



capítulo 1

Introducción

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

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

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Rodolfo Enrique Salas Figueroa
Secretario General

Clara Mercedes Suárez Rodríguez
Directora de Epidemiología y Demografía

Clara Mercedes Suárez Rodríguez
Dirección General

Angélica Nohelia Molina Rivera
John Freddy Castro Camacho
Coordinación Técnica

Alexandra Judith Caycedo Sabaraín
Ana Carolina Estupiñan Galindo
Coordinación operativa

José Arturo Trujillo Manotas
Sandra Idalid Cediél Perez
Coordinación Estadística

Carlos Alberto Otálora Portillo
Coordinación de tecnologías

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

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

Laura Daniela Díaz Torres
José Alejandro Majjul
Apoyo Financiero

Omaira Teresa Borda Quintero
Gustavo Hinestroza Martínez
Apoyo Jurídico

Elizabeth Herrera Pérez
Apoyo Administrativo

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

FASE DE DISEÑO ENDS 2020
PROYECTAMOS COLOMBIA SAS

Carol Andrea Niño Suárez
Gerente General Projectamos Colombia SAS

Andrés Mauricio Mendoza
Gerente Técnico Projectamos Colombia SAS

Margarita Medina
Directora del proyecto - Projectamos Colombia SAS

Adriana Rodríguez
Coordinadora Projectamos Colombia SAS

Juan Carlos García
Líder del Diseño Temático

Cristian Téllez
Líder del Diseño Estadístico

Emiliana Urrutia
Líder del Diseño de Difusión

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

Diana García
Coordinadora de prueba piloto

Karol Enciso
Secretaria técnica

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



John Jairo Arboleda Céspedes
Rector de la Universidad de Antioquia

Edwin Rolando González
Decano Facultad Nacional de Salud Pública

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

Difariney González Gómez
Coordinadora general

Julia Beatriz Diaz Izquierdo
Coordinadora Nacional de Campo

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

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

Asesores temáticos

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

Otros colaboradores en la etapa de análisis

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

Otros colaboradores en la etapa de análisis

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

John Harvey Gómez Vega
Líder de Sistemas

Mateo Tuberquia Giraldo
Líder de estadística

Juan David Castañeda Rozo
Líder de difusión

Cristian David Santa Escobar
Asesor documentación de metadata y microdatos

Leidy Johanna Colorado Betancur
Líder Administrativa

Presentación

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2025 constituye uno de los ejercicios más relevantes de investigación poblacional y sanitaria del país. Su desarrollo refleja el compromiso del Estado colombiano, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, con la producción de información científica y estadística de calidad que permita comprender las dinámicas demográficas y de salud de la población, orientar la formulación de políticas públicas, y promover la equidad social y sanitaria en los distintos territorios del país.

El presente informe recoge los resultados de la octava versión de la ENDS, realizada entre marzo de 2024 y abril de 2025, en el marco del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud y bajo los lineamientos del Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS). La encuesta mantiene la tradición de rigor metodológico, representatividad y calidad estadística que ha caracterizado a los estudios poblacionales en Colombia, e incorpora innovaciones conceptuales y tecnológicas acordes con los desafíos contemporáneos en salud pública.

La historia de las encuestas de demografía y salud se remonta a mediados del siglo XX, cuando los gobiernos del mundo reconocieron la necesidad de fundamentar sus decisiones en evidencia estadística confiable. Desde las primeras conferencias internacionales sobre población y desarrollo, y la creación del Programa Mundial de Encuestas de Fecundidad (WFS) en 1972, hasta la instauración del Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) en 1984, estos estudios han contribuido a la comprensión global de los fenómenos demográficos y sanitarios. En Colombia, la primera ENDS se aplicó en 1986, consolidándose como un instrumento esencial para el seguimiento de los cambios en la fecundidad, la mortalidad, la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva, y más recientemente, para la identificación de inequidades sociales y de género.

La ENDS 2025 retoma esta tradición y la proyecta hacia una perspectiva más amplia e integral. Además, el estudio incorpora un enfoque de equidad,

reconociendo las desigualdades estructurales que afectan la salud de las personas según el territorio, el género, el nivel de riqueza, la educación y la edad. Este enfoque analítico permite visibilizar las brechas existentes, y orientar políticas públicas más justas y efectivas, en coherencia con la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014), el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026, el Plan Nacional de Salud Rural (2025) y el seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La ENDS 2025 ofrece información estratégica para el diagnóstico y la planificación en salud, la evaluación de políticas y programas, y la identificación de poblaciones en situación de vulnerabilidad. Su contenido permite actualizar las líneas de base para el seguimiento de metas nacionales e internacionales, además de fortalecer el Sistema Estadístico Nacional y la capacidad institucional del país para analizar fenómenos demográficos y sanitarios complejos.

Los resultados que se presentan en este informe constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisiones, los investigadores, la academia y la sociedad civil. Reflejan los avances, desafíos y transformaciones de la población colombiana en los últimos años, especialmente tras los impactos de la pandemia por COVID-19, los procesos migratorios recientes y las nuevas demandas sociales en torno a los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y la justicia social.

Con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social reafirma su compromiso con la producción de conocimiento riguroso, la transparencia estadística y la garantía del derecho a la salud como un bien público. Este documento no solo aporta una radiografía actualizada de la situación demográfica y sanitaria del país, sino que también invita a fortalecer el diálogo intersectorial y territorial, que promueve la toma de decisiones informadas para avanzar hacia una Colombia más equitativa, saludable y sostenible.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

1.1. Antecedentes

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la salud y del Plan Estadístico Nacional (PEN) liderados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), ambos bajo los principios del Sistema Estadístico Nacional. Durante las últimas cuatro décadas, hasta el 2015 la ENDS, se realizó cada cinco años. La versión del 2020 no pudo realizarse debido a la pandemia de COVID-19. Para la última versión de la ENDS, cuyos resultados se presentan en este informe, la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información se dio entre los años 2024 y 2025. Así, la ENDS 2025 constituye la octava ronda de esta encuesta.

A nivel internacional, y buscando respuestas al debate sobre la fecundidad, el crecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico, desde los años 60 del siglo pasado se han desarrollado diferentes aproximaciones orientadas por distintos enfoques en las políticas de población a nivel mundial: el control de la fecundidad y la política antinatalista predominaron en las décadas de los años 60 y 70, los vínculos población-desarrollo y la incorporación de la mujer al desarrollo sobresalen en los años 80, y la salud sexual y reproductiva junto con la legitimación de los derechos sexuales y reproductivos dominan desde los años 90 hasta la actualidad (Medina y Fonseca, 2005).

Desde finales de los años 80, el paradigma y la orientación de la política de población privilegian la salud sexual y reproductiva como parte de un complejo de asuntos que involucran la fecundidad y la anticoncepción, en el contexto de las condiciones de vida de la población. Los derechos sexuales y reproductivos se legitiman como derechos humanos en la Conferencia Mundial de Población del Cairo de 1994, lo cual da un impulso importante al desarrollo del enfoque y de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. Desde entonces, diversos organismos internacionales promueven el Programa de Encuestas de Demografía y Salud, del cual hacen parte las ENDS realizadas en el país.

La amplitud de enfoques y la diversidad de temas incluidos en las ENDS proporciona información clave para promover acciones en salud sexual y reproductiva ejecutadas con la corresponsabilidad articulada del Estado, la sociedad, la familia y el individuo. La ENDS capta las experiencias personales de los individuos, con módulos específicos para las mujeres entre los 13 y 69 años y los hombres entre 15 y 79 años; la información de los individuos se puede vincular no solo con los datos del hogar, sino también con la información sobre condiciones sociales de los grupos poblacionales, con la cual se pueden manejar diferentes criterios de estratificación social. En el análisis de distintas problemáticas incluidas en la encuesta, los datos sobre individuo, hogar y sociedad igualmente se pueden vincular con el acceso a servicios de salud ofrecidos por el Estado.

A lo largo de las últimas décadas, las ENDS han proveído información para la formulación de políticas y estrategias de salud sexual y derechos sexuales y reproductivos, consignadas en instrumentos normativos tales como: los documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) sobre embarazo adolescente (Departamento Nacional de Planeación, 2012) y sobre equidad de género (Departamento Nacional de Planeación, 2013); el Plan Decenal de Salud Pública en sus dos versiones más recientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a, 2022, 2023); la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b); la Ley 1257, por una vida libre de violencia contra las mujeres, (República de Colombia, 2008), y la Ley 1098 por la cual se expide el Código de infancia y adolescencia (República de Colombia, 2006), entre otras.

La ENDS incluye información de vital importancia para orientar la planificación, monitoreo y evaluación de acciones tendientes a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. En ciertos temas, la información de la ENDS es complementaria a la información de los registros administrativos del país, por ejemplo, información sobre nacimientos, defunciones y migraciones.

Dada la necesidad de conservar la trazabilidad de indicadores estratégicos para orientar las políticas públicas sociales y de salud, en la ENDS 2025

se analizan los temas principales incluidos en las otras rondas, pero además se incluyen nuevos contenidos relacionados con temáticas emergentes de interés nacional en la política pública.

1.2. Marco teórico

Entre los marcos de análisis propuestos por la demografía sobresalen algunas perspectivas especialmente útiles para analizar varios de los dominios incluidos en las ENDS: el marco de la “transición demográfica” y la “nueva transición demográfica”, “el costo oportunidad de tener los hijos”, el “modelo de los determinantes próximos de la fecundidad”, “el flujo intergeneracional de riquezas” y “los estudios de población con enfoque de género”, entre los principales.

En la perspectiva económica de la teoría clásica de la “transición demográfica”, se plantea el descenso de la fecundidad y de la mortalidad como una consecuencia de la modernización social, entendida como desarrollo económico, urbanización e industrialización (Medina y Fonseca, 2005). La teoría inicial de la transición demográfica explica la dinámica del crecimiento de las poblaciones resultante de cambios en los niveles de fecundidad y mortalidad, que se vinculan con el desarrollo económico. A partir de este planteamiento inicial han surgido distintos estudios que por contraste empírico apoyan o refutan las bases de las generalizaciones que hace la teoría. Sin embargo, se evidencia un hilo conductor en las distintas explicaciones: la generación de valores económicos como explicación de la dinámica demográfica (Medina y Fonseca, 2005). La polémica respecto a la teoría inicial, en la que se cuestionan los supuestos originales de linealidad (cambios en el desarrollo social conllevan cambios en la fecundidad), y la ausencia de otras dimensiones biológicas, tecnológicas, sociales y culturales (elementos sociológicos y normativos de la familia) que son determinantes del comportamiento reproductivo, ha generado nuevos desarrollos teóricos.

La “segunda transición demográfica” se refiere a cambios demográficos caracterizados por un retroceso en la proporción de personas que contraen

matrimonio, el aumento en la edad de contraer matrimonio, el aumento en la proporción de solteros viviendo solos, la preferencia de la unión libre (cohabitación) al matrimonio, el aumento de hijos fuera de unión matrimonial y el aumento en el número de divorcios y uniones posteriores (Salazar, 2003). Se observa una consolidación de cambios en la demografía de Colombia que se ven reflejados en nuevas formas de unión, de disolución y de reconstitución del modelo familiar, las cuales generan una organización diferente de las familias. En la literatura sobre el tema, aspectos como el inicio de relaciones sexuales antes de la constitución de una unión estable, principalmente en adolescentes, y el inicio de las relaciones sexuales cada vez menos ligado al matrimonio y a la procreación también se vinculan con la segunda transición demográfica (Flórez y Soto, 2013).

Desde la microeconomía se propone un marco para valorar el costo oportunidad de tener los hijos, a partir de la oferta y de la demanda de hijos regulada por el costo de la anticoncepción, donde la familia es la unidad de análisis; este enfoque, que conlleva una elaborada operacionalización matemática, se ha aplicado principalmente a la medición de la demanda insatisfecha de anticoncepción (Becker, 1960, 1992).

En la perspectiva sociológica, se propone el modelo de los determinantes próximos de la fecundidad en el que se formulan los determinantes biológicos y tecnológicos que están afectados por el comportamiento social (Davis y Blake, 1956). El modelo ha tenido variaciones, adiciones y modificaciones aportadas por investigadores que continuaron trabajando en esta línea de pensamiento en los 50 años siguientes a la formulación original, entre los cuales sobresalen Bongaarts y colaboradores (1998).

Los determinantes próximos son aquellos que directamente influyen en la fecundidad, principalmente los asociados con la exposición al riesgo del embarazo, con la concepción, con la gestación y con la infertilidad postparto. La edad a la menarquia, el uso eficiente de métodos de control natal, la terminación exitosa o no del embarazo, la infertilidad postparto y la edad de la menopausia, son frecuentemente considerados como determinantes próximos. Se consideran

factores distales aquellos que afectan la fecundidad a través de los determinantes próximos, tales como los factores socioeconómicos. La exposición al riesgo de embarazo que se da a partir del inicio de relaciones sexuales heterosexuales, ya sea dentro o fuera de una unión estable, y la edad a la primera unión o matrimonio, son indicadores básicos de la exposición al riesgo de embarazo (Lesthaeghe, 1998). Justamente, el modelo con este orden de variables se ha aplicado en el estudio de la fecundidad adolescente en el país (Flórez y Soto, 2013).

Los enfoques socioculturales analizan el flujo intergeneracional de riquezas y el valor cambiante de la familia y de los hijos (Caldwell, 1978, 1982), la innovación y difusión de la anticoncepción (Cleland, 2012), y el desarrollo de valores individualistas como condición para el descenso de la fecundidad (Medina y Fonseca, 2005).

También desde una perspectiva sociológica, con notable influencia del pensamiento económico, en los años 80 y 90 se desarrollan los estudios de población con enfoque de género, en los cuales se articula la estratificación social con la de género, de mayor tradición en la disciplina demográfica. Dentro de este enfoque hay dos líneas de investigación sobresalientes: el estatus social de la mujer (Mason, 1997) y las inequidades de género que definen la posición de la mujer en el cambio demográfico (Federici, 2013; Young, Fort y Danner, 1994; García et al., 1999). Bajo esta perspectiva se definen los contenidos de la salud sexual y reproductiva, y se fundamenta los derechos sexuales y reproductivos (Medina y Fonseca, 2005).

1.3. Marco conceptual

1.3.1. Paradigmas que han fundamentado los estudios poblacionales

La perspectiva cada vez más integral de las encuestas de demografía y salud ha involucrado varios paradigmas que han contribuido a fundamentar su diseño, aplicación y utilización, entre ellos: el paradigma malthusiano, la transición demográfica, la transición epidemiológica, los determinantes sociales de las desigualdades en salud, entre otros. A continuación, se sintetizan algunas de sus principales características.

A principios del siglo XX varios analistas liberales proponían que los problemas económicos, la pobreza y las amenazas al bienestar social provenían del crecimiento de la población. Esta teoría, fuertemente influyente en demografía y economía, había sido propuesta desde 1798 por el economista inglés Thomas Robert Malthus, quien consideraba que el crecimiento de la población humana tiende a ser más rápido que el aumento de los recursos, además, que la escasez resultante conlleva a la pobreza, la hambruna y los conflictos sociales (Malthus, 1798).

Según el enfoque de Malthus, las personas sometidas al instinto de reproducción se multiplican de forma irresponsable y ponen en peligro la sociedad en su conjunto; así, si un individuo nace en una sociedad que no necesita su trabajo, sobra y no tiene ningún derecho a reclamar ni la más pequeña porción de alimento. Desde esta perspectiva, la pobreza es el resultado del crecimiento de la población, por ende, la solución a los problemas sociales consiste en controlar los nacimientos entre las personas más pobres. La relación malthusiana entre la pobreza, el crecimiento económico y el crecimiento poblacional se constituyó simultáneamente en la explicación de la crisis, el gran reto de los Estados de bienestar y el eje de sus políticas económicas y sociales. Sin embargo, este supuesto ha sido discutido desde diferentes perspectivas.

A pesar de que la supervivencia y la esperanza de vida han aumentado en más de un 8,0 % en todo el mundo, los países empobrecidos siguen padeciendo los peores resultados sanitarios generales y permanecen muy por debajo de los promedios globales (OMS, 2020). Paradójicamente, el énfasis de los análisis y las políticas de corte malthusiano se ha puesto en evitar la reproducción de los grupos más pobres y no en la protección de los recursos naturales (Braggion, 2018). No obstante las múltiples críticas al carácter ideológico de los planteamientos malthusianos, este paradigma sigue inspirando hasta hoy a muchos analistas que atribuyen los problemas sociales al aumento poblacional de los grupos empobrecidos.

Por su parte, el modelo de la transición demográfica fue desarrollado alrededor de 1940 para explicar la dinámica poblacional observada en Europa en los últimos 200 años, atribuyendo los cambios a la variación conjunta de tres indicadores: el descenso en la tasa bruta de mortalidad, de 40,0 % a menos de 10,0 %; la disminución en la tasa de fecundidad, de 50,0 % a menos de 10,0 %; y el aumento en la esperanza de vida, de 30 a más de 70 años. Estos cambios se interpretaron como la transición progresiva de un perfil demográfico propio de los países agrícolas y preindustriales hacia un perfil moderno, ligado al crecimiento económico.

El modelo de transición propuso que esta trayectoria sigue ciertos patrones regulares y diferenciables, los cuales se repiten de manera similar a lo largo de la historia. Con base en estas observaciones, Omran (1971) propuso una explicación que se convertiría en modelo teórico para interpretar el desarrollo social y los cambios epidemiológicos. En su concepto, las sociedades deben pasar por cuatro fases antes de derivar en una sociedad plenamente postindustrial (Dudley, 1996).

En un primer estadio de desarrollo, la sociedad se enfrenta a condiciones ambientales que aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias, especialmente en la infancia y el parto; la esperanza de vida es baja; las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad son muy altas, y debido a esta

compensación el crecimiento de la población es lento. En un segundo estadio, las tasas de natalidad continúan altas, pero los avances económicos, higiénicos y tecnológicos reducen la mortalidad y aumentan la esperanza de vida; por esta razón las poblaciones crecen a un ritmo más rápido. En un tercer estadio, que marca realmente la transición hacia el desarrollo, varios factores económicos, culturales y sociales, como la urbanización, la industrialización y las demandas del mercado laboral, afectan el comportamiento reproductivo de las mujeres generando una disminución de la natalidad, que tiende a equilibrarse con la mortalidad; las mujeres tienen menos embarazos y menos hijos; hay menos niños y menos gestantes, y disminuyen las defunciones de estos grupos. Finalmente, en un cuarto periodo, que el modelo considera propio de la postindustrialización, la natalidad y la mortalidad disminuyen a un ritmo acelerado, y aumenta el envejecimiento de la población. Según este paradigma, la meta de los gobiernos consiste en lograr la transición que han logrado los países industrializados reduciendo la natalidad y la mortalidad.

En pocos años, el modelo de la transición demográfica tuvo una amplia difusión y pasó de considerarse un fenómeno propio de la historia europea, a convertirse no solo en una explicación universal que justificaba el modelo de desarrollo de los países ricos, sino también en la base de una agenda política que pretendía mejorar el bienestar de la población simplemente bajando la natalidad y la mortalidad, sin necesidad de controlar el empobrecimiento ni transformar las relaciones globales de dependencia y explotación. Sin embargo, en pocos años se revelaron las deficiencias del paradigma de la transición demográfica.

A pesar de su amplia difusión entre demógrafos, economistas y epidemiólogos, el enfoque de la transición ha sido también cuestionado por varios analistas. Entre las críticas destacan su carácter mecánico, su desconocimiento de los contextos y su pretensión de convertir la transición en un proceso universal. No obstante, la principal crítica que se hace a este modelo es su aplicación como dispositivo ideológico colonialista que propone una sola ruta

para el desarrollo económico y social, enmascara la inequidad y evade la necesidad de controlar la concentración de la riqueza (Avilés, 2001; Gómez-Arias, 2001).

Para 2016, la economía mundial había crecido a expensas de los países del núcleo y la natalidad había disminuido; sin embargo, las enfermedades no transmisibles representaban ya el 71,0 % de las defunciones mundiales, y más del 85,0 % de los 15 millones de defunciones prematuras (entre los 30 y los 70 años) se producían en países de ingresos bajos o medianos (OMS, 2020). Los análisis sugirieron que la relación entre el control de los nacimientos y el desarrollo económico y social no es tan simple ni mecánica y que, por el contrario, ambos eventos interactúan de manera compleja y diferente según las condiciones del contexto. En la región de América Latina y el Caribe, a pesar de que la natalidad y la mortalidad han disminuido notablemente en las últimas décadas, el crecimiento económico anualizado es el más bajo del mundo: apenas 1,9 %; muy por debajo de la cifra global (2,7 %) y de otras regiones como Asia Oriental y el Pacífico, donde el crecimiento alcanzó 5,9 % (Banco Mundial, 2024).

