1000 y una mortalidad en la niñez de 6,5 por cada 1000. Estos resultados muestran que la mortalidad infantil concentra alrededor del 80,0 % de las muertes de niñas y niños menores de cinco años.

En cuanto a la edad materna al momento del nacimiento para la mortalidad posneonatal, infantil y en la niñez, el riesgo más alto se observó en los extremos: hijo(a)s de madres menores de 20 años y de 40 a 49 años presentaron mortalidades muy superiores a las estimaciones nacionales. Por su parte, las madres de 20 a 29 años concentraron los valores más bajos en todos los indicadores, lo que coincide con la literatura que reconoce la edad de las madres, y en especial las edades extremas, como un factor de riesgo para la mortalidad infantil y en la niñez (Donoso et al., 2014).

En todos los indicadores de mortalidad infantil y en la niñez se identifica una tendencia general descendente; sin embargo, se identifican importantes desigualdades según características sociodemográficas que pueden ser eliminadas.

4.3. Mortalidad materna

La ENDS 2025 incorporó por primera vez la estimación de la mortalidad materna en Colombia a través de un método indirecto basado en la historia de hermanas, el cual identifica muertes ocurridas mientras la mujer estaba embarazada, durante el parto o en los 42 días después del parto, sin discriminar la causa específica de la defunción ni diferenciar si esta fue accidental o violenta. Los resultados muestran que, en los seis años previos a la encuesta, la mortalidad materna indirecta fue de 64,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Aunque deben reconocerse las diferencias metodológicas, este valor es cercano a las estimaciones oficiales del DANE, que reportó 45,3 y 50,7 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 2018 y 2019, respectivamente, justo antes del incremento asociado a la pandemia por COVID-19 (DANE, 2021).

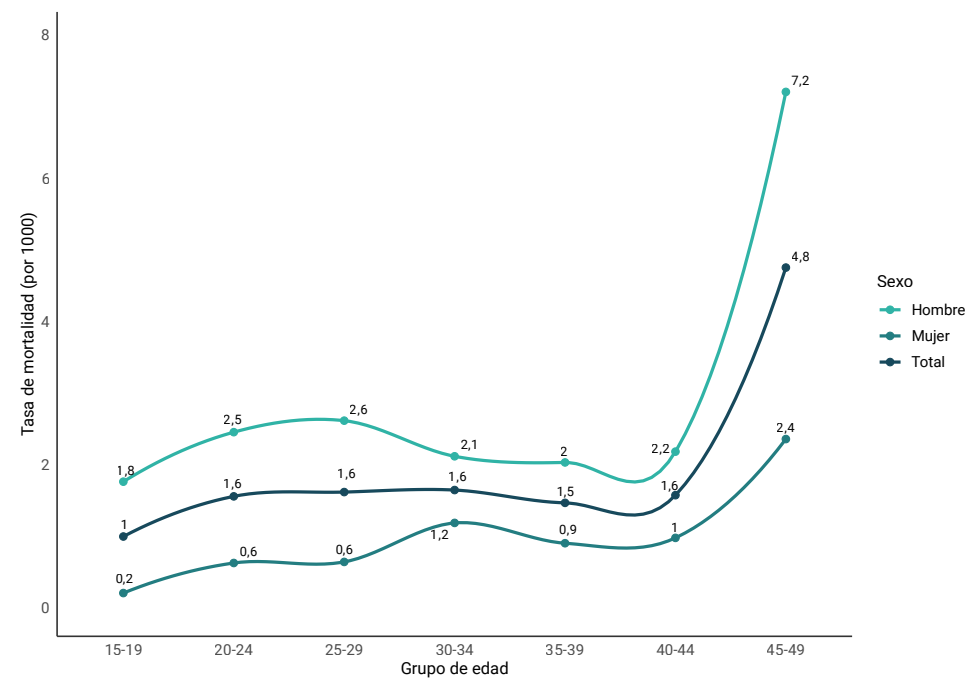
4.4. Mortalidad en personas adultas

La ENDS 2025 aplicó el método de supervivencia de hermanas y hermanos (*sibling survivorship method*) para la estimación de la mortalidad en personas adultas, mediante el cual los informantes reportan el número de sus hermanos y hermanas, especificando si continúan vivos o han fallecido en la ventana de observación recomendada de seis años. De acuerdo con la metodología DHS, este enfoque posibilita la estimación de la mortalidad en mujeres y hombres de 15 a 49 años, a partir del cálculo del tiempo-persona de exposición en dicho periodo (DHS Program, 2023).

Es importante precisar que el método de hermanas y hermanos constituye una técnica indirecta de estimación de la mortalidad adulta y materna, y difiere de la aproximación del cálculo basado en las EEVV; por lo tanto, las comparaciones entre ambas fuentes deben interpretarse con prudencia.

A partir del método de supervivencia de hermanas y hermanos, la ENDS 2025 estimó que en los seis años previos a la encuesta fallecieron 782 500 personas de 15 a 49 años, lo que corresponde al 3,0 % de los hermanos y hermanas referidos por las informantes. Del total de defunciones, el 72,7 % correspondió a hombres. Para el mismo periodo, se estimó una tasa de mortalidad en personas adultas de 1,6 muertes por cada 1000 años-persona de exposición, con marcadas diferencias por sexo: la tasa masculina casi triplicó la observada en las mujeres.

Gráfico 4.2.
Estructura de la mortalidad en adultos (15–49 años) por grupo de edad y sexo, para los seis años anteriores a la encuesta



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los resultados de la ENDS 2025 ponen de relieve que la mortalidad adulta en Colombia no solo reproduce un patrón global de sobremortalidad masculina, sino que lo exacerba en adolescentes y jóvenes, lo que señala un reto de salud pública con profundas raíces en la violencia, la inequidad de género y las condiciones estructurales de la sociedad colombiana.



Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo

La nupcialidad y la exposición al riesgo de embarazo son factores determinantes en la dinámica reproductiva de la población. La ENDS 2025 contiene información sobre aspectos relacionados con la actividad sexual, las uniones conyugales, la infertilidad posparto y la menopausia. Estos resultados permiten evaluar elementos del pasado inmediato en los temas tratados y contribuyen como insumo clave para los planes de desarrollo mediante la anticipación y proyección de tendencias.

5.1. Edad de inicio del periodo reproductivo

La edad del inicio de la primera menstruación es el comienzo del periodo reproductivo en la mujer (Cunningham, 2022). No se observaron mayores diferencias en la edad promedio de la menarca respecto a los datos de la ENDS 2015 (12,8 años en 2015 vs. 12,7 años en 2025). Se encontró que la primera menstruación o menarquia osciló entre los 11,3 años y 13,1 años, cuya edad es más temprana en las cohortes recientes de mujeres más jóvenes (Tabla 5.1.).

Tabla 5.1.
Promedio de edad de la menarca, según grupo de edad actual

Edad actual:	13-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Edad de la menarca:	11,7	12,3	12,7	12,8	12,8	12,8	12,9	13,0

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

La edad de inicio del periodo reproductivo para todos los grupos de edad es muy similar en las zonas urbana y rural, con diferencias entre 0,1 y 0,4 puntos porcentuales. En las mujeres de 15 a 49 años disminuyó de acuerdo con el quintil de riqueza, con unas diferencias de 0,1 y 0,2 puntos porcentuales.

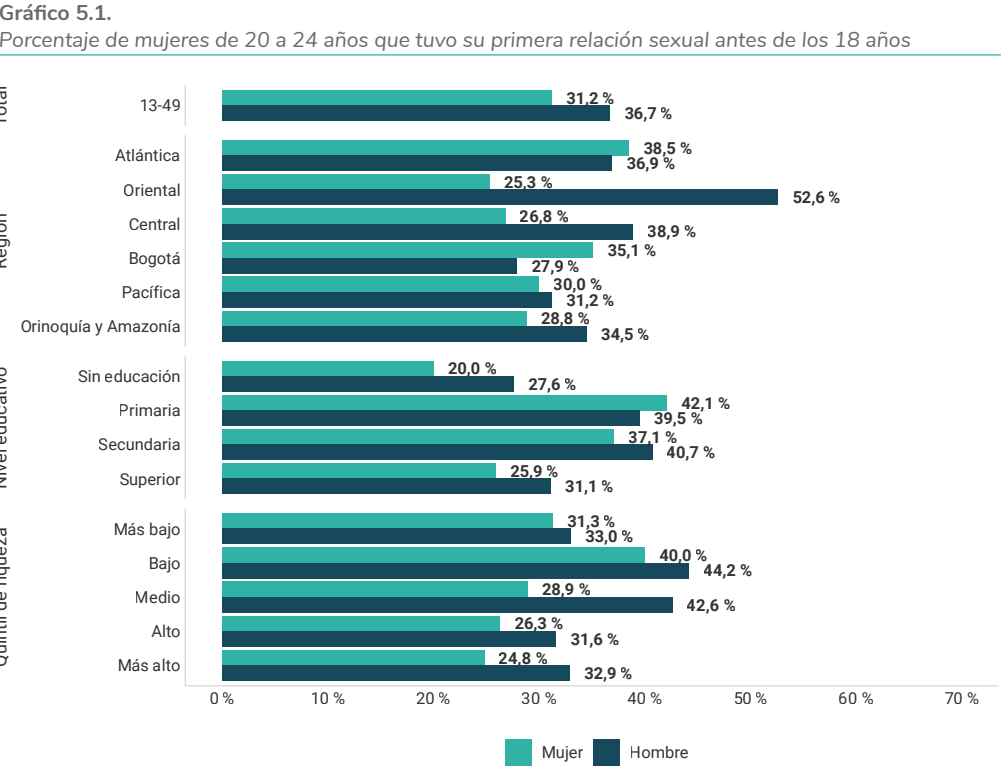
5.2. Inicio de relaciones sexuales

La edad de la primera relación sexual marca el inicio de la exposición a la probabilidad de embarazo (Leal F. et al., 2018). Entre las mujeres encuestadas de 20 a 49 años, la edad mediana de la primera relación sexual es de 17 años. Además, se observa una tendencia descendente en la mediana de la edad de la primera relación sexual entre mujeres de 25 a 49 años, desde 1990 hasta 2025. En 1990, era de 19,9 años; en 2010, de 18,1; en 2015, de 17,9, y en 2025, de 17,0.

Para las mujeres de 13 a 49 años, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue 16,7 años, y para los hombres del mismo grupo de edad fue de 16,5 años. Los resultados de la ENDS 2025 indican que los hombres inician relaciones sexuales más temprano que las mujeres.

Se evidencia un descenso en la edad mediana de la primera relación sexual en los grupos de mujeres más jóvenes (15 a 24 años) y un aumento sistemático del porcentaje que han iniciado relaciones antes de los 15 años.

La proporción de mujeres de 20 a 24 años que inició relaciones sexuales antes de los 18 años ha aumentado desde las últimas mediciones. Para el 2025 se encontró un valor de 70,5 %, lo que evidencia un incremento de 40,4 puntos porcentuales con respecto a lo reportado en la ENDS 1990 y una diferencia de 5,5 puntos porcentuales frente a la de 2015 (Gráfico 5.1.).



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En los hombres se ha dado un descenso en la edad de inicio de relaciones sexuales y un aumento en el porcentaje que las inicia a temprana edad (menos de 18 años). La edad mediana de inicio de relaciones sexuales entre los hombres de 20 a 49 años es de 16 años. El porcentaje, tanto en hombres como en mujeres, que han tenido su primera relación sexual antes de los 18 años disminuye con la edad.

La edad de la primera relación sexual marca el inicio de la exposición al riesgo de embarazo. En la ENDS 2025 se evidencia un descenso en la edad mediana de la primera relación sexual en los grupos de mujeres más jóvenes (15 a 24 años) y un aumento sistemático del porcentaje de mujeres que han iniciado relaciones antes de los 15 años, a medida que disminuye la edad actual. Esta tendencia es similar en áreas urbanas y rurales.

Al analizar el porcentaje de mujeres de 25 a 49 años que no ha tenido relaciones sexuales, se encontró que para el 2025 hay una ligera disminución con respecto a la ENDS 2015 (1,4 % a 0,9 %), y para los hombres del mismo grupo de edad se evidencia un aumento con respecto a 2015 (0,9 % a 1,6 %).

Como consecuencia del descenso en la edad de la menarca y del inicio de las relaciones sexuales en hombres y mujeres, es evidente que hay una exposición a la probabilidad de un embarazo desde edades muy tempranas. Coherente con este fenómeno, se observa que tanto mujeres como hombres acceden a la información sobre sexualidad a una edad promedio mayor con respecto a la menarca y al inicio de actividad sexual. Adicionalmente, hay una tendencia al aumento en la prevalencia del uso de anticonceptivos, particularmente en las menores de 19 años, un grupo que históricamente ha sido de interés especial por las reconocidas consecuencias negativas del embarazo en adolescentes (Kantorová et al., 2021).

5.3. Relación sexual previa y reciente

La exposición al riesgo de embarazo está determinada por la edad de inicio y la frecuencia de las relaciones sexuales, especialmente en ausencia de uso de métodos anticonceptivos eficientes (Tapia-Martínez, 2020).

En las últimas 4 semanas, los hombres reportaron una frecuencia de relaciones sexuales mayor que las mujeres (55,1 % frente a 47,5 %). Al comparar los porcentajes de quienes reportaron nunca haber tenido relaciones sexuales, las cifras muestran un 18,8 % en mujeres y un 17,0 % en hombres.

Las mujeres residentes en zona rural y área urbana tienen un comportamiento similar en las relaciones en las últimas 4 semanas (47,5 % en ambos grupos). En el caso de los hombres, los que habitan en zona urbana presentan un promedio mayor (56,3 %) que los de la zona rural (51,2 %).

Las relaciones sexuales en mujeres de 13 a 49 años fueron más frecuentes en quienes cuentan con nivel educativo superior y nivel de riqueza más alto (Tabla 5.2.).

Tabla 5.2.
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales en las últimas 4 semanas, según nivel educativo y quintil de riqueza

Característica	Relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta
Educación	
Sin educación:	35,4 %
Superior:	50,4 %
Quintil de riqueza	
Más bajo:	46,4 %
Más alto:	49,3 %

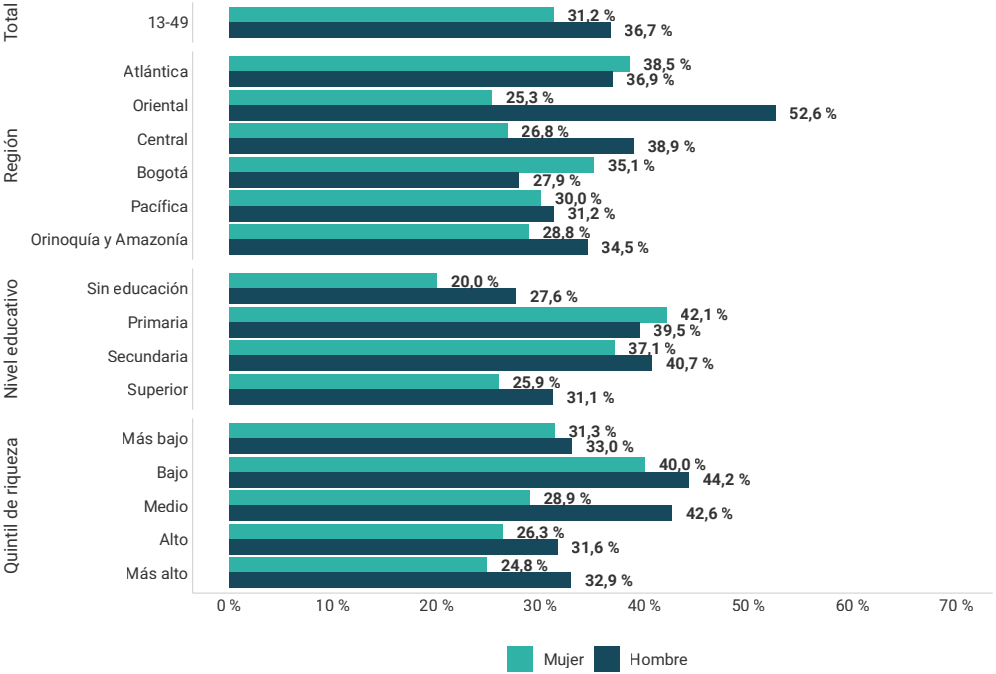
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

5.4. Número de parejas sexuales

El número de parejas sexuales es un indicador relevante en salud sexual y reproductiva, porque implícitamente se comporta como un factor de riesgo en torno a posibles desenlaces como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (Di Cesare et al., 2007); a menor edad de inicio de la actividad sexual, mayor probabilidad de tener más parejas sexuales.

El Gráfico 5.2. muestra el porcentaje de mujeres y hombres que relataron tener más de 20 parejas sexuales.

Gráfico 5.2.
Porcentaje de mujeres y hombres de 13 a 49 años con más de 20 parejas sexuales, según características seleccionadas



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Un 20,0 % de las mujeres de 15 a 19 años y un 26,2 % de los hombres en ese mismo grupo de edad reportaron más de 20 parejas sexuales.

5.5. Estado conyugal

El estado conyugal, definido como la convivencia o no con un cónyuge a través de un matrimonio civil, religioso o por unión consensual, fue evaluado para identificar los patrones de la nupcialidad en Colombia según determinantes sociales.

5.6. Estado conyugal actual

Del total de mujeres de 13 a 49 años, el 47,6 % nunca ha estado en una unión conyugal; un porcentaje que ha aumentado con respecto a los valores de 2015 y 2010. Una tendencia creciente similar se observa en el estado de unión consensual (32,9 %), lo cual es contrario a lo observado en el estado conyugal casada, que presenta una disminución de 7,3 puntos porcentuales con respecto a 2015 (10 % en 2025 y 17,3 % en 2015). El 8,7 % de las encuestadas refieren estado conyugal separada o divorciada.

En los hombres, el 55,5 % nunca ha estado unido, cifra mayor que en las mujeres del mismo grupo de edad (de 13 a 49 años). Para el grupo de 13 a 59 años, el porcentaje de nunca unidos es del 49,8 %. El 12,1 % están casados, el 32,8 % tienen una unión consensuada y el 49,0 % están separados o divorciados.

Las tendencias en nupcialidad muestran que la mayoría de las personas, tanto hombres de 13 a 59 años como mujeres de 13 a 49 años, no están casadas ni en una unión consensual. En cuanto a las uniones consensuales, los porcentajes son bastante similares; las mujeres alcanzan el 32,4 % y los hombres el 31,8 %. Por último, el porcentaje de personas casadas entre los 13 y 49 años es ligeramente mayor entre las mujeres (10,0 %) que entre los hombres (8,8 %).

Las uniones consensuadas son el tipo de unión más frecuente en los hombres y en las mujeres de 13 a 49 años, una tendencia que se mantiene similar a la de la ENDS 2015.

5.7. La primera unión conyugal

La unión conyugal en Colombia (legal o consensual) continúa siendo la institución predominante para la tenencia y crianza de los hijos e hijas. Entre más joven sea la pareja en el momento de la unión, especialmente la mujer, mayor será el tiempo de exposición al riesgo de embarazo.

En las mujeres de 13 a 49 años, el promedio de edad de la primera unión está en 21,3 años; es decir, 3,5 años menor que el de los hombres, quienes se unen a los 24,8 años.

En la Tabla 5.3. se observa que el promedio de la edad a la primera unión conyugal, según la zona de residencia, es más temprana en hombres y en mujeres que residen en zona rural.

Tabla 5.3.
Edad promedio a la primera unión conyugal de mujeres y de hombres, según zona de residencia

Características	Edad promedio de la primera unión conyugal	
	Hombres	Mujeres
	13-59	13-49
Zona		
Urbana	25,0	21,7
Rural	24,2	20,0

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Las mujeres sin educación se unen por primera vez a una edad promedio de 20,3 años. Este valor aumenta con el nivel de estudios, alcanzando un promedio de 22,8 años para aquellas mujeres que se encuentran en nivel educativo superior. Se observa un comportamiento similar según el quintil de riqueza (19,8 años en el más bajo y 22,9 años en el más alto).

La edad promedio de inicio de actividad sexual es levemente menor en los hombres que en las mujeres (16,5 años vs. 16,7 años), pero las mujeres se unen antes de los 18 años en mayor proporción que los hombres (24,9 % mujeres vs. 8,3 % hombres).

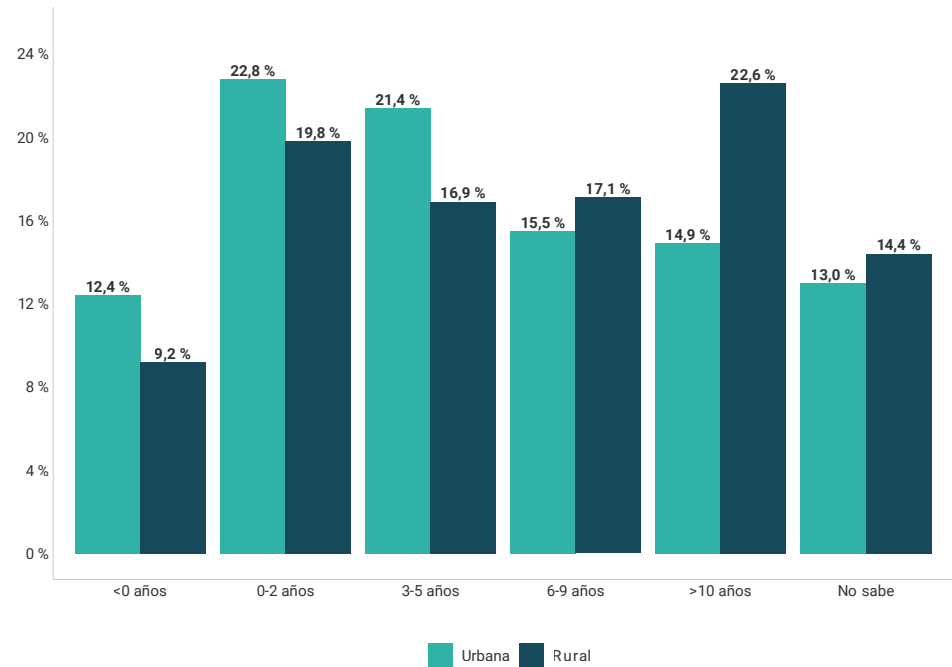
5.8. Diferencia de edad con la primera pareja conyugal

Del total de mujeres de 13 a 49 años alguna vez unidas, el 11,7 % se unió por primera vez con un compañero de menor edad, el 15,8 % con uno 6 a 9 años mayor y el 16,4 % con uno por lo menos 10 años mayor; es decir, casi 1 de

cada 6 mujeres de este rango de edad se unió por primera vez con un compañero que era, como mínimo, 10 años mayor que ella. Esta circunstancia, que favorece la asimetría de poder en la relación, es más frecuente en la zona rural que en la urbana (Gráfico 5.3.).

El 16,4 % de las mujeres se unen con un hombre 10 o más años mayor, cifra que aumenta respecto a la ENDS 2015. En los hombres esta diferencia es menor, y solo el 4,6 % tiene una pareja 10 años mayor.

Gráfico 5.3.
Diferencia de edad con la primera pareja conyugal en mujeres de 13 a 49 años, por zona de residencia



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

5.9. Historia de uniones

Del total de mujeres entre los 13 y los 49 años alguna vez unidas, el 14,0 % tiene dos uniones y el 4,2 % tiene tres o más. Aquellas que viven en la zona urbana muestran porcentajes similares a los globales, mientras que entre las del área rural hay una tendencia menor, con hasta tres uniones (3,3 %). Estos porcentajes aumentan con la edad: el 17,3 % de las mujeres de 35 a 39 años tiene dos uniones y el 4,8 % alrededor de tres o más. En los hombres de 13 a 59 años, el 11,4 % tiene dos uniones y el 4,9 % tiene tres o más. No se observan diferencias importantes entre quienes residen en área urbana o rural. Además, el número de uniones tiende a ser mayor entre las mujeres y hombres de menor nivel socioeconómico, y las personas que habitan la zona rural, las de un nivel menor de educación y del quintil de riqueza bajo.

5.10. Mecanismos utilizados para la disolución de las uniones

Del total de las mujeres de 13 a 49 años, el 65,3 % disuelven su unión conyugal a través de la separación, mientras que el 20,8 % lo hace mediante el divorcio. En los hombres de 13 a 59 años sucede algo similar, con 70,6 % de separación y 22,5 % de divorcio.

5.11. Infertilidad posparto y menopausia

5.11.1. Periodo de infertilidad posparto

El periodo de insusceptibilidad posparto está conformado por la duración de la amenorrea posparto (infertilidad debido a la lactancia) y de la abstinencia

posparto. Es una condición que contribuye al control de la fertilidad y al aumento de los intervalos entre los nacimientos (Profamilia, 2015). La duración promedio de la amenorrea posparto es de 4,3 meses, mientras que la abstinencia es de 3,1 meses entre las mujeres entrevistadas de 13 a 49 años. La duración mediana en ambos casos es mucho más corta; 3,0 y 2,0 meses, respectivamente.

La duración mediana y promedio del periodo de insusceptibilidad posparto disminuye entre 2015 y 2025 debido a una disminución de la amenorrea. La Tabla 5.4. ilustra los cambios en la duración de la insusceptibilidad posparto y sus componentes en los últimos 15 años.

Tabla 5.4.
Duración mediana de meses en amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad posparto en mujeres de 15 a 49 años, según ENDS 2010, 2015 y 2025

Característica	Amenorrea	Abstinencia	Insusceptibilidad
2010	4,6	2,4	6,0
2015	4,0	1,6	5,4
2025	3,0	2,0	3,0

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

5.11.2. Periodo de menopausia

La menopausia es la desaparición de la ovulación y, por tanto, de la menstruación y de la capacidad de reproducción de la mujer. Normalmente, tiene lugar entre los 45 y los 55 años (Organización Mundial de la Salud, 2024a). La encuesta encontró que el 10,2 % de las mujeres de 30 a 49 años estaba en menopausia. El porcentaje aumenta con la edad, especialmente a partir de los 46 años, y llega al 25,0 % entre los 48 a 49 años. El 6,5 % de las mujeres de 30 a 34 años, y el 6,0 % de las de 35 a 39 años están en menopausia. El análisis de la nupcialidad y el riesgo de exposición a embarazo plantea desafíos

importantes, especialmente en un contexto de cambios sociales acelerados y diversificación de trayectorias familiares. Algunos grupos poblacionales resultan expuestos a mayor riesgo de embarazo, lo cual acrecienta la posibilidad de perpetuar ciclos de pobreza y desigualdad.

Factores como el nivel educativo, la situación laboral y las condiciones socioeconómicas constituyen focos importantes de intervención. La educación ha mostrado ser un factor clave en los patrones de la nupcialidad, lo que a su vez influye en las trayectorias reproductivas y en la participación económica de las mujeres. El nivel educativo es un eje fundamental para la formulación de propuestas, programas o diseño de políticas públicas que se armonicen para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.



Capítulo 6

Conocimientos y uso de métodos de anticoncepción y preferencias sobre fecundidad

6.1. Preferencias de fecundidad

El 32,3 % de las mujeres y el 63,3 % de los hombres manifestaron no querer hijos ni hijas en el futuro. Incluso, el 44,4 % y el 3,4 %, respectivamente, tienen esterilización voluntaria.

La alta frecuencia de mujeres que expresan no querer hijos ni hijas en el futuro, frecuencia resultante al sumar las que no desean (32,3 %) y las ya esterilizadas (44,4 %), se presenta tanto en zonas urbanas (77,5 %) como en rurales (74,0 %). La preferencia por no tener hijos(as) se manifiesta desde edades tempranas, incluso desde antes de tener el primer hijo(a), el 32,4 % entre los 15 y los 19 años, y el 36,1 % entre los 15 y los 19 años.

El promedio ideal de hijo(as), tanto para las mujeres como para los hombres, es 2,0, una décima por encima del número actual de hijo(as) de las mujeres y cinco décimas por encima del de los hombres. La tasa de fecundidad observada para Colombia fue 1,8 hijos(as) por mujer y la más alta la tienen las mujeres sin educación con 2,1.

Los departamentos de Amazonas, Arauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila y La Guajira tienen una tasa de fertilidad observada entre una y seis décimas por encima de la tasa de fertilidad de recambio, siendo Amazonas el que tiene la mayor tasa del país con 2,7 hijos(as) por mujer. El departamento con la menor tasa de fertilidad es Vaupés con 1,3.

6.2. Infertilidad y/o infecundidad

De las mujeres que manifestaron desear tener hijos(as) o estar indecisas al respecto, el 7,7 % reportó que alguna vez había deseado quedar en embarazo y no lo había logrado. El 32,1 % de estas mujeres con dificultad para embarazarse reportó no estar recibiendo tratamiento debido a los costos.

El 37,7 % de las mujeres que no habían consultado por problemas para quedar en embarazo no lo hicieron porque no lo consideraban importante o porque no se sentían enfermas. Mientras un 32,1 % no lo hizo porque consideraba que los costos eran altos.

6.3. Conocimiento de métodos anticonceptivos

Más del 90,0 % de los hombres y las mujeres de 15 o más años conocen algún método anticonceptivo moderno, con una pequeña diferencia de dos puntos porcentuales a favor de quienes residen en las zonas urbanas sobre los que residen en las zonas rurales. Cada uno de los métodos anticonceptivos de manera individual es más reconocido por las mujeres que por los hombres.

Ningún método anticonceptivo es reconocido por el total de las mujeres o de los hombres encuestados. Los métodos más conocidos son la inyección y las píldoras, que son reportados por el 70,0 % de los hombres y el 82,0 % de las mujeres mayores de 14 años; los parches y los métodos vaginales son los menos reconocidos, con porcentajes inferiores al 30,0 % de los hombres y 50,0 % de las mujeres. Los condones son reconocidos por una alta proporción de mujeres y hombres.

La anticoncepción de emergencia es reconocida por el 61,0 % de las mujeres no unidas con actividad sexual reciente, por el 54,0 % de las unidas y por el 5,3 % de las que alguna vez han usado métodos. Menos de la mitad de los hombres de las zonas rurales reconocen la anticoncepción de emergencia.

Esta alta proporción de personas con desconocimiento del método de emergencia, última oportunidad para prevenir el embarazo no deseado, puede relacionarse con la frecuencia de interrupciones voluntarias del embarazo.

El 94,4 % de las mujeres y el 92,4 % de los hombres entre 15 y 19 años refieren conocer algún método moderno, cifra que aumenta entre quienes sin estar unidos señalan haber tenido actividad sexual recientemente, o entre quienes

están unidos, lo cual es coherente con el inicio más temprano de la vida sexual activa, sin incremento en las tasas de fertilidad.

Las mujeres y los hombres de las zonas rurales reportan al menos 17 puntos porcentuales menos de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia en comparación con aquellos que viven en zonas urbanas, independientemente de su estado de unión o de su actividad sexual reciente.

Los dos sitios de obtención de información sobre los métodos anticonceptivos más frecuentemente citados, tanto por los hombres como por las mujeres, son el servicio público de salud y el colegio o institución educativa del sector público; entre ambos aportan más del 50,0 % de los reportes de los sitios donde adquirieron este conocimiento.

Los colegios o instituciones educativas del sector privado son excepcionalmente referidos como fuente de información sobre métodos anticonceptivos, con un máximo de reconocimiento por el 6,0 % de las personas.

El 81,8 % de las mujeres informan conocer dónde adquirir condones. Las que reportan menos conocimiento son las mujeres sin educación (38,2 %), las del nivel más bajo de riqueza (69,9 %) y las residentes en la región Atlántica (74,3 %). El conocimiento de esta información por parte de los hombres es superior al de las mujeres: el 94,0 % de los unidos y el 89,2 % de los no unidos informan que saben dónde adquirir condones. Entre los 15 y los 19 años, el 88,3 % de los hombres tienen conocimiento de los sitios de acceso.

6.4. Uso actual de métodos anticonceptivos

Se sigue documentando un incremento entre las mujeres unidas en la prevalencia del uso de los métodos anticonceptivos en general y de los modernos en particular (aumento de 4 y 5 puntos porcentuales con respecto a las cifras de la ENDS 2015). Hasta el año 2010, los métodos que más aportaron a este incremento fueron la esterilización quirúrgica femenina y las inyecciones. A partir de 2010, se presenta una desaceleración en el incremento del uso de la esterilización que es compensada por el incremento en el uso de los implantes subdérmicos y las inyecciones (Gráfico 6.1.).

Los anticonceptivos orales combinados y los dispositivos intrauterinos presentan en 2025 una reducción a menos de la mitad del uso encontrado en 1990.

