



capítulo 15

Síntesis de las
inequidades en
salud sexual y
reproductiva

15.1. Introducción

Históricamente, las encuestas nacionales de demografía y salud en el país han tenido en cuenta los determinantes sociales de la salud al incorporar en sus análisis aspectos como la composición y las condiciones de los hogares, la caracterización de las viviendas, la accesibilidad a bienes de consumo y servicios, y las condiciones de empleo, entre otros. También, han descrito sus resultados considerando el análisis de las desigualdades en salud según el género, el territorio, los quintiles de riqueza y el nivel educativo. La ENDS 2025 se mantiene y se desarrolla desde un enfoque de equidad.

Pensar los análisis de la ENDS desde dicho 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. Este enfoque destaca la necesidad de abordar la inequidad social y sus efectos en la salud, considerándola uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico y social mundial. Asimismo, la equidad se reconoce como una condición esencial para garantizar plenamente los derechos humanos y la justicia social, así como un factor indispensable para avanzar en los desafíos globales prioritarios, como la sostenibilidad ambiental, la paz y las migraciones (CICS, IED y UNESCO, 2016; Therborn, 2016).

En el contexto regional, Colombia destaca como uno de los países con mayor inequidad social. De acuerdo con la CEPAL, el 1,0 % más rico de la población percibió el 18,0 % de los ingresos nacionales, mientras que el 50,0 % más pobre se repartió el 7,0 %. El 54,2 % de los hogares indígenas y el 30,4 % de los hogares afrodescendientes se ubican en el quintil más bajo de riqueza, en contraste con el 17,4 % de los hogares que no se reconocen en ninguno de estos grupos. Asimismo, el 55,0 % de los mayores de 18 años manifestaron que sus ingresos son insuficientes, lo que aumenta al 71,0 % entre quienes tienen solo nivel educativo primaria y disminuye al 28,0 % entre quienes cuentan con educación superior. Solo cerca de una cuarta parte de la población de menores ingresos que

vive en zonas urbanas tiene casa propia, mientras que en el grupo de mayores ingresos esta proporción es de dos tercios (CEPAL, 2024).

Los resultados de la ENDS 2015 evidenciaron que las inequidades sociales y en salud limitan el avance entre las personas y las regiones, generando oportunidades y limitaciones diferenciales entre grupos sociales y territorios. La pertenencia étnica, la localización territorial y el estrato socioeconómico fueron los ejes de desigualdad que más profundizaron las brechas sociales en relación con el acceso a servicios para la primera infancia, las condiciones habitacionales de las viviendas, el acceso y la permanencia en el sistema educativo, el acceso e integralidad de la atención en salud y las prácticas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2017).

Incorporar un enfoque de equidad se presenta como un imperativo ético ante la persistencia de la inequidad estructural que caracteriza al país (Melo, 2021), en donde las brechas sociales históricas se acentuaron durante las décadas de 1980 y 1990, en gran medida debido a la implementación de políticas de ajuste estructural, incluso a pesar del crecimiento económico y de una reducción importante de la pobreza (Ahumada et al., 1998).

El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 plantea a lo largo de todas sus líneas de acción que las políticas, planes, programas y proyectos se orientarán hacia el logro de la equidad; por lo tanto, se entiende como un elemento estratégico y esencial de esta política nacional vigente (Congreso de la República de Colombia, 2023). También, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece como uno de sus objetivos el actuar sobre las desigualdades y garantizar el ejercicio del derecho fundamental a la salud. Este plan enmarca una serie de acciones afirmativas en favor de los grupos étnicos, la población campesina y víctima del conflicto armado, la diversidad de género y la población migrante, reconociendo que la transformación de la inequidad social pasa por la identificación de las estructuras socioculturales en las cuales se anida la producción y reproducción de las desigualdades injustas (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023).

Por su parte, los Objetivos de Desarrollo Sostenible plantean en su objetivo 10 la reducción de las desigualdades. Este llamado global reconoce las desigualdades como una amenaza para el desarrollo social y económico, dentro y entre los países. Plantea, además, la necesidad de tener en cuenta las interrelaciones entre el género, la clase social, la raza, la etnia, el estatus migratorio, la religión, entre otras, para comprender la complejidad de los procesos de explotación, privilegio, discriminación y exclusión que generan y reproducen las desigualdades. Además, define cómo esto debe ser afrontado por políticas públicas bien diseñadas y efectivas. El documento CONPES 3918 de 2018 ratifica el compromiso del país para alinear todos los planes de trabajo de las instituciones de orden nacional con la Agenda 2030 y el logro de los 17 ODS, entre ellos el PDSP 2021, del Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir de este análisis transversal de las inequidades sociales y en salud, en la ENDS 2025 se observan las brechas según cinco ejes de desigualdad de los principales temas abordados en los diferentes capítulos: género, territorio, nivel de riqueza, nivel de educación y grupo etario. Se busca construir una aproximación comprensiva de la inequidad social y sanitaria del país en la actualidad. Cabe advertir que los datos de este apartado final fueron extraídos de los capítulos previos, por lo tanto, algunas líneas pueden tornarse repetitivas.

15.2. Objetivos

15.2.1. General

Describir las inequidades sociales y en salud de las diferentes temáticas abordadas en la ENDS 2025.

15.2.2. Específicos

- Describir las inequidades sociales y en salud según los ejes de género, territorio, nivel de riqueza, nivel educativo y edad.
- Identificar patrones de inequidad social y en salud en los ejes analizados.

15.3. Metodología

La construcción de este capítulo se desarrolló en un proceso metodológico en tres etapas:

- Primero, la lectura detallada y crítica de cada uno de los capítulos, identificando los principales hallazgos relacionados con las inequidades sociales y en salud.
- A continuación, se realizó la extracción y organización de la información. En una matriz de análisis se consignaron las brechas de desigualdades observadas en los datos del 2025 en cinco ejes: género, territoriales, nivel de riqueza, nivel de educación y grupo etario, bajo una definición operativa ligada al diseño de la ENDS. La matriz diferencia dos niveles de análisis. El nivel 1, relativo a los modos de vida, se despliega en cinco categorías: trabajo, consumo, relaciones ecosistémicas, identidad y cultura, y soportes colectivos. En el nivel 2 se contempla la situación de salud y se despliega en tres categorías: acceso a servicios sociosanitarios, prácticas y conocimientos para el cuidado de la salud, y afectaciones a la salud. Los modos de vida se entienden como los patrones típicos de reproducción social de los grupos sociales, constituidos por condiciones materiales y simbólicas, relacionados con cinco dimensiones interdependientes en que tiene lugar una dinámica

dialéctica de procesos protectores y destructivos: el trabajo, la vida cotidiana y familiar en la esfera del consumo, las formas de organización y actividad política, las formas culturales y de construcción de la subjetividad, y las relaciones ecológicas (Breilh, 2023).

- Finalmente, se llevó a cabo la interpretación de los patrones de inequidad observados. Con base en la información consignada en la matriz, se realizó una lectura articulada de los patrones observados en una doble relación analítica: (i) en el nivel 2, entre las afectaciones a la salud y su relación con las prácticas de cuidado y el acceso a servicios sociosanitarios, y (ii) entre el nivel 2 y 1, es decir, entre la situación de salud y los modos de vida.

15.4. Resultados

15.4.1 Inequidades de género

Las desigualdades de género son el resultado de complejas interacciones entre condiciones biológicas, sociales, culturales, económicas y políticas, que configuran un fenómeno estructural que influye en las oportunidades y limitaciones a los que se enfrentan distintos grupos poblacionales. En la ENDS 2025 se identificaron brechas de género que se expresan principalmente en los conocimientos y prácticas de cuidado de la salud, y que se manifiestan 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.

A pesar de avances en aspectos como el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva, persisten desigualdades estructurales relacionadas con la carga de las responsabilidades del cuidado y la falta de corresponsabilidad masculina. La ENDS 2025 reveló que más del 90,0 % de los hombres y de las mujeres conocen algún método anticonceptivo moderno. Sin embargo, 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, las mujeres saben en un 72,8 % que una persona tiene derecho a acceder a esta a través de su EPS, mientras que el 61,0 % de los hombres lo reconocen.

Respecto a las preferencias reproductivas, se observó una marcada diferencia en la proporción de hombres de 13 a 59 años y mujeres de 13 a 49 años en unión conyugal que expresaron no desear más hijos (61,8 % y 32,3 %, respectivamente). No obstante, el 35,3 % de las mujeres en este mismo grupo manifestaron haber accedido a la esterilización voluntaria, en contraste con el 4,4 % de hombres, lo que representa una brecha de más de 30 puntos porcentuales, que puede indicar que la carga de la planificación familiar recae en las mujeres pese a que los hombres manifiestan menores intenciones reproductivas.

En relación con las responsabilidades del cuidado diario de niños y niñas en el hogar, las mujeres asumen de manera desproporcionada las tareas cotidianas de cuidado. El 50,8 % de las mujeres se encargan diariamente de cuidar, bañar, vestir y dar de comer a niñas y niños, en comparación con un 1,9 % de los hombres. Además, cuando las mujeres que tienen hijos menores de 12 años necesitan salir de casa, el 30,8 % deben llevarlos con ellas, y cuando pueden dejarlos en casa, generalmente son otras mujeres, como la abuela del niño o de la niña (19,4 %), quienes suelen cubrir el cuidado, configurando redes de apoyo feminizadas y reforzando la transmisión intergeneracional de estos patrones de desigualdad.

La situación es similar en el cuidado no remunerado de personas en situación de dependencia. Las mujeres, especialmente las mayores de 59 años, asumen en mayor proporción el peso de cuidar a personas enfermas, con discapacidad o adultas mayores. Estas prácticas incrementan la sobrecarga física y emocional de las mujeres, y pueden profundizar su exclusión en el ámbito laboral y social.

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. Asimismo, el nivel de desinformación es mayor entre hombres con menor nivel educativo (el 75,3 % de los hombres y el 74,6 % de las mujeres sin educación no

saben que la IVE es legal) y de los quintiles de riqueza más bajos (el 64,0 % de hombres y el 55,2 % de mujeres en el quintil más bajo desconocen que la IVE es legal). Lo anterior evidencia que el conocimiento de este derecho está mediado por factores estructurales como la educación y la posición socioeconómica, y se acentúa especialmente en los hombres.

Frente al acceso a la educación sexual, 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. Este porcentaje aumenta a medida que se eleva el nivel educativo y el quintil de riqueza, siendo más elevado en áreas urbanas en comparación con las rurales. La edad promedio en que las mujeres y los hombres de 13 a 49 años acceden a la educación sobre sexualidad es 14,8 años (en ambos sexos). Sin embargo, se observó que el promedio de edad aumenta tanto para hombres como para mujeres dependiendo de los temas que se abordan. Así, la edad promedio en la que acceden a información sobre temas biológicos y de funcionamiento del cuerpo en relación con la sexualidad es cerca de tres años menor que la información sobre derechos sexuales y reproductivos, toma de decisiones y placer sexual. Por ejemplo, hombres y mujeres reportan haber recibido su primera información sobre los temas relacionados con el funcionamiento de los órganos sexuales a los 13,4 y 13,3 años, respectivamente. Esto contrasta con la edad de recepción de la primera información sobre temas relacionados con orientación sexual y población LGBTIQ+, la cual se ubica en los 16,1 años para ambos sexos.

Los datos muestran que la educación en sexualidad se inicia en las primeras etapas de la pubertad y tiene un énfasis en los aspectos biológicos. Asimismo, se nota que las mujeres con educación secundaria, residentes en áreas urbanas y pertenecientes a los quintiles de mayor riqueza acceden antes a este tipo de información.

