



capítulo 8

Salud materna
y cuidados
en el recién
nacido

8.1. Introducción

La gestación representa un reto, no solamente fisiológico, sino también psicológico, emocional y espiritual (Maldonado-Durán *et al.*, 2008).

La atención integral de la salud materno-perinatal comprende las etapas antes y durante el embarazo, el parto, el posparto y el cuidado neonatal. Refleja el acceso a servicios de salud, equidad de género y el desarrollo social de una comunidad, que impactan directamente indicadores de salud pública como la mortalidad materna y perinatal (You *et al.*, 2015; Sandoval-Vargas y Eslava-Schmalbach, 2013).

En las últimas décadas se han llevado a cabo investigaciones y esfuerzos para mejorar el acceso, uso y calidad de los servicios relacionados con la atención durante el proceso reproductivo (Kuruvilla *et al.*, 2016; Lane, 2016), pero aún persisten desafíos importantes para el fomento del plan reproductivo asociado a estrategias de control procreativo (Beguella, 2012).

En 2023, unas 260 000 mujeres murieron en el mundo durante o tras el embarazo o el parto. Aproximadamente el 92,0 % de las muertes maternas se produjeron en países de ingreso bajo y mediano bajo, y la mayoría podrían haberse evitado. Las principales complicaciones, causantes de aproximadamente el 75,0 % de todas las muertes maternas, son las hemorragias graves (mayoritariamente tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión arterial durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia), las complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (WHO, 2025). Estas muertes son exacerbadas por factores como la pobreza, la falta de acceso a servicios obstétricos de emergencia y desigualdades de género (Say *et al.*, 2014; Bauserman *et al.*, 2020). En cuanto a la mortalidad neonatal, se registraron 2,3 millones de muertes en 2022, siendo la prematuridad, la asfixia perinatal y las infecciones las principales causas en los primeros siete días de vida (WHO, 2024).

América Latina y el Caribe, y en particular Colombia, han mostrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal entre 2000 y 2023 (exceptuando los años del impacto de la pandemia por COVID-19); sin

embargo, el progreso es desigual, y las mujeres de áreas rurales, indígenas y de bajos ingresos enfrentan un mayor riesgo (Pan American Health Organization, 2021; Instituto Nacional de Salud, 2024). Dicha mortalidad ha sido relacionada con debilidades en el entrenamiento del recurso humano en salud, deficiencias en la dotación e insumos, y con factores como el nivel educativo, la situación económica y el acceso a servicios de salud, que desempeñan un papel determinante en la calidad de la atención que reciben las mujeres en el proceso reproductivo.

El país viene desarrollando una labor que permite, día a día, garantizar el derecho fundamental a la salud materno-perinatal, partiendo del modelo de los determinantes sociales de la salud y teniendo en cuenta los enfoques de curso de vida, derechos sexuales y reproductivos, el de género, y el diferencial territorial y poblacional. En el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 3918 de 2018, Colombia planteó reducir la mortalidad materna a 32 por 100 000 nacidos vivos en 2030. En el 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 3280, por la cual se adoptó el lineamiento técnico y operativo de la RIAMP, de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuyo propósito es “contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, incluida la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud”.

Por otra parte, en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 se reafirmaron los compromisos del plan anterior para mejorar el índice de cobertura global de las atenciones para la población materno-perinatal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Desde 2022, el país hizo un llamado a los actores del sistema de salud a acelerar las acciones según competencias para cumplir con la meta de reducir la mortalidad materna en Colombia en 2026. Este llamado a la acción se concretó en el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna —PARE-MM—, respaldado en la Circular 47 de 2022 y la Resolución 3280 del 2018.

En consonancia con esto, se evidencia un avance favorable en los principales indicadores, con mejoras en la cobertura de atención del parto y en la calidad de la atención de la gestante durante el control prenatal, el parto y el puerperio en las instituciones prestadoras de servicios de salud, que ahora cuentan con mejor infraestructura, tecnologías en salud y talento humano con capacidades técnicas para la atención en salud materna.

A pesar de los avances, es claro que en el país persisten oportunidades de mejora en relación con una serie de determinantes sociales estructurales e intermedios, como la educación; las condiciones asociadas a la ruralidad; la cobertura de la consulta para la atención preconcepcional, prenatal y en el puerperio; la atención respetuosa del parto, y otras dirigidas a mejorar la equidad en la salud, las cuales se encuentran relacionadas con la mortalidad materno-infantil.

La ENDS 2025 proporciona una visión detallada sobre el estado actual de la atención en salud materna, los factores determinantes de la salud de las gestantes y las barreras que enfrentan para recibir una atención adecuada. Además, analiza los indicadores y tendencias en cuanto a conocimiento de derechos, acceso y uso de servicios de salud materno-perinatal, recopilando información detallada y representativa sobre aspectos como la atención preconcepcional, la cobertura y la calidad de la consulta prenatal, la atención calificada del parto, el acceso a consulta de atención al puerperio, el cuidado del recién nacido hasta los siete días de vida, y el conocimiento y participación de la pareja en temas de salud reproductiva; lo que permite identificar disparidades según características socioeconómicas, geográficas y culturales, esenciales para diseñar políticas públicas basadas en evidencia.

Las políticas públicas en salud materna son fundamentales para garantizar que la gestación y el parto se transformen en una experiencia positiva para la mujer, su familia y el talento humano en salud que de ella participan, contemplando al ser humano en su esencia corporal y mental. Esto implica integrar aspectos espirituales, emocionales, culturales y comportamentales a la vivencia fisiológica del proceso de la gestación, desde la etapa preconcepcional hasta el

puerperio, para avanzar hacia un modelo que reivindique a la mujer como el centro de una atención basada en el respeto de sus derechos y de sus necesidades, haciéndola protagonista de su proceso de gestación y parto (WHO, 2019), y favoreciendo oportunidad, seguridad, integralidad y continuidad de la atención.

Este capítulo presenta los resultados en torno a la salud materna, desde la etapa preconcepcional, el cuidado prenatal, la atención del parto y el puerperio, así como el papel del hombre como acompañante del proceso reproductivo. Mediante la interpretación de los datos y la comparación con estudios previos, se busca proporcionar una base sólida para la formulación de políticas públicas y estrategias de intervención que contribuyan a mejorar la salud materno-perinatal.

8.2. Objetivos

8.2.1. General

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres y de los hombres acerca de sus derechos con respecto a la atención en salud materna y perinatal.

8.2.2. Específicos

- Valorar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres y los hombres en relación con sus derechos en salud relacionados con la gestación, el parto y el puerperio, considerando diferenciales según su posición social y su ubicación geográfica.
- Estimar los niveles y tendencias en el acceso a las atenciones a las que tienen derecho las gestantes y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento (atención preconcepcional, atención del cuidado prenatal, atención del parto, atención del puerperio, y atención y seguimiento al recién nacido).
- Medir conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres relacionados con la garantía de las atenciones a las que tienen derecho: atención preconcepcional, control prenatal, parto y puerperio, y la atención del recién nacido hasta los siete días de su nacimiento.
- Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas de las parejas de las gestantes relacionados con la garantía de las atenciones a las que tiene derecho (atención preconcepcional, atención del cuidado prenatal, atención del parto, atención del puerperio, y atención y seguimiento al recién nacido).

8.3. Metodología

La ENDS 2025 recopila información sobre aspectos demográficos y de salud de una muestra representativa de hombres y mujeres del país, residentes en seis regiones: Atlántica, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica, Orinoquía y Amazonía.

Para el análisis de los resultados se tuvo en cuenta el modelo de determinantes sociales de la salud que influyen en la distribución de la salud y en el bienestar de la población materno-perinatal, y se incorporó la perspectiva demográfica y en enfoque de derechos, con especial acento en los derechos sexuales y reproductivos.

El análisis de la salud materno-perinatal se realizó principalmente en el marco de los siguientes referentes normativos nacionales: el PDSP 2022-2031, la Resolución 3280 de 2018 y la Resolución 3100 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social. Se tuvieron en cuenta referentes internacionales como el Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030; las recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva en el cuidado antenatal y del parto (WHO, 2018; WHO, 2019), y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2016-2030. En cuanto a referentes científicos, se incluyó la revisión de la Unidad de Evidencia y Deliberación (UNED), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, que realizó una síntesis rápida de la evidencia e incluyó 158 recursos, tras la búsqueda en portales de datos y páginas organizacionales. Adicionalmente, se adjuntó bibliografía pertinente extraída de buscadores y bibliotecas virtuales, como PubMed, Lilacs y Google Scholar.

El análisis estadístico siguió los lineamientos establecidos en el plan de análisis establecido en la fase 1 de la encuesta.

Los detalles metodológicos en cuanto al muestreo, la recolección y depuración de datos, la evaluación de calidad, los cálculos estadísticos y las consideraciones éticas y de confidencialidad se describen en detalle en el capítulo de metodología al principio del libro.

Para este capítulo se utilizaron los datos de las mujeres en edad reproductiva, entre 13 y 49 años, que hubieran tenido al menos un hijo(a) nacido vivo en

los cinco años previos a la encuesta o que estuvieran en gestación al momento de esta, y de hombres entre 13 y 59 años que hubieran tenido hijo(as) en los últimos dos años. Los criterios de inclusión se definieron por el hecho de ser los grupos poblacionales en edad reproductiva que tuvieron hijo(as) durante el periodo de estudio, lo que permite obtener los indicadores más importantes en salud reproductiva propuestos en el plan de análisis.