Otro paradigma relevante en los estudios poblacionales ha sido el de la transición epidemiológica, que constituye un enfoque explicativo y predictivo de los perfiles de salud, derivado del modelo de la transición demográfica (Frederiksen, 1969; Omran, 1971). En aquel se asume que los cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones se ajustan a los patrones demográficos de la industrialización, y se suceden regularmente desde las infecciones hacia las enfermedades crónicas (Omran, 1998).

Según esta perspectiva teórica, las variaciones en los patrones de salud y enfermedad están profundamente asociados con la dinámica poblacional, por consiguiente, los conocimientos de la epidemiología sobre dichos patrones y sus determinantes, no solo constituyen una teoría de la población, sino que permiten también predecir cambios en la morbilidad. La transición epidemiológica propone que los cambios en el ritmo e intensidad de la estructura poblacional obedecen inicialmente a la reducción de la mortalidad y, secundariamente, a

las variaciones en la fecundidad, cuyos cambios se explican a su vez por tres tipos de factores: 1) condiciones socioeconómicas, políticas y culturales, como las mejoras nutricionales, los hábitos higiénicos, la ventilación de las viviendas y la disposición de basuras; 2) condiciones ecológicas que reducen la exposición a los agentes infecciosos, las posibilidades de contagio y la susceptibilidad del hospedero, y 3) condiciones científico-médicas como las mejoras en el saneamiento público, la vacunación y el desarrollo de medidas terapéuticas. El enfoque de la transición epidemiológica propone al menos seis modelos diferentes de transición (Omran, 1998).

Con fundamento en esta teoría, otros autores propusieron posteriormente la noción de transición en salud como un patrón de cambios regulares y unidireccionales en la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad, los cuales se asocian con la modernización y el desarrollo tecnológico (Frenk et al., 1991). Las teorías de la transición han sido ampliamente presentadas por la literatura técnica como el modelo que permite tanto comprender la situación sanitaria de la población como planificar los servicios de salud. Sin embargo, este enfoque ha sido objeto de múltiples críticas relacionadas con sus implicaciones de tipo ideológico y político, entre ellas, su trasfondo colonialista y conservador, la superficialidad en la concepción y análisis de los determinantes sociales de la salud, la supuesta naturalidad y necesidad de la transición en una única dirección, su desconocimiento de la inequidad como condición determinante de los procesos vitales, y su valoración de los cambios en la morbilidad como una forma de “progreso” conveniente para todos (Avilés, 2001; Braveman, 2001; Gómez-Arias, 2001).

Durante mucho tiempo, los enfoques lineales, unicastos y mecanicistas fijaron el rumbo de las ciencias naturales y sociales. Actualmente esta concepción ha dado paso a un abordaje más complejo e integral, el cual reconoce los hechos como procesos en permanente cambio, resultantes de la confluencia de múltiples condiciones que se van articulando de forma no siempre previsible, en diferentes direcciones y según los contextos históricos, pero cuya interacción permite comprender y controlar los fenómenos, por lo menos de forma parcial y

temporal. En el campo de la salud pública, la sustitución de modelos mecánicos por modelos dinámicos complejos ha dado lugar al reconocimiento de la salud como un proceso social, determinado permanentemente por las condiciones históricas concretas donde las personas viven y trabajan (Laurell, 1982; Breilh, 2003; Wilkinson y Marmot, 2003)

Desde Latinoamérica ha existido una visión crítica a la aproximación de los determinantes sociales de la salud promovidos por la OMS (López, Escudero y Carmona, 2008), que resalta la existencia de diferentes posicionamientos teóricos y ético-políticos en la comprensión de la salud y las formas de actuar sobre ella. Las perspectivas de determinantes y de determinación social de la salud tienen algunas convergencias, especialmente en cuanto al reconocimiento de la naturaleza social de la salud y la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad, pero también divergencias que ponen de presente la disputa por la configuración del campo de saber de la salud de las poblaciones, mostrando como los referentes teóricos e ideológicos de cada perspectiva producen marcos interpretativos y de acción diferenciados tanto en sus contenidos como en sus implicaciones práctico-políticas (Birn, 2009; Breilh, 2022).

No obstante las diferencias, estas perspectivas han derivado también en un compromiso internacional para mejorar la salud de las poblaciones actuando no solo sobre los riesgos biológicos, las enfermedades y defunciones, sino principalmente sobre las condiciones sociales que influyen sobre la salud (CDSS, 2008). En particular, sobre las condiciones sociales, políticas, económicas, ambientales y culturales; la distribución del poder y de los ingresos; las condiciones de trabajo y ocio; el estado de la vivienda y del entorno físico; el acceso efectivo a los bienes y servicios; la disponibilidad de agua potable, la atención sanitaria, la escolarización y la educación (OMS-CDSS, 2009). Mas que un planteamiento de tipo conceptual o técnico, el reconocimiento de la determinación social de la salud es un principio de tipo ético y político que reclama el compromiso de los tomadores de decisiones (OMS, 2008; Breilh, 2022). En tal sentido, superar los enfoques descriptivos y avanzar en perspectivas analíticas, integrales y contextualizadas

que den cuenta de la naturaleza social de la salud y de la producción de las inequidades, constituye uno de los mayores retos de las encuestas de demografía y salud. Para la versión de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social conservó la estructura predominantemente descriptiva, pero incentivó la realización de análisis más integrales de la dinámica poblacional y de la salud, hasta donde los datos lo permitan, y que promuevan la realización de cambios en el diseño de las próximas encuestas.

1.3.2. Las inequidades sociales como determinantes del desarrollo y la salud

La preocupación por explicar cómo se genera y distribuye la riqueza ha sido objeto de interés para la economía desde el siglo XVIII. Las primeras publicaciones tenían un alto contenido de reflexión ética y política (Smith, 1776; Malthus, 1798; Marx, 2010). En los albores del siglo XXI, a nivel global y especialmente de la región latinoamericana, esta sigue siendo una preocupación central, en la medida en que las brechas históricas de inequidad se acentuaron durante las décadas finales del siglo XX, en gran medida debido a la implementación de políticas de ajuste estructural, incluso a pesar del crecimiento económico y de la reducción de la pobreza en algunos países (Ahumada, 1996).

Durante las crisis económicas del siglo XX, se hizo evidente que la riqueza y el grado de necesidad de las personas se distribuían de manera muy diferente en la población. En su afán de responder a la crisis, múltiples estudios se ocuparon de documentar el comportamiento de las desigualdades sociales. En el campo de la salud se destacan múltiples estudios que mostraron una fuerte relación entre los indicadores de morbilidad y las condiciones socioeconómicas de la población (McKeown y Record, 1962; Behm, 1962; Marmot et. al, 1978; García, 1979; Black, 1980; Breilh y Granda, 1981). Estos análisis sugieren que las desigualdades sociales enferman y matan a

la gente. Por su enfoque político, el contenido de estas investigaciones fue desestimado por muchos gobiernos e incluso rechazado, como ocurrió con el informe Black en Inglaterra (Segura del Pozo, 2007).

A pesar de las controversias, los estudios sobre las desigualdades y el enfoque de equidad se incorporaron a las investigaciones poblacionales sobre salud y enfermedad desde diferentes perspectivas ideológicas. Algunos de ellos, inclusive, se apoyan en el estudio de las brechas sociales para justificar la escasez de recursos y naturalizar la pobreza, argumentando que las desigualdades son una condición natural y benéfica para la sociedad, pues genera incentivos económicos (Anderson, 2015). En contra de estos planteamientos, otros pensadores argumentan que para ser coherentes con el enfoque se requiere ir más allá de la medición estadística de las brechas, valorando las diferencias desde la perspectiva de la justicia. Con este fin introducen el término “inequidades” para referirse específicamente a las diferencias que podrían considerarse injustas y evitables (Whitehead y Dahlgren, 2007).

El problema entre la descripción estadística de las desigualdades y la valoración ética y política de las inequidades no es un asunto semántico ni solamente metodológico, sino una cuestión de fondo que toca con la noción de justicia, problema profundamente atravesado por diferentes perspectivas éticas respecto a lo que se considera justo, donde los autores defienden intereses y valores diferentes, lo que tiene una incidencia directa sobre las consideraciones para la acción y las políticas públicas (Hernández, 2008).

La discusión sobre la justicia y la equidad se ha enriquecido con nuevas categorías que se han constituido en argumentos imprescindibles; entre ellas, la noción de exclusión social, discusión que enfrenta dos posiciones contrarias, quienes consideran que la exclusión es la consecuencia natural de las desigualdades y quienes argumentan que la exclusión es realmente un dispositivo político activo y selectivo impuesto por una sociedad a ciertos individuos y grupos, a quienes se impide la incorporación a procesos esenciales para su propia supervivencia y desarrollo humano (Silver, 2007). Desde

esta perspectiva la exclusión es un proceso político que genera inequidades sociales y por tal razón debe documentarse y enfrentarse.

También el enfoque de género ha enriquecido la reflexión de la producción y reproducción de la inequidad social. Este es un paradigma epistemológico, teórico, académico, ético y político desarrollado desde fines del siglo XIX en el contexto de los movimientos de mujeres y feministas, que reconoce la existencia de relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres producto del sistema sexo/género y la división sexual del trabajo. Inicialmente buscaban la igualdad de derechos para las mujeres. Aunque existen diferentes vertientes del enfoque, coinciden en proponer que muchos de los comportamientos que asumen las personas en relación con su sexo, son la expresión de roles impuestos por la sociedad, los cuales actúan como dispositivos de dominación y exclusión, y por lo tanto como generadores de inequidad. En términos de justicia, una apuesta por el enfoque de género implica la redistribución económica y de las cargas de cuidado, reconocimiento y redistribución del poder político para la toma de decisiones, a su vez, exige a los analistas identificar, describir y valorar las construcciones culturales y sociales que, en cada contexto, definen la norma de lo masculino y lo femenino para los individuos (Naciones Unidas, 1995). En la versión 2025 de la ENDS se valoran los resultados con enfoque de género, hasta donde los datos lo permitan.

También los análisis de equidad han venido reclamando la necesidad de avanzar en comprensiones que atiendan la interseccionalidad, la sinergia entre diferentes procesos de explotación, privilegio, exclusión y discriminación que operan de manera simultánea sobre grupos específicos de la población en condiciones históricas concretas. Desde los aportes del feminismo afrodescendiente, la interseccionalidad se refiere a una estructura compleja de condiciones opresivas que confluyen y se superponen de forma múltiple y simultánea sobre algunas personas y grupos aumentando su vulnerabilidad, y que se relacionan con sus condiciones particulares de etnia, género, ocupación, edad, profesión, cultura, religión y procedencia, entre otras (Crenshaw, 1994).

Dichas intersecciones se configuran como poderosas estructuras de discriminación múltiple, usualmente reproducidas y enmascaradas por los discursos predominantes en la sociedad. Corresponde a una apuesta teórica, metodológica, ética y política que intenta comprender cómo las múltiples estructuras sociales de dominación y privilegio explican fenómenos sociales para grupos poblacionales situados. Reconocer la interseccionalidad como categoría exige a los analistas relacionar entre sí las condiciones en que viven las personas para establecer aquellas confluencias que aumentan su vulnerabilidad (Walby, 2009).

La noción de interseccionalidad es en sí misma compleja y su aplicación exige aproximaciones interdisciplinarias. La estadística dispone también de procedimientos multivariados que permiten cuantificar la confluencia y asociación entre distintas variables, siempre y cuando los datos se ajusten a los supuestos requeridos por la técnica. En el caso de las ENDS, uno de los mayores retos consiste en diseñar estudios que faciliten los análisis de interseccionalidad.

1.4. Marco legal

La ENDS 2025 está soportada en un amplio abanico de disposiciones normativas que le dan respaldo y, a su vez, suministra información que facilita la gestión de diversas políticas nacionales. De manera general, se enmarca en los postulados de la Constitución Política Nacional de 1991 que afirman el Estado social de derecho y la garantía de los derechos como un fin esencial del Estado; así mismo, en el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, que comprende el acceso oportuno y eficaz a servicios de salud de calidad, así como la igualdad de trato en la atención y el deber del Estado con la actuación sobre los procesos sociales determinantes de la salud y de las desigualdades (Congreso de la República, 2015).

A nivel particular, se dispone de una amplia normatividad que respalda el desarrollo de la ENDS, cabe destacar la Ley 51 de 1981 por medio de la cual se ratificó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Resolución 3353 de 1993 del Ministerio de Educación Nacional por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de Educación Sexual en la Educación básica del país; la Ley 248 de 1995 que ratificó la “Convención de Belem do Pará; el Decreto 1543 de 1997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por VIH-sida y otras enfermedades de transmisión sexual; la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia; la Ley 1257 de 2008 por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, así como el Decreto 4798 de 2011 que reglamenta dicha ley; la Ley 1384 de 2010 o Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer en Colombia; la Ley 1620 de 2013 por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar; la Resolución 1419 de 2013 por la cual se establecen parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de redes de prestación de servicios oncológicos para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación; la Ley 1761 de 2015 por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo; la Ley 1804 de 2016 por la cual se establece la política para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, de Cero a Siempre; la Resolución 3280 de 2018 que establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) por la cual se adoptan lineamientos técnicos y operativos para garantizar la atención integral en salud para todos los grupos poblacionales, incluyendo aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva, mediante las rutas integrales de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la atención de la población materno perinatal; la Ley 1971 de 2019 por medio de la cual se crean medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel; el Decreto 2404

de 2019, en el cual se establecen condiciones para la producción de estadísticas oficiales y para el intercambio de microdatos, registros administrativos y fuentes alternativas para la producción de estadísticas oficiales; el Decreto 064 de 2020 que modificó algunos artículos del Decreto 780 de 2016 sobre los grupos de especial protección para incluir en el régimen subsidiado de salud a los migrantes provenientes de Venezuela que se encuentren en condición de vulnerabilidad; la Resolución 228 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se adopta la Política Pública de Prevención y tratamiento de la infertilidad; la Sentencia C-055 de 2022 Corte Constitucional de Colombia que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 24 de gestación, luego de lo cual se mantienen las tres causales previamente establecidas por la Sentencia C-355 de 2006; el Decreto 681 de 2022 por el cual se adiciona un capítulo al Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031.

Además, la ENDS 2025 da soporte a desarrollos político normativos como las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (DNP, 2023), que desde su perspectiva integral propende por la paz, la seguridad, la equidad y el bienestar de las poblaciones en los diferentes territorios. A este respecto la ENDS 2025 podría servir de línea de base en varios aspectos, particularmente en relación con las condiciones de los hogares, las desigualdades entre grupos sociales, la salud de las mujeres y los niños y las condiciones de grupos prioritarios.

También al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), una política nacional que se propone superar la perspectiva tradicional centrada en el control de eventos de salud-enfermedad orientando la gestión hacia el fortalecimiento de la salud como un derecho fundamental en los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas, sus familias, las comunidades y los territorios. A este respecto los hallazgos de la ENDS 2025 pueden servir de línea de base para facilitar la identificación y seguimiento de necesidades insatisfechas y brechas en el disfrute del derecho a la salud.

De la misma manera, la ENDS 2025 aporta elementos al monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales coinciden en gran parte con el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Los ODS son un compromiso internacional adoptado en 2015 por la Asamblea General de Naciones Unidas con la intención de asegurar para el año 2030 el bienestar de las personas y el planeta, la seguridad y la paz. El acuerdo, denominado Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se propone varios objetivos prioritarios relacionados con la pobreza, la desigualdad, el clima, la degradación ambiental, la salud y la justicia, los cuales se agrupan en 17 categorías (Naciones Unidas-Asamblea General, 2015).

Finalmente, los hallazgos de la ENDS 2025 pueden servir de línea de base y facilitar el diseño de estrategias para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), el cual constituye la política orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud de los campesinos y las campesinas, los pueblos y comunidades étnicas, los y las trabajadoras de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, buscando contribuir a la superación de inequidades, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, la transformación estructural del campo y la creación de condiciones de bienestar y buen vivir para las poblaciones residentes de las zonas rurales del país.

1.5. Referentes internacionales y nacionales

El registro sistemático de estadísticas de defunciones y nacimientos se fortaleció notablemente en Europa desde mediados del siglo XVII (Foucault, 1991). Sin embargo, el desarrollo de encuestas poblacionales dirigidas a contactar activamente a la población para obtener información sobre su composición, dinámica y relación con la salud es una estrategia relativamente reciente en la historia.

El interés por la aplicación de las encuestas poblacionales surgió en los países industrializados en el contexto de la crisis de la posguerra, la expansión de

las políticas de bienestar y los avances en el conocimiento estadístico, demográfico y epidemiológico. A partir de 1950, los gobiernos occidentales reconocieron la importancia de fundamentar sus políticas en la caracterización de la dinámica poblacional, la reproducción de la fuerza de trabajo y las necesidades básicas de las poblaciones, incluyendo entre ellas las necesidades relacionadas con la salud.

El empobrecimiento, el hambre y la violencia han marcado la historia humana desde la antigüedad, por distintas razones y de modos diferentes. Sin embargo, entre 1914 y 1945 estos problemas afectaron también y de manera particularmente crítica a los países industrializados, que hasta el momento habían gozado de una situación privilegiada en el mundo. Tanto en los países industrializados como en las antiguas colonias, las principales preocupaciones de los gobiernos debieron centrarse en asegurar el orden de los mercados, restablecer el crecimiento económico, reducir la pobreza y mejorar la capacidad de consumo de la población. Pero lograr estos objetivos era, es y sigue siendo complejo. La solución del problema exigía reconocer su origen y su dinámica y por lo tanto la necesidad de investigarlo.

Para superar la crisis global, las democracias liberales modificaron profundamente el rol del Estado, responsabilizándolo de recuperar la economía y resolver las necesidades insatisfechas de la población. Con el fin de fundamentar esta tarea, los gobiernos de la época aplicaron varias estrategias, entre ellas fortalecer su capacidad para obtener y procesar información mediante el análisis comparativo de registros institucionales y la realización de censos y encuestas a grupos bien definidos. La demografía y los avances estadísticos en técnicas de muestreo contribuyeron notablemente al desarrollo de estudios poblacionales cuyas mediciones sirvieran de soporte a la toma de decisiones.

En 1954, convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se realizó en Roma la Primera Conferencia Mundial sobre Población (ONU, 1954); la gran preocupación de las democracias liberales era la alta demanda de recursos por parte de los grupos más pobres. La Conferencia tuvo como propósito

examinar el rápido crecimiento poblacional, especialmente en las regiones empobrecidas, y establecer su papel en el desarrollo.

Los analistas malthusianos proponían que la pobreza mundial se debía al crecimiento poblacional; en su opinión, una población en rápido crecimiento presionaba los recursos disponibles y limitaba el progreso económico. Sin embargo, otras perspectivas consideraban que la relación entre pobreza y desarrollo era mucho más compleja y estaba en relación con las relaciones geopolíticas globales. La Conferencia consideró necesario investigar en profundidad las relaciones entre la fecundidad, la mortalidad, la migración y el desarrollo. En tal sentido se acordó fomentar y crear en los diferentes países, centros de capacitación en demografía, promover la planificación familiar, fortalecer los sistemas de salud para mejorar la atención materna e infantil, reducir la mortalidad, y realizar investigaciones demográficas para soportar las políticas públicas. Desde la Conferencia de Roma la importancia de los estudios demográficos como fundamento de las políticas públicas ha sido reconocida y resaltada por varios acuerdos internacionales. Los principales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.1.
Principales hitos en el ámbito internacional relativos a las encuestas demográficas y los derechos de las mujeres

Año	Ciudad	Evento	Acuerdos y decisiones
1954	Roma	Primera Conferencia Mundial sobre Población (ONU, 2010)	Algunos ideólogos malthusianos proponen que la pobreza se debe a la alta fecundidad y es necesario controlar la natalidad en los países pobres. Se abre el debate. Se acuerda crear y fortalecer centros de capacitación en demografía para valorar el papel de los cambios poblacionales en el desarrollo.
1957	Santiago de Chile	Comisión Económica para América Latina (CEPAL)	Crea el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)
1958	Nueva York	Comisión de Estadística de las Naciones Unidas	Lanza el Primer Programa Mundial de Censos de Población y Vivienda. Lineamientos generales sobre estudios demográficos. Entre 1958 y 1963 se realizan censos nacionales en 175 países (ONU, 2010).
1965	Belgrado	II Conferencia de Población (ONU, 1965)	Considera que la explosión demográfica es una amenaza para el desarrollo. La fecundidad y la capacidad reproductiva de las mujeres se consideran un problema que debe ser controlado. Se propone priorizar los estudios sobre la fecundidad y sus consecuencias sobre el desarrollo.
1974	Bucarest	III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ONU, 1974)	Se adopta el Plan de Acción Mundial sobre Población. Se establece la soberanía de las naciones en los temas de población. Se reconoce el derecho a la libre decisión del número y del momento en que se tienen las hijas y los hijos. Se prioriza promover la situación de las mujeres y se acuerdan acciones para la reducción de la mortalidad; especialmente la mortalidad infantil.
1975	Ciudad de México	Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer	Participaron en ella representantes de 133 gobiernos, al tiempo que 6 000 representantes de ONG asistían a un foro paralelo, la Tribuna del Año Internacional de la Mujer. En la Conferencia se definió un plan de acción mundial para la consecución de los objetivos del Año Internacional de la Mujer, que incluía un amplio conjunto de directrices para el progreso de las mujeres hasta 1985.