En relación con la nupcialidad, los hallazgos muestran que las mujeres tienden a establecer uniones a edades más tempranas que los hombres. Esta

diferencia se hace aún más visible al analizar la edad promedio de la primera unión. En promedio, las mujeres forman su primera unión conyugal a los 21,3 años y los hombres a los 24,8 años, lo que representa una diferencia de 3,5 años en el promedio de edad del inicio de la unión. Además, el 15,8 % de las mujeres se unieron por primera vez con un compañero entre 6 y 9 años mayor, y el 16,5 % con un compañero 10 años mayor. Los resultados evidencian un patrón de diferencias de edad amplias entre las parejas, lo cual es un indicador de posibles asimetrías de poder en la relación, que pueden manifestarse en menor autonomía económica, laboral, educativa, sexual y reproductiva para las mujeres. Este fenómeno es aún más pronunciado en las zonas rurales en comparación con las urbanas, lo que pone a las mujeres rurales en situaciones de desventaja.

Respecto a prácticas sexuales, la edad mediana de la primera relación sexual fue a los 16 años en las mujeres y de 15,9 años en los hombres. Aunque la proporción es similar, al analizar por grupos de edad se acentúan las diferencias. Por ejemplo, en el grupo de mujeres entre 13 y 14 años la edad de inicio es menor que para los demás grupos, lo que indica que están iniciando cada vez más rápido su vida sexual.

En relación con los conocimientos sobre el VIH, más del 80,0 % de los encuestados (mujeres de 13 a 49 años y hombres de 13 a 59 años) han oído hablar del virus. Cuando se profundiza en aspectos de mayor comprensión de los mecanismos de transmisión del VIH, aunque no se observaron brechas amplias, las mujeres indicaron mayor grado de conocimientos; por ejemplo, en reconocer que el virus se transmite a través de relaciones sexuales con una persona infectada (90,1 % en mujeres y 87,9 % en hombres), por el uso compartido o reutilización de agujas o jeringas (51,8 % en mujeres y 48,0 % en hombres) y por accidentes laborales que impliquen cortaduras o heridas expuestas (28,9 % en mujeres y 25,5 % en hombres). Sin embargo, las brechas fueron más amplias cuando se preguntó por la transmisión del virus durante la gestación, donde el 73,8 % de las mujeres la reconocieron en contraste con un 61,3 % de los hombres. Por

último, el porcentaje de conocimiento comprensivo sobre VIH-sida (indicador construido y desagregado en el capítulo específico) fue de 27,9 % en las mujeres que alguna vez han oído hablar sobre VIH y de 27, 1 % en los hombres.

Las mujeres saben en un 72,8 % que una persona tiene derecho a acceder a consultas de planificación a través de su EPS, mientras que en los hombres esa proporción fue de 61,0 %. De igual forma, el 73,4 % de las mujeres está enterada de que en Colombia todos los hombres y las mujeres tienen derecho a escoger y adoptar métodos de planificación, mientras que en hombres esta proporción es del 64,6 %.

En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la cobertura es elevada tanto para hombres (94,6 %) como para mujeres (96,1 %). Además, se observa una tendencia clara de aumento en la cobertura a medida que se incrementa el nivel educativo y el quintil de riqueza.

Las afectaciones y barreras en el acceso a los servicios de salud en poblaciones migrantes son diferenciales entre hombres y mujeres. Mientras que el 50,4 % de los migrantes venezolanos que presentaron un problema de salud en el último mes lograron acceder a atención médica, esta proporción fue 10,5 % menor en comparación con la población colombiana. Adicionalmente, se observa que la automedicación es más frecuente en las mujeres, mientras que los hombres recurren con mayor frecuencia a farmaceutas y remedios caseros.

Respecto al impacto del conflicto armado, las mujeres reportan mayor frecuencia de barreras de acceso a servicios de salud, especialmente en los grupos de edad de 21 a 40 años y de 61 años o más. Esta situación sugiere que las mujeres víctimas del conflicto enfrentan restricciones adicionales, ya sea por su rol como cuidadoras primarias o por factores estructurales que limitan su autonomía económica y geográfica. En relación con los aspectos de la construcción de la identidad en el contexto del conflicto armado interno del país, la victimización recae en mayor medida sobre las mujeres (13,5 %) que sobre los hombres (12,6 %). Además, las mujeres tienen una mayor proporción de inscripción en el Registro Único de Víctimas, con 72,7 % frente a 68,0 % en

hombres, lo que señala no solo la mayor afectación por la violencia, sino también un mayor protagonismo en la búsqueda de reconocimiento y reparación.

En relación con las dificultades para el desempeño de actividades diarias, se observa un incremento progresivo en la prevalencia de discapacidad con la edad, con diferencias notables por sexo a partir de los 60 años. Las mujeres presentan mayores niveles de discapacidad en comparación con los hombres, particularmente en la movilidad y la visión. Este fenómeno puede estar asociado con la mayor esperanza de vida de las mujeres, la acumulación de enfermedades crónicas y la limitada disponibilidad de tecnologías de asistencia y rehabilitación.

Las violencias basadas en género siguen siendo un problema relevante en la salud pública. El 17,7 % de las mujeres reportaron haber sido víctimas de violencia psicológica por parte de sus parejas, el 7,9 % víctimas de violencia física, el 6,3 % de violencia económica y el 2,0 % de violencia sexual. Por su parte, el 1,0 % de los hombres reportaron haber sido víctimas de violencia sexual por parte de su pareja. Si bien se ha observado una disminución en la prevalencia de estas formas de violencia respecto a mediciones anteriores, la problemática persiste con consecuencias significativas en la salud mental y física de las víctimas. Además, se identificó que las mujeres sin pareja en la actualidad reportaron haberse defendido de la violencia en mayor proporción (30,6 %) que aquellas con pareja (17,8 %), lo que sugiere que la defensa activa puede estar vinculada con la decisión de finalizar relaciones violentas.

Frente a la población migrante, la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas muestra vulnerabilidades significativas, evidenciadas en una mayor prevalencia de embarazo adolescente (10,3 % en migrantes respecto a un 6,1 % en colombianas). Asimismo, la prevalencia de problemas de salud en el último mes fue un 26,0 % mayor en mujeres migrantes en comparación con hombres migrantes, lo que podría estar asociado con potenciales barreras en el acceso a servicios de salud, condiciones de vida precarias y el posible impacto del estrés migratorio en la salud física y mental.

Las desigualdades en la situación de salud de hombres y mujeres pueden comprenderse mejor en la medida en que se analizan en función de los modos de vida de los grupos sociales.

En cuanto al nivel educativo, se reporta un 23,0 % de mujeres con educación superior y en los hombres una proporción del 21,8 %, lo que muestra un mayor acceso a la educación superior en las mujeres.

En la población ocupada, la brecha de género fue de 32,9 %, en tanto 70,9 % de los hombres están ocupados mientras las mujeres lo están en un 38,0 %. Sin embargo, las mujeres con educación superior concentran su inserción laboral en ocupaciones de mayor calificación. El 20,7 % de estas trabajan como profesionales, técnicas o directivas, y el 26,6 % lo hace en funciones administrativas o asistenciales. Sin embargo, este panorama cambia entre las mujeres con menor nivel educativo. Aquellas sin educación o con solo primaria completa tienen mayor presencia en actividades de baja calificación, como conductoras u operarias no agrícolas, y en el sector agropecuario, caza y pesca. Esta mayor proporción de mujeres en estos sectores se vincula con la predominancia de actividades informales, de baja remuneración y alta rotación laboral. En contraste, el perfil ocupacional de los hombres tiene patrones diferentes al de las mujeres, predominando en estos las ocupaciones asociadas a labores manuales y agrícolas: el 16,2 % de ellos trabaja en actividades agropecuarias, pesca y caza, y el 15,2 % se desempeña como conductor u operario no agrícola. El 9,5 % de los hombres trabajan como profesionales, técnicos o directivos.

Los hallazgos de la ENDS 2025 señalan que 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.

Un elemento adicional que condiciona la trayectoria laboral de las mujeres lo constituye el número de hijo(as). En la medida que la cantidad de hijo(as) aumenta, disminuye la probabilidad de que las mujeres accedan a empleos

calificados o formales, mientras que en los hombres este patrón solo se observa ligeramente a partir del tercer hijo(a).

Por su parte, los imaginarios y estereotipos de género, que actúan como dispositivos culturales de reproducción de la desigualdad, siguen anclados a una percepción social que naturaliza la subordinación femenina, en especial en entornos rurales y en quintiles de menor riqueza y escolaridad. La afirmación “Los hombres son la cabeza del hogar” es aceptada por un 35,7 % de los hombres y un 21,6 % de las mujeres, lo que reafirma la prevalencia de relaciones de poder desiguales. A su vez, el acuerdo significativo de ambos sexos con la idea de que “Los hombres necesitan de una mujer en casa” (34,6 % en hombres y 32,8 % en mujeres) muestra cómo los mandatos tradicionales siguen permeando las creencias de la población.

Esta tendencia se repite en las prácticas relacionadas con la distribución de tareas domésticas, donde las mujeres realizan estas labores 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). Aunque las decisiones sobre el uso del dinero y otros asuntos importantes suelen tomarse en pareja, las mujeres asumen en mayor medida decisiones relacionadas con el cuidado de la salud. Además, la autonomía económica de las mujeres sigue siendo limitada. El 37,7 % de los hombres en unión tienen parejas sin ingresos, reflejando la dependencia económica que aún afecta a una proporción considerable de mujeres. Esto también se refleja en 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 %).

En términos de sexualidad, más mujeres que hombres están de acuerdo con estereotipos que caracterizan a los hombres como hipersexualizados, lo cual puede ser interpretado como una internalización de narrativas tradicionales sobre la masculinidad, que se manifiesta en afirmaciones como “Los hombres solo piensan en tener sexo”, con la cual el 27,0 % de las mujeres y el 12,4 % de los hombres estuvieron de acuerdo. Asimismo, la autonomía sexual femenina

presenta limitaciones, ya que el 21,5 % de las mujeres no pueden negarse a tener relaciones sexuales con su pareja, situación que pone en evidencia las restricciones sobre la autodeterminación corporal y la violencia simbólica persistente en las relaciones íntimas.

Por último, los imaginarios y actitudes hacia la población LGBTIQ+ revelan brechas de aceptación que también están marcadas por el género. Las mujeres presentan mayores niveles de acuerdo con la idoneidad de personas LGBTIQ+ para roles de cuidado y crianza, mientras que los hombres muestran una mayor resistencia, especialmente hacia expresiones de afecto en espacios públicos y expresiones de género no normativas.