Se consideraron variables sociodemográficas como la edad al momento del parto, la zona y la región de residencia, el nivel educativo y el quintil de riqueza. Las variables de salud materna incluyeron indicadores de conocimiento y asistencia a la consulta preconcepcional, la atención prenatal (cobertura, número de CPN, trimestre de ingreso al CPN, calidad de la atención, suministro de micronutrientes y cobertura de vacunación antitetánica, entre otros), el parto (lugar de atención, quién atendió el parto, características de la atención, complicaciones, prematuridad y bajo peso al nacer) y el posparto (los controles antes y después del alta, y la anticoncepción). Finalmente, se evaluó el conocimiento y el acompañamiento de la pareja en temas de salud sexual y reproductiva. En el Anexo 8.1. se listan los 40 indicadores correspondientes a este capítulo.

El propósito de la encuesta es realizar un análisis descriptivo según lo planteado en el plan de análisis, para lo cual se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana) para variables continuas. En el caso de las variables categóricas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas.

Las tablas y gráficos estadísticos se presentan distribuidos según características seleccionadas y distribuidos en grupos, como edad al momento del nacimiento, zona de residencia (urbana y rural), nivel de educación, quintil de riqueza y región. No se realizaron análisis multivariados debido a la característica descriptiva del estudio.

Las bases de datos y las rutinas de procesamiento y análisis se realizaron en el **software** estadístico de distribución libre R, para garantizar la replicabilidad y la validez de los análisis.

Con los resultados obtenidos, se revisó la evidencia, la documentación bibliográfica y las encuestas nacionales de 2010 y 2015. Esta revisión permitió identificar herramientas clave para la escritura del capítulo en cada uno de los tópicos indagados. Se utilizó el método índice y comparativo, vertebrando el desarrollo de cada subtema según lo propuesto en los objetivos específicos.

La interpretación, la discusión y la comparación se realizó con la literatura, con estadísticas reportadas en fuentes primarias y secundarias de la OMS, la OPS y del Ministerio de Salud y Protección Social, y con datos de encuestas nacionales previas para evaluar las tendencias de algunos indicadores. Además, se tuvo en cuenta el marco global desde ámbitos de situaciones sociales, políticas y ambientales sucedidas durante el periodo.

La ENDS 2025 tuvo en cuenta indicadores no analizados previamente. Estos incluyeron: el conocimiento del derecho y asistencia a la consulta preconcepcional e identificación de condiciones clínicas preexistentes de las mujeres; la valoración por nutrición, y preparación para la maternidad y paternidad; la estimación de las barreras de acceso para la consulta prenatal; el consumo de sustancias psicoactivas e información acerca del riesgo gestacional; la humanización y trato respetuoso durante el parto; la atención del puerperio; la evaluación y revisión del recién nacido antes y después del alta, y el retorno de la menstruación y el reinicio de la actividad sexual en el posparto. Además, con respecto a la pareja, se indagó por el conocimiento de la consulta preconcepcional y el acompañamiento durante el parto y el posparto.

Al final del capítulo se encuentran las recomendaciones en términos de salud pública, metodológicas e investigativas para mejorar el cuidado de la salud materna y perinatal, y para el desarrollo de futuras encuestas.

Los datos presentados se dividen en los siguientes tópicos: atención preconcepcional, prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido, y conocimiento de la pareja en temas de salud reproductiva.

8.4. Resultados

En este apartado se presentan los resultados con respecto a la salud materno-perinatal. Se encuestó a mujeres que tuvieron un recién nacido vivo en los últimos cinco años previos, y algunas preguntas también se realizaron a aquellas mujeres en estado de embarazo al momento de la encuesta.

8.4.1. Atención preconcepcional

La salud de la mujer durante el embarazo depende, entre otras cosas, de su salud antes de la gestación. Por ello, la asistencia durante el periodo preconcepcional, es decir, desde el momento en que se tiene intención reproductiva, se considera parte de la asistencia prenatal. La atención preconcepcional fue incorporada desde 2018 (Resolución 3280 de ese año) en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud para Población Materno Perinatal (RIAMP). La ENDS 2025 indaga por primera vez sobre el reconocimiento del derecho a la consulta preconcepcional y el uso por parte de las mujeres que han tenido una gestación en los últimos cinco años.

8.4.1.1. Conocimiento sobre el derecho a la consulta preconcepcional

Según el Gráfico 8.1., el 58,5 % de las mujeres entre los 13 a 49 años que tuvieron hijo(as) en algún momento de su vida conocen que tienen derecho a la consulta preconcepcional (en el Anexo 8.2. se detalla este indicador según características).

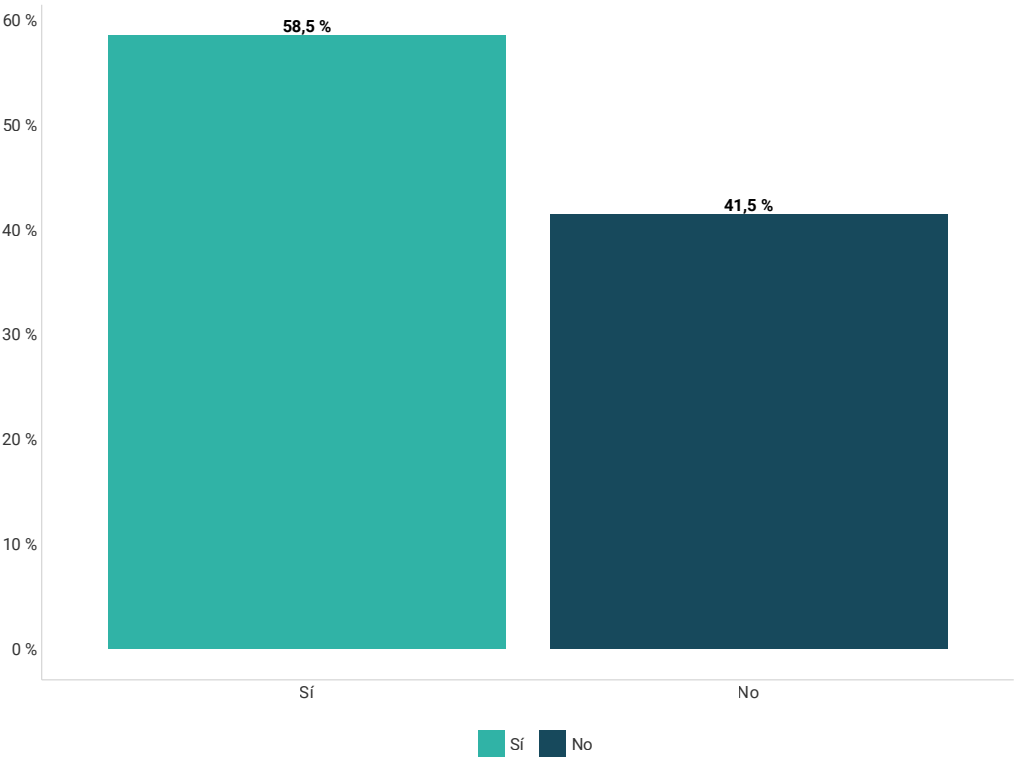
De las mujeres que tuvieron una gestación en los últimos cinco años, en promedio el 55,2 % reconocieron el derecho a tener la consulta preconcepcional. De este grupo, las menores de 15 años al momento del parto representaron el porcentaje más bajo de reconocimiento (20,6 %) y el más alto correspondió al grupo de 30 a 34 años (63,4 %). En la Tabla 8.1. se observa la distribución de mujeres por edad y zona de procedencia, evidenciándose un poco menos conocimiento

del derecho en las zonas rurales que en las urbanas, con 19,4 puntos porcentuales de diferencia (60,5 % vs. 41,1%).

Por regiones, Orinoquía y Amazonía muestra la menor frecuencia de reconocimiento del derecho a la consulta preconcepcional (43,5 %). En contraste, el 69,2 % de las mujeres con gestación en los últimos cinco años que residen en Bogotá reconocen este derecho. Asimismo, se observa que los subgrupos de educación superior y del quintil de riqueza alto presentan los mejores porcentajes de reconocimiento del derecho a la consulta preconcepcional (68,2 % y 63,9 %, respectivamente).

No se muestran resultados para quienes se encontraban embarazadas al momento de la encuesta debido a que no se indagó por la variable en este grupo de mujeres.