Año	Ciudad	Evento	Acuerdos y decisiones
1972 - 1984	65 países	Instituto Internacional de Estadística (ISI)	Con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Internacional para el Desarrollo del pueblo de los Estados Unidos (USAID) se pone en marcha el Programa Mundial de Encuestas de Fecundidad (WFS), centradas principalmente en entrevistar hogares y mujeres en edad fértil en países "en vía de desarrollo" (ONU, 1984).
1977	"Países en vía de desarrollo"	Asociación Americana de Población (APA)	En algunos países se evidencia una disminución de las tasas de fecundidad asociada con programas de planificación familiar. Colombia fue uno de ellos (Family Planning, 1978).
1979	Nueva York	Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)	Es el instrumento internacional vinculante más amplio sobre los derechos humanos de todas las mujeres y niñas. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1979, entró en vigor en 1981. Obliga a los Estados que la ratifican a garantizar la igualdad tanto en las normas y leyes como en los hechos y resultados.
1980	Copenhague	Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer	Un total de 145 Estados Miembros se reunieron en esta Conferencia, que tenía por objetivo examinar los avances realizados hacia el cumplimiento de los objetivos de la primera conferencia mundial, especialmente de los relacionados con el empleo, la salud y la educación. El programa de acción que se aprobó hacía un llamado a favor de adoptar medidas nacionales más firmes para garantizar la apropiación y el control de la propiedad por parte de las mujeres, así como a introducir mejoras en el ámbito de la protección de los derechos de herencia, de custodia de los hijos y de nacionalidad de la mujer.

Año	Ciudad	Evento	Acuerdos y decisiones
1984	México	Conferencia Internacional sobre Población (ONU, 1984)	Destaca la importancia de los derechos humanos, las condiciones de salud y bienestar, el empleo y la educación.
1980 - 1990	Varios países	Naciones Unidas, USAID y otras agencias	Se adelanta el programa internacional de Encuestas de Prevalencia de Uso de Anticoncepción (CPA) apoyado en las experiencias del Programa Mundial de Encuestas de Fecundidad (WFS) (ONU, 1984)
1984	Varios países	Bajo la coordinación del Instituto para el Desarrollo de Recursos (IRD)	Se implementa el Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), iniciativa global dirigida a recopilar y analizar datos sobre la salud reproductiva, la fecundidad, la mortalidad infantil y otros indicadores clave de salud y desarrollo.
1985	Nairobi	Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer	Se aprobó un mandato consistente en establecer medidas concretas para superar los obstáculos al logro de los objetivos del Decenio. Participaron en ella 1 900 delegadas/os de 157 Estados Miembros. Un foro paralelo de ONG atrajo a cerca de 12 000 participantes. Los gobiernos adoptaron las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de mujer, que esbozan las medidas que deberían adoptarse para lograr la igualdad de género a nivel nacional y promover la participación de las mujeres en las iniciativas de paz y desarrollo.
1994	El Cairo	IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo -CIPD (ONU, 1994)	179 gobiernos adoptaron el Programa de Acción de la CIPD (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo), el cual considera que no es posible un desarrollo sostenible e inclusivo sin priorizar los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos, sin empoderar a las mujeres y las niñas, y sin abordar las desigualdades, las necesidades, las aspiraciones y los derechos de cada mujer y hombre.
1994	Belém do Pará	Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer	Realizada en el marco de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, adoptó el tratado internacional más importante para la lucha de los derechos de las mujeres en América Latina. Este estableció el derecho que tienen las mujeres a vivir una vida libre de violencias y obligó a los Estados a proteger el derecho y a dar la posibilidad a las mujeres de denunciar a quienes incumplieran con esa responsabilidad.

Año	Ciudad	Evento	Acuerdos y decisiones
1995	Beijing	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer	Marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada de forma unánime por 189 países, constituyó un programa en favor del empoderamiento de la mujer y en su elaboración se tuvo en cuenta el documento clave de política mundial sobre igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing estableció una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género.
2013	Montevideo	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo.
2015	Corea del Sur	Declaración de Incheon. Educación 2030: Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos.	Aprobada en el Foro Mundial sobre la Educación de ese año, representa el compromiso de la comunidad educativa en favor del ODS 4: Educación 2030 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, ya que reconoce la función esencial que desempeña la educación como uno de los principales motores del desarrollo.
2018	Washington	Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 de la Región de las Américas	Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 que pretende cerrar las brechas que limitan la vida saludable y el bienestar de todas las mujeres, niñas y adolescentes en la región.
2019	Nairobi	Cumbre de Nairobi (CIPD +25)	Se acuerdan metas para 2030: cero necesidades insatisfechas de anticonceptivos, cero muertes maternas evitables y cero casos de violencia de género y prácticas.

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Entre 1972 y 1984 se puso en marcha el Programa Mundial de Encuestas de Fecundidad (WFS, por sus iniciales en inglés) que realizaba entrevistas en los hogares y a mujeres en edad fértil en países “en vía de desarrollo” (ONU, 1984).

Inicialmente los estudios mostraron una disminución importante en la tasa de fecundidad en varias regiones hasta 1976, cuando el descenso se ralentizó y se hizo evidente la dificultad de las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos (Ochoa, 1981).

Aunque en la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en Bucarest en 1974 (ONU, 1974) se reconoció que los problemas demográficos no eran la causa sino el síntoma de problemas más profundos, como la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a servicios básicos, muchos analistas seguían considerando que el crecimiento de la población era una amenaza para el desarrollo económico que no solo se resolvía con la planificación familiar.

La Conferencia de El Cairo introdujo un cambio fundamental en el paradigma sobre el desarrollo. La declaración reconoció que el desarrollo sostenible no se asegura solamente reduciendo las cifras de natalidad (Naciones Unidas, 1994), también consiste en proteger los derechos individuales y colectivos y responder a las necesidades de las poblaciones; implica mejorar la calidad de vida de las personas, incluyendo su salud, el ingreso, la educación, la igualdad y la equidad de género, y el empoderamiento de las mujeres. La Declaración de El Cairo enfatizó también en la importancia de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la planificación familiar voluntaria, la salud materna e infantil, y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH-sida. Así, las encuestas de demografía y salud trascendieron el ámbito de la natalidad y se expandieron hacia otros ámbitos.

En 1984 se implementó el Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS, por sus iniciales en inglés), iniciativa global financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus iniciales en inglés), otros donantes y fondos de los países participantes; su objetivo fue recopilar y analizar datos sobre la salud reproductiva, la fecundidad, la mortalidad infantil y otros indicadores clave de la salud y del desarrollo. En el marco del

Programa se han recogido, analizado y difundido datos de población, salud, VIH y nutrición en más de 400 encuestas y 90 países alrededor del mundo, y se han generado notables avances en la estandarización de las Encuestas Demográficas y de Salud; adicionalmente, las guías desarrolladas por el programa son utilizadas en varias regiones (USAID, 2024).

Otra condición que ha estimulado el desarrollo de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) ha sido el avance tecnológico y conceptual de la demografía. En el campo tecnológico, la aplicación de técnicas de estimación y proyección ha proporcionado medidas cada vez más robustas, obtenidas a partir de censos y encuestas por muestreo (Brass, 1996). Adicionalmente, la demografía ha logrado avances notables en la estimación indirecta de mediciones acerca de fenómenos que no han sido observados de forma directa. Otra innovación notable se ha dado en el campo de la georreferenciación, los sistemas de registro de indicadores poblacionales y el apoyo de los sistemas de información para enlazar diferentes bases de datos.

Los avances de la demografía no se limitan al ámbito tecnológico; estos se han ampliado a la comprensión teórica de la dinámica social en campos como la economía, la política, la urbanización, el mercado laboral, los patrones de consumo, la seguridad social, la vulnerabilidad de las poblaciones, las catástrofes y la crisis climática. Estos avances han configurado las aplicaciones de la demografía como herramientas indispensables para la gestión, tanto en el sector público como en el privado. En la medida en que se posiciona como una disciplina social, la demografía ha permitido también identificar las inequidades sociales y ha abierto el camino a una comprensión más amplia y compleja del desarrollo social (Caldwell, 1996).

Dentro de los principales referentes nacionales relacionados con la ENDS se destacan el Plan decenal de salud pública 2022-2031, que, a través de sus diferentes ejes y estrategias, en el que se incluyen todas las temáticas contenidas en la ENDS, constituyen el marco de actuación societal para mejorar las condiciones de salud de la población. Así mismo, la Política nacional de sexualidad, derechos

sexuales y derechos reproductivos 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b), que busca garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todos colombianos, a partir de dos grandes pilares: la promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género, y la prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derechos. Esta política es uno de los instrumentos principales que operativiza recomendaciones internacionales y prioridades nacionales incluyendo, entre otras, prevenir el aborto inseguro y favorecer el manejo integral de las mujeres que se realicen la interrupción voluntaria del embarazo.

También son referentes nacionales el Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía (Ministerio de Educación Nacional, 2008), cuyo propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos; la política pública de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b) orientada a garantizar los derechos y atender integralmente las necesidades, demandas y capacidades de las personas adultas mayores, como sujetos de especial protección constitucional.

Varios CONPES se cuentan entre los referentes nacionales. El CONPES Social 147 de 2012 que define lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas y adolescentes y jóvenes; así como la estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, 2015-2025, promulgada por la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos —en línea con el CONPES 147 de 2012— que se orienta a promover desde una perspectiva de derechos humanos y abordaje integral a las niñas, niños y adolescentes, en tanto sujetos protagonistas de su vida.

El CONPES 150 de 2012 (Departamento Nacional de Planeación, 2012) relativo a las metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia, en el cual se detallan las dimensiones y variables tenidas en cuenta para la construcción del Índice de pobreza multidimensional, el cual se puede calcular mediante fuentes de información como encuestas por muestreo, y dentro de ellas la Encuesta de Demografía y Salud.

El CONPES 161 de 2013 que presenta la Política Pública Nacional de Equidad de Género orientada a garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, a promover la igualdad efectiva y la superación de las brechas de inequidad.

El CONPES 3931 de 2018 que adopta la Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de exintegrantes de las FARC-EP, un conjunto de acciones afirmativas con enfoque de género, territorial, étnico y de derechos humanos que posibiliten el proceso de reincorporación a la vida civil de este colectivo.

El CONPES 3932 de 2018 que establece los lineamientos para vincular los compromisos definidos en el Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto Armado y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, con los instrumentos de planeación, programación y seguimiento de políticas públicas, con el fin de promover la sostenibilidad de las medidas para la construcción de paz realizadas entre 2017 y 2031.

El CONPES 3950 de 2018, “Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela”, que definió estrategias para la atención de la población migrante desde Venezuela en áreas críticas tales como salud, educación, primera infancia, infancia y adolescencia, trabajo, vivienda y seguridad, articular la institucionalidad existente y definir nuevas instancias para la atención de la población migrante desde Venezuela.

El CONPES 3918 de 2018 que ratificó el compromiso del país para alinear todos los planes de trabajo de las instituciones de orden nacional con la agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el logro de los 17 ODS.

1.6. Enfoques de la ENDS

A través del tiempo, las encuestas poblacionales sobre demografía y salud han ido trascendiendo en su contenido dando pie para incorporar una serie de enfoques. Estos enfoques pretenden ser una nueva mirada que conciba los eventos humanos y sus vivencias de manera integral, interdependiente y complementaria, superando la visión tradicional. En la ENDS 2025 se consideraron tres enfoques que se han convertido en la guía de los análisis y recomendaciones para la acción: el enfoque de derechos humanos y de derechos sexuales y reproductivos, el enfoque de género y el enfoque de determinantes sociales de la salud. Todos los objetos de estudio considerados en la Encuesta son problemas poblacionales; los derechos sexuales y reproductivos permean todos estos problemas; los determinantes sociales de la salud orientan el análisis considerando el contexto macrosocial, la posición social de las personas y el acceso a servicios del sistema de salud y otros sistemas de respuesta social.

1.6.1. Enfoque de derechos humanos

Es un enfoque para pensar el desarrollo humano, basado en estándares internacionales de derechos humanos y dirigido a promover y proteger los derechos humanos (Rodino, 2015). Este enfoque analiza las desigualdades en el desarrollo, corrige las prácticas discriminatorias y las distribuciones injustas de poder que impiden el progreso y que a menudo resultan en grupos de personas que se quedan atrás. Desde este enfoque se transforma la salud en un ámbito de la justicia social, donde la dignidad humana y la equidad estructural se convierten en principios rectores para la acción pública y la gobernanza sanitaria.

En el campo de la salud, el enfoque de derechos humanos se fundamenta en la premisa de que la salud es un derecho inherente a toda persona, no un privilegio condicionado por aspectos económicos, sociales o políticos. Un derecho inherente a la persona, irrevocable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario para todos los seres humanos. Este enfoque reconoce la obligación de los Estados de garantizar el acceso universal, equitativo y de calidad a los

servicios de salud, así como la obligación de abordar los determinantes sociales que afectan el bienestar físico, mental y social de las poblaciones. Desde una perspectiva normativa y ética, implica la participación activa de la ciudadanía en la formulación de políticas sanitarias, la rendición de cuentas de las instituciones y la eliminación de cualquier forma de discriminación o exclusión en el acceso a la atención médica.

También se han considerado los derechos sexuales y reproductivos como los derechos humanos aplicados al ámbito de la sexualidad y la reproducción. Este enfoque a menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población (Jiménez Benítez, 2007).

1.6.2. Enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos

El enfoque de género constituye una perspectiva analítica orientada a comprender cómo las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino influyen en la distribución del poder, los recursos y las oportunidades, generando así desigualdades en los procesos sociales determinantes de la salud y en los propios resultados sanitarios. Este enfoque reconoce que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con dimensiones sociales, económicas, culturales y políticas, dando lugar a inequidades estructurales que afectan de manera diferenciada a hombres, mujeres y personas con identidades de género diversas. Desde esta perspectiva, la salud no se entiende únicamente como un fenómeno biológico, sino como el resultado de relaciones sociales históricamente desiguales, donde el género actúa como eje articulador de otras formas de desigualdad, como la clase, la etnia o la orientación sexual, demandando políticas públicas interseccionales y sensibles al contexto social para la promoción de la equidad en salud (Sanz, 2021). El enfoque de género hace parte del enfoque diferencial, el cual permite evidenciar diversas condiciones o situaciones de desigualdad, que sustenta la necesidad de intervenciones que disminuyan las

condiciones de discriminación y modifique las circunstancias de vulneración (Borrell et al., 2004). En ese sentido, el enfoque diferencial, basándose en el principio de equidad, busca la igualdad real y efectiva que reconozca la diversidad y las posibles desventajas (Serrano, 2011).

El avance en los procesos de transición demográfica y transición de la fecundidad evidenciados en las últimas décadas en países con distintos niveles de desarrollo es el escenario en el que se consolida la formulación de los derechos sexuales y reproductivos. La transición de la fecundidad implica una revolución en el comportamiento sexual de la gente, en los valores y en el comportamiento hacia la reproducción. Otro cambio importante del siglo XX es el cuestionamiento de las relaciones de desigualdad de género (Federici, 2013).

Las intervenciones para el desarrollo social mediante políticas públicas y el reconocimiento del ejercicio y garantía de los derechos humanos a nivel personal, se basan en conjuntos de normas de carácter positivo protegidas por los Estados. Los derechos humanos buscan promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de bienestar. En el marco de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b), se concibe la sexualidad y la reproducción como condiciones prioritarias del desarrollo humano, en permanente transformación.

Entre otros aspectos, los derechos reproductivos hacen referencia al consentimiento mutuo y la integridad personal para decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de las hijas e hijos que se quieren tener. Igualmente, entre los derechos sexuales y reproductivos sobresalen la igualdad y equidad (igualdad de las personas), la diversidad y no discriminación (identidad vinculada a la diversidad humana), la diferenciación entre sexualidad (autonomía personal y construcción social) y reproducción (control de la fertilidad). La protección de los menores y personas con limitaciones físicas y mentales, la simetría en las relaciones de poder, el acceso a rutas y modelos de atención integrales a nivel territorial.

1.6.3. Enfoque de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. En términos generales, esas circunstancias se consideran el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas (OMS CDSS, 2009).

Desde este enfoque se reconoce el carácter social del proceso salud-enfermedad y se apunta a disminuir las inequidades sanitarias (Santos, 2011). La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular, el nivel individual de las personas y familias, hasta el ambiental y macro social (Acero et al., 2013).

El enfoque de determinantes sociales de la salud revela la existencia de un contexto sociopolítico que genera desigualdades socioeconómicas que responden a una estratificación referida a la clase social, la educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica constituyen determinantes estructurales de la salud generadores de desigualdades sociales y sanitarias (OMS CDSS, 2009).

De acuerdo con este planteamiento, en la distribución de la salud y el bienestar de una población influyen un conjunto de procesos determinantes referidos al contexto macro social, las condiciones de vida de las poblaciones y la respuesta de los sistemas de salud; el contexto macro social incluye la gobernanza y la orientación de las políticas públicas, incluyendo la económica, así como los valores dominantes en la sociedad; por su parte, de la posición social de las personas se derivan unas condiciones particulares y diferenciales de vida, que definen sus posibilidades reales de acceso y disfrute de bienes, servicios y oportunidades sociales; finalmente, el sistema de salud opera como un mecanismo de reproducción, contención o amplificación de las desigualdades en tanto su disponibilidad y calidad están mediadas por aspectos políticos, económicos, geográficos, organizacionales y culturales.

1.7. Objetivos de la encuesta

1.7.1. Objetivo general

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

1.7.2. Objetivos específicos

- Identificar los principales cambios en los componentes de la dinámica demográfica con respecto a mortalidad, fecundidad y migración, así como el impacto en la estructura de la población, los hogares y las viviendas de la población en Colombia.
- Identificar los cambios demográficos asociados al fenómeno migratorio para los últimos 5 años, estableciendo las características sociodemográficas de la población que emigra al exterior, los inmigrantes internacionales -con énfasis en la población que procede de Venezuela- y los migrantes internos.
- Estimar los niveles de mortalidad infantil y en la niñez, mortalidad materna y mortalidad adulta, considerando diferenciales según las características sociodemográficas de las personas que vivieron estos eventos.
- Describir los cambios de la nupcialidad y la exposición al riesgo de embarazo que impactan la salud de la población, de las mujeres entre los 13 y 49 años y los hombres entre los 13 y 59 años.
- Analizar las preferencias de fecundidad y los niveles de conocimiento, las fuentes de información y de suministro, así como el uso de los métodos anticonceptivos y el cumplimiento de los derechos en anticoncepción dentro del sistema de salud.
- Describir los cambios sobre la educación integral para la sexualidad, referentes a la participación, percepción, actitud y conocimientos de las mujeres y de los hombres entre 13 y 49 años.
- Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres y los hombres acerca de sus derechos con respecto a la atención en los servicios de salud materno perinatal.
- Describir los conocimientos y prácticas de medidas preventivas del cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de testículo según características sociodemográficas.
- Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) según características sociodemográficas.
- Caracterizar las violencias basadas en género (VBG) considerando su ocurrencia, efectos, búsqueda de ayuda, denuncia, ruta de atención y los conocimientos frente a la garantía de los derechos de las víctimas de las VBG.
- Analizar las transformaciones y persistencias en los imaginarios, estereotipos y prácticas alrededor de los roles de género y la sexualidad con énfasis en las mujeres y las personas LGBTIQ+, así como los conocimientos sobre los derechos de esta población.
- Describir los conocimientos, experiencias y participación de mujeres y hombres y las barreras de acceso en el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Describir las características sociodemográficas de las personas víctimas del conflicto armado y en proceso de reincorporación, teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva.
- Describir las inequidades sociales y en salud de las diferentes temáticas abordadas en la ENDS 2025.