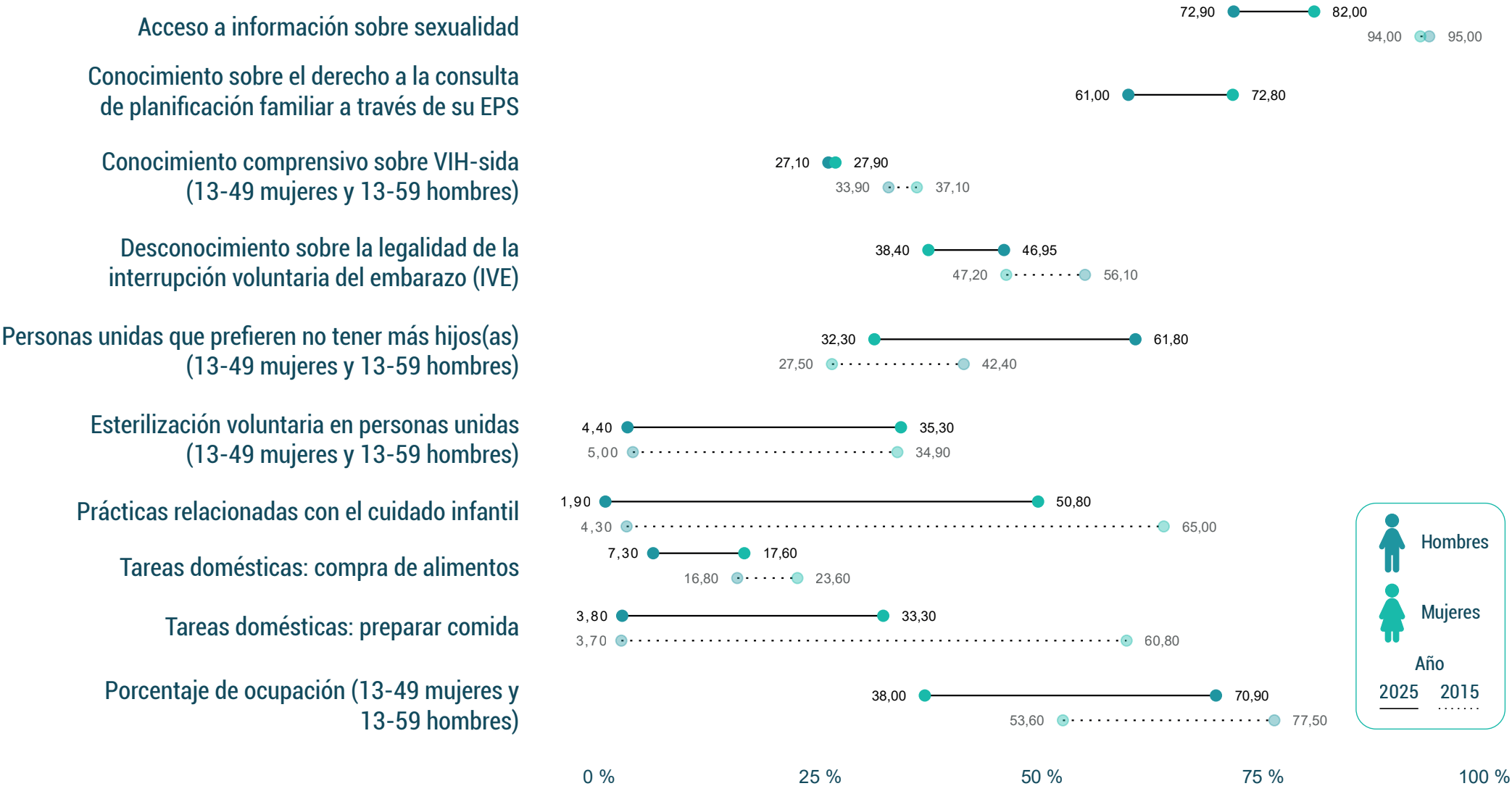
En el análisis en relación con la población LGBTIQ+ se observó que las mujeres conocen en mayor medida los derechos de esta población, con una brecha promedio de 7,1 % respecto a los hombres en temas como el derecho a acceder a la pensión de una pareja fallecida (50,2 % vs. 44,5 %) y en conocimiento del derecho al matrimonio igualitario (63,1 % vs. 55,4 %). Tanto hombres como mujeres señalan que la discriminación hacia la población LGBTIQ+ se da principalmente en los círculos de amigos, en entornos educativos y en el maltrato por parte de policías.

También, las dinámicas migratorias impactan de manera diferenciada la vida de mujeres y hombres. La estructura de la pirámide poblacional de los emigrantes colombianos muestra una predominancia de hombres jóvenes en edad productiva, concentrados principalmente en el grupo de 30 a 39 años, donde ellos superan a las mujeres en 5,9 puntos porcentuales.

Los motivos para emigrar también reflejan brechas de género. El 73,7 % de los colombianos emigrados lo hizo por motivos laborales, mientras que el 15,0 % lo hizo por estudios y un 1,8 % por matrimonio. Esta última razón es significativamente más alta entre las mujeres que entre los hombres (8,6 %), lo que refuerza la dimensión relacional y familiar de la migración femenina. En cambio, los hombres migran en mayor proporción por razones laborales (73,7 % de los hombres frente al 65,7 % de las mujeres) y educativas.

Entre los inmigrantes en Colombia, Venezuela es el principal país de origen, que representa el 96,4 % de esta población. Respecto a la situación de documentación se evidencian disparidades. Los hombres presentan una mayor proporción de personas sin documentación migratoria que las mujeres (29,3 % vs. 22,3 %). En la población venezolana, las mujeres asumen con más frecuencia el rol de jefas de hogar, a diferencia de inmigrantes de otros países donde este rol recae principalmente en los hombres

Gráfico 15.1.
Inequidades según género en temas seleccionados, ENDS 2015 vs. ENDS 2025



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En síntesis, las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, en las prácticas de cuidado y en el estado de salud observadas son el reflejo de los patrones de producción y reproducción social que se manifiestan en los distintos modos de vida configurados alrededor de las condiciones materiales de existencia y las identidades de los grupos sociales. En la dimensión del trabajo, se observaron brechas que indican una sobrecarga de las labores de cuidado y limitaciones a la autonomía económica de las mujeres. Estas desigualdades se intensifican al considerar la intersección con otras dimensiones, como la precariedad en el acceso a bienes y servicios esenciales, la limitada participación en espacios de construcción de soportes colectivos comunitarios, más allá de la mera dinámica familiar, y la escasa organización política.

Además, persisten imaginarios culturales que naturalizan la subordinación femenina y la coerción en la autonomía sobre el cuerpo, la salud sexual y reproductiva, y el reconocimiento de los derechos de la población LGBTIQ+. La ruralidad, la posición socioeconómica y la edad amplificaron estas brechas, lo que afecta el acceso oportuno y adecuado a la información y los servicios de salud, especialmente en temas de anticoncepción, VIH, violencia de género y salud materno-perinatal.

La situación de salud de los grupos sociales en Colombia está marcada por desigualdades de género que afectan de manera diferencial a hombres y a mujeres. Mientras que las mujeres enfrentan barreras socioculturales y estructurales en el acceso a servicios de salud materno-perinatal, anticoncepción y atención en contextos de posconflicto, los hombres presentan menor participación en programas de educación sexual y salud reproductiva.

El análisis de las condiciones de la vivienda resulta fundamental en este contexto, dado que el hogar no solo es el espacio clave donde se producen las dinámicas de reproducción social, trabajo reproductivo y cuidado, sino también un escenario clave en la construcción de conocimientos y prácticas en salud. Sin embargo, el hogar también es el espacio en el que se habita en medio de profundas desigualdades de género y territorio. La distribución de los roles de género en el hogar marca diferencias en las oportunidades de desarrollo de mujeres y de

hombres, lo que indica ventajas o desventajas en la posibilidad de transformar patrones que afectan insistentemente a las mujeres en sus roles reproductivos y de cuidado.

15.4.2 Inequidades territoriales

Las desigualdades territoriales en Colombia se evidencian en las brechas urbano-rural y entre regiones. En las ciudades se concentra una mayor oferta de servicios de salud, infraestructura y educativos. En contraste, las áreas rurales concentran déficits de múltiples tipos que configuran unos modos de vida y una situación de salud altamente diferenciada de la urbana. Estas desigualdades se profundizan y concentran en las regiones de la periferia nacional, como la Atlántica, Orinoquía y Amazonía, y Pacífica.

La cobertura del aseguramiento en salud muestra diferencias territoriales. En zonas urbanas, la proporción de no afiliados es ligeramente mayor. Por regiones, la Atlántica presenta la mayor cobertura (97,6 %), seguida de la Pacífica (95,9 %). Bogotá, aunque tiene una cobertura inferior en un 4,2 % respecto al promedio nacional y 6,5 % por debajo de la región Atlántica, se destaca por la mayor proporción de afiliación al régimen contributivo (60,9 %), lo que puede indicar tasas más elevadas de empleo formal. En el resto de las regiones predomina el régimen subsidiado.

El acceso efectivo a los servicios de salud también es desigual. En áreas urbanas, el 66,7 % de las personas con problemas de salud acude a un servicio médico, mientras que en zonas rurales esta cifra baja al 59,4 %, lo cual revela barreras de acceso. La región Pacífica, con la mayor prevalencia de autorreporte de problemas de salud (10,2 %), tiene un acceso más limitado: solo el 64,2 % consulta al médico y el 15,5 % recurre a remedios caseros.

En la ruralidad, los imaginarios tradicionales sobre masculinidad limitan la utilización de servicios de salud por parte de los hombres, reduciendo su participación en espacios preventivos. Por su parte, en las ciudades, el acceso a educación en derechos sexuales y reproductivos es más amplio: el 75,8 % de los hombres de Bogotá ha recibido educación sobre anticoncepción e ITS, frente al 59,1 % en La

Guajira, Cesar y Magdalena. Esta brecha se amplía en lo rural, donde el acceso a información en estos temas es un 12,6 % menor frente a las áreas urbanas.

En relación con el conocimiento y acceso a servicios de anticoncepción se observan diferencias. En zonas rurales, la necesidad insatisfecha de anticoncepción es del 5,9 % frente al 4,9 % en las áreas urbanas. Las brechas son más estrechas en relación con los conocimientos sobre anticonceptivos en ambos sexos, pero se amplían en relación con la inversión en dinero para conseguirlos, especialmente entre mujeres rurales respecto a las urbanas. Por regiones, la disponibilidad de anticonceptivos modernos es menor en la región Atlántica (62,5 %) frente a Bogotá (87,7 %).

Las brechas en salud materna y perinatal son significativas. En áreas rurales, solo el 76,5 % de las mujeres recibe al menos cuatro controles prenatales, frente al 80,9 % en las urbanas. Además, en las zonas más apartadas, el 4,8 % de los partos son atendidos por personal no médico, lo cual eleva los riesgos materno-neonatales.

La atención posparto también muestra desigualdades. En la ruralidad, el 21,9 % de las mujeres enfrenta dificultades para acudir a controles posparto, frente al 16,6 % en las ciudades. En cuanto a regiones, en la Atlántica el 84,0 % de las mujeres recibe atención posparto, mientras que en la Orinoquía y Amazonía esta cobertura baja al 69,7 %, y en la Pacífica al 78,9 %. La depresión posparto tiene mayor prevalencia en la región Pacífica (10,6 %) frente a un promedio de 5,4 % en otras regiones.

La mortalidad infantil, reflejo de estas brechas, es 2 veces mayor en zonas rurales que en las urbanas, con una tasa de 10,5 por cada 1000 nacidos vivos comparada con una de 4,6 en el área urbana. Esto se debe a los deficientes controles prenatales y limitaciones de atención médica.

En salud preventiva, las desigualdades son marcadas. En zonas urbanas, el 57,0 % de las mujeres de 40 a 69 años se realiza mamografías, frente al 44,5 % en las rurales. En citologías para cáncer de cuello uterino, el 88,8 % de las mujeres en riesgo en Bogotá accede a este examen, mientras que solo el 82,0 % lo hace en la Orinoquía y Amazonía. En cuanto al conocimiento de cáncer de cuello uterino y

VPH, este es mayor en mujeres de zonas urbanas que en rurales (91,2 % frente a 77,6 %, respectivamente).

La violencia de género también tiene un mayor impacto en zonas urbanas, donde el 2,3 % de las mujeres sufre violencia sexual, frente al 1,9 % en las rurales. Por regiones, en la Pacífica el 22,6 % de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja, mientras en Bogotá la cifra es del 19,9 %.

En el acceso a pruebas de VIH, las mujeres rurales están más rezagadas. A nivel nacional, solo el 15,6 % de las mujeres en riesgo se realiza la prueba, con diferencias por región: Bogotá (28,8%), Pacífica (27,2 %), Central (10,2 %) y Oriental (5,8 %). En la subregión Antioquia sin Medellín la cobertura es mayor al 50,0 %, mientras que en Boyacá, Cundinamarca y Meta es de apenas el 2,7 %. Además, más del 10,0 % de mujeres de departamentos como Antioquia, Risaralda y Boyacá recibieron información en salud sexual en los últimos 12 meses, pero en departamentos como Vaupés esta cobertura se encuentra por debajo del 2,0 %.