Gráfico 8.1.
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que saben que tienen derecho a la consulta preconcepcional y tuvieron hijo(as) en algún momento de su vida



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 8.1.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años que tuvieron hijo(as) en los últimos 5 años, por el conocimiento del derecho a la consulta preconcepcional

Característica	Conoce el derecho a la consulta preconcepcional	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
Edad de la madre al nacimiento		
10-14	20,6	23.638
15-19	55,1	284.057
20-24	47,5	435.011
25-29	61,1	325.398
30-34	63,4	195.586
35-39	61,9	109.227
40-44	53,1	31.828
45-49	0,0	1.066
Orden de nacimiento		
1	55,3	651.615
2-3	56,3	669.233
4-5	48,0	72.080
6+	31,1	12.883
Lugar del parto		
Establecimiento de salud	55,5	1.388.904
En otro lugar	26,4	16.907
Zona		
Urbana	60,5	1.017.211
Rural	41,1	388.600
Región		
Atlántica	50,4	587.037
Oriental	63,1	211.515
Central	48,7	161.646
Bogotá	69,2	153.281
Pacífica	59,9	207.204
Orinoquía y Amazonía	43,5	85.127
Nivel educativo		
Sin educación	65,1	14.648
Primaria	44,6	375.379
Secundaria	53,5	643.686
Superior	68,2	372.098
Quintil de riqueza		
Más bajo	41,7	423.695
Bajo	51,4	339.071
Medio	62,4	273.463
Alto	63,9	219.005
Más alto	75,4	150.577
Grupo de edad		
13-49	55,2	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.1.2. Asistencia a la consulta preconcepcional

De las mujeres que tuvieron una gestación en los últimos cinco años, el 34,5 % asistió a la consulta preconcepcional, y de las gestantes en el momento de la ENDS 2025, asistió el 19,4 % (Anexo 8.3.).

De acuerdo con la edad, el grupo que muestra el mayor porcentaje de asistencia a la consulta preconcepcional es el de 45 a 49 años, con 71,6 %; sin embargo, es el grupo con menor número de mujeres. Por regiones, Orinoquía y Amazonía presentan la menor frecuencia con 22,6 %. Asimismo, por nivel de ingresos, los subgrupos con el quintil bajo de riqueza tienen los menores porcentajes con 33,0 % (ver Tabla 8.2.).

Tabla 8.2.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años que tuvieron hijo(as) en los últimos 5 años y que actualmente están embarazadas, según asistencia a la consulta preconcepcional

Característica	Usted asistió a la consulta preconcepcional	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
Edad de la madre al nacimiento		
10-14	44,0	23.638
15-19	28,3	284.057
20-24	29,2	435.011
25-29	35,2	325.398
30-34	50,0	195.586
35-39	42,2	109.227
40-44	27,7	31.828
45-49	71,6	1.066
Orden de nacimiento		
1	32,4	651.615
2-3	36,7	669.233
4-5	36,1	72.080
6+	25,1	12.883
Lugar del parto		
Establecimiento de salud	34,9	1.388.904
En otro lugar	4,8	16.907
Zona		
Urbana	35,2	1.017.211
Rural	32,8	388.600
Región		
Atlántica	38,6	587.037
Oriental	27,0	211.515
Central	29,9	161.646
Bogotá	43,2	153.281
Pacífica	33,0	207.204
Orinoquía y Amazonía	22,6	85.127
Nivel educativo		
Sin educación	46,3	14.648
Primaria	29,0	375.379
Secundaria	34,6	643.686
Superior	39,6	372.098
Quintil de riqueza		
Más bajo	33,0	423.695
Bajo	27,0	339.071
Medio	43,9	273.463
Alto	36,7	219.005
Más alto	35,8	150.577
Grupo de edad		
13-49	34,5	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.1.3. Intención reproductiva en el momento que quedaron en gestación

De las mujeres entre 13 y 49 años que tuvieron hijos en los últimos 5 años, en promedio el 40,8 % deseaban el embarazo; por su parte, el 27,1 % manifestó desear estarlo en otro momento. Es importante anotar que el 55,9 % del grupo de las más jóvenes (13-14 años) no deseaba el embarazo en el momento en que lo estuvo. La Tabla 8.3. muestra el comportamiento del deseo del embarazo según características seleccionadas. Además, se evidencia que un poco menos de la tercera parte de las mujeres menores de 19 años deseaban estar embarazadas. Al evaluar por zonas de residencia, un 26,7 % de las residentes en áreas urbanas no quería estar embarazada en ese momento.

Entre las mujeres que estaban en gestación al momento de la ENDS, en promedio el 50,0 % sí querían estarlo y el 29,6 % quería embarazarse, pero en otro momento. El detalle de este grupo de mujeres, según características seleccionadas, se puede observar en el Anexo 8.3.

Tabla 8.3.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, según el deseo de embarazo

Característica	Pensamiento al quedar en embarazo			Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
	Quería quedar embarazada en ese momento	Quería quedar embarazada, pero no en este momento	Le era indiferente	
Edad de la madre al nacimiento				
10-14	13,7	55,9	15,5	23.638
15-19	30,3	39,4	20,1	284.057
20-24	39,3	29,4	24,1	435.011
25-29	45,9	22,9	17,8	325.398
30-34	52,7	13,6	21,3	195.586
35-39	43,1	21,2	21,8	109.227
40-44	41,9	9,9	15,3	31.828
45-49	71,6	0,0	28,4	1.066
Orden de nacimiento				
1	41,2	33,5	19,5	651.615
2-3	42,3	22,3	21,8	669.233
4-5	26,2	16,2	24,7	72.080
6+	28,3	10,5	25,9	12.883
Lugar del parto				
Establecimiento de salud	40,9	27,0	20,9	1.388.904
En otro lugar	33,3	29,7	17,2	16.907
Zona				
Urbana	41,3	26,7	19,9	1.017.211
Rural	39,6	28,1	23,5	388.600
Región				
Atlántica	43,4	23,6	23,7	587.037
Oriental	34,0	31,1	19,9	211.515
Central	42,4	21,2	22,0	161.646
Bogotá	35,9	35,3	22,1	153.281
Pacífica	41,3	32,7	12,5	207.204
Orinoquía y Amazonía	44,3	23,3	20,2	85.127
Nivel educativo				
Sin educación	34,7	15,6	35,2	14.648
Primaria	36,0	24,8	23,7	375.379
Secundaria	38,6	29,6	21,9	643.686
Superior	49,8	25,4	15,8	372.098
Quintil de riqueza				
Más bajo	38,9	27,0	25,6	423.695
Bajo	36,2	29,4	17,5	339.071
Medio	44,3	25,3	20,3	273.463
Alto	44,1	23,2	23,9	219.005
Más alto	45,6	30,7	12,0	150.577
Grupo de edad				
13-49	40,8	27,1	20,9	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.1.4. Enfermedades preexistentes de la gestación

Al interrogar a las mujeres con nacimientos durante los últimos cinco años previos a la encuesta por enfermedad previa a la gestación, se encontró que el 13,8 % tuvieron algún padecimiento. Las enfermedades del sistema genitourinario (7,8 %), las endocrinológicas (7,6 %), del sistema circulatorio y de la sangre, como la anemia (7,6 %, y 7,3 %, respectivamente), fueron las más frecuentes. En la Tabla 8.4. se muestra el comportamiento de cada condición según características sociodemográficas. En general, no se observaron diferencias significativas entre los 15 y los 45 años, ni por la zona de residencia, pero sí hay un aumento importante en mujeres mayores de 45 años. En el grupo de 13 y 14 años solo se informan enfermedades previas al embarazo en un 8,2 %. En la región Pacífica se encontró un mayor porcentaje con algún padecimiento (19,5 %). Asimismo, las mujeres sin educación presentaron las frecuencias más altas de un padecimiento previo (35,0 %), predominantemente de enfermedades mentales (26,3 %) y endocrino-lógicas (26,2 %).

A medida que aumenta el quintil de riqueza, proporcionalmente disminuye la frecuencia de algún padecimiento previo, siendo de 14,1 % en el quintil más bajo y de 12,0 % en el más alto.

No se informan estos datos para las mujeres actualmente embarazadas porque no se preguntó en el cuestionario.

Tabla 8.4.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por padecimiento previo al embarazo

