



capítulo 4

Mortalidad
infantil, en la
niñez, adulta y
materna

5.1. Introducción

La mortalidad constituye una de las dimensiones centrales para analizar las condiciones de salud de una población, y es un insumo clave para evaluar sus características demográficas y desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Entre las distintas formas de medición, la mortalidad infantil, en la niñez y la materna se reconocen como indicadores básicos de salud ampliamente utilizados para la comparación entre países y el seguimiento de los avances en salud pública (Bonita et al., 2008). Este capítulo presenta los principales hallazgos de la ENDS 2025 en relación con la mortalidad en niños menores de cinco años —distribuida en mortalidad perinatal, neonatal, posneonatal, infantil y en la niñez—, así como con la mortalidad materna y la mortalidad en adultos en Colombia.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) incluyó desde su primera edición, en 1986, el estudio de la mortalidad infantil y en la niñez; en 2015 incorporó preguntas sobre mortalidad adulta y, en 2025, sobre mortalidad materna. Los indicadores de mortalidad estimados a partir de la ENDS no solo han permitido analizar la evolución de su magnitud en el país, sino que también han constituido una fuente clave para el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de compromisos internacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

A lo largo de este periodo, el país ha tenido un avance significativo en el registro de estadísticas vitales (EEVV). En 1987, la información sobre nacimientos registrados en alcaldías, notarías y parroquias fue transferida a la Registraduría Nacional, lo que permitió consolidar el Sistema Nacional de Información (SNI), gestionado por el DANE. Asimismo, la información sobre defunciones, proveniente de los certificados de defunción, continuó bajo responsabilidad del DANE. Posteriormente, en 1998, se implementó el Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, cuyas fuentes de información son los certificados de nacido vivo y de defunción diligenciados por médicos u otros funcionarios de salud autorizados (enfermera(o)s, auxiliares de enfermería o promotores de salud)

que atienden el hecho vital (nacimiento o defunción) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), así como los certificados elaborados por los funcionarios de Registro Civil (notarías y registradurías) en los casos en que no ha mediado contacto con el sector salud (DANE, 2024).

Para el periodo 2000-2018 se estimó que el 97,8 % de los nacidos vivos fueron registrados en el mismo año de ocurrencia, mientras que el subregistro de la mortalidad infantil en el periodo 2005-2016 alcanzó un 28,9 %, con amplia variación entre los territorios subnacionales (Rojas-Botero et al., 2022). Estos resultados indican que, si bien la calidad del sistema de EEVV en Colombia ha mejorado, aún persisten oportunidades de fortalecimiento. En este sentido, la ENDS constituye una fuente complementaria y valiosa para el ajuste de información estadística y el seguimiento a compromisos internacionales.

A nivel global y regional se ha documentado una reducción sostenida de las tasas de mortalidad infantil y en la niñez (UNICEF et al., 2025), así como de la mortalidad materna (World Health Organization, 2025), durante el último siglo. Las razones que explican este descenso son múltiples y han sido objeto de debate en diferentes campos del conocimiento, desde la demografía y la epidemiología hasta la economía, la historia, la ciencia política y la sociología, entre otros. No obstante, las tendencias evidencian persistentes desigualdades entre países de ingresos altos y bajos, y entre regiones dentro de los países, lo que refleja el papel de los determinantes sociales en la reducción de la mortalidad (Hajizadeh et al., 2014).

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

análisis descriptivos con una mirada hacia los determinantes estructurales que las originan.

De esta manera, el presente capítulo ofrece una visión integrada de los hallazgos de la ENDS 2025 sobre mortalidad neonatal, perinatal, infantil, en la niñez, materna y adulta, con el fin de aportar evidencia para el monitoreo de políticas públicas y la formulación de estrategias orientadas a reducir las inequidades en salud en el país.

4.2. Objetivos

4.2.1. General

Analizar la mortalidad perinatal, neonatal, infantil, en la niñez, materna y adulta en Colombia, considerando su magnitud, tendencias y estructuras en los años anteriores a la encuesta, así como sus variaciones según ejes de desigualdad, con el fin de aportar evidencia para la comprensión de la situación de salud poblacional en el país.

4.2.2. Específicos

- Estimar los niveles y tendencias de la mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez 2015-2025.
- Identificar la estructura de la mortalidad infantil por periodos de cinco años anteriores a la encuesta.
- Estimar el nivel de mortalidad materna a nivel nacional.
- Estimar los niveles y tendencias de la mortalidad adulta (15-49 años) por periodos de cinco años anteriores a la encuesta.
- Estimar la tasa de mortalidad adulta (15-59 años).

4.3. Metodología

Este capítulo se sustenta en la metodología general de la ENDS 2025, descrita en detalle en el apartado metodológico general. La encuesta es representativa a nivel nacional, regional, subregional y departamental, así como por sexo, grupos de edad y quintiles de riqueza. Sin embargo, dado que la mortalidad, en particular la materna, constituye un evento raro en términos poblacionales, es importante señalar que no siempre fue posible alcanzar todos estos niveles de desagregación en los análisis presentados.

La medición de la mortalidad requiere una perspectiva poblacional, pues su análisis se fundamenta en la relación entre los eventos de defunción y la población expuesta al riesgo de morir en un espacio y periodo definidos. Solo bajo esta lógica es posible calcular medidas estandarizadas y comparables en el tiempo y entre diferentes poblaciones. Las tasas y proporciones derivadas de la mortalidad son, por tanto, indicadores de la dinámica poblacional de salud, y constituyen insumos fundamentales para la planificación y evaluación de políticas públicas.

La mortalidad puede estimarse mediante distintas aproximaciones que se seleccionan de acuerdo con la naturaleza del evento y la información disponible. Una forma consiste en relacionar el número de defunciones ocurridas en un periodo y lugar determinados con la población, como aproximación a la población en riesgo, lo que ofrece una medida aproximada del riesgo de morir. Otra alternativa es utilizar denominadores estandarizados a nivel internacional que permiten aproximarse de manera más precisa a la población en riesgo cuando su identificación no es sencilla; este es el caso de los nacidos vivos, empleados habitualmente en el cálculo de la mayoría de los indicadores de mortalidad infantil y en la niñez, y de la mortalidad materna. Finalmente, cuando se dispone de información más detallada, es posible recurrir al tiempo-persona de exposición, una medida que refleja la velocidad con la que ocurren las muertes en la población. En este capítulo, y de acuerdo con la metodología del DHS Program

(2023), se emplearon estas tres aproximaciones, dependiendo del tipo de mortalidad analizada.

La mortalidad no siempre puede medirse de manera directa, debido a las dificultades para obtener información confiable tanto del numerador (defunciones) como de denominadores estables y comparables en el tiempo. Esta limitación es frecuente y explica por qué muchas investigaciones recurren a estimaciones indirectas, que constituyen aproximaciones basadas en supuestos sobre el número de muertes y la población en riesgo. La validez y precisión de estas estimaciones determinan la calidad de la medida final y el grado en que se aproxima a las mediciones poblacionales directas.

En este marco, las ENDS adoptan una estrategia particular para el estudio de la mortalidad, aspecto que resulta clave para interpretar los hallazgos y valorar su aplicabilidad. A diferencia de los censos, que captan la mortalidad de manera directa en toda la población, las ENDS la analizan mediante técnicas indirectas. Estas incluyen la construcción de cohortes hipotéticas y la aplicación de autopsias verbales reportadas por las personas encuestadas, asumiendo que las propiedades observadas en las muestras pueden extrapolarse a la población de referencia.

Para ello, la encuesta utiliza diferentes grupos de informantes según el tipo de mortalidad analizada: los hogares, las mujeres en edad fértil y, dentro de estas, aquellas que han tenido relaciones sexuales. Esta diferenciación responde a la dinámica propia de la mortalidad, que varía según el momento y la causa de ocurrencia, y justifica el uso de metodologías específicas en cada subgrupo.

En el caso de la mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y en la niñez, se empleó como denominador el número de nacidos vivos reportados por mujeres de 13 a 49 años que han tenido relaciones sexuales, mientras que como numerador se utilizaron los hijos fallecidos, identificados a partir de la información sobre número total de hijos e hijas, y la fecha de defunción. Para la estimación de la mortalidad posinfantil (4q1), el denominador correspondió al número de

menores de un año, igualmente identificado según la declaración de las mujeres encuestadas.

La mortalidad materna se estimó mediante el método de los hermanos, en el cual las personas informantes reportaron la supervivencia de sus hermanos y hermanas entre 15 y 49 años. En el caso de las hermanas fallecidas, se indagó sobre la edad al morir y el tiempo transcurrido desde la muerte, y si esta ocurrió durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores. Debido a que no se incluyó una pregunta específica para identificar si dichas muertes fueron violentas o accidentales, la ENDS permite calcular únicamente la mortalidad materna indirecta (o relacionada), diferenciándola de la mortalidad materna directa (aquella atribuible directamente a complicaciones del embarazo, parto o puerperio). Esta es la primera vez que en la ENDS se incluye la estimación de la mortalidad materna.

También se utilizó el método de los hermanos para la mortalidad en adultos (15–49 años), que en este caso calculó las tasas con base en tiempo-persona de exposición durante los seis años previos a la encuesta, de acuerdo con la metodología del DHS Program (2023). Todas las tasas se expresaron por 1000 (ya fuera nacidos vivos o tiempo-persona de exposición), con excepción de la mortalidad materna, que se estimó por 100 000 nacidos vivos.

Para todos los cálculos se aplicaron los factores de expansión definidos en la metodología general de la ENDS 2025. Siempre que el tamaño de muestra lo permite, los indicadores se presentan desagregados según características sociodemográficas que constituyen ejes de desigualdad en salud. Sin embargo, dado que la mortalidad es un evento raro en términos poblacionales, las estimaciones pueden presentar limitaciones de precisión, especialmente en análisis desagregados. Por esta razón, los resultados deben interpretarse con cautela y en contexto, considerando además otras fuentes complementarias de información sobre mortalidad, en particular las estimaciones oficiales derivadas de las estadísticas vitales.

4.4. Resultados

4.4.1. Mortalidad perinatal

El periodo perinatal representa una de las etapas de mayor riesgo de muerte en la vida (Shukla y Carlo, 2020). Debido al origen biológico y social, así como a su posible evitabilidad, la mortalidad perinatal se considera un indicador particularmente sensible de las condiciones de salud y del bienestar poblacional, pues refleja tanto la calidad y oportunidad de la atención en salud durante el embarazo, el parto y los primeros días de vida, como las condiciones de vida en las que transcurren dichos embarazos (Bakketeig y Bergsjø, 2008; Wingate *et al.*, 2017). Este indicador incluye las muertes fetales (mortinatos) ocurridas a partir de la semana 28 de gestación y las defunciones neonatales tempranas ocurridas hasta el séptimo día después del nacimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Se estima que alrededor del 50,0 % de estas muertes son potencialmente evitables, independientemente del contexto geográfico (Bakketeig y Bergsjø, 2008).