La precariedad estructural es mayor en las áreas rurales, donde el acceso a agua potable por acueducto público solo alcanza el 18,3 %, frente al 94,6 % en zonas urbanas. Asimismo, solo el 29,1 % de los hogares rurales accede al servicio de aseo público, mientras que en lo urbano la cobertura es del 98,3 %. En la ruralidad, el 55,9 % de los hogares quema residuos y el 13,1 % los arroja en espacios abiertos.

La calidad de las viviendas también presenta desigualdades. En zonas rurales, el 26,0 % de los hogares tiene pisos de tierra o madera burda, mientras en Bogotá el 78,2 % cuenta con pisos seguros. Las regiones más rezagadas son Atlántica, y Amazonía y Orinoquía, donde el 17,4 % y el 8,6 % de las viviendas tiene pisos de tierra, respectivamente. El alcantarillado solo cubre al 21,0 % de los hogares rurales, frente al 94,5 % en las ciudades, y un 21,1 % de los hogares rurales no cuenta con instalaciones sanitarias adecuadas.

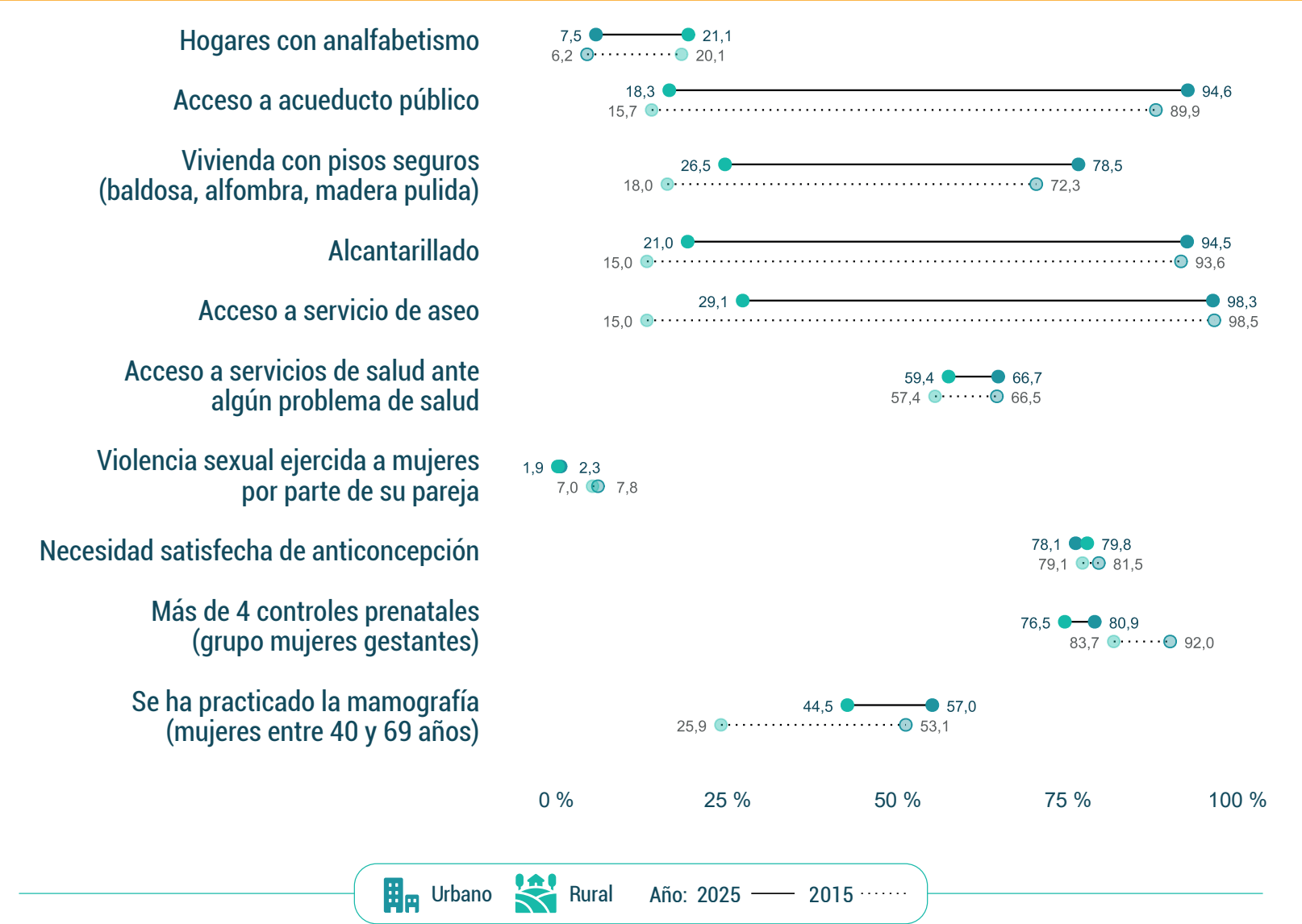
El uso de leña, madera o carbón para cocinar es mayor en áreas rurales (40,9 %), exponiendo a mujeres, niños y personas vulnerables a enfermedades respiratorias por contaminación intradomiciliaria.

En educación, las brechas rurales son notorias: el analfabetismo es 13,6 % mayor y la inasistencia escolar supera en 5,0 % a la urbana. La privación por acceso a agua, materiales de vivienda y eliminación de excretas es de dos a catorce veces más alta en la ruralidad. Aunque un mayor porcentaje de mujeres rurales completa la primaria (12,4 % frente a 8,0 % en ciudades), en secundaria (17,1 % rural vs. 22,6 % urbana) y superior (9,6 % rural vs. 27,2 % urbana) las brechas se amplían.

El conflicto armado dejó mayores secuelas en la ruralidad, donde el 19,6 % de la población se reconoce como víctima; alcanzando el 72,1 % del total nacional registrada en el RUV. Por regiones, la Pacífica tiene el mayor porcentaje de víctimas (24,7 %) seguida por la Orinoquía y Amazonía (24,1 %).

La visión patriarcal persiste más en la ruralidad: la afirmación “Los hombres son la cabeza del hogar” se acepta 1,8 veces más que en lo urbano, limitando el acceso de las mujeres a salud y educación.

Gráfico 15.2.
Inequidades según el territorio en temas seleccionados



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

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, y las condiciones de vivienda y oportunidades económicas afectan de manera diferenciada a distintos grupos poblacionales, con un mayor impacto en mujeres, niños y comunidades víctimas del conflicto.

15.4.3 Inequidades según niveles de riqueza

Existe una relación sólida y bien documentada entre los niveles de riqueza y la salud. Las personas con mayores ingresos tienden a gozar de mejor salud y acceso a servicios sanitarios de calidad, mientras que aquellas con ingresos bajos enfrentan barreras significativas para obtener atención adecuada, acceder a medicamentos y atención preventiva. Además, estas últimas presentan peores indicadores, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil, las tasas de enfermedades crónicas y de enfermedades mentales, entre otros (Pickett y Wilkinson, 2015).

Asimismo, el 63,6 % de las mujeres ubicadas en los quintiles más bajos conoce sobre métodos anticonceptivos diferentes al condón, mientras que en los quintiles más altos este conocimiento se eleva al 83,4 %. El conocimiento sobre todos los casos por los que la IVE es legal, es superior en el quintil más alto (41,9 %) respecto al más bajo (16,0 %). En el caso del VIH, el 42,9 % de los hombres entre 13 a 59 años en el quintil más alto de riqueza conoce sobre la transmisión maternoinfantil, mientras en el más bajo es de 18,1 %.

También, el acceso a servicios sociosanitarios para personas que presentaron problemas de salud en los últimos treinta días evidencia brechas significativas entre quintiles de riqueza. Mientras que en el quintil más alto el 72,6 % de las personas recibe atención médica, en el quintil más bajo esta cifra se reduce al 57,8 %. Quienes se ubican en el quintil más bajo hacen un mayor uso de remedios caseros y la automedicación (17,4 % y 13,2 %, respectivamente), en contraste con quienes hacen parte del quintil más alto (10,1% y 5,2%, respectivamente).

Las desigualdades también se reflejan en la educación sexual y la atención prenatal. 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 %). El acceso a información sobre anatomía y funcionamiento de los órganos sexuales en hombres de 13 a 59 años es significativamente menor en los grupos de menor riqueza (36,8 %) en comparación con el quintil más alto (71,9 %). Las mujeres gestantes situadas en los quintiles más bajos de riqueza reportan en un 91,5 % asistencia al menos a un control prenatal en comparación del 96,3 % en el quintil más alto. Asimismo, las mujeres en el quintil más bajo tienen una mediana de 6 controles prenatales, en contraste con 7 controles en las del quintil más alto.

El mismo comportamiento se manifiesta en el acceso a servicios preventivos y de detección temprana, donde el 84,0 % de las mujeres 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 mamografías sigue el mismo patrón, el 41,4 % en los quintiles más bajos frente al 61,4 % en los más altos. Caso contrario ocurre con el VIH, donde el 18,1 % de la población en riesgo en el quintil más bajo se ha realizado la prueba diagnóstica, en contraste con el 10,2 % en el más alto. Respecto a conocer el resultado de la prueba de VIH, las mujeres en el nivel más bajo tuvieron menor acceso a los resultados, con un 96,3 % con respecto al 100,0 % en el nivel de riqueza más alto. Asimismo, el conocimiento del VIH-sida es mayor en el quintil más alto (95,5 %) comparado con el más bajo (76,6 %).

En términos de acceso a métodos anticonceptivos, se observa que las mujeres no unidas de 13 a 49 años en el quintil más alto tienen los porcentajes más elevados de necesidad satisfecha para espaciar nacimientos (64,7 %) con respecto al quintil más bajo (46,2 %). Asimismo, las mujeres unidas en el quintil más alto presentan la mayor necesidad satisfecha para limitar nacimientos, con un 40,2 % en el quintil más alto con respecto al 38,8 % en el quintil más bajo.

En relación con las afectaciones a la salud, las personas ubicadas en un quintil de riqueza más bajo tienden a presentar mayores desenlaces negativos en salud con respecto a los que se encuentran en los quintiles más altos; por ejemplo, la mortalidad infantil en los quintiles más bajos es de 8,2 por cada 1000 nacidos vivos, mientras es de 2,9 por cada 1000 en los quintiles más altos. La discapacidad también está relacionada con el nivel de riqueza: las dificultades para oír la voz o los sonidos es mayor en el quintil más bajo 1,1 % en comparación del quintil más alto 0,6 %. De igual modo, las limitaciones para hablar o conversar (0,9 % vs. 0,5 %), ver de cerca, de lejos o alrededor (2,6 % vs. 1,9 %), agarrar o mover objetos con las manos (1,1 % vs. 0,5 %), y relacionarse o interactuar con las demás personas (0,7% vs 0,5%), en todos los casos son mayores en el quintil más bajo de riqueza en comparación con el más alto.

La violencia de género es más prevalente en los quintiles de menor riqueza, ya que el 18,4 % de las mujeres unidas en el quintil más bajo han sufrido alguna violencia por parte de su pareja, en contraste con el 16,5 % en el quintil más alto. En el caso de las mujeres que sufrieron alguna violencia sexual, la diferencia es más estrecha entre quintiles de riqueza, reportando 2,0 % en el quintil más alto frente al 1,8 % en el quintil más bajo. En cuanto a la violencia física, esta es más prevalente en los quintiles de menor riqueza, ya que el 9,2 % de las mujeres que tuvieron pareja en la vida han sufrido alguna violencia por parte de su pareja, en contraste con el 4,7 % en el quintil más alto. En relación con la violencia durante el embarazo la diferencia es estrecha, con una proporción de 0,1 % mujeres obligadas a abortar en el quintil más bajo y de 0,3 % en el quintil más alto.