Característica	Enfermedad previa al embarazo	Padecimientos											Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	
		Infecciones 1	Tumores o cáncer	Enfermedades de la sangre 2	Enfermedades endocrinológicas 3	Enfermedades mentales 4	Enfermedades del sistema nervioso 5	Enfermedades del sistema circulatorio 6	Enfermedades del sistema respiratorio 7	Enfermedades del sistema digestivo 8	Enfermedades de la piel 9	Enfermedades de las articulaciones 10		Enfermedades de los órganos genitales 11
Edad al nacimiento														
10-14	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	8,2	23.638
15-19	13,6	6,4	4,6	7,0	5,5	5,2	4,8	5,9	6,2	6,9	5,2	4,7	7,6	284.057
20-24	12,9	5,9	4,9	6,5	7,0	5,2	4,9	5,3	4,4	5,6	4,4	4,3	6,2	435.011
25-29	16,7	8,9	8,8	9,8	9,9	9,6	8,8	11,2	8,9	9,3	9,8	8,9	10,6	325.398
30-34	12,9	7,5	7,2	8,0	8,4	8,2	7,7	9,2	7,3	8,5	7,6	7,1	9,0	195.586
35-39	12,1	4,2	3,8	4,3	6,8	3,9	3,7	5,5	3,4	5,7	3,4	3,6	4,5	109.227
40-44	13,1	3,4	3,4	3,8	7,6	3,4	5,8	7,4	3,6	4,3	3,4	3,4	4,7	31.828
45-49	71,6	0,0	0,0	0,0	71,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.066
Orden de nacimiento														
1	15,3	7,7	6,9	8,7	8,4	7,6	6,9	7,9	7,5	8,7	7,3	7,0	8,9	651.615
2-3	12,6	6,1	5,4	6,3	7,1	5,9	5,6	7,1	5,2	6,0	5,5	5,0	6,9	669.233
4-5	12,2	5,1	3,7	5,5	5,9	3,5	3,5	6,6	3,5	5,2	3,6	3,5	5,5	72.080
6+	14,6	3,9	4,7	4,2	3,9	3,9	9,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	7,6	12.883
Lugar del parto														
Establecimiento de salud	13,9	6,8	6,0	7,3	7,7	6,6	6,2	7,5	6,2	7,2	6,3	5,8	7,8	1.388.904
En otro lugar	6,9	5,2	3,8	6,2	5,2	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	16.907
Zona														
Urbana	13,5	6,1	5,5	7,1	7,1	6,1	5,7	7,4	5,8	6,4	5,8	5,3	7,1	1.017.211
Rural	14,7	8,4	7,2	8,0	9,1	7,6	7,3	7,7	7,2	9,1	7,2	7,2	9,4	388.600
Región														
Atlántica	11,5	4,9	4,3	4,8	5,7	4,6	4,6	6,3	4,3	6,0	4,2	4,2	5,7	587.037
Oriental	16,4	8,8	5,7	8,0	7,6	6,8	6,0	7,2	7,9	6,7	6,7	5,8	8,4	211.515
Central	16,3	10,4	10,4	12,8	11,3	11,1	10,4	10,5	10,3	10,6	10,5	10,3	11,8	161.646
Bogotá	8,3	5,2	5,2	5,2	7,0	5,2	5,2	6,5	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	153.281
Pacífica	19,5	7,4	7,2	10,6	10,1	8,1	7,2	8,8	6,2	9,0	8,0	6,2	10,2	207.204
Orinoquía y Amazonía	14,8	8,6	8,2	8,6	8,7	8,9	8,4	8,8	8,2	8,8	8,3	8,3	11,3	85.127
Nivel educativo														
Sin educación	35,0	19,1	17,4	21,0	26,2	26,3	17,4	19,3	17,4	24,4	24,4	17,4	22,3	14.648
Primaria	13,5	5,4	3,2	4,5	5,1	4,0	3,9	5,1	3,5	4,7	3,7	2,6	5,1	375.379
Secundaria	13,0	6,5	6,2	8,1	8,0	6,5	6,2	7,2	6,2	7,4	6,3	6,2	7,5	643.686
Superior	14,8	8,1	8,0	8,4	8,7	8,4	7,9	9,7	8,3	8,6	8,0	7,9	10,4	372.098
Quintil de riqueza														
Más bajo	14,1	7,6	6,1	7,7	8,1	6,4	6,5	7,0	6,1	7,8	6,0	6,1	8,0	423.695
Bajo	14,3	5,6	4,8	6,2	6,1	5,8	4,8	6,0	5,7	5,9	5,2	4,6	7,5	339.071
Medio	14,6	8,0	7,4	8,3	9,0	8,5	7,4	8,7	7,6	8,3	8,2	7,4	9,4	273.463
Alto	12,9	7,8	7,8	8,6	9,1	7,9	8,2	9,9	6,9	8,2	7,8	6,9	8,3	219.005
Más alto	12,0	3,1	3,1	5,1	5,0	3,1	3,1	6,3	3,8	4,5	3,3	3,3	3,9	150.577
Grupo de edad														
13-49	13,8	6,8	6,0	7,3	7,6	6,5	6,1	7,5	6,2	7,1	6,2	5,8	7,8	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

1. Infecciones como tuberculosis, VIH-sida, paludismo o malaria, infecciones sexuales u otras parecidas.
2. Enfermedades de la sangre, como anemias, hemofilia u otras.
3. Enfermedades como diabetes (azúcar en la sangre), problemas de tiroides u otras alteraciones de las hormonas.
4. Trastornos o enfermedades mentales, como depresión, demencia u otras parecidas.
5. Enfermedades del sistema nervioso, como epilepsia o convulsiones, o alteraciones de los sentidos, como sordera, ceguera, etc.
6. Enfermedades del sistema circulatorio, como hipertensión, infarto del corazón o aneurismas.

7. Enfermedades del sistema respiratorio, como asma, EPOC u otras parecidas.
8. Enfermedades del sistema digestivo, como úlcera gástrica o problemas de colon.
9. Enfermedades de la piel, como dermatitis, eczemas, brotes u otras parecidas.
10. Enfermedades como artritis, reumatismo, lupus u otras parecidas de las articulaciones o los huesos.
11. Enfermedades como miomas en el útero, infecciones vaginales, infecciones de la orina u otras parecidas de los órganos genitales o del riñón.

8.4.2. Atención prenatal

La atención prenatal se enfoca en la detección oportuna y la intervención de riesgos para evitar la morbilidad materna o neonatal, pero fundamentalmente en acompañar y brindar educación e información del proceso de gestación, parto y puerperio. Por esto, es importante que todas las gestantes se identifiquen y se les garantice el control prenatal de manera temprana (en el primer trimestre de gestación), lo que implica el fortalecimiento de las acciones de demanda inducida, seguimiento a la cohorte, coordinación y canalización con otros sectores y la comunidad.

La ENDS 2025 indagó por los niveles de acceso al control prenatal, así como por otras atenciones, y por los factores de riesgo identificados para el último nacimiento entre mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años) que tuvieron hijo(as) en los últimos cinco años. La tabulación de esta información es importante para determinar el panorama del país en relación con el cumplimiento de los ODS 2030 y las metas del PDSP 2022-2031.

En la Tabla 8.5. se observa que un 94,0 % de las mujeres realizaron el CPN. Las que residen en zonas urbanas reportaron una asistencia mayor respecto a la de las zonas rurales (94,4 % vs. 92,9 %). La asistencia por subregión fue heterogénea, con un porcentaje más alto en la Central (96,9 %) y una menor asistencia en Orinoquía y Amazonía (92,1 %).

Las mujeres con educación superior presentaron los más altos porcentajes de asistencia al CPN (95,2 %), con 14,8 puntos porcentuales por encima de aquellas sin educación (80,4 %). La asistencia al CPN según el quintil de riqueza estuvo por encima del 93,0 %, excepto en las mujeres del quintil más bajo, para quienes fue del 91,5 %. El Gráfico 8.2. muestra con más detalle las diferencias en la asistencia al CPN según el nivel de educación y el quintil de riqueza.

Con respecto a las mujeres que estaban en gestación al momento de la encuesta, el porcentaje de asistencia al CPN fue menor que el de las mujeres embarazadas en los últimos cinco años (90,7 %), con una ligera disminución en las que residen en zonas urbanas con respecto a las de zonas rurales (89,8 % vs.

92,9 %). En la Tabla 8.5., que presenta la relación con la educación, se observa que el 52,1 % de las mujeres sin educación formal asistió al CPN.

Tabla 8.5.
Porcentaje y número de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años y que actualmente están en gestación, por asistencia a la consulta prenatal