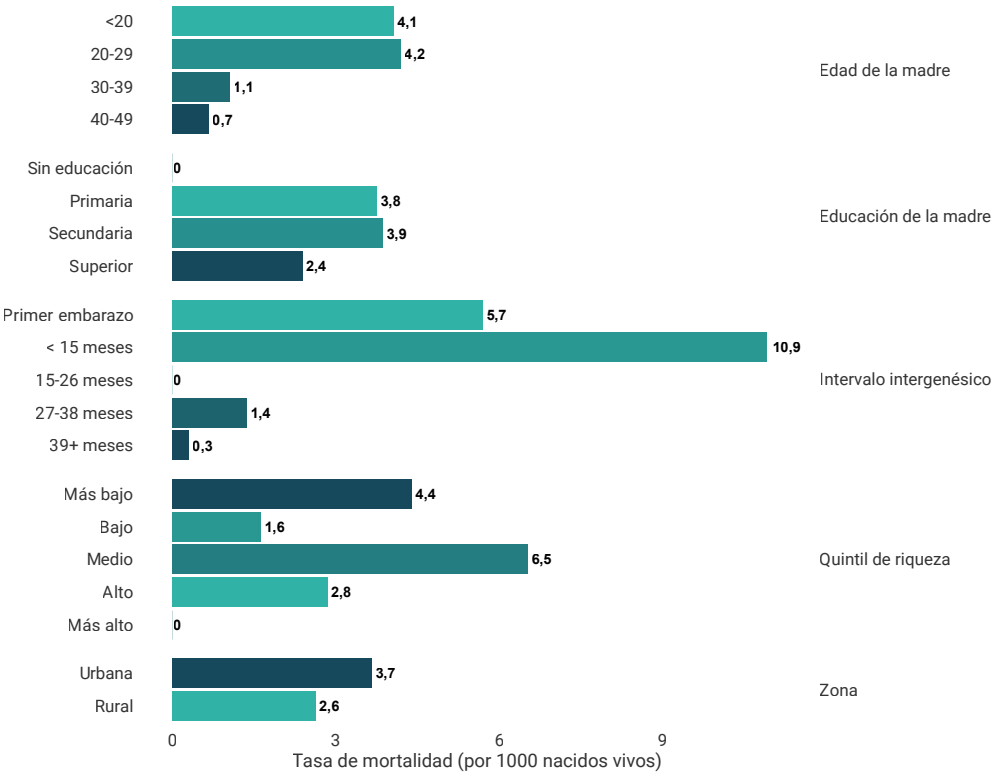
La medición de la mortalidad perinatal presenta limitaciones importantes relacionadas con la falta de datos confiables sobre la edad gestacional y peso de los mortinatos, lo que dificulta la aplicación de las definiciones de la OMS (World Health Organization, 2006). A ello se suman el subregistro y la mala clasificación de mortinatos y muertes neonatales tempranas en los sistemas de EEVV, especialmente en países de ingresos bajos y medianos (Ali *et al.*, 2023). También, las encuestas poblacionales, como la ENDS, pueden estar afectadas por sesgo de recuerdo en las respuestas de los informantes. Por su parte, la variabilidad en definiciones y criterios de reporte entre mediciones introduce dificultades adicionales para la comparabilidad, por lo que se hace necesario interpretar con precaución los resultados que se presentan a continuación.

La ENDS 2025 recopiló información sobre la ocurrencia de mortinatos y muertes neonatales tempranas en los 10 años previos a la encuesta, estimando una tasa de mortalidad perinatal de 3,9 por cada 1000 nacidos vivos entre 2015

y 2025. Como se muestra en el Gráfico 4.1., la mortalidad perinatal fue más elevada entre las madres menores de 29 años. El mayor riesgo se observó cuando el periodo intergenésico fue inferior a 15 meses, 8 veces superior en comparación con intervalos entre 27 y 38 meses. Este hallazgo es consistente con las recomendaciones de la OMS, según las cuales las mujeres deberían esperar al menos 24 meses entre un nacimiento vivo y la concepción del siguiente embarazo, con el fin de reducir el riesgo de resultados adversos maternos, perinatales e infantiles (World Health Organization, 2005).

Asimismo, la tasa fue 37,6 % superior en el área urbana frente a la rural. Por regiones, el valor más alto se presentó en el Litoral Pacífico, seguido de los Santanderes. A nivel departamental, las tasas más elevadas se observaron en Santander, Huila y Chocó, mientras que en 17 de los 33 departamentos no se registraron muertes perinatales. Según nivel educativo de la madre, la mayor mortalidad perinatal se presentó en madres con máximo primaria y secundaria, mientras que, según quintil de riqueza, la mayor mortalidad ocurrió en el quintil medio (Tabla 4.1. y Tabla 4.2.).

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



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 4.1.
Número de mortinatos y muertes neonatales tempranas, y tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos para el periodo de diez años anteriores a la encuesta, por características seleccionadas

Característica	Número de mortinatos	Número de muertes neonatales tempranas	Tasa de mortalidad perinatal	Total
Edad de la madre				
< 20	2.552	0	4,1	625.300
20-29	5.126	991	4,2	1.447.362
30-39	409	1.485	3,3	578.936
40-49	34	15	1,0	50.447
Nacimiento anterior				
Primer embarazo	7.774	12	5,7	1.356.257
< 15 meses	0	980	10,9	89.661
15-26 meses	0	0	0,0	208.143
27-38 meses	303	0	1,4	221.626
39+ meses	44	1.500	1,9	817.773
Zona				
Urbana	6.272	2.211	4,2	2.029.726
Rural	1.848	280	3,0	701.165
Región				
Atlántica	2.043	1.306	3,0	1.127.363
Oriental	2.033	0	5,0	406.631
Central	590	980	4,2	370.699
Bogotá	2.525	0	8,5	295.610
Pacífica	577	0	1,5	394.893
Orinoquía y Amazonía	352	205	4,1	135.695
Subregión				
La Guajira, Cesar, Magdalena	823	609	2,9	496.783
Barranquilla A. M.	0	0	0,0	162.414
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	598	417	4,1	245.341
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	622	280	4,0	222.825
Santanderes	2.033	0	11,6	173.286
Boyacá, Cundinamarca, Meta	0	0	0,0	233.345
Bogotá	2.525	0	8,5	295.610
Medellín A. M.	0	980	4,6	212.697
Antioquia sin Medellín	203	0	5,5	36.828
Caldas, Risaralda, Quindío	0	0	0,0	50.378
Tolima, Huila, Caquetá	387	0	5,4	70.796
Cali A. M.	0	0	0,0	75.259
Valle sin Cali ni Litoral	0	0	0,0	61.873
Cauca y Nariño sin Litoral	0	0	0,0	231.695
Litoral Pacífico	577	0	21,7	26.066
Orinoquía y Amazonía	352	205	4,1	135.695
Nivel educativo				
Sin educación	0	0	0,0	28.321
Primaria	2.532	1.094	5,0	726.301
Secundaria	4.802	391	4,2	1.237.421
Superior	787	1.006	2,4	738.848
Quintil de riqueza				
Más bajo	3.339	280	4,8	755.766
Bajo	1.011	27	1,7	621.423
Medio	3.383	814	7,6	546.534
Alto	387	1.370	3,7	479.792
Más alto	0	0	0,0	327.376
Nacional	8.121	2.491	3,9	2.730.891

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 4.2.
Número de mortinatos y muertes neonatales tempranas, y tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos para el periodo de diez años anteriores a la encuesta, por departamento

Departamento	Número de mortinatos	Número de muertes neonatales tempranas	Tasa de moratalidad perinatal
Amazonas	87	0	8,6
Antioquia	203	980	4,7
Arauca	0	205	4,4
Archipiélago San Andrés y Providencia	10	27	4,4
Atlántico	0	0	0,0
Bogotá	2.525	0	8,5
Bolívar	954	391	4,8
Boyacá	0	0	0,0
Caldas	0	0	0,0
Caquetá	0	0	0,0
Casanare	0	0	0,0
Cauca	0	0	0,0
Cesar	314	609	5,2
Chocó	577	0	25,9
Cundinamarca	0	0	0,0
Córdoba	256	280	13,0
Guainía	122	0	15,1
Guaviare	34	0	2,9
Huila	387	0	36,6
La Guajira	509	0	4,0
Magdalena	0	0	0,0
Meta	0	0	0,0
Nariño	0	0	0,0
Norte de Santander	0	0	0,0
Putumayo	78	0	2,3
Quindío	0	0	0,0
Risaralda	0	0	0,0
Santander	2.033	0	40,5
Sucre	0	0	0,0
Tolima	0	0	0,0
Valle del Cauca	0	0	0,0
Vaupés	0	0	0,0
Vichada	31	0	1,4
Nacional	8.121	2.491	3,9

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

4.4.2. Mortalidad infantil y en la niñez

En este apartado se presentan los resultados de la ENDS 2025 sobre la mortalidad infantil y en la niñez. Se inicia con la mortalidad infantil, subdividida en neonatal y posneonatal, para luego dar paso a la mortalidad en niñas y niños menores de cinco años. Se trata de indicadores trazadores de las condiciones de vida, salud y bienestar de las poblaciones, pues reflejan tanto las prioridades sociales como la calidad y oportunidad de la atención en salud, así como la distribución de los determinantes sociales estructurales que originan desigualdades sociales injustas y evitables.

La mortalidad neonatal comprende las muertes ocurridas en los primeros 28 días de vida, y se reconoce como la etapa de mayor vulnerabilidad para la supervivencia infantil, de manera que cerca de la mitad de las muertes en menores de cinco años ocurren en este periodo (47,0 %) (Organización Mundial de la Salud, 2024b). Si bien desde el año 2000 la mortalidad neonatal se ha reducido en un 44,0 % a nivel global, el ritmo de descenso ha sido más lento que el de otras causas de mortalidad en la niñez. Adicionalmente, persisten profundas desigualdades, con brechas significativas entre países, regiones y grupos sociales según marcadores de diferencia (Duran et al., 2024), lo que convierte a este indicador en un reto prioritario de salud pública. Se estima que, a menos que se adopten medidas urgentes, 64 países en el mundo no alcanzarán la meta ODS relacionada con la mortalidad neonatal para 2030 (Organización de las Naciones Unidas, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2024b).

Por su parte, la mortalidad infantil cuantifica la probabilidad de morir entre el nacimiento y antes de cumplir un año. A nivel mundial, este indicador ha mostrado una reducción significativa: de 64 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 27 en 2023, lo que representa un descenso del 57,8 % (UNICEF et al., 2025). Sin embargo, el progreso ha sido desigual: en países de ingresos bajos la mortalidad infantil sigue siendo más de diez veces mayor que en los países de ingresos altos, lo que refleja brechas persistentes en determinantes sociales, condiciones de vida y acceso a servicios de salud esenciales (UNICEF et al., 2025).

De otro lado, la mortalidad en la niñez, que mide la probabilidad de morir antes de cumplir cinco años de edad (5q0), integra tanto la mortalidad infantil como la mortalidad entre 1 y 4 años. Este indicador es reconocido como un trazador fundamental del bienestar de las poblaciones, dado que concentra el efecto de múltiples determinantes de la supervivencia infantil. A nivel global, la tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 94 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 37 en 2023 (UNICEF et al., 2025). No obstante, las desigualdades también se observan de manera marcada: mientras que en los países de ingresos altos la tasa promedio en 2023 fue de 5 muertes por 1000 nacidos vivos, en los de ingresos bajos alcanzó 62, una cifra 12,4 veces más alta (UNICEF et al., 2025).