En general, se observa un patrón consistente, excepto en la información relativa al VIH, en el que las personas de quintiles más bajos poseen menor información, acceso a servicios de salud, a la atención preventiva y peores desenlaces en salud. Al analizar diferentes aspectos de los modos de vida, las brechas entre la población según su nivel de riqueza se pronuncian. En el caso del acceso al empleo y la participación laboral femenina, se observa un 19,5 % de ocupación en el quintil de riqueza más bajo y un 52,3 % en el más alto.

En cuanto al acceso a servicios básicos, la conexión al acueducto público es del 13,1 % en los hogares del quintil más bajo, mientras que en el quintil más alto supera el 99,0 %. La cobertura del servicio de aseo para recolección de basuras es del 100,0 % en el más alto mientras en el quintil más bajo es del 21,8 %, lo que conlleva a que el 55,9 % de los hogares en este último grupo recurra a la quema de basura, una práctica con impactos negativos en la salud y el medioambiente, como la contaminación de afluentes y suelos. En cuanto a la fuente de energía utilizada para cocinar, el gas natural domiciliario es predominante en el quintil más alto (99,6 %), mientras que en el quintil más bajo el 45,2 % de los hogares aún depende de la leña y la madera, lo que implica riesgos para la salud por la exposición crónica al humo. El servicio de alcantarillado está presente en el 100,0 % de los hogares en el quintil más alto, mientras en el quintil más bajo esta cifra es del 10,9 %. Además, el 65,4 % de los hogares en este último grupo utiliza pozos sépticos, letrinas o carece completamente de un sistema sanitario adecuado.

Los estereotipos de género muestran una fuerte asociación con el nivel educativo y de riqueza. En los grupos de menor riqueza, la aceptación de roles tradicionales es significativamente mayor. Por ejemplo, la afirmación “Una mujer solo se realiza cuando tiene hijos e hijas” es aceptada en 15,9 % de las mujeres ubicadas en el quintil de riqueza más bajo, mientras que en el quintil más alto es de 4,3 %. En el caso de los hombres, aquellos en el quintil más bajo están de acuerdo en un 20,5 % mientras que en el quintil más alto la cifra desciende a 4,9 %. La afirmación “Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) que un hombre” presenta un nivel de acuerdo del 51,6 % mayor entre las mujeres del quintil más bajo en comparación con 29,7 % en el quintil más alto. En los hombres la diferencia también es marcada: en el quintil más bajo la aceptación es de 49,6 % y en el quintil más alto es de 27,2 %.

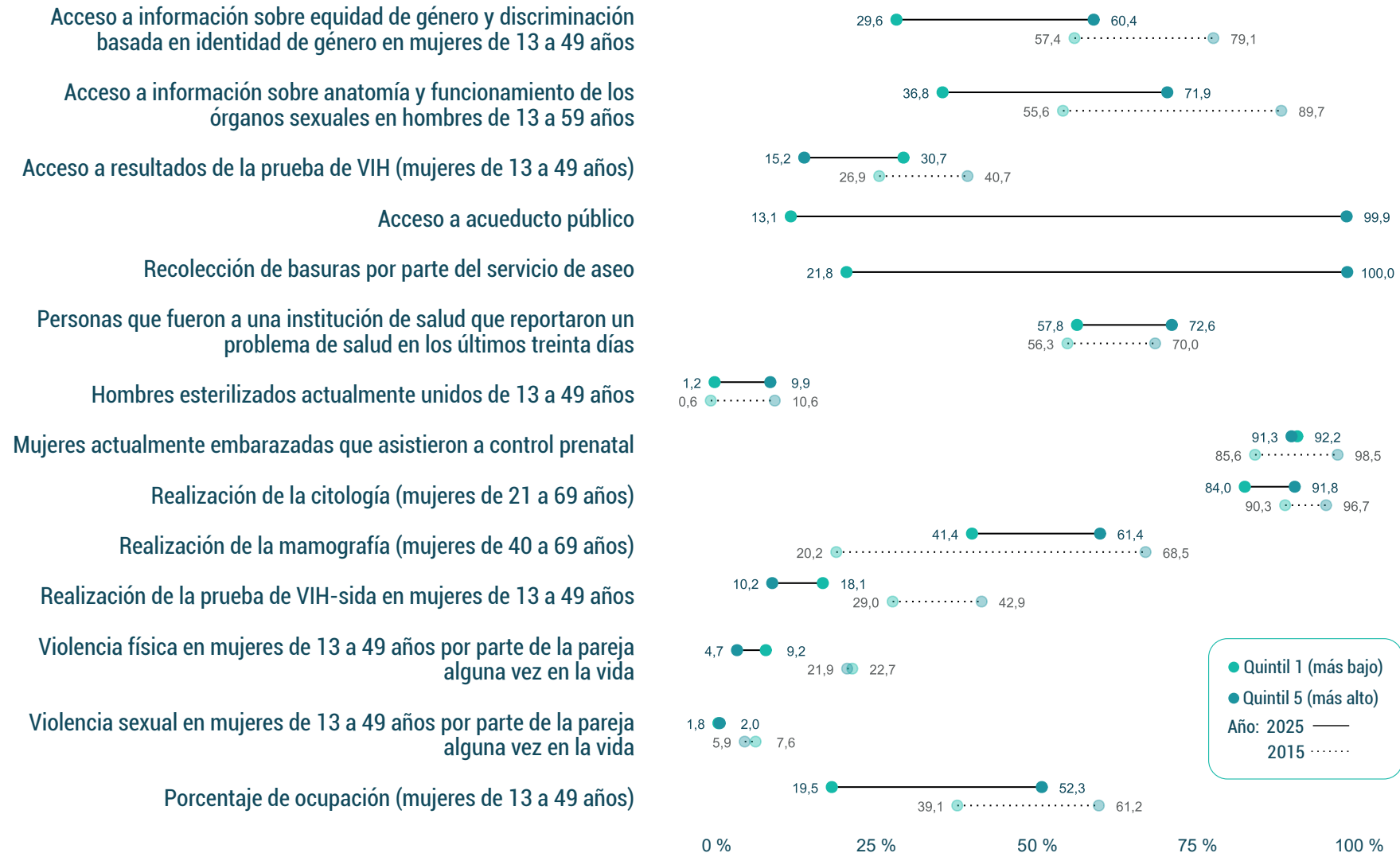
En relación con el reconocimiento como víctima del conflicto armado interno, las personas en el quintil más bajo de riqueza se reconocen más como víctimas (22,3 %) en comparación con el quintil más alto (4,9 %). Aquellos en el quintil

más bajo se registran más en el Registro Único de Víctimas (RUV), con un total de 75,3 %, en contraste con el quintil más alto, que lo hace en un 53,3 %. Las mayores afectaciones por el conflicto en las personas de menor riqueza constituyen un fuerte mecanismo de retroalimentación y perpetuación de las desigualdades.

En términos de migración, el 30,9 % de los emigrantes colombianos provienen de hogares del quintil más alto y el 27,1 % pertenece al quintil alto, y aquellos en el quintil más bajo representan el 6,6 %, lo que indica que la migración internacional está más ligada a los grupos con mayores recursos y que tienen más posibilidades de asumir los costos asociados con dicha movilidad. En contraste, la población inmigrante en el país es mayor en el quintil más bajo y bajo (3,0 % y 6,9 %, respectivamente) en comparación con el 2,3 % en el quintil más alto, lo que indica que estos sectores absorben una parte significativa de la población migrante ubicada en los quintiles de riqueza más bajos. En cuanto a la migración interna, esta tiende a ser más frecuente en los quintiles de riqueza más bajos, alcanzando el 33,7 % en el quintil más bajo, mientras que en el más alto es del 19,8 %. Esta diferencia se relaciona con las limitadas oportunidades que enfrentan los hogares con menores recursos, lo que los obliga a desplazarse entre municipios en búsqueda de mejores condiciones laborales y educativas.

Así como se observan brechas sistemáticas en el conocimiento, el acceso a los servicios y a la atención preventiva, los hallazgos de la ENDS 2025 muestran un patrón de amplias desigualdades en los modos de vida entre grupos según nivel de riqueza en el país, incluyendo aspectos materiales relacionados con la situación de empleo, las condiciones de saneamiento y servicios públicos esenciales, hasta aspectos simbólicos y culturales como los estereotipos de género, el reconocimiento y registro como víctimas del conflicto armado interno, y los procesos migratorios.

Gráfico 15.3.
Inequidades según nivel de riqueza en temas seleccionados



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

15.4.4 Inequidades según el nivel educativo

La educación incide de manera directa en los conocimientos, prácticas de cuidado, acceso a servicios de salud y condiciones de vida de las personas. Las desigualdades educativas tienen repercusiones evidentes en múltiples dimensiones de la salud, particularmente en la salud sexual y reproductiva, el acceso a la información preventiva, la exposición a violencia de género y la ocupación laboral.

Uno de los ámbitos en los que se evidencia con mayor claridad la influencia del nivel educativo es la prevención del cáncer de cuello uterino y de mama. Las mujeres con educación superior reportan una cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) del 73,7 %, mientras que esta cifra desciende a 14,0 % en aquellas sin educación. Además, se identifican diferencias sustanciales en el acceso a pruebas de detección temprana: el 89,8 % de las mujeres con educación superior ha accedido a estas pruebas, frente al 74,4 % de las mujeres sin educación. El conocimiento sobre la citología es alto en términos generales (94,0 %), pero persisten desigualdades en el acceso efectivo, siendo de 74,4 % en mujeres sin educación y de 89,2 % en las que cuentan con educación superior. Asimismo, el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino alcanza al 96,3 % de las mujeres con educación superior, en contraste con el 61,2 % entre quienes no tienen educación. En el caso del cáncer de mama, aunque el 97,6 % de las mujeres universitarias afirma conocer esta enfermedad, el acceso efectivo a mamografías es considerablemente menor en mujeres sin educación, particularmente en zonas rurales. El desconocimiento sobre la existencia de pruebas de detección también es alarmante: el 42,4 % de las mujeres que nunca se han realizado una prueba desconocen su existencia, siendo este porcentaje más alto en aquellas con condiciones sociodemográficas menos favorables.

Estas desigualdades también se reflejan en el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos. Aunque la distribución general de métodos no muestra diferencias significativas, sí se observa un patrón educativo en el uso de la esterilización: a mayor nivel educativo disminuye la prevalencia de la esterilización femenina y aumenta la de la masculina, así como el uso del condón masculino y

métodos hormonales. Esto sugiere una mayor autonomía reproductiva y capacidad de decisión en mujeres con un más alto nivel de escolaridad.

La educación también se asocia con el conocimiento de derechos sexuales y reproductivos. Los niveles más bajos se encuentran entre las adolescentes de 13 a 19 años (31,8 %) y en mujeres sin educación (7,6 %). Además, el acceso a información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH durante consultas médicas es desigual: solo el 9,8 % de las mujeres sin educación recibió orientación sobre estos temas en el último año, frente al 21,5 % en mujeres con educación superior. En los hombres también se observa un comportamiento similar, con un 8,0 % y 16,2 %, respectivamente.

El acceso a pruebas diagnósticas como la del VIH también presenta una clara desigualdad. Se encuentra que solo el 12,3 % de las mujeres con educación primaria se ha realizado voluntariamente la prueba de VIH, frente al 18,4 % en mujeres con secundaria y el 16,6 % en las de nivel superior, lo que refleja posibles diferencias en la sensibilización sobre estos exámenes.

La fecundidad también se encuentra determinada por la educación. Las mujeres con educación superior tienen la tasa de fecundidad más baja (1,7), mientras que las mujeres sin educación alcanzan una tasa de 1,9. Esta diferencia guarda coherencia con los hallazgos sobre autonomía reproductiva y planificación familiar. De forma paralela, el inicio de la vida en pareja ocurre más tempranamente en mujeres sin educación (18 años), frente a 22 años en las de educación superior, lo que refleja trayectorias de vida marcadamente diferenciadas según el acceso a educación.

El acceso a la consulta preconcepcional es más limitado en mujeres sin educación y se suma a las barreras geográficas: el 84,7 % de este grupo reportó dificultades de acceso por razones territoriales.