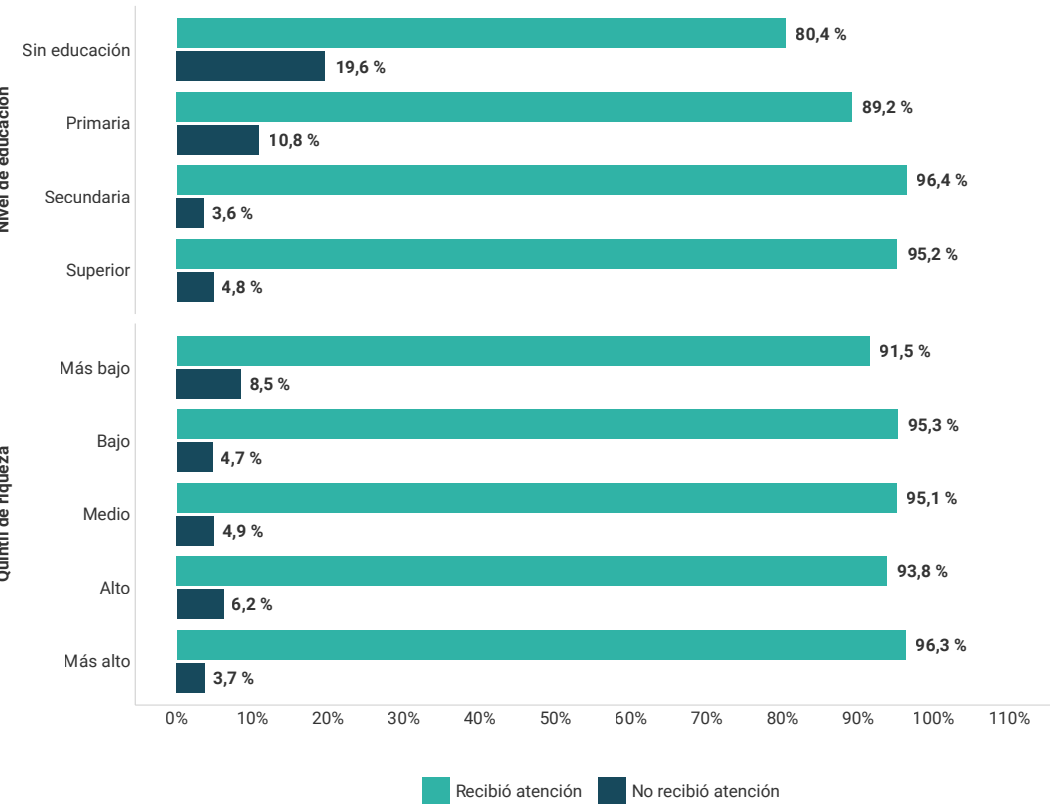
Característica	Embarazada al momento de la ENDS		Embarazo en los 5 años previos a la ENDS	
	Ha realizado control prenatal	Población de mujeres actualmente embarazadas	Realizó control prenatal	Población de mujeres con embarazos previos de menores de 5 años
Grupo de edad				
13-14	0,0	1.970	90,1	23.638
15-19	8,3	35.238	91,3	284.057
20-24	11,3	68.345	93,3	435.011
25-29	9,5	70.498	95,5	325.398
30-34	5,8	42.043	96,6	195.586
35-39	14,5	14.965	96,4	109.227
40-44	0,7	1.536	89,7	31.828
45-49	0,5	2.462	100,0	1.066
Zona				
Urbana	10,2	164.488	94,4	1.017.211
Rural	7,1	72.570	92,9	388.600
Región				
Atlántica	11,7	59.204	93,8	587.037
Oriental	6,3	38.101	93,3	211.515
Central	6,6	51.355	96,9	161.646
Bogotá	12,8	32.406	93,3	153.281
Pacífica	9,8	43.135	94,3	207.204
Orinoquía y Amazonía	6,7	12.857	92,1	85.127
Nivel educativo				
Sin educación	47,9	895	80,4	14.648
Primaria	9,5	62.882	89,2	375.379
Secundaria	8,1	94.388	96,4	643.686
Superior	10,1	78.894	95,2	372.098
Quintil de riqueza				
Más bajo	7,8	62.259	91,5	423.695
Bajo	7,1	50.183	95,3	339.071
Medio	15,4	50.795	95,1	273.463
Alto	7,2	45.155	93,8	219.005
Más alto	8,7	28.667	96,3	150.577
Grupo de edad				
13-49	9,3	237.059	94,0	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

*Para las mujeres con nacimientos previos, corresponde a la edad al momento del nacimiento; para las que estaban embarazadas al momento de la encuesta, a la edad actual.

Gráfico 8.2.

Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que tuvieron hijos en los últimos 5 años y realizaron control prenatal, según educación y quintil de riqueza



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.1. Talento humano en salud que realizó la consulta para el cuidado prenatal

En un esfuerzo por lograr mayor precisión en la presentación de la información referente al talento humano que realizó el CPN, la ENDS 2025 incluyó opciones como profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, comadrona, partera y otra persona.

Si bien existen variaciones por las categorías de análisis, la mayoría de las mujeres que realizaron el CPN fueron atendidas por parte de personal profesional, como lo establecen las metas nacionales e internacionales. El 93,4 % de quienes estuvieron en gestación en los últimos cinco años recibieron CPN por parte de un profesional: médico(a) y enfermero(a). La región con menor CPN por médico(a) fue la Orinoquía y Amazonía (91,6 %).

Aunque la atención por auxiliar de enfermería, partera, comadrona o médico(a) tradicional indígena fue mayor en las zonas rurales con respecto a las mujeres residentes en zonas urbanas (0,9 % vs. 0,4 %), para ambos subgrupos la cobertura por personal calificado fue mayor al 90,0 %.

La atención por personal médico o de enfermería en mujeres con nivel de educación superior, con 95,1 %, fue más alta respecto a las mujeres sin educación, que registra el 79,8 %, con una diferencia de 15,3 puntos porcentuales.

El comportamiento del porcentaje de mujeres atendidas por personal diferente a médico(a) o enfermera(o) fue inversamente proporcional al número de hijo(as), con un mayor porcentaje de atenciones por auxiliar o parteras en las mujeres con 4 y 5 hijo(as) (2,9 %) en comparación con las embarazadas por primera vez (0,2 %) (ver Tabla 8.6.).

Tabla 8.6.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por persona que proporcionó el cuidado prenatal

Característica	Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería, partera, comadrona, médico(a) tradicional indígena	Otro	Población	Sin control prenatal	Mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
Edad al nacimiento							
10-14	88,6	1,5	0,0	0,0	0	9,9	23.638
15-19	88,5	2,7	0,1	0,0	0	8,7	284.057
20-24	89,5	3,1	0,7	0,0	0	6,7	435.011
25-29	92,2	2,4	0,9	0,0	0	4,5	325.398
30-34	93,5	2,4	0,7	0,0	0	3,4	195.586
35-39	91,4	4,7	0,2	0,0	0	3,6	109.227
40-44	85,2	4,5	0,0	0,0	0	10,3	31.828
45-49	100,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	1.066
Orden de nacimiento							
1	91,1	2,5	0,2	0,0	0	6,3	651.615
2-3	91,1	3,1	0,7	0,0	0	5,1	669.233
4-5	85,4	3,0	2,9	0,0	0	8,7	72.080
6+	62,9	10,8	0,0	0,0	0	26,3	12.883
Zona							
Urbana	91,2	2,8	0,4	0,0	0	5,6	1.017.211
Rural	88,8	3,2	0,9	0,0	0	7,1	388.600
Región							
Atlántica	90,7	2,3	0,8	0,0	0	6,2	587.037
Oriental	89,2	3,8	0,3	0,0	0	6,7	211.515
Central	95,4	1,5	0,0	0,0	0	3,1	161.646
Bogotá	91,8	1,5	0,0	0,0	0	6,7	153.281
Pacífica	87,8	5,4	1,1	0,0	0	5,7	207.204
Orinoquía y Amazonia	88,0	3,7	0,5	0,0	0	7,9	85.127
Subregión							
La Guajira, Cesar, Magdalena	91,4	0,6	0,8	0,0	0	7,2	260.572
Barranquilla A. M.	98,4	0,0	0,0	0,0	0	1,6	85.182
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	86,6	7,2	1,2	0,0	0	4,9	136.627
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	88,1	2,0	0,6	0,0	0	9,4	104.656
Santanderes	86,9	9,5	0,9	0,0	0	2,8	77.652
Boyacá, Cundinamarca, Meta	90,5	0,5	0,0	0,0	0	9,0	133.864
Medellín A. M.	91,8	1,5	0,0	0,0	0	6,7	153.281
Antioquia sin Medellín	97,0	0,9	0,0	0,0	0	2,1	80.705
Caldas, Risaralda, Quindío	100,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	21.615
Tolima, Huila, Caquetá	91,3	4,0	0,0	0,0	0	4,7	23.376
Cali A. M.	91,6	2,2	0,0	0,0	0	6,2	35.951
Valle sin Cali ni Litoral	91,0	7,3	1,7	0,0	0	0,0	38.232
Cauca y Nariño sin Litoral	73,6	14,0	0,0	0,0	0	12,4	28.411
Litoral Pacífico	90,6	2,9	1,2	0,0	0	5,2	126.849
Bogotá	82,2	6,1	0,0	0,0	0	11,6	13.712
Orinoquía y Amazonia	88,0	3,7	0,5	0,0	0	7,9	85.127
Nivel educativo							
Sin educación	79,8	0,0	0,6	0,0	0	19,6	14.648
Primaria	84,1	3,8	1,2	0,0	0	10,8	375.379
Secundaria	92,9	3,1	0,4	0,0	0	3,6	643.686
Superior	93,4	1,7	0,1	0,0	0	4,8	372.098
Quintil de riqueza							
Más bajo	86,9	3,3	1,3	0,0	0	8,5	423.695
Bajo	91,2	3,9	0,2	0,0	0	4,7	339.071
Medio	92,1	2,5	0,4	0,0	0	4,9	273.463
Alto	91,7	2,1	0,0	0,0	0	6,2	219.005
Más alto	94,5	1,4	0,3	0,0	0	3,7	150.577
Grupo de edad							
13-49	90,5	2,9	0,6	0,0	0	6,0	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.2. Número de controles prenatales y edad gestacional del primer y último control

En Colombia, la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social recomienda realizar diez consultas para CPN a las mujeres que cursan su primera gestación, y un promedio de siete controles a aquellas mujeres que ya han tenido hijos previamente. Se considera que el ingreso al CPN es oportuno cuando se inicia antes de la semana diez de gestación.

En este apartado se analizan el número de controles prenatales y la edad gestacional al primer y último CPN para aquellas mujeres que tuvieron nacimientos en los últimos cinco años.