1.8. Metodología

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

Para la ENDS 2025 la población objetivo, estuvo constituida por la población civil residente en hogares particulares con edades entre 13 y 69 años para mujeres y 13 a 75 años para hombres. No obstante, algunos módulos de caracterización del hogar aplicaban a todos los miembros del hogar sin distinción de la edad.

1.8.1. Unidades de análisis de la ENDS 2025

A partir del formulario de recolección de datos se obtuvo información para las siguientes unidades de análisis, dependiendo de la temática en particular:

- Viviendas
- Hogares
- Menores de 5 años
- Emigrantes colombianos a otros países
- Migrantes internos
- Mujeres de 13 a 49 años, mujeres de 21 a 69 años, mujeres de 13 a 18 años, mujeres de 40 a 69 años
- Nacimientos en los últimos cinco años
- Hombres de 13 a 59 años, hombres de 13 a 75 años, hombres de 13 a 35 años, hombres de 50 a 75 años

1.8.2. Aplicaciones

Para la recolección de datos y la aplicación de la ENDS 2025 de manera presencial se utilizaron dispositivos móviles de captura (DMC) y la herramienta tecnológica Open Data Kit Collect (ODK Collect).

Open Data Kit Collect, de ahora en adelante llamado ODK Collect, es un conjunto de herramientas desarrolladas en Android para la recolección y sincronización de datos mediante formularios creados por medio de XLSForm, el cual es el estándar para la tipificación y legibilidad de formularios utilizando Excel, por ejemplo.

ODK Collect permite la ejecución y sincronización de formatos XLSForm a través de archivos XML (Extensible Markup Language) a los cuales la aplicación ODK Collect reconocerá y ejecutará para la recolección de datos en las encuestas para la ENDS 2025. Tanto la ejecución de las encuestas en ODK Collect como la sincronización se realizó en los DMC con Sistema Operativo Android.

1.8.3. Capacitación y entrenamiento

La capacitación fue construida con un enfoque integral, incorporando modalidades tanto virtuales como presenciales. Esta combinación permitió ampliar el acceso a la formación, favoreciendo la inclusión de participantes de diversas regiones, y facilitando la adecuación de los contenidos a las realidades locales. Al ofrecer formación a través de plataformas virtuales, se ha posibilitado la flexibilidad en horarios y la conciliación de responsabilidades laborales y personales, asegurando así la asistencia y la participación activa. Las sesiones presenciales complementaron esta modalidad al proporcionar interacciones directas, dinámicas de grupo y la oportunidad de experimentar situaciones prácticas que enriquecieron la formación.

La capacitación presencial tuvo una duración de 18 días hábiles. Durante 12 días hábiles se presentaron conceptos teóricos y aspectos metodológicos de la encuesta y de los diferentes formularios de calidad y cobertura. En los seis días restantes se fortalecieron los conceptos de manera práctica.

Los ejes temáticos que se abordaron en el entrenamiento se centraron en:

- **Contexto de las encuestas poblacionales:** se realiza un contexto de las investigaciones poblacionales con temas de salud, se brinda el preámbulo de la ENDS 2025 y los conceptos básicos y metodología del estudio y su estructura organizativa.
- **Cuestionarios:** introducción a los conceptos básicos incluidos en cada uno de los módulos de la ENDS 2025.
- **Manejo de la muestra:** presenta la metodología de la recolección, manejos de muestra, recorrido del segmento y rutas del operativo.
- **Técnicas de entrevista:** herramientas para el manejo de capítulos con temas sensibles y delicados con el encuestado, por esta razón es importante establecer un adecuado proceso de interrogatorio y sondeo, de tal manera que se obtenga la información más verídica y confiable al respecto.
- **Formatos:** lectura, ejercicios y aclaraciones para diligenciamiento, de tal manera que sean la mejor herramienta para el control de la recolección.
- **Temáticas en profundidad de la ENDS 2025:** los contenidos de los capítulos de cada uno de los módulos son tratados a profundidad, estableciendo claridad frente a los conceptos poco dominados por la audiencia, se recorren los conceptos repasando una a una las preguntas.

1.8.4. Entrenamiento práctico en campo

Este entrenamiento de recolección de información tuvo una duración de 6 días en las regiones Central, Atlántica, Bogotá y altiplano cundiboyacense, Oriental y Pacífica. Se realizó una selección de manzanas en municipios clave para su ejecución. Este proceso implicó la utilización de capas suministradas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), con el objetivo de identificar y georreferenciar adecuadamente las unidades de muestreo.

Se realizaron actividades desde el proceso de sensibilización hasta el proceso de recolección y las pruebas de los diferentes formularios para el seguimiento

control de la productividad por departamento, segmento y municipio, además se probó el uso del aplicativo de recolección en el dispositivo móvil de captura.

1.8.5. Muestra

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

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

La muestra tuvo cubrimiento nacional y corresponde a las cabeceras municipales, centros poblados y rural disperso de los municipios. En la ENDS 2025 se visitaron 6 regiones, 16 subregiones, 32 departamentos, Bogotá D.C. y las principales ciudades capitales.

Teniendo en cuenta que la Muestra Maestra fue diseñada en el año 2013, se trabajó con la MUMA actualizada del año 2021, con base en el último Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el DANE en el año 2018 y publicado en el 2019; se logró captar los cambios físicos y geográficos que durante los últimos años han podido sufrir las unidades secundarias de muestreo que hacen parte de la Muestra Maestra, la cual corresponde al insumo fundamental para la ejecución de la recolección de información.

1.8.6. Unidades de muestreo

Unidades primarias de muestreo (UPM): constituidas por municipios de más de 7 500 habitantes, que es el tamaño poblacional mínimo para sustentar los tamaños muestrales previstos a este nivel. Se conformaron 892 UPM con los 1 122 municipios existentes en el país. Para la ENDS 2025 se conformaron 240 UPM.

Unidades secundarias de muestreo (USM): en las zonas urbanas (cabeceras y centros poblados), están conformadas por grupos de manzanas contiguas del mismo sector y sección censales con un mínimo acumulado de 96 viviendas,

y en la zona rural, la sección es el área mínima de empadronamiento censal, y usualmente tiene más de 100 viviendas.

Unidades terciarias de muestreo (UTM): del universo de población general, fueron los segmentos de viviendas contiguas (12 en promedio) que se seleccionaron en las USM escogidas anteriormente. Para la ENDS 2025 se requirieron 5 000 UTM.

1.8.7. Análisis estadístico

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

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

1.8.8. Cobertura

La recolección de datos fue realizada entre julio de 2024 y enero de 2025, acogiendo los lineamientos técnicos del Programa de Encuestas de Demografía y Salud (USAID 2024), los cuales fijan los criterios para definir el marco muestral y las variables que deben recolectarse.

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

Tabla 1.2.
Cobertura de la Encuesta por región

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

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

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

En los hogares encuestados se identificaron 29 980 mujeres entre 13 y 49 años, de las cuales 26 886 fueron encuestadas, lo que representa una tasa de respuesta del 89,7 %; Bogotá presentó la menor tasa de respuesta, tanto a nivel de hogares como en todos los grupos de edad y entre las mujeres. Los hombres elegibles de 13 a 59 años encontrados fueron 31 094, y se realizó la encuesta a 25 876, lo cual corresponde a una tasa de respuesta del 83,2 %; en relación con los resultados anteriores, Bogotá presentó la menor tasa de respuesta de hombres (73,6 %). La región Atlántica presentó las tasas de respuesta más altas, tanto en hogares como en todos los grupos de edad y ambos sexos.

Tabla 1.3.
 Número de hogares, número de encuestados y tasas de respuesta, según zona y región de residencia

Característica	Zona		Región						Total
	Urbana	Rural	Atlántica	Oriental	Central	Bogotá	Pacífica	Orinoquía y Amazonía	
Encuestas de hogar									
Hogares seleccionados	43.907	15.015	13.060	8.821	14.636	5.120	8.811	8.474	58.922
Hogares ocupados	38.437	11.708	12.089	7.514	12.957	4.020	7.272	6.293	50.145
Hogares encuestados	31.455	11.106	11.798	6.168	11.014	1.859	6.034	5.688	42.561
Tasa de respuesta de hogares	81,8	94,9	97,6	82,1	85,0	46,2	83,0	90,4	84,9
Encuesta de mujeres de 13 a 49 años									
Mujeres elegibles	22.707	7.273	8.415	3.996	7.377	1.268	4.523	4.401	29.980
Mujeres encuestadas	20.147	6.739	8.047	3.518	6.390	1.032	3.842	4.057	26.886
Tasa de respuesta	88,7	92,7	95,6	88,0	86,6	81,4	84,9	92,2	89,7
Encuesta de mujeres de 50 a 69 años									
Mujeres elegibles para la detección temprana de cáncer	13.118	4.284	5.029	2.617	4.696	703	2.370	1.987	17.402
Mujeres encuestadas para detección temprana de cáncer	12.666	4.201	4.990	2.543	4.479	642	2.255	1.958	16.867
Tasa de respuesta	96,6	98,1	99,2	97,2	95,4	91,3	95,1	98,5	96,9
Encuesta de hombres de 13 a 59 años									
Hombres elegibles	22.775	8.319	8.317	4.596	7.903	1.412	4.499	4.367	31.094
Hombres encuestados	18.731	7.145	7.727	3.711	6.266	1.040	3.393	3.739	25.876
Tasa de respuesta	82,2	85,9	92,9	80,7	79,3	73,7	75,4	85,6	83,2
Encuesta de hombres de 60 a 75 años									
Hombres elegibles	7.808	3.291	3.179	1.760	3.036	430	1.445	1.249	11.099
Hombres encuestados	7.477	3.223	3.156	1.690	2.879	386	1.373	1.216	10.700
Tasa de respuesta	95,8	98,0	99,2	96,0	94,8	89,8	95,0	97,4	96,4

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En el 14,9 % de las viviendas visitadas no se encontró hogar porque la vivienda estaba desocupada, cambió de uso o fue demolida; en total se identificaron 50 145 hogares ocupados y en 42 561 se realizó la encuesta para una tasa de respuesta del 84,9 %.

De los 5 000 segmentos planeados, se logró recorrer 4 840, lo que corresponde a un 97,0 %. De estos, 3 636 fueron de la cabecera municipal, 249 de centros poblados y 1 115 de rural disperso. De los 160 segmentos restantes, 118 corresponden a Orinoquía y Amazonía, específicamente a Leticia, Guainía y Vaupés. Las razones más frecuentes que impidieron las visitas a estos segmentos fueron el difícil acceso y transporte o el rechazo de las personas a responder la encuesta. Del mismo modo, en Meta (región Oriental) no se visitaron 7 segmentos por falta de autorización de la comunidad. Asimismo, en Pacífico, en Nariño y Cauca no se visitaron 20 segmentos dado que no se autorizó el ingreso por problemas de orden público. En Atlántico, la Guajira no se visitaron 15 segmentos por condiciones climáticas.

1.8.9. Presentación de resultados de la ENDS 2025

Los resultados de la ENDS 2025 se presentan en un libro en formato PDF, compuesto por catorce capítulos temáticos que proporcionan un análisis detallado de la situación demográfica y en salud sexual y reproductiva actual del país. El documento permite examinar las transformaciones en la estructura por edades de la población, evidenciadas en la pirámide poblacional, y su vínculo con la evolución de los patrones de fecundidad y las implicaciones que estos cambios conllevan para la conformación y dinámica de los hogares. Adicionalmente, se analizan los procesos migratorios y su impacto en la distribución territorial de la población y en las características sociodemográficas de los distintos grupos poblacionales. Asimismo, se presenta información sobre las características generales de las viviendas, los hogares, condiciones socioeconómicas y la población encuestada.

También incluye información sobre salud sexual y reproductiva. El capítulo sobre uso de métodos anticonceptivos y preferencias de fecundidad presenta

los resultados relacionados con el conocimiento, los patrones de uso, la discontinuación, el uso futuro, el acceso y la aprobación de los métodos anticonceptivos entre mujeres y hombres en edad reproductiva, así como las preferencias de fecundidad y la necesidad insatisfecha de anticoncepción. Seguido por el capítulo sobre educación integral para la sexualidad que analiza la evolución del conocimiento sobre derechos fundamentales, como la autonomía, la equidad y los derechos sexuales y reproductivos. El séptimo capítulo está dedicado a la salud materna y cuidados del recién nacido. Posteriormente, se presentan los resultados relacionados con el conocimiento y las prácticas para la detección temprana del virus del papiloma humano, el cáncer de mama y de cuello uterino, así como el cáncer de próstata y testículo. El capítulo nueve aborda los conocimientos de la población sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-sida.

El capítulo de violencias basadas en género analiza los diferentes tipos de violencia y el comportamiento en la búsqueda de ayuda de las víctimas. El siguiente capítulo corresponde a roles de género, autonomía sexual y reproductiva, y derechos de la población LGBTIQ+, este permite comprender el género como estructura determinante de las inequidades en salud que viven las mujeres y la población LGBTIQ+. El siguiente capítulo permite analizar la ocurrencia de abortos y el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Se introduce un capítulo nuevo sobre conflicto armado y salud el cual describe las mediciones actualizadas sobre características sociodemográficas y algunas prácticas en materia de salud y salud sexual y reproductiva de las personas víctimas del conflicto armado y los excombatientes en proceso de reincorporación.

Finalmente, se encuentra un análisis transversal de las inequidades en la ENDS 2025, el cual aborda los principales temas de los diferentes capítulos de la encuesta, considerando las brechas según cinco ejes de desigualdad: género, territorio, nivel de riqueza, nivel de educación y grupo etario. Se busca construir así una aproximación comprensiva de la inequidad social y sanitaria del país en

la actualidad. También se presentan algunos datos de la ENDS de 2015 para observar las tendencias para algunas temáticas.

1.9. Alcance y limitaciones

Las encuestas poblacionales basadas en encuestas probabilísticas constituyen una herramienta fundamental para describir las características de una población en un momento determinado, ofreciendo una visión amplia de la realidad social y sanitaria, aportando información relevante para la formulación de políticas públicas, el diagnóstico de condiciones poblacionales y la identificación de desigualdades. Con estos, es posible generalizar resultados a toda la población, con base en principios probabilísticos y en la posibilidad de cuantificar la precisión mediante estimaciones de error muestral y medidas de calidad controladas en cada etapa del proceso.

No obstante, las consideraciones metodológicas propias de los diseños transversales imponen límites interpretativos importantes. Al capturar la información en un único punto del tiempo, estos estudios no permiten establecer relaciones causales ni observar procesos de cambio, por lo que las asociaciones identificadas deben entenderse como correlaciones y no como vínculos de dependencia temporal.

Se debe considerar una lectura cuidadosa al realizar inferencias para comunidades indígenas y poblaciones afrodescendientes, personas en condición de discapacidad, grupos migrantes, así como para grupos con identidades de género diversas, puesto que, dada la cobertura de la encuesta, estas poblaciones no tienen una representación per se. De la misma forma, la realización de análisis interseccionales orientados a comprender cómo múltiples dimensiones de desigualdad (género, etnicidad, orientación sexual, condición migratoria, discapacidad, entre otras) interactúan en la producción de desigualdades sociales injustas, requiere especial cuidado metodológico y conceptual.

Otra limitación importante de la ENDS radica en su capacidad de dar cuenta de eventos de baja prevalencia, por ejemplo, la mortalidad materna, formas

específicas de violencia, o experiencias propias de grupos poblacionales minoritarios. Allí, la probabilidad de que aparezca un número suficiente de casos en una muestra aleatoria estándar es baja, lo que incrementa la varianza de las estimaciones y disminuye su poder analítico. En estos casos, se requiere complementar el análisis con otras fuentes de información, que, para algunos casos, como el de la mortalidad materna, se puede subsanar con la utilización de fuentes de información administrativas rutinarias, como las estadísticas vitales, que tienen unos estándares de calidad adecuados.

1.10. Lista de referencias

- Acero, M., Caro, I. M., Henao, K. L., Ruiz, L. F. y Sánchez, G. (2013). Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 103–110. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.13309>
- Ahumada, C. (1996). *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. El Áncora Editores.
- Anderson, T. (2015). ¿Por qué importa la desigualdad? Del economicismo a la integridad social. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 60(223), 191–208. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcps/article/view/45384>
- Avilés, L. A. (2001). Epidemiology as a discourse: The politics of development institutions in the epidemiological profile of El Salvador. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(3), 164–171.
- Banco Mundial. (2024). *Tendencias recientes de pobreza y desigualdad: América Latina y el Caribe (Informe de octubre 2024)*. <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/P50609514d5e250b919807109289007e31d>
- Becker, G. (1960). An economic analysis of fertility. En *Demographic and economic change in developed countries* (pp. 209–240). Columbia University Press.

- Becker, G. S. (1992). Fertility and the economy. *Journal of Population Economics*, 5, 185-201. <https://doi.org/10.1007/BF00172092>
- Behm, H. (1962). *Mortalidad infantil y nivel de vida*. Ediciones de la Universidad de Chile.
- Birn, A. E. (2009). ¿Politizándolo o puliéndolo? Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social*, 4(3), 189-207. <https://social-medicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/372>
- Black, D. (1980). *Inequalities in health: Report of a research working group* (The Black Report). Department of Health and Social Security. <http://www.schealth.co.uk/Black/black.htm>
- Bongaarts, J. y Feeney, G. (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, 24(2), 271-291.
- Borrell, C., García-Calvente, M. M. y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 2-6. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002
- Braggion, R. (2018). Malthusianism, neo-malthusianism and Anthropocene: A reading through the perspective of recorded history and deep history. *Poliarchie/Polyarchies*, 2, 186-215. <https://www.openstarts.units.it/entities/publication/0bec76a2-ce3d-4eaf-afad-7315264ce29e/details>
- Brass, W. (1996). Demographic data analysis in less developed countries: 1946-1996. *Population Studies*, 50(3), 451-467. <https://doi.org/10.1080/0032472031000149566>
- Braveman, P. (2001). Epidemiology and neocolonialism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(3), 160-161.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2022). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar / Universidad Nacional Autónoma de México. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/9720>
- Breilh, J. y Granda, E. (1981). Acumulación económica y salud-enfermedad: la morbilidad en la era del petróleo en Ecuador. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* (Quito), 6(3-4), 173-198.
- Caldwell, J. C. (1978). *The flow of welfare theory*. The Australian National University.
- Caldwell, J. C. (1982). *Theory of fertility decline*. Academic Press.
- Caldwell, J. C. (1996). Demography and social science. *Population Studies*, 50(3), 305-333.
- Cleland, J. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 380(9837), 149-156.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. *Diario Oficial* No. 46.446. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/politica-criminal/Documents/SNCRPA/1098%20Ley%20de%20infancia.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2008). Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. *Diario Oficial* No. 47.193. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 49.427. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist

- politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=ucf>
- Davis, K. y Blake, J. (1956). Social structure and fertility: An analytical framework. *Economic Development and Cultural Change*, 4(3), 211–235.
- Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años* (Documento CONPES 147). <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/147.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2013). *Equidad de género para las mujeres* (Documento CONPES 161). <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/161.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2023). *Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026: Colombia, potencia mundial de la vida*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/plan-nacional-de-desarrollo-2022-2026-colombia-potencia-mundial-de-la-vida.pdf>
- Dudley, K. (1996). Demographic transition theory. *Population Studies*, 50(3), 361–387.
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de Sueños.
- Flórez, C. y Soto, V. (2013). *Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia* (Serie de estudios a profundidad, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990-2010). Profamilia / Universidad del Rosario.
- Foucault, M. (1991). La política de la salud en el siglo XVIII. En *Saber y verdad* (pp. 89–106). La Piqueta.
- Frederiksen, H. (1969). Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*, 166(3907), 837–847.
- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Frejka, T. y Lozano, R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1(1), 21–38.
- García, B., Camarena, R. y Salas, G. (1999). Mujeres y relaciones de género en los estudios de población. En *Mujer, género y población en México*. Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE).
- García, J. C. (1979). *La mortalidad de la niñez temprana según clases sociales*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Gómez-Arias, R. D. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 57–74.
- Hernández-Álvarez, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 72–82.
- Jiménez Benítez, W. G. (2007). El enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 7(12), 31–46. <https://doi.org/10.22518/16578953.781>
- Kirk, D. (1996). Demographic transition theory. *Population Studies*, 50(3), 361–387.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.
- Lesthaeghe, R. (1998). On theory development: Applications to the study of family formation. *Population and Development Review*, 24(1), 1–14.
- López, O., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323–335. <https://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/260>
- Malthus, T. (1798). *Primer ensayo sobre la población*. Altaya. (Obra original publicada en 1798).
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., Hamilton P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* 32(4):244–249. doi: 10.1136/jech.32.4.244.