Gráfico 6.1.
Evolución del uso de métodos anticonceptivos entre 1990 y 2025



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

De las mujeres entre 15 y 49 años, el 78,5 % de las que alguna vez han sido usuarias de anticoncepción, el 84,8 % de las unidas y el 80,8 % de las no unidas que habían tenido relaciones sexuales recientemente estaban utilizando algún método moderno al momento de la encuesta.

Entre las mujeres de 15 a 29 años predomina el uso de los implantes subdérmicos, y en las mayores de 29 años, la esterilización femenina.

El implante subdérmico es el método más frecuentemente utilizado, tanto por las mujeres alguna vez usuarias como por las unidas y las no unidas con actividad sexual reciente, con edad entre 15 y 29 años. El implante es reportado en cada grupo por una tercera parte de las mujeres. Las inyecciones mensuales aparecen en el segundo lugar de frecuencia, son utilizadas en promedio por el 10,0% de ellas. Las píldoras figuran en el tercer lugar, son más usadas por las mujeres no unidas con relaciones sexuales recientes y menos por las mujeres alguna vez usuarias.

A partir de los 30 años, el método más frecuentemente utilizado en los tres grupos de mujeres es la esterilización femenina. Dentro de las mujeres de 30 a 34 años es menos utilizada por las no unidas con actividad sexual reciente (29,7 %), y más usada por las unidas, con 37,4 %. Pero en la medida en que va aumentando la edad, esas diferencias se acercan, y a partir de los 40 años supera el 50,0 % en los tres grupos.

Los dispositivos intrauterinos tienen baja frecuencia de uso y alcanzan la máxima en las mujeres de 35 a 39 años no unidas con actividad sexual reciente, con 7,7 %, aunque llama la atención el 12,0 % en el grupo de 13 a 14 años que alguna vez han sido usuarias de anticoncepción.

El uso de las inyecciones trimestrales disminuye en tanto aumenta el índice de riqueza. La frecuencia del uso de la píldora y de los dispositivos intrauterinos es relativamente similar entre los niveles de educación e índices de riqueza.

La subregión Valle sin Cali ni litoral presenta una frecuencia de uso de métodos anticonceptivos notablemente más baja que el resto del país, con 67,1 % en las mujeres unidas y 65,2 % en las mujeres no unidas con actividad sexual reciente.

La frecuencia de esterilización masculina en los hombres unidos aumenta en la medida en que incrementan el nivel de educación —va del 1,5 % en los hombres sin educación al 10,6 % en los del nivel superior— y el índice de riqueza —pasa de 1,7 % en el nivel inferior al 14,8 % en el nivel más alto—. El condón masculino es más frecuentemente utilizado como método anticonceptivo exclusivo por los hombres del nivel superior de educación, con 5,7 %, y por los del quintil medio de riqueza, con 5,4 %.

La mediana de la edad de las mujeres al momento de realizarse la esterilización fue de 26 años en quienes se la realizaron hace 10 o más años, y aumentó a 30 años en quienes se la realizaron hace menos de 10 años.

El 6,8 % de las mujeres reportó sentirse arrepentida de la esterilización. El porcentaje de hombres arrepentidos fue de 4,1 %. Ningún hombre reporta que se haya arrepentido debido a que la mujer quiere un hijo(a), mientras el 20,2 % de las mujeres arrepentidas reportan el deseo de la pareja de tener hijos(as) como la causa de su arrepentimiento.

El grupo de personas sin una unión de pareja consensuada pero que tienen actividad sexual toma más relevancia a la luz de los hallazgos del inicio más temprano de la vida sexual, del aumento de los hogares unipersonales, del incremento del número de compañeros sexuales, entre otras. En este grupo, el 19,2 % reportó no estar usando métodos anticonceptivos, cifra algo superior a la de las mujeres unidas, que fue del 15,2 %. En ellas, el 19,2 % ya están esterilizadas y la proporción que utiliza implante (11,3 %) es superior a la de los otros grupos de mujeres.

6.5. Fuente de suministro, información suministrada, adherencia y uso futuro de métodos anticonceptivos

Los hospitales, centros o puestos de salud públicos aportan los métodos anticonceptivos al 39,9 % de las mujeres de las zonas urbanas y al 58,9 % de las de zonas rurales. En segundo lugar, las IPS y centros de salud de la EPS los aportan al 38,7 % y 24,1 %, respectivamente.

Todas las fuentes de información sobre anticoncepción evaluadas —las EPS, radio, televisión, periódicos o revistas, internet y redes sociales— son reportadas por algún porcentaje de personas, pero ninguna es reconocida por más de la mitad de las mujeres o de los hombres.

Las mujeres sin educación presentan porcentajes de identificación de cada una de las fuentes de información más bajos que los encontrados en los otros subgrupos en que se desagregó la población: 6,0 % informaron haber visto información sobre anticoncepción en Internet y 41,0 % en la EPS.

A más del 80,0 % de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos en las consultas a las instituciones de salud les informaron sobre los efectos secundarios o complicaciones que podrían tener con el método, lo que debían hacer si llegaban a experimentarlos y sobre otros métodos anticonceptivos que podrían usar. Estos porcentajes se aproximan de manera similar entre las mujeres de todos los grupos de edad y de las zonas urbanas y rurales.

A medida que aumenta el nivel educativo o el índice de riqueza, incrementa la frecuencia del reporte de las mujeres de haber recibido información sobre los efectos secundarios y las alternativas de anticoncepción.

Existe una variabilidad importante en la frecuencia del suministro de información sobre anticoncepción entre los departamentos. En 8 departamentos, menos de 80,0 % de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos reportaron haber sido informadas sobre los efectos secundarios o complicaciones que pudieran tener con el método anticonceptivo.

La intención de utilizar métodos anticonceptivos en el futuro por parte de las mujeres y los hombres que no estaban usando al momento de la encuesta disminuye con la edad. Del 71,7 % de las mujeres y 28,1 % de los hombres entre 13 y 19 años, baja a 17,5 % y 13,7 %, respectivamente, en el grupo entre 35 y 49 años. No hay diferencias importantes al comparar los mismos grupos de edad entre las dos zonas de residencia. En las zonas rurales, la intención de uso futuro es inferior a las de zonas urbanas dentro de cada una de las categorías de edad.

Los problemas de salud y el miedo a los efectos secundarios aparecen como los principales motivos para no usar métodos anticonceptivos en el futuro, con un 11,4 % en las mujeres de 13 a 19 años de las zonas rurales y 8,6 % de las zonas urbanas. El 40,6 % de las mujeres de zonas rurales y el 15,3 % de las de zonas urbanas, en el mismo grupo de edad, manifiestan no querer o que no le gustan los métodos anticonceptivos.

En general, los patrones de uso futuro de las mujeres que al momento de la encuesta no estaban usando métodos anticonceptivos, pero que informaron que piensan utilizarlos más adelante, guardan similitudes con el uso actual de los mismos, y es similar entre las mujeres de las zonas urbanas y rurales.

6.6. Necesidad insatisfecha, demanda de métodos anticonceptivos y derechos en anticoncepción

La mayor prevalencia de necesidad insatisfecha en anticoncepción la tienen las mujeres alguna vez usuarias de anticoncepción, con un 5,1 %, y la menor, las mujeres no unidas con actividad sexual reciente, con un 2,9 %. Más del 98,0 % de la demanda de anticoncepción de las mujeres se satisface con métodos modernos (Tabla 6.1.).

En la Tabla 6.1. se resume la necesidad insatisfecha, la necesidad satisfecha, la demanda total, el porcentaje de demanda satisfecha y el porcentaje de

demanda satisfecha por métodos anticonceptivos modernos de las mujeres según la presencia o no de unión de pareja y el antecedente de uso de métodos.

Tabla 6.1.
Porcentajes de necesidad insatisfecha, necesidad satisfecha, demanda total y demanda satisfecha con métodos de anticoncepción modernos de las mujeres entre 13 y 49 años, según unión y actividad sexual reciente

	Necesidad insatisfecha	Necesidad satisfecha	Demanda total	Porcentaje de demanda satisfecha	Porcentaje de demanda satisfecha por métodos modernos
Unidas	4,9	84,8	89,7	94,5	98,0
No unidas	2,9	80,8	83,8	96,5	99,1
Alguna vez usuarias	5,1	78,5	83,6	93,9	98,5

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En las mujeres unidas, la demanda total de métodos anticonceptivos para limitar el embarazo (49,2 %) supera la demanda para espaciarlo (40,5 %); sin embargo, este patrón no es constante entre todas las subregiones. La alta satisfacción de la demanda no presenta modificaciones importantes según las características sociales y geográficas. La necesidad insatisfecha en estas mujeres disminuye en la medida en que incrementan la edad y el índice de riqueza, es muy similar entre zonas urbanas y rurales, y es menor en los niveles de educación inferior comparada con los superiores.

Para las mujeres unidas, la necesidad insatisfecha es más alta en las subregiones Valle sin Cali ni Litoral (9,1 %), Cauca y Nariño sin Litoral (87,9 %), Atlántico, San Andrés y Bolívar norte (8,0 %), cifras que contrastan con otras subregiones, como Barranquilla,

donde solo alcanza 2,1 %, Caldas, Risaralda, Quindío, con 2,4 % o los Santanderes, con 2,3 %.

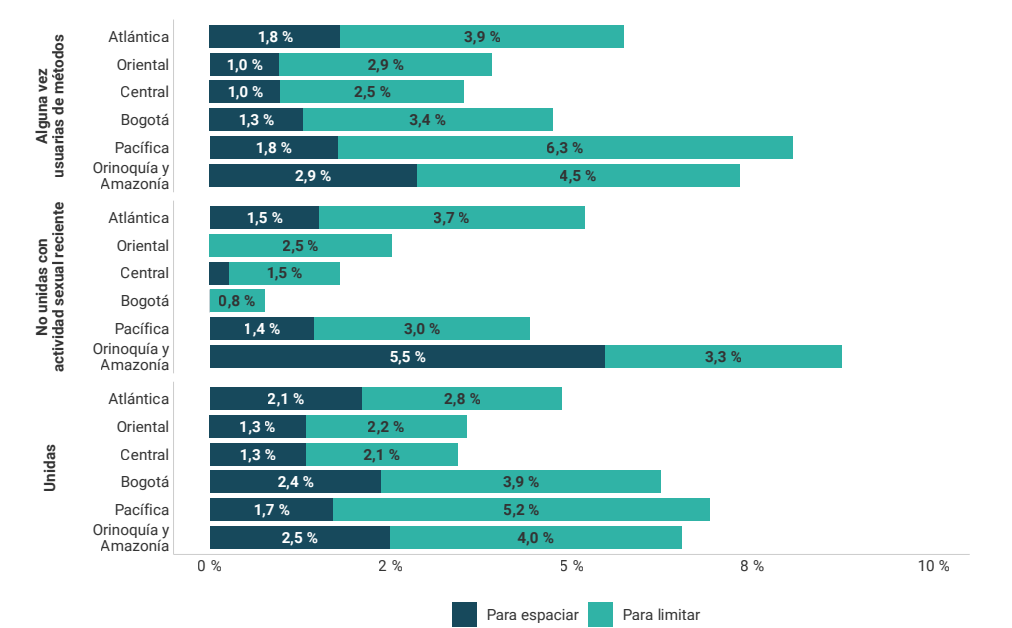
Excepto para las mujeres mayores de 35 años y para las mujeres con educación primaria, la demanda para espaciar supera la demanda para limitar en las no unidas con actividad sexual reciente. La cifras de la demanda son relativamente estables según edad, zona de residencia, niveles de educación y niveles de índice de riqueza en este grupo de mujeres.

La necesidad insatisfecha global en estas mujeres es 2,9 %, con un valor superior en las zonas urbanas (4,8 %) y con una variación importante entre las regiones y las subregiones. Esta necesidad insatisfecha aumenta en la medida en que aumenta la edad hasta los 44 años y disminuye en la medida en que aumenta el nivel educativo o el nivel de índice de riqueza.

Existen contrastes en las mujeres no unidas con antecedente reciente de actividad sexual, como ausencia de necesidad insatisfecha en el área metropolitana de Barranquilla, pero de 8,7 % en Orinoquía y Amazonía.

El Gráfico 6.2. resume la insatisfacción de la necesidad según la condición de la mujer con respecto a la unión de pareja y el uso alguna vez de anticonceptivos, la región de residencia y el tipo de necesidad de uso del método. Esta demanda insatisfecha se da predominantemente a expensas de la necesidad de limitar.

Gráfico 6.2.
Necesidad insatisfecha según unión de pareja, región de residencia y tipo de necesidad

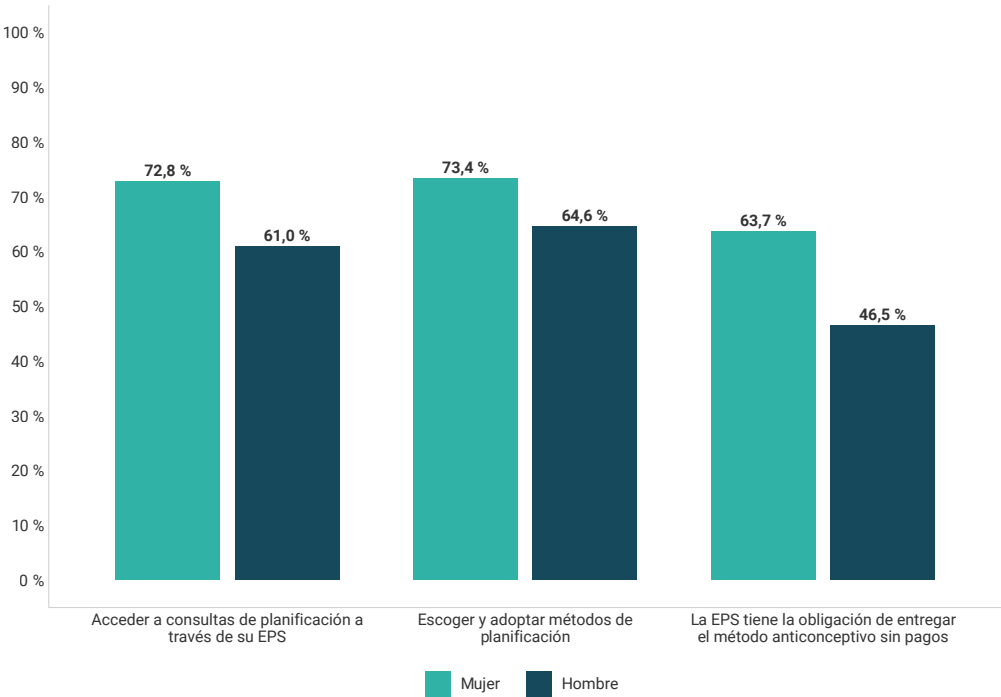


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Entre las mujeres unidas, 15 departamentos tienen un porcentaje de demanda insatisfecha superior al promedio nacional de 4,9 %; entre las mujeres no unidas con actividad sexual reciente, 18 departamentos presentan cifras superiores al promedio nacional de 2,9 %, y entre las mujeres que alguna vez han utilizado anticonceptivos, 16 departamentos superan el promedio nacional de necesidad insatisfecha de 5,1 %. El departamento con la mayor demanda insatisfecha es Caquetá, con 19,3 %, 16,1 % y 19 %, respectivamente para esos grupos de mujeres.

El porcentaje de reconocimiento de los derechos en anticoncepción evaluados es superior al 40,0 % (Gráfico 6.3.).

Gráfico 6.3.
Porcentaje de reconocimiento de algunos derechos en anticoncepción por parte de las mujeres de 13 a 49 años y hombres de 13 a 59 años



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El porcentaje de reconocimiento de estos derechos, tanto para hombres como para mujeres, es menor en adolescentes de menos de 19 años, especialmente en menores de 14, en las personas sin educación o con educación primaria y en las del quintil inferior de riqueza, y es inferior en las zonas urbanas que en las rurales.

Un 7,4 % de las mujeres considera que el método anticonceptivo les fue impuesto en sus EPS. Las mujeres con porcentajes más bajos de elección personal y por consiguiente más altos de imposición por la EPS son las de 13 a 14 años, las de la región Pacífica y las de las subregiones Antioquia sin Medellín y Litoral Pacífico. Las mujeres perciben más imposición del método en la medida en que disminuyen el nivel educativo o el quintil de riqueza. El 7,0% de los hombres también considera que el método fue impuesto por su EPS.

86,0 % de las mujeres y 65,0 % de los hombres reportaron no haber gastado dinero en métodos anticonceptivos en los últimos doce meses.

La mayoría de las mujeres que reportaron gasto de bolsillo en anticonceptivos invierten menos de \$40 000 al mes, sin marcadas diferencias según la edad, el área de residencia, el nivel educativo o el índice de riqueza. Los hombres, adicional a reportar mayor frecuencia de uso de gasto de bolsillo, reportan en menor proporción que las mujeres que ese gasto sea inferior a \$40 000 al mes.



Capítulo 7

Educación integral en sexualidad

La educación integral en sexualidad (EIS) se basa en derechos fundamentales como la autonomía, la equidad y los derechos sexuales y reproductivos. Además, promueve la ciudadanía sexual, entendida como el ejercicio pleno de derechos y deberes, sin discriminaciones ni violencias, y con respeto a la diversidad.

7.1. Definición del concepto de sexualidad en hombres y mujeres

El porcentaje de personas entre 13 y 49 años que definen la sexualidad como un aspecto de la identidad ha disminuido con respecto a la ENDS 2015 (mujeres 20,8 % frente a 25,9 %, hombres 19,1 % frente a 27,4 %). Este concepto está más asociado a niveles educativos altos, zonas urbanas y quintiles de riqueza elevados, manteniendo tendencias similares a la ENDS 2015, pero con una reducción generalizada en todos los grupos evaluados.

Más de la mitad de los encuestados aún asocia la sexualidad principalmente con la genitalidad, y aunque esta percepción ha disminuido desde 2015, sigue predominando en todas las regiones del país.

7.2. Acceso a información sobre sexualidad alguna vez en la vida para hombres y mujeres

El 80,2 % de las mujeres y el 72,9 % de los hombres entre 13 y 49 años reportaron haber recibido información relacionada con la sexualidad alguna vez en su vida. Este acceso aumenta con el nivel educativo, la posición en el quintil de riqueza y la residencia en áreas urbanas. Sin embargo, existen disparidades significativas entre regiones. En mujeres y hombres, los departamentos con menor acceso incluyen a Vichada (23,4 % y 26,0 %, respectivamente) y Magdalena (57,8 % y 57,1 %, respectivamente).

7.3. Información sobre sexualidad a la que acceden mujeres y hombres

Los resultados siguen mostrando desigualdades según el nivel educativo, la zona de residencia y la condición socioeconómica. En general, las mujeres recibieron información sobre un mayor número de temas en comparación con los hombres (6/11 vs. 5/11 temas), con una diferencia más marcada en personas con estudios superiores, en zonas urbanas y en los quintiles de riqueza más altos. En contraste, las personas sin educación presentaron los niveles más bajos de acceso a estos contenidos (1,5 temas en mujeres y 1,3 temas en hombres). A nivel territorial, se identificaron brechas significativas entre departamentos, con menor acceso en hombres y mujeres en regiones como Vichada, La Guajira

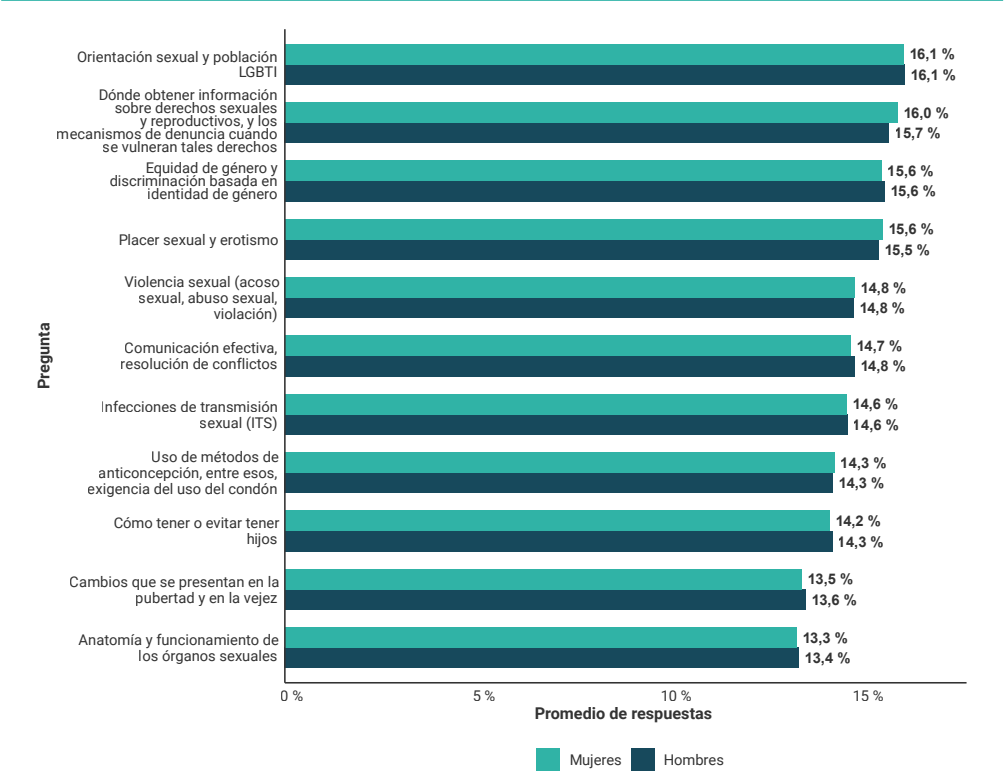
y Magdalena, y una mayor cobertura en Risaralda, Archipiélago San Andrés y Providencia, y Norte de Santander. Los temas más abordados en ambos géneros fueron: información sobre cómo tener o evitar tener hijos, uso de métodos de anticoncepción, entre esos, exigencia del uso del condón e infecciones de transmisión sexual; mientras que aspectos como el placer sexual y el erotismo, los derechos sexuales y reproductivos, los mecanismos de denuncia cuando se vulneran tales derechos, y la información sobre comunicación efectiva y resolución de conflictos, fueron tratados con menor frecuencia, aunque con una ligera ventaja en las mujeres.

7.4 Edad a la que acceden a la información sobre sexualidad para mujeres y hombres

Tanto mujeres como hombres acceden a la información sobre sexualidad a una edad promedio de 14,8 años. Esta es significativamente más temprana que en 2015, cuando la edad promedio era 16,2 años para mujeres y 15,5 para hombres.

Los primeros temas que reciben las personas incluyen el funcionamiento de órganos sexuales, los cambios durante la pubertad y cómo tener o evitar tener hijos. La edad de acceso es más temprana en mujeres y hombres con nivel educativo de secundaria, de áreas urbanas o en el quintil de riqueza medio y alto. A nivel geográfico, las mujeres en departamentos como Vaupés y el Archipiélago de San Andrés y Providencia reportan edades más tempranas, mientras que Sucre y La Guajira tienen las más altas. En el caso de los hombres, Huila y Cesar reportan edades más tempranas, mientras que Cauca y Vichada las más altas. Este dato contrasta con lo registrado en 2015, cuando Bolívar y Sucre mostraban mayores edades de acceso en hombres.

Gráfico 7.1.
Promedio de edad a la que recibió información sobre sexualidad por primera vez



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

7.5. Fuentes de información sobre sexualidad para mujeres y hombres

En mujeres de 13 a 49 años, los profesores(as) son la principal fuente de información sobre sexualidad. Este dato es similar al de la ENDS 2015, donde se registra que las instituciones educativas también fueron la fuente principal (56,7 %). Otras fuentes incluyen los servicios de salud, padres y madres, familia

diferente a padres y madres, e internet. En hombres, las fuentes principales son los profesores, le siguen los padres y madres, el personal de salud, personas conocidas o amigo(a)s, y familia diferente a padres y madres. Respecto a 2015, las amistades ocupaban un lugar más destacado.

Los medios de comunicación son mencionados como una fuente clave en temas de placer sexual y erotismo, violencia sexual, información sobre orientación sexual y población LGBTIQ+. También, como espacios para obtener información sobre derechos sexuales y reproductivos, y los mecanismos de denuncia cuando se vulneran tales derechos. Las amistades son relevantes en temas de placer sexual y erotismo, pero su importancia ha disminuido desde 2015. Los servicios de salud son mencionados en relación con infecciones de transmisión sexual (ITS) y anticoncepción, aunque con menos frecuencia que en 2015.

7.6. Frecuencia de participación en actividades de educación sexual en los últimos 12 meses

Tanto hombres y mujeres de la zona urbana y rural presentaron una baja participación en actividades de educación para la sexualidad en los últimos 12 meses.

Cerca de un 7,0 % reporta haber participado en actividades de educación sexual, con mayor participación en la zona urbana y por parte de las personas con nivel educativo más alto. Más del 92,0 % comenta no haber participado durante el último año.

Los departamentos con menor participación en este tipo de actividades fueron Vaupés (1,4 %), Putumayo (2,0 %) y Vichada (2,2 %), en el caso de las mujeres.

Por el lado de los hombres, los departamentos con menor participación fueron Caquetá y Putumayo (1,3% en ambos) y Guaviare (1,4 %).

7.7. Utilidad percibida de las actividades de educación para la sexualidad

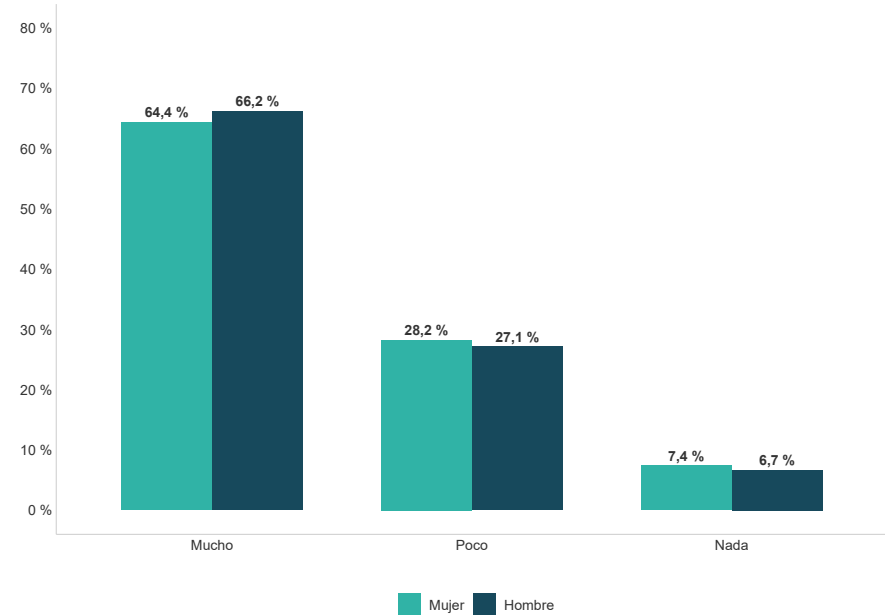
De las personas que reportan haber participado en actividades de educación sexual, más del 81,0 % consideran que estas han sido útiles para esclarecer dudas, adquirir conocimientos, cambiar actitudes y conductas.

En especial, el grupo de 13 a 19 años, para ambos sexos, reporta la educación sexual como especialmente útil para adquirir conocimiento, y para comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas.

7.8. Falta de información sobre sexualidad

El 80,2 % de las mujeres y el 72,9 % de los hombres entre 13 y 49 años han recibido información sobre sexualidad en algún momento de su vida. Adicionalmente, el 64,4 % de las mujeres y el 65,7 % de los hombres consideran que la información que recibieron fue insuficiente. Los departamentos en los que la mayor proporción de mujeres sienten una carencia significativa de información son: Caquetá (100,0 %), Vaupés (86,7 %) y Chocó (81,8 %). En cuanto a los hombres, los departamentos en que más se percibe falta de información son: Caquetá (100,0 %), Vichada (93,6 %) y Magdalena (87,0 %).

Gráfico 7.2.
Percepción acerca de la educación sexual recibida a lo largo de la vida, por sexo



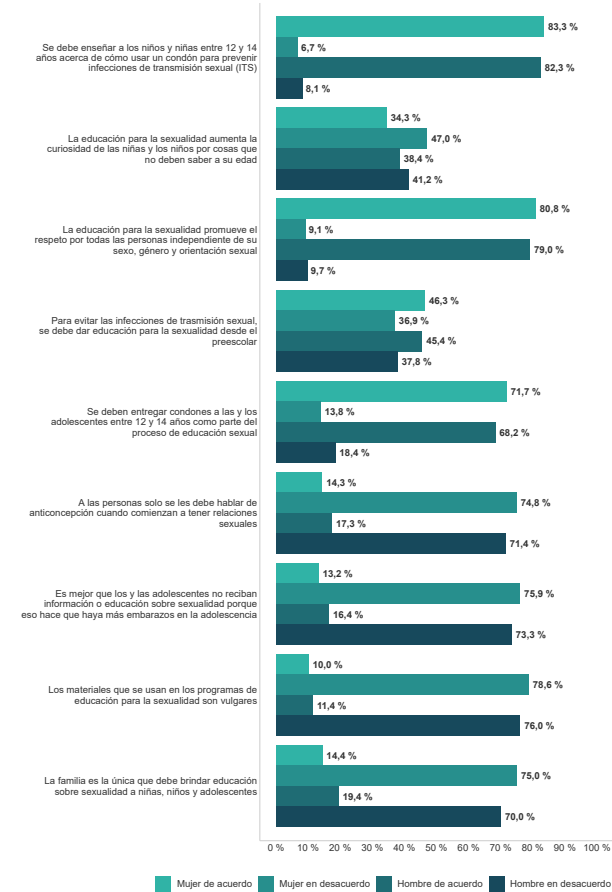
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

7.9. Actitud hacia la educación integral en sexualidad

La mayoría de las mujeres y de los hombres tiene una postura favorable hacia la educación integral en sexualidad, destacando la promoción del uso del condón y su importancia en la prevención de infecciones de transmisión sexual. Además, consideran que fomenta el respeto hacia las personas, independientemente de su sexo, género u orientación sexual. Por el contrario, más del 71,0 % desaprueba que esta educación se brinde únicamente al inicio de la actividad sexual o que su enseñanza incentive los embarazos. No obstante, aunque se

percibe una actitud mayoritariamente positiva hacia la educación sexual, persisten desacuerdos en algunos temas. Por ejemplo, más del 36,0 % está en desacuerdo con impartir esta educación desde el nivel preescolar para prevenir infecciones. Además, más del 41,0 % opina que podría generar curiosidad en las niñas y los niños sobre temas inapropiados para su edad.

Gráfico 7.3.
Actitud frente a la educación integral en sexualidad, por sexo



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.



Capítulo 8

Salud materna y cuidados en el recién nacido

Desde 1990, Colombia ha tenido avances en la atención prenatal, el parto y el posparto, con una mayor atención en establecimientos de salud y por personal calificado. Sin embargo, aún persisten deficiencias en la atención médica en algunas regiones y para grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.

En su versión 2025, la ENDS estudió los procesos de atención a la pre-concepción, control prenatal (CPN), parto, posparto y cuidado del recién nacido hasta los 7 días de vida. También exploró el rol de los hombres en el proceso reproductivo. El estudio se enfocó en mujeres de 13 a 49 años que tuvieron nacimientos en los cinco años que preceden la encuesta, y los datos se analizaron a la luz de los determinantes sociales en salud y los derechos en salud sexual y reproductiva. Se indagó acerca de información sobre los logros alcanzados y las áreas que requieren atención, con el fin de soportar políticas públicas y estrategias de intervención que contribuyan a mejorar la salud materno-perinatal.

Del total de las mujeres encuestadas que tuvieron nacimientos en los últimos cinco años, el 15,7 % tenían menos de 20 años y el 7,9 % tenían 35 o más años.