Para la estimación de los indicadores se parte del número de defunciones y de la población expuesta en intervalos de edad expresados en meses (0, 1–2, 3–5, 6–11, 12–23, 24–35, 36–47 y 48–59). A partir de esta información se calculan las probabilidades de supervivencia en cada intervalo y, en consecuencia, las probabilidades de morir en los distintos periodos: durante los primeros 28 meses de vida (mortalidad neonatal), durante el primer año de vida (1q0, mortalidad infantil), entre el primer y el quinto año de vida (4q1, mortalidad posinfantil) y antes de cumplir cinco años (5q0, mortalidad en la niñez). Las tasas se expresan por cada 1000 nacidos vivos, excepto la tasa de mortalidad posinfantil, que se expresa por cada 1000 niños menores de un año.

4.4.2.1 Niveles y tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez

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

En la Tabla 4.3. se presenta la mortalidad infantil y en la niñez para los diez años anteriores a la aplicación de la encuesta, desagregada según categorías y características demográficas. En consistencia con el acervo de conocimiento (Wong et al., 2023), los niños varones presentaron mayor riesgo de muerte neonatal, duplicando la tasa registrada para las niñas. No obstante, se observó una mayor tasa de mortalidad posneonatal, posinfantil y en la niñez entre las niñas.

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

Al analizar el orden de nacimiento se destaca un patrón creciente: los primeros hijos presentan un riesgo elevado en el periodo neonatal, mientras que los de orden alto (7 o más) alcanzan niveles críticos, con una mortalidad en la niñez de 76,5 por cada 1000 nacidos vivos, más de diez veces la estimación nacional. Un patrón similar se reportó en la ENDS 2015, cuando la mortalidad también fue mayor en niñas y niños de madres con siete hijos previos o más.

Por su parte, los intervalos intergenésicos mostraron una relación menos consistente. Si bien no se observó un aumento claro de la mortalidad en los intervalos más cortos (menos de dos años), sí se registraron tasas más altas en los intervalos largos (4 años o más), con una mortalidad en la niñez de 9,9 por cada 1000 nacidos vivos en comparación con 6,5 a nivel nacional (53,3 % superior).

Tabla 4.3.
Tasa de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil, posinfantil y en la niñez para los diez años anteriores a la encuesta, por características demográficas

Característica	Tasa neonatal	Tasa posneonatal	Tasa infantil (1q0)	Tasa posinfantil (4q1)	Tasa niñez (5q0)
Sexo					
Mujer	0,8	5,3	6,0	1,6	7,6
Hombre	1,6	4,6	6,2	0,8	6,9
Edad de la madre					
< 20	1,2	11,8	13,0	2,6	15,6
20-29	0,7	2,4	3,1	0,2	3,3
30-39	2,6	2,6	5,2	2,2	7,4
40-49	0,3	19,8	20,1	0,0	20,1
Orden de nacimiento					
1	1,5	4,2	5,7	0,2	5,9
2-3	0,4	5,6	6,0	3,6	9,5
4-6	0,0	35,8	35,8	0,0	35,8
7+	0,0	76,5	76,5	0,0	76,5
Nacimiento anterior					
Intervalo corto (< 2 años)	1,1	7,6	8,8	1,2	9,9
2 años	0,0	1,5	1,5	0,0	1,5
3 años	0,0	1,6	1,6	0,2	1,8
4+ años	2,2	0,7	2,9	1,8	4,7
Nacional	1,2	4,0	5,2	1,3	6,5

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Según el lugar de residencia de la madre, solo la mortalidad neonatal fue superior en la zona urbana frente a la rural. En todos los demás indicadores, la mortalidad fue más alta en las zonas rurales. La brecha más marcada se observó en la mortalidad posneonatal, con un riesgo aproximadamente tres veces mayor en el área rural. En el caso de la mortalidad infantil y en la niñez, las tasas rurales duplicaron a las urbanas (Tabla 4.4.).

Las diferencias también son notorias entre regiones. Las tasas más elevadas tendieron a concentrarse en la región Oriental, Atlántica y Central, mientras que en Bogotá los valores se aproximaron a cero, lo que refleja tanto limitaciones en el tamaño muestral como brechas estructurales en las condiciones de

vida y acceso a servicios de salud. A nivel subregional, las mayores tasas de mortalidad se registraron en el Litoral Pacífico y en los Santanderes, que estuvieron muy por encima de la estimada para el país.

Se evidenciaron desigualdades marcadas según el nivel educativo de la madre. Los hijo(as) de mujeres sin educación registraron un riesgo sustancialmente mayor de morir antes de los 28 días, antes de cumplir un año y antes de los cinco años. En comparación con las madres con educación superior, estas tasas fueron 20,2, 10,8 y 13,0 veces más altas, respectivamente. Se trata de diferencias evitables, que ponen de relieve el papel determinante de la educación materna para la supervivencia en la niñez en el país.

Tabla 4.4.
Tasa de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil, posinfantil y en la niñez para los diez años anteriores a la encuesta, por características seleccionadas

Característica	Tasa neonatal	Tasa posneonatal	Tasa infantil	Tasa posinfantil	Tasa niñez
Zona					
Urbana	1,5	3,1	4,6	1,0	5,6
Rural	0,4	10,1	10,5	1,6	12,1
Región					
Atlántica	1,9	4,8	6,7	1,1	7,8
Oriental	0,0	12,1	12,1	2,3	14,4
Central	2,6	0,6	3,2	2,5	5,7
Bogotá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pacífica	0,0	5,9	5,9	0,0	5,9
Orinoquía y Amazonía	1,5	3,5	5,1	0,3	5,4
Subregión					
La Guajira, Cesar, Magdalena	2,8	4,4	7,2	2,6	9,8
Barranquilla A. M.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	1,7	13,1	14,8	0,0	14,8
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	1,3	0,0	1,3	0,0	1,3
Santanderes	0,0	25,8	25,8	5,5	31,2
Boyacá, Cundinamarca, Meta	0,0	1,9	1,9	0,0	1,9
Bogotá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medellín A. M.	4,6	0,0	4,6	4,4	9,0
Antioquia sin Medellín	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Caldas, Risaralda, Quindío	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tolima, Huila, Caquetá	0,0	3,1	3,1	0,0	3,1
Cali A. M.	0,0	11,6	11,6	0,0	11,6
Valle sin Cali ni Litoral	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cauca y Nariño sin Litoral	0,0	2,4	2,4	0,0	2,4
Litoral Pacífico	0,0	34,9	34,9	0,0	34,9
Orinoquía y Amazonía	1,5	3,5	5,1	0,3	5,4
Nivel educativo					
Sin educación	27,6	25,1	52,7	0,0	52,7
Primaria	1,5	9,2	10,7	3,1	13,7
Secundaria	0,3	3,5	3,8	0,6	4,3
Superior	1,4	2,3	3,7	0,4	4,1
Quintil de riqueza					
Más bajo	0,4	7,8	8,2	2,4	10,6
Bajo	0,0	7,7	7,8	0,3	8,1
Medio	2,9	2,1	5,0	0,0	5,0
Alto	2,9	1,2	4,0	0,0	4,0
Más alto	0,0	2,9	2,9	3,6	6,5
Nacional	1,2	4,9	6,1	1,2	7,3

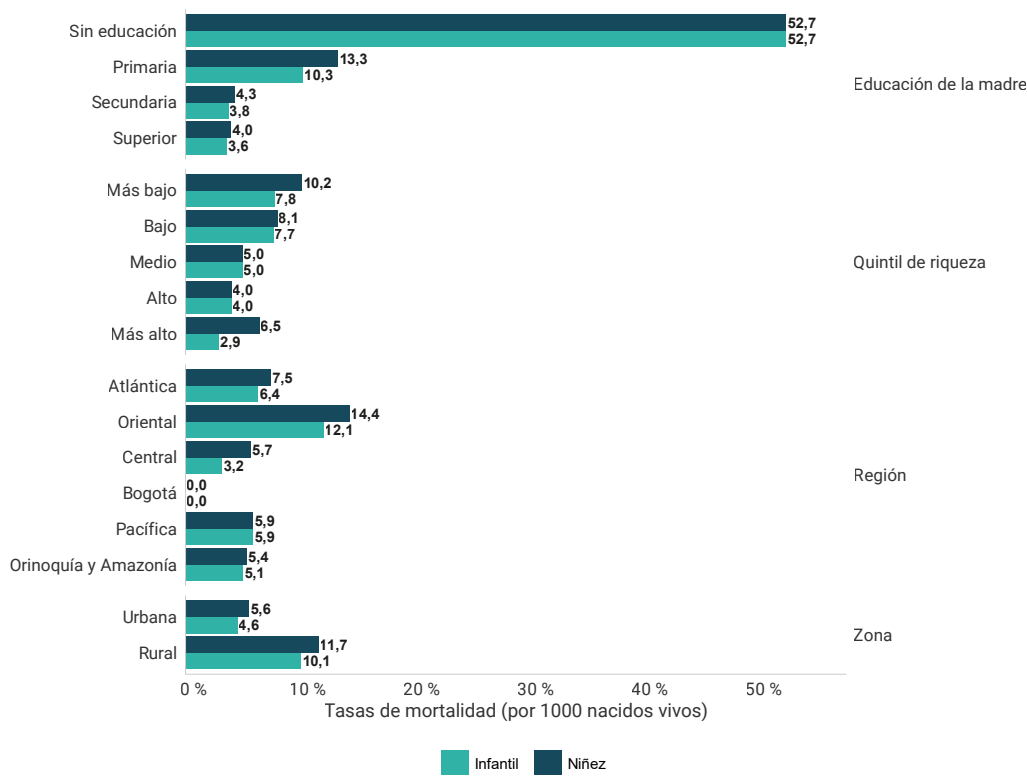
Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

De manera consistente, al examinar la mortalidad infantil y en la niñez según quintil de riqueza, se observa mayor riesgo entre las madres más pobres: en el quintil más bajo la mortalidad en la niñez alcanzó 10,6 por cada 1000 nacidos

vivos, mientras que en el quintil más alto fue de 6,5; una diferencia de 4,1 muertes por cada 1000 nacidos vivos que de nuevo evidencia la relación entre las condiciones socioeconómicas y la supervivencia en la niñez (Gráfico 4.2.).

Cabe resaltar que esta brecha se redujo respecto a la estimada en la ENDS 2015, cuando la diferencia entre los extremos de riqueza alcanzó 20 muertes en menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos. La disminución de la desigualdad se explica fundamentalmente por la reducción sustancial de la mortalidad en el quintil más pobre, que pasó de 27,0 en 2015 a 10,2 en 2025.

Gráfico 4.2.
Mortalidad infantil y en la niñez por lugar de residencia, educación y quintil de riqueza de la madre



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Al examinar la mortalidad infantil y en la niñez por departamentos, se observan contrastes marcados. En varios territorios no se reportaron defunciones para los diez años antes de la encuesta, lo que puede estar relacionado con limitaciones para identificar este fenómeno en el tamaño muestral. En el otro extremo, algunos departamentos presentaron valores muy superiores al promedio nacional. Destacan Norte de Santander, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Arauca y Magdalena.