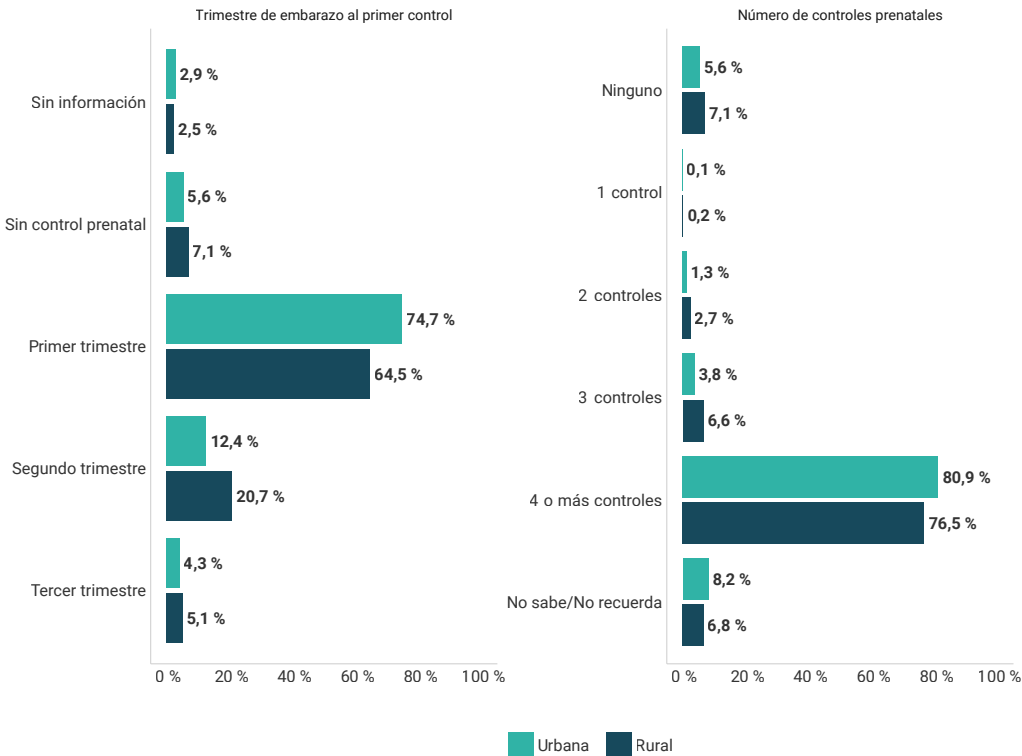
La Tabla 8.7. y el Gráfico 8.3. describen que entre las mujeres gestantes entre 13 y 49 años que recibieron atención en CPN, el 79,7 % tuvo cuatro controles o más, un porcentaje inferior a la meta de 95,0 % de mujeres con cuatro o más CPN. Según el lugar de residencia, el 80,9 % asistió a cuatro visitas o más en las zonas urbanas y 76,5 % en las zonas rurales. El mayor porcentaje que logró la primera visita de CPN durante el primer trimestre de la gestación se presentó en las zonas urbanas (74,7 %), mientras que el promedio nacional se sitúa en 71,9 %. En contraste, las mujeres en zonas rurales presentan un porcentaje inferior al promedio nacional, con un 64,5 %. Este resultado es un indicador de inequidad y de retos persistentes en materia de la garantía de atención integral en salud para incidir en los resultados en población materna y perinatal del país.

En el Anexo 8.4. se detalla la cobertura, los promedios y las medianas al primer y último CPN por departamento. Se destacan los menores porcentajes de mujeres que realizaron CPN en Cundinamarca (82,1 %) y Amazonas (86,4 %).

De acuerdo con el Anexo 8.5., el 90,7 % de las mujeres que estaban en gestación al momento de la encuesta habían realizado CPN, con una mediana de ingreso al mismo de 2 meses.

Gráfico 8.3.

Número de visitas y mes de embarazo durante la primera consulta prenatal en mujeres de 13 a 49 años que tuvieron hijo(as) en los últimos 5 años



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

La Tabla 8.8. muestra las medianas y promedios de la primera y última visita al CPN. La mediana de meses de embarazo al primer control se reportó dentro de la meta, a los dos meses (nueve semanas). Los subgrupos con una mediana fuera de la meta fueron: gestantes adolescentes menores de 15 años al momento del parto, residentes en la región Orinoquía y Amazonía, aquellas en zonas rurales, las que tienen educación primaria y las pertenecientes al quintil más bajo de

Tabla 8.7.

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por número de controles prenatales y meses de embarazo al primer control, según zona de residencia

Característica	Zona				Nacional	
	Urbana		Rural			
	%	Población	%	Población		
Número de visitas de cuidado prenatal						
Ninguno	5,6	56.865	7,1	27.783	6,0	84.648
1 control	0,1	1.247	0,2	965	0,2	2.212
2 controles	1,3	13.019	2,7	10.356	1,7	23.375
3 controles	3,8	39.134	6,6	25.717	4,6	64.852
4 o más controles	80,9	823.289	76,5	297.322	79,7	1.120.611
No sabe/No recuerda	8,2	83.655	6,8	26.457	7,8	110.112
Meses de embarazo a la primera visita de cuidado prenatal						
Sin información	2,9	29.906	2,5	9.813	2,8	39.719
Sin control prenatal	5,6	56.865	7,1	27.783	6,0	84.648
Primer trimestre	74,7	760.189	64,5	250.797	71,9	1.010.986
Segundo trimestre	12,4	126.335	20,7	80.304	14,7	206.639
Tercer trimestre	4,3	43.915	5,1	19.904	4,5	63.819
Total		1.017.211		388.600		1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

riqueza. Esto evidencia brechas en el cuidado prenatal derivadas de variables sociodemográficas.

A pesar de que las mujeres en zonas rurales registraron un promedio de meses de ingreso al CPN mayor a la meta (tres meses), el Gráfico 8.3. presenta las tendencias entre las mujeres de zonas rurales y urbanas en cuanto al ingreso y al número de CPN realizados. En ambos grupos, predomina el ingreso en la primera mitad de la gestación y la realización de cuatro o más controles prenatales.

Tabla 8.8.
Promedios y medianas de la edad gestacional al momento del primer control prenatal, y del número de controles prenatales realizados por las mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años

Característica	Promedio meses de embarazo cuando recibió el primer control prenatal	Mediana meses de embarazo cuando recibió el primer control prenatal	Promedio de controles de embarazo	Mediana de controles de embarazo	Promedio meses de embarazo cuando recibió el último control prenatal	Mediana meses de embarazo cuando recibió el último control prenatal	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años que tuvieron CPN
Edad de la madre al nacimiento							
10-14	3,5	3,0	5,6	5,0	8,0	9,0	21.294
15-19	2,9	2,0	6,3	6,0	7,8	8,0	259.427
20-24	2,8	2,0	6,5	7,0	7,9	9,0	405.850
25-29	2,6	2,0	6,8	7,0	8,1	9,0	310.885
30-34	2,5	2,0	6,8	7,0	7,7	9,0	188.868
35-39	2,6	2,0	6,6	7,0	8,0	9,0	105.279
40-44	2,6	2,0	6,8	7,0	7,9	8,0	28.536
45-49	2,0	2,0	7,0	7,0	9,0	9,0	1.066
Zona							
Urbana	2,6	2,0	6,7	7,0	8,0	9,0	960.387
Rural	3,0	3,0	6,2	6,0	7,9	8,0	360.818
Región							
Atlántica	2,8	2,0	6,7	7,0	7,9	9,0	550.434
Oriental	2,6	2,0	6,9	7,0	8,4	9,0	197.324
Central	2,5	2,0	6,5	7,0	7,9	9,0	156.607
Bogotá	2,5	2,0	6,1	6,0	7,5	9,0	142.986
Pacífica	2,7	2,0	6,3	6,0	7,9	8,0	195.458
Orinoquía y Amazonía	3,0	3,0	6,2	6,0	8,2	9,0	78.395
Nivel educativo							
Sin educación	2,1	1,0	7,6	8,0	8,4	9,0	11.781
Primaria	2,9	3,0	6,4	6,0	7,9	9,0	334.780
Secundaria	2,8	2,0	6,5	7,0	8,0	9,0	620.570
Superior	2,4	2,0	6,9	7,0	7,8	9,0	354.073
Quintil de riqueza							
Más bajo	3,1	3,0	6,2	6,0	7,9	8,0	387.763
Bajo	2,8	2,0	6,8	7,0	8,1	9,0	322.983
Medio	2,6	2,0	6,6	7,0	8,0	9,0	260.004
Alto	2,3	2,0	6,9	7,0	8,1	9,0	205.451
Más alto	2,4	2,0	6,6	7,0	7,3	8,0	145.003
Grupo de edad							
13-49	2,7	2,0	6,6	7,0	7,9	9,0	1.321.204

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.3. Barreras de acceso al control prenatal

Esta pregunta se les realizó a las mujeres que habían tenido un hijo(a) en los últimos cinco años y a las que estaban en gestación en el momento de la encuesta. Es necesario señalar que, en ambos casos, el porcentaje que manifestó haber tenido barreras para el acceso al CPN fue bajo (6,0% y 9,8 %, respectivamente); y aún más reducido al hacer el análisis estratificado por características seleccionadas. Sin embargo, estos resultados permiten una aproximación a la realidad de algunas mujeres en el país respecto a las barreras de acceso al CPN.

Entre las barreras más reportadas por las mujeres de 13 a 49 años que tuvieron hijo(as) en los últimos cinco años y no asistieron al control prenatal, las más frecuente fue que el lugar donde se realizaba el CPN “queda lejos, es difícil llegar” (32,0 %). Le siguieron “no estaba afiliada” (19,5 %), no tener dinero para pagar la consulta (18,2 %), no tener tiempo (11,7%) y “no le gustan los hospitales” (9,6 %), (ver Gráfico 8.4.).