- Marx, K. (2010). *El capital*. Tomo 1: *El proceso de producción del capital*. Siglo XXI de España Editores. (Obra original publicada en 1867).
- Mason, K. O. (1997). *Explaining fertility transitions*. Population Association of America.
- McKeown, T. y Record, R. G. (1962). Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century. *Population Studies*, 16(2), 94–122.
- Medina, M. R. y Fonseca, M. D. C. (2005). Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad. *Desarrollo y Sociedad*, (55), 57–100. <https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/dys/article/view/6524>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro%20politica%20sexual%20sept%2010.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Resolución 1035 de 2022, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 2367 de 2023, por la cual se modifican algunos artículos de la Resolución 1035 que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202367%20de%202023.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Decreto 0351 de 2025, por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 780 del 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural.
- Ochoa, L. H. (1981). Seminario sobre estrategias y ubicación de la planificación familiar en Colombia. Bogotá, marzo 27 de 1981 CCRP—PRIF.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.
- Omran, A. R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly*, 51(2–4), 99–119.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1954). *Proceedings of the World Population Conference, Rome, 31 August - 10 September*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/02/1954_congres_mondial_rome.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1965). *Conferencia Mundial de Población, 1965. Volumen I: Informe resumido*. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/nl6/605/36/pdf/nl660536.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1974). *Informe de la Conferencia Mundial de Población, 1974. Resoluciones y recomendaciones*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1ba3970f-4c7a-4b04-afee-831a30b74cb9/content>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1984). *Report of the International Conference on Population, 1984*. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n84/214/34/pdf/n8421434.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994)*. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n95/231/29/pdf/n9523129.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing)*. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n96/273/04/pdf/n9627304.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2010). *Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación* (Revisión 2). https://unsstats.un.org/unsd/publication/seriesM/seriesm_67Rev2s.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015*. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Resumen analítico del informe final*. http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe de la Secretaría*. www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales: monitoreando la salud para los ODS*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1>
- Rodino, A. M. (2015). La educación con enfoque de derechos humanos como práctica constructora de inclusión social. *Revista Interamericana de Derechos Humanos*. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34228.pdf>
- Salazar Arango, P. (2003). *Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia*. Ediciones Uniandes.
- Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000200007&script=sci_arttext
- Sanz, N. A. M. (2021). Educación y perspectiva de género para una salud sexual integral: una revisión del enfoque. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(10), 214. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/educacion-y-perspectiva-de-genero-para-una-salud-sexual-integral-una-revision-del-enfoque/>
- Segura del Pozo, J. (2007). *El Informe Black - The Black Report*. Curso de desigualdades sociales. https://v-assets.cdnsnw.com/fs/Root/ds0h9-UNIDAD_1_El_informe_Black.pdf
- Serrano, M. D. (2011). Una revisión de los indicadores de desarrollo con perspectiva de género. En *Logros y retos: Actas del III Congreso Universitario Nacional "Investigación y Género"* (pp. 496-507). Universidad de Sevilla. <http://hdl.handle.net/11441/39633>
- Silver, H. (2007). *The process of social exclusion: The dynamics of an evolving concept*. Chronic Poverty Research Centre.
- Smith, A. (1776). *Investigación de la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones*. Universidad de Sevilla.
- USAID. (2024). *Guide to DHS Statistics - DHS 8. The DHS Program*. <https://dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/index.cfm>
- Walby, S. (2009). *Globalization and inequalities: Complexity and contested modernities*. Sage.
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados* (2.ª ed.). Organización Mundial de la Salud. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadY-Desigualdad/docs/hechosProbados.pdf>
- Young, G., Fort, L. y Danner, M. (1994). Moving from the status of women to gender inequality: Conceptualisation, social indicators and empirical application. *International Sociology*, 9(1), 55-85.

Guía para la lectura e interpretación de los datos

Título: Indica la secuencia.

Variable Régimen de afiliación a seguridad social.

Categorías de la variable.

Variable de desagregación.

Categorías de la variable.

Tabla 2.37. Afiliación seguridad social: mujeres
Distribución porcentual de las mujeres de 13 a 49 años por tipo de régimen de afiliación a seguridad social, según

Característica	Régimen de seguridad social					Población de mujeres
	Contributivo	Subsidiado	Especial o de excepción	Ninguno	No sabe, no informa	
Grupo de edad						
13-14	25.3	70.6	0.8	2.2	1.1	826,124
15-19	25.3	69.7	0.7	3.1	1.2	2,141,431
20-24	30.9	63.0	0.7	4.9	0.5	2,204,813
25-29	36.5	58.3	0.4	4.3	0.6	2,228,115
30-34	40.5	55.1	0.7	3.1	0.5	2,095,689
35-39	40.4	55.1	0.8	3.4	0.3	1,881,453
40-44	40.3	56.1	0.9	2.3	0.4	2,168,959
45-49	39.3	57.4	1.2	2.0	0.2	1,206,146
Estado conyugal						
Actualmente Unido(a)	36.6	58.0	0.8	4.2	0.5	6,319,614
Alguna vez Unido(a)	33.3	63.1	1.0	2.2	0.3	1,412,666
Nunca Unido(a)	34.5	61.3	0.7	2.8	0.7	7,020,450
Zona						
Urbana	41.6	53.4	0.8	3.7	0.5	11,501,095
Rural	13.0	83.7	0.4	2.1	0.8	3,251,635
Región						
Atlántico	20.7	76.8	0.7	1.5	0.3	3,392,404
Oriental	40.2	55.1	0.7	3.6	0.4	2,777,704
Central	39.4	55.8	0.8	2.9	1.1	3,423,402
Bogotá	58.3	33.3	0.7	7.4	0.3	2,328,184
Pacífica	25.3	71.2	0.5	2.0	0.9	2,388,166
Orinoquía y Amazonia	16.8	77.4	1.3	4.3	0.2	442,870
Nivel educativo						
Sin educación	7.6	87.0	0.0	5.4	0.1	193,518
Primaria	9.7	86.7	0.1	3.0	0.5	1,375,837
Secundaria	26.9	68.0	0.4	4.1	0.6	8,433,798
Superior	58.7	37.3	1.6	2.0	0.5	4,749,577
Quintil de riqueza						
Más bajo	6.9	89.5	0.3	2.4	0.9	2,943,149
Bajo	18.9	74.5	0.3	5.5	0.8	2,853,889
Medio	31.3	63.2	0.6	4.4	0.5	2,845,789
Alto	49.1	47.3	0.6	2.6	0.4	3,089,097
Más alto	68.0	28.0	1.8	1.8	0.3	3,020,807
Grupo de edad						
13-49	35.3	60.1	0.7	3.3	0.6	14,752,730
15-49	35.9	59.5	0.7	3.4	0.5	13,926,606
Nacional						
Nacional	35.3	60.1	0.7	3.3	0.6	14,752,730

Descripción: Contenido del cuadro; especifica el tema, la población y las variables.

Número ponderado (proyección): Total de mujeres por grupo de edad que representa a la población, haciendo uso del factor final de expansión a cada una de las observaciones de la muestra.
Nota: Aunque cada mujer en la muestra representa un individuo entero, el factor de expansión asigna un peso proporcional a su representatividad. Al sumar estos valores, el total ponderado tendrá decimales, pues es una estimación estadística, no un conteo directo. Redondear eliminaría la precisión del ajuste estadístico.

Nota: Los porcentajes expandidos suman el 100% de las mujeres de 45 a 49 años para la ENDS 2025; el denominador en este caso corresponde al total expandido en ese rango de edad (columna Número de mujeres) y el numerador corresponde al número total de mujeres expandido según tipo de régimen de afiliación a seguridad social.

Rangos de edad definidos con el fin de asegurar la comparabilidad entre los resultados de la ENDS 2025 y los de ediciones anteriores.

Indicadores	Nacional	Zona		Atlántica								Total
		Urbana	Rural	Archipiélago San Andrés y Providencia	Atlántico	Bolívar	Cesar	Córdoba	La Guajira	Magdalena	Sucre	
Población muestra (sin ponderar)												
Hogares	58.922	43.907	15.015	1.635	1.588	1.412	1.534	1.480	1.429	1.504	1.507	12.089
Población total (residentes habituales)	115.534	84.064	31.470	4.266	4.671	4.081	4.314	4.301	4.279	4.233	4.329	34.474
Mujeres de 13 a 49 años	26.886	20.147	6.739	921	1.148	957	1.001	1.041	1.117	832	1.030	8.047
Hombres de 13 a 49 años	21.160	15.475	5.685	692	923	713	773	842	804	770	761	6.278
Mujeres de 50 a 69 años	16.867	12.666	4.201	804	707	567	585	603	405	699	620	4.990
Hombres de 50 a 59 años	4.716	3.256	1.460	204	199	166	178	225	132	149	196	1.449
Hombres de 60 a 69 años	7.883	6.032	1.851	443	340	239	249	268	186	336	255	2.316
Cambios demográficos												
Porcentaje de hogares con jefe mujer	51,3	53,4	43,8	51,0	54,8	55,3	56,5	49,5	57,3	49,7	47,1	53,2
Tamaño promedio del hogar	2,9	2,9	3,0	2,7	3,1	3,2	2,9	3,1	3,2	3,0	3,2	3,1
Características de los hogares y la población												
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Hombre	51,5	51,7	50,7	50,8	50,7	48,4	58,0	52,3	48,8	42,8	45,9	49,9
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Mujer	48,5	48,3	49,3	49,2	49,3	51,6	42,0	47,7	51,2	57,2	54,1	50,1
Promedio de años de escolaridad de mujeres de 6 años o más	7,6	7,9	6,4	8,4	8,3	7,2	7,4	7,1	6,6	7,6	7,0	7,5
Promedio de años de escolaridad de hombres de 6 años o más	7,4	7,9	6,1	8,4	8,0	6,8	6,9	6,8	6,5	7,2	6,6	7,1
Discapacidad												
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Hombre	44,5	42,0	52,0	53,1	36,2	56,8	46,4	48,8	51,0	35,8	44,5	47,4
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Mujer	55,5	58,0	48,0	46,9	63,8	43,2	53,6	51,2	49,0	64,2	55,5	52,6
Características generales y situación de mujeres y hombres												
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con secundaria o más Secundaria completa	31,2	30,6	33,3	22,3	30,5	32,3	29,2	30,0	24,1	30,1	27,8	29,8
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años con secundaria o más Secundaria completa	32,0	31,6	33,5	33,8	29,9	31,4	30,3	32,6	25,4	28,1	31,5	30,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	38,9	43,6	22,4	59,1	29,8	21,1	24,9	20,4	26,6	30,1	23,2	25,5
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	70,9	70,3	72,7	80,0	67,5	61,4	60,8	64,0	60,3	67,8	64,9	64,3
Migración												
Hogares con emigrantes internacionales	66,4	67,1	47,1	100,0	40,9	49,7		23,3	24,7			34,8
Siempre ha vivido en este municipio	98,3	98,2	98,6	99,2	99,0	99,2	99,0	97,9	99,3	99,6	98,0	98,9
Porcentaje de migrantes internos migraron por violencia causada por grupos armados	4,4	4,2	5,3			2,2	4,8	3,3	4,9	6,7	2,3	3,0
Fecundidad												
Tasa global (total) de fecundidad (hijos por mujer)	1,8	1,8	1,9	1,7	1,9	1,9	1,8	2,0	2,2	1,9	1,8	1,9
Promedio de hijos nacidos vivos en mujeres de 40-49 años (hijos por mujer)	2,3	2,2	2,8	2,1	2,3	2,7	2,6	3,0	2,8	2,6	2,4	2,6
Porcentaje de mujeres de 15-19 años madres o embarazadas del primer hijo	13,1	10,2	20,4	25,3	27,3	36,6	21,8	4,9	31,2	39,6	16,8	26,9
Porcentaje de mujeres de 15-19 años con un hijo o más	74,3	73,8	74,8	76,6	79,8	90,0	100,0	24,2	75,1	97,4	78,8	86,1
Porcentaje de hombres de 15-19 años con un hijo o más	25,7	26,2	25,2	23,4	20,2	10,0		75,8	24,9	2,6	21,2	13,9
Porcentaje de mujeres de 13-19 años alguna vez embarazada	70,4	69,0	76,0	77,3	76,8	78,5	79,7	75,5	88,4	78,0	73,8	78,3

Indicadores	Oriental					Total
	Boyacá	Cundinamarca	Meta	Norte de Santander	Santander	
Población muestra (sin ponderar)						
Hogares	1.438	1.491	1.495	1.519	1.571	7.514
Población total (residentes habituales)	2.935	2.287	3.686	3.967	3.132	16.007
Mujeres de 13 a 49 años	622	556	857	813	670	3.518
Hombres de 13 a 49 años	540	439	738	762	536	3.015
Mujeres de 50 a 69 años	474	344	529	675	521	2.543
Hombres de 50 a 59 años	150	109	159	130	148	696
Hombres de 60 a 69 años	225	158	261	296	252	1.192
Cambios demográficos						
Porcentaje de hogares con jefe mujer	51,0	48,4	49,6	51,5	48,6	49,4
Tamaño promedio del hogar	2,6	2,8	2,9	3,1	2,9	2,9
Características de los hogares y la población						
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Hombre	50,2	45,5	48,1	65,9	51,7	50,8
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Mujer	49,8	54,5	51,9	34,1	48,3	49,2
Promedio de años de escolaridad de mujeres de 6 años o más	7,2	7,8	7,8	7,4	7,5	7,6
Promedio de años de escolaridad de hombres de 6 años o más	7,0	7,6	7,3	7,3	7,3	7,4
Discapacidad						
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Hombre	47,0	60,6	48,5		48,7	52,3
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Mujer	53,0	39,4	51,5		51,3	47,7
Características generales y situación de mujeres y hombres						
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con secundaria o más Secundaria completa	36,8	35,4	35,4	29,4	32,2	33,8
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años con secundaria o más Secundaria completa	35,5	34,0	38,1	30,6	39,6	35,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	42,4	49,0	45,5	30,2	41,9	42,8
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	71,5	71,4	75,5	69,5	74,9	72,4
Migración						
Hogares con emigrantes internacionales		84,1	77,8	79,7	82,1	83,4
Siempre ha vivido en este municipio	98,2	98,9	98,5	99,1	97,0	98,3
Porcentaje de migrantes internos migraron por violencia causada por grupos armados	0,5	3,0	0,8	7,8	2,7	2,8
Fecundidad						
Tasa global (total) de fecundidad (hijos por mujer)	1,9	2,2	1,9	1,5	1,5	1,8
Promedio de hijos nacidos vivos en mujeres de 40-49 años (hijos por mujer)	3,1	1,9	2,5	2,5	2,7	2,4
Porcentaje de mujeres de 15-19 años madres o embarazadas del primer hijo		17,3	23,7	38,8	6,4	15,9
Porcentaje de mujeres de 15-19 años con un hijo o más		29,6	73,5	100,0		57,7
Porcentaje de hombres de 15-19 años con un hijo o más	100,0	70,4	26,5		100,0	42,3
Porcentaje de mujeres de 13-19 años alguna vez embarazada	64,7	62,8	73,4	74,2	87,3	70,2

Indicadores	Central								Bogotá	Total
	Antioquia	Caldas	Caquetá	Huila	Quindío	Risaralda	Tolima			
Población muestra (sin ponderar)										
Hogares	4.033	1.522	1.234	1.553	1.525	1.649	1.441	12.957	4.020	4.020
Población total (residentes habituales)	7.780	2.937	3.199	3.980	3.868	3.346	3.260	28.370	4.188	4.188
Mujeres de 13 a 49 años	1.858	658	716	947	800	696	715	6.390	1.032	1.032
Hombres de 13 a 49 años	1.299	530	559	787	725	640	544	5.084	823	823
Mujeres de 50 a 69 años	1.206	519	485	559	686	525	499	4.479	642	642
Hombres de 50 a 59 años	313	150	114	156	134	137	178	1.182	217	217
Hombres de 60 a 69 años	576	248	245	242	355	259	256	2.181	323	323
Cambios demográficos										
Porcentaje de hogares con jefe mujer	53,3	51,4	52,7	52,9	51,9	46,6	54,4	52,7	50,3	50,3
Tamaño promedio del hogar	3,0	2,8	2,6	2,8	2,8	2,9	2,7	2,9	2,7	2,7
Características de los hogares y la población										
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Hombre	50,7	54,9	43,2	46,6	57,0	35,2	54,3	49,8	54,0	54,0
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Mujer	49,3	45,1	56,8	53,4	43,0	64,8	45,7	50,2	46,0	46,0
Promedio de años de escolaridad de mujeres de 6 años o más	7,4	7,3	7,1	7,1	7,8	7,3	7,0	7,3	8,6	8,6
Promedio de años de escolaridad de hombres de 6 años o más	7,1	7,5	7,0	7,0	7,8	7,4	6,6	7,1	8,7	8,7
Discapacidad										
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Hombre	41,0	44,0	60,9	53,6	44,6	43,3	36,8	42,0	42,4	42,4
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Mujer	59,0	56,0	39,1	46,4	55,4	56,7	63,2	58,0	57,6	57,6
Características generales y situación de mujeres y hombres										
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con secundaria o más Secundaria completa	32,2	24,1	29,7	32,9	33,9	35,3	30,9	31,7	31,2	31,2
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años con secundaria o más Secundaria completa	33,5	32,6	28,8	37,6	33,5	33,9	29,6	33,3	31,4	31,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	36,4	36,1	23,7	42,7	43,0	47,0	40,3	38,0	56,9	56,9
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	71,9	72,9	70,6	76,1	73,4	72,8	70,6	72,3	76,3	76,3
Migración										
Hogares con emigrantes internacionales	50,6	100,0		100,0		100,0	46,8	55,6	63,2	63,2
Siempre ha vivido en este municipio	97,4	99,1	99,4	97,6	96,1	98,1	98,4	97,8	98,4	98,4
Porcentaje de migrantes internos migraron por violencia causada por grupos armados	4,7	6,1	12,9	3,7	3,3	1,3	1,4	4,1	4,4	4,4
Fecundidad										
Tasa global (total) de fecundidad (hijos por mujer)	1,6	1,5	1,9	2,4	1,5	1,5	1,7	1,7	1,7	1,7
Promedio de hijos nacidos vivos en mujeres de 40-49 años (hijos por mujer)	2,1	2,1	2,5	1,5	1,6	1,6	3,3	2,1	1,8	1,8
Porcentaje de mujeres de 15-19 años madres o embarazadas del primer hijo	9,0	0,5	27,1	4,8	8,2	4,8		7,2	2,9	2,9
Porcentaje de mujeres de 15-19 años con un hijo o más	51,1	100,0	64,6	45,9	58,8	39,8		52,6	68,1	68,1
Porcentaje de hombres de 15-19 años con un hijo o más	48,9		35,4	54,1	41,2	60,2		47,4	31,9	31,9
Porcentaje de mujeres de 13-19 años alguna vez embarazada	67,7	75,8	74,4	81,1	60,8	72,0	63,0	68,6	60,2	60,2