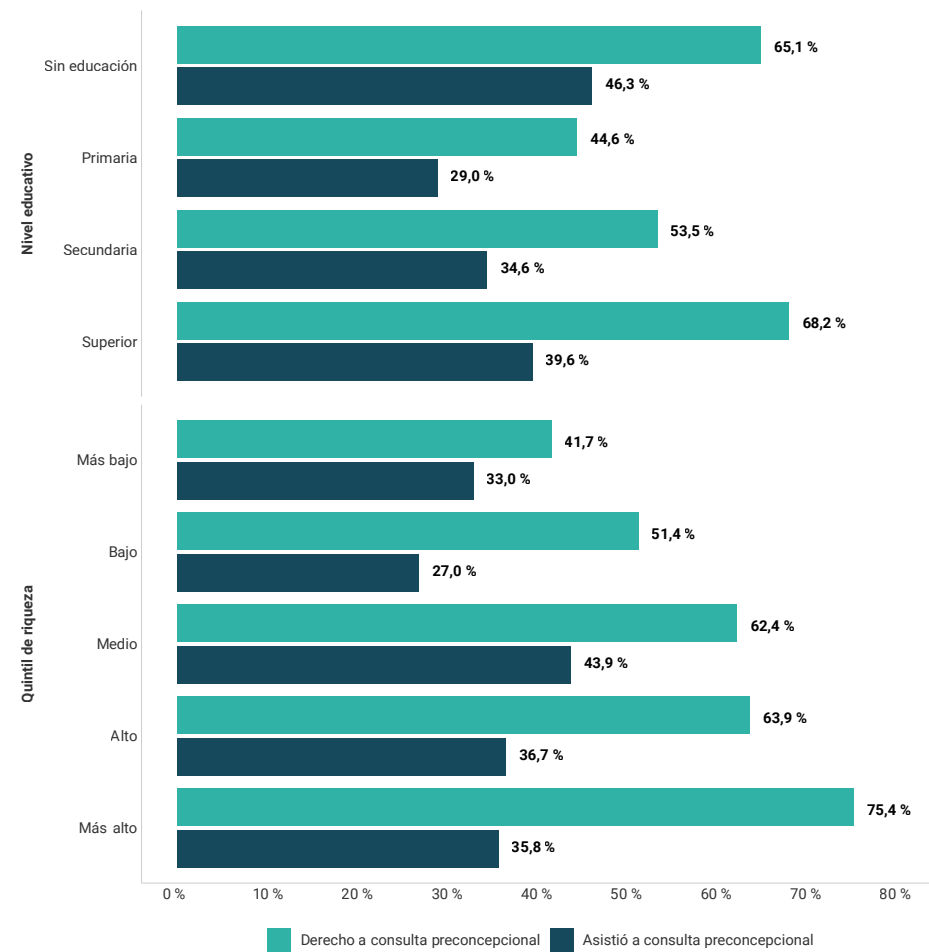
8.1. Atención preconcepcional

Más de la mitad de las mujeres que tuvieron hijo(a)s en los 5 años previos a la encuesta (55,2 %) conocen su derecho a la atención preconcepcional y un porcentaje menor acude efectivamente a la consulta (34 ,5%). El Gráfico 8.1. muestra el porcentaje de conocimiento y asistencia a la consulta preconcepcional, según el nivel educativo y el quintil de riqueza.

La proporción más baja de reconocimiento del derecho a la consulta preconcepcional se observó entre las mujeres de la Orinoquía y Amazonía (43,5 %).

El 40,8 % de las encuestadas informaron el deseo de embarazo en el momento de la concepción, mientras que el 11,2 % de ellas no deseaba tener más hijo(a)s, pero no accedieron a la IVE.

Gráfico 8.1.
Mujeres de 13 a 49 años que conocen el derecho y asistieron a la consulta preconcepcional, según educación y quintil de riqueza



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.2. Atención prenatal

Entre las mujeres de 13 a 49 años que tuvieron hijo(a)s en los últimos 5 años, la cobertura del CPN fue del 94,0 %, cifra que disminuye con respecto al 2015. Las mujeres sin educación formal y las del quintil de riqueza más bajo tienen la cobertura más baja de atención prenatal (80,4 % y 91,5 %, respectivamente) (Gráfico 8.2.). La región con menor asistencia al CPN fue la Orinoquía y Amazonía, con un 92,1 %.

La cobertura del CPN se mantuvo por encima del 90,0 %, con una disminución de 3,6 puntos porcentuales con respecto a la ENDS 2015. El 93,4 % de las mujeres fueron atendidas por profesionales de la medicina o enfermería.

El CPN brindado por profesional calificado, médico(a) o enfermero(a) presenta un descenso del 97,2 % a 93,4 % con respecto a la ENDS 2015. También, el porcentaje de mujeres que realizaron más de cuatro CPN a nivel nacional fue inferior a lo encontrado en la ENDS 2015 (79,7 % vs. 89,7 %). El porcentaje general de ingreso temprano a CPN en la ENDS 2025 fue de 71,9 %, con mayores porcentajes de ingreso oportuno al CPN en mujeres de zonas urbanas en comparación con las de zonas rurales (Tabla 8.1.).

Tabla 8.1.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por número de visitas al CPN y trimestre de embarazo a la primera visita, según zona de residencia

Característica	Zona				Nacional	
	Urbana		Rural			
	%	Población	%	Población		
Número de visitas de cuidado prenatal						
Ninguno	5,6	56.865	7,1	27.783	6,0	84.648
1 control	0,1	1.247	0,2	965	0,2	2.212
2 controles	1,3	13.019	2,7	10.356	1,7	23.375
3 controles	3,8	39.134	6,6	25.717	4,6	64.852
4 o más controles	80,9	823.289	76,5	297.322	79,7	1.120.611
No sabe/No recuerda	8,2	83.655	6,8	26.457	7,8	110.112
Meses de embarazo a la primera visita de cuidado prenatal						
Sin información	2,9	29.906	2,5	9.813	2,8	39.719
Sin control prenatal	5,6	56.865	7,1	27.783	6,0	84.648
Primer trimestre	74,7	760.189	64,5	250.797	71,9	1.010.986
Segundo trimestre	12,4	126.365	20,7	80.304	14,7	206.639
Tercer trimestre	4,3	43.915	5,1	19.904	4,5	63.819
Total		1.017.211		388.600		1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.3. Barreras para no asistir al CPN

La ENDS 2025 estudió por primera vez este indicador. La barrera más frecuente fue que el lugar donde se realizaba el CPN “queda lejos, es difícil llegar”, factor informado por el 32,0 % de las encuestadas, con mayor frecuencia en las mujeres de la zona rural y de las regiones Orinoquía y Amazonía. Otras barreras encontradas fueron “no estaba afiliada” (19,5 %), “no tenía dinero para pagar la consulta” (18,2 %), “no tenía tiempo” (11,7%), “no le gustan los hospitales” (9,6 %), cosmovisión diferente (6,2 %), y hasta situaciones de miedo y temor (3,0 %).

Entre la población migrante de Venezuela, un porcentaje importante informó no contar con afiliación al sistema de seguridad social para acceder a atenciones en salud, lo que puede tener impacto en la cobertura del control prenatal de estas mujeres.

8.4. Actividades del CPN

El 24,2 % de las encuestadas informó embarazo de alto riesgo, principalmente a causa de enfermedades de la madre.

La participación en el curso de preparación para la maternidad y paternidad registró un 14,7 % de asistencia de las mujeres, y la evaluación por nutrición un 88,0 %. Las adolescentes presentaron menor cobertura. De igual manera, al 71,6 % de las encuestadas se les informó acerca del parto respetuoso.

Es relevante comprender que el embarazo puede incrementar la exposición de las mujeres a agresiones, debido a dinámicas de control, celos o rechazo por parte de la pareja y otros miembros del entorno familiar (Silverman et al., 2006). La ENDS 2025 evidencia que al menos el 1,9 % de las mujeres en Colombia ha experimentado violencia durante alguno de sus embarazos. La principal manifestación es la violencia física, seguida por el abandono y las amenazas. Por ello, cobra importancia que se garantice una gestación saludable y libre de violencias, junto con un trato respetuoso desde la comunidad y los servicios de salud.

8.5. Suplementos, vacunación y antimaláricos

Se observa que el autorreporte de prescripción de suplementos es menor a la frecuencia en que estos se toman, con una diferencia en casi todos los suplementos de alrededor de 17 puntos porcentuales a favor de la toma. Estos hallazgos sugieren una posible automedicación por parte de la población.

La cobertura de vacunación contra el tétanos a nivel nacional mostró un descenso, que se viene observando desde hace 25 años, según las diferentes ediciones de la ENDS. Pasó del 87,7 % en el 2000, al 81,2 % en 2015 y al 61,4 % en 2025. Un 0,5 % de las mujeres a nivel nacional recibieron antimaláricos, una cifra que aumentó con respecto a ENDS anteriores.

8.6. Atención del parto y del recién nacido

El parto en institución de salud aumentó al 98,8 % y solo el 1,1 % de las mujeres dio a luz en casa. El 98,5 % recibió atención del parto por personal calificado (médico[a] o enfermero[a]).

Las mujeres con más de seis hijo(a)s, las residentes en zonas rurales y aquellas con menor nivel educativo presentaron porcentajes de partos institucionales y atención médica profesional por debajo del promedio nacional. La reducción de la brecha rural-urbana en la atención institucional del parto descendió de 9,4 en 2015 a 2,4 puntos porcentuales en 2025. Chocó, Vichada y Amazonas muestran los porcentajes más altos de parto no institucional (19,0 %, 11,7 % y 8,9 %, respectivamente). El promedio de la edad gestacional al parto fue de 37,9 semanas en casi todo el territorio nacional, con una mediana de 38 semanas.

8.7. Características de la atención del parto

Un 84,0 % de las mujeres manifestaron sentirse tratadas con respeto durante la atención del parto, situación favorable que evidencia el esfuerzo en el cumplimiento de recomendaciones nacionales, internacionales y la legislación colombiana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; WHO, 2019; Congreso de la República, 2022). La proporción general de nacimientos por cesárea fue del 35,4 %, cifra inferior a la reportada por la ENDS 2015 (43,2 %). La única región del país que supera el promedio nacional de parto por cesárea es la Atlántica, con un porcentaje del 44,3 %.

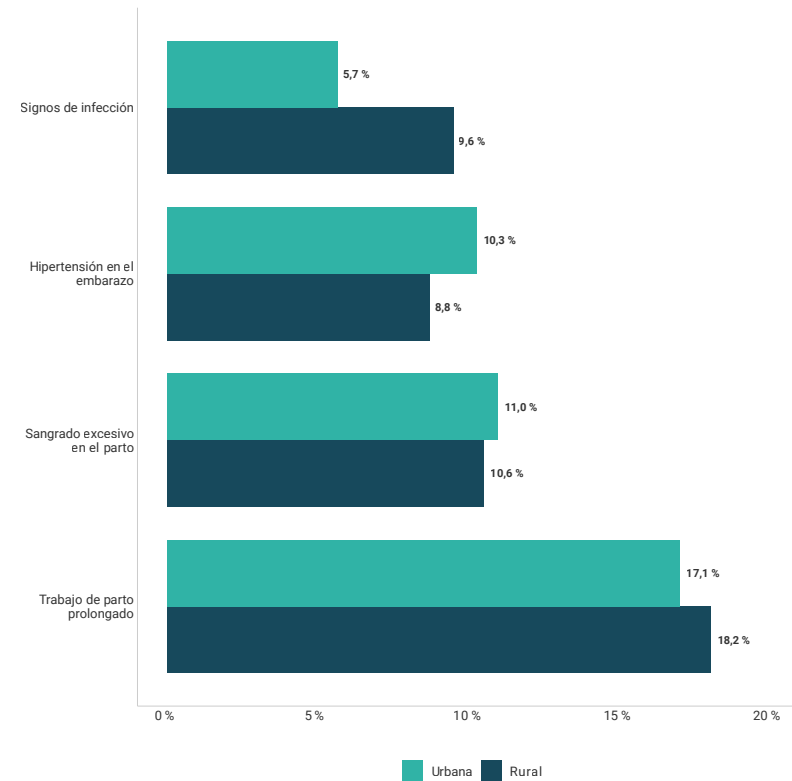
8.8. Complicaciones durante el parto

La complicación más frecuente durante el parto fue el trabajo de parto prolongado (17,4 %). Se destaca una reducción en la frecuencia de hemorragia con respecto a la ENDS 2015, pero un incremento de los signos de sepsis materna, que pasó del 3,8 % en 2015 al 6,8 % en 2025.

El Gráfico 8.2. muestra una tendencia sutilmente mayor de complicaciones en mujeres de área rural con respecto a las de la zona urbana.

Se observa una reducción en la prematuridad del 13,3 % en 2015 al 9,7 % en 2025, así como en la brecha de partos prematuros entre zonas urbanas y rurales.

Gráfico 8.2.
Porcentaje de mujeres que presentaron alguna o varias complicaciones durante o después del parto



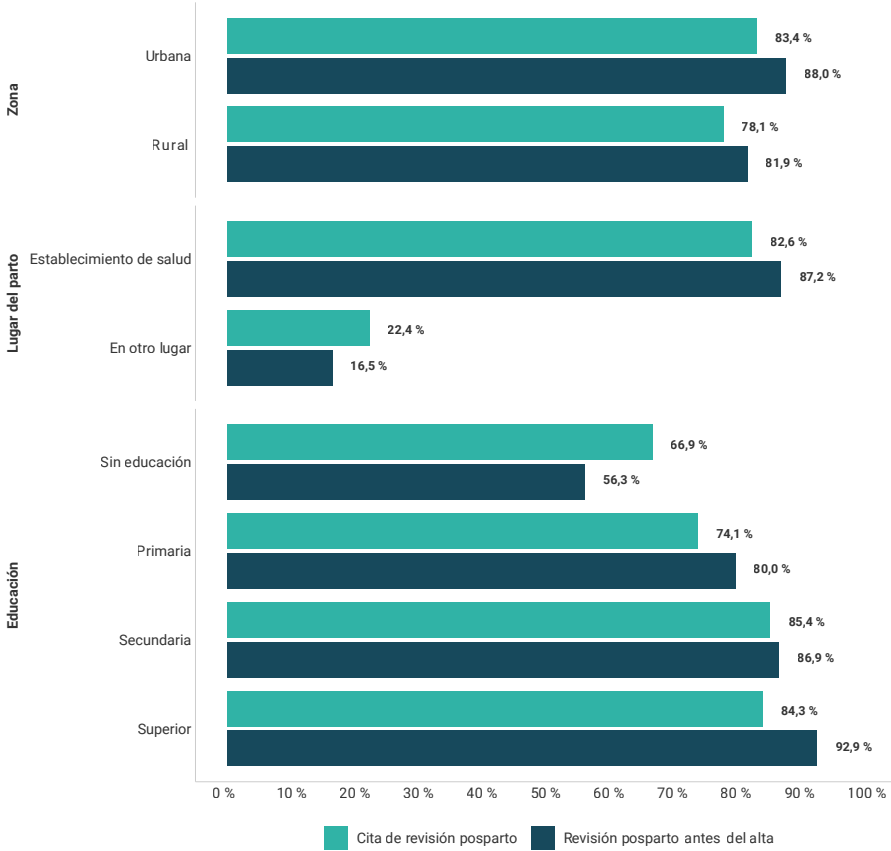
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.9. Atención del posparto y del recién nacido hasta los 7 días

Un 86,3 % de las mujeres tuvo evaluación antes del egreso hospitalario después del parto, y un 81,9 % logró una cita de revisión posparto. Estos porcentajes fueron menos favorables para adolescentes, mujeres con más de 6 hijo(a)s, aquellas

sin educación y del quintil más bajo de riqueza. En relación con la cita posparto, las regiones de la Orinoquía y Amazonía (69,7 %) están en desventaja si se comparan con las demás regiones (Gráfico 8.3.). Se observa una disminución de la brecha de este indicador por zona de residencia. En 2015, la diferencia era de 18 puntos porcentuales entre la zona urbana y rural, y en 2025 es de 5,3 puntos, lo que sugiere un aumento de la cobertura en la ruralidad.

Gráfico 8.3.
Porcentaje de mujeres que tuvieron revisión posparto antes y después del alta



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.10. Complicación en el posparto

Las complicaciones informadas con mayor frecuencia en el posparto fueron el sangrado intenso de la vagina (10,3 %), el ardor y dolor para orinar (10,2 %), las infecciones genitales (7,2 %) y la depresión posparto (6,2 %). Aunque esta última fue la condición más mencionada por las mujeres en la ENDS 2015, registra un descenso significativo en los últimos quince años, pasando de 12,9 % en 2010 y de 11,3 % en 2015, a 6,2 % en 2025.

8.11. Información sobre anticoncepción posparto

El 68,9 % de las encuestadas que tuvieron un nacimiento durante los últimos cinco años recibió información sobre métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres con más de seis hijo(a)s la recibieron en menor proporción (39,3 %). La diferencia entre el quintil más alto y el más bajo de riqueza es de 20,9 puntos porcentuales, dando ventaja a aquellas con mejor capacidad adquisitiva.

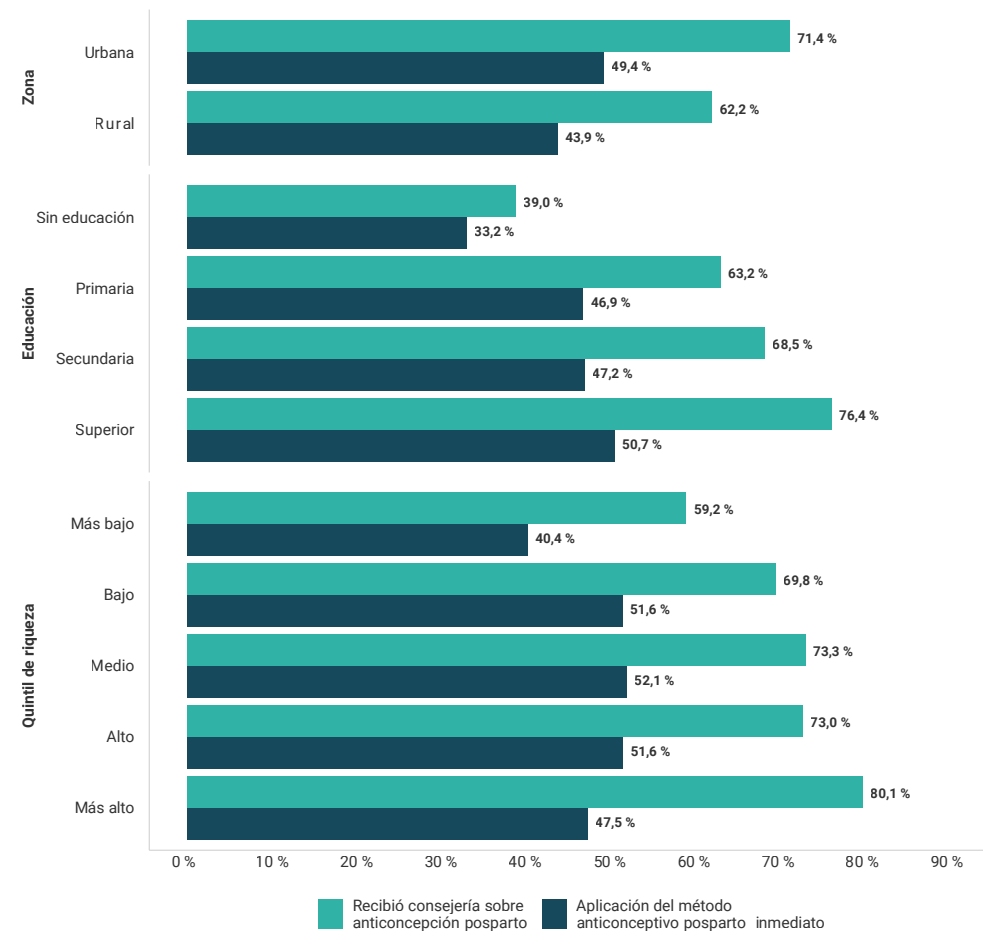
El 47,9 % tuvo acceso inmediato a métodos de anticoncepción posparto, una cifra inferior a la de 2015. Se observan comportamientos relativamente homogéneos en todas las características evaluadas.

Es importante destacar que el dispositivo intrauterino, considerado uno de los métodos más efectivos, seguros y recomendados en el posparto, ha presentado un descenso de uso en los últimos 25 años. Esto se debe, en gran parte, a la persistencia de mitos en la población y en el personal de salud.

El Gráfico 8.4. muestra la distribución porcentual de las mujeres que tuvieron asesoría anticonceptiva frente a las que recibieron el método inmediatamente, según varias características sociodemográficas.

Este hallazgo invita a redoblar esfuerzos para posicionar la anticoncepción como una estrategia fundamental para prevenir embarazos no deseados, así como las complicaciones que se derivan de ello (Blanco, 2019).

Gráfico 8.4.
Porcentaje de mujeres que tuvieron asesoría e inicio de anticoncepción inmediata en el posparto



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.12. Revisión del recién nacido

En la ENDS 2025 se analizó por primera vez la revisión del recién nacido antes y después del alta. Se encontró una proporción de 87,3 % antes del alta y de 63,1 % en cita de control posnatal. Estos valores se encuentran alejados de la cobertura universal definida por la Resolución 3280 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social.

8.13. Conocimiento y participación de la pareja en la atención preconcepcional y prenatal

El 53,7 % de los hombres que tuvieron hijo(a)s en los últimos 2 años manifiestan conocer el derecho a la consulta preconcepcional. De estos, el 77,6 % acompañó a su pareja a un CPN al menos una vez y el 49,8 % estuvo presente durante el parto.

El 53,7 % de los encuestados reconoció el derecho a la consulta preconcepcional, y un 85,5 % tiene conocimiento de que su pareja realizó consulta prenatal. Los hombres de la región Pacífica manifestaron menor conocimiento de ambas consultas. El 77,6 % acompañaron al menos una vez a su pareja a los CPN, lo que sugiere una posible disminución en la brecha de información que facilita la participación masculina en la atención materno-perinatal.

El 49,8 % de los hombres manifestaron que acompañaron a su pareja en el parto y 80,2 % en el posparto. Aquellos sin educación y del quintil bajo de riqueza muestran menor porcentaje de acompañamiento durante el parto.

Los hombres de la región Oriental tuvieron mayor participación en el parto de su pareja (59,0 %) frente a los de la región Atlántica (43,0 %).

Los hallazgos reconocen las limitaciones en el establecimiento de algunas metas de los indicadores en salud materno-perinatal, los cuales demuestran las inequidades que enfrentan a diario las mujeres embarazadas y que se recrudecen por factores sociales como la zona de residencia, regiones y subregiones, y por características individuales de la madre, que implican barreras para unos grupos y son símbolo de ventaja para otros.

La atención primaria en salud debe ser el eje fundamental para una atención integral y de calidad durante el proceso reproductivo.

Estos resultados impulsan a seguir trabajando para mejorar el acceso, la infraestructura, la dotación de servicios, la atención por personal calificado, la sostenibilidad financiera y el fortalecimiento de tecnologías innovadoras como la salud digital. El objetivo es que proporcionen garantías de atención respetuosa del proceso reproductivo, con un enfoque de derechos y una perspectiva intercultural que reconozca la dignidad humana, y que permitan los nacimientos en espacios libres de violencia.



9.1. Prevención del cáncer de cuello uterino

9.1.1. Conocimiento del virus del papiloma humano (VPH) y cobertura de vacunación

El conocimiento acerca del VPH es mayor en mujeres (85,1 %) que en hombres (70,3 %), independientemente de las características individuales y geográficas. El conocimiento es más alto en personas con mejores condiciones socio-demográficas, caracterizadas por un mayor nivel educativo, pertenecientes al régimen contributivo y en un nivel socioeconómico más alto. Los individuos que habitan zonas rurales, así como la población indígena, presentaron menor conocimiento. El porcentaje de personas que han escuchado sobre este virus varió ampliamente por departamentos, oscilando entre 20,5 % y 94,9 % para mujeres y entre 10,7 % y 86,5 % para hombres. Vichada registra los valores más bajos y Atlántico los más altos en ambos sexos.

El conocimiento del VPH es más alto en mujeres (85,1 %) que en hombres (70,3 %), y en personas del régimen contributivo, con mayores niveles educativo y socioeconómico.

La vacunación contra el VPH en el país sigue siendo baja, solo el 57,2 % de las mujeres de 13 a 18 años reportaron haber recibido al menos una dosis. La cobertura de vacunación fue mayor en mujeres con mejores condiciones sociodemográficas, caracterizadas por pertenecer al régimen contributivo (65,6 %), tener un mayor nivel educativo (73,7 % en universitarias) y un mejor nivel socioeconómico. En general, las zonas urbanas presentaron mejores coberturas de vacunación, con los porcentajes más altos en ciudades principales como Medellín (72,1 %), Bogotá (70,5 %) y Cali (66,3 %). Los departamentos con mayor cobertura de vacunación coincidieron con los que presentaron un mayor conocimiento sobre el VPH. Entre las mujeres no vacunadas, el 59,2 % no había escuchado hablar sobre el VPH. Entre quienes sí tenían conocimiento del virus, las principales razones para no vacunarse fueron el miedo (26,4 %), el descuido (20,5 %) y el desconocimiento sobre a dónde acceder a la vacuna (15,0 %).

Solo el 57,2 % de las mujeres de 13 a 18 años reportaron haber recibido al menos una dosis de la vacuna contra el VPH.

9.1.2. Conocimiento y práctica de la detección temprana del cáncer de cuello uterino

El 94,0 % de las mujeres ha escuchado hablar de la citología, el 64,2 % ha escuchado de la prueba de VPH y tan solo 19,6 % ha escuchado de la inspección visual con ácido acético (IVAA). Este patrón se observó independientemente de las características sociodemográficas y en todos los departamentos. El personal médico y las instituciones de salud constituyen la principal fuente de información sobre los métodos de detección temprana del cáncer cervical. El 88,9 % de las mujeres encuestadas reportó haberse realizado al menos una de las tres pruebas.

Solo un tercio de las mujeres (36,6 %) indicó haberse realizado una prueba de VPH en algún momento, mientras que el 88,5 % se ha realizado una citología.

La mayoría de las mujeres que se ha realizado alguna prueba informó haberse practicado la última en los últimos tres años (38,7 % en el último año y 46,9 % entre uno y tres años). Los departamentos con mayor cobertura de la prueba de VPH fueron Quindío (56,5 %), Valle del Cauca (48,3 %), Norte de Santander (55,1 %), Cundinamarca (48,0%) y Boyacá (47,5 %).

La IVAA fue el método de detección temprana menos frecuente (8,2 %), con mayor uso en Boyacá (21,9 %), Bogotá y Quindío (17,6%).

El 93,8 % de las mujeres que se realizaron alguna prueba de detección temprana de cáncer cervical reclamó su resultado. Estos porcentajes fueron similares en todos los departamentos y entre diferentes características sociodemográficas. Entre las mujeres que no reclamaron su resultado, las principales

razones fueron el descuido o la pereza (22,4 %), el difícil acceso a los servicios de salud (16,6 %) y la falta de tiempo (13,3 %).

El 51,7 % de las mujeres que no se han realizado ninguna prueba de detección temprana nunca ha oído hablar sobre estas, siendo este porcentaje mayor en mujeres con condiciones sociodemográficas menos favorables.

Entre las que sí han escuchado sobre alguna de estas pruebas, la mayoría no se ha realizado ninguna debido al descuido o la pereza (21,0 %), a que no lo consideran importante (12,5 %) o por miedo (11,5 %). Asimismo, el 14,9 % reportó otras razones, siendo la principal no cumplir con los requisitos, como la edad, o no haber recibido indicaciones del personal médico. Las razones variaron por edad, siendo el descuido o la pereza más frecuente en mujeres más jóvenes, mientras que el miedo y la reticencia a buscar atención médica predominaron en mujeres mayores de 50 años.

9.2. Prevención del cáncer de mama

El 94,3 % de las mujeres de 21 a 69 años ha escuchado hablar sobre el cáncer de mama. Este conocimiento es mayor en mujeres de zonas urbanas (95,8 %) y en ciudades principales como Barranquilla (97,4 %), Bogotá (96,4 %), Cali (96,6 %) y Medellín (96,3 %); así como en mujeres caracterizadas por pertenecer al régimen contributivo (97,4 %), tener un mayor nivel educativo (97,6 % en universitarias) y un quintil de riqueza más alto (97,3 %). Por otro lado, las mujeres indígenas presentan el menor nivel de conocimiento (80,3 %).

9.2.1. Autoexamen

El 90,1 % de las participantes reporta que conoce acerca del autoexamen y el 76,8 % se lo ha hecho.

La mayor fuente de información del autoexamen es el personal de salud. Aproximadamente la mitad (55,9 %) de las mujeres que se lo hacen, lo realizan cada mes (frecuencia recomendada). El conocimiento y la práctica fue más baja en mujeres entre los 21 y 29 años, indígenas o aquellas caracterizadas por no tener afiliación al sistema de salud, sin educación y en el quintil de riqueza más bajo. Por el contrario, las que más se lo realizan son las mujeres entre 50 y 64 años, raizales, en el régimen contributivo y especial, con educación superior o en el quintil más alto de riqueza. No saber cómo hacer el autoexamen (44,4 %), que no le parezca importante (25,3 %), y referir que lo hace el médico(a) en la revisión anual de ginecología (9,3 %) fueron las principales razones para no realizar el autoexamen.

9.2.2. Examen clínico del seno (ECS)

Solo el 17,0 % de las mujeres mayores de 40 años se ha realizado el examen clínico del seno (ECS).

Los departamentos con menor cobertura de ECS fueron Guainía, Vichada y Caquetá, y los de mayor cobertura fueron Casanare, Sucre y La Guajira. La no práctica del ECS es mayor en mujeres pertenecientes a la zona rural, indígenas, las que nunca han tenido unión conyugal, quienes no tienen afiliación al sistema de salud o permanecen en el régimen subsidiado, y aquellas en el quintil de riqueza más bajo.

Al 36,8 % de mujeres entre 21 y 69 años les realizaron el último examen clínico de seno hace menos de un año, al 42,9 % entre uno y menos de 3 años, al 11,6 % entre tres y cinco años, y al 6,7 % hace más de cinco años. El 76,0 % mencionó que se lo realizaron por chequeo a pesar de que no se tenía ningún síntoma, al 22,3 % se lo realizaron porque tenía síntomas y el 1,8 % no sabe o no recordó la razón. Al 58,5 % de participantes, un profesional de la salud le recomendó el examen clínico de seno y el 41,5 % lo solicitó ella misma.

9.2.3. Mamografía

El 84,5 % de las mujeres entre 40 y 69 años expresa haber oído hablar acerca de la mamografía.

La mayoría (65,7 %) se enteró a través de un profesional de la salud o de entidades promotoras de salud (EPS) o de instituciones prestadoras de servicios de salud (56,4 %). Los departamentos donde menos han escuchado de la mamografía son Vichada (23,1 %), Chocó (60,4 %) y Guainía (62,0 %), y los que más la conocen son Risaralda (96,5 %), Atlántico (93,7 %) y el Archipiélago San Andrés y Providencia (91,7 %). El 73,6 % sabe que tiene derecho a solicitar la mamografía a su EPS; las que menos están conscientes de este derecho son las que habitan las zonas rurales, las regiones Orinoquía y Amazonía, y Pacífica, las mujeres indígenas, las que no reportan afiliación al sistema de salud y aquellas en el quintil más bajo de riqueza.

El 72,0% de las mujeres de 50 a 69 años se ha realizado la mamografía alguna vez en la vida.

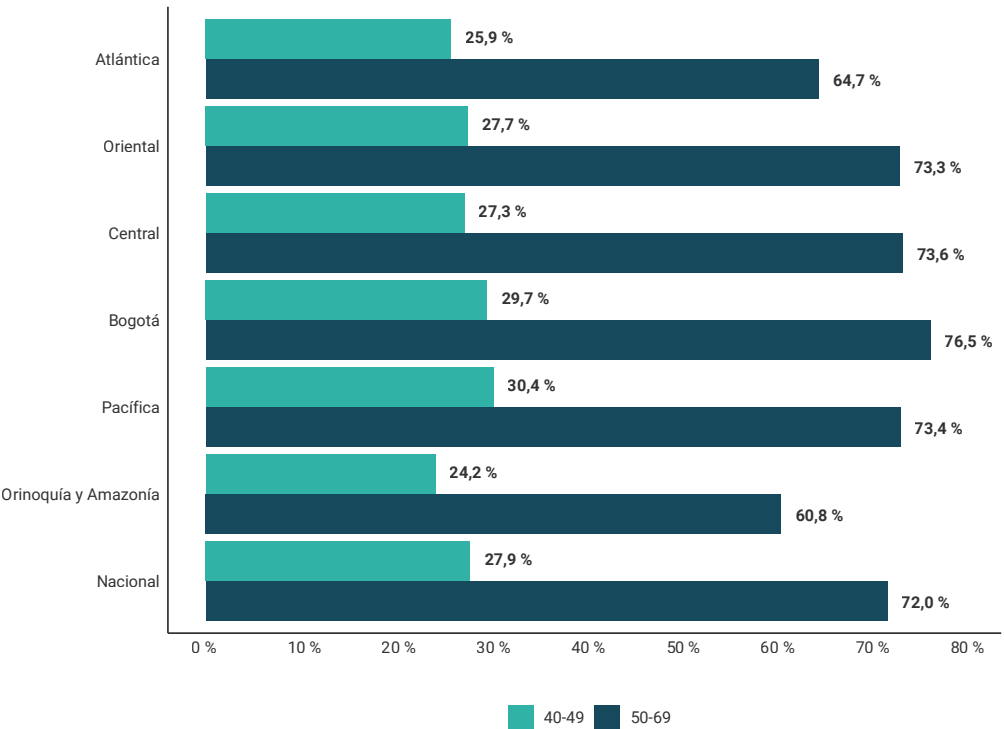
Las que menos se realizaron la mamografía fueron mujeres que habitan la zona rural, el Litoral Pacífico, la Orinoquía y Amazonía, mujeres indígenas, las que

no reportan afiliación al sistema de salud y aquellas en el quintil más bajo de riqueza, características similares a aquellas mujeres que no saben que tienen derecho a solicitar la mamografía.