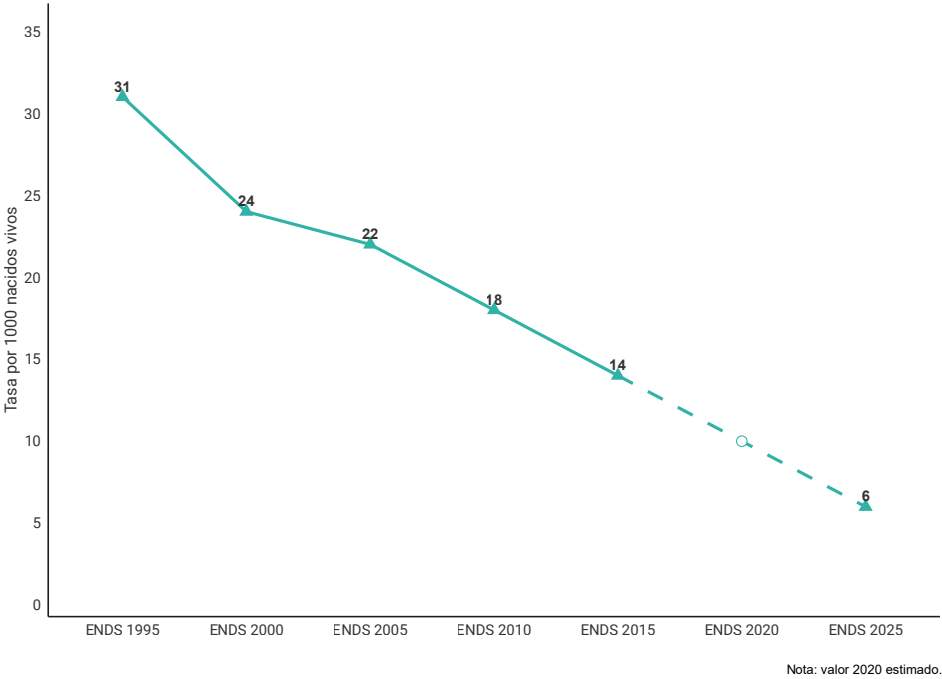
Tabla 4.5.
Tasa de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil, posinfantil y en la niñez para los diez años anteriores a la encuesta, por departamento

Departamento	Tasa neonatal	Tasa postneonatal	Tasa infantil (1q0)	Tasa posinfantil (4q1)	Tasa niñez (5q0)
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antioquia	3,9	0,0	3,9	3,7	7,5
Arauca	4,4	6,2	10,6	0,0	10,6
Archipiélago San Andrés y Providencia	3,2	16,1	19,3	0,0	19,3
Atlántico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bogotá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bolívar	1,4	2,6	4,0	0,0	4,0
Boyacá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Caldas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Caquetá	0,0	3,9	3,9	0,0	3,9
Casanare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cauca	0,0	4,0	4,0	0,0	4,0
Cesar	3,4	3,8	7,2	6,2	13,4
Chocó	0,0	9,5	9,5	0,0	9,5
Cundinamarca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Córdoba	6,8	0,0	6,8	0,0	6,8
Guainía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0	0,0	2,9	2,9
Huila	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
La Guajira	0,0	0,9	0,9	0,0	0,9
Magdalena	4,0	7,3	11,3	0,9	12,2
Meta	0,0	4,0	4,0	1,3	5,3
Nariño	0,0	7,2	7,2	0,0	7,2
Norte de Santander	0,0	35,6	35,6	7,6	43,0
Putumayo	0,0	5,5	5,5	3,6	9,1
Quindío	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Risaralda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santander	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sucre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tolima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Valle del Cauca	0,0	6,3	6,3	0,0	6,3
Vaupés	0,0	0,0	0,0	5,6	5,6
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5
Nacional	1,2	4,0	5,2	1,3	6,5

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En el Gráfico 4.3. se presenta la evolución de la tasa de mortalidad infantil estimada en versiones anteriores de la ENDS para el periodo 1995-2025. Se observa una disminución sostenida en todo el periodo, consistente con lo reportado en otros análisis (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024; UNICEF et al., 2025). En este caso, la mortalidad infantil se redujo en 80,6 % frente a la estimada en la ENDS 1995, y en 57,1 % frente a la de 2015.

Gráfico 4.3.
Evolución de la mortalidad infantil treinta años antes de la encuesta (1995-2025)



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En este sentido, la mortalidad infantil y en la niñez en Colombia continúa siendo un desafío de salud pública. Aunque las estimaciones de la ENDS 2025 evidencian descensos importantes en los últimos decenios, los resultados muestran desigualdades según edad materna, orden de nacimiento, residencia, nivel educativo y quintil de riqueza. Estas diferencias reflejan la influencia de determinantes sociales estructurales sobre la supervivencia en los primeros años de vida.

Se ha documentado que la mayoría de las muertes en niños y niñas menores de cinco años en el país son potencialmente evitables, especialmente mediante el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud (Rojas-Botero *et al.*, 2025). Si bien la reducción observada en las mediciones de las ENDS y confirmada en otras fuentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024; UNICEF *et al.*, 2025) constituye un logro importante, persisten desigualdades sociales injustas y evitables (Buitrago *et al.*, 2025) que exigen fortalecer las intervenciones dirigidas a eliminarlas de manera sostenida y equitativa.

4.4.5 Mortalidad materna

La mortalidad materna constituye un indicador fundamental del nivel de salud de las poblaciones y de la capacidad de los sistemas sanitarios para garantizar la atención oportuna y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto (Organización Mundial de la Salud, 2025). Además de su dimensión sanitaria, refleja profundas inequidades de género y vacíos en la garantía de derechos humanos, en particular de los derechos sexuales y reproductivos, aunado a que, en su mayoría, se trata de muertes evitables mediante intervenciones bien conocidas (Bagade *et al.*, 2022).

Por su estrecha relación con la justicia social y la necesidad de garantizar estos derechos, la reducción de la mortalidad materna se ha establecido como una de las metas prioritarias de los ODS, que buscan disminuir la razón de

mortalidad materna mundial para 2030 (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

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

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

4.4.6 Mortalidad en personas adultas

La mortalidad en personas entre 15 y 49 años representa un componente importante, aunque de magnitud relativamente baja, del patrón global de mortalidad. En la curva de mortalidad por edad suele observarse que, tras la infancia, las tasas disminuyen y alcanzan su punto más bajo en los años en la adolescencia y la adultez temprana, para luego ascender nuevamente en edades mayores (Álvarez y Vaupel, 2023; Organización Mundial de la Salud, 2024a). En consecuencia, la mortalidad en este momento del ciclo vital suele ser menor que la infantil y en la niñez, y considerablemente inferior a la de adultos mayores. Este perfil está estrechamente vinculado a la transición demográfica y las mejoras en las condiciones de vida y en los sistemas de salud. La reducción de enfermedades infecciosas y las mejoras en diagnóstico, tratamiento y atención

médica han hecho que el seguimiento de la mortalidad en este rango etario sea un indicador sensible de los desafíos emergentes en salud pública.

A escala global, las tasas de mortalidad en jóvenes y adultos han tendido a disminuir con el tiempo en muchos países, pero no de manera uniforme. Por ejemplo, estudios recientes en Estados Unidos muestran que la disminución en la tendencia se ha estancado o revertido entre adultos jóvenes de 25 a 44 años desde 2010, con 70,0 % más muertes de lo esperado en 2023 si se hubieran mantenido las tendencias previas a 2011, aún después de superar la pandemia por COVID-19 (Wrigley-Field et al., 2025).

El monitoreo de la salud y la mortalidad en las personas adultas jóvenes es fundamental, dado que se encuentran en pleno desarrollo personal y social. Sus condiciones de salud repercuten tanto en la calidad de vida individual como en el bienestar colectivo, con implicaciones adicionales en la productividad y reproducción social. En este grupo poblacional, las causas de muerte predominantes corresponden a causas externas, como accidentes de tránsito, violencia o suicidio, con diferencias según sexo y condiciones sociales como ingreso, educación, ruralidad, etnia, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2024a). Analizar la mortalidad en este grupo permite, por tanto, no solo dimensionar las pérdidas humanas, sino también orientar políticas dirigidas al segmento poblacional que sostiene el capital humano de la sociedad.

En Colombia, la información sobre mortalidad en personas adultas proviene principalmente del sistema de EEVV del DANE, que permite la aplicación de métodos de estimación directa a partir de las defunciones no fetales, utilizando proyecciones poblacionales como denominadores. Si bien en las últimas décadas se ha avanzado de manera significativa en la cobertura y calidad de los registros, persisten limitaciones en su cobertura en determinados territorios. Por esta razón, desde la ENDS 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social incorporó un módulo específico sobre mortalidad adulta, con el propósito de disponer de fuentes complementarias que permitan generar estimaciones y fortalecer la

información, especialmente para departamentos y zonas rurales dispersas o de difícil acceso.

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

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

Su carácter indirecto se debe a que la fuente de información es una encuesta poblacional, en la cual los informantes reportan retrospectivamente el estado vital de sus hermanos y hermanas, así como la edad al morir y el tiempo transcurrido desde la defunción. Este enfoque depende no solo de la supervivencia del informante, condición necesaria para que se pueda obtener la información sobre los demás hermanos, sino también de la exactitud de la memoria del declarante, por lo que está sujeto a sesgos de recordación y a posibles omisiones; por lo que se recomienda para estimar la mortalidad materna y en personas adultas entre 15 y 49 años. Adicionalmente, debido a que en una encuesta los eventos para estimar la mortalidad en personas adultas son pocos, la estimación se recomienda para periodos cronológicos de al menos seis años antes de la encuesta.

Estas características lo distinguen de los métodos directos basados en registros vitales o censos de población. No obstante, se trata de un método ampliamente reconocido y validado en la demografía, utilizado de manera sistemática en las encuestas de demografía y salud (DHS) a nivel mundial para

complementar o suplir la falta de registros continuos en contextos donde estos no son suficientemente confiables.

4.4.6.1 Calidad de la información

Se evaluó la cobertura de la información reportada por los informantes sobre el estado de supervivencia de sus hermanas y hermanos, así como la exhaustividad en el registro de la edad de los sobrevivientes, y en caso de defunción, la edad al morir y los años transcurridos desde la muerte. La Tabla 4.6. presenta la integralidad de esta información para la estimación de la mortalidad adulta y materna, utilizando factores de expansión. La calidad y completitud de estos datos resultan fundamentales, pues inciden directamente en la consistencia de las estimaciones. Como se observa, la información recolectada fue exhaustiva, con niveles mínimos de datos perdidos.

En esta versión de la encuesta, todos los informantes conocían el estado vital de sus hermanas y hermanos al momento de la entrevista, lo que representa una mejora frente a la ENDS 2015, cuando el 0,5 % de los casos permaneció sin clasificar. También se observó un avance en el reporte de la edad de los hermanos sobrevivientes: en todos los casos se contó con esta información, a diferencia de 2015, cuando se desconocía en el 5,0 % de los referidos. Finalmente, en todos los casos, los informantes reportaron tanto la edad de la hermana o hermano al momento de su defunción como el tiempo transcurrido desde su muerte hasta la encuesta.