Además, la mortalidad neonatal es de 27,6 por 1000 nacidos vivos en madres sin educación, frente a 1,4 por 1000 nacidos vivos en aquellas con educación superior.

La violencia basada en género también encuentra un patrón educativo. La violencia psicológica es más frecuente en mujeres con educación superior, con un porcentaje de 17,7 % frente al 15,3 % en mujeres sin educación, posiblemente debido a una mayor conciencia y reconocimiento de estas situaciones. Por el contrario, la violencia física y económica afecta con mayor intensidad a las mujeres con menor escolaridad: el 11,9 % de las mujeres con primaria ha sufrido violencia física, frente al 6,0 % con educación superior. La violencia durante el embarazo es igualmente más prevalente en mujeres sin educación (3,5 % vs. 0,9 %), la cual es ejercida en el 100,0 % de los casos por la pareja o expareja. Adicionalmente, el 36,8 % de las mujeres sin educación manifestó intención de separarse de su pareja debido a situaciones de violencia o insatisfacción, mientras que esta cifra fue del 11,0 % entre mujeres con educación superior.

En cuanto al acoso sexual, el 4,5 % de las mujeres sin educación reporta haber sido víctima de comentarios o chistes sexuales no deseados, frente al 24,3 % entre quienes tienen educación superior. Esta diferencia puede reflejar tanto una mayor exposición en ambientes laborales y académicos, como una mayor capacidad para reconocer e identificar situaciones de acoso.

En materia laboral, las mujeres con educación superior presentan una tasa de ocupación del 55,7 %, mientras que en las mujeres sin educación esta es del 18,8 %. Esta situación se traduce en empleos precarios, de baja calificación y sin prestaciones sociales en los grupos menos escolarizados.

La educación también desempeña un papel clave en la transformación de estereotipos de género. La afirmación “Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) que un hombre” tiene un nivel de acuerdo 7,7 % mayor entre mujeres sin educación que entre aquellas con educación superior. En los hombres, la diferencia alcanza un 17,8 %. Esta tendencia se repite con la afirmación “El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia”, con una aceptación del 41,6 % en mujeres sin educación y de 8,9 % en aquellas con estudios superiores.

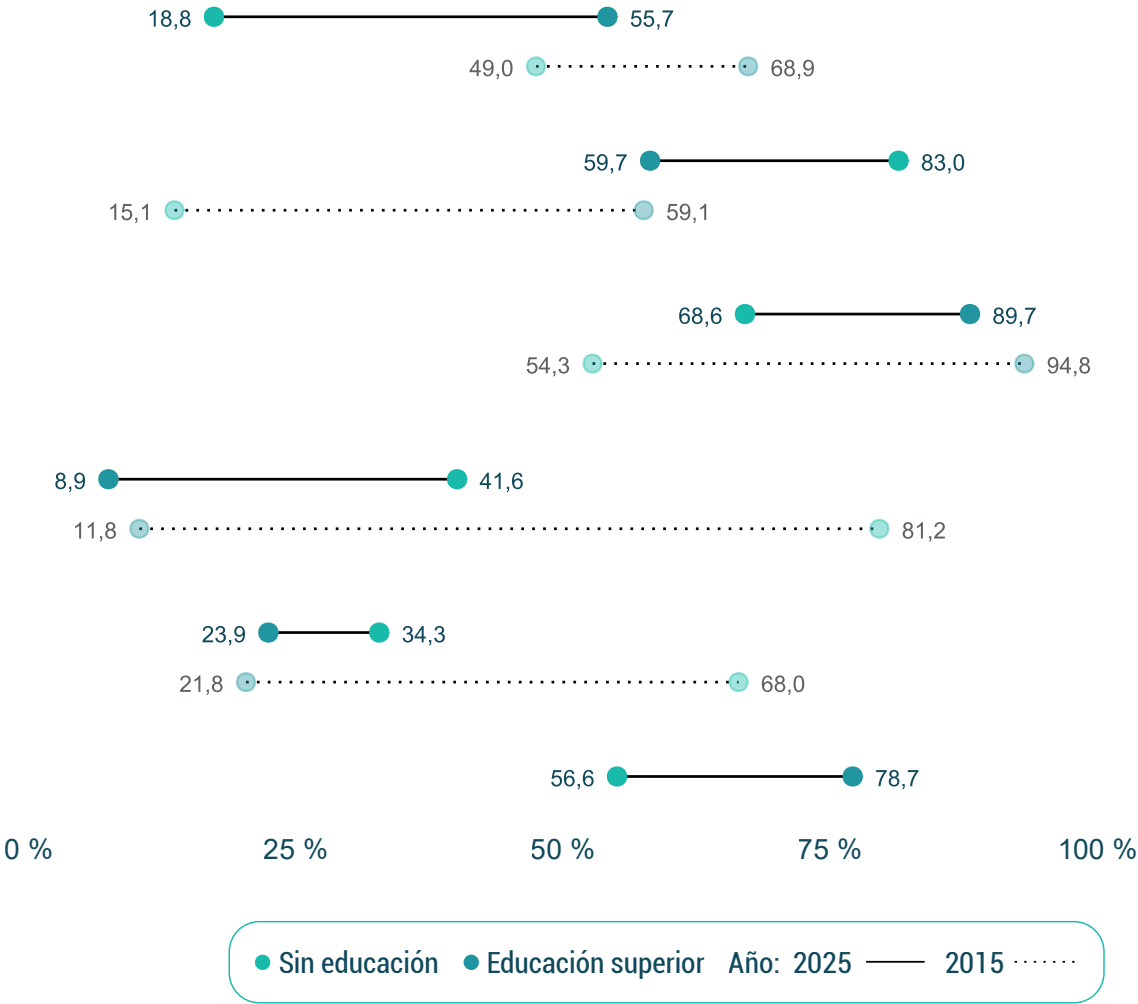
Asimismo, el desacuerdo con afirmaciones como “Cambiar pañales y alimentar niños es tarea exclusiva de mujeres” aumenta con la escolaridad. El nivel de acuerdo con la idea de que solo las niñas deben ayudar en tareas domésticas es 3,6 veces mayor en mujeres sin educación respecto a las más educadas. En cuanto a estereotipos sobre sexualidad, el 34,3 % de las mujeres sin educación está de acuerdo con que los hombres necesitan más sexo, frente al 23,9 % en el nivel educativo superior. La autonomía sexual también presenta un patrón ascendente: del 70,0 % en los niveles bajos al 80,3 % en los más altos.

En el contexto del conflicto armado, el reconocimiento como víctima disminuye con el nivel educativo. El 11,1 % de los hombres sin educación se reconoce como víctima, frente al 9,0 % con educación superior. En las mujeres, esta proporción es del 12,0 % sin educación y del 9,3 % con estudios superiores. De manera general, cerca del 70,0 % de quienes figuran en el Registro Único de Víctimas tienen como máximo nivel de educación la primaria.

La educación no solo configura oportunidades de desarrollo económico y social, sino que también se manifiesta como una herramienta protectora frente a desigualdades en salud, violencia y autonomía. Las disparidades persistentes entre grupos con diferentes niveles de escolaridad exigen políticas públicas que garanticen una educación inclusiva y de calidad, como estrategia estructural para promover la equidad en salud y el bienestar social.

Gráfico 15.4.
Inequidades según nivel educativo en temas seleccionados

- Porcentaje de ocupación (mujeres 13 a 49 años)
- Mujeres embarazadas de 13 a 49 años que se realizaron la prueba de VIH prenatal, recibieron los resultados y asesoría por parte de un profesional
- Mujeres de 13 a 49 años que creen que una personas que parezca saludable puede tener el virus que causa el sida
- Mujeres de 13 a 49 años que piensan que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia
- Mujeres de 13 a 49 años que piensan que los hombres necesitan más sexo que las mujeres
- Autonomía sexual en mujeres de 13 a 49 años con pareja



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

15.4.5 Inequidades etarias

Los resultados de la ENDS 2025 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.

Al considerar el acceso a servicios de salud se observan desigualdades a lo largo del ciclo o curso de vida, las cuales afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres según su grupo etario, y se agudizan al entrecruzarse con aspectos socioeconómicos y territoriales.

Entre quienes reportaron presentar un problema de salud, el 64,9 % acudió a un médico(a), especialista, odontólogo(a) o institución de salud en los últimos 30 días. Sin embargo, la búsqueda de atención profesional varía según la edad: es más frecuente en adultos mayores, alcanzando un 83,0 % entre las personas de más de 80 años, mientras que entre quienes optaron por resolver el problema mediante remedios caseros (12,8 %) la proporción más alta de esta opción se presentó en el grupo de niños y adolescentes de 10 a 14 años (17,5 %). Por otro lado, la automedicación alcanza un 10,3 % a nivel nacional, y la proporción mayor (14,0 % o más) se presenta entre jóvenes y adultos de 25 a 39 años, lo que puede reflejar una combinación de desconfianza, falta de tiempo o dificultades de acceso a servicios formales.

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.

En cuanto al acceso a la atención en salud materno-perinatal, un 6,2 % de mujeres de 15 a 19 años reportaron que el miedo o la pena dificultan su acceso a servicios de salud, especialmente en zonas urbanas y en los quintiles de riqueza

más altos. Este hallazgo sugiere que, además de los determinantes económicos, persisten barreras socioculturales que limitan la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres jóvenes.

En el caso del cáncer de cuello uterino, el 93,8 % de las mujeres que se realizaron alguna prueba de detección temprana reclamaron su resultado. Para quienes no se han realizado alguna prueba, pero sí han escuchado de estas, el descuido o la pereza se presenta como la principal razón para no realizarse el examen (21,0 %), seguida de la falta de percepción de importancia (12,5 %) y el miedo (11,5 %). Estas razones varían según la edad: mientras que el descuido es más común en mujeres jóvenes, el miedo y la reticencia a buscar atención médica predominan en mujeres de 50 años o más. En el cáncer de mama, solo el 16,7 % de las mujeres entre 21 y 69 años reportó la realización del examen clínico de seno, lo que aumenta levemente al 20,0 % en el grupo de mayores de 40 años. Entre quienes no se realizaron el examen, el porcentaje mayor estuvo en las mujeres de 21 a 39 años, que viven en zonas rurales, son indígenas, nunca han tenido una unión conyugal, no tienen afiliación al sistema de salud o están en el régimen subsidiado, y pertenecen al quintil de riqueza más bajo.

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, solo el 54,5 % de las mujeres entre 40 y 69 años se ha practicado una mamografía alguna vez, lo que es menor entre las mujeres 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. La no realización de la mamografía es mayor entre las mujeres rurales, indígenas, no afiliadas al sistema de salud y del quintil de riqueza más bajo, que son las que reportan menor conocimiento sobre su derecho a acceder a este servicio.

Las mujeres víctimas en general accedieron a algún método de planificación familiar en todos los grupos etarios, con mayor proporción entre los 13 y 19 años. Las mujeres víctimas actualmente unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos muestra una tendencia al aumento a medida que la

edad avanza. Las barreras de acceso a la salud fueron reportadas con mayor frecuencia en las mujeres, en todos los grupos de edad, y más pronunciadas en los grupos de 21 a 40 años y 61 años o más.

Al considerar las desigualdades en el acceso a servicios de salud según la edad, resalta cómo la búsqueda de atención médica aumenta con la edad, al igual que la realización de pruebas y exámenes diagnósticos, y la existencia de motivos diferenciales que explican el no uso de servicios o de búsqueda de atención. Además, predominan las barreras emocionales en los más jóvenes y las barreras de acceso al sistema en los adultos mayores, lo que demanda prestar atención a los aspectos subjetivos y culturales que pueden influenciar y profundizar otro tipo de barreras estructurales, como las relacionadas con la oferta y calidad de los servicios según el territorio.