El 29,8 % de las mujeres se ha hecho la mamografía solo una vez, el 38,1 % una vez al año, el 11,8 % dos veces al año y el 18,2 % cada dos años. El porcentaje de frecuencia de mamografía bianual (recomendación para Colombia) en mujeres de 50 a 59 años es de 17,3 % y en mujeres de 60 a 69, de 22,4 %. Dentro de las mujeres que conocen este examen, las razones para no realizarlo son personales (49,9 %), y dentro de estas razones personales la más común fue descuido o pereza (19,1 %), razones relacionadas con los servicios de salud (30,7 %), no tiene la edad para hacerla (10,8 %), no tiene síntomas (3,2 %) y otras (5,4 %). Las razones personales para no realizarse la mamografía son menores en mujeres sin afiliación a salud, aumentan con la edad y disminuyen con mayor educación y quintil de riqueza.

El porcentaje de mujeres a las que les ordenaron una biopsia y se la hicieron fue mayor en zonas urbanas (60,3 %) y en ciudades principales como Barranquilla (100,0 %), Cali (70,5 %) y Bogotá (68,1 %). Los departamentos Cesar (32,7 %), Casanare (26,7 %) y Nariño (21,2 %) presentan las proporciones más altas de tener una biopsia ordenada pero no practicada.

Gráfico 9.1.
Cobertura de la mamografía en mujeres de 40 a 49 años y de 50 a 69 años, según región



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

9.3. Prevención del cáncer de próstata

La encuesta identificó que el 92,5 % de los hombres de 50 a 75 años ha oído hablar del cáncer de próstata, de los cuales el 58,6 % identifica como acciones para prevenir este cáncer el tacto rectal y uso del antígeno prostático (PSA).

9.3.1. Tacto rectal

El 77,4 % de los hombres conocen sobre el tacto rectal, aunque solamente el 36,2 % se lo ha realizado, siendo el grupo entre 70 y 75 años el que más se lo realiza (54,0 %).

La realización del tacto rectal disminuye de manera proporcional a la edad, así: en el grupo de 60 a 69 años, 43,4 %, y de 50 a 59 años, 25,7 %. Tanto el conocimiento como la realización del tacto es mayor en los hombres del régimen contributivo frente a los pertenecientes al régimen subsidiado y no afiliados. El conocimiento y la práctica también es mayor en los hombres que viven en áreas urbanas y en hombres con mayor nivel educativo y mayor quintil de riqueza. El conocimiento y realización del tacto rectal es mayor en la ciudad de Bogotá. El departamento en el que más se conoce de esta prueba es Risaralda (90,5 %), pero su práctica es mayor en el departamento del Quindío (52,6 %), y en el que menos se evidencia conocimiento y práctica es en Vichada (16,3 % y 7,8 %, respectivamente). La principal fuente de información del tacto rectal es el médico(a) o enfermero(a) (57,5 %) o la institución de salud (47,5 %), frente a una menor frecuencia por un amigo(a) o familiar (23,9 %), los medios de comunicación (20,9 %) o las instituciones educativas (4,7 %).

Entre los hombres que manifiestan haberse realizado el tacto rectal, el 26,6 % indica que lo hizo hace menos de un año; el 41,1 %, entre uno y tres años; el 17,3 %, entre tres y cinco años; el 13,4 %, hace más de cinco años, mientras que el 1,6 % no sabe o no responde. Los hombres que no se practican el tacto rectal pertenecen en su mayoría a la zona rural (75,6 %), tienen un menor nivel educativo (78,1 % sin educación), pertenecen al quintil de riqueza más bajo (78,0 %), habitan principalmente la zona geográfica de la Orinoquía

y Amazonía (74,8 %) y no pertenecen a ningún régimen de salud (80,0 %). El departamento en el que mayor porcentaje de hombres no se practicó el tacto rectal es Vichada (92,2 %), seguido de Guainía (87,5 %) y Guaviare (86,6 %). Las razones expuestas por los participantes para no realizarse el tacto rectal fueron primordialmente personales (49,4 %) y de los servicios de salud (42,2 %).

9.3.2. Antígeno prostático (PSA)

El 66,1 % de los hombres de 50 a 75 años conocen el PSA y 47,1 % se lo ha practicado alguna vez.

Tanto el conocimiento como la realización del PSA es mayor en los hombres del régimen especial o de excepción (85,7 % y 72,2 %, respectivamente) y menor en los hombres que no pertenecen a ningún régimen de seguridad social (55,0 % y 26,4 %). El conocimiento sobre el PSA y su práctica es mayor en el área urbana y se incrementa con mayor nivel educativo y quintil de riqueza más alto.

La realización del PSA concomitantemente con el tacto rectal es más frecuente en hombres raizales. En hombres de otras etnias, casi la mitad de los que se realizan el PSA lo hace sin el tacto rectal.

Entre los hombres que manifiestan haberse realizado el PSA, el 43,3 % se lo hizo hace menos de un año; el 42,1 %, entre 1 y 3 años; el 8,9 %, entre 3 y 5 años, y el 4,5 % lo hizo hace más de 5 años. Las razones personales para no realizarse el PSA fueron mencionadas por el 73,1 % de los hombres, las relacionadas con los servicios de salud por el 16,0 % y no saber a dónde ir y otras razones por el 10,9 %. Quienes no se han practicado el PSA se encuentran en

mayor proporción en zonas rurales (65,1 %), tienen un menor nivel educativo (72,5 % sin educación), un quintil de riqueza más bajo (68,4 %), pertenecen principalmente a la región Orinoquía y Amazonía (64,3 %), la subregión del Litoral Pacífico (61,1 %), no pertenecen a ningún régimen de salud (73,6 %) o no lo conocen (67,3 %).

9.3.3. Prevención del cáncer testicular

El 53,4 % de los hombres de 13 a 35 años ha oído hablar del cáncer testicular, de los cuales el 53,2 % identifica como acciones para prevenirlo el autoexamen y 67,7 % la consulta al médico en caso de dolor.


 Solo el 16,7 % de los hombres se ha realizado el autoexamen testicular.

El mayor porcentaje de hombres que ha oído hablar del cáncer testicular pertenecen a la zona urbana (58,5 %), al régimen especial o de excepción (66,1 %) y al régimen contributivo (65,7 %), tienen un nivel de educación superior (73,0 %) y un quintil de riqueza más alto (67,5 %).

La práctica del autoexamen es mayor en hombres que habitan áreas urbanas (18,6 %), en aquellos que pertenecen al régimen especial (32,7 %) o contributivo (23,6 %), en los que pertenecen a un nivel de educación superior (28,7 %), a un quintil más alto de riqueza (24,2 %), en los que residen en Bogotá (19,4 %), en la región Central (19,1 %), y en los departamentos de Risaralda (25,5 %) y Valle del Cauca (21,8 %).

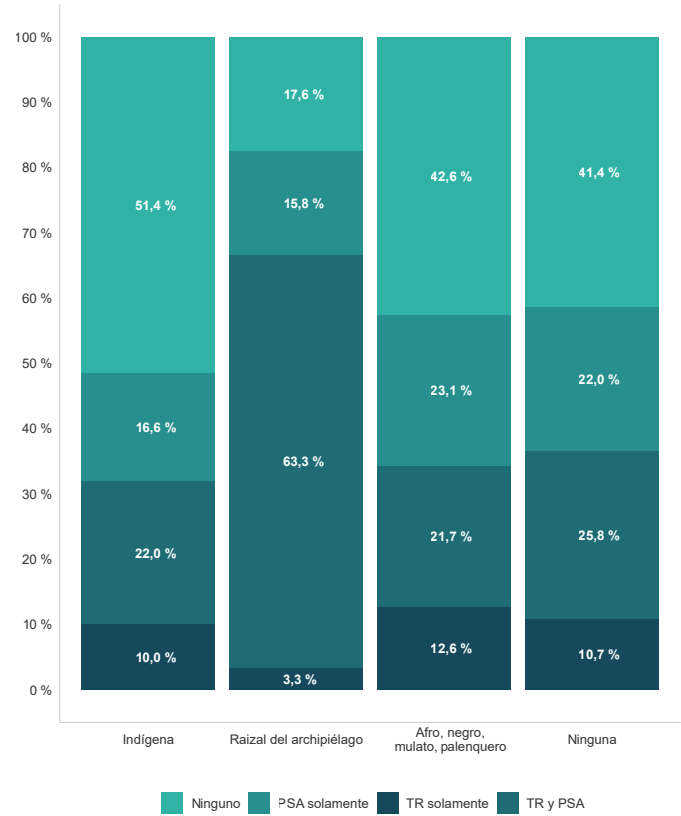
La principal fuente de información sobre el autoexamen de testículo es el médico(a) (52,4 %), seguido de la institución de salud (39,2 %) y los medios de comunicación (24,4 %). El 55,4 % se lo realiza varias veces al año y el 20,7 % al menos una vez al año. Además, el 17,1 % ha consultado al médico(a) luego

de realizarse el autoexamen de testículo, especialmente en los departamentos de La Guajira (53,8 %) y Putumayo (37,6 %), las ciudades de Medellín (25,0 %) y Cali (24,7 %), y aquellos sin educación (36,9 %).

 El 74,0 % de los hombres que no se han practicado el autoexamen no ha escuchado sobre este.

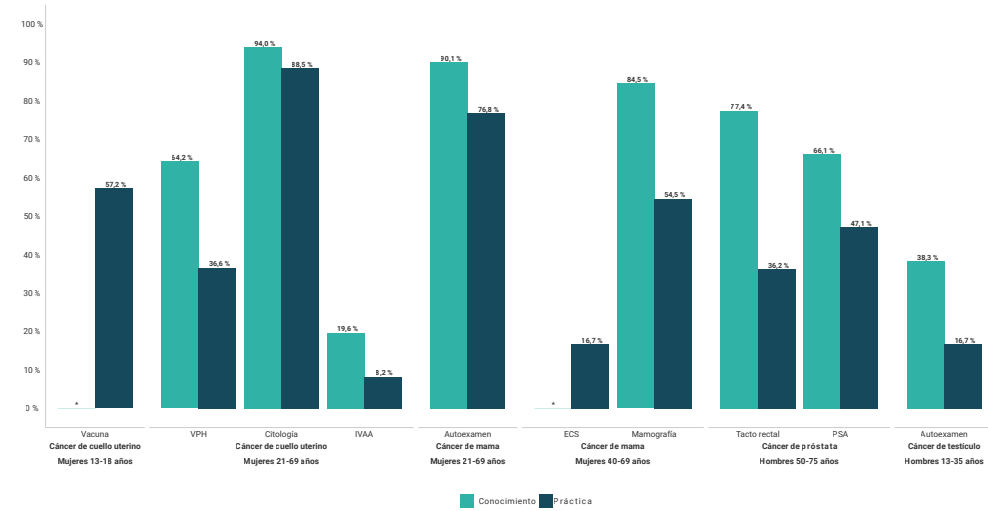
Entre los que sí han oído hablar del autoexamen, la principal razón para no realizarlo es el desconocimiento de cómo hacerlo (39,6 %), no les parece importante (28,0 %) o se los hace el médico(a) (9,2 %). De acuerdo con la zona de residencia, los hombres que habitan zonas urbanas respondieron en mayor proporción que no les parecía importante (30,1 %), comparados con los que habitan zonas rurales (18,3 %). No saber cómo hacerlo se reporta en mayor proporción en la población raizal que en todas las demás etnias. Asimismo, los raizales son los que expusieron en menor proporción no considerarlo importante, situación observada también en los participantes sin educación. No saber cómo hacerlo fue mayor en Sucre (61,2 %), y no parecerle importante presenta la proporción más alta en Cesar (50,8 %).

Gráfico 9.2.
Cobertura de la realización del autoexamen testicular en hombres de 13 a 35 años para la detección temprana de cáncer, por etnia



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Gráfico 9.3.
Conocimiento y práctica de métodos preventivos del cáncer de cuello uterino, mama, próstata y testículo



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.



Capítulo 10

Conocimiento y formas de prevención de ITS/VIH-sida

La pandemia del VIH continúa siendo una prioridad sanitaria global, aunque ha habido una reducción mundial de nuevas infecciones en comparación con 2010 (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida, 2024). Sin embargo, esta disminución no es uniforme en todas las regiones, con incrementos en Europa oriental, Asia central, América Latina, Oriente Medio y el Norte de África.

En los últimos años, se han implementado nuevas recomendaciones de práctica clínica en Colombia para mejorar el acceso a la prevención combinada, el diagnóstico oportuno con el autotest de VIH y el inicio temprano del tratamiento antirretroviral (TAR), así como normas y planes para mejorar el cumplimiento de los objetivos frente a la epidemia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, 2021 y 2022).

10.1. Conocimientos sobre el VIH-sida

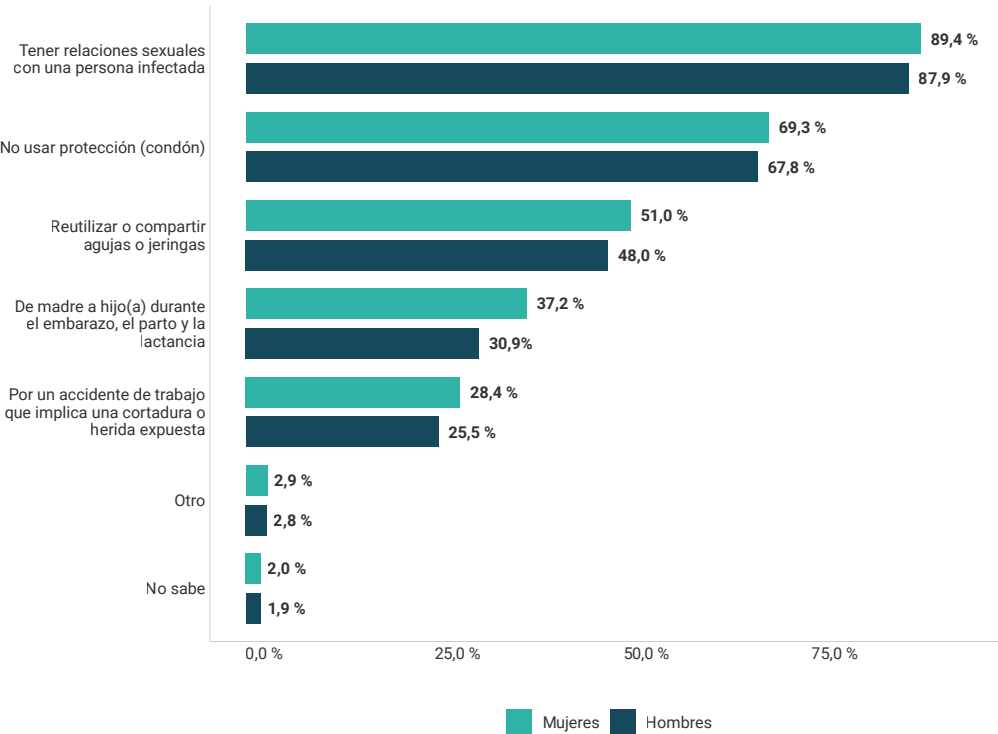
Entre las mujeres de 13 a 49 años, el 89,5 % había escuchado hablar sobre el VIH o el sida, mientras que entre los hombres de 13 a 59 años, el porcentaje fue del 88,0 %.

Los niveles más altos de conocimiento se encontraron en mujeres que alguna vez habían estado en una unión (94,8 %), en aquellas que viven en zonas urbanas (92,4%), las que tienen educación superior (96,7 %), las que pertenecen al quintil de riqueza más alto (95,5 %) y en las residentes en la región de Bogotá (96,4 %). En el caso de los hombres, los patrones fueron similares, con los porcentajes más altos de conocimiento en quienes alguna vez estuvieron en una unión (95,1 %), entre los que viven en zonas urbanas (91,4 %), tienen educación superior (96,7 %), se ubican en el quintil de riqueza más alto (94,4 %) y en la región de Bogotá (94,8 %).

10.1.1. Conocimientos sobre formas de transmisión de VIH-sida

Entre las mujeres encuestadas de 13 a 49 años, el 89,4 % reconoció que el virus se transmite a través de relaciones sexuales con una persona infectada, el 51,0 % mencionó el uso compartido o reutilización de agujas o jeringas, el 37,2 % que puede haber transmisión del virus de madre a hijo(a) durante el embarazo, el parto y la lactancia, y el 28,4 % identificó los accidentes laborales que impliquen cortaduras o heridas expuestas como un posible mecanismo de transmisión. En el caso de los hombres de 13 a 59 años, el 87,9 % señaló la transmisión a través de relaciones sexuales con una persona infectada, el 48,0 % el uso compartido de agujas o jeringas, el 30,9 % que puede haber transmisión del virus de madre a hijo(a) durante el embarazo, el parto y la lactancia, y el 25,5 % identificó los accidentes laborales con exposición a heridas como una vía de contagio.

Gráfico 10.1.
Conocimiento sobre formas de transmisión de VIH-sida, por género



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

10.1.2. Conocimiento sobre la forma de transmisión maternoinfantil del VIH-sida

De las mujeres encuestadas entre 13 y 49 años, el 72,9 % conocía la transmisión durante la gestación, el 68,0 %, la transmisión durante el parto y el 53,8 % la transmisión durante la lactancia. De los hombres encuestados entre 13 y 59 años, el 61,3 % conocía la transmisión durante la gestación, el 55,3 % durante el parto y el 43,2 % durante la lactancia. Al evaluar el conocimiento sobre los tres momentos de la transmisión maternoinfantil, solo una tercera parte los

conoce, con un porcentaje un poco mayor entre las mujeres (37,2 %) en comparación con los hombres (30,9 %).

10.1.3. Conocimientos sobre uso de tratamiento en VIH-sida

El 76,3 % de las mujeres entre los 13 y 49 años lo ha escuchado; sin embargo, se identifican porcentajes inferiores en el grupo de edad entre los 13 y 19 años, con el 66,2 %; entre las que nunca han tenido relaciones sexuales, en el 65,9 %; las que viven en la zona rural, en un 69,9 %; las de la región Pacífica, con el 72,4 %, y de la subregión de Valle sin Cali ni Litoral, en el 62,7 %; las sin educación, con el 63,8 %, y del quintil de riqueza más bajo, en el 69,8 %.

Las respuestas a esta misma pregunta en los hombres entre los 13 y 59 años de edad indica que el 71,7 % sí ha oído hablar de la ingesta de medicamentos especiales para su tratamiento. Los grupos que están por debajo del promedio, según las características seleccionadas en la encuesta, son aquellos que se ubican entre 13 y 19 años (61,1 %), los que nunca han tenido relaciones sexuales (58,8 %), los que viven en la zona rural (65,8 %), los de la región Pacífica (65,2 %), los de la subregión del Valle sin Cali ni litoral (58,1 %), aquellos sin educación (54,5 %) y los que se ubican en el quintil de riqueza más bajo (64,3 %).

10.1.4. Conocimiento de formas de evitar la transmisión del VIH-sida

El 77,5 % de las mujeres encuestadas entre 13 y 49 años consideran que una persona que usa condón cada vez que tiene relaciones sexuales tiene menos riesgo de infectarse con el virus que causa el sida. El porcentaje de conocimiento fue casi igual entre los hombres encuestados entre 13 y 59 años, con 78,0 %. Tanto en mujeres como en hombres, el desconocimiento de este aspecto fue menor entre los más jóvenes (13 a 19 años), sin inicio de vida sexual, que viven en zona rural, de menor nivel educativo y de quintil de riqueza más bajo.

10.1.5. Conocimiento comprensivo sobre el VIH-sida

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

Entre las mujeres de 13 a 49 años que habían oído hablar sobre el VIH o el sida, el porcentaje de conocimiento comprensivo se situó en 27,3 %. Los niveles más bajos de conocimiento comprensivo corresponden con el grupo de edad entre 13 y 19 años (21,0 %), entre las que se consideran bisexuales (13,3 %), en quienes no han iniciado su vida sexual (23,8 %), las sin educación formal (14,6 %), las de zona rural (21,3 %), las del quintil de riqueza más bajo (20,5 %), las de la región Pacífica (22,4 %) y aquellas de la subregión del Litoral Pacífico (11,6 %).

Entre los hombres de 13 a 59 años que habían oído hablar sobre el VIH o el sida, el porcentaje de conocimiento comprensivo es prácticamente igual al de las mujeres, con 27,1 %. Los niveles más bajos se encuentran en el grupo de edad entre 13 y 19 años (21,6 %), aquellos sin inicio de vida sexual (21,2 %), sin educación formal (13,5 %), los que viven en zona rural (20,8 %), los que pertenecen al quintil de riqueza más bajo (18,9 %), y los que se ubican en la región Pacífica (22,6 %) y viven en la subregión de Valle sin Cali ni Litoral (14,8 %).

10.1.6. Conocimiento de prácticas de alto riesgo

Entre el 74,3 % y el 72,6 % de mujeres y hombres encuestados están de acuerdo con que tener otras ITS aumenta el riesgo de adquirir el virus que causa el sida.

El 89,4 % de las mujeres considera que tener prácticas sin el uso de condón siempre representa un riesgo. Para el 84,5 % de las mujeres, también representa un riesgo tener relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol o drogas y sin usar condón. Los hombres, en un 88,2 %, también consideran esta última una práctica riesgosa.

10.2. Conocimientos sobre el derecho a solicitar la prueba de VIH, toma de la prueba, asesoría recibida, acceso a resultados, seroprevalencia y acceso a tratamiento en VIH-sida

Al indagar en las mujeres de 13 a 49 años que han tenido un hijo en los últimos 7 años acerca del conocimiento de lugares donde las personas puedan hacerse la prueba para saber si tienen el virus que causa el sida, el 60,5 % respondieron afirmativamente.

10.2.1. Toma de prueba de VIH-sida

Solo el 16,2 % de las mujeres reporta haberse realizado alguna vez la prueba para detectar el VIH, con bajas prevalencias entre aquellas de 40 a 49 años, donde solo el 0,1 % ha accedido a este examen, y entre aquellas que pertenecen a la región geográfica Oriental, con un porcentaje de 5,8 %. El 66,7 %

de las mujeres que se realizaron la prueba recibieron asesoría por parte de un profesional de la salud antes de someterse a la misma. Estos porcentajes son menores entre el 62,7 % de las mujeres de 20 a 24 años, el 20,2 % alguna vez unidas, el 58,9 % de zona rural, el 40,9 % de la región Central, el 39,3 % de la subregión de Tolima, Huila, Caquetá, el 25,6 % con educación primaria y el 49,7 % de las ubicadas en el quintil de riqueza bajo.

10.2.2. Acceso a resultado de prueba VIH-sida

El 95,1 % de las mujeres conocieron el resultado de su prueba de VIH-sida, aunque este porcentaje se redujo al 84,5 % y 84,9 % en las regiones Oriental y Atlántica, respectivamente. No se encontraron diferencias importantes en el acceso a resultados según la residencia rural o urbana, o el estado conyugal. En cuanto al nivel educativo, el 86,6 % de aquellas en el nivel educativo superior obtuvieron este resultado, en contraste con el 98,0 % de aquellas con nivel educativo secundario. Según el índice de riqueza, aquellas en el nivel alto y más alto fueron quienes tuvieron más acceso a los mismos (100,0 %).

10.2.3. Seroprevalencia entre quienes se realizaron la prueba y acceso a tratamiento VIH-sida

El 0,6 % de las mujeres que se realizaron la prueba y conocieron el resultado refirió que fue reactivo, lo que correspondió a dos mujeres. Una de ellas se realizó la prueba en el año 2022, la otra no sabe la fecha; ninguna indicó estar recibiendo tratamiento antirretroviral.

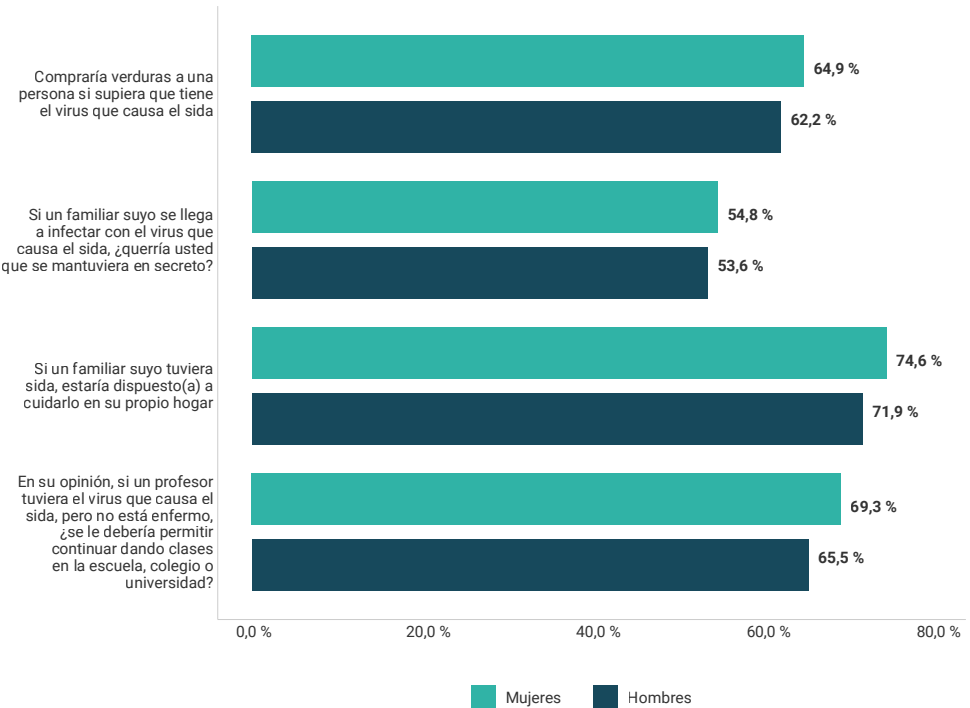
10.3. Actitudes hacia personas que viven con VIH-sida, conocimientos sobre ITS y sus síntomas, autorreporte de ITS, y prácticas seguras en el ejercicio de la sexualidad de la persona con ITS hacia la pareja

10.3.1. Actitudes hacia personas que viven con VIH-sida

A las personas se les indagó por algunas actitudes hacia otras que viven con VIH, a partir de situaciones hipotéticas relacionadas con su oficio o su presencia en espacios como el hogar. El 64,9 % de las mujeres entre los 13 y 49 años y el 62,2 % de los hombres entre 13 y 59 años manifestaron que compraría verduras a una persona si supiera que tiene el virus que causa el sida; tanto en mujeres como en hombres, y en términos generales, las cifras por debajo del 60,0 % se observan entre las edades de 13 a 19 años, entre los que nunca han tenido relaciones sexuales, de la zona rural, la región Pacífica, de la subregión del Litoral Pacífico, sin educación y del quintil de riqueza más bajo.

Frente a la posibilidad de que un profesor con VIH asintomático continúe dando clases, el 69,3 % de las mujeres entre 13 y 49 años está de acuerdo, mientras el 65,5 % de los hombres entre 13 y 59 años lo está.

Gráfico 10.2.
Porcentaje de hombres y mujeres de acuerdo con actitudes frente a personas que viven con VIH-sida



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

10.3.2. Conocimientos sobre ITS, sus síntomas y autorreporte de ITS

En cuanto al conocimiento de la existencia de las ITS, entre las mujeres de 13 a 49 años, el 88,0 % conoce ITS e identifica dos o más síntomas en el hombre, y el 85,3 % conoce e identifica dos o más síntomas en las mujeres. Entre los hombres de 13 a 59 años, el porcentaje de los que conocen ITS e identifican dos o más síntomas en el hombre es de 87,4 %, y conoce e identifica dos o más síntomas en las mujeres el 83,0 %.

10.3.3. Prácticas seguras de persona con ITS hacia la pareja

Respecto de las decisiones frente a posibles infecciones, entre las personas encuestadas que refirieron haber presentado alguna ITS, el 71,3 % de las mujeres y el 49,1 % de los hombres expresaron que informaron a las personas con quienes sostuvieron relaciones sexuales.

El 72,5 % de las mujeres y el 62,1 % de los hombres encuestados refieren que cuando se tuvo esa infección hizo algo para evitar infectar a la pareja.

En lo referente a las acciones concretas que se implementaron para evitar infectar a la pareja, el 84,3 % de las mujeres y el 76,7 % de los hombres dejaron de tener relaciones sexuales, el 38,4 % de las mujeres y el 60,3 % de los hombres usaron condón en las relaciones sexuales, y el 81,1 % de las mujeres y el 75,6 % de los hombres tomaron o usaron medicamentos.

10.3. Acceso a pruebas de detección de VIH como parte del control prenatal de las mujeres en estado de embarazo

El 63,8 % de las mujeres entre los 13 y 49 años que tuvieron hijo(a)s en los últimos dos años manifestaron que recibieron asesoría sobre VIH en una de las visitas prenatales. El 57,3 % se ubica en el rango de edad de 13 a 19 años, el 62,5 % nunca han estado unidas, el 56,1 % son de zona rural, el 56,9 % pertenecen a la región Atlántica, el 81,3 % se clasifican sin ningún nivel educativo y el 54,2 % se ubican en el quintil de riqueza más bajo.

Adicionalmente, durante algún control del embarazo, al 68,3 % de las mujeres de 13 a 49 años les informaron que los bebés se infectan con el virus que causa el sida por sus madres, al 67,8 % les manifestaron que hay cosas que puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el sida y al 75,3 % les sugirieron hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el sida.

Los resultados de la ENDS 2025 muestran avances en el conocimiento sobre VIH-sida e ITS en Colombia, pero persisten brechas en grupos vulnerables. Aunque la mayoría conoce las principales formas de transmisión, todavía existen mitos.

El conocimiento general es alto, pero desigual. La gran mayoría de la población en Colombia ha escuchado sobre el VIH, aunque persisten brechas importantes entre adolescentes, personas sin educación, quienes viven en zonas rurales y habitantes de la región Orinoquía y Amazonía. Persisten vacíos en la comprensión de la transmisión y la prevención. Todavía muchas personas desconocen la transmisión maternoinfantil y el riesgo asociado al uso compartido de agujas. Además, una proporción significativa no reconoce el condón como medida preventiva fundamental.

El derecho a la prueba de VIH no es suficientemente conocido. Menos de 7 de cada 10 personas saben que tienen este derecho, lo que limita el acceso oportuno al diagnóstico. La baja frecuencia de consejería antes y después de la prueba, y la persistencia del estigma, refuerzan este desafío. En la prevención maternoinfantil hay avances, pero con vacíos. Aunque más del 80,0 % de las gestantes recientes reporta haberse realizado la prueba de VIH, no siempre recibieron la información o asesoría necesaria, lo que indica la necesidad de reforzar el acompañamiento durante el control prenatal.

Se requieren nuevas estrategias y seguimiento a las políticas. Los hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la educación y sensibilización en VIH e ITS, con especial atención en poblaciones vulnerables.



Capítulo 11

Violencias basadas en género

En Colombia, así como en todo el mundo, las violencias basadas en género (VBG) son un problema de salud pública dado su significado social, su impacto colectivo y su posibilidad de evitarse (Ariza Sosa, 2012), razones por las cuales resulta de la mayor importancia su incorporación en la ENDS 2025.

11.1. La violencia en las parejas, manifestación común de VBG en Colombia

Se trata de un fenómeno relacional y bidireccional que puede ocurrir en todo tipo de parejas, no solo en las heterosexuales. En este sentido, la ENDS 2025 encontró que la mayoría de las personas actualmente unidas refirió tener parejas heteronormativas (98,9 % y 93,3 % para mujeres y hombres, respectivamente). Dada la asimetría de poder patriarcal en este tipo de parejas, que desfavorece a las mujeres, la violencia ejercida por los hombres tiende a ser más frecuente y de mayor intensidad en comparación con la ejercida por las mujeres (Ariza Sosa, 2012).