Tabla 4.6. Cobertura de la información sobre mortalidad de hermanas y hermanos. Exhaustividad de los datos sobre el estado de supervivencia de hermanas y hermanos reportados por entrevistados, edad de los hermano(as) vivos y la edad al morir, y años desde la muerte de hermanas y hermanos (datos expandidos)

Característica	Sexo del hermano(a)					
	Hombre		Mujer		Total	
	%	Personas	%	Personas	%	Personas
Todos los hermanos y hermanas		13.388.992	100	13.045.609	100	26.434.601
Vivos	95,8	12.823.963	98,3	12.828.137	97	25.652.100
Muertos	4,2	565.029	1,7	217.472	3	782.501
No sabe	0	0	0	0	0	0
Edad reportada	100	12.823.963	100	12.828.137	100	25.652.100
Reportó edad	100	12.823.963	100	12.828.137	100	25.652.100
Sin información de la edad	0	0	0	0	0	0
Hermanas/hermanos muertos						
Edad al morir y años desde la muerte	100	565.029	100	217.472	100	782.501
Sin información, solo para la edad al morir	0	0	0	0	0	0
Sin información, solo años desde la muerte	0	0	0	0	0	0
Sin información, solo para la edad al morir y años desde la muerte	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

4.4.6.2 Estimación de la mortalidad en personas adultas

A partir del método de supervivencia de hermanas y hermanos, la ENDS 2025 estimó que en los seis años previos a la encuesta fallecieron 782 500 personas de 15 a 49 años, lo que corresponde al 3,0 % de los hermanos y hermanas referidos por las informantes. Del total de defunciones, el 72,7 % correspondió a hombres. Para el mismo periodo, se estimó una tasa de mortalidad en personas adultas de 1,6 muertes por cada 1000 años-persona de exposición, con marcadas diferencias por sexo: la tasa masculina casi triplicó la observada en las mujeres (Tabla 4.7.).

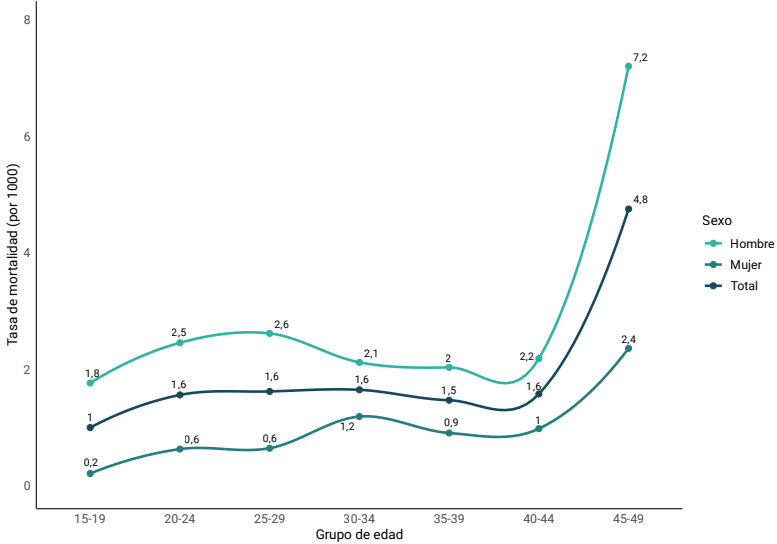
Tabla 4.7.
Tasas de mortalidad en personas adultas. Estimaciones de las tasas de mortalidad según sexo para los seis años anteriores a la encuesta, por grupos quinquenales de edad

Sexo	Grupo de edad	Muertes	Años de exposición	Tasa de mortalidad
Mujer				
	15-19	2.610	12.567.686	0,2
	20-24	9.570	15.245.125	0,6
	25-29	10.589	16.479.362	0,6
	30-34	19.036	16.031.256	1,2
	35-39	12.447	13.773.144	0,9
	40-44	9.560	9.770.873	1,0
	45-49	7.946	3.369.173	2,4
	15-49	71.758	87.236.620	0,8
Hombre				
	15-19	22.853	12.960.880	1,8
	20-24	38.825	15.816.006	2,5
	25-29	42.150	16.114.630	2,6
	30-34	33.070	15.615.753	2,1
	35-39	27.972	13.765.813	2,0
	40-44	20.910	9.579.769	2,2
	45-49	23.702	3.288.887	7,2
	15-49	209.482	87.141.738	2,4
Total				
	15-19	25.463	25.528.567	1,0
	20-24	48.394	31.061.132	1,6
	25-29	52.739	32.593.992	1,6
	30-34	52.106	31.647.009	1,6
	35-39	40.419	27.538.957	1,5
	40-44	30.471	19.350.641	1,6
	45-49	31.648	6.658.060	4,8
	15-49	281.241	174.378.358	1,6

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En el Gráfico 4.4. se presenta la distribución de la mortalidad según sexo y grupos quinquenales de edad al momento de la muerte. En ambos sexos se observa una tendencia ascendente de la mortalidad con la edad, aunque en todos los grupos las tasas son más altas entre los hombres. Para ellos, las tasas de mortalidad más altas se observan entre los 25 y 29 años, y entre los 45 y 49 años; mientras que en las mujeres los niveles más elevados corresponden a los grupos de 30 a 34 y de 45 a 49 años.

Gráfico 4.4.
Estructura de la mortalidad en adultos (15–49 años) por grupo de edad y sexo, para los seis años anteriores a la encuesta

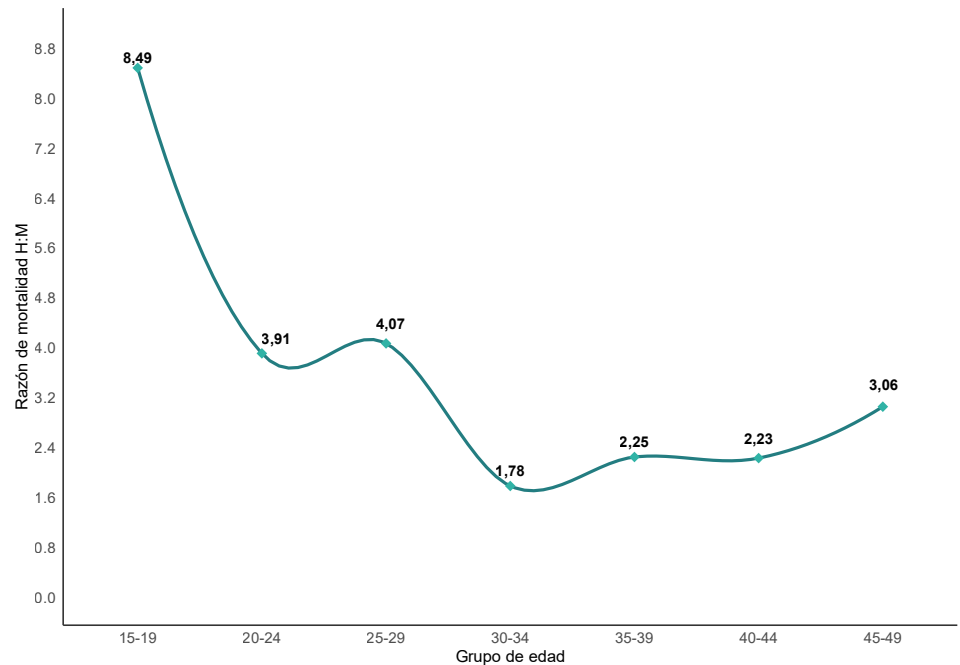


Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El Gráfico 4.5. presenta la razón de mortalidad hombre-mujer en personas de 15 a 49 años para los seis años previos a la encuesta. En todos los grupos etarios se evidencia sobremortalidad masculina, con la mayor desigualdad relativa entre los adolescentes de 15 a 19 años, donde la tasa de mortalidad de los hombres fue 8,5 veces superior a la de las mujeres. La segunda mayor disparidad se registró entre los adultos jóvenes de 25 a 29 años, con una razón de 4,1. A partir de los 30 años, la brecha relativa entre hombres y mujeres disminuye. Este patrón puede estar asociado principalmente a la mayor mortalidad masculina por causas externas (accidentes de tránsito, homicidios y suicidios) en edades tempranas.

Gráfico 4.5.

Razón de mortalidad en personas adultas (hombres por mujeres H:M) por grupo de edad, para los seis años anteriores a la encuesta



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

4.5. Discusión

La evidencia presentada en este capítulo confirma que la mortalidad en Colombia ha seguido una tendencia general de reducción en las últimas décadas, aunque persisten desigualdades sociales y territoriales que afectan de manera diferencial a niñas, niños, mujeres y personas adultas. Estos hallazgos reflejan tanto los avances en políticas de salud pública y en la cobertura de servicios esenciales, como las limitaciones estructurales que aún obstaculizan la garantía plena del

derecho a la salud y la vida. La discusión se organiza en tres apartados: en primer lugar, se abordan los resultados de la mortalidad perinatal, infantil y en la niñez, analizando sus determinantes, desigualdades y tendencias; en segundo lugar, se discuten los hallazgos sobre mortalidad materna, y finalmente, se examina la mortalidad adulta, con énfasis en sus patrones diferenciales por sexo y en los retos que plantea para la salud pública del país.

4.5.1. Mortalidad perinatal, infantil y en la niñez

Las tasas de mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez muestran una disminución sostenida en Colombia a lo largo de las últimas tres décadas. Con respecto a la medición anterior, la mortalidad neonatal se redujo en un 82,8 %, pasando de 9,0 a 1,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos en la ENDS 2025. De manera consistente, la mortalidad en la niñez se ha mantenido por debajo de la meta mundial de 25 por cada 1000 nacidos vivos establecida en los ODS y por debajo de la meta establecida a nivel nacional de 15 muertes por cada 1000 nacidos vivos (Departamento Nacional de Planeación, 2018). En todos los indicadores de mortalidad infantil y en la niñez se observa una tendencia general descendente; sin embargo, se identifican importantes desigualdades según características sociodemográficas que pueden ser eliminadas.

Durante el periodo 2000–2025, las mediciones de la ENDS muestran que entre el 84,0 % y el 87,8 % de la mortalidad en la niñez corresponde a defunciones en el primer año de vida, lo que confirma que la mayor parte de las muertes en menores de cinco años ocurre en los primeros 12 meses (UNICEF et al., 2025). Sin embargo, se observa un cambio en la composición. En encuestas anteriores, la mortalidad neonatal aportaba más de la mitad de la mortalidad infantil, mientras que para 2025 representó un 15,7 %, con un mayor peso relativo de la mortalidad posinfantil. Este hallazgo, aunque coherente con patrones de transición demográfica, exige cautela en su interpretación y debe contrastarse con otras fuentes de información poblacional.