Indicadores	Pacífica					Orinoquía y Amazonía								
	Cauca	Chocó	Nariño	Valle del Cauca	Total	Amazonas	Arauca	Casanare	Guainía	Guaviare	Putumayo	Vaupés	Vichada	Total
Población muestra (sin ponderar)														
Hogares	1.206	1.300	1.314	3.452	7.272	767	852	999	235	989	994	480	977	6.293
Población total (residentes habituales)	2.636	3.771	3.305	6.525	16.237	1.932	1.974	2.422	688	2.011	2.864	1.487	2.880	16.258
Mujeres de 13 a 49 años	608	812	774	1.648	3.842	444	507	682	199	508	659	336	722	4.057
Hombres de 13 a 49 años	504	529	557	1.173	2.763	419	317	482	173	387	521	303	595	3.197
Mujeres de 50 a 69 años	375	420	496	964	2.255	199	271	266	52	279	388	204	299	1.958
Hombres de 50 a 59 años	132	82	129	287	630	69	61	103	24	75	92	44	74	542
Hombres de 60 a 69 años	195	176	227	502	1.100	72	118	91	20	130	154	75	111	771
Cambios demográficos														
Porcentaje de hogares con jefe mujer	53,1	52,0	49,4	49,4	50,1	43,8	56,2	45,5	44,6	48,4	58,2	39,8	59,3	51,8
Tamaño promedio del hogar	2,8	3,3	3,0	2,9	2,9	3,6	2,9	3,0	3,8	3,0	3,0	4,2	3,0	3,0
Características de los hogares y la población														
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Hombre	52,9	51,5	50,5	57,5	54,8	55,3	51,0	52,4	44,3	46,3	45,1	66,6	29,1	50,5
Porcentaje de menores de 6 años que asisten a programas de atención Mujer	47,1	48,5	49,5	42,5	45,2	44,7	49,0	47,6	55,7	53,7	54,9	33,4	70,9	49,5
Promedio de años de escolaridad de mujeres de 6 años o más	6,9	6,5	6,2	7,8	7,2	7,0	7,1	7,3	6,3	7,2	7,2	7,0	6,1	7,1
Promedio de años de escolaridad de hombres de 6 años o más	6,6	6,3	6,2	8,0	7,2	7,5	6,9	7,1	6,5	6,6	6,9	7,5	5,7	6,8
Discapacidad														
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Hombre	41,1	42,4	49,5	39,6	42,0	54,3	53,1	41,2	52,7	54,8	50,5	74,2	31,1	45,7
Porcentaje de la población de los hogares con alguna dificultad para realizar las actividades diarias Mujer	58,9	57,6	50,5	60,4	58,0	45,7	46,9	58,8	47,3	45,2	49,5	25,8	68,9	54,3
Características generales y situación de mujeres y hombres														
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con secundaria o más Secundaria completa	29,1	22,0	29,3	30,6	29,6	24,2	27,7	30,6	21,2	22,9	31,7	31,1	19,8	28,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años con secundaria o más Secundaria completa	28,1	22,6	33,8	29,1	29,3	32,8	33,1	38,2	15,6	38,1	26,4	25,1	23,1	31,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	36,0	19,2	36,5	41,3	37,8	36,7	37,2	41,7	32,3	35,2	38,4	29,2	4,4	35,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que trabajan actualmente Actualmente empleado(a)	70,6	61,5	74,9	71,1	71,1	74,2	74,8	73,8	59,1	72,1	73,8	51,2	53,7	70,9
Migración														
Hogares con emigrantes internacionales	100,0		100,0	49,7	66,4		69,9	100,0	46,1		100,0		100,0	73,4
Siempre ha vivido en este municipio	98,0	97,7	98,6	98,0	98,1	98,3	99,1	97,0	96,0	99,5	99,2	99,8	97,4	98,4
Porcentaje de migrantes internos migraron por violencia causada por grupos armados	12,0	7,2	8,4	10,9	10,5	6,5	5,2	0,8		1,5	7,0		0,0	2,9
Fecundidad														
Tasa global (total) de fecundidad (hijos por mujer)	1,7	2,4	1,4	1,9	1,7	2,7	2,2	2,1	1,8	2,3	1,8	1,3	1,8	2,0
Promedio de hijos nacidos vivos en mujeres de 40-49 años (hijos por mujer)	2,2	2,8	2,1	1,9	2,1	4,3	3,1	0,0	3,2	3,0	3,0	1,8	6,2	3,3
Porcentaje de mujeres de 15-19 años madres o embarazadas del primer hijo	24,7	6,6	8,2	3,0	9,9	30,9	16,4	18,9	21,9	17,6	23,7	14,8	78,2	29,1
Porcentaje de mujeres de 15-19 años con un hijo o más	86,8	56,0	78,8	100,0	84,0	21,5	89,5		83,6	55,2	83,9	100,0	99,1	73,2
Porcentaje de hombres de 15-19 años con un hijo o más	13,2	44,0	21,2		16,0	78,5	10,5	100,0	16,4	44,8	16,1		0,9	26,8
Porcentaje de mujeres de 13-19 años alguna vez embarazada	64,7	73,2	78,7	60,5	66,0	79,9	81,5	14,7	64,7	74,1	66,2	72,6	65,5	70,6

Indicadores	Nacional	Zona		Atlántica								Total
		Urbana	Rural	Archipiélago San Andrés y Providencia	Atlántico	Bolívar	Cesar	Córdoba	La Guajira	Magdalena	Sucre	
Algún método moderno	83,1	82,9	84,0	83,5	84,8	82,7	82,7	86,8	80,5	88,4	79,2	84,1
Métodos anticonceptivos modernos												
Ambas esterilizaciones	1,5	1,7	0,6	0,2	1,0	0,7	0,5	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6
Esterilización femenina	35,3	35,5	34,8	42,9	49,8	38,7	42,1	38,8	33,0	38,8	37,1	40,9
Esterilización masculina	3,1	3,6	1,5	2,0	1,0	0,3	2,3	0,5	1,2	1,5	0,7	1,0
Píldoras	6,5	5,8	8,8	8,8	1,8	6,0	9,8	9,2	7,2	11,7	6,7	7,1
T de cobre	3,4	3,8	2,3	0,9	2,2	0,6	1,0	0,6	0,4	2,3	1,3	1,2
DIU hormonal	2,5	2,7	2,1	1,3		2,0	2,0	0,9	2,0	0,9	0,3	1,1
Inyección mensual	8,0	7,6	9,4	8,5	5,0	7,7	10,6	6,6	12,1	7,0	7,5	7,5
Inyección trimestral	2,9	2,3	4,5	2,5	1,5	5,2	0,8	7,9	5,0	4,4	4,4	4,1
Implante subdérmico	16,3	16,2	16,7	14,5	19,1	18,6	11,6	18,3	16,3	19,2	17,8	17,5
Anillo vaginal	0,0	0,0	0,0				0,3				0,3	0,1
Condón para mujeres												
Condón para hombres	3,5	3,5	3,2	1,8	2,5	2,7	1,7	3,7	2,8	1,4	2,4	2,5
Espuma, jalea u óvulos												
Parche transdérmico	0,1	0,1	0,1		1,0	0,3				0,7		0,3
Amenorrea por lactancia	0,0	0,0	0,1	0,3							0,2	0,0
Algún método tradicional	1,7	1,8	1,4	1,9	2,8	1,4	1,5	0,2	3,1	2,0	2,7	1,8
No usa actualmente	15,2	15,4	14,6	14,6	12,4	15,8	15,8	13,0	16,4	9,6	18,0	14,1
Cualquier método	84,4	84,2	84,8	83,4	83,1	86,7	86,8	88,0	84,0	92,2	83,0	86,1
Algún método moderno	82,3	82,1	82,9	79,8	80,5	84,7	83,8	87,0	80,9	90,3	79,9	83,9
Métodos modernos												
Ambas esterilizaciones	1,5	1,7	0,8	0,4		0,2		0,3			1,0	0,2
Esterilización femenina	32,3	32,3	32,1	43,0	43,0	39,4	36,2	37,5	30,1	39,9	36,9	38,6
Esterilización masculina	4,4	4,9	2,7	0,2	1,2	0,8	0,9	1,3	1,7	1,5	1,0	1,1
Píldoras	6,8	6,1	9,0	8,8	3,1	8,0	13,8	10,5	7,9	10,8	7,3	8,3
T de cobre	3,5	3,9	2,1	0,2	1,2	1,1	0,9	0,5	0,2	3,1	0,9	1,1
DIU hormonal	3,2	3,7	1,8	1,7	0,8	1,4	1,7	0,3	1,8	0,9	1,6	1,1
Inyección mensual	7,4	6,9	9,2	8,4	5,0	10,5	15,3	7,0	15,4	7,1	10,3	9,3
Inyección trimestral	3,1	2,5	5,0	2,1	1,4	2,9	0,7	7,3	5,4	3,5	1,6	3,2
Implante subdérmico	15,4	15,1	16,5	13,0	20,9	18,7	11,5	17,0	16,5	19,9	15,6	17,6
Anillo vaginal	0,0		0,0				0,1					0,0
Condón para mujeres	0,1	0,1	0,0				0,1					0,0
Condón para hombres	4,4	4,7	3,4	1,7	3,0	1,4	2,6	5,3	2,0	2,5	2,5	2,8
Espuma, jalea u óvulos												
Parche transdérmico	0,3	0,4	0,1		1,0					1,3	0,8	0,4
Amenorrea por lactancia	0,1	0,0	0,1	0,3		0,3					0,3	0,1
Algún método tradicional	2,0	2,1	1,9	3,6	2,6	2,0	3,0	0,9	3,1	1,8	3,1	2,3

Indicadores	Nacional	Zona		Atlántica								Total
		Urbana	Rural	Archipiélago San Andrés y Providencia	Atlántico	Bolívar	Cesar	Córdoba	La Guajira	Magdalena	Sucre	
Métodos tradicionales												
Ritmo	0,6	0,5	0,8	1,9	0,9	0,7	0,1		0,9	0,9	0,9	0,6
Retiro	0,7	0,8	0,3	0,5	1,3	0,5	1,7				1,3	0,7
Otro	0,8	0,8	0,8	1,2	0,5	0,9	1,2	0,9	2,2	0,9	0,8	0,9
No usa actualmente	15,6	15,8	15,2	16,6	16,9	13,3	13,2	12,0	16,0	7,8	17,0	13,9
Algún método moderno	83,1	82,9	84,0	83,5	84,8	82,7	82,7	86,8	80,5	88,4	79,2	84,1
Métodos anticonceptivos modernos												
Ambas esterilizaciones	1,5	1,7	0,6	0,2	1,0	0,7	0,5	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6
Esterilización femenina	35,3	35,5	34,8	42,9	49,8	38,7	42,1	38,8	33,0	38,8	37,1	40,9
Esterilización masculina	3,1	3,6	1,5	2,0	1,0	0,3	2,3	0,5	1,2	1,5	0,7	1,0
Píldoras	6,5	5,8	8,8	8,8	1,8	6,0	9,8	9,2	7,2	11,7	6,7	7,1
T de cobre	3,4	3,8	2,3	0,9	2,2	0,6	1,0	0,6	0,4	2,3	1,3	1,2
DIU hormonal	2,5	2,7	2,1	1,3		2,0	2,0	0,9	2,0	0,9	0,3	1,1
Inyección mensual	8,0	7,6	9,4	8,5	5,0	7,7	10,6	6,6	12,1	7,0	7,5	7,5
Inyección trimestral	2,9	2,3	4,5	2,5	1,5	5,2	0,8	7,9	5,0	4,4	4,4	4,1
Implante subdérmico	16,3	16,2	16,7	14,5	19,1	18,6	11,6	18,3	16,3	19,2	17,8	17,5
Anillo vaginal	0,0	0,0	0,0				0,3				0,3	0,1
Condón para mujeres												
Condón para hombres	3,5	3,5	3,2	1,8	2,5	2,7	1,7	3,7	2,8	1,4	2,4	2,5
Espuma, jalea u óvulos												
Parche transdérmico	0,1	0,1	0,1		1,0	0,3				0,7		0,3
Amenorrea por lactancia	0,0	0,0	0,1	0,3							0,2	0,0
Algún método tradicional	1,7	1,8	1,4	1,9	2,8	1,4	1,5	0,2	3,1	2,0	2,7	1,8
No usa actualmente	15,2	15,4	14,6	14,6	12,4	15,8	15,8	13,0	16,4	9,6	18,0	14,1
Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo												
Edad a la primera relación sexual en las mujeres de 20 a 49 años	16,8	16,9	16,6	16,8	17,5	16,8	17,1	16,8	17,5	17,3	17,3	17,2
Edad a la primera relación sexual en los hombres de 20 a 59 años	16,6	16,5	16,7	16,0	17,3	16,8	16,4	16,7	17,3	17,2	16,8	17,0
Edad a la primera unión en las mujeres de 25 a 49 años	21,9	22,2	20,7	23,1	21,6	20,5	20,9	21,0	20,5	21,6	21,2	21,1
Edad a la primera unión en las hombres de 25 a 59 años	25,2	25,3	24,7	26,9	24,9	24,6	24,8	24,1	23,6	25,4	24,8	24,6
Preferencias de fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos												
Promedio del ideal de hijos para mujeres de 13 a 49 años	2,0	1,9	2,2	1,9	2,1	2,6	2,1	2,3	2,0	2,0	2,1	2,2
Promedio del ideal de hijos para hombres de 13 a 49 años	1,5	1,5	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	2,1	1,6	2,2	1,8
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	5,5	5,3	5,9	9,6	2,7	9,1	7,3	2,2	6,4	6,4	4,1	5,4

Indicadores	Nacional	Zona		Atlántica								Total
		Urbana	Rural	Archipiélago San Andrés y Providencia	Atlántico	Bolívar	Cesar	Córdoba	La Guajira	Magdalena	Sucre	
Salud materna												
Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal de médica(o) o enfermera(o)	93,4	94,0	91,9	99,7	98,0	90,8	93,6	89,6	88,8	93,3	95,2	93,0
Porcentaje de mujeres que recibieron atención de médica(o) o enfermera(o) durante el parto	100,0	72,7	27,3	0,7	20,5	26,5	12,3	3,4	13,5	18,3	4,7	100,0
Porcentaje de mujeres que recibieron control postnatal por médica(o) o enfermera(o)	99,7	99,7	99,8	100,0	99,1	99,5	99,9	100,0	98,9	99,7	100,0	99,5
Detección temprana de cáncer												
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que han tenido relaciones sexuales y que no han sido hysterectomizadas, que se han hecho la citología.	88,5	89,4	84,9	93,8	95,1	81,3	88,6	91,5	79,4	86,4	88,4	88,3
Porcentaje de mujeres que reclamaron la citología	93,8	94,2	92,3	95,5	97,6	96,0	96,9	96,2	96,5	92,2	96,2	96,2
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el autoexamen de seno	76,8	79,5	65,8	78,5	81,0	71,7	61,1	63,7	61,4	63,8	65,4	69,3
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el examen clínico de seno	16,7	17,8	12,3	17,4	11,2	15,6	11,9	20,1	24,5	10,5	25,3	15,7
Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años que se han hecho la mamografía	54,5	57,0	44,5	66,5	51,0	49,2	45,2	42,2	51,2	45,4	57,3	48,6
Porcentaje de mujeres que reclamaron los resultados de la mamografía	95,6	95,8	94,4	98,4	98,6	94,5	96,2	98,4	97,6	95,1	97,3	96,9
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha practicado el tacto rectal	36,2	40,2	24,4	43,9	38,4	29,4	26,4	38,9	39,0	26,4	31,2	33,5
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha realizado el antígeno prostático	47,1	51,3	34,9	59,8	59,4	40,7	36,0	36,2	39,0	38,2	50,7	44,8
Conocimiento del VIH-sida y otras ITS												
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se hizo la prueba de VIH	16,2	15,6	17,3	24,3	15,3		12,0	55,8	41,4	14,7	14,9	13,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	15,5	15,5	15,7	8,3	13,6	8,0	13,2	17,0	12,8	8,1	17,4	12,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	13,7	13,5	14,5	8,2	13,0	9,2	13,8	16,5	13,2	4,4	16,9	12,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	53,8	54,5	50,9	56,5	60,4	54,7	64,0	41,9	57,6	66,3	45,5	56,1
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	43,2	44,3	39,1	38,4	52,7	38,8	46,8	29,1	49,8	54,8	37,2	44,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	88,0	91,4	76,0	82,6	93,8	92,6	83,9	88,1	62,9	88,2	88,4	87,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	85,3	88,5	74,0	81,6	93,5	83,0	73,7	87,4	61,2	87,3	87,5	84,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	87,4	91,2	75,6	80,4	93,2	85,2	85,2	89,9	63,1	82,9	88,4	86,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	83,0	86,9	71,0	80,0	92,1	76,4	73,8	88,9	61,2	80,6	87,0	82,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	17,5	18,7	13,2	9,3	22,5	16,5	18,1	12,2	15,3	20,7	8,7	17,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	23,9	25,1	18,8	20,6	26,7	22,2	29,2	18,0	24,2	29,0	12,4	23,7

Indicadores	Nacional	Zona		Atlántica								Total
		Urbana	Rural	Archipiélago San Andrés y Providencia	Atlántico	Bolívar	Cesar	Córdoba	La Guajira	Magdalena	Sucre	
Violencias de género												
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja	15,4	16,3	12,8	11,5	13,1	12,6	2,8	17,9	10,7	4,6	16,1	11,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja												
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia física por parte de su pareja (excluye violación)	8,5	8,5	8,5	6,0	4,9	9,9	2,7	8,7	11,3	3,4	8,9	7,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido violencia económica por parte de su pareja	7,1	7,5	5,7	2,6	6,1	8,1	1,9	10,0	10,4	2,4	7,7	6,7
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja	1,9	2,0	1,4	1,2	1,8	1,3	0,2	1,3	1,9	0,9	1,7	1,3
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidos que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja												
Roles de géneros y autonomía sexual y reproductiva												
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	11,7	11,5	12,4	10,6	9,9	8,2	9,0	20,3	7,9	6,7	10,7	10,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	8,8	8,9	8,6	7,7	6,4	6,0	6,2	17,3	4,0	5,0	7,5	7,7
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	17,3	14,5	27,5	19,5	19,7	17,8	25,7	23,5	43,2	20,7	25,5	23,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	21,3	17,8	31,8	21,0	23,0	19,7	40,5	33,7	51,8	26,9	28,1	29,5
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	19,6	18,1	24,0	19,7	15,8	14,9	32,2	36,1	37,3	20,0	21,3	23,6
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	28,4	27,4	32,1	23,6	20,0	25,7	35,6	34,5	37,7	22,4	35,7	28,4
Actitudes hacia la población LGBTQ+												
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	41,5	44,6	30,8	50,3	38,0	33,3	20,5	20,4	18,8	19,2	30,6	27,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	35,5	38,9	25,0	40,4	32,8	25,8	13,3	17,5	17,6	15,9	26,7	22,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	60,8	64,0	49,5	80,5	53,4	50,8	42,7	43,5	35,1	36,9	53,9	46,5
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	52,9	56,3	42,5	73,2	47,1	42,4	37,4	37,7	36,4	31,5	49,1	41,0

Indicadores	Nacional	Zona		Atlántica								Total
		Urbana	Rural	Archipiélago San Andrés y Providencia	Atlántico	Bolívar	Cesar	Córdoba	La Guajira	Magdalena	Sucre	
Educación integral de la sexualidad												
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las mujeres de 13 a 49 años	5,9	6,3	4,6	7,6	4,7	5,1	4,7	6,0	3,5	3,9	5,5	4,9
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las hombres de 13 a 59 años	5,0	5,4	3,7	6,9	3,7	4,2	4,0	5,4	3,2	3,5	4,6	4,1
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	80,8	80,7	81,2	88,7	90,8	69,7	88,5	72,1	86,5	66,6	89,3	80,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	79,0	79,1	78,7	91,9	72,2	82,6	81,0	68,6	79,9	79,6	78,4	76,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	83,4	84,9	77,4	89,1	61,3	75,7	48,9	53,3	94,9	84,2	87,6	67,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	83,2	84,2	79,4	77,3	61,7	79,8	46,8	38,7	76,5	100,0	84,6	64,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	85,8	86,4	83,7	87,5	61,2	82,8	52,2	63,5	90,6	72,7	88,9	70,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	81,9	82,7	79,0	81,5	78,6	82,7	46,8	51,0	88,2	100,0	83,7	71,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	84,2	84,3	83,4	88,2	61,0	72,6	52,7	53,4	92,1	78,5	89,3	67,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	81,5	82,6	77,8	83,3	63,0	86,9	59,5	55,9	78,7	93,2	80,9	70,6
Aborto e IVE												
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	19,7	20,5	17,3	18,1	12,8	16,6	16,0	18,9	10,7	10,2	22,8	15,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	29,7	30,4	27,0	21,3	16,5	28,0	30,8	31,5	17,1	21,1	39,7	25,2
Proporción de mujeres de 13 a 49 años que ha tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción del embarazo o aborto inducido	16,9	17,4	15,3	9,2	6,6	7,1	4,4	44,0	13,4	3,0	12,0	9,0