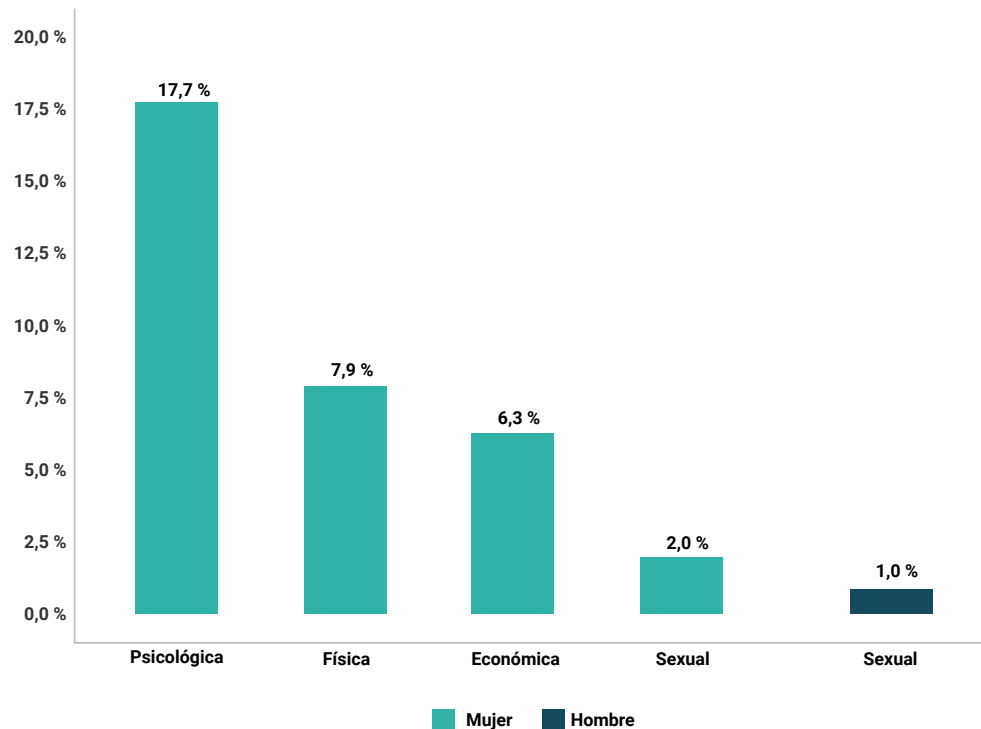
Este tipo de violencia presenta importantes diferencias interseccionales por quintil de riqueza, edad, nivel educativo y territorio. El tipo de violencia de pareja más reportado por las mujeres fue la violencia psicológica, con manifestaciones como insultos, descalificación y control excesivo de la pareja. Nótese

que, por cada hombre violentado sexualmente por la pareja, se registraron 2,0 mujeres (razón de prevalencias), como se observa en el Gráfico 11.1. Estos resultados contrastan con los registrados en la ENDS 2015, cuando el 64,1 % de las mujeres unidas reportaron violencia psicológica por parte de su pareja, el 31,9 % violencia física, el 31,1 % violencia económica y el 7,6 %, violencia sexual.

La violencia de pareja ocurre en todos los tipos de uniones, no solo en las heteronormativas, a pesar de que estas sean la mayoría de las identificadas en la ENDS 2025 (98,9 % para mujeres y 93,3 % para hombres). Este tipo de violencia contra las mujeres es principalmente psicológica (17,7 %) y física (7,9 %). En cuanto a la violencia sexual, las víctimas mujeres fueron casi el doble frente a los hombres víctimas.

Gráfico 11.1.

Violencia psicológica, física, económica y sexual de pareja contra las mujeres, y sexual contra los hombres de 13 a 49 años



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

De las mujeres víctimas de la violencia sexual de pareja, el 72,0 % relató que estos hechos ocurrieron después de mayo de 2006, cuando en Colombia se despenalizó el aborto por tres causales, incluyendo la violencia sexual¹, y 15,8 % de ellas quedaron embarazadas. Solo al 38,0 % de aquellas violentadas después de mayo de 2006 se les habló sobre el derecho a solicitar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en caso de haber sido víctimas de una violación (**Sentencia C-355 de 2006**). De estas, el 5,5 % la solicitó y solo a casi la mitad se le realizó (3,2 %), lo que evidencia la vulneración a los derechos

sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia, pese a los avances en la jurisprudencia.

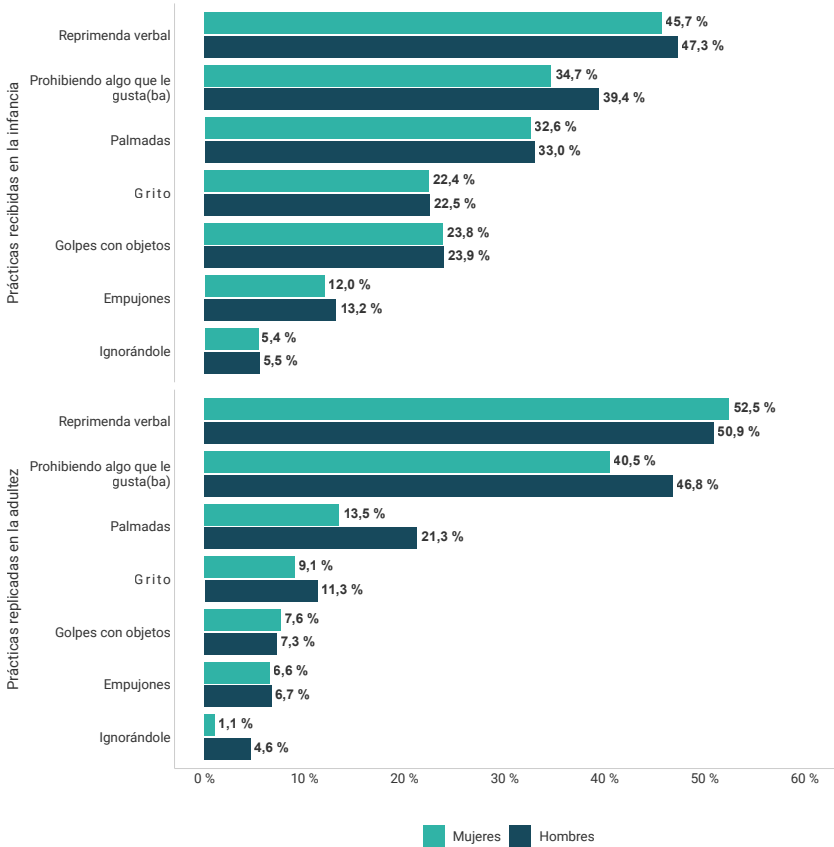
11.2. Historias de violencias en el hogar

Las prácticas de disciplina y castigo hacia niñas, niños y adolescentes en Colombia se han transformado, así como el reconocimiento de la violencia contra la niñez como una violación a los derechos humanos que también transforma las políticas de protección infantil a nivel global. Instrumentos como la Convención sobre los Derechos del Niño (Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 1989) establecen que los Estados deben garantizar el derecho de niñas y niños a ser protegidos contra toda forma de violencia, incluyendo los castigos físicos y humillantes en el hogar.

La ENDS 2025 exploró tanto las prácticas de disciplina y castigo que recibieron durante su infancia las personas encuestadas con historia de unión, como aquellas que utilizan actualmente hacia sus hijas e hijos. Se encontró que la reprimenda verbal y la prohibición de aquello que les gustaba fueron las prácticas que más recibieron durante la infancia y que más replicaron en la adultez; por su parte, si bien el uso de castigos físicos también fue reportado en una proporción considerable, se observan cambios intergeneracionales importantes en prácticas como palmadas, golpes con objetos y empujones (Gráfico 11.2.).

¹La Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional de Colombia despenalizó por primera vez el aborto por tres causales, incluyendo la violencia sexual. En 2022, la Sentencia C-055 despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación y permite la IVE sin restricciones, además de las causales establecidas en la Sentencia C-355, que siguen siendo válidas después de la semana 24.

Gráfico 11.2.
Prácticas de disciplina y castigo recibidos en la infancia y replicados en la adultez hacia hijas e hijas, e hijastras e hijastros



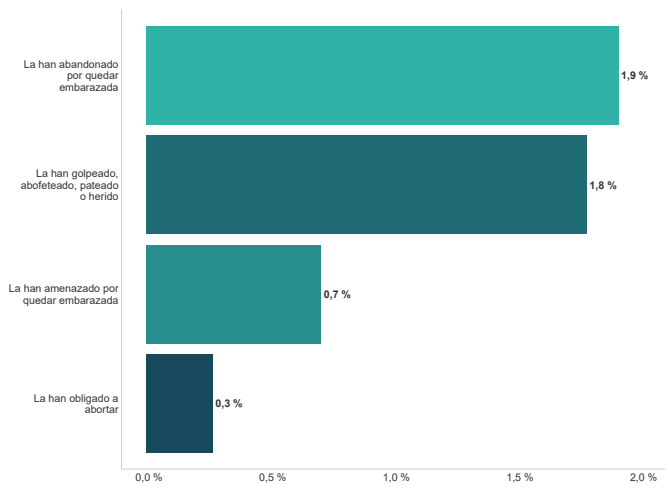
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En 2025 todavía se reporta el uso de castigos físicos en una proporción considerable (27,7 % en mujeres y 35,3 % en hombres). Se observan cambios intergeneracionales heterogéneos en prácticas como palmadas, golpes con objetos y empujones, que disminuyeron en un 33,4 % para las mujeres (principales cuidadoras), pero aumentaron en un 50,2 % para los hombres, con respecto a la ENDS 2015.

11.2.1. El embarazo puede incrementar las VBG

El embarazo, lejos de ser un factor protector contra la violencia, puede incrementar la exposición de las mujeres a agresiones debido a dinámicas de control, celos o rechazo por parte de la pareja y otros miembros del entorno familiar (Silverman et al., 2006). La ENDS 2025 evidencia que al menos el 1,9 % de las mujeres en Colombia ha experimentado violencia durante alguno de sus embarazos, siendo el abandono la principal manifestación, seguida por la violencia física y las amenazas. Adicionalmente, un 0,3 % reportó haber sido obligada a abortar (Gráfico 11.3.).

Gráfico 11.3.
Distribución porcentual de las mujeres entre 13 y 49 años que han sido violentadas durante alguno de sus embarazos, según tipo de violencia



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

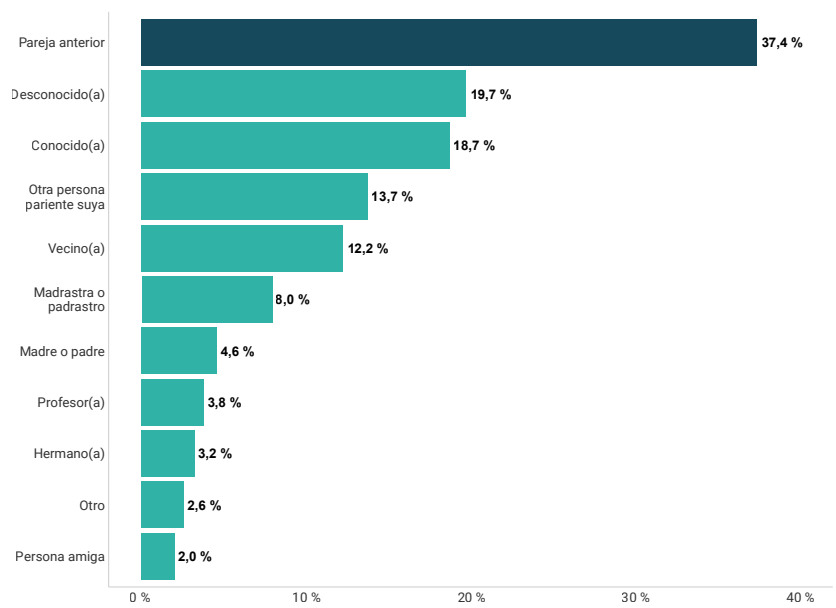
11.2.2. VBG ejercidas por personas distintas a la pareja

Al indagar sobre la violencia psicológica y física contra mujeres con historia de unión, se nota que las VBG contra las mujeres no se limita al ámbito de la pareja, también puede ser ejercida por familiares, exparejas, compañeros de trabajo, figuras de autoridad, desconocidos y otros actores en distintos entornos. En este sentido, la ENDS 2025 encontró que al menos el 3,0 % de las mujeres han experimentado violencia psicológica y el 2,1 % violencia física por parte de personas diferentes a su pareja actual.

Respecto al acceso carnal violento, el 2,2 % de las mujeres de 13 a 49 años fue forzada físicamente a tener relaciones o actos sexuales por una persona distinta a su actual o última pareja. La mayoría de los agresores son conocidos, siendo la expareja la principal perpetradora (Gráfico 11.4.).

El 66,1 % de las agresiones tuvieron lugar en la vivienda de la víctima, de manera que, por cada agresión ocurrida en la calle se registraron 4,5 en el hogar, lo que resalta la vulnerabilidad de las mujeres incluso en espacios que se pregonan como seguros.

Gráfico 11.4.
Acceso carnal violento ejercido por persona distinta a la pareja, según agresor, en mujeres de 13 a 49 años



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El 6,1 % de mujeres que fueron víctimas de acceso carnal violento por una persona distinta a su pareja quedó embarazada como resultado de la agresión. De otro lado, se encontró que la explotación sexual afecta tanto a mujeres como a hombres entre 13 y 49 años en proporciones similares (0,2 % en mujeres y

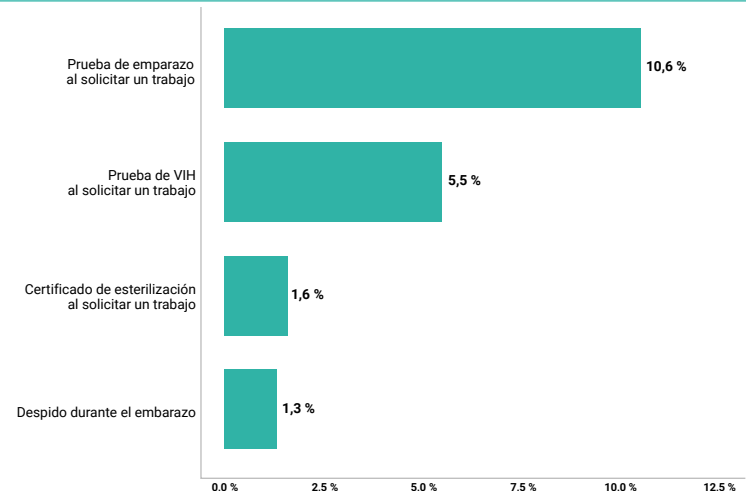
0,3 % en hombres), sin mayores diferencias en la edad de la primera victimización; en el caso de las mujeres esta ocurrió por primera vez, en promedio, a los 16,5 años, mientras que en los hombres a los 16,2.

11.2.3. VBG hacia las mujeres en el trabajo

La VBG hacia las mujeres en el ámbito del trabajo es una forma de discriminación que limita su acceso, permanencia y desarrollo.

Los derechos humanos de las mujeres no se garantizan en el ámbito del trabajo. A una proporción considerable se les ha exigido prueba de embarazo, de VIH y de esterilización quirúrgica al solicitar un empleo. Adicionalmente, 1,3 % han sido despedidas estando embarazadas (Gráfico 11.5.).

Gráfico 11.5.
Distribución porcentual de mujeres entre 13 y 49 años que han sido violentadas en el ámbito del trabajo, según tipo de violencia



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

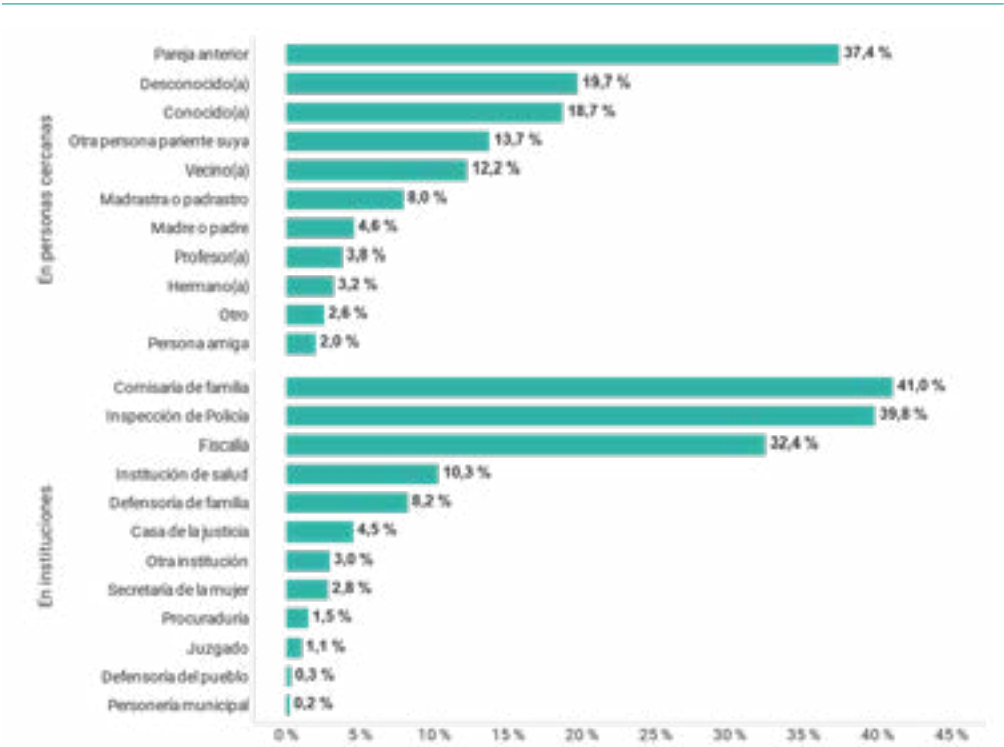
11.2.4. Rutas de atención de las VBG

El avance normativo y el creciente reconocimiento de las VBG ha permitido identificar y articular las instancias responsables de garantizar las rutas de atención para las víctimas. Estas rutas cuentan con el respaldo de instrumentos, convenciones y normas de derechos humanos internacionales y nacionales, incluyendo los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Ley 1257 de 2008, entre otros.

La encuesta indagó a mujeres que reportaron violencia (por parte de la pareja o persona desconocida), si buscaron ayuda en una persona cercana, si acudieron a una institución, si denunciaron la violencia, ante quién lo hicieron, el resultado de la denuncia y, cuando no denunciaron, la razón para no hacerlo. En este sentido, se encontró que solo el 27,3 % de las mujeres buscaron ayuda en personas cercanas, siendo la madre y el padre los más solicitados (56,3 %), con una proporción aún mayor en el caso de las niñas de 13 a 14 años (83,7 %).

La búsqueda de ayuda institucional fue reportada solo por el 11,9 % de las mujeres de 13 a 49 años víctimas de alguna violencia; de estas, la mayoría acudió a la comisaría de familia o a la inspección de policía (80,8 %) (Gráfico 11.6.).

Gráfico 11.6.
Distribución porcentual de las personas cercanas y de las instituciones donde buscaron ayuda las mujeres de 13 a 49 años víctimas de alguna VBG



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los mecanismos de prevención y de intervención de las VBG están directamente relacionados con la denuncia de los casos, en la medida que permite conocer la magnitud del fenómeno y activar las rutas de atención. Sin embargo, el miedo a represalias y la falta de mecanismos adecuados de protección provocan que muchas víctimas opten por el silencio, perpetuando la impunidad y la continuidad de la violencia (Quintero, 2020).

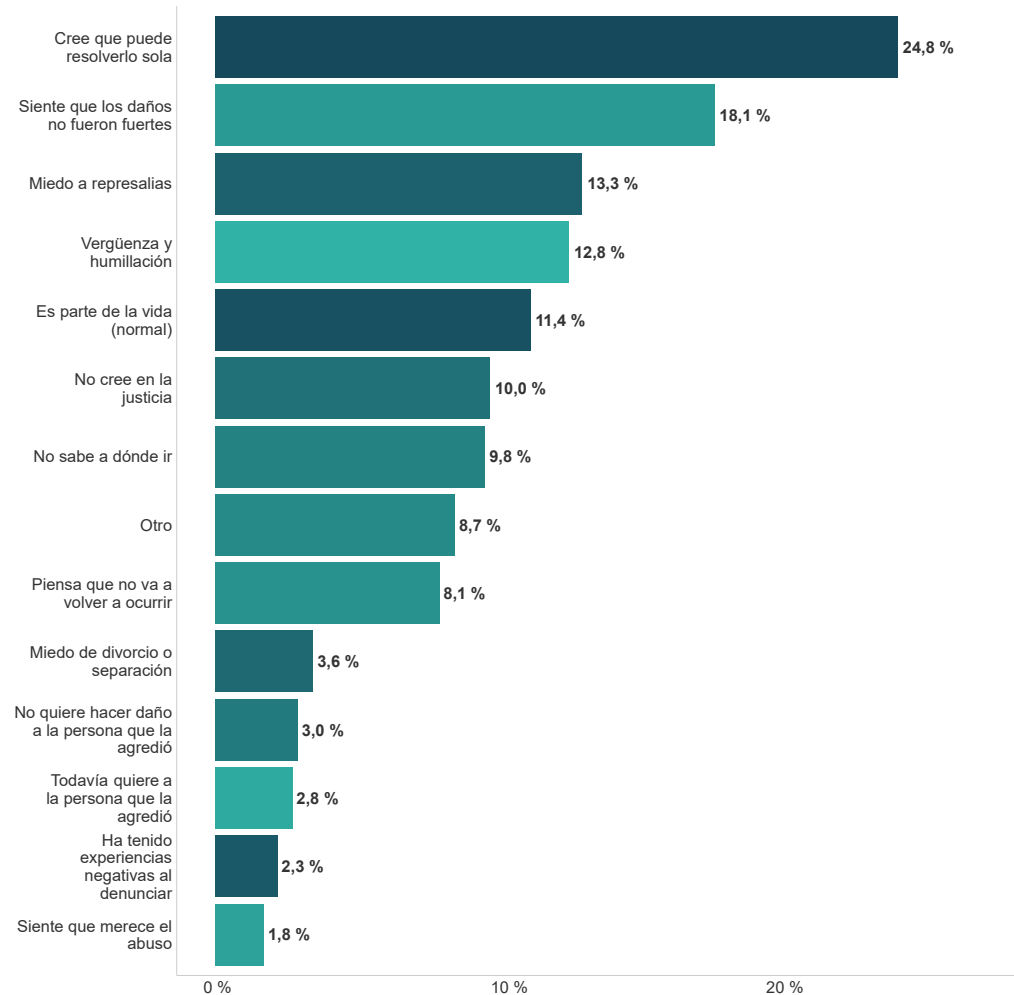
El 86,6 % de las mujeres que ha sufrido VBG no denunció la agresión. Entre aquellas que sí lo hicieron, en su mayoría interpusieron la denuncia ante la Fiscalía General de la Nación (45,3 %) y ante la comisaría de familia (42,7 %).

Como resultados de la denuncia interpuesta por las mujeres, se le prohibió al agresor acercarse a la víctima (36,5 %), se le prohibió entrar a la casa (18,0 %) y se le obligó a acudir a tratamiento terapéutico (4,5 %); adicionalmente, citaron a conciliación a un 20,9 %, mientras que la captura y condena del agresor se presentó en un 13,0 % y 1,0 %, respectivamente. El 2,1 % de las mujeres reportó que la violencia aumentó por haber interpuesto la denuncia.

A quienes no denunciaron se les preguntó por la razón para no hacerlo, se encontró una alta normalización de las violencias, de manera que hasta el 64,2 % de las respuestas lo reflejan (Gráfico 11.7.).

Gráfico 11.7.

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años víctimas de alguna violencia que no denunciaron, según razón



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

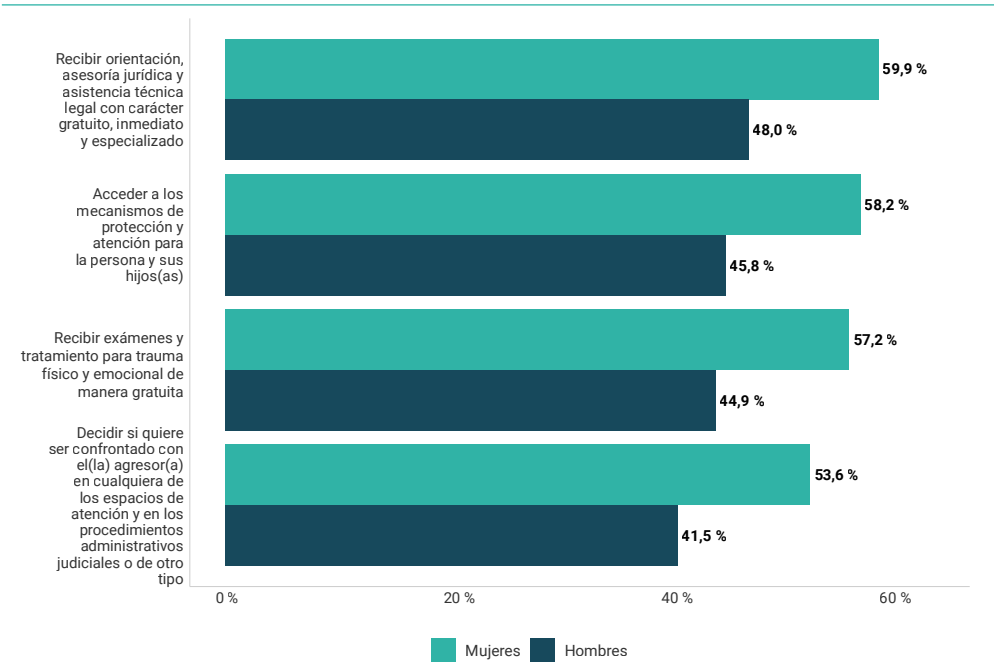
La denuncia de la violencia sexual entre los hombres en Colombia también fue baja (solo del 11,7 %) y, cuando fue reportada, tuvieron que enfrentarse a una respuesta institucional ineficaz, marcada por la impunidad y la revictimización. Aun cuando la mitad de los denunciantes reportaron haber recibido apoyo, persisten prácticas que reproducen el estigma, la culpabilización y la falta de credibilidad hacia las víctimas masculinas. Las bajas tasas de denuncia se explican tanto por barreras estructurales —como la desconfianza en el sistema de justicia y el desconocimiento de las rutas de atención— como por barreras personales fuertemente influidas por normas de género —entre ellas la vergüenza, el miedo a las represalias y la presión de resolver el problema en silencio—. En este sentido, el patriarcado no solo invisibiliza y desprotege a las mujeres, sino que también condiciona y limita las posibilidades de los hombres víctimas de acceder a justicia y protección, perpetuando así un escenario de impunidad frente a la violencia sexual.

11.2.5. Conocimientos sobre los derechos de las víctimas de VBG

Un elemento facilitador de la atención oportuna de las VBG es el nivel de información que tiene la población sobre sus derechos y las instancias disponibles para la atención. Por esa razón, se les preguntó a las personas si conocían sus derechos en caso de ser víctimas de VBG.

Más de la mitad de las mujeres tienen conocimiento de los distintos derechos. En este sentido, ellas los conocen en promedio en un 27,1 % más que los hombres (Gráfico 11.8.).

Gráfico 11.8.
Distribución porcentual de mujeres y hombres de 13 a 49 años que conocen los derechos de las víctimas de VBG



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

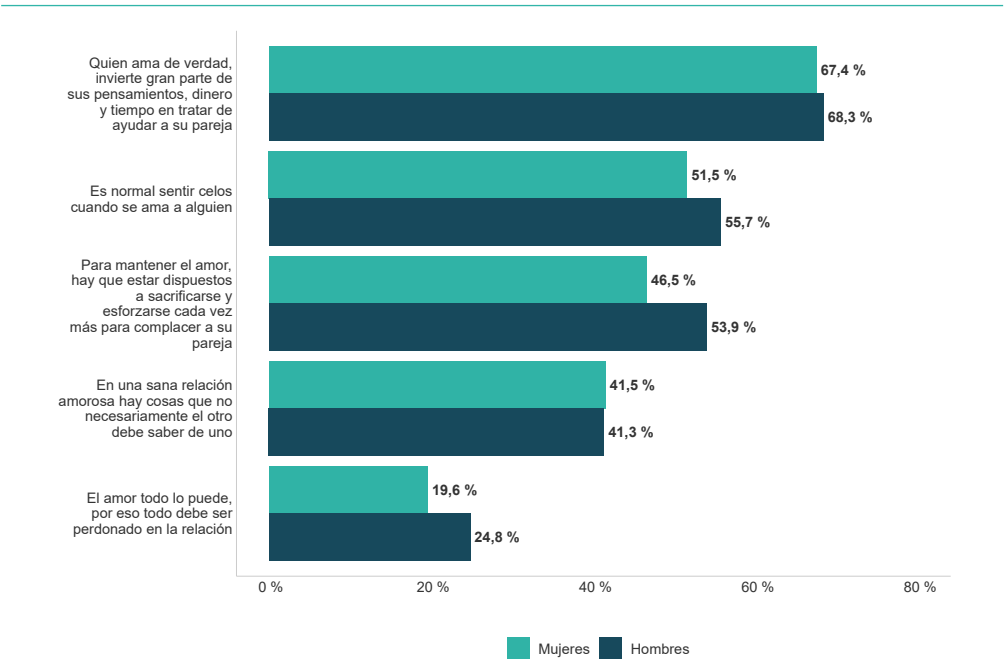
11.2.6. Imaginarios sobre las VBG

Los imaginarios sociales configuran la forma en que las personas interpretan y dan sentido a su realidad, influyendo en sus creencias, valores y comportamientos. En el contexto de las VBG y de las relaciones de pareja, estos imaginarios pueden reforzar o desafiar normas tradicionales que perpetúan desigualdades injustas. Existen diferencias entre mujeres y hombres en creencias sobre el amor romántico, siendo los hombres quienes muestran mayores niveles de acuerdo con afirmaciones patriarcales que implican sacrificio de las mujeres y normalización de los celos (Ariza Sosa, 2012). Al consultar a mujeres

y hombres sobre estar de acuerdo con las afirmaciones listadas en el Gráfico 11.9, se encontró que una alta proporción aprueba los imaginarios del amor romántico.

Existen diferencias entre hombres y mujeres frente a la normalización de los celos, el sacrificio por la pareja y la concepción de que todo debe ser perdonado en nombre del amor, siendo superior en todos los casos entre los hombres.

Gráfico 11.9.
Distribución porcentual de mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada una de las afirmaciones sobre el amor romántico



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.



Capítulo 12

Roles de género, autonomía sexual y reproductiva, y derechos de la población con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (LGBTIQ+)

El estudio de los roles de género, la autonomía sexual y reproductiva, y los derechos de la población LGBTIQ+ es importante para la salud porque permite comprender el género como estructura determinante de las inequidades en salud que viven las mujeres y la población LGBTIQ+.

12.1. Imaginarios relacionados con roles de género

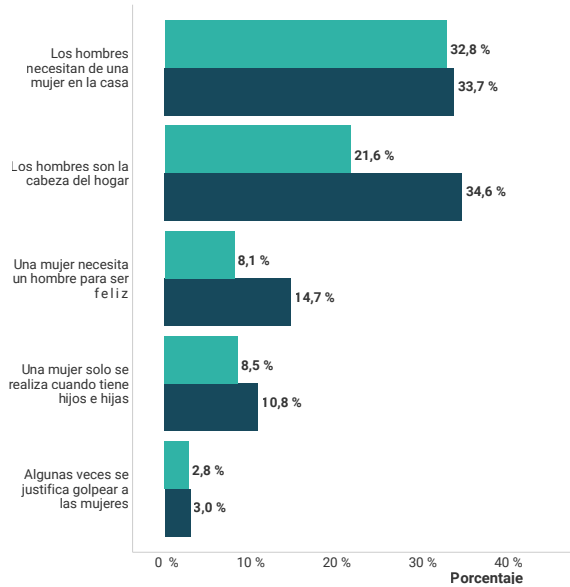
12.1.1. Imaginarios relacionados con la subvaloración de las mujeres

Con relación a las mediciones de la ENDS 2015, se observó una disminución importante en el nivel de acuerdo de las personas entrevistadas frente a la mayoría de estos estereotipos, tanto en mujeres como en hombres, para la zona urbana y rural, para todos los niveles de riqueza y de educación, y para todas las regiones geográficas. Para todos los enunciados, la mayor proporción de acuerdo se da entre los hombres.