Al analizar la mortalidad perinatal, se observa una disminución progresiva, pasando de 14,0 y 13,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos en las mediciones de 2010 y 2015, respectivamente, a una tasa de 3,9 muertes por cada 1000 en 2025. Se trata de un indicador clave de la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el periodo inmediato al nacimiento (Akuze *et al.*, 2021; Ali *et al.*, 2023). Su evolución puede estar relacionada con el fortalecimiento de los controles prenatales en el país y la capacidad resolutive de los servicios de salud materno-perinatales.

Las principales causas de mortalidad anteparto (los mortinatos), incluyen condiciones obstétricas, anormalidades de la placenta y del cordón umbilical, hipoxia intrauterina, malformaciones congénitas del feto, retardo del crecimiento y desnutrición fetal, infecciones, trastornos hipertensivos en la madre y otras condiciones maternas (Instituto Nacional de Salud, 2023; World Health Organization, 2006). Su reducción exige garantizar a las gestantes un acceso oportuno y suficiente al control prenatal, tanto en número como en calidad, que permita la detección temprana de alteraciones, incluso sutiles, como los trastornos del crecimiento fetal (Lawn *et al.*, 2016). Sin embargo, este acceso no puede alcanzarse si persisten brechas en la cobertura del sistema de salud y no se abordan los determinantes sociales que limitan la atención adecuada durante la gestación.

La ENDS 2025 identificó una disminución significativa en la tasa de mortalidad neonatal estimada para Colombia. En los diez años anteriores a la encuesta, fallecieron 1,2 niños antes de cumplir 28 días de vida por cada 1000 nacidos vivos. Este valor representa una reducción del 92,0 % frente a lo estimado para el quinquenio previo a la ENDS 2000 y del 86,7 % respecto al quinquenio anterior a la ENDS 2015. Esta tendencia se alinea con la disminución global de la mortalidad neonatal registrada en las últimas décadas (UNICEF *et al.*, 2025), atribuida a los avances en el cuidado prenatal, la atención calificada del parto y los cuidados del recién nacido, así como al mayor acceso a servicios de maternidad y unidades de cuidado neonatal de calidad (Lawn *et al.*, 2014).

No obstante, es necesario considerar posibles limitaciones en la estimación, derivadas del carácter retrospectivo de la encuesta y de la baja frecuencia del evento, lo cual puede afectar la precisión de las cifras.

En Colombia aún persisten importantes niveles de mortalidad neonatal evitable, especialmente asociados a la prematuridad-inmaduridad, a infecciones, asfixia y al bajo peso al nacer (Instituto Nacional de Salud, 2023). La reducción sostenida de estas muertes requiere garantizar la disponibilidad suficiente de unidades de cuidado intensivo neonatal y avanzar en la implementación de paquetes integrales de atención continua, incluyendo control prenatal, atención del parto, cuidado posnatal y hospitalario, con especial énfasis en recién nacidos prematuros, de bajo peso y enfermos. En este contexto, la OMS ha señalado que las mujeres que reciben atención continua dirigida por parteras profesionales, formadas y reguladas según estándares internacionales, presentan un 16,0 % menos de riesgo de pérdida del recién nacido y un 24,0 % menos de probabilidad de parto prematuro (Organización Mundial de la Salud, 2024b).

Al analizar los resultados por subgrupos, se identifican hallazgos relevantes. En esta versión de la encuesta, la mortalidad neonatal fue 3,7 veces mayor en zona urbana que en zona rural, lo que constituye un patrón atípico, pues en la ENDS 2015 la mortalidad neonatal en áreas rurales fue 30,8 % más alta que en las urbanas. Este hallazgo podría explicarse por la baja frecuencia del evento y por limitaciones en la capacidad de la encuesta para captar de manera precisa estas diferencias territoriales.

En contraste, los resultados por nivel educativo materno son consistentes con lo esperado. En 2025, la mortalidad neonatal fue 20,2 veces más alta entre madres con educación primaria en comparación con aquellas con educación superior, y alcanzó 27,6 muertes por 1000 nacidos vivos en madres sin educación, frente a 25,0 en 2015 (un incremento del 10,4 %). Paralelamente, se observó una reducción marcada en la mortalidad neonatal de madres con educación superior, que pasó de 8,0 muertes por

1000 nacidos vivos en 2015 a 1,4 en 2025, ampliando la desigualdad según nivel educativo para 2025. Estos resultados concuerdan con la evidencia internacional, que muestran consistentemente una menor mortalidad neonatal entre hijo(as) de madres más educadas, atribuida a mejores condiciones de vida, mayor acceso a ingresos y recursos, mejor capacidad para navegar el sistema de salud, y mayor conocimiento para identificar signos de alarma y buscar atención médica oportuna (Lawn et al., 2014).

Por otra parte, la magnitud de la mortalidad infantil y en la niñez estimada en la ENDS 2025 confirma la tendencia sostenida a la disminución observada en las últimas décadas, hallazgo que también ha sido documentado en otras fuentes nacionales e internacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024; UNICEF et al., 2025). La comparación de las cifras reportadas por las diferentes ENDS realizadas en el país desde el año 2000 ratifica esta reducción progresiva. En particular, la mortalidad infantil se redujo en un 75,2 % frente a la estimación del año 2000, mientras que la mortalidad en la niñez lo hizo en un 74,0 % en el mismo periodo.

Los resultados de la ENDS 2025 muestran que la tasa de mortalidad posneonatal concentra el 76,9 % de la mortalidad infantil, y esta última representa el 80,0 % de la mortalidad en la niñez. Estos hallazgos podrían ser explicados por una mayor supervivencia en el periodo neonatal, particularmente de niños que nacen prematuramente, con bajo peso o con defectos congénitos, conformando un grupo de lactantes más vulnerables en las etapas posteriores.

El comportamiento de los dos estimadores de mortalidad en niñas y niños menores de cinco años debe interpretarse de manera cuidadosa (DHS Program, 2023). Existen al menos tres situaciones que podrían estar relacionadas con este fenómeno. La primera corresponde a la mortalidad por causas específicas, en particular las infecciones respiratorias agudas (IRA), que no son directamente medidas por la ENDS pero que figuran entre las principales causas de muerte en niños menores de cinco años en Colombia (DANE, 2023). Durante el periodo de observación, este indicador pudo verse afectado por la emergencia sanitaria por

COVID-19. De hecho, los reportes nacionales y locales muestran que la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años pasó de aproximadamente 12,0 muertes por 100 000 menores de cinco años en 2017 a 9,8 en 2023 (Instituto Nacional de Salud, 2024), con una reducción abrupta en 2020 y 2021 —en el marco del confinamiento y las medidas de aislamiento—, cuando la tasa cayó a la mitad del valor registrado en 2019, y seguida de un rápido retorno a la tendencia previa (Instituto Nacional de Salud, 2024). Sin embargo, estas variaciones no parecen explicar por sí solas los hallazgos reportados por la ENDS.

En segundo lugar, es necesario considerar el cambio en la natalidad durante el periodo de observación. El número de nacimientos descendió de 661 000 en 2015 a 445 000 en 2024 (pr), lo que representa una reducción del 32,7 %. En este mismo periodo, la tasa de natalidad mostró una tendencia decreciente, pasando de 14,3 nacimientos por cada 1000 habitantes en 2015 a 8,4 en 2024 (pr); es decir, una caída de casi seis puntos. Por su parte, la tasa global de fecundidad se mantuvo estable en 1,7 hijos por mujer entre 2015 y 2017, pero a partir de 2018 inició un descenso sostenido hasta alcanzar 1,1 en 2024 (pr) (DANE, 2025). Sin embargo, estas variaciones demográficas tampoco explican por sí solas la magnitud de la reducción en las tasas de mortalidad infantil y en la niñez observadas en la ENDS 2025.

Finalmente, la frecuencia cada vez menor de las muertes en la infancia plantea nuevos retos para la medición mediante encuestas. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 64 a 27 por cada 1000 nacidos vivos entre 1990 y 2023, lo que equivale a una disminución del 57,8 %. En el mismo periodo, la mortalidad en menores de cinco años pasó de 94 a 37 por cada 1000 nacidos vivos, una reducción del 60,6 % (UNICEF et al., 2025). Esta menor frecuencia del evento incrementa la probabilidad de errores asociados a la cobertura muestral en poblaciones específicas (por grupo etario, pertenencia étnica, distribución territorial) y en sus coeficientes de variación. En contextos donde los eventos son poco frecuentes, resulta más difícil garantizar la precisión de los estimadores a partir del método de encuesta.

Más allá de estas posibles explicaciones generales, los resultados de la ENDS 2025 muestran patrones diferenciales que, al compararse con otras fuentes como los registros vitales, plantean desafíos de interpretación en el nivel territorial y socioeconómico.

Según los resultados de la ENDS 2025, los departamentos con mayor mortalidad infantil son Norte de Santander, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Magdalena y Arauca. En contraste, para 2019 los registros vitales del DANE ubicaban las tasas más altas en Vaupés (67,8 por 1000 nacidos vivos), Vichada (59,2), Chocó (57,4), La Guajira (53,6) y Guainía (49,8), mientras que las más bajas correspondían a Valle del Cauca (11,6), Atlántico (11,8), Antioquia (12,1), Santander (12,4) y Bogotá (12,9), con una tasa nacional estimada de 17,3 por 1000 nacidos vivos (DANE, 2021a). Cabe señalar que en la ENDS 2025 no se registraron muertes infantiles en 17 de los 33 departamentos, situación que limita la posibilidad de realizar comparaciones territoriales detalladas.

Otro aspecto diferencial relevante son los resultados según el nivel educativo de la madre y el nivel de riqueza del hogar. En la ENDS 2025 se observan estimaciones de mortalidad infantil notablemente más altas entre hijo(as) de madres sin educación formal, con una razón 14,2 veces superior frente a las madres con educación superior. En el caso de la mortalidad en la niñez, aunque no se registraron muertes entre mujeres sin educación, sí se identificó un gradiente: las tasas fueron más elevadas entre madres con educación secundaria y disminuyeron a medida que aumentaba el nivel educativo. De hecho, la mortalidad en la niñez en hijo(as) de madres con educación secundaria fue 8,0 veces mayor en comparación con las de educación superior. Estos gradientes educativos ya habían sido reportados en la ENDS 2015, aunque con brechas menores: la mortalidad infantil fue 4,6 veces más alta entre madres sin educación frente a las de educación superior, y en la niñez fue 5,0 veces mayor.

Respecto al nivel de riqueza, los resultados también muestran un gradiente inverso y consistente con la medición de 2015: la mortalidad disminuye

conforme aumenta el quintil de riqueza. En la ENDS 2025, la mortalidad infantil fue 2,8 veces más alta en el quintil más pobre frente al más rico, mientras que la mortalidad en la niñez resultó 68,8 % superior en los hogares más pobres. Si bien las brechas persisten con peores resultados en los quintiles más bajos, se observa una reducción en comparación con 2015, cuando las diferencias entre los quintiles extremos fueron de 4,4 veces para la mortalidad infantil y de 3,9 veces para la mortalidad en la niñez.