Indicadores	Oriental					Total
	Boyacá	Cundinamarca	Meta	Norte de Santander	Santander	
Algún método moderno	81,5	81,3	87,5	88,8	88,1	85,4
Métodos anticonceptivos modernos						
Ambas esterilizaciones	0,1	1,9	0,7		2,7	1,3
Esterilización femenina	33,8	35,3	41,0	40,1	34,6	36,7
Esterilización masculina	4,2	0,2	3,6	1,8	3,4	2,2
Píldoras	7,6	5,6	5,4	6,5	7,2	6,4
T de cobre	4,9	1,8	1,4	4,0	4,0	3,1
DIU hormonal	3,7	1,9	0,7	0,9	1,9	1,7
Inyección mensual	3,3	15,9	12,0	8,2	10,8	11,2
Inyección trimestral	4,3	1,2	3,5	2,9	1,2	2,2
Implante subdérmico	16,1	17,0	13,5	20,3	17,1	17,1
Anillo vaginal						
Condón para mujeres						
Condón para hombres	3,4	0,6	5,7	4,2	5,3	3,5
Espuma, jalea u óvulos						
Parche transdérmico						
Amenorrea por lactancia						
Algún método tradicional	1,4	3,1	1,1		0,5	1,4
No usa actualmente	17,2	15,6	11,3	11,2	11,4	13,2
Cualquier método	88,5	87,8	86,0	85,2	77,8	84,6
Algún método moderno	84,3	85,9	83,7	84,9	77,8	83,2
Métodos modernos						
Ambas esterilizaciones	0,6	1,6	1,4		1,9	1,2
Esterilización femenina	34,2	33,2	32,5	37,6	25,6	32,2
Esterilización masculina	4,8	5,7	3,2	2,7	3,5	4,1
Píldoras	4,1	6,8	6,4	5,5	7,6	6,5
T de cobre	4,4	5,8	1,8	3,5	4,8	4,4
DIU hormonal	7,0	7,8	0,7	1,4	3,4	4,4
Inyección mensual	4,3	9,2	12,8	10,3	10,4	9,7
Inyección trimestral	4,9	2,4	4,0	2,9	1,0	2,6
Implante subdérmico	17,8	9,9	14,0	16,8	12,0	13,0
Anillo vaginal						
Condón para mujeres						
Condón para hombres	2,3	3,6	6,8	4,1	7,7	5,0
Espuma, jalea u óvulos						
Parche transdérmico						
Amenorrea por lactancia						
Algún método tradicional	4,2	1,9	2,2	0,3		1,4

Indicadores	Oriental					Total
	Boyacá	Cundinamarca	Meta	Norte de Santander	Santander	
Métodos tradicionales						
Ritmo			1,3	0,3		0,2
Retiro		1,7	0,4			0,6
Otro	4,2	0,2	0,5			0,5
No usa actualmente	11,5	12,2	14,0	14,8	22,2	15,4
Algún método moderno	81,5	81,3	87,5	88,8	88,1	85,4
Métodos anticonceptivos modernos						
Ambas esterilizaciones	0,1	1,9	0,7		2,7	1,3
Esterilización femenina	33,8	35,3	41,0	40,1	34,6	36,7
Esterilización masculina	4,2	0,2	3,6	1,8	3,4	2,2
Píldoras	7,6	5,6	5,4	6,5	7,2	6,4
T de cobre	4,9	1,8	1,4	4,0	4,0	3,1
DIU hormonal	3,7	1,9	0,7	0,9	1,9	1,7
Inyección mensual	3,3	15,9	12,0	8,2	10,8	11,2
Inyección trimestral	4,3	1,2	3,5	2,9	1,2	2,2
Implante subdérmico	16,1	17,0	13,5	20,3	17,1	17,1
Anillo vaginal						
Condón para mujeres						
Condón para hombres	3,4	0,6	5,7	4,2	5,3	3,5
Espuma, jalea u óvulos						
Parche transdérmico						
Amenorrea por lactancia						
Algún método tradicional	1,4	3,1	1,1		0,5	1,4
No usa actualmente	17,2	15,6	11,3	11,2	11,4	13,2
Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo						
Edad a la primera relación sexual en las mujeres de 20 a 49 años	17,5	17,5	16,9	17,1	16,9	17,2
Edad a la primera relación sexual en los hombres de 20 a 59 años	17,2	17,0	16,9	17,2	16,9	17,0
Edad a la primera unión en las mujeres de 25 a 49 años	22,4	23,2	21,8	22,3	22,1	22,5
Edad a la primera unión en los hombres de 25 a 59 años	26,2	25,2	25,7	26,6	25,4	25,6
Preferencias de fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos						
Promedio del ideal de hijos para mujeres de 13 a 49 años	1,8	1,9	1,9	2,0	1,8	1,9
Promedio del ideal de hijos para hombres de 13 a 49 años	1,1	1,4	1,2	1,5	1,5	1,4
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	4,4	4,5	6,9	2,3	2,6	3,9

Indicadores	Oriental					Total
	Boyacá	Cundinamarca	Meta	Norte de Santander	Santander	
Salud materna						
Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal de médica(o) o enfermera(o)	100,0	82,1	98,4	96,3	96,5	93,0
Porcentaje de mujeres que recibieron atención de médica(o) o enfermera(o) durante el parto	4,9	28,3	29,6	27,1	10,1	100,0
Porcentaje de mujeres que recibieron control postnatal por médica(o) o enfermera(o)	100,0	100,0	100,0	98,5	100,0	99,6
Detección temprana de cáncer						
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que han tenido relaciones sexuales y que no han sido hysterectomizadas, que se han hecho la citología.	78,8	88,2	88,8	93,2	94,0	89,4
Porcentaje de mujeres que reclamaron la citología	93,5	91,9	92,5	97,7	94,3	93,8
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el autoexamen de seno	72,9	84,4	74,9	81,7	78,4	80,0
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el examen clínico de seno	17,4	18,9	19,4	10,5	17,2	17,0
Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años que se han hecho la mamografía	56,3	56,2	51,5	55,6	54,0	55,0
Porcentaje de mujeres que reclamaron los resultados de la mamografía	96,1	92,3	97,2	97,6	97,2	95,4
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha practicado el tacto rectal	26,2	33,9	23,8	29,7	29,8	30,0
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha realizado el antígeno prostático	45,6	53,9	43,5	49,2	44,5	48,6
Conocimiento del VIH-sida y otras ITS						
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se hizo la prueba de VIH			8,0	14,5		5,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	22,1	23,7	19,2	22,7	16,2	21,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	20,8	22,4	15,7	20,2	14,4	19,1
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	46,3	53,5	61,7	56,7	52,2	54,1
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	34,1	44,0	44,6	41,5	46,9	43,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	69,7	90,1	93,8	92,8	90,9	88,7
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	68,1	85,2	93,4	90,8	88,4	85,8
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	69,5	87,1	92,1	92,8	87,5	86,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	66,2	82,8	91,4	89,2	83,4	83,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	7,9	20,7	15,2	20,7	15,2	17,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	17,7	29,5	24,6	33,6	15,5	25,1

Indicadores	Oriental					Total
	Boyacá	Cundinamarca	Meta	Norte de Santander	Santander	
Violencias de género						
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja	15,3	22,6	11,0	8,6	14,8	16,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja						
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia física por parte de su pareja (excluye violación)	13,9	11,0	10,5	4,3	6,4	9,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido violencia económica por parte de su pareja	11,8	10,4	6,9	3,0	4,4	7,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja	3,8	2,3	1,7	0,3	0,5	1,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidos que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja						
Roles de géneros y autonomía sexual y reproductiva						
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	9,6	12,6	9,8	11,3	25,7	14,8
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	9,3	8,3	5,5	5,9	25,4	11,7
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	18,7	15,3	11,8	18,5	24,2	18,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	21,9	17,0	13,4	23,3	29,1	21,1
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	14,2	13,2	15,1	21,0	25,3	17,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	28,4	27,0	17,9	36,2	30,6	28,6
Actitudes hacia la población LGBTIQ+						
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	37,0	54,4	54,8	44,7	43,1	48,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	32,3	49,3	42,9	37,7	37,6	41,6
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	55,8	71,0	74,9	57,7	62,3	65,2
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	54,1	63,1	62,7	51,5	54,5	57,8

Indicadores	Oriental					Total
	Boyacá	Cundinamarca	Meta	Norte de Santander	Santander	
Educación integral de la sexualidad						
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las mujeres de 13 a 49 años	5,7	6,0	6,8	7,1	6,6	6,4
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las hombres de 13 a 59 años	4,4	5,0	5,8	6,3	5,3	5,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	73,4	87,7	75,1	89,8	88,1	85,1
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	72,2	84,4	67,4	97,9	72,2	81,9
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	88,4	84,9	77,3	78,5	77,7	82,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	87,2	83,0	81,5	81,3	87,0	83,9
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	86,1	87,4	79,5	82,2	80,2	84,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	81,8	87,9	78,0	75,6	80,0	83,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	89,7	90,0	81,5	76,6	88,6	87,1
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	75,5	80,8	83,0	71,2	81,9	79,2
Aborto e IVE						
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	16,1	25,2	11,1	23,4	26,3	22,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	25,7	37,5	24,9	34,7	33,6	33,2
Proporción de mujeres de 13 a 49 años que ha tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción del embarazo o aborto inducido	38,9	26,1	6,6	9,2	44,0	22,5

Indicadores	Central								Bogotá	Total
	Antioquia	Caldas	Caquetá	Huila	Quindío	Risaralda	Tolima	Total		
Algún método moderno	85,5	89,4	74,3	84,6	85,8	86,1	82,7	85,3	80,8	80,8
Métodos anticonceptivos modernos										
Ambas esterilizaciones	1,9	4,8	0,2	0,6	7,1	3,6	2,1	2,4	1,1	1,1
Esterilización femenina	36,2	45,7	30,7	33,6	32,5	42,6	27,9	36,2	28,9	28,9
Esterilización masculina	4,0	4,6	2,5	2,7	8,1	5,9	9,4	4,7	5,1	5,1
Píldoras	11,0	11,2	5,2	6,5	11,7	8,3	4,1	9,7	3,2	3,2
T de cobre	2,3	1,8	0,3	1,3	0,5	2,9	4,1	2,3	8,8	8,8
DIU hormonal	3,2	4,0	3,3	4,9	2,7		3,4	3,2	5,5	5,5
Inyección mensual	8,8	6,8	11,8	9,8	6,3	10,1	8,4	8,8	3,8	3,8
Inyección trimestral	1,6	1,5	4,0	7,5	2,1	2,2	1,7	2,3	2,4	2,4
Implante subdérmico	13,4	4,9	14,5	10,3	9,4	7,0	15,1	11,9	17,1	17,1
Anillo vaginal										
Condón para mujeres										
Condón para hombres	3,0	4,0	1,9	6,4	5,4	3,4	6,6	3,9	4,5	4,5
Espuma, jalea u óvulos										
Parche transdérmico									0,2	0,2
Amenorrea por lactancia				0,9				0,1		
Algún método tradicional	1,7	1,3		4,0		2,9	0,7	1,8	1,7	1,7
No usa actualmente	12,8	9,3	25,7	11,4	14,2	11,0	16,6	12,9	17,6	17,6
Cualquier método	86,0	79,1	70,9	80,5	85,2	87,6	81,0	84,0	85,8	85,8
Algún método moderno	82,6	76,8	69,3	76,8	84,2	84,2	80,8	81,2	84,8	84,8
Métodos modernos										
Ambas esterilizaciones	2,0	4,6	1,2	1,1	6,0	4,6	1,9	2,5	1,9	1,9
Esterilización femenina	34,1	36,2	24,3	29,6	31,3	37,3	27,6	33,0	27,2	27,2
Esterilización masculina	6,7	3,8	3,7	3,0	10,5	9,0	4,9	6,1	7,9	7,9
Píldoras	9,3	6,4	5,8	7,2	12,1	5,5	3,9	8,1	3,3	3,3
T de cobre	2,0	1,7	1,1	2,0	1,7	4,8	4,2	2,4	7,7	7,7
DIU hormonal	1,1	1,9	4,2	2,6	1,0	0,3	8,7	2,1	7,1	7,1
Inyección mensual	6,5	10,8	11,7	7,7	7,1	8,2	8,2	7,4	3,6	3,6
Inyección trimestral	1,6	1,6	3,0	5,8	1,5	1,8	0,9	2,0	4,3	4,3
Implante subdérmico	14,7	3,2	11,5	9,5	9,0	8,2	15,0	12,5	16,1	16,1
Anillo vaginal										
Condón para mujeres	0,2							0,1		
Condón para hombres	4,4	6,4	2,8	7,1	2,9	4,4	5,6	4,8	4,8	4,8
Espuma, jalea u óvulos										
Parche transdérmico									0,6	0,6
Amenorrea por lactancia				1,0	1,1			0,2		
Algún método tradicional	3,4	2,4	1,6	3,7	1,1	3,4	0,2	2,9	1,0	1,0

Indicadores	Central							Total	Bogotá	Total
	Antioquia	Caldas	Caquetá	Huila	Quindío	Risaralda	Tolima			
Métodos tradicionales										
Ritmo	1,0			1,2		1,3		0,8	0,3	0,3
Retiro	1,0	1,5	1,6	1,8	0,1			0,9		
Otro	1,4	0,9		0,7	1,0	2,0	0,2	1,1	0,7	0,7
No usa actualmente	14,0	20,9	29,1	19,5	14,8	12,4	19,0	16,0	14,2	14,2
Algún método moderno	85,5	89,4	74,3	84,6	85,8	86,1	82,7	85,3	80,8	80,8
Métodos anticonceptivos modernos										
Ambas esterilizaciones	1,9	4,8	0,2	0,6	7,1	3,6	2,1	2,4	1,1	1,1
Esterilización femenina	36,2	45,7	30,7	33,6	32,5	42,6	27,9	36,2	28,9	28,9
Esterilización masculina	4,0	4,6	2,5	2,7	8,1	5,9	9,4	4,7	5,1	5,1
Píldoras	11,0	11,2	5,2	6,5	11,7	8,3	4,1	9,7	3,2	3,2
T de cobre	2,3	1,8	0,3	1,3	0,5	2,9	4,1	2,3	8,8	8,8
DIU hormonal	3,2	4,0	3,3	4,9	2,7		3,4	3,2	5,5	5,5
Inyección mensual	8,8	6,8	11,8	9,8	6,3	10,1	8,4	8,8	3,8	3,8
Inyección trimestral	1,6	1,5	4,0	7,5	2,1	2,2	1,7	2,3	2,4	2,4
Implante subdérmico	13,4	4,9	14,5	10,3	9,4	7,0	15,1	11,9	17,1	17,1
Anillo vaginal										
Condón para mujeres										
Condón para hombres	3,0	4,0	1,9	6,4	5,4	3,4	6,6	3,9	4,5	4,5
Espuma, jalea u óvulos										
Parche transdérmico									0,2	0,2
Amenorrea por lactancia				0,9				0,1		
Algún método tradicional	1,7	1,3		4,0		2,9	0,7	1,8	1,7	1,7
No usa actualmente	12,8	9,3	25,7	11,4	14,2	11,0	16,6	12,9	17,6	17,6
Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo										
Edad a la primera relación sexual en las mujeres de 20 a 49 años	16,4	16,4	16,2	16,7	16,4	16,5	16,7	16,5	16,9	16,9
Edad a la primera relación sexual en los hombres de 20 a 59 años	16,2	16,0	16,2	16,6	16,3	16,1	16,3	16,2	16,6	16,6
Edad a la primera unión en las mujeres de 25 a 49 años	22,2	21,9	21,4	22,1	22,7	22,3	21,1	22,1	22,3	22,3
Edad a la primera unión en los hombres de 25 a 59 años	25,8	26,6	25,4	25,9	25,8	26,5	25,4	25,9	24,9	24,9
Preferencias de fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos										
Promedio del ideal de hijos para mujeres de 13 a 49 años	1,7	2,0	1,9	2,1	1,7	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
Promedio del ideal de hijos para hombres de 13 a 49 años	1,6	1,6	1,4	1,4	1,1	1,3	1,4	1,5	1,3	1,3
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	3,9	2,4	20,6	3,2	3,5	2,4	1,4	3,8	7,0	7,0

Indicadores	Central							Total	Bogotá	Total
	Antioquia	Caldas	Caquetá	Huila	Quindío	Risaralda	Tolima			
Salud materna										
Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal de médica(o) o enfermera(o)	98,3	100,0	92,0	100,0	90,4	100,0	100,0	96,9	93,3	93,3
Porcentaje de mujeres que recibieron atención de médica(o) o enfermera(o) durante el parto	63,5	6,2	17,1	3,6	7,0	1,2	1,4	100,0	100,0	100,0
Porcentaje de mujeres que recibieron control postnatal por médica(o) o enfermera(o)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Detección temprana de cáncer										
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que han tenido relaciones sexuales y que no han sido hysterectomizadas, que se han hecho la citología.	87,5	93,8	90,0	85,5	90,9	94,7	93,0	89,2	88,8	88,8
Porcentaje de mujeres que reclamaron la citología	92,4	93,7	96,1	96,6	93,4	93,7	93,2	93,2	94,9	94,9
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el autoexamen de seno	79,9	86,4	65,6	76,0	80,1	86,7	77,0	80,0	81,2	81,2
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el examen clínico de seno	15,9	17,2	7,0	13,0	15,3	14,5	10,6	14,8	20,7	20,7
Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años que se han hecho la mamografía	53,2	61,2	46,9	54,8	61,1	70,1	58,4	56,3	57,9	57,9
Porcentaje de mujeres que reclamaron los resultados de la mamografía	94,0	96,6	98,2	97,7	94,4	95,4	96,4	95,1	95,7	95,7
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha practicado el tacto rectal	33,0	50,4	19,2	34,7	52,6	50,9	30,7	36,7	42,9	42,9
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha realizado el antígeno prostático	44,3	51,0	27,2	44,9	51,6	54,5	47,7	46,2	55,7	55,7
Conocimiento del VIH-sida y otras ITS										
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se hizo la prueba de VIH	13,8		5,2					10,2	28,8	28,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	17,9	15,4	7,4	13,8	19,1	13,1	15,2	16,4	13,5	13,5
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	15,4	13,0	6,1	11,0	16,6	8,8	13,3	13,9	11,2	11,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	54,0	51,7	74,8	54,3	60,4	49,2	44,9	53,5	46,5	46,5
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	45,5	36,6	63,6	37,8	52,9	28,0	37,9	42,8	37,3	37,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	88,0	94,2	79,1	84,1	92,3	96,1	89,3	88,8	95,2	95,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	84,0	92,5	78,7	84,0	88,0	95,3	88,1	86,0	93,2	93,2
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	90,1	94,7	70,2	79,6	93,4	97,1	82,2	88,6	94,1	94,1
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	83,8	88,7	68,2	78,3	88,7	94,5	80,8	83,9	89,7	89,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	17,5	15,0	19,9	6,8	22,8	11,4	12,3	15,8	21,9	21,9
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	20,6	25,5	27,1	15,9	31,4	19,4	13,2	20,5	27,7	27,7

Indicadores	Central							Total	Bogotá	Total
	Antioquia	Caldas	Caquetá	Huila	Quindío	Risaralda	Tolima			
Violencias de género										
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja	18,7	14,1	1,3	12,4	10,3	22,0	19,1	17,0	15,8	15,8
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja										
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia física por parte de su pareja (excluye violación)	7,3	9,7	1,9	7,5	7,4	9,5	12,5	8,1	8,9	8,9
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido violencia económica por parte de su pareja	6,8	10,4	0,7	7,3	7,1	7,8	7,5	7,1	7,1	7,1
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja	2,4	1,9	0,2	2,3	1,9	5,5	2,1	2,5	1,7	1,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidos que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja										
Roles de géneros y autonomía sexual y reproductiva										
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	12,5	16,3	3,2	6,2	27,5	11,6	11,9	12,4	7,0	7,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	8,0	15,5	4,8	3,7	27,7	9,4	11,8	9,4	5,5	5,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	12,3	12,4	25,6	13,3	11,1	10,5	24,3	14,0	7,1	7,1
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	15,6	14,5	33,8	20,0	16,9	11,1	29,7	17,8	10,4	10,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	19,3	22,4	23,3	18,4	23,6	18,6	22,1	20,0	15,4	15,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	33,8	34,1	27,2	19,1	28,6	30,4	29,9	31,3	23,0	23,0
Actitudes hacia la población LGBTIQ+										
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	48,6	57,3	39,0	52,0	55,5	58,4	36,8	49,1	50,0	50,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	40,3	46,0	27,2	40,1	54,6	52,6	32,2	41,0	46,2	46,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	72,2	80,8	51,1	75,6	72,2	84,5	62,2	72,4	64,2	64,2
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	61,5	70,9	37,6	61,1	67,4	77,8	49,4	61,6	57,6	57,6