Aunque los imaginarios relacionados con estereotipos que subvaloran a las mujeres han disminuido con relación a la medición de 2015, preocupa la persistencia (tanto en hombres como en

mujeres) de que “Algunas veces se justifica golpear a las mujeres”, evidenciando que en una proporción de la población persiste la tolerancia a la violencia física contra ellas (Gráfico 12.1.).

Gráfico 12.1.
Personas de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre las mujeres y los hombres



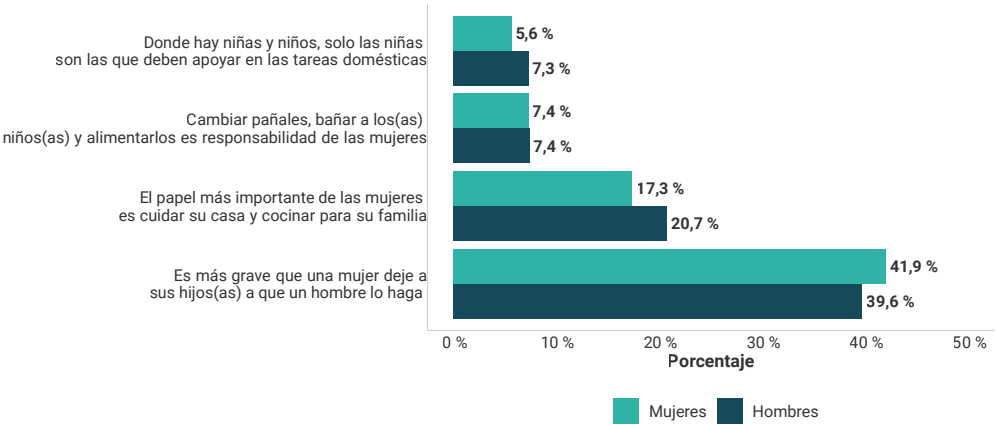
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.1.2. Imaginarios relacionados con las tareas domésticas y de cuidado

La división sexual del trabajo, sustentada en construcciones sociales y culturales que asignan a las mujeres la responsabilidad principal del cuidado y de las labores domésticas, es un elemento central en la reproducción de desigualdades de género.

Las mujeres mostraron una menor adhesión a estos estereotipos en comparación con los hombres, sugiriendo mayor resistencia a las normas de género tradicionales. Sin embargo, frente al enunciado “Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga”, hay una mayor aceptación por parte de las mujeres, lo que evidencia la fuerza del mandato de maternidad. (Gráfico 12.2.).

Gráfico 12.2.
Mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre imaginarios en las tareas domésticas y de cuidado



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

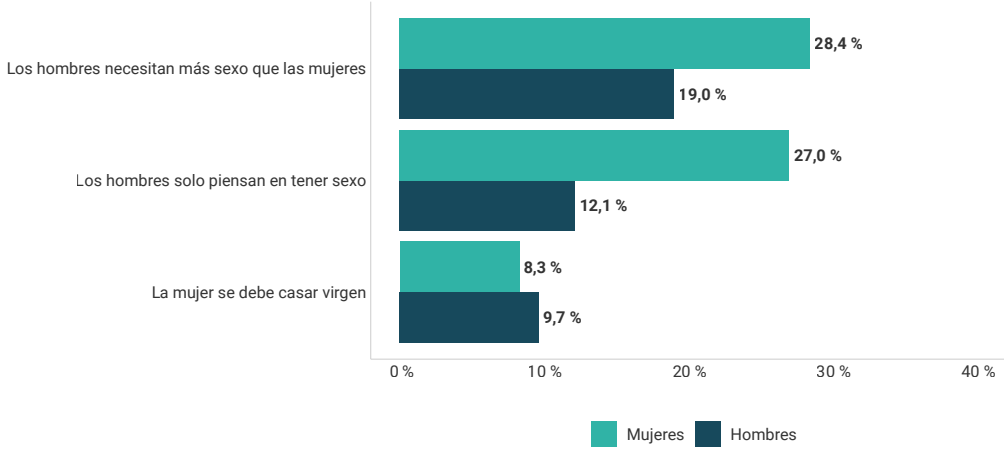
12.2. Imaginarios relacionados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción

12.2.1. Estereotipos sobre la sexualidad

Una proporción mayor de mujeres está de acuerdo con los estereotipos relacionados con la sexualidad masculina.

Este acuerdo es mayor en las zonas rurales, las regiones Central y Orinoquía y Amazonía, y muestra un gradiente hacia un mayor acuerdo a mayor edad, menor nivel educativo y menor quintil de riqueza (Gráfico 12.3.).

Gráfico 12.3.
Personas de 13 a 49 años que están de acuerdo con cada frase sobre la sexualidad de los hombres y las mujeres



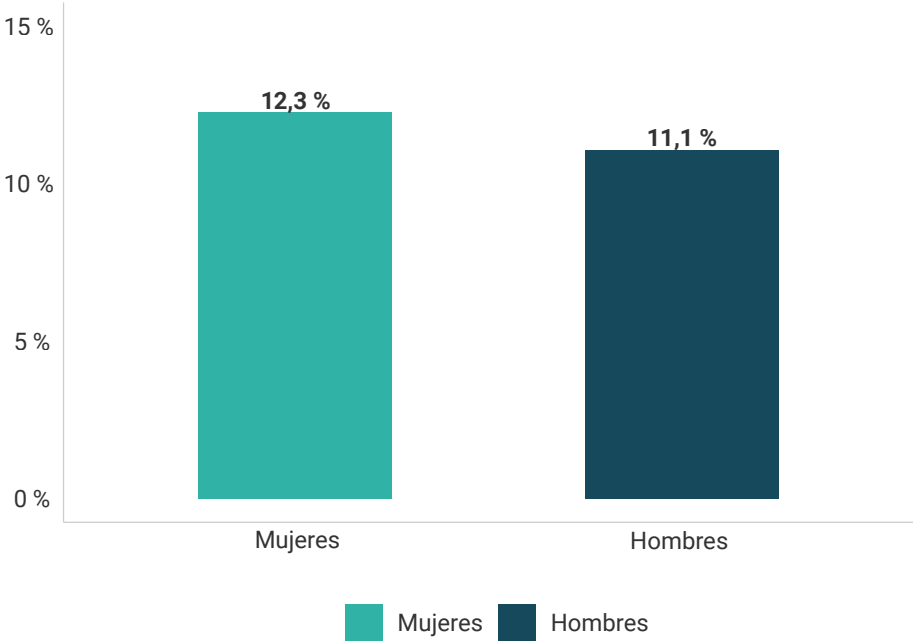
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.2.2. Imaginarios relacionados con el ejercicio de la reproducción

Persiste el estereotipo de que la mujer es la persona responsable de tomar precauciones para evitar un embarazo.

Con relación a la ENDS de 2015, hay una disminución en el imaginario de las mujeres sobre que la mujer es quien debe tomar las precauciones para no embarazarse. En los hombres esta disminución es menor (Gráfico 12.4.).

Gráfico 12.4.
Porcentaje de mujeres y hombres de 13 a 49 años que está de acuerdo con la frase “Son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse”



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

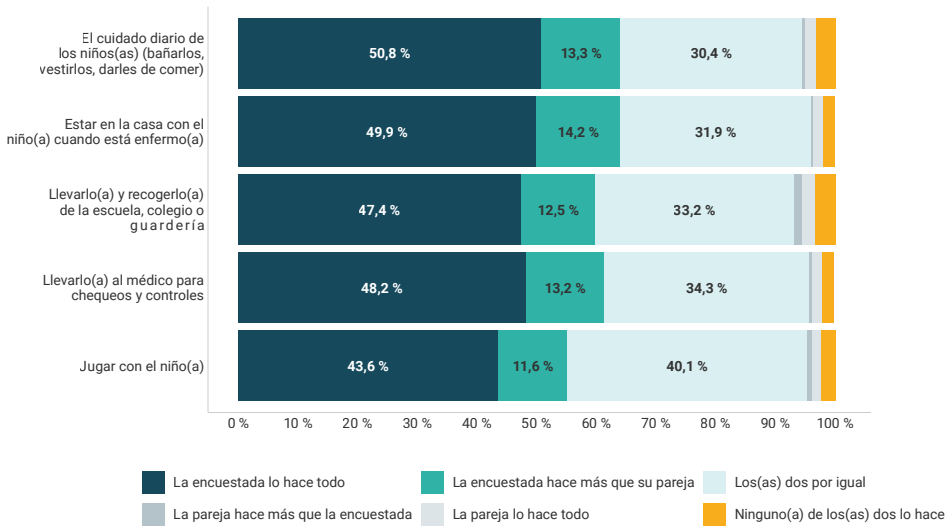
12.2.3. Prácticas relacionadas con el cuidado y los roles de género

12.2.3.1. Cuidado de niñas y niños en el hogar

El cuidado infantil en Colombia lo siguen asumiendo principalmente las mujeres.

Cerca de la mitad de las encuestadas asumen completamente el cuidado diario de sus hijas(os) (Gráfico 12.5.). Por cada pareja que asume completamente el cuidado diario de los niños(as), 27,6 mujeres reportaron hacerlo solas.

Gráfico 12.5.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años en unión, con hijas(os) menores de 12 años viviendo en el hogar, según corresponsabilidad en el cuidado de las niñas y los niños



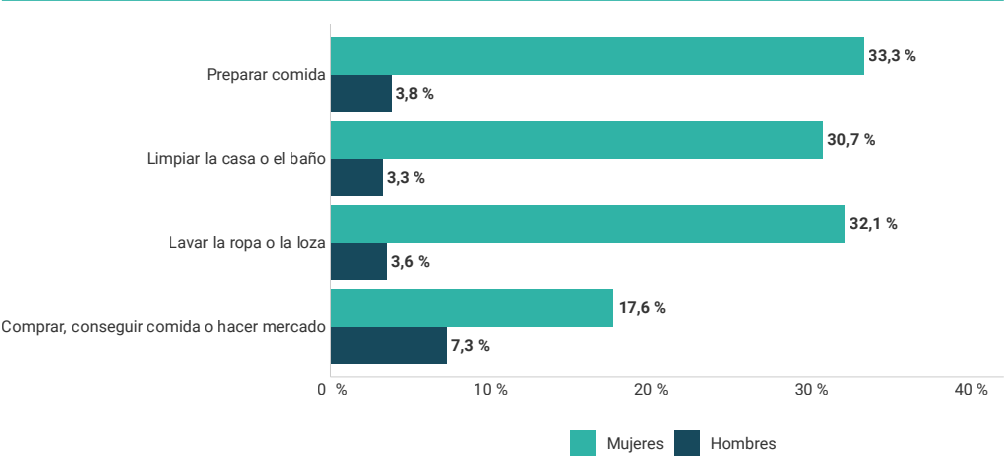
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.2.4. Prácticas relacionadas con la distribución de las tareas domésticas en el hogar

Al preguntar a hombres y mujeres en unión sobre quién realiza estas tareas, y el nivel de corresponsabilidad con sus parejas, se encontró que las mujeres realizan estas tareas solas con mucha más frecuencia.

La brecha relativa de género con relación a quién realiza ciertas tareas domésticas varía entre 8,8 y 9,3 veces, con excepción de la compra de alimentos y mercado, donde la brecha es menor (2,4 veces), lo que llama la atención por ser la única tarea que implica gasto y control de recursos económicos (Gráfico 12.6.).

Gráfico 12.6.
Mujeres y hombres de 13 a 49 años en unión, por tipo de tarea doméstica que realiza en su totalidad la(el) encuestada(o)



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

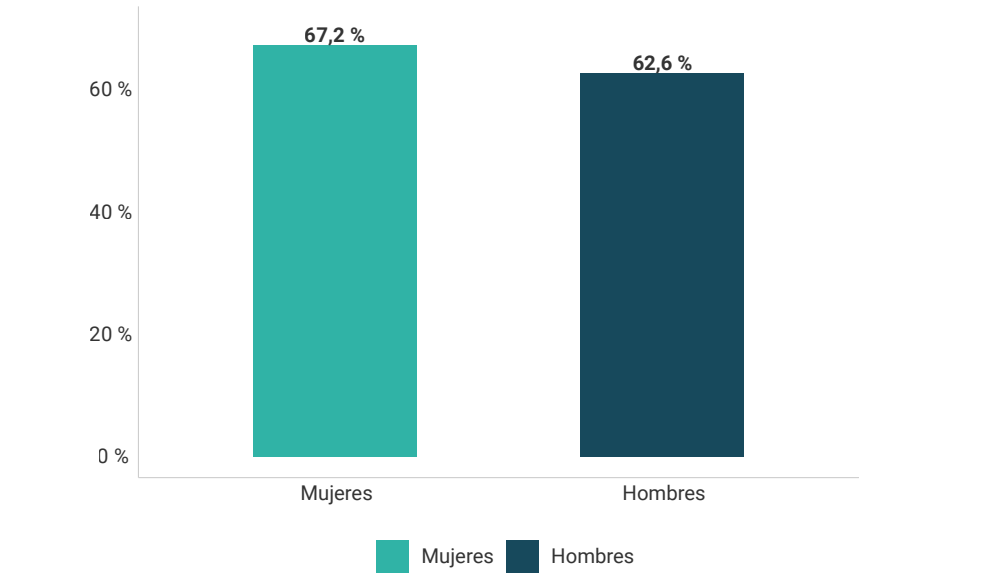
12.2.5. Autonomía de las mujeres

12.2.5.1. Imaginarios sobre la autonomía laboral de las mujeres

Uno de los marcadores más importantes para la construcción de la autonomía de las mujeres es el acceso al mundo laboral, y con ello a un reconocimiento económico por su trabajo.

Se preguntó por el grado de acuerdo con la frase “La mujer es libre de decidir si quiere trabajar”. Las mujeres estaban en mayor acuerdo que los hombres, con una diferencia de 4,6 puntos porcentuales; asimismo, el acuerdo es mayor a medida que aumenta la edad (Gráfico 12.7.).

Gráfico 12.7.
Mujeres y hombres que piensan que la mujer es libre de decidir si quiere trabajar



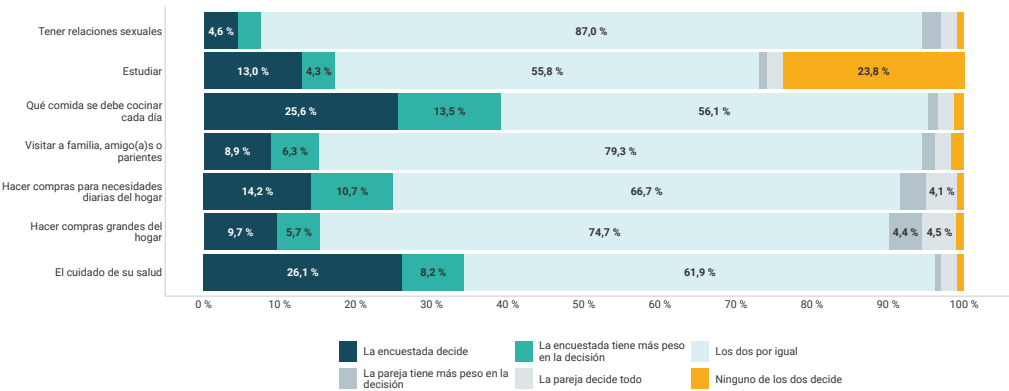
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.2.5.2. Prácticas relacionadas con la autonomía de las mujeres

Se encontró que la mayoría de las personas consideran que las decisiones del hogar deben ser tomadas en pareja por igual. No obstante, en aspectos específicos como el cuidado de la salud y las compras del hogar —tanto las de mayor envergadura como las del día a día— se observa una mayor proporción de mujeres que asumen estas decisiones de manera individual (Gráfico 12.8.).

Persiste una sobrecarga de trabajo de cuidados en la familia para las mujeres, especialmente, las de cuidado de la salud y gestión cotidiana de las necesidades del núcleo familiar.

Gráfico 12.8.
Participación de las mujeres en unión frente a la toma de decisiones en el hogar



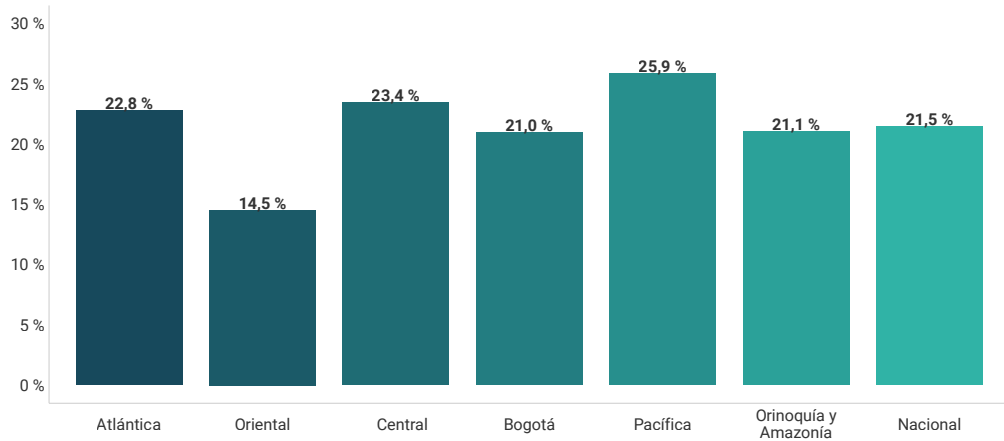
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Con relación a la autonomía sexual, se preguntó a las mujeres entre 13 y 49 años en unión si podían decir NO a su esposo(a) o pareja cuando no querían tener relaciones sexuales.

Una quinta parte de las mujeres entre 13 y 49 años no pueden negarse a tener relaciones sexuales con su pareja o esposo(a), y para los diferentes grupos de edad esta proporción varía entre el 19,7 % y el 23,0 % (Gráfico 12.9.).

Estos resultados ponen en tensión, por un lado, los procesos de sexualidad en pareja más dialógicos y menos autoritarios y, por el otro, la vulneración de los derechos de las mujeres en relación con una sexualidad autónoma y libre de violencias sexuales.

Gráfico 12.9.
Mujeres de 13 a 49 años en unión que no pueden negarse a tener relaciones sexuales con su pareja



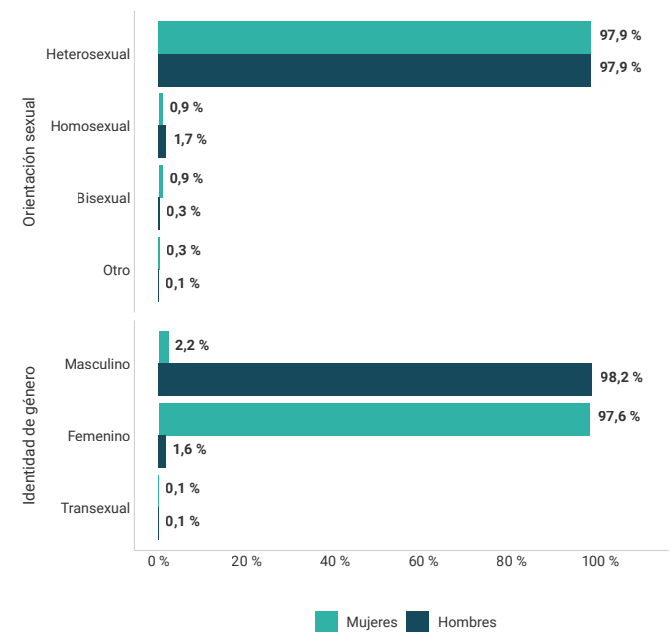
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.2.6. Diversidad sexual y de género: identidad, actitudes, percepciones, derechos y discriminación contra la población LGBTIQ+

12.2.6.1. Caracterización de la identidad de género y la orientación sexual

Sobre la caracterización de la población LGBTIQ+ en Colombia, la ENDS 2025 permite afirmar que la gran mayoría de personas encuestadas se identifica como heterosexual, sin diferencias según el sexo, con una proporción de 97,9 %. Lo anterior contrasta con los datos presentados por la encuesta de Ipsos Global Advisor (Ipsos, 2023) para Colombia, según la cual, las personas adultas que se identifican como lesbiana/gay/homosexual son el 4,0 % de la población (Gráfico 12.10.).

Gráfico 12.10.
Identidad de género y orientación sexual entre mujeres y hombres de 13 a 49 años



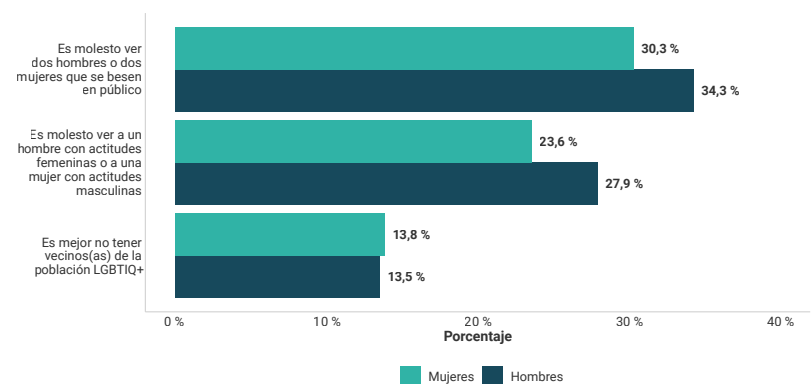
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.3. Imaginarios y actitudes hacia la población LGBTIQ+

Los imaginarios en torno a la capacidad de las personas LGBTIQ+ para fungir los roles de cuidadores y de crianza muestran que las mujeres tienen un mayor nivel de acuerdo, en comparación con los hombres, frente a las afirmaciones que reconocen en la población LGBTIQ+ como sujetos capaces de asumir adecuadamente una paternidad/maternidad (62,0 % en mujeres vs. 50,3 % en hombres) y competentes para cuidar de menores de edad (52,5 % en mujeres vs. 43,6 % en hombres).

Persisten actitudes de incomodidad y rechazo hacia la población LGBTIQ+ en distintas situaciones. Las expresiones de género que rompen con un comportamiento cisgénero siguen generando resistencia en más de un cuarto de la población (Gráfico 12.11).

Gráfico 12.11.
Actitudes hacia la población LGBTIQ+



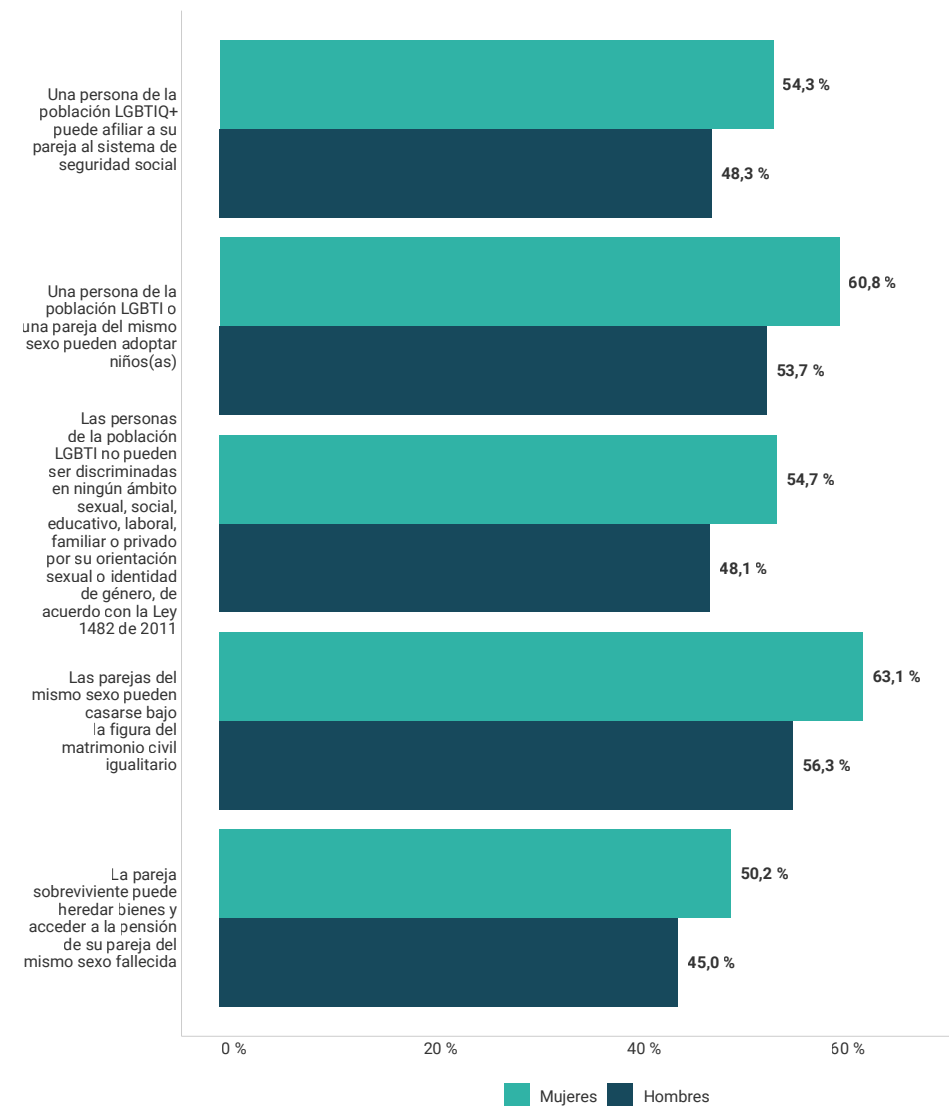
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.4. Conocimiento de los derechos de la población LGBTIQ+

Cerca de la mitad de la población conoce los derechos adquiridos por la población LGBTIQ+ sobre los que se preguntó, con un mayor nivel de conocimiento entre las mujeres en todos los casos (brecha de género promedio del 10,9 %), según Gráfico 12.12.

El mayor nivel de conocimiento se observó sobre el matrimonio igualitario y la adopción homoparental. En contraste, el derecho a heredar bienes y acceder a la pensión de la pareja del mismo sexo en caso de fallecimiento es el derecho menos conocido.

Gráfico 12.12.
Conocimiento de los derechos de la población LGBTIQ+



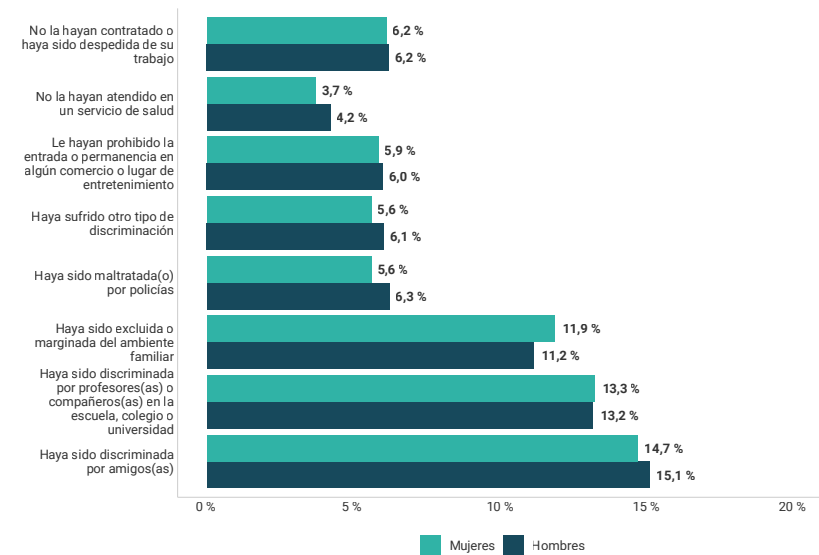
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

12.5. Violencia y discriminación hacia la población LGBTIQ+

La proporción de personas que han presenciado actos de violencia y discriminación contra la población LGBTIQ+ varía según el tipo de situación y el contexto en el que ocurren (Gráfico 12.13).

El evento más reportado fue la discriminación por el grupo de amigos, seguido por la discriminación en ambientes educativos por profesores o compañeros, mientras que la negativa de atención en servicios de salud fue la menos mencionada.

Gráfico 12.13.
Proporción de personas que han presenciado actos de violencia y discriminación hacia la población LGBTIQ+, según evento



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los resultados de la ENDS 2025 permiten concluir que los imaginarios, las prácticas, las actitudes y los conocimientos en los campos del género y la sexualidad muestran una tendencia de menor cambio, con relación a la ENDS de 2015, en los grupos sociales situados en los quintiles de mayor pobreza, menor nivel educativo y habitación en zonas rurales donde siguen predominando estereotipos y prácticas hegemónicas frente a los roles de género, el ejercicio de la sexualidad, la autonomía de las mujeres y la aceptación de las diversidades de género y sexuales. Esto es consistente con las diferencias regionales, que muestran en la región Atlántica y Orinoquía y Amazonía una mayor frecuencia de estereotipos y prácticas tradicionales con relación a las mujeres y la población LGBTIQ+.

Grupalmente, las mujeres evidencian mayores cambios con relación a la ENDS de 2015 en los imaginarios y prácticas en los campos del género y la sexualidad, así como en la aceptación de las diversidades de género y sexuales.

En una perspectiva de justicia, como plantea Fraser (2006), estos resultados se enmarcan en injusticias de distribución económica, de reconocimiento de grupos excluidos históricamente —mujeres y población LGBTIQ+— y de representación de esos mismos grupos en la toma de decisiones en el ámbito público y privado.

Es especialmente importante seguir trabajando a favor de la justicia económica, el reconocimiento de los grupos excluidos y su participación en la toma de decisiones de manera paralela para reducir las desigualdades en los campos del género y la sexualidad.



Capítulo 13

Aborto e interrupción voluntaria del embarazo

El aborto y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) son temas de gran relevancia en la salud pública y los derechos reproductivos a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), el 45,0 % de los abortos se realizan en condiciones inseguras, lo que genera un alto riesgo de complicaciones y mortalidad materna. Las principales barreras para acceder a un aborto seguro incluyen restricciones legales, desigualdades socioeconómicas, falta de educación en derechos sexuales y reproductivos, y estigma social (OMS, 2024b).

En Colombia, la ENDS ha sido clave para analizar la ocurrencia de abortos y el acceso a los servicios de IVE. Desde la despenalización parcial del aborto por parte de la Corte Constitucional en 2006, por medio de la **Sentencia C-355**, y su ampliación en 2022 con la **Sentencia C-055**, se ha avanzado en la regulación del procedimiento. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación de políticas públicas que garanticen el acceso oportuno y seguro, especialmente en poblaciones vulnerables.

En la ENDS 2025, alrededor de un 79,6 % manifiesta haber tenido un hijo(a) vivo y un 20,4 % la terminación de la gestación con un resultado diferente a nacido vivo (aborto espontáneo, interrupción/aborto inducido, muerte fetal y embarazo extrauterino).

En los datos arrojados por la ENDS 2015, la proporción de pérdida o aborto espontáneo fue de un 6,8 %, y para 2025, de 15,4 %. El porcentaje de interrupción/aborto inducido se ubicó en 1,1 % en la ENDS 2015 vs. 1,5 % en la ENDS 2025. El embarazo extrauterino se reportó en 1,7 % en ambas encuestas. La muerte fetal o nacido muerto varió de 0,3 % en 2015 a 1,8 % en 2025. Los nacidos vivos fueron 90,4 % en 2015 vs. 79,6 % en 2025.

El 11,2 % de las mujeres que tuvieron hijo(a)s vivo(a)s en los últimos 5 años no deseaba el embarazo y no accedió a la IVE.

Por otro lado, se resalta el reconocimiento de la anticoncepción de emergencia para mujeres unidas y no unidas con actividad sexual reciente, como alternativa adicional a la IVE, para la prevención de embarazos y nacimientos no deseados.

Las mujeres menores de 20 años, las no unidas, las del área urbana, con nivel de educación superior y las de índice de riqueza alto y más alto tienen las proporciones de IVE más elevadas, con resultados similares a los reportados en la ENDS 2015.

La región Central registra las tasas más altas de interrupciones voluntarias del embarazo, mientras que la Atlántica presenta las más bajas.

13.1. Conocimiento del derecho y acceso a la IVE

A nivel nacional, el acceso a la IVE sigue siendo limitado. Solo un 0,3 % de mujeres en edad fértil reportó haber solicitado el procedimiento.

El 61,6 % de las mujeres y el 53,5 % de los hombres identifican el derecho a la IVE. Sin embargo, un hallazgo importante es la falta de conocimiento sobre los derechos en salud sexual y reproductiva. A nivel nacional, el 38,4 % de las mujeres y el 46,5 % de los hombres siguen sin conocer la legalidad de la IVE. Algo similar ocurre con la consulta preconcepcional, que es conocida solo por el 58,5 %. Esto representa una oportunidad para la adecuada planificación del deseo reproductivo y de plan de vida de los hombres y las mujeres.