La barrera de acceso relacionada con la distancia es casi cuatro veces mayor para las mujeres residentes en zonas rurales en comparación con las de zonas urbanas (61,1 % vs. 17,7 %). Estos resultados evidencian las

barreras sociales, culturales e institucionales que enfrentan las mujeres de zonas más alejadas para acceder a los servicios de atención en salud sexual y reproductiva.

Al evaluar por zonas geográficas, se observan diferencias importantes: Orinoquía y Amazonía presenta las mayores dificultades, con el 60,9 % de mujeres que reportaron barreras para el acceso al sitio del CPN, en contraste con la región Oriental, donde esta limitación fue del 7,4 %. El análisis por nivel de educación y quintil de riqueza refleja brechas aún más profundas: hasta un 46,3 % de las mujeres sin educación y un 51,5 % de las que están en el quintil más bajo de riqueza reportaron dificultades para el acceso por causas geográficas (Tabla 8.9.).

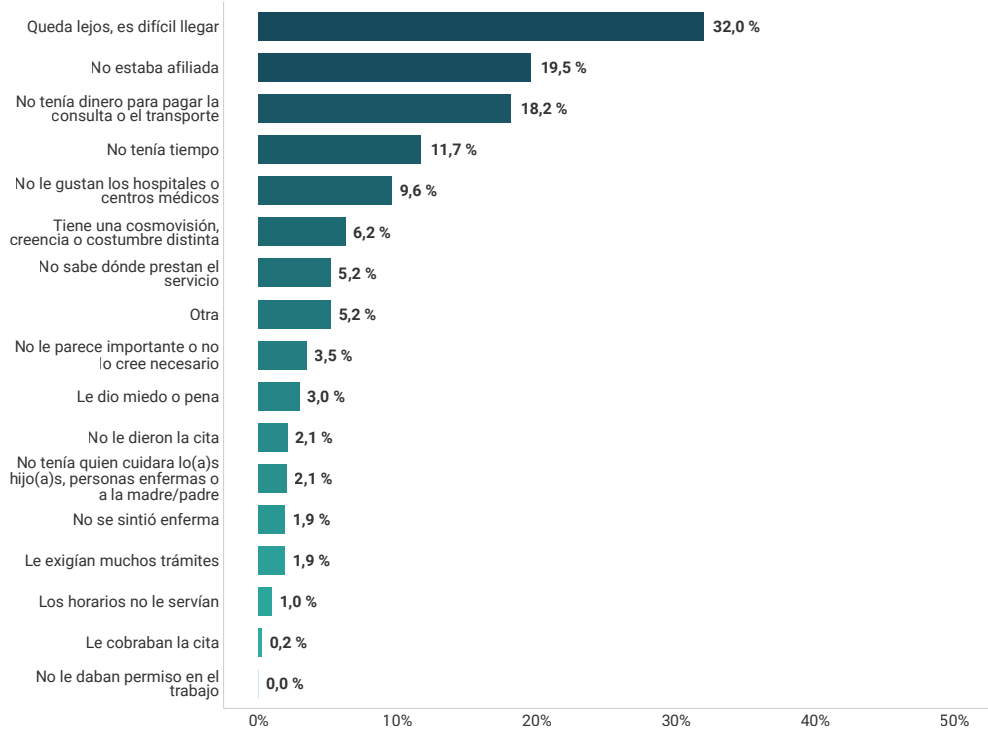
El sistema de salud y la normatividad vigente en Colombia contemplan que todas las atenciones definidas en el marco de la RIAMP sean gratuitas. Por ello, resulta llamativo que se reporte el cobro del CPN como barrera de acceso en la población rural de las regiones Pacífica y Oriental. Asimismo, estas políticas amparan una UPC diferencial para poblaciones que habitan en territorios dispersos, un mecanismo que debe ser visibilizado y socializado por parte de las EAPB en los territorios.

Entre las mujeres de 15 a 19 años se reportó el factor “miedo o pena” en un 7,5 %. Además, la totalidad de las que presentaron esta barrera de acceso residían en zonas urbanas y, en su mayoría, pertenecían al quintil de riqueza más alto.

Tener una cosmovisión, creencia o costumbre distinta constituye una barrera de acceso para la atención prenatal directamente proporcional al número de hijo(as). El porcentaje de mujeres con más de seis hijos que identificaron esta barrera como motivo para no acceder al CPN fue del 26,5 %, en contraste con el 4,7 % de las gestantes por primera vez. Este hallazgo predominó entre las mujeres a quienes se les atendió el parto en lugares diferentes a las instituciones de salud, así como en el grupo de residentes en zonas rurales. Al formular estrategias de salud pública es fundamental considerar a las poblaciones con comprensiones y prácticas propias en salud, y trabajar por un enfoque intercultural en la atención materna.

En el Anexo 8.6. se observa que el comportamiento de las barreras es similar en las mujeres que estaban en gestación al momento de la encuesta, con porcentajes significativos de limitaciones en el acceso por motivos geográficos en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas. Algo similar ocurre con el nivel educativo y el quintil de riqueza, donde las mujeres sin educación y las del quintil de riqueza más bajo presentan porcentajes importantes (68,1 % y 47,4 %, respectivamente). La barrera “miedo o pena” continúa predominando en las mujeres de las zonas urbanas.

Gráfico 8.4.
Frecuencia de barreras de acceso para no asistir a la consulta de control prenatal en mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 8.9.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años y que no asistieron a la consulta prenatal, por barreras de acceso

Característica	Barreras de acceso para no asistir a la consulta de control prenatal																	Mujeres con nacimientos en los últimos 5 años que no tuvieron controles durante el embarazo
	Queda lejos, es difícil llegar	No tenía tiempo	No le gustan los hospitales o centros médicos	No tenía quien cuidara lo(a)s hijo(a)s, personas enfermas o a la madre/padre	Le dio miedo o pena	No sabe dónde prestan el servicio	No estaba afiliada	No tenía dinero para pagar la consulta o el transporte	Los horarios no le servían	No le daban permiso en el trabajo	No le dieron la cita	Le cobraban la cita	No se sintió enferma	Le exigían muchos trámites	Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta	No le parece importante o no lo cree necesario	Otra	
Edad al nacimiento																		
10-14	89,5	0,0	9,0	0,0	0,0	1,5	0,0	26,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,7	0,0	0,0	2.344
15-19	29,4	3,0	2,3	0,8	7,5	2,0	7,0	29,7	0,1	0,0	1,5	0,0	1,3	2,8	8,7	8,3	3,8	24.629
20-24	28,5	6,2	13,7	0,7	2,3	10,8	23,4	18,9	1,0	0,0	2,6	0,7	4,3	0,0	2,5	3,0	4,4	29.161
25-29	17,8	42,5	7,7	6,1	0,0	3,6	39,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	5,0	14.513
30-34	36,4	7,0	20,1	0,0	0,0	0,0	16,9	9,8	0,0	0,0	9,6	0,0	0,0	13,5	19,8	0,0	15,1	6.718
35-39	61,9	13,9	18,6	9,2	0,0	5,8	11,4	28,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,7	0,0	0,0	3.949
40-44	59,4	3,5	3,3	3,3	0,0	0,0	19,3	3,3	15,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	14,1	3.293
45-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Sin información	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Orden de nacimiento																		
1	29,0	9,5	5,9	1,8	4,8	5,4	23,8	11,9	0,1	0,0	0,9	0,0	3,9	1,7	4,7	5,0	3,4	40.749
2-3	36,0	17,0	12,5	0,6	1,6	5,9	18,1	18,9	2,3	0,0	2,2	0,0	0,0	2,7	6,6	2,7	8,0	34.205
4-5	12,3	1,9	11,5	13,1	0,0	3,7	7,6	46,6	0,0	0,0	10,3	3,3	0,5	0,0	3,3	0,0	4,8	6.265
6+	63,8	2,4	21,6	0,0	0,0	0,0	5,6	33,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,5	0,0	0,0	3.387
Lugar del parto																		
Establecimiento de salud	29,8	12,6	9,7	2,1	3,3	5,2	17,5	17,4	1,1	0,0	2,4	0,0	2,2	2,2	4,1	4,0	6,0	73.002
En otro lugar	45,9	5,5	8,6	1,8	1,1	5,3	32,6	23,2	0,0	0,0	0,0	1,8	0,3	0,3	19,7	0,1	0,3	11.604
Zona																		
Urbana	17,7	15,2	10,8	2,4	4,4	3,2	25,0	19,6	0,6	0,0	0,7	0,0	2,0	1,7	1,8	5,2	7,7	56.824
Rural	61,1	4,5	7,0	1,3	0,0	9,3	8,4	15,1	1,8	0,0	5,0	0,7	1,7	2,4	15,4	0,1	0,0	27.783
Región																		
Atlántica	36,9	8,4	18,5	2,4	2,7	6,4	12,5	14,3	0,0	0,0	4,8	0,0	0,8	1,8	9,2	2,4	7,1	36.603
Oriental	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40,2	37,6	2,0	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	9,1	14.191
Central	51,5	0,7	0,0	7,2	0,0	4,5	19,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,1	19,0	0,0	5,1	5.039
Bogotá	19,9	19,1	0,0	0,0	0,0	0,0	19,1	22,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,9	0,0	10.295
Pacífica	31,9	38,5	9,0	1,8	10,0	13,2	20,5	0,0	4,2	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	1,8	0,0	1,7	11.746
Orinoquía y Amazonía	60,9	3,9	4,0	4,7	5,2	4,4	13,9	37,7	0,4	0,0	0,0	0,0	8,1	0,6	11,0	0,4	0,7	6.732
Nivel educativo																		
Sin educación	46,3	0,0	15,8	0,0	0,0	0,0	37,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,8	0,0	0,0	2.867
Primaria	36,0	11,8	5,8	2,6	4,6	4,7	16,0	37,8	1,3	0,0	4,3	0,5	0,1	1,6	9,9	0,0	2,4	40.599
Secundaria	36,1	12,2	18,1	3,0	2,5	4,3	6,7	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	3,6	4,1	3,5	9,0	8,4	23.115
Superior	15,6	12,4	6,2	0,0	0,4	8,6	41,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	4,9	8,1	18.026
Quintil de riqueza																		
Más bajo	51,5	3,2	6,7	0,7	0,9	9,6	11,5	25,9	1,5	0,0	4,9	0,6	1,4	1,8	12,0	2,5	1,4	35.931
Bajo	15,1	7,4	10,1	6,4	2,9	4,3	11,4	37,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2	0,2	1,1	0,0	3,9	16.088
Medio	31,4	6,7	26,0	3,5	0,0	0,0	15,5	0,8	2,1	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	15,2	9,4	13.459
Alto	14,2	49,0	4,1	0,0	4,1	2,2	43,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	0,0	7,2	13.554
Más alto	0,0	0,0	0,0	0,0	21,0	0,0	47,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,1	0,0	17,9	5.574
Grupo de edad																		
13-49	32,0	11,7	9,6	2,1	3,0	5,2	19,5	18,2	1,0	0,0	2,1	0,2	1,9	1,9	6,2	3,5	5,2	84.607