Para comprender mejor la composición de la mortalidad infantil y en la niñez, resulta útil considerar su evolución histórica. En Colombia, los factores que han incidido en su disminución han operado de manera distinta según el periodo. Entre 1860 y 1929 el descenso se explicó, sobre todo, por la reducción de la mortalidad neonatal, mientras que entre 1930 y 1990 estuvo más asociado con la caída en la mortalidad posneonatal, especialmente durante el primer año de vida. En la actualidad, aunque las cifras absolutas siguen disminuyendo, el peso proporcional de las muertes neonatales dentro de la mortalidad en la niñez tiende a incrementar (Acosta y Romero, 2014; Tapia Granados, 1995). Esta tendencia coincide con lo reportado a nivel mundial. Entre 1990 y 2023, las muertes neonatales pasaron de 5,2 millones a 2,3 millones, pero su participación en la mortalidad en menores de cinco años aumentó del 40,4 % al 47,8 % (UNICEF *et al.*, 2025).

Los resultados de la ENDS 2025 confirman una reducción sostenida de la mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez en Colombia, en consonancia con las tendencias regionales y globales. No obstante, persisten desigualdades según territorio, nivel educativo y condición socioeconómica, lo que refleja la necesidad de mantener y fortalecer las intervenciones dirigidas a garantizar una atención integral y oportuna, así como a reducir las brechas sociales en salud.

4.5.2. Mortalidad materna

La mortalidad materna es un indicador sensible tanto del nivel de desarrollo de una población como de la capacidad de los sistemas sanitarios para brindar atención oportuna y segura durante el embarazo, el parto y el posparto (Organización Mundial de la Salud, 2025). Refleja desigualdades de género y brechas en la garantía de derechos, en particular los sexuales y reproductivos. Aunque en su mayoría es evitable mediante intervenciones conocidas y acceso efectivo a servicios de salud durante la gestación, el parto y el puerperio, sigue representando un reto prioritario para los sistemas de salud y las sociedades en su conjunto (Bagade et al., 2022; Organización Mundial de la Salud, 2025). Por esta razón, los ODS plantearon reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos en 2030 (Organización de las Naciones Unidas, 2015). En Colombia, la meta establecida en el CONPES 3918 de 2018 es aún más ambiciosa: 32 muertes por cada 100 000 nacidos vivos para el mismo año (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

La ENDS 2025 incorporó por primera vez la estimación de la mortalidad materna mediante el método indirecto de historia de hermanas (DHS Program, 2023), identificando defunciones ocurridas durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores, sin discriminar las causas específicas ni diferenciar entre muertes accidentales o violentas. Con base en esta metodología, se calculó una razón de mortalidad materna indirecta (o relacionada) de 64,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en los seis años previos a la encuesta.

Dado que la mortalidad materna es un evento poco frecuente, la precisión de las estimaciones puede verse afectada, especialmente cuando se emplean métodos de encuesta (DHS Program, 2023; Mgawadere et al., 2017). Esta característica limitó el análisis a una estimación nacional, sin posibilidad de desagregarla por ejes de desigualdad. Aun así, el valor estimado se encuentra en el mismo orden de magnitud que las estadísticas vitales oficiales, las cuales muestran una tendencia descendente de 73,3 muertes por 100 000 nacidos vivos en 2007 a 51,0 en 2017, y 46,1 y 47,1 en 2018 y 2019, respectivamente (Pinilla

Saraza, 2019). No obstante, las comparaciones deben hacerse con cautela, dado que se trata de metodologías diferentes.

El valor estimado para Colombia en la ENDS 2025, mediante el método de historia de las hermanas, puede compararse con los obtenidos en otros países de la región que han empleado la misma metodología con encuestas. En Guatemala, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014–2015 reportó una razón de mortalidad materna de 140 muertes por 100 000 nacidos vivos (IC95 %: 94–189) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social et al., 2017), mientras que en Haití la DHS 2016–2017 estimó una mortalidad materna de 529 muertes por 100 000 nacidos vivos (IC95 %: 375 – 684) (Institut Haïtien de l'Enfance et al., 2018).

La comparación internacional de los resultados de la ENDS 2025 es posible porque se obtuvieron con la misma metodología de historia de hermanas utilizada en las encuestas DHS, que mide muertes ocurridas durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores, y estima una razón de mortalidad relacionada con el embarazo más que la estrictamente definida por la CIE-10. Al tratarse de un evento poco frecuente, estas encuestas generan estimaciones sensibles al tamaño muestral y con márgenes de error amplios, por lo que deben interpretarse con prudencia. En este marco, los resultados de Colombia pueden ponerse en perspectiva con países como Guatemala o Haití, aunque lo ideal sería contar con datos recientes de países de ingreso medio similares. En su ausencia, vale la pena contrastar el resultado obtenido con naciones con condiciones socioeconómicas similares, a pesar de que provengan de otras metodologías de estimación, resaltando siempre las diferencias metodológicas.

Por ejemplo, según el reporte más reciente del Grupo Interagencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna, la razón de mortalidad materna en Colombia para 2023 se estimó en 59,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. Este valor no solo es más alto que el de países vecinos de ingreso medio, como Perú (51,5) o México (42,1), sino que también supera con amplitud las cifras registradas en Argentina (33,2), Cuba (34,8), Costa Rica

(24,1), Uruguay (15,3) y Chile (9,9). En comparación, la mortalidad materna en Colombia resulta más de seis veces superior a la reportada en Chile, lo que evidencia la magnitud del reto pendiente para alcanzar estándares regionales más favorables (World Health Organization, 2025).

En suma, la estimación de mortalidad materna de la ENDS 2025 aporta un referente valioso para el monitoreo en Colombia, aunque debe interpretarse con cautela por las limitaciones propias del método de las hermanas y la baja frecuencia del evento. La comparación con otros países de la región permite ubicar a Colombia en un rango intermedio, en el que en contraste con países subraya la necesidad de acelerar los esfuerzos nacionales para garantizar el derecho a una maternidad segura como parte de los derechos reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). De cara a futuras ediciones de la ENDS, sería deseable fortalecer la estimación de la mortalidad materna con diseños muestrales que permitan mayor precisión y, en lo posible, incluir módulos que capten información sobre causas y circunstancias de la defunción. El desafío para el país, por tanto, no es solo mantener la tendencia descendente, sino avanzar hacia estándares más altos de equidad y garantía de derechos en salud materna.

4.5.3. Mortalidad en personas adultas

La ENDS 2025 estimó una tasa de mortalidad en personas de 15 a 49 años de 1,6 muertes por cada 1000 años-persona exposición en los seis años anteriores a la encuesta. En este caso, se identificó una marcada sobrerrepresentación masculina: cerca de tres cuartas partes de las defunciones corresponden a hombres, y la tasa de mortalidad masculina casi triplica la observada en las mujeres. Este patrón reproduce la tendencia histórica documentada en Colombia y América Latina, donde los hombres jóvenes y adultos enfrentan un mayor riesgo de muerte prematura, en especial por causas externas como homicidios, accidentes de tránsito y suicidios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

En todos los grupos de edad, la mortalidad masculina supera a la femenina, con las mayores brechas relativas entre adolescentes de 15 a 19 años (razón hombre:mujer de 8,5) y adultos jóvenes de 25 a 29 años (razón de 4,1). Estas disparidades son consistentes con la evidencia internacional, que señala la sobremortalidad masculina temprana como una de las expresiones más persistentes de desigualdad en salud entre los sexos (Murray y GBD 2021; Collaborators, 2024; Williams, 2003). Sin embargo, en comparación con la ENDS 2015, se observa un incremento notable en la sobremortalidad masculina de 15 a 19 años. La razón en ese momento fue de 4,2, lo que indica que la brecha en este grupo etario se duplicó en 2025. En los demás grupos de edad, las razones hombre:mujer se mantienen en niveles similares a los observados en 2015. A partir de los 30 años, aunque la brecha relativa disminuye, las tasas absolutas continúan siendo más altas en los hombres, lo que refleja la carga acumulada de exposiciones de riesgo y menor acceso a prácticas preventivas y de autocuidado.

El repunte de la mortalidad en los grupos de 40 a 49 años, más pronunciado en los hombres pero también evidente en las mujeres, podría relacionarse con la mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles en edades medias, en interacción con condiciones sociales y laborales que aumentan la vulnerabilidad. Estos hallazgos reafirman la necesidad de intervenciones diferenciadas por sexo y edad, que combinen la prevención de causas externas de muerte en los más jóvenes con la detección y control oportuno de enfermedades crónicas en adultos medios.

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

4.6. Conclusiones

- La mortalidad perinatal, ocurrida entre las 28 semanas de gestación y los primeros siete días de vida, mostró una disminución progresiva en Colombia, pasando de 14,0 y 13,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 2010 y 2015, respectivamente, a 3,9 en 2025, lo que equivale a una reducción del 72,1 % respecto a 2010.
- Las tasas de mortalidad neonatal, infantil y en la niñez han disminuido de manera sostenida a lo largo de las últimas tres décadas, aunque persisten desigualdades sociales y territoriales que requieren atención prioritaria.
- De hecho, los gradientes por nivel educativo materno y quintil de riqueza se han ampliado en algunos casos, mostrando que los avances no han beneficiado por igual a todos los grupos poblacionales. Esto señala la necesidad de políticas focalizadas en los grupos en mayor desventaja social y más precarizados.
- Se observó un cambio en la composición de la mortalidad en la niñez. Aunque las tasas disminuyen, el peso proporcional de la mortalidad neonatal dentro de la mortalidad en la niñez ha aumentado, lo que implica que la reducción de muertes en este periodo depende cada vez más de intervenciones perinatales y neonatales de alta calidad, entre ellos el parto seguro, cuidados intensivos neonatales, atención de prematuridad y del bajo peso al nacer.
- Entre la ENDS 2015 y la ENDS 2025, la mortalidad neonatal se redujo en un 82,8 % (de 9,0 a 1,2 muertes por 1000 nacidos vivos), la mortalidad infantil en un 67,5 % (de 16,0 a 5,2) y la mortalidad en la niñez en un 74,0 % (de 25,0 a 6,5).
- La mortalidad en la niñez se ha mantenido por debajo de la meta mundial de 25 por cada 1000 nacidos vivos establecida en los ODS y por debajo de la meta establecida a nivel nacional de 15,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos.
- El 80,0 % de las muertes en menores de cinco años corresponde a mortalidad infantil, lo que indica que la mayor parte de las defunciones ocurre en los primeros doce meses de vida.
- La ENDS 2025 incluyó por primera vez la estimación de la mortalidad materna mediante el método indirecto de historia de hermanas, obteniéndose una razón de mortalidad indirecta (relacionada) de 64,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en los seis años previos a la encuesta.
- La baja frecuencia de los eventos, en especial de muertes maternas, incrementa la imprecisión de las estimaciones por encuesta, lo que resalta la importancia de complementar los análisis con resultados derivados de las estadísticas vitales y la necesidad de fortalecer la calidad de las estadísticas.
- En el caso de la mortalidad adulta (15–49 años), la encuesta estimó una tasa de 1,6 muertes por cada 1000 años-persona de exposición en los seis años previos a la encuesta.
- Se identificó una marcada sobrerrepresentación masculina en la mortalidad en personas adultas. Cerca de tres cuartas partes de las defunciones correspondieron a hombres y su tasa de mortalidad casi triplicó la de las mujeres, lo que reproduce un patrón documentado en Colombia y América Latina, asociado principalmente a un mayor riesgo masculino de muerte prematura por causas externas como homicidios, accidentes de tránsito y suicidios.
- La sobremortalidad masculina en adolescentes y jóvenes, sobre todo en el grupo de 15 a 19 años, se ha ampliado frente a la ENDS 2015, lo que sugiere un empeoramiento relativo en la exposición de los hombres jóvenes a violencias y otras causas externas de mortalidad.