Indicadores	Central								Bogotá	Total
	Antioquia	Caldas	Caquetá	Huila	Quindío	Risaralda	Tolima	Total		
Educación integral de la sexualidad										
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las mujeres de 13 a 49 años	6,3	7,0	4,9	5,5	6,8	7,3	5,5	6,3	6,5	6,5
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las hombres de 13 a 59 años	5,3	6,2	4,0	4,0	5,8	6,2	4,6	5,2	5,4	5,4
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	78,2	85,7	51,0	84,3	83,0	80,6	77,6	79,0	85,4	85,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	79,0	79,9	42,6	71,3	85,9	77,5	85,3	79,3	87,3	87,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	89,4	89,8	100,0	86,6	78,0	92,8	78,7	88,5	90,1	90,1
Porcentaje de mujeres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	88,8	87,8	100,0	79,7	95,3	85,6	84,3	88,1	87,3	87,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	91,6	90,9	100,0	90,6	79,5	95,8	90,3	91,6	94,4	94,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	85,6	89,0	100,0	92,4	85,4	92,1	79,6	85,8	73,5	73,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	88,6	95,8	100,0	88,8	74,9	91,9	84,1	88,8	86,4	86,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	84,1	90,0	100,0	82,1	84,1	90,5	88,4	85,2	84,3	84,3
Aborto e IVE										
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	27,0	24,0	2,4	8,9	22,8	26,2	21,5	23,3	14,2	14,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	37,2	38,6	6,0	22,9	30,7	33,5	34,0	34,0	20,2	20,2
Proporción de mujeres de 13 a 49 años que ha tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción del embarazo o aborto inducido	22,4	36,5	1,8	61,2	11,3	55,1	70,3	26,8	17,4	17,4

Indicadores	Pacífica				Total	Orinoquía y Amazonía								Total
	Cauca	Chocó	Nariño	Valle del Cauca		Amazonas	Arauca	Casanare	Guainía	Guaviare	Putumayo	Vaupés	Vichada	
Algún método moderno	75,8	78,2	81,6	78,8	78,7	83,0	81,5	79,7	75,1	80,3	86,7	95,1	91,8	83,1
Métodos anticonceptivos modernos														
Ambas esterilizaciones	2,3			3,0	2,0			0,3		0,3	2,7		0,1	0,8
Esterilización femenina	21,2	25,8	37,0	40,6	34,2	14,1	36,3	28,7	20,0	44,4	30,9	30,4	5,7	28,9
Esterilización masculina	2,0		1,0	2,9	2,1	1,3	1,0	2,4		2,0	3,8	0,7		2,2
Píldoras	6,7	8,9	3,5	5,8	5,7	1,6	7,8	4,8	2,2	2,7	5,4	0,3	1,7	4,8
T de cobre	3,5	0,5	0,4	2,5	2,1	9,4	3,9	1,9		4,1		0,7	0,4	2,2
DIU hormonal	0,4	2,7		1,7	1,1		0,7	0,2			1,1		9,8	1,2
Inyección mensual	14,1	8,3	5,7	6,8	8,4	6,4	5,3	6,3	3,7	6,8	13,3	0,9	8,4	7,9
Inyección trimestral	6,3	5,0	3,2	1,3	3,2	4,7	3,3	3,4	17,4	3,6	1,1	6,1	15,0	4,0
Implante subdérmico	17,1	23,9	28,9	10,3	17,1	44,3	20,4	26,1	29,5	15,1	21,8	54,6	49,8	26,8
Anillo vaginal														
Condón para mujeres														
Condón para hombres														
Espuma, jalea u óvulos	1,8	2,6	1,5	3,7	2,7	0,3	2,4	5,4	2,2	1,3	6,3	1,0	0,7	4,1
Parche transdérmico	0,3	0,3			0,1		0,4				0,3			0,2
Amenorrea por lactancia		0,2	0,5		0,1	1,1						0,3		0,1
Algún método tradicional	2,9	3,0	2,5	1,1	2,0	0,7	0,5	0,8		0,4	1,4	0,9	0,4	0,8
No usa actualmente	21,3	18,8	15,9	20,1	19,3	16,3	18,0	19,5	24,9	19,2	11,9	4,1	7,8	16,1
Cualquier método	75,6	77,7	89,4	77,9	80,5	92,4	80,8	83,9	71,4	82,8	81,2	91,6	98,1	84,1
Algún método moderno	73,8	73,1	86,0	75,1	77,6	92,1	78,3	82,0	71,4	81,9	80,2	90,1	97,9	82,6
Métodos modernos														
Ambas esterilizaciones	0,6	0,7		2,8	1,6		1,3	0,8	2,9	0,3	0,4		0,1	0,7
Esterilización femenina	18,2	21,4	41,6	31,2	31,1	15,8	17,3	22,8	11,1	20,8	33,6	33,2	33,7	24,6
Esterilización masculina	3,3	0,6	2,2	2,4	2,4	1,8	1,0	2,6		5,3	0,9		0,1	1,7
Píldoras	7,5	7,2	3,9	10,4	8,0	3,6	7,5	3,9		12,0	5,7	0,7	1,3	5,0
T de cobre	5,2			2,4	2,1	10,5	2,7	1,5		7,0	0,3		0,2	2,0
DIU hormonal	1,3	6,9		2,1	1,7		0,5	0,6	1,2	2,2	1,3		1,4	0,9
Inyección mensual	11,7	6,5	3,9	6,5	6,7	4,5	3,9	6,5	3,2	7,6	11,7	0,4	6,9	7,0
Inyección trimestral	5,8	6,6	4,5	1,7	3,4	4,5	2,8	4,1	23,7	6,3	0,9	1,9	7,4	4,0
Implante subdérmico	14,1	20,1	28,4	8,6	15,4	49,0	37,9	31,8	24,6	18,2	21,9	49,1	46,0	32,0
Anillo vaginal						0,1								0,0
Condón para mujeres				0,4	0,2									
Condón para hombres														
Espuma, jalea u óvulos	5,8	3,0	1,0	5,5	4,2	1,3	3,4	7,1	1,6	2,1	3,5	4,4	0,9	4,5
Parche transdérmico	0,6			1,0	0,6			0,4	3,1					0,2
Amenorrea por lactancia		0,1	0,5		0,1	0,9						0,5	0,1	0,1
Algún método tradicional	1,8	4,7	3,4	2,7	2,9	0,3	2,6	1,8		1,0	1,0	1,5	0,2	1,5

Indicadores	Pacífica				Total	Orinoquía y Amazonía								Total
	Cauca	Chocó	Nariño	Valle del Cauca		Amazonas	Arauca	Casanare	Guainía	Guaviare	Putumayo	Vaupés	Vichada	
Métodos tradicionales														
Ritmo	0,8	2,5	0,7	0,8	0,9	0,3		1,5		0,4		0,4		0,6
Retiro	0,9	1,5	1,5	1,1	1,2		0,8				0,7		0,1	0,3
Otro		0,6	1,3	0,8	0,8		1,8	0,3		0,6	0,3	1,1	0,1	0,6
No usa actualmente	24,4	22,3	10,6	22,1	19,5	7,6	19,2	16,1	28,6	17,2	18,8	8,4	1,9	15,9
Algún método moderno	75,8	78,2	81,6	78,8	78,7	83,0	81,5	79,7	75,1	80,3	86,7	95,1	91,8	83,1
Métodos anticonceptivos modernos														
Ambas esterilizaciones	2,3			3,0	2,0			0,3		0,3	2,7		0,1	0,8
Esterilización femenina	21,2	25,8	37,0	40,6	34,2	14,1	36,3	28,7	20,0	44,4	30,9	30,4	5,7	28,9
Esterilización masculina	2,0		1,0	2,9	2,1	1,3	1,0	2,4		2,0	3,8	0,7		2,2
Píldoras	6,7	8,9	3,5	5,8	5,7	1,6	7,8	4,8	2,2	2,7	5,4	0,3	1,7	4,8
T de cobre	3,5	0,5	0,4	2,5	2,1	9,4	3,9	1,9		4,1		0,7	0,4	2,2
DIU hormonal	0,4	2,7		1,7	1,1		0,7	0,2			1,1		9,8	1,2
Inyección mensual	14,1	8,3	5,7	6,8	8,4	6,4	5,3	6,3	3,7	6,8	13,3	0,9	8,4	7,9
Inyección trimestral	6,3	5,0	3,2	1,3	3,2	4,7	3,3	3,4	17,4	3,6	1,1	6,1	15,0	4,0
Implante subdérmico	17,1	23,9	28,9	10,3	17,1	44,3	20,4	26,1	29,5	15,1	21,8	54,6	49,8	26,8
Anillo vaginal														
Condón para mujeres														
Condón para hombres	1,8	2,6	1,5	3,7	2,7	0,3	2,4	5,4	2,2	1,3	6,3	1,0	0,7	4,1
Espuma, jalea u óvulos														
Parche transdérmico	0,3	0,3			0,1		0,4				0,3			0,2
Amenorrea por lactancia		0,2	0,5		0,1	1,1						0,3		0,1
Algún método tradicional	2,9	3,0	2,5	1,1	2,0	0,7	0,5	0,8		0,4	1,4	0,9	0,4	0,8
No usa actualmente	21,3	18,8	15,9	20,1	19,3	16,3	18,0	19,5	24,9	19,2	11,9	4,1	7,8	16,1
Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo														
Edad a la primera relación sexual en las mujeres de 20 a 49 años	16,5	15,4	17,0	16,4	16,5	16,2	16,1	16,8	16,1	16,0	16,4	17,8	15,9	16,4
Edad a la primera relación sexual en los hombres de 20 a 59 años	16,0	15,2	16,9	15,7	15,9	16,2	16,1	17,2	15,5	16,2	16,7	17,3	16,8	16,7
Edad a la primera unión en las mujeres de 25 a 49 años	20,7	21,0	20,6	22,4	21,7	19,1	20,3	21,1	20,5	20,3	21,5	21,1	17,9	20,6
Edad a la primera unión en los hombres de 25 a 59 años	23,6	25,5	24,1	25,2	24,7	23,4	24,1	24,9	23,0	24,9	25,2	26,4	22,4	24,5
Preferencias de fecundidad y demanda de métodos anticonceptivos														
Promedio del ideal de hijos para mujeres de 13 a 49 años	1,8	2,3	1,6	1,9	1,8	2,4	1,9	1,8	2,2	2,2	1,8	1,9	1,8	2,0
Promedio del ideal de hijos para hombres de 13 a 49 años	1,7	2,5	1,7	1,4	1,6	2,1	1,7	1,9	2,1	1,8	1,5	1,6	1,3	1,7
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	12,0	4,3	6,4	7,1	7,9	12,4	13,6	4,9	19,1	8,8	3,3	1,8	7,4	7,2

Indicadores	Pacífica					Orinoquía y Amazonía								
	Cauca	Chocó	Nariño	Valle del Cauca	Total	Amazonas	Arauca	Casanare	Guainía	Guaviare	Putumayo	Vaupés	Vichada	Total
Salud materna														
Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal de médica(o) o enfermera(o)	91,1	87,5	97,1	93,7	93,3	86,4	95,0	100,0	89,6	86,2	95,5	90,1	87,0	91,6
Porcentaje de mujeres que recibieron atención de médica(o) o enfermera(o) durante el parto	36,3	5,0	26,0	32,7	100,0	5,0	30,8	0,8	6,0	8,7	25,3	1,3	22,2	100,0
Porcentaje de mujeres que recibieron control postnatal por médica(o) o enfermera(o)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Detección temprana de cáncer														
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que han tenido relaciones sexuales y que no han sido hysterectomizadas, que se han hecho la citología.	86,1	72,7	91,4	87,9	87,4	74,8	93,1	94,9	53,6	80,6	74,9	89,3	35,5	82,0
Porcentaje de mujeres que reclamaron la citología	92,9	90,4	86,5	90,8	90,3	89,1	97,2	94,5	79,5	97,3	94,8	98,3	98,1	94,9
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el autoexamen de seno	65,8	58,7	65,1	82,1	74,7	53,0	81,5	79,2	44,0	79,0	64,1	40,4	25,8	68,6
Porcentaje de mujeres de 21 a 69 años que se han realizado el examen clínico de seno	12,3	11,1	18,5	17,6	16,5	14,3	16,2	27,9	7,5	14,7	13,3	8,7	2,3	17,6
Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años que se han hecho la mamografía	43,7	35,3	52,7	62,7	56,6	31,9	48,9	49,0	22,5	44,5	49,7	16,0	5,5	44,0
Porcentaje de mujeres que reclamaron los resultados de la mamografía	92,3	94,8	95,7	95,6	95,2	95,9	96,4	95,3	88,1	96,3	90,6	99,2	97,2	94,1
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha practicado el tacto rectal	31,2	27,2	27,2	49,6	41,4	14,7	20,2	33,3	12,5	13,4	30,9	22,8	7,8	25,2
Porcentaje de hombres de 50 a 75 años que se ha realizado el antígeno prostático	34,8	33,2	40,9	47,4	43,4	25,6	51,4	45,2	13,8	32,7	26,9	28,2	5,9	35,7
Conocimiento del VIH-sida y otras ITS														
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se hizo la prueba de VIH	36,5	28,9	15,8	24,3	27,2		47,7		15,3	28,8	5,4		2,2	21,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	16,1	10,1	15,3	13,5	14,1	13,5	14,2	14,2	16,4	6,1	10,8	2,1	4,4	12,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que respondió de forma afirmativa las cuatro preguntas sobre la aceptación de las personas con VIH-sida	16,8	8,2	12,5	9,8	11,4	14,5	13,4	17,0	20,7	4,3	12,2	4,6	4,6	13,6
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	54,8	68,8	62,7	54,9	57,2	55,2	67,2	64,9	54,3	48,9	54,5	50,5	47,2	60,3
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que saben que el VIH-sida puede ser transmitido a través de la lactancia materna	43,0	63,3	44,4	47,5	47,0	51,7	50,0	61,4	46,0	40,1	44,0	35,6	42,4	51,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	75,1	78,0	64,4	90,7	81,6	79,7	88,1	83,3	86,1	89,6	78,7	84,6	31,1	78,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	75,3	77,5	62,7	87,5	79,6	79,4	87,8	84,4	86,1	87,0	70,1	84,1	25,2	76,2
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en los hombres	78,0	75,4	65,2	92,6	83,1	79,0	89,4	87,1	88,5	88,3	79,8	84,2	38,6	80,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer dos o más de los síntomas de las ITS en las mujeres	72,8	72,2	58,5	87,7	77,9	77,1	85,0	85,9	86,8	88,3	71,7	82,5	31,5	76,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	15,8	26,4	17,2	14,9	16,1	10,2	13,8	22,9	4,1	13,7	10,4	15,2	15,8	15,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que reportaron conocer que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión materno infantil puede ser reducido si la madre toma medicamentos antirretrovirales durante la gestación	23,5	34,8	27,0	21,9	23,9	13,7	17,0	25,0	6,0	19,2	24,5	25,4	5,5	21,1

Indicadores	Pacífica					Orinoquía y Amazonía								
	Cauca	Chocó	Nariño	Valle del Cauca	Total	Amazonas	Arauca	Casanare	Guainía	Guaviare	Putumayo	Vaupés	Vichada	Total
Violencias de género														
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja	11,0	16,5	22,4	18,9	17,8	18,9	14,9	13,5	24,0	9,7	12,7	3,6	8,5	13,3
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido intimidación por parte de su pareja														
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia física por parte de su pareja (excluye violación)	9,0	13,7	16,2	8,7	10,5	9,0	11,4	10,5	5,6	7,4	4,1	2,7	3,2	8,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido violencia económica por parte de su pareja	6,5	7,3	6,0	7,9	7,2	5,9	7,6	9,4	10,2	9,0	1,6	0,9	2,8	6,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente unidas que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja	2,9	0,7	3,5	2,0	2,4	0,5	1,7	2,5	1,8	1,7	0,1		0,4	1,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años alguna vez o actualmente unidos que han sufrido de violencia sexual por parte de su pareja														
Roles de géneros y autonomía sexual y reproductiva														
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	20,1	20,0	12,2	12,1	14,2	9,3	9,5	7,1	12,7	7,1	8,8	6,6	1,1	7,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad	14,5	9,8	7,4	8,7	9,7	9,7	11,7	5,3	12,8	4,7	5,5	5,7	4,1	6,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	19,3	34,2	34,8	16,8	22,1	33,6	24,7	14,1	25,6	10,4	25,1	12,6	21,3	20,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que el papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia	27,6	49,0	32,9	17,3	24,6	33,2	31,7	14,7	26,8	19,6	29,7	21,0	17,8	23,6
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	20,1	33,4	22,7	17,0	19,9	27,5	21,5	12,2	15,1	18,9	20,2	12,9	2,0	16,2
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que considera que los hombres necesitan más sexo que las mujeres	33,5	33,5	35,1	24,2	28,8	34,7	35,9	38,9	21,4	27,9	25,7	32,5	11,5	31,1
Actitudes hacia la población LGBTIQ+														
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	37,9	40,7	30,2	37,2	36,2	22,4	47,7	39,5	15,9	24,3	27,5	13,6	21,4	33,3
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que conocen los derechos a las parejas del mismo sexo	24,1	34,3	21,0	33,6	29,2	22,8	46,5	37,5	15,6	15,8	19,8	11,6	16,9	29,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	55,3	57,1	45,3	62,8	57,5	40,5	59,6	70,8	41,5	35,5	47,3	39,2	25,0	53,7
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que está de acuerdo con que las parejas de homosexuales adopten niños(as)	42,3	48,3	31,3	56,2	47,8	40,9	54,6	65,9	39,3	32,1	41,2	35,2	18,0	48,2

Indicadores	Pacífica				Total	Orinoquía y Amazonía								Total
	Cauca	Chocó	Nariño	Valle del Cauca		Amazonas	Arauca	Casanare	Guainía	Guaviare	Putumayo	Vaupés	Vichada	
Educación integral de la sexualidad														
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las mujeres de 13 a 49 años	5,1	5,1	4,8	6,8	6,0	5,3	6,9	6,7	5,4	4,8	4,5	5,8	1,3	5,5
Promedio de temas sobre sexualidad a los que han accedido las hombres de 13 a 59 años	4,2	4,0	4,0	6,1	5,2	5,3	6,0	5,9	5,2	4,5	3,9	4,6	1,3	4,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	84,7	77,9	86,7	64,1	73,7	94,5	87,1	86,8	76,3	82,9	71,5	87,3	26,0	84,4
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que opina que la educación de la sexualidad promueve el respeto por todas las personas	85,8	84,8	67,6	65,1	69,9	85,9	83,0	94,7	30,5	75,2	84,7	88,1	93,7	88,1
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	83,8	87,8	82,9	89,0	86,8	84,8	89,5	78,7	55,0	73,9	73,4	92,9	27,4	79,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para desarrollar habilidades para la toma de decisiones	80,1	86,5	92,1	84,8	85,6	79,3	78,8	87,6	39,8	84,4	91,2	89,7	96,2	84,0
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	84,3	89,7	82,8	87,1	86,0	92,5	86,1	83,0	70,6	85,0	89,8	100,0	27,1	83,2
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para aprender a comunicar opiniones, intereses y expectativas	74,7	81,3	88,2	85,3	84,1	83,9	82,6	91,0	47,5	54,7	91,2	95,9	97,0	86,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	91,3	91,0	78,6	86,1	85,9	82,9	90,7	79,8	93,0	85,0	92,9	78,9	27,4	83,0
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que percibe que la educación de la sexualidad a la que ha tenido acceso le ha servido mucho para saber a quién, cómo y dónde solicitar ayuda o exigir sus derechos	68,1	85,3	88,1	87,8	85,1	79,7	82,6	89,1	25,9	74,3	87,2	92,6	94,4	84,5
Aborto e IVE														
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	27,9	12,9	20,4	23,2	22,8	17,0	18,4	32,4	19,7	12,4	13,0	16,8	3,1	19,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que sabe que el aborto es legal en algunos casos	39,5	26,3	31,3	35,6	34,8	24,8	32,1	45,4	26,6	19,7	21,8	38,8	9,1	30,9
Proporción de mujeres de 13 a 49 años que ha tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción del embarazo o aborto inducido	6,6	43,2	15,0	22,1	17,3	11,6	3,5	73,1	5,0	3,0	2,5	0,9	0,7	10,3