El reconocimiento de las causales de IVE en las mujeres aumentó de 5,1 % en la ENDS 2015 al 28,3 % en la ENDS 2025.

Este desconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva es más alto en adolescentes, en mujeres de zonas rurales y en aquellas con menor nivel educativo.

A las víctimas de violencia sexual por parte de su pareja se les habló sobre el derecho a solicitar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). De estas, un bajo porcentaje la solicitó y uno mucho más bajo se la realizó, lo que evidencia la vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia, pese a los avances en la jurisprudencia.

En América Latina aún persisten barreras para que las mujeres puedan acceder a la IVE de manera oportuna, y para que se garantice su derecho (Bohórquez Monsalve, 2024).

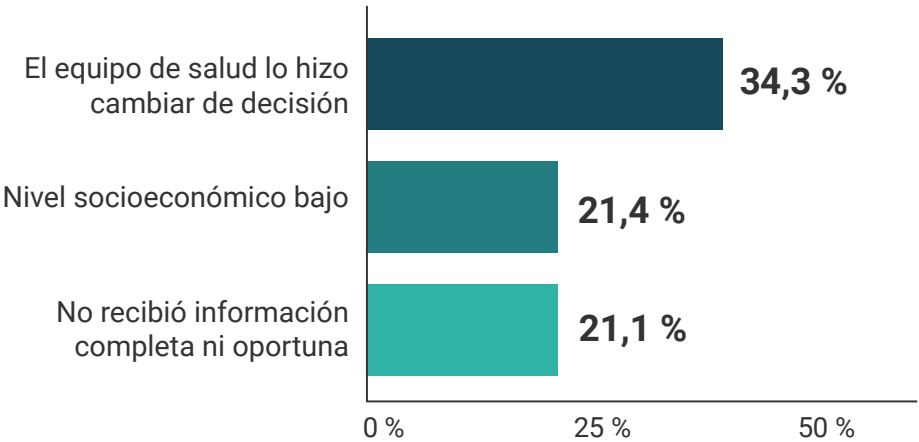
De acuerdo con la ENDS 2025, solo el 31,0 % de las mujeres en los niveles más altos de riqueza tuvo acceso al procedimiento de manera oportuna (entre 1 a 5 días). Un 25,2 % recibió el procedimiento entre 6 a 15 días, mientras que el 43,8 % de las solicitudes tardó entre 16 a 30 días en resolverse.

No obstante, las mujeres en los niveles socioeconómicos altos alcanzaron una tasa de realización de la IVE del 100,0 %, superando incluso al nivel socioeconómico más alto (76,0 %). Además, las mujeres víctimas del conflicto armado reportaron mayores tasas de solicitud de IVE en comparación con aquellas que no han sido afectadas por la violencia.

A nivel nacional, las principales barreras que se presentaron para la realización de la IVE fueron: el equipo de salud la hizo cambiar de decisión, con un 34,3 %, y la falta de información completa y oportuna, con un 21,1 %

Otras barreras halladas fueron la demora en la realización por el equipo de salud de la institución de salud (16,2 %) y el temor de la paciente frente al procedimiento (12,1 %) (Gráfico 13.1.).

Gráfico 13.1.
Porcentaje de mujeres que experimentan barreras para acceder a los servicios de IVE



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

13.2. Percepción de las mujeres acerca de la atención en los servicios de IVE

En general, de las mujeres a las que se les realizó IVE, el 70,5 % reportó haber tenido una experiencia buena, el 12,1 % la consideró regular y para el 17,3 % fue mala.

El análisis de la experiencia con los servicios de salud en relación con la información y el acceso a la IVE muestra variaciones según distintos factores sociodemográficos.

En cuanto a la zona de residencia, las mujeres de áreas rurales calificaron su experiencia como buena. Por su parte, entre las que residen en zonas urbanas, el 63,2 % la consideró buena, el 15,2 % regular y el 21,7 % mala.

Las mujeres víctimas del conflicto armado no reportaron ninguna experiencia negativa, lo que contrasta con el 24,5 % de aquellas que no se reconocen como víctimas y que calificaron su experiencia como mala.

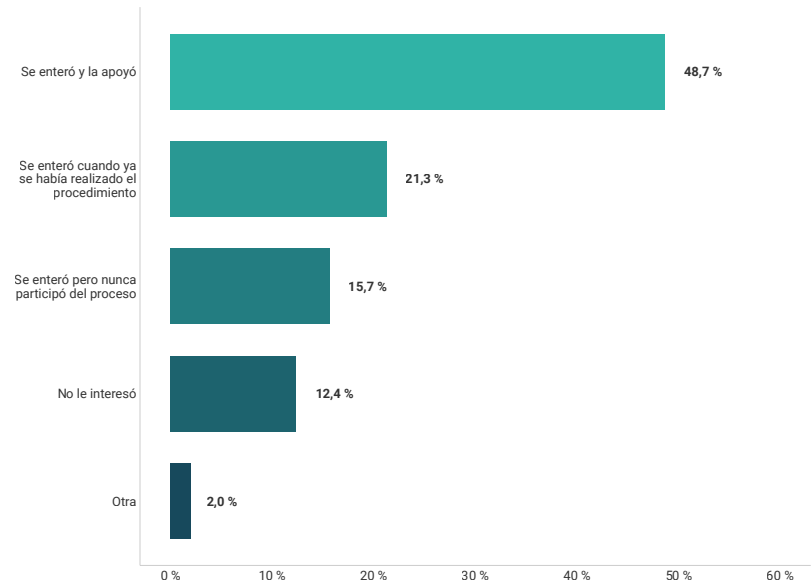
En términos económicos, las mujeres del quintil más bajo evaluaron su experiencia de manera positiva, con porcentaje de 99,8 %, que contrasta con los quintiles medio (52,5 %) y más alto (61,3 %).

13.2.1. Participación de la pareja en las prácticas de IVE

La encuesta también analizó la participación masculina en los procesos de IVE. Encontró que aunque esta ha aumentado sigue condicionada por factores como la educación, el quintil de riqueza y el estado conyugal.

El 48,7 % de los hombres de 13 a 59 años se enteró y apoyó a su pareja en la realización del procedimiento de la IVE.

Gráfico 13.2.
Participación de los hombres de 13 a 59 años en la decisión y realización de la IVE por parte de sus parejas



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Es fundamental fortalecer la educación sexual y reproductiva en todo el territorio nacional, en especial en la población más vulnerable, como las mujeres de zonas rurales, adolescentes, aquellas con menor nivel educativo y de niveles de riqueza más bajos.

Además de ofrecer capacitaciones continuas a los profesionales de salud en la atención integral del aborto y reducir el estigma asociado a la IVE, las políticas públicas deben garantizar el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva y promover la corresponsabilidad de la pareja en la toma de decisiones. La reducción de la mortalidad materna y la protección de los derechos reproductivos dependen de la implementación efectiva de estas estrategias.



Capítulo 14

Conflicto armado y salud

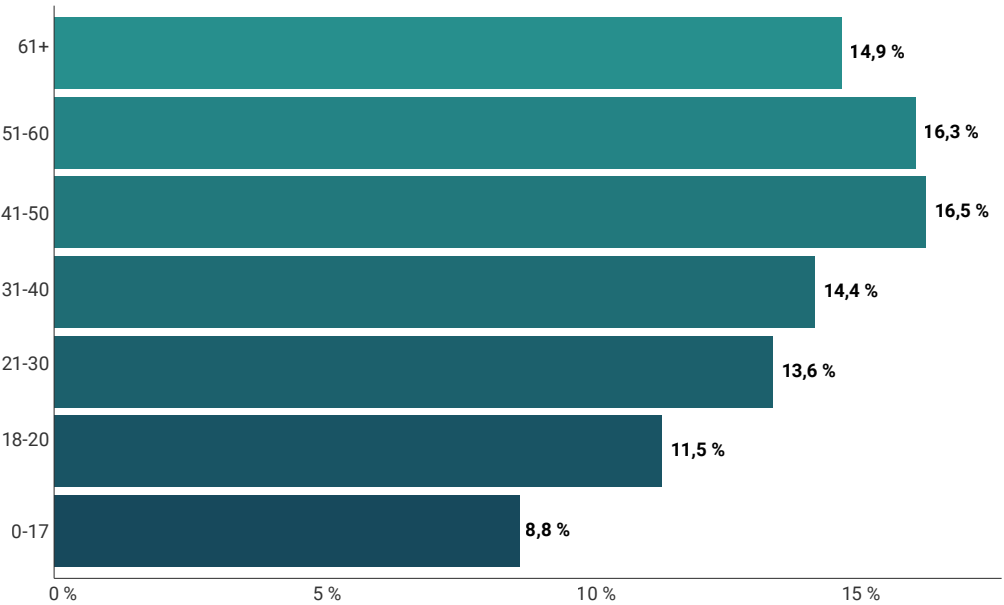
En Colombia, las situaciones de conflicto armado interno configuran el contexto histórico en el que se ha desenvuelto el proceso salud-enfermedad en las últimas seis décadas.

La ENDS 2025 incluyó un nuevo capítulo sobre las características sociodemográficas, con un enfoque desde los determinantes sociales de la salud, y los derechos sexuales y reproductivos, de dos grupos poblacionales afectados por el conflicto armado interno: las víctimas y los exintegrantes de las FARC-EP que se desmovilizaron con ocasión del Acuerdo de Paz firmado en 2016 —institucionalmente se denominan personas en proceso de reincorporación (PPR) para distinguirlas de los procesos de reinserción o desmovilización con otros grupos armados en el país (Acuerdo de Paz Gobierno y FARC-EP; Agencia de Reincorporación Nacional [ARN])—.

A 2025, el 13,1 % del total de la población colombiana se reconoce como víctima del conflicto armado. Estas personas se encuentran distribuidas en todos los grupos de edad, con una mayor proporción de mujeres (13,5 %).

Cerca de la mitad de la población víctima del conflicto armado en Colombia tiene 41 años o más (Gráfico 14.1).

Gráfico 14.1.
Porcentaje de víctimas del conflicto armado interno, según grupo de edad



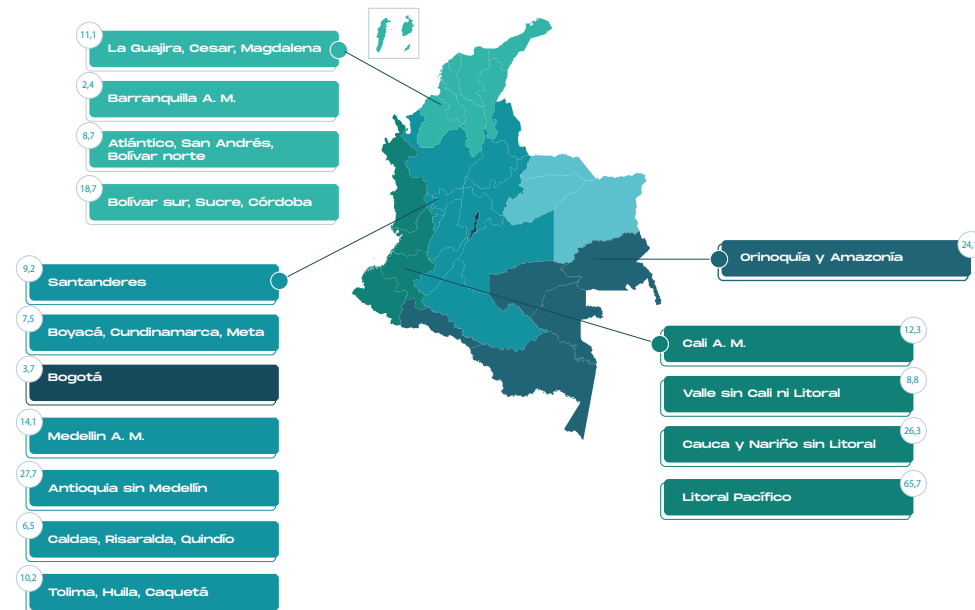
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

La subregión con mayor número de personas que se autorreconocen como víctimas afectadas por el conflicto armado fue el Litoral Pacífico (65,7 %), particularmente en el departamento de Chocó, con tres de cada cinco personas.

La segunda subregión en que más personas se autorreconocen como víctimas es Antioquia sin Medellín, con el 27,7 %; le siguen la subregión del Cauca y Nariño sin Litoral, con el 26,3 %; Orinoquía y Amazonía, con el 24,1 %; Bogotá, como centro urbano y político, registra el menor porcentaje de víctimas del conflicto armado interno por autorreconocimiento (3,7 %) (Gráfico 14.2.).

Gráfico 14.2.

Porcentaje de población de personas autorreconocidas como víctimas del conflicto armado interno en cada subregión del país (Tabla 14.1.-Tabla 14.2.)



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los datos muestran una mayor proporción de víctimas en las zonas rurales (cerca de 9,0 puntos porcentuales por encima) que en las zonas urbanas.

Respecto al nivel educativo, el 27,6 % de las víctimas se reporta sin educación (11,6 %) o cursaron hasta la primaria (16,0%). La relación entre el nivel educativo y la condición de víctima es particularmente notable, pues a medida que este aumenta, la proporción de personas que se reconocen como víctimas disminuye.

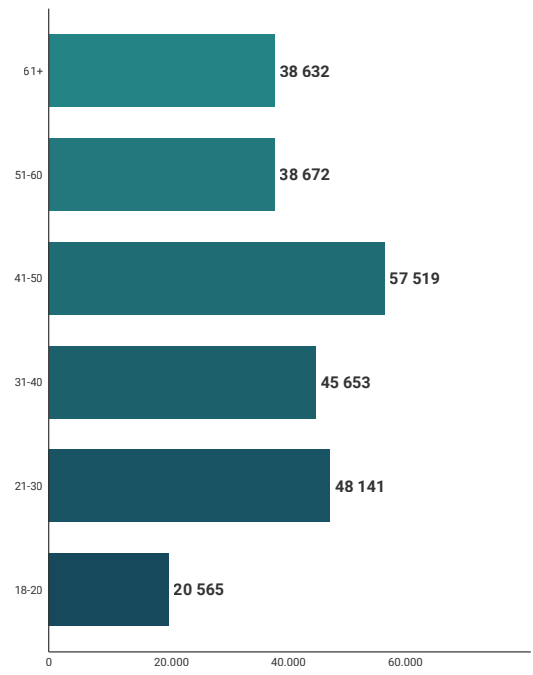
De las personas que se reconocen como víctimas, el 70,5 % están inscritas en el Registro Único de Víctimas (RUV).

En las zonas rurales se reporta el mayor RUV (72,1 %), aunque con variaciones según la región. La proporción de personas registradas en el RUV es también mayor en el quintil más bajo de riqueza.

De otro lado, 249 182 personas son reconocidas en proceso de reincorporación (PPR), lo que representa el 0,7 % del total de la población de hombres y mujeres mayores de 18 años (38 064 940).

El 54,0 % de las personas que se identifican como PPR son hombres, y aproximadamente uno de cada cuatro tiene entre 21 y 30 años (Gráfico 14.3.). El 46,6 % de estas personas reportó estar inscrita en el registro de la Agencia para la Reincorporación y Normalización (ARN), con una mayor proporción de hombres y una diferencia de cuatro puntos porcentuales entre la zona urbana y la rural.

Gráfico 14.3.
Número de personas que se reconocen en proceso de reincorporación, según grupo de edad

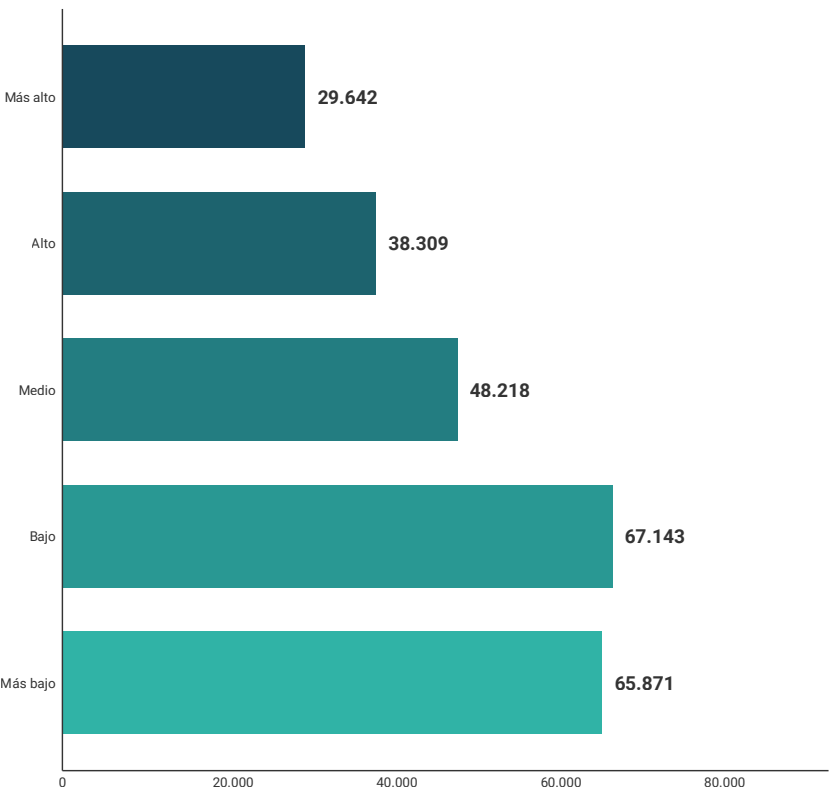


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Las regiones con mayor proporción de personas en proceso de reincorporación son la Pacífica (27,9%), la Central (23,1%) y la Oriental (18,4%); y se concentran en los quintiles de riqueza bajo (26,9%) y más bajo (26,4%).

Con relación al nivel socioeconómico, más de la mitad de las personas en proceso de reincorporación se encuentra en los quintiles de riqueza más bajo y bajo; en los que, a su vez, se registra el mayor número de inscritos en la ARN (Gráfico 14.4.).

Gráfico 14.4.
Número de personas que se reconocen en proceso de reincorporación, según quintiles de riqueza



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En cuanto a la salud sexual y salud reproductiva, la encuesta reveló que el 55,2 % de las mujeres víctimas del conflicto armado (VCA) accedieron a algún método de planificación familiar en todos los grupos de edad. Las que mostraron la mayor proporción de uso de métodos anticonceptivos fueron las de los grupos de edad entre los 13 y 19 años (81,4 %), y los 20 y 24 años (70,9 %).

De igual forma, se evidenció que el 7,6 % de la población de mujeres VCA actualmente unidas está embarazada, y esos embarazos se presentan en menores de 20 años.

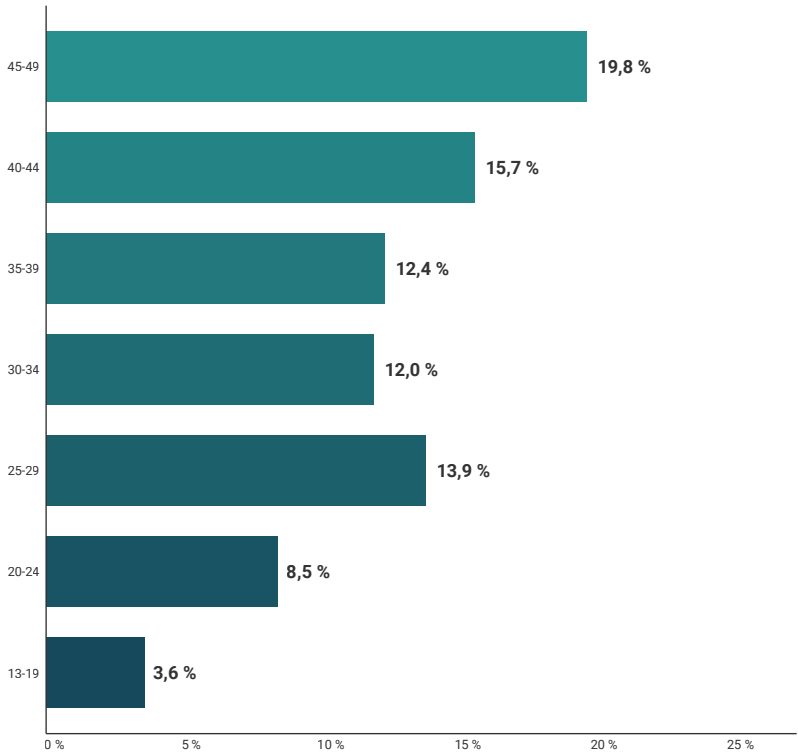
El 41,3 % de las mujeres PPR accedieron a algún método de planificación familiar, en todos los grupos de edad. El 100,0 % de las que se encuentran entre los 13 y 19 años y el 84,3 % del grupo de edad entre 30 y 34 años está utilizando o ha utilizado algún método de planificación. La encuesta también reveló que ninguna mujer PPR está embarazada.

Las mujeres víctimas del conflicto armado y en proceso de reincorporación accedieron a algún método de planificación en todos los grupos etarios, con mayor proporción entre los 25 y 29 años para las VCA, y entre los 40 y 44 años para las PPR. Las VCA iniciaron la maternidad a edades tempranas.

En la zona rural, se presentó una mayor proporción de las mujeres VCA y de mujeres PPR que usa algún método anticonceptivo frente a la zona urbana.

Con relación a las violencias basadas en el género, la encuesta identificó que el 13,8 % de las mujeres en general ha sufrido violencia física por parte de la pareja. Este tipo de violencia también fue reportado por todos los grupos etarios de mujeres VCA, presentándose con mayor proporción dentro del grupo de entre los 45 y 49 años; esto significa que aproximadamente una de cada cinco manifiesta haber sufrido este tipo de violencia (Gráfico 14.5.). En esa misma línea, el 15,3 % de las mujeres PPR reportaron violencia física, con excepción del grupo de edad entre los 13 y 19 años.

Gráfico 14.5.
Porcentaje de mujeres víctimas del conflicto armado interno que han sufrido violencia física, por grupo de edad



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los resultados de la encuesta muestran que las víctimas del conflicto armado interno están en: todos los grupos de edad de la población, todos los niveles educativos, todas las regiones geográficas de Colombia, todos los quintiles de riqueza y, con más intensidad, en grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad económica, educativa, cultural, etc. Lo anterior reafirma el concepto de que las violencias en el país tienen orígenes estructurales.

Los hallazgos evidencian elementos indicativos del conflicto armado como determinante social de la salud. Muestran cómo, en las regiones con pobreza multidimensional, su presencia histórica, heterogénea e indefinida hace posible el entrecruzamiento de desigualdades e inequidades que sostienen las injusticias sociales.

Las violencias basadas en género son otra manifestación de violencias estructurales. La ENDS 2025 muestra que en todos los grupos de edad hay mujeres VCA que han sufrido violencia física por parte de su pareja, lo que refleja el género como un elemento determinante para ser víctima de múltiples violencias que se sobreponen.

La preocupación por el impacto del conflicto armado como eje de desigualdad en salud pública es relevante y está vigente. Por esta razón, es necesario fortalecer la gestión del conocimiento para generar valor público y una mejor caracterización por medio de la realización de un estudio con muestras aleatorias y representativas de poblaciones que pueden ser tomadas desde el Registro Único de Víctimas (RUV) y desde el registro en la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN).



Capítulo 15

Síntesis de las inequidades en salud sexual y reproductiva

Considerar los análisis de la ENDS desde un enfoque de equidad implica la identificación de desigualdades sistemáticas entre grupos sociales que reflejan situaciones injustas de desventaja estructural, que se derivan de fuerzas, procesos y relaciones entrecruzadas que producen la fragilización de la vida de las personas y las comunidades. La inequidad social y en salud representa un obstáculo para el desarrollo social y económico de las sociedades, y se considera un desafío prioritario global (CICS, IED y UNESCO, 2016; Therborn, 2016).

En este análisis transversal de las inequidades en la ENDS 2025 se toman los principales temas abordados en los diferentes capítulos de la encuesta. Se consideran las brechas según cinco ejes de desigualdad: género, territorio, nivel de riqueza, nivel de educación y grupo etario. Se busca construir así una aproximación comprensiva de la inequidad social y sanitaria del país en la actualidad.

Este capítulo se desarrolló en un proceso metodológico de tres etapas. Primero, la lectura crítica de cada uno de los capítulos, identificando los principales hallazgos relacionados con las desigualdades sociales. Segundo, la extracción y organización de la información, a partir de una matriz de análisis en que se consignaron las brechas de desigualdades observadas en los cinco ejes descritos, bajo una definición operativa ligada al diseño de la encuesta. Tercero, la interpretación de los patrones de desigualdad observados, desde una lectura articulada de dichos patrones en una doble relación analítica: entre las

afectaciones a la salud y su relación con las prácticas de cuidado y el acceso a servicios sociosanitarios, y entre la situación de salud y los modos de vida.

15.1. Inequidades según género

En la ENDS 2025 se identificaron brechas de género que se expresan en las prácticas de cuidado de la salud, manifestadas en una distribución desigual de las responsabilidades entre hombres y mujeres. En términos generales, las mujeres asumen una mayor carga de cuidado que los hombres.

En relación con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, a pesar de un alto conocimiento general en ambos sexos, persisten desigualdades relacionadas con la carga de las responsabilidades en la planificación familiar y el déficit de corresponsabilidad masculina. Sobre el acceso a la consulta de planificación familiar, un 72,8% de las mujeres sabe que una persona tiene derecho a acceder a estas consultas a través de su EPS, mientras que el 61,0 % de los hombres lo reconoce.

Respecto a las preferencias reproductivas, se observó una marcada diferencia en la proporción de hombres y mujeres que expresaron no desear más hijo(a)s (61,8 % y 32,3%, respectivamente). No obstante, la tasa de esterilización voluntaria en mujeres es superior en 30 puntos porcentuales a la de los hombres,

lo que puede indicar que la carga de la planificación familiar recae en las mujeres, pese a que los hombres manifiestan menores intenciones reproductivas.

El 50,8 % de las mujeres asume, más que sus parejas, las tareas cotidianas de cuidado de niñas y niños, frente al 1,9 % de los hombres. Además, cuando las mujeres se ven forzadas a salir de casa, son otras mujeres, como las abuelas (19,4 %), quienes suelen cubrir el vacío de cuidado, configurando redes de apoyo feminizadas y reforzando la transmisión intergeneracional de estos patrones.

Respecto al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el 38,4 % de las mujeres desconoce que la IVE es legal, frente a un 46,5 % de los hombres. El 82,0 % de las mujeres y el 72,9 % de los hombres informan haber recibido, en algún momento de su vida, información sobre temas relacionados con la sexualidad, en contraste con el 95,0 % y 94,0 %, respectivamente, en 2015.

No se observaron diferencias relevantes entre hombres y mujeres en el acceso a información sobre aspectos biológicos relacionados con la reproducción, pero sí en el de otras temáticas en las que los hombres acceden de manera más tardía, como en la información sobre placer sexual y erotismo, equidad de género, información sobre derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

Los patrones de desigualdad en la situación de salud de hombres y mujeres se entienden mejor al ser analizados en función de los modos de vida de las poblaciones. El porcentaje de ocupación en los hombres fue 32,9 % superior al de las mujeres (70,9 % y 38 %, respectivamente). Las mujeres con educación superior concentran su inserción laboral en ocupaciones de mayor calificación, sin embargo, este panorama cambia entre las de menor nivel educativo.

Aunque la inserción de las mujeres en el mercado laboral es más baja, su presencia es más significativa en actividades de servicios y asistencia, mientras que los hombres están más representados en sectores agroindustriales y en ocupaciones operativas.

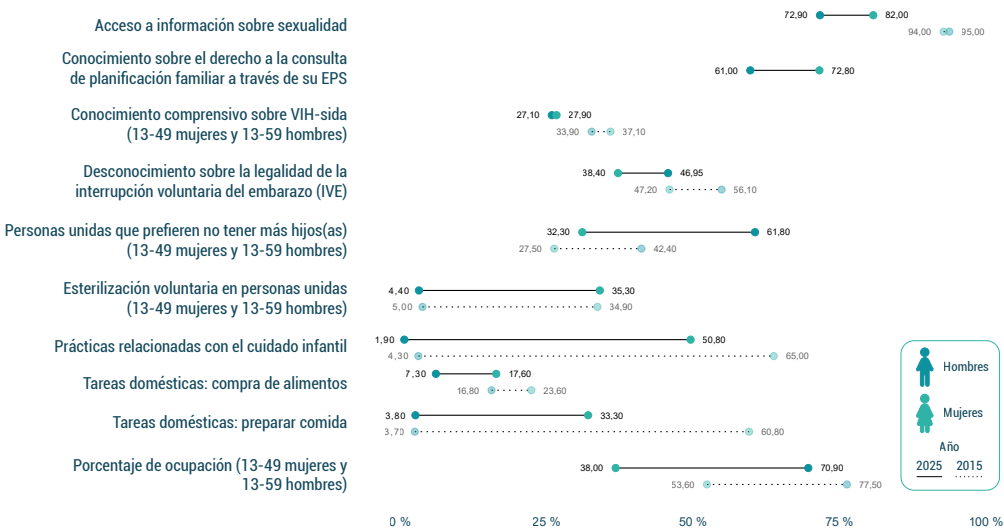
En relación con la distribución de tareas domésticas, las mujeres realizan estas labores solas, entre 8,7 y 9,3 veces más que los hombres, salvo en la compra de alimentos, donde la diferencia es menor (2,4 veces).

El 37,7 % de los hombres en unión tienen parejas sin ingresos, reflejando una dependencia económica que afecta a una proporción considerable de mujeres. La baja participación femenina en la cobertura total de los gastos del hogar (solo el 5,5 %) y la menor incidencia de mujeres que ganan más que sus parejas (8,4 %) son indicadores de autonomía económica restringida.

Las desigualdades de género en la situación de salud están vinculadas con los modos de vida de las poblaciones. Estas se intensifican al considerar la intersección con otras dimensiones, como la precariedad en el acceso a bienes y servicios, y la escasa participación en espacios comunitarios más allá de la mera dinámica familiar y organización política.

Además de la reproducción de imaginarios culturales que naturalizan la subordinación femenina, la ruralidad, la posición socioeconómica y la edad amplifican estas brechas, afectando el acceso temprano y adecuado a información y servicios de salud, especialmente en temas de anticoncepción, VIH, violencia de género y salud materno-perinatal.

Gráfico 15.1.
Inequidades según género en temas seleccionados



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

15.2. Inequidades según el territorio

Las desigualdades territoriales se abordan desde el contexto urbano-rural, reconociendo en las ciudades una mayor concentración de la oferta de servicios de salud, educativos y de infraestructura; mientras que en las áreas rurales el déficit de infraestructura y servicios es más marcado, lo que incide de manera directa en la configuración de los modos de vida y la situación de salud de las poblaciones.

Al analizar el acceso a la atención en las personas que reportaron problemas de salud en el último mes, el 66,7 % de quienes viven en las áreas urbanas acudieron a un servicio de salud, frente a un 59,4 % en zonas rurales.

Respecto al acceso a información sobre derechos sexuales y reproductivos, en las zonas rurales es un 35,0 % menor en comparación con áreas urbanas, mientras que la necesidad insatisfecha de anticoncepción es 5,4 % en zonas rurales frente a 4,7 % en las urbanas.

En lo referente a la salud materna de las mujeres en las zonas rurales, solo el 76,5 % recibieron al menos cuatro controles, en contraste con el 80,9 % en áreas urbanas. El 44,4 % de las mujeres rurales reportó dificultades para acudir a controles prenatales debido a la distancia, en comparación con el 1,0 % de las zonas urbanas.

Las desigualdades no solo afectan la salud maternoinfantil, sino que también se extienden a otros ámbitos de la salud pública, como la detección temprana de cáncer. En el caso de la mamografía en mujeres de 40 a 69 años, es más frecuente en zonas urbanas (57,0 %) que en rurales (44,5 %), lo que retrasa diagnósticos y afecta la oportunidad de tratamiento. La violencia por parte de la pareja es más frecuente en zonas urbanas (18,3 %) que en rurales (15,4 %).

Acerca de la disponibilidad de la oferta de servicios y la cobertura de programas preventivos, en áreas urbanas se observa una mayor accesibilidad a servicios especializados y preventivos, y en las zonas rurales las barreras geográficas y económicas limitan el acceso a servicios de salud.

Al considerar los modos de vida, las brechas son más pronunciadas en la comparación urbano-rural. En cobertura de servicios públicos, solo el 18,3 % de los hogares rurales cuenta con acueducto público, en comparación con el 94,6 % en zonas urbanas.