4.7. Recomendaciones

4.7.1. Recomendaciones en clave de política

Para la mortalidad infantil y en niños menores de cinco años

- La evidencia confirma una reducción sostenida en la mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez, pero también señala desafíos persistentes. Se recomienda fortalecer el acceso oportuno y de calidad a los controles prenatales y al parto institucional, con especial énfasis en la detección de riesgos que prevengan muertes intraparto o mortinatos. Es prioritario implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal y neonatal que permita determinar causas y evitabilidad de las defunciones, integrando información de diferentes fuentes.
- Dada la hipótesis de mayor vulnerabilidad en el periodo posneonatal entre los recién nacidos prematuros o con bajo peso que sobreviven al primer mes de vida, se recomienda diseñar políticas dirigidas a este grupo específico, con seguimiento ambulatorio intensivo y cuidados integrados. Adicionalmente, se requieren estudios específicos que contrasten los resultados de la ENDS con otras metodologías y fuentes, para verificar las tendencias observadas y comprender mejor la estructura causal de la mortalidad en menores de cinco años.
- Desde la perspectiva de política pública, es fundamental reforzar la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social en la agenda perinatal e infantil, garantizando y articulando los programas de primera infancia con otras instituciones. También, debe revisarse la posibilidad de ampliación de la capacidad de los cuidados intensivos neonatales en regiones apartadas, reducir la concentración de servicios en las grandes ciudades y promover la atención primaria en salud como puerta de entrada para la identificación temprana de riesgos.

Para la mortalidad materna

- El uso del método indirecto de historia de hermanas en la ENDS 2025 permitió, por primera vez, una estimación nacional de mortalidad materna,

aunque con limitaciones inherentes a la baja frecuencia del evento y a la imposibilidad de establecer causas específicas o su evitabilidad. En este sentido, se recomienda mantener y fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, asegurando que los análisis de evitabilidad retroalimenten de manera ágil a los servicios de salud.

- Es esencial mejorar la garantía de la atención obstétrica de urgencias como un servicio esencial sin barreras administrativas, así como priorizar intervenciones diferenciales para mujeres en desventaja social, como las rurales, con autorreconocimiento étnico y migrantes. Además, la mortalidad materna debe ser reconocida explícitamente como un tema de equidad de género y derechos humanos, integrándola a las agendas nacionales de igualdad y justicia social.

Para la mortalidad en personas adultas

- Los hallazgos de la ENDS confirman una sobremortalidad masculina marcada, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, asociada posiblemente a causas externas como homicidios, accidentes de tránsito y suicidios. Se recomienda fortalecer estrategias intersectoriales de prevención de violencias, seguridad vial y salud mental, en articulación con sectores como educación, transporte, justicia y seguridad.
- En términos de política, se propone incluir la salud de adolescentes y jóvenes, en particular de los varones, como un eje prioritario de la agenda nacional. También, es necesario ampliar programas de tamizaje y detección temprana de enfermedades crónicas desde edades más jóvenes, asegurando continuidad en el tratamiento y acceso equitativo a intervenciones preventivas. Finalmente, deben impulsarse campañas de salud masculina orientadas al autocuidado, la prevención de violencias, suicidio y promoción de la salud mental, que contribuyan a desmontar estereotipos de género que incrementan el riesgo de muerte prematura.

4.8. Lista de referencias

- Acosta, K. y Romero, J. (2014). Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008. Banco de la República. <https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/379260ad-3790-444c-9a9e-c49cc8236b7c/content>
- Akuze, J., Cousens, S., Lawn, J. E., Waiswa, P., Gordeev, V. S., Arnold, F., Croft, T., Baschieri, A. y Blencowe, H. (2021). Four decades of measuring stillbirths and neonatal deaths in Demographic and Health Surveys: Historical review. *Population Health Metrics*, 19(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00225-0>
- Ali, M. M., Bellizzi, S. y Boerma, T. (2023). Measuring stillbirth and perinatal mortality rates through household surveys: A population-based analysis using an integrated approach to data quality assessment and adjustment with 157 surveys from 53 countries. *The Lancet Global Health*, 11(6), e854-e861. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00125-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00125-0)
- Álvarez, J.-A. y Vaupel, J. W. (2023). Mortality as a Function of Survival. *Demography*, 60(1), 327-342. <https://doi.org/10.1215/00703370-10429097>
- Bagade, T., Chojenta, C., Harris, M., Oldmeadow, C. y Loxton, D. (2022). The human right to safely give birth: Data from 193 countries show that gender equality does affect maternal mortality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 874. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05225-6>
- Bakketeig, L. S. y Bergsjø, P. (2008). Perinatal Epidemiology. En: *International Encyclopedia of Public Health* (1.a ed., pp. 45-53). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00199-4>
- Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellstrom, T., Tapia Granados, J. A., Filgueira, M. C. y Giambiagi, N. (2008). *Epidemiología básica* (2.a ed). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3153>
- Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. y Eslava-Schmalbach, J. (2025). Socioeconomic inequalities in infant mortality in Colombia: A nationwide cohort study during 10 years. *BMJ Global Health*, 10(8), e018526. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018526>
- DANE. (2021a). Determinantes y factores asociados con la tasa de mortalidad infantil: Una comparación departamental y municipal. *Informes de estadística sociodemográfica aplicada*. Número 2. (1.a ed.). DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-09-23-Determinantes-factores-asociados-tasa-mortalidad-infantil-dptl-mpal.pdf>
- DANE. (2021b). Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del COVID-19. *Informes de estadística sociodemográfica aplicada*. Número 9. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>
- DANE. (2023). Estadísticas vitales. Cifras de defunciones. 2023. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/pres-EEVV-Defunciones-IIItrim2023.pdf>
- DANE. (2024). Estadísticas Vitales. Recolección de datos. https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/807#metadata-data_collection
- DANE. (2025). Transición demográfica. Cifras sobre el envejecimiento. DANE. <https://www.corfi.com/documents/20123/0/presentacion-DANE-foro-corfi-envejecimiento.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). Documento CONPES. Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- DHS Program. (2023). Guide to DHS Statistics. USAID. https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_DHS-8.pdf

- Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C. y Poblete, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 142(2), 168-174. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
- Duran, P., Soliz, P., Mujica, O. J., Cueva, D. A., Serruya, S. J. y Sanhueza, A. (2024). Neonatal mortality in countries of the Americas, 2000–2020: Trends, inequalities, and target-setting. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.4>
- Hajizadeh, M., Nandi, A. y Heymann, J. (2014). Social inequality in infant mortality: What explains variation across low and middle income countries? *Social Science & Medicine*, 101, 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.019>
- Institut Haïtien de l'Enfance, The DHS Program y ICF International. (2018). *Haïti Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017)*. IHE. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2023). *Informe de evento. Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Cod. 560 2022*. INS. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20INFORME%202022.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2024). *Informe de evento. Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. 2023*. INS. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%20C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2025). *Informe de mortalidad materna. Colombia, 2024*. INS. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Oza, S., You, D., Lee, A. C. C., Waiswa, P., Lalli, M., Bhutta, Z., Barros, A. J. D., Christian, P., Mathers, C., Cousens, S. N. y Lancet Every Newborn Study Group. (2014). Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet (London, England)*, 384(9938), 189-205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60496-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60496-7)
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Frøen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., Cousens, S., Flenady, V., Frøen, J. F., Kinney, M. V., ... Draper, E. S. (2016). Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587-603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Mgawadere, F., Kana, T. y Van Den Broek, N. (2017). Measuring maternal mortality: A systematic review of methods used to obtain estimates of the maternal mortality ratio (MMR) in low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 121(1), 121-134. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldw056>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística e ICF International. (2017). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe Final*. Guatemala, MSPAS/INE/ICF. MSPAS. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/fr318/fr318.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro%20politica%20sexual%20sept%2010.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Indicadores básicos de salud 2024*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Manual de usuario. Módulo de nacimientos y defunciones. RUAF-NDv2*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/>

- manual-usuario-ruafnd.pdf
- Murray, C. J. L. y GBD 2021 Collaborators. (2024). Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* (London, England), 403(10440), 2259-2262. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00769-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00769-4)
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible* [Institucional]. Naciones Unidas: Objetivos de Desarrollo Sostenible. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2024a). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud. (2024b). *Mortalidad neonatal*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativos* (1.a ed.). OPS. https://www3.paho.org/hq/joomlatools-files/docman-files/Health_Indicators-June18-es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Portal de indicadores básicos. Mortalidad*. OPS/EIH. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>
- Pinilla Saraza, M. E. (2019). *Mortalidad materna en Colombia, 2019* (pp. 27-42). Instituto Nacional de Salud. <https://doi.org/10.33610/01229907.2020v2n3a3>
- Rojas-Botero, M. L., Borrero-Ramírez, Y. E. y Fernández-Niño, J. A. (2022). Evaluación de la calidad de las estadísticas vitales de niños menores de cinco años. Colombia, 2000-2018. *Salud UIS*, 55(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23015>
- Rojas-Botero, M. L., Fernández-Niño, J. A. y Borrero-Ramírez, Y. E. (2025). Inequality trajectories in avoidable under-5 mortality in Colombia: A 23-year analysis of inequities (2000–2022). *SSM - Population Health*, 30, 101782. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101782>
- Shukla, V. V. y Carlo, W. A. (2020). Review of the evidence for interventions to reduce perinatal mortality in low- and middle-income countries. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 7(Suppl 1), 4-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.02.004>
- Tapia Granados, J. A. (1995). Tasas de mortalidad en la infancia: Una revisión terminológica bilingüe. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 118(1), 51-55.
- Unicef, World Health Organization, World Bank Group y United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2025). *Levels and trends in child mortality. Report 2024* (1.a ed.). Unicef. <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>
- Williams, D. R. (2003). The health of men: Structured inequalities and opportunities. *American Journal of Public Health*, 93(5), 724-731. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.5.724>
- Wingate, M. S., Epstein, A. E. y Bello, F. O. (2017). Perinatal Epidemiology. En: *International Encyclopedia of Public Health* (2nd. ed, pp. 442-448). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00327-1>
- Wong, C., Schreiber, V., Crawford, K. y Kumar, S. (2023). Male infants are at higher risk of neonatal mortality and severe morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 63(4), 550-555. <https://doi.org/10.1111/ajo.13689>
- World Health Organization. (2005). *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates* (1.a ed.). World Health Organization.

World Health Organization. (2025). *Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division* (1.a ed.). World Health Organization. <https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2023/>

Wrigley-Field, E., Raquib, R. V., Berry, K. M., Morris, K. J. y Stokes, A. C. (2025). Mortality trends among early adults in the United States, 1999-2023. *JAMA Network Open*, 8(1), e2457538. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.57538>