Al considerar las prácticas y conocimientos para el cuidado de la salud, se observa que en la información recibida en el contexto de la educación para la sexualidad las mujeres reciben más información y de manera más temprana que los hombres. La cantidad promedio de temas sobre los que se informa es menor en los grupos más jóvenes, como el de 13 a 14 años; sin embargo, las mayores diferencias en la cantidad de información recibida se marcan entre las personas según su nivel de educación. 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 %, respectivamente), 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 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 estos 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 en promedio el 88,9 % de las mujeres se ha realizado al menos una de las pruebas de detección temprana, el porcentaje es significativamente menor en las mujeres jóvenes de 21 a 29 años (80,4 %) en comparación con las mayores a esta edad. Un comportamiento similar se observa en el caso del cáncer de mamá, donde el 76,8 % de las mujeres se realiza el autoexamen de seno, pero las mujeres de menor edad son las que menos lo practican. La relación entre conocimiento y práctica es evidente: a menor información, menor adherencia a las medidas preventivas. Este patrón en que se combina menor conocimiento a edades más tempranas, junto con bajo desarrollo de prácticas de cuidado, se profundiza en la medida en que confluyen un menor nivel educativo y de riqueza, lo cual señala cómo las barreras para el desarrollo de prácticas de cuidado no son solo etarias, sino que se combinan con la situación socioeconómica.

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 del 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, cuyo porcentaje es de 23,0 %, mientras que en las mujeres de 40 a 49 años esta cifra cae a 0,1 %. En este caso, la tendencia observada en la población más joven que tiene menor información a la vez que un menor desarrollo de prácticas de cuidado se ve matizada. Resulta interesante notar cómo no se presenta una relación directa entre conocimientos y prácticas, como en los temas previamente mencionados.

Al analizar los patrones del inicio de la vida sexual se observa que los jóvenes, en ambos sexos, y tanto en las zonas urbanas y rurales, están iniciando la vida sexual a edades más tempranas que las generaciones que les precedieron. Entre las mujeres de 15 a 19 años, el 26,6 % tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que en las de 45 a 49 años este porcentaje era del 10,4 %. Esta misma tendencia se presenta en los hombres: un 28,8 % de los adolescentes de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de los 15, frente a un 15,9 % entre los de 45 a 49 años. Esto resulta relevante si se consideran las tendencias observadas, las cuales señalan que, en términos generales, las personas más jóvenes poseen menos información y menor desarrollo de prácticas de cuidado, lo que en dicho contexto puede incrementar el riesgo de exposición a ITS y embarazos no deseados.

Las desigualdades también se reflejan en la autonomía sobre las decisiones de salud. Las mujeres presentan 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 en todos los casos no se da una relación directa entre conocimientos y prácticas de cuidado, lo que invita a profundizar en investigaciones que indaguen sobre ello en los grupos específicos donde se presentan estos matices. No obstante, el patrón general indica con claridad meridiana cómo la población más joven enfrenta mayores desafíos en tanto que posee menos información, lo que está relacionado con el menor despliegue de prácticas de cuidado de la

salud. Esta tendencia se profundiza especialmente en la interacción con menores niveles de educación.

Cuando se analiza el autorreporte de problemas de salud en los últimos 30 días, las personas mayores de 80 años presentan una prevalencia 3,2 veces mayor que en las de 5 a 9 años. Un patrón que se repite en los migrantes venezolanos. Este incremento no solo está relacionado con un proceso natural de envejecimiento y la consecuente mayor vulnerabilidad fisiológica, sino que puede expresar las desigualdades acumuladas a lo largo de la vida, donde la exposición a determinantes sociales adversos —como el acceso limitado a servicios de salud preventivos o condiciones laborales precarias— desencadena el deterioro progresivo de la salud de las personas hasta la vejez. No obstante, es importante precisar que aún en los grupos de mayor prevalencia (los adultos mayores, en este caso), solo una pequeña proporción del total de la población se ve afectada por problemas de salud en el último mes.

La interacción de la edad con el género profundiza aún más estas desigualdades, como se observa en la violencia de pareja que, aunque es un fenómeno que afecta a las mujeres de todas las edades, aumenta en aquellas de 25 años en adelante. Mientras que las niñas de 13 a 14 años reportan una prevalencia de violencia de pareja del 11,2 %, esta cifra se incrementa al 19,8 % en mujeres de 45 a 49 años. Esto deja entrever la manera como se configura un ciclo prolongado de violencia que tiende a naturalizarse con el tiempo. Paradójicamente, el grupo más joven (niñas de 13 a 14 años) reporta la mayor proporción de pensamientos de separación debido a la violencia (36,5 %), en un contexto donde las uniones de pareja y las relaciones sexuales no son legales a esa edad, lo que alerta sobre la existencia de dinámicas de abuso, negligencia institucional y fallas en la protección de derechos fundamentales. La experiencia de la violencia en las mujeres se complejiza cuando se considera la violencia física en víctimas del conflicto armado, y entre las alguna vez o actualmente unidas, y que mantiene la tendencia al aumento con la edad, lo cual señala para este grupo la

existencia de un entorno prolongado de exposición a violencias que se refuerzan a través de la vida.

En síntesis, las desigualdades tanto en la educación como en el conocimiento sobre la salud tienen una incidencia directa sobre las prácticas preventivas y de cuidado, limitando la búsqueda de atención y condicionando la percepción del riesgo, que de alguna manera explica el acceso desigual a los servicios de salud de acuerdo con la edad. Además, en este aspecto se combinan un conjunto de barreras estructurales (de acceso al sistema de salud en algunos territorios, por ejemplo) con otras de carácter subjetivo y socioeconómico. Esto también permite reconocer cómo las desigualdades se van acumulando a lo largo de la vida en unos grupos en particular, provocando que la vejez se viva con mayores penurias y restricciones; por ejemplo, en las mujeres de bajo nivel educativo y de las comunidades rurales.

15.5. Discusión

Los análisis de la inequidad social y sanitaria han venido reclamando la necesidad de avanzar en comprensiones que atiendan la sinergia entre diferentes procesos de explotación, privilegio, exclusión y/o discriminación que operan de manera simultánea sobre grupos específicos de la población en condiciones históricas concretas. Diversas perspectivas críticas han retomado los aportes del feminismo afrodescendiente que acuñó la categoría de interseccionalidad para afirmar que la experiencia de la desigualdad y la discriminación es el resultado de un entrecruce específico de los vectores de poder, que corresponden a dinámicas procesuales y simultáneas que son frutos de la interacción entre procesos individuales e institucionales que multiplican la vulnerabilidad (Cantero-Sánchez y González, 2023).

Los datos de la ENDS 2025 confirman que las brechas en el cuidado de la salud y en las prácticas asociadas a la sexualidad y la reproducción son parte de un entramado que combina normas culturales, desigualdades estructurales y

deficiencias institucionales. Además, se observaron diferencias en el acceso y en las posibilidades de construcción de conocimientos y prácticas para el cuidado de la salud, lo que sugiere que el género, en interacción con condiciones como el territorio, el nivel educativo, la posición socioeconómica y la edad, influyen en las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Los modos de vida desiguales alimentan una espiral de vulnerabilidad estructural (Quesada et al., 2011) que restringen las capacidades de las personas para cuidar de su salud y la de sus comunidades, lo que muestra cómo el disfrute de una buena salud es un resultado complejo, en el que están involucrados aspectos materiales, culturales, además de las condiciones singulares de las personas. Por lo anterior, lograr su transformación demanda de acciones sistemáticas en múltiples dimensiones.

En cuanto a las condiciones de empleo y trabajo, las brechas de género en el mercado laboral colombiano siguen siendo un desafío estructural que limita la inclusión económica de las mujeres y su acceso a oportunidades equitativas. Existen importantes desigualdades en la inserción laboral entre hombres y mujeres, las cuales están directamente relacionadas con las condiciones del empleo al que se accede. Las mujeres se insertan a un mercado laboral segregado en el que aquellas con mayor nivel educativo acceden a empleos de mayor calificación, mientras que aquellas con menor formación se concentran en el sector de servicios y asistencia, bajo condiciones de alta precariedad (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2022b).

Según el DANE, a pesar del aumento de la tasa global de participación femenina entre 2008 y 2023 en 6,2 puntos porcentuales (que alcanzó el 52,6 %), la diferencia con los hombres sigue siendo amplia (24 puntos porcentuales). Además, esto se profundiza entre regiones. Por ejemplo, en Nariño, 7 de cada 10 mujeres participan en el mercado laboral, mientras que en Chocó esta cifra se reduce a 3 de cada 10, lo que evidencia la necesidad de políticas públicas con enfoques diferenciales e interseccionales. Además, en el ámbito del emprendimiento, solo el 35,5 % de los micronegocios en Colombia pertenecen a mujeres,

y estos suelen ser más recientes y menos consolidados en comparación con los de los hombres, lo que sugiere la persistencia de barreras estructurales para su sostenibilidad y crecimiento (ONU Mujeres Colombia, 2024).

Los imaginarios y estereotipos de género siguen desempeñando un papel central en la reproducción de las desigualdades, especialmente en contextos rurales y en grupos con menores niveles de riqueza y escolaridad. La alta aceptación de afirmaciones como “Los hombres son la cabeza del hogar” (35,7 % en hombres y 21,6 % en mujeres) y “Los hombres necesitan de una mujer en casa” (34,6 % en hombres y 32,8 % en mujeres) evidencia la persistencia de normas culturales que refuerzan la subordinación femenina y la división desigual del trabajo.

Estos patrones culturales se encarnan y legitiman realidades materiales como la sobrecarga de trabajo no remunerado que enfrentan las mujeres, quienes realizan tareas domésticas 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). Según la ENUT 2021, las mujeres dedican en promedio 4 horas y 38 minutos más que los hombres a actividades de trabajo no remunerado, una carga aún más elevada en zonas rurales (93,0 % de participación femenina frente al 89,6 % en cabeceras municipales). A pesar de esta distribución desigual del tiempo, más del 80,0 % de los hombres y las mujeres señalaron haber completado sus actividades diarias, aunque un 10,9 % de las mujeres expresó que no le alcanzó el tiempo, en comparación con un 7,0 % de los hombres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2022a).

Estas cifras resaltan la necesidad de reconocer y redistribuir el trabajo del cuidado, cuya contribución al desarrollo económico es significativa. De acuerdo con la Cuenta Satélite de Economía del Cuidado, el valor del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado realizado por mujeres equivale al 19,6 % del PIB de Colombia en 2021, lo que demuestra su impacto en la economía nacional y la urgencia de políticas que visibilicen y remuneren esta labor (ONU Mujeres Colombia, 2024).

La autonomía económica de las mujeres en Colombia sigue estando limitada por desigualdades que perpetúan la dependencia financiera y la precariedad económica. Un 37,7 % de los hombres en unión tienen parejas sin ingresos propios, lo que refleja la persistencia de dinámicas que restringen la independencia económica femenina. La contribución de las mujeres a los gastos del hogar sigue siendo baja (solo el 5,5 % cubre el total) y el 8,4 % reporta ganar más que su pareja, lo que sugiere una distribución desigual de los recursos dentro de los hogares. Aunque las decisiones económicas suelen tomarse en pareja, las mujeres asumen en mayor medida aquellas relacionadas con el cuidado de la salud, lo que reafirma su rol tradicional dentro del ámbito doméstico. Además, la brecha salarial persiste: en 2022, las mujeres ganaron en promedio el 93,4 % del ingreso de los hombres. La pobreza también impacta de manera diferenciada a las mujeres, quienes tienen casi tres veces más probabilidades de no contar con ingresos propios en comparación con los hombres. En 2023, había 121 mujeres por cada 100 hombres en condición de pobreza, y en departamentos como Caquetá y Valle del Cauca esta disparidad era aún mayor, con 139 y 138 mujeres por cada 100 hombres, respectivamente (ONU Mujeres Colombia, 2024).