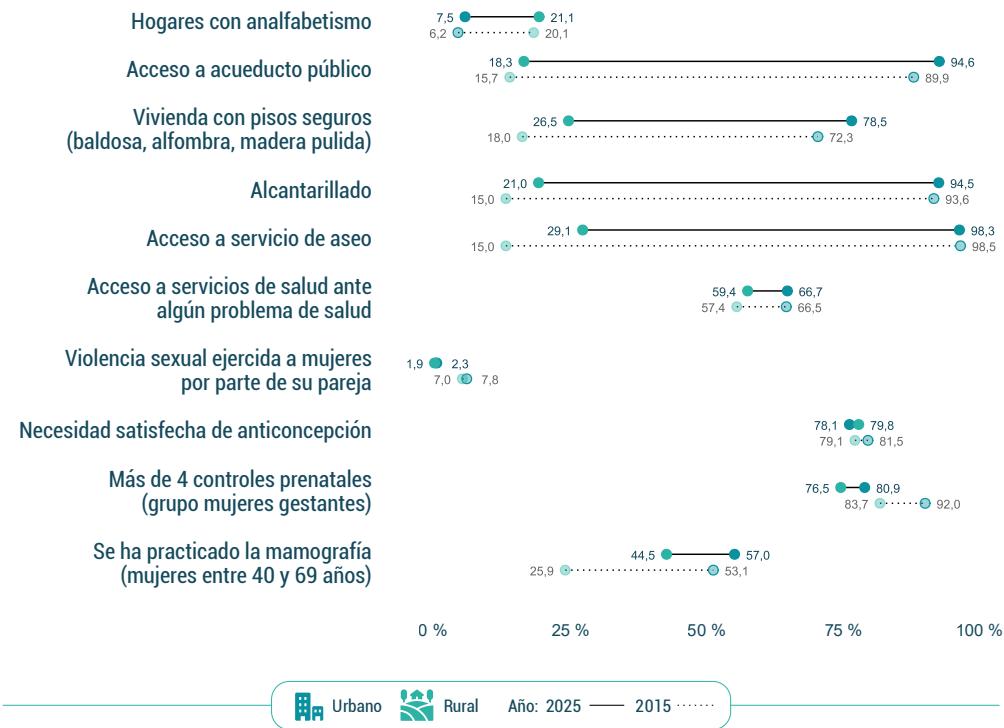
El saneamiento presenta un panorama similar. Mientras el 94,5 % de los hogares urbanos cuenta con alcantarillado, el 21,0 % de los hogares rurales dispone de este servicio. El manejo de residuos también es desigual. Solo el 29,1 % de los hogares rurales accede al servicio público de aseo, frente al 98,3 % en áreas urbanas.

En cuanto al analfabetismo y la inasistencia escolar, las poblaciones de las zonas rurales, con 13,6 %, superan las de las zonas urbanas, donde es de 5,0 %. Aunque un porcentaje mayor de mujeres rurales ha completado la educación primaria (12,4 % frente al 8,0 % en áreas urbanas), la situación se invierte en niveles más altos de educación. Solo el 17,1 % de las mujeres rurales ha finalizado la educación secundaria, frente al 22,6 % en las ciudades. La mayor desigualdad se observa en la educación superior, donde solo el 9,6 % de las mujeres rurales la ha completado, en comparación con el 27,2 % en zonas urbanas. En zonas rurales, la afirmación de que “los hombres son la cabeza del hogar” es aceptada 1,8 veces más que en áreas urbanas.

Las desigualdades territoriales en los modos de vida reflejan la persistencia de brechas estructurales que limitan el acceso a la salud, la educación y la vivienda digna, especialmente en las zonas rurales.

Las diferencias en la disponibilidad de servicios esenciales como agua potable y saneamiento básico, las condiciones de vivienda y oportunidades económicas afectan de manera diferenciada a distintos grupos poblacionales, con un impacto más severo en mujeres, niños y víctimas del conflicto.

Gráfico 15.2.
Inequidades según el territorio en temas seleccionados



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

15.3. Inequidades según niveles de riqueza

Existe una relación sólida entre los niveles de riqueza y la salud. Las personas con mayor riqueza tienden a gozar de mejor salud y acceso a servicios sanitarios de calidad, mientras que aquellas con bajos niveles de riqueza enfrentan barreras significativas al tratamiento, a los medicamentos y la atención preventiva, y presentan peores indicadores de salud.

Los conocimientos y prácticas de cuidado de la salud también están fuertemente asociadas con el nivel de riqueza de las poblaciones. El 1,2 % de los hombres de 13 a 49 años ubicados en los quintiles más bajos se ha esterilizado para no tener más hijos, mientras que en los quintiles más altos esta cifra asciende al 9,9 %. Con respecto a la educación sexual, el acceso a información sobre equidad de género y discriminación basada en identidad de género en mujeres de 13 a 49 años es superior en el quintil más alto (59,4 %), respecto al quintil más bajo (29,3 %). En hombres de 13 a 59 años, el acceso a información sobre anatomía y funcionamiento de los órganos sexuales es significativamente menor en los grupos de menor riqueza (36,8 %), en comparación con el quintil más alto (71,9 %). En la atención prenatal, las mujeres gestantes de los quintiles más bajos de riqueza reportan en un 91,3 % asistencia al menos a un control prenatal, en comparación con el 92,2 % del quintil más alto.

El mismo comportamiento se manifiesta en el acceso a la detección temprana del cáncer, donde el 84,0 % de las mujeres de 21 a 69 años ubicadas en el quintil más bajo consiguen realizarse una citología para detección de cáncer de cuello uterino, frente al 91,8 % en el quintil más alto. El acceso a la mamografía sigue el mismo patrón. El 41,4 % en los quintiles más bajos, frente al 61,4 % en los más altos.

Las brechas en relación con el VIH-sida son más estrechas y presentan variaciones importantes. Es así como el 10,2 % de las mujeres de 13 a 49 años en el quintil más bajo se ha realizado la prueba diagnóstica, en contraste con el 18,1 % en el más alto. En cuanto al acceso al resultado de la prueba de VIH, las mujeres en el quintil más alto tuvieron mayor acceso a los resultados, con un 30,7 % frente a un 15,2 % en el nivel más bajo.

La búsqueda de atención en una institución de salud por parte de las personas que reportaron problemas de salud en el último mes es mayor en el quintil más

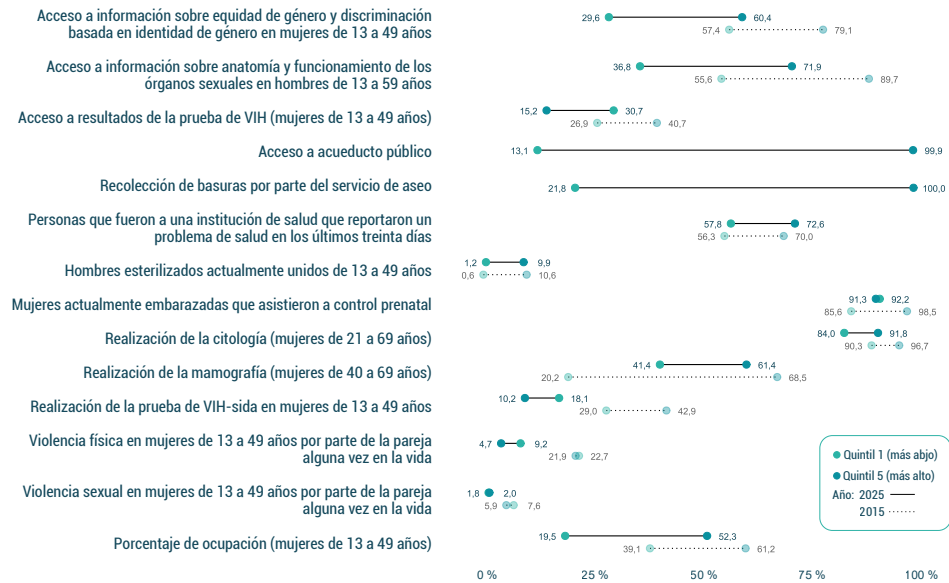
alto de riqueza con un 72,6 %, en comparación con el 57,8 % en el quintil más bajo.

Con respecto a violencias basadas en género, la violencia física es más prevalente en los quintiles de menor riqueza. El 9,2 % de las mujeres de 13 a 49 años que tuvieron pareja alguna vez en la vida han sufrido alguna violencia por parte de su pareja, en contraste con el 4,7% en el quintil más alto. En el caso de la violencia sexual contra mujeres de 13 a 49 años, la diferencia es más leve, con 2,0 % en el quintil más alto frente al 1,8 % en el quintil más bajo.

Al considerar los modos de vida, el patrón observado se repite. El acceso al empleo y la participación laboral femenina muestra grandes diferencias. Entre más bajo sea el quintil de riqueza, menor es el número de mujeres con trabajo. Solo el 19,5 % de las mujeres en el quintil más bajo trabajan actualmente, mientras que en el quintil más alto esta proporción asciende al 52,3 %.

La conexión al acueducto público es del 13,1 % en los hogares del quintil más bajo, mientras que en el quintil más alto es del 99,9 %. Respecto a la disposición de residuos, el servicio público de aseo tiene cobertura en el 100,0 % de los hogares en el quintil alto, pero en el quintil más bajo solo el 21,8 % accede a este servicio. Esto conlleva a que el 55,9 % de los hogares en este grupo recurra a la quema de basura, una práctica con un fuerte impacto negativo en la salud y el ambiente. En cuanto a la fuente de energía utilizada para cocinar, el gas natural domiciliario es predominante en el quintil más alto (86,7 %), mientras que en el quintil más bajo el 40,6 % de los hogares aún depende de la leña y la madera.

Gráfico 15.3.
Inequidades según nivel de riqueza en temas seleccionados



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

15.4. Inequidades según el nivel educativo

El nivel educativo presenta una influencia fuerte y directa sobre los conocimientos, las prácticas de cuidado de la salud y la utilización de servicios de salud. En el caso del cáncer de cuello uterino, la cobertura de vacunación es más amplia en mujeres con mayor nivel educativo, alcanzando el 73,7 % en aquellas con educación superior y llegando al 14,0 % en aquellas sin educación. En cuanto a anticoncepción, se evidencia que a medida que aumenta el nivel educativo, disminuye el uso de la esterilización femenina y aumenta el uso de la esterilización masculina, dispositivos hormonales y el condón masculino. No se identifican patrones claros en otros métodos.

El conocimiento de derechos sexuales y reproductivos también varía según el nivel educativo. Los porcentajes más bajos de conocimiento se encuentran en mujeres de 13 a 19 años (31,8 %) y sin educación (7,6 %). En términos de nupcialidad, las mujeres con menor nivel educativo inician su vida en pareja a una edad más temprana. La población femenina sin educación se une en promedio a los 18 años, mientras que aquellas con educación superior lo hacen a los 22 años.

El acceso a la prueba de VIH prenatal para mujeres embarazadas, en aquellas de 13 a 49 años que recibieron los resultados y asesoría de un profesional, varió según su nivel educativo. Mientras que el 81,3 % de las mujeres sin educación se ha realizado la prueba, este porcentaje desciende a 59,7 % en las que cuentan con educación superior. Asimismo, en términos de acceso a información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH en consultas médicas, las desigualdades persisten. En mujeres sin educación, solo el 9,8 % recibió información sobre ITS/VIH en el último año, en comparación con el 21,5 % de las mujeres con educación superior.

Las mujeres de 13 a 49 años con la creencia de que una persona que parezca saludable puede tener el virus que causa el sida, es mayor en las que tienen educación superior, con un 89,9 %, en contraste con el 68,6 % que se presenta en el menor nivel educativo.

El acceso a métodos anticonceptivos y tratamientos de infertilidad también varía según el nivel educativo. A pesar de que la distribución del uso de métodos anticonceptivos no muestra grandes diferencias según el nivel educativo, se observa una mayor prevalencia de esterilización masculina y uso del condón en hombres con educación superior. Las mujeres con educación superior presentan la tasa de fecundidad más baja (1,7), mientras que las mujeres sin educación tienen la más alta (1,9).

El acceso a la información y la realización de pruebas de detección temprana del cáncer cervical y de mama presentan diferencias sustanciales según el nivel educativo de las mujeres. El 74,4 % de las mujeres sin educación se han realizado alguna de las pruebas, mientras que las con educación superior alcanzan el 89,9 %. En relación con la citología, el 94,0 % de las mujeres la conoce, independientemente de su nivel educativo. Sin embargo, el acceso efectivo sigue siendo menor en aquellas con menor escolaridad, con un 74,4 %, contrastado con 89,2 % en los niveles más altos. Adicionalmente, las mujeres sin educación han oído hablar menos del cáncer de cuello uterino, 61,2 %; un porcentaje distante del 96,3 % en el nivel educativo superior.

Frente a la salud materno-perinatal se encontró que el acceso a la consulta preconcepcional es más limitado en mujeres con menor educación. Además, el 84,7 % de aquellas sin educación manifestó dificultades de acceso a los servicios por razones geográficas.

La violencia psicológica es más reportada por mujeres con mayor educación (17,7 % en universitarias frente al 15,3 % en mujeres sin educación). Por su parte, la violencia física y económica afecta más a las mujeres con menor escolaridad. El 11,9 % de las mujeres con primaria ha experimentado violencia física, en comparación con el 6,0 % de aquellas con educación superior.

También, la violencia durante el embarazo es más frecuente en mujeres con menor escolaridad: el 3,5 % de las sin educación ha sido víctima de violencia en esta etapa, mientras que en las de educación superior es del 0,9 %. Además, en mujeres sin educación formal, la violencia fue ejercida exclusivamente por su pareja o expareja (100,0 %), lo que sugiere una mayor dependencia económica y social.

Los datos evidencian una relación directa entre el nivel educativo y la situación de salud, tanto en la prevención como en el acceso a servicios. Las personas con menor escolaridad enfrentan mayores barreras para la detección temprana de enfermedades, menor acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, y mayor vulnerabilidad a la violencia de género.

El acceso a la educación y su nivel alcanzado constituyen procesos determinantes en la configuración de oportunidades laborales y condiciones de vida de la población. En Colombia, las desigualdades en educación impactan directamente el acceso al empleo, la calidad del trabajo y las posibilidades de movilidad social.

Se observa una tasa de ocupación mayor en las mujeres con educación superior (55,7 %), lo que disminuye en aquellas sin educación hasta el 18,8 %. Las mujeres con menor educación también tienden a desempeñarse en empleos de baja calificación, caracterizados por menores ingresos, inestabilidad laboral y ausencia de beneficios sociales. Esta situación contribuye a la reproducción de la pobreza y a la consolidación de desigualdades estructurales.

En relación con estereotipos de género, se evidencian marcadas diferencias en percepciones y actitudes según el nivel educativo, con un claro comportamiento en gradiente. Por ejemplo, la afirmación “es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga” entre las mujeres sin educación, el nivel de acuerdo es un 7,7 % mayor en comparación con aquellas con educación superior. En los hombres, esta diferencia alcanza un 17,8 %. De manera similar, la creencia de que “el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia” también presenta una relación inversa con el

nivel educativo, ya que las mujeres sin educación están de acuerdo en un 41,6 %, mientras que en aquellas con educación superior la cifra disminuye a un 8,9 %. Estas diferencias sugieren que la educación desempeña un rol clave en la reducción de estereotipos de género y la promoción de mayor equidad en las expectativas sociales sobre hombres y mujeres.

A medida que aumenta el nivel educativo, disminuye el porcentaje de aquellas que están de acuerdo con la afirmación: “cambiar pañales, bañar a los(as) niños(as) y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres”. Del mismo modo, el estar de acuerdo con la idea de que “donde hay niñas y niños, solo las niñas deben apoyar en las tareas domésticas” es 3,6 veces mayor entre las mujeres sin educación respecto a las que cuentan con educación superior, lo que sugiere que la educación está relacionada con una distribución más equitativa de las responsabilidades domésticas y de cuidado.

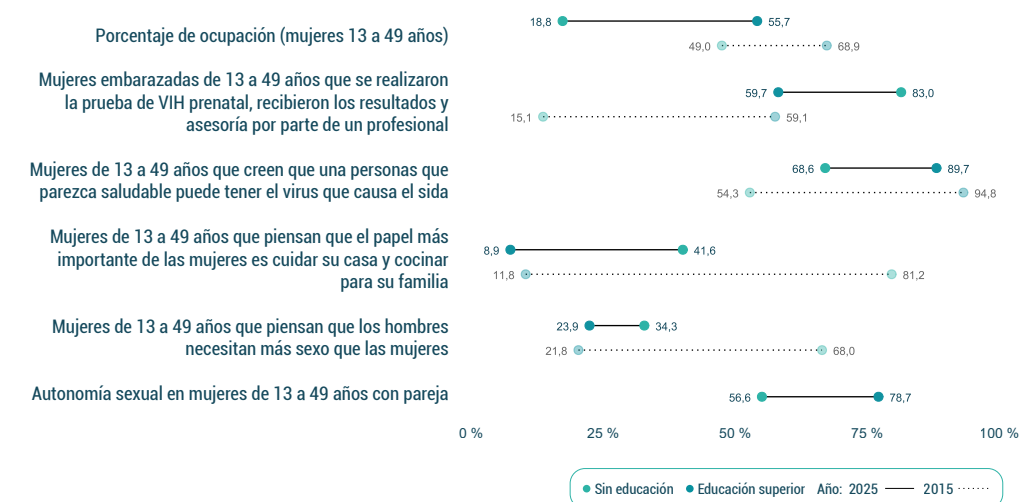
La posición de las mujeres entre 13 y 49 años con respecto a la afirmación “los hombres necesitan más sexo que las mujeres” es mayor en el menor nivel educativo (34,3 %), contrastado con un 23,9 % en el nivel educativo más alto. La autonomía sexual de las mujeres es mayor (78,7 %) en el quintil más alto, en comparación con el nivel educativo más bajo (65,6 %). El porcentaje de ocupación de las mujeres de 13 a 49 con educación superior es de 55,7 %, mientras que en aquellas sin educación desciende a 18,8 %.

La relación entre el nivel educativo y la condición de víctima del conflicto armado en Colombia también es notable. A medida que aumenta el nivel educativo, disminuye la proporción de personas que se reconocen como víctimas.

En los hombres con educación superior, el reconocimiento como víctima es del 9,0 %, mientras que en aquellos sin educación alcanza el 11,1 %. Además, cerca de 7 de cada 10 personas inscritas en el Registro Único de Víctimas (RUV) tienen como máximo nivel de educación la primaria.

Estos hallazgos resaltan cómo la educación es un proceso social determinante en la construcción de identidades y en la reproducción o transformación de valores culturales, lo que subraya la importancia de fortalecer el acceso a esta como un mecanismo clave para la reducción de desigualdades sociales en Colombia.

Gráfico 15.4.
Inequidades según nivel educativo en temas seleccionados



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

15.5. Inequidades según la edad

Los resultados de la ENDS señalan cómo la salud y el bienestar de las personas están profundamente marcados por las desigualdades asociadas a la edad, y cómo estas se entrelazan con el género, las condiciones territoriales y socioeconómicas.

El 34,7 % de los menores de cinco años no recibió atención sanitaria pese a haberla requerido, lo que aumenta a 47,9 % en jóvenes de 15 a 19 años, y desciende progresivamente hasta el 17,0 % en los mayores de 80 años. Las razones también varían según la edad. En la población infantil y adolescente, las barreras personales (como la subestimación del problema o el miedo) son las más frecuentes, mientras que en los mayores de 65 años la falta de atención se relaciona principalmente con barreras de acceso al sistema de salud.

Respecto a la mamografía, el 84,5 % de las mujeres mayores de 40 años sabe que existe este examen y el 73,6 % conoce su derecho a solicitarlo a su EPS. Sin embargo, el 54,5 % de las mujeres entre 40 y 69 años se ha practicado una mamografía alguna vez, lo que es menor entre las de 40 a 49 años (27,9 %), y aumenta significativamente en las de 50 a 69 años (68,4%), grupo de edad donde la mamografía está recomendada.

Al considerar las desigualdades en el acceso a servicios de salud según la edad, resalta que la búsqueda de atención médica aumenta con la edad, al igual que la realización de pruebas y exámenes diagnósticos. También, la existencia de motivos diferenciales que explican el no uso de servicios o de búsqueda de atención, predominando barreras como

el temor o miedo (en los más jóvenes) y las barreras de acceso al sistema (en las personas mayores).

Cuando se consideran las prácticas y conocimientos para el cuidado de la salud, se observa que las mujeres reciben más información en el contexto de la educación para la sexualidad, y más temprano que los hombres. Un ejemplo de esto se presenta en el conocimiento en temáticas específicas, como el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano (VPH), que es mayor en mujeres que en hombres (85,6 % frente a 70,3 %), pero en ambos casos se presentan diferencias importantes según la edad. Las mujeres de 30 a 49 años registran un mayor conocimiento sobre el VPH (88,4 %), mientras que en las adolescentes y jóvenes de 13 a 18 años este desciende a 74,7 %; patrón que se repite entre los hombres, lo que los ubica como el subgrupo de mayor rezago en términos de información clave para la prevención de esta enfermedad. El panorama es similar en relación con el cáncer de mama. Aunque el 94,4 % de las mujeres de 21 a 69 años ha escuchado hablar de esta enfermedad, las de 21 a 29 años son las menos informadas (92,5 %).

Para algunos temas, la tendencia observada en la información recibida tiene una relación directa con las prácticas de cuidado. En el caso del cáncer de cuello uterino, por ejemplo, aunque el 88,9 % de las mujeres ha accedido al menos a una de las pruebas de detección temprana, el porcentaje es significativamente menor en las jóvenes de 21 a 29 años (80,4 %), en comparación con las mayores de 30 años. Respecto al cáncer de mama, el 76,8 % de las mujeres se practica el autoexamen de seno, pero las de menor edad son las que menos lo hacen.

En el caso del conocimiento y las prácticas relacionados con las infecciones de transmisión sexual y el VIH, en general las mujeres reportan haber recibido más información preventiva que los hombres. Sin embargo, el conocimiento

comprensivo sobre el VIH es bajo, tanto en hombres como en mujeres de todos los grupos etarios, y aumenta levemente con la edad. Por ejemplo, en los jóvenes de 13 a 19 años, es del 21,0 % en mujeres y 21,6 % en hombres, e incrementa en adultos de 30 a 39 años, donde ambos sexos alcanzan un 30,5 %. No obstante, al analizar las prácticas de cuidado, son las personas jóvenes las que presentan una mayor realización de pruebas diagnósticas; como en el caso de las mujeres de 20 a 24 años, en las que el porcentaje es de 23,0 %, mientras que entre las de 40 a 49 años esta cifra cae a 0,1%.

Aunque la población más joven tiene menor información y un menor desarrollo de prácticas de cuidado, resulta interesante notar que no se presenta una relación directa entre conocimientos y prácticas, como en los temas previamente mencionados.

En relación con la autonomía sobre las decisiones de salud, las mujeres muestran un mayor control sobre estas decisiones respecto a los hombres, en 12,1 puntos porcentuales. Esta autonomía se fortalece con la edad y la conformación de un hogar, cuando las decisiones en pareja tienden a ser más compartidas. Es así como las mujeres de 40 a 49 años tienden a participar más activamente en las decisiones de salud familiar. Por el contrario, los jóvenes de 13 a 29 años, tanto mujeres como hombres, están más sujetos a normas de género restrictivas y a relaciones de poder asimétricas, lo que limita su capacidad de decidir sobre aspectos como la salud sexual, la anticoncepción o la búsqueda de atención en salud.

El análisis de las prácticas y conocimientos para el cuidado de la salud pone de presente que no siempre existe una relación directa entre ambos, lo que sugiere la necesidad de nuevas investigaciones que indaguen sobre ello en los grupos específicos que presentan estos matices. No obstante, el patrón

general indica que la población más joven enfrenta mayores desafíos, en tanto que posee menos información, lo que está directamente relacionado con un menor desarrollo de prácticas de cuidado de la salud. Esta tendencia se profundiza especialmente en la interacción con menores niveles de educación.

16. Lista de referencias

- Agencia para la Reincorporación y la Normalización. (2022). Caracterización de grupos de valor y grupos de interés. https://www.reincorporacion.gov.co/es/agencia/Documentos%20de%20Gestin%20Documental/Glosario_ARN.pdf
- Alkire, S. y Foster, J. (2007). Counting and Multidimensional Poverty Measurement. OPHI Working Paper, 7. https://ophi.org.uk/sites/default/files/ophi-wp7_vs2.pdf
- Alonso, T. C. (2024). La migración por el tapón del Darién: entre la invisibilidad social y la exclusión. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 35(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.15359/rldh.35-2.10>
- Ariza Sosa, G. R. (2012). De inapelable a intolerable: Violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias, Departamento de Biología.
- Arundel, R., Li, A., Baker, E. y Bentley, R. (2024). Housing Unaffordability and Mental Health: Dynamics Across Age and Tenure. *International Journal of Housing Policy*, 24(1), 44-74. <https://doi.org/10.1080/19491247.2022.2106541>
- Blanco, M. G. (2019). Anticoncepción posterior a un evento obstétrico. Una estrategia de reducción de muerte materna y morbilidad materna grave. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 79(1), 1-3.
- Bohórquez Monsalve, V. (2024). “Agradezca que pudo abortar”: Dos años de avances y barreras para acceder al aborto. *Colectiva Justicia Mujer*. <https://colectivajusticiamujer.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe-Aborto-Jacarandas-2024.pdf>
- Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. y Eslava-Schmalbach, J. (2025). Socioeconomic inequalities in infant mortality in Colombia: A nationwide cohort study during 10 years. *BMJ Global Health*, 10(8), e018526. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018526>
- Cabieses, B., Bernales, M. y McIntyre, A. M. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B. (2022). La migración internacional en Latinoamérica y el Caribe desde la perspectiva de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(3), e351166. <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e351166>
- Chung, R. Y.-N., Chung, G. K.-K., Gordon, D., et al. (2020). Housing Affordability Effects on Physical and Mental Health: Household Survey in a Population with the World’s Greatest Housing Affordability Stress. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(2), 164-172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31690588/>
- CICS, IED y UNESCO. (2016). *Informe Mundial sobre Ciencias Sociales 2016—Afrontar el reto de las desigualdades y trazar vías hacia un mundo justo*. Ediciones UNESCO.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2024). *Panorama social de América Latina 2024*.
- Congreso de la República de Colombia. (2022, 11 de julio). Ley 2244 de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley

- de Parto Digno, Respetado y Humanizado”. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2244_2022.html
- Congreso de la República. (2008, 4 de diciembre). Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial No. 47 193 <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>
- Contreras, D., Delgadillo, J. y Riveros, G. (2019). Is Home Overcrowding a Significant Factor in Children’s Academic Performance? Evidence from Latin America. *International Journal of Educational Development*, 67, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2019.01.006>
- Corte Constitucional de Colombia. (2006). Sentencia C-355-06. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>
- Cunningham, F. G. (Ed.). (2022). *Williams obstetrics* (26.ª ed.). McGraw Hill.
- Decreto 899 de 2017. *Por el cual se establecen medidas e instrumentos para la reincorporación económica y social colectiva e individual de los integrantes de las FARC-EP conforme al Acuerdo Final, suscrito entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP el 24 de noviembre de 2016*. 29 de mayo de 2017.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del COVID-19. *Informes de estadística sociodemográfica aplicada*. Número 9. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). *Medición de la pobreza multidimensional en Colombia*. [Conjunto de datos] <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional/pobreza-multidimensional-2019>
- DHS Program. (2023). *Guide to DHS Statistics*. USAID. https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_DHS-8.pdf
- Di Cesare, M., Division, U. E. S. D., Centre, L. A. D. y Unfpa. (2007). *Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe*. CEPAL y CELADE. <https://digitallibrary.un.org/record/602991>
- Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C. y Poblete, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 142(2), 168-174. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
- Elizalde, A., Thayer Correa, L. E. y Córdova, M. G. (2013). Migraciones sur-sur: paradojas globales y promesas locales. *Polis. Revista Latinoamericana*, 35, 1-7. <https://journals.openedition.org/polis/9087>
- Fraser, N. (2006). Reinventar la justicia en un mundo globalizado. *New Left Review*, 36, 31–50.
- Gandini, L., Álvarez Velasco, S. y Feldmann, A. E. (2024). Más allá del Darién. *Economía Política de la Migración en Tránsito por el Corredor Migratorio Región Andina-Centroamérica*. REMHU: *Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 32, e322030.
- Gordyn, B., Ruiz Nieve, A., Pérez Floreán, D., Aportela, F., Magalhães, I. y Tollin, N. (2018). *Vivienda y ODS en México*. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, ONU-Hábitat. <https://onu-habitat.org/index.php/la-vivienda-en-el-centro-de-los-ods-en-mexico>
- Gutiérrez Silva, J. M., Romero Borré, J., Arias Montero, S. R. y Briones Mendoza, X. F. (2020). Migración: Contexto, impacto y desafío. Una reflexión teórica. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(2), 299-313.
- Health Effects Institute. (2024). *State of Global Air Report 2024*. Health Effects Institute. <https://www.stateofglobalair.org/resources/report/state-global-air-report-2024>

Instituto Nacional de Salud. (2025). *Informe de mortalidad materna*. Colombia, 2024. INS. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>

Ipsos. (2023). *Orgullo LGBT+ 2023. Una encuesta de Ipsos Global Advisor en 30 países, 6 países en LATAM*. Ipsos. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/Ipsos%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Global%20Survey%20Report_ESP_LATAM%5B70%5D%20%20-%20Solo%20lectura.pdf

Kantorová, V., Wheldon, M. C., Dasgupta, A. N. Z., Ueffing, P. y Castanheira, H. C. (2021). Contraceptive use and needs among adolescent women aged 15-19: Regional and global estimates and projections from 1990 to 2030 from a Bayesian hierarchical modelling study. *PloS One*, 16(3), e0247479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247479>

Leal F., I., Molina G., T., Luttgés D, C., González A., E. y Gonzalez A., D. (2018). Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(2), 149-160. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000200149>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2014-2017*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018: *Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. En Resolución 2367 del 2023.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Resolución 1035 de 2022. Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf

Naciones Unidas (UN). (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Organización Mundial de la Salud. (2024a). *Menopausia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

Organización Mundial de la Salud. (2024b). *Registro civil y estadísticas vitales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/civil-registration-and-vital-statistics>

Piñones-Rivera, C., Concha, N. L. y Gómez, S. L. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde Soc. São Paulo*, 30(1), e200310.

Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (2024). *Refugiados y Migrantes de Venezuela*. R4V. <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>

Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Profamilia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (1991). *ENDS 1990* (Vol. 1). PROFAMILIA. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Profamilia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (1995). *ENDS 1995* (Vol. 2). PROFAMILIA. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Profamilia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2000). *ENDS 2000—Salud Sexual Y Reproductiva* (Vols. 1-6). PROFAMILIA. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Profamilia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2005). *ENDS 2005—Salud Sexual Y Reproductiva* (Vol. 4). PROFAMILIA. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Profamilia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2010). *ENDS 2010* (Vol. 5). PROFAMILIA. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Profamilia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2015). *ENDS 2015—Componente Demográfico* (Vol. 6). PROFAMILIA. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (2024). *La urgencia del ahora: El SIDA frente a una encrucijada*. ONUSIDA. Actualización mundial sobre el sida 2024.

Quintero, S. I. (2020). El acoso y hostigamiento sexual escolar, necesidad de su regulación en las universidades. *La Ventana. Revista de estudios de género*, 6(51), 245–271. <https://doi.org/10.32870/lv.v6i51.7083>

Silverman, J. G., Decker, M. R., Reed, E. y Raj, A. (2006). Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(1), 140–148. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.12.052>

Tapia-Martínez, H., Hernández-Falcón, J., Pérez-Cabrera, I. y Jiménez-Mendoza, A. (2020). Conductas sexuales de riesgo para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Enfermería Universitaria*, 17(3), 294-304. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.703>

Therborn, G. (2016). *Los campos de exterminio de la desigualdad*. (2.a ed.) Fondo de Cultura Económica.

Unidad para las Víctimas. (2022). ¿Qué es el RUV y qué beneficios tiene estar inscrito? <https://www.unidadvictimas.gov.co/que-es-el-ruv-y-que-beneficios-tiene-estar-inscrito/>

Von Simson, K. y Umblijs, J. (2021). Housing conditions and children's school results: Evidence from Norwegian register data. *International Journal of Housing Policy*, 21(3), 346-371. <https://doi.org/10.1080/19491247.2020.1814190>

World Health Organization. (2005). *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2018). *WHO Housing and health guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>

World Health Organization. (2019). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>



Salud



ENDS ENCUESTA NACIONAL
DE DEMOGRAFÍA Y SALUD
2025