Durante varias décadas, los estudios sobre las desigualdades han ratificado que la construcción de relaciones sociales de mayor solidaridad, confianza, cohesión, participación y menores niveles de violencia se presenta de manera más amplia en sociedades más equitativas. También han señalado que la experiencia de vivir en contextos de desigualdad tiene efectos psicosociales y en salud que están mediados por la precariedad y la privación. Para que las desigualdades sociales se conviertan en una influencia menos poderosa, será necesario reducir las diferencias materiales sobre las cuales se asientan otros marcadores culturales de diferenciación social. En ese sentido, una acción política efectiva en la disminución de las desigualdades sociales no solo tendrá efectos positivos globales sobre la situación de salud, sino también sobre otros procesos sociales (Pickett y Wilkinson, 2015).

Cerrar estas brechas requiere el fortalecimiento de los procesos de educación integral para la sexualidad y la construcción de corresponsabilidad en los cuidados, pero también la transformación de los sistemas de salud y las políticas públicas para que sean sensibles al género y promuevan la equidad en todos los niveles. La ENDS 2025 evidencia que las desigualdades en Colombia no solo se presentan de forma aislada, sino que se interconectan configurando patrones estructurales de exclusión y vulnerabilidad social. La pertenencia a la ruralidad, el bajo nivel educativo, la pobreza, el género y la edad no actúan de manera independiente, sino que se superponen y potencian sus efectos negativos, profundizando barreras para el ejercicio del derecho fundamental a la salud, que afecta a los mismos grupos históricamente excluidos: mujeres rurales, adolescentes y víctimas del conflicto.

El cierre de brechas de inequidad implica de facto la capacidad de representar y comprender la trama de interconexión de los patrones de exclusión y vulnerabilidad estructural. Diversos estudios sectoriales han señalado las características típicas y predominantes en los análisis de las desigualdades en salud en el país (Observatorio Nacional de Salud, 2015 y 2016), llamando la atención a la necesidad de revisar los diseños y las perspectivas teóricas que los fundamentan, de cara a que estos propicien una comprensión profunda de los mecanismos de producción y reproducción de la inequidad social y de las desigualdades en salud.

Estos patrones no son producto del azar ni de comportamientos individuales, sino el resultado de normas culturales, estructuras socioeconómicas y arreglos institucionales injustos que mantienen y reproducen la desigualdad en el acceso a recursos, poder y oportunidades (Breilh, 2013; World Health Organization, 2010). Diversos análisis de la realidad colombiana han resaltado la convergencia de procesos políticos, territoriales y culturales como elementos que explican la persistencia de las inequidades en el país (Giles et al., 2024; OECD, 2024; Santa-Ramírez et al., 2025).

15.6. Conclusiones

Los resultados de la ENDS muestran que las desigualdades se manifiestan tanto en asuntos relacionados con el acceso a los servicios de salud, las prácticas de cuidado y el estado de salud, como en las diferentes dimensiones de los modos de vida de la población. Dichas desigualdades se ven retroalimentadas de manera interseccional y se amplifican en numerosos aspectos cuando convergen el ser mujer, joven, habitante de la ruralidad, tener una identidad étnica explícita, ser víctima del conflicto, tener un bajo nivel educativo y estar en los niveles de menor riqueza. Asimismo, en la dimensión territorial se expresan con mayor nitidez amplias y persistentes brechas que limitan el acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento, educación y vivienda digna, que afectan de manera especial a los pobladores rurales, a las mujeres, a los niños y las niñas, y las víctimas del conflicto.

Los datos de la ENDS 2025 reflejan una realidad social, económica y cultural en la que una gran parte de la población colombiana se ve inmersa en una vivencia permanente de desigualdades múltiples en la que convergen aspectos de orden estructural, como las dinámicas económicas y territoriales, con aspectos de orden cultural y subjetivos. Las brechas de género en el cuidado de la salud y en las prácticas asociadas a la salud, la sexualidad y la reproducción hacen parte de un entramado en el que se entrecruzan normas culturales, desigualdades estructurales y deficiencias institucionales.

Las marcadas desigualdades territoriales en la infraestructura y la cobertura de bienes y servicios de todo tipo son un fuerte condicionante del acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Las mujeres rurales enfrentan mayores barreras geográficas y económicas (a la vez que disponen de menor información y mayores limitaciones para el despliegue de la autonomía) que se traducen en menor acceso a controles prenatales, mayores tasas de mortalidad materna e infantil, violencia física y psicológica por parte de sus parejas. La persistencia de imaginarios, prácticas y costumbres patriarcales es un importante proceso

legitimador de tales inequidades, y constituye un mecanismo que limita la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos, su salud y su vida.

Las condiciones de la ruralidad, como el acceso limitado a agua potable y saneamiento básico, sumadas a la baja cobertura educativa y a las brechas en salud sexual y reproductiva, configuran un entorno de alta vulnerabilidad estructural con consecuencias directas sobre la salud pública rural. Estas desigualdades agravan la exposición a procesos deteriorantes de la salud, y limitan el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos, especialmente en mujeres y adolescentes rurales.

15.7. Recomendaciones

- Cerrar estas brechas requiere la combinación de acciones en múltiples niveles, lo que pasa por fortalecer los procesos de educación integral y el despliegue de estrategias intencionadas para propiciar cambios culturales, pero también por la transformación del sistema de salud y de las políticas públicas, para que en su conjunto y de manera articulada apunten a la garantía del acceso, continuidad e integralidad de los procesos de cuidado, a la vez que incidan en la transformación de los modos de vida mediante la activa participación e involucramiento de las comunidades.
- La preocupación por la elevada inequidad en Colombia no es nueva, es un tema de larga data y preocupación en diferentes ámbitos de la sociedad en general. Sin embargo, las tendencias y patrones observados son persistentes a lo largo de las mediciones de las sucesivas encuestas. Por ello, se requiere un nuevo enfoque para los estudios poblacionales, no solo para que estos describan las desigualdades existentes, sino para que avancen hacia diseños orientados a la comprensión de las causas, que permitan un mejor entendimiento de la experiencia de vivir bajo desigualdades persistentes y múltiples.
- Para incidir en la reducción de las desigualdades en salud se requiere de una investigación interdisciplinaria robusta que permita comprender el entramado complejo y los mecanismos sociales productores de inequidad social (CICS, IED y UNESCO, 2016). En tal sentido, resulta indispensable promover transformaciones en la forma de observar y comprender las complejas realidades en que vive la población colombiana, con el fin de generar nuevas perspectivas (Benach y Muntaner, 2005). Allí hay un campo para el trabajo en las dependencias gubernamentales y en las instituciones académicas. La investigación futura debería ir más allá de la mera descripción de las desigualdades para avanzar hacia diseños explícitos orientados a aclarar las relaciones causales, los procesos de encarnamiento (*embodiment*) y la comprensión de los efectos sobre la experiencia vital y las subjetividades de la vivencia en contextos de desigualdades múltiples y persistentes.
- Fortalecer la estrategia de salud pública rural mediante la ampliación y mejoramiento de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, y de intervenciones comunitarias que garanticen el acceso efectivo de la población rural a servicios de salud. Se requiere priorizar las regiones con mayores brechas, como la Pacífica y la Orinoquía y Amazonía, e implementar soluciones diferenciales y participativas. En ese sentido, se recomienda el fortalecimiento de las iniciativas para la reorientación del sistema de salud, su articulación con los sistemas propios de las comunidades y la implementación de redes integradas y territorializadas basadas en la atención primaria de la salud.
- También, es fundamental diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales que integren salud, educación, agua potable y saneamiento básico en las zonas rurales. Estas acciones deben garantizar condiciones mínimas de vida digna, priorizando a mujeres, adolescentes y comunidades víctimas del conflicto, con el fin de incidir sobre los procesos sociales determinantes de la salud y de las desigualdades. En ese sentido, se recomienda acelerar la implementación del plan nacional de salud rural.

- La igualdad de género es un derecho humano y un horizonte de trabajo para el fortalecimiento de la paz y la democracia en Colombia. A pesar de los avances normativos e institucionales que registra el país, persisten desafíos en múltiples esferas que es necesario atender. La existencia de amplias y complejas brechas entre mujeres de distintas regiones, etnias y condiciones socioeconómicas demanda un conocimiento refinado sobre los entrecruzamientos de las múltiples dimensiones de las desigualdades y su interseccionalidad, que implica tanto la información estadística oficial como aproximaciones comprensivas desde otras perspectivas. Es necesario que las instituciones gubernamentales, tanto en el orden nacional como en lo territorial, revisen los diseños de los instrumentos de orden diagnóstico y evaluativo para encarar este desafío de país.
- Finalmente, para dar un salto cualitativo en la trayectoria institucional de enfrentamiento a la inequidad social y las desigualdades en salud, se recomienda el diseño e implementación participativa de una estrategia nacional para la reducción de desigualdades sociales en salud, que incluya una estrategia de monitoreo participativo que reconozca y potencie los saberes e iniciativas de actores locales, y que esté articulada de manera explícita con el sistema nacional de encuestas en salud, donde se pueda avanzar en una estrategia que integre datos poblacionales del sistema de encuestas en salud, datos administrativos y las encuestas DANE, de cara al fortalecimiento de las capacidades nacionales para la gestión del conocimiento y el monitoreo de la equidad social y en salud.

15.8. Lista de referencias

- Ahumada, J., Burijovich, J. y Carrizo, C. (1998). Crisis del Estado de bienestar y racionalización de políticas. *El caso del estado provincial, periodo 1995-1999*. SECYT.
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. E. V. Topo, Ed.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana* (Krieger Nancy. Ed, Breilh Ayora Maria Cristina. Trad). Universidad Andina Simón Bolívar y Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/9720>
- Cantero-Sánchez, M. y González, C. R. (2023). Producción Científica sobre la 'interseccionalidad' y su conceptualización en el ámbito hispanohablante: Una revisión del perfil de los productores académicos en Hispanoamérica y España 30 años después de la acuñación. *Latin American and Caribbean Ethnic Studies*, 18(4), 505-527. <https://doi.org/10.1080/17442222.2023.2173858>
- Comisión Económica para América Latinay el Caribe (CEPAL). (2024). *Panorama social de América Latina 2024*. CEPAL.
- CICS, IED y UNESCO. (2016). *Informe Mundial sobre Ciencias Sociales 2016: Afrontar el reto de las desigualdades y trazar vías hacia un mundo justo..* https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245995_spa
- Congreso de la República de Colombia. (2023). Ley 2294 de 2023. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución No 2367 de 2023. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2017). Encuesta Nacional de Demografía y Salud—ENDS 2015. [Tomo I-II] <https://profamilia.org.co/encuesta-nacional-de-demografia-y-salud-ends-2015/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2022a). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2020-2021. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/BoI_ENUT_2020_2021.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2022b). Mujeres y hombres: Brechas de género en Colombia (Segunda, Ed.). DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe-2daEdicion.pdf>

Melo, J. O. (2021). Colombia: Una historia mínima : una mirada integral al país. Crítica.

Observatorio Nacional de Salud. (2015). Informe Nacional de las desigualdades sociales en Salud en Colombia. [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.Desigualdades sociales en Salud en Colombia. https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.Desigualdades sociales.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.Desigualdades%20sociales.pdf)

Observatorio Nacional de Salud. (2016). Clase social y salud. [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/8.Clase Social y Salud.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/8.Clase%20Social%20y%20Salud.pdf)

ONU Mujeres Colombia. (2024). Mujeres y Hombres: Brechas de Género en Colombia—Resumen Ejecutivo. https://colombia.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/resumen_ejecutivo_myh.pdf

Pickett, K. E. y Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316-326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>

Quesada, J., Hart, L. K. y Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>

Therborn, G. (2016). Los campos de exterminio de la desigualdad (F. de C. Económica (FCE), Ed.; 2.a ed.). Fondo de Cultura Económica.

World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Debates, policy & practice, case studies. World Health Organization.