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

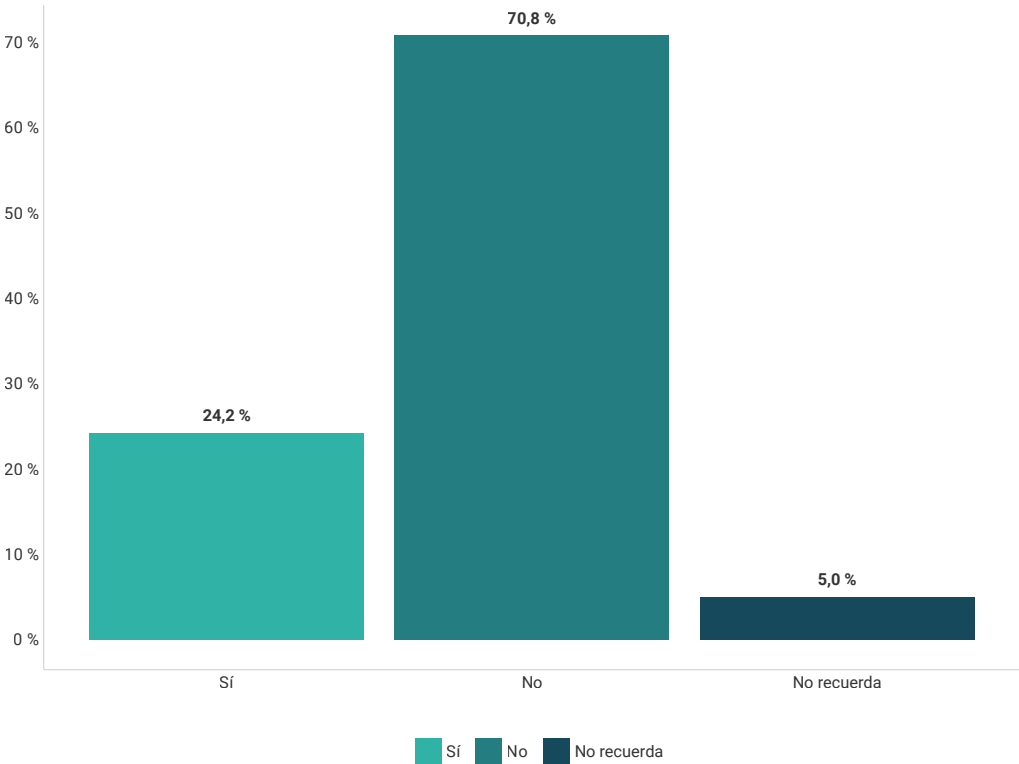
8.4.2.4. Clasificación del riesgo de la gestación

La atención materno-perinatal basada en el enfoque de riesgo ha sido una de las estrategias planteadas para mitigar la morbilidad y mortalidad en la población obstétrica. La implementación de este modelo implica la identificación de las mujeres que pertenecen al grupo con mayor riesgo, con el fin de generar intervenciones específicas. Según el Gráfico 8.5., al 24,2 % de quienes tuvieron un embarazo en los últimos cinco años se les informó que su clasificación era de alto riesgo. Esta aumentó con la edad. Aquellas entre 45 y 49 años presentaron el mayor riesgo, con más del doble del porcentaje (71,6 %). La subregión con un mayor porcentaje de clasificadas como alto riesgo fue la Pacífica, con 37,1 % (ver Tabla 8.10.).

Al evaluar las enfermedades o las situaciones por las cuales se dio la clasificación de alto riesgo gestacional, las más frecuentes fueron las relacionadas con enfermedades de la mujer, con un 56,9 %. Las enfermedades o problemas aumentaron con la edad, pasando de 31,7 % en las menores de 15 años al momento del parto, a 75,2 % para las mujeres de 40 a 44 años y a 100,0 % en las de 45 a 49 años. Las alteraciones en el feto se reportaron en el 12,9 % de los casos, con un mayor porcentaje en el grupo de adolescentes.

El porcentaje de mujeres que manifestó no haber recibido información acerca del problema por el cual su gestación se clasificó como de alto riesgo fue de 16,4 %, con un promedio similar entre las que no recordaban el motivo (13,8 %). La importancia de este hallazgo radica en que el desconocimiento de antecedentes relevantes puede llevar a una subvaloración del riesgo durante la atención preconcepcional o prenatal, con el respectivo aumento en el índice de morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

Gráfico 8.5.
Porcentaje de mujeres a quienes en algún momento de la gestación les informaron que tenían alto riesgo gestacional



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 8.10.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años que fueron informadas sobre el riesgo del embarazo, por tipo de enfermedad para condición de riesgo

Característica	Información de embarazo de alto riesgo			Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años con control prenatal	El alto riesgo se debió a alguna enfermedad suya o un problema relacionado con				Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años clasificadas como de alto riesgo
	Sí	No	No recuerda		Enfermedad de la madre	Enfermedad del feto	No le informaron	No sabe o no recuerda	
Edad al nacimiento									
10-14	20,7	56,4	23,0	21.294	31,7	36,3	0,0	32,0	4.398
15-19	22,1	73,4	4,5	259.427	59,1	10,8	14,6	15,6	57.229
20-24	23,0	71,8	5,2	405.850	51,4	20,3	20,8	7,5	93.380
25-29	23,6	72,2	4,2	310.885	61,7	9,4	12,6	16,3	73.277
30-34	19,3	76,4	4,3	188.868	54,8	13,1	19,2	12,9	36.477
35-39	41,9	53,5	4,6	105.279	57,1	5,4	19,0	18,4	44.092
40-44	35,6	57,2	7,2	28.536	75,2	4,3	0,0	20,6	10.152
45-49	71,6	28,4	0,0	1.066	100,0	0,0	0,0	0,0	763
Orden de nacimiento									
1	22,4	72,4	5,2	610.867	55,5	18,9	12,3	13,3	136.848
2-3	25,9	69,8	4,3	635.028	57,6	7,8	19,5	15,0	164.478
4-5	24,6	67,3	8,1	65.815	60,6	15,4	18,7	5,3	16.211
6+	23,5	61,4	15,1	9.495	62,8	0,0	23,9	13,3	2.233
Lugar del parto									
Establecimiento de salud	24,1	70,9	5,0	1.315.902	56,8	12,8	16,5	13,8	317.323
En otro lugar	46,1	53,9	0,0	5.303	65,0	20,7	0,0	14,3	2.447
Zona									
Urbana	23,8	72,5	3,7	960.387	59,2	13,6	14,8	12,4	228.839
Rural	25,2	66,4	8,4	360.818	51,1	11,2	20,4	17,2	90.931
Región									
Atlántica	22,3	70,0	7,7	550.434	62,8	12,0	15,0	10,2	122.634
Oriental	28,1	70,4	1,5	197.324	51,1	11,9	22,8	14,2	55.520
Central	15,8	81,3	2,9	156.607	54,1	17,0	5,1	23,7	24.751
Bogotá	18,8	81,2	0,0	142.986	46,1	10,2	37,7	6,0	26.896
Pacífica	37,1	57,1	5,8	195.458	55,6	15,6	8,3	20,5	72.504
Orinoquía y Amazonía	22,3	71,7	6,0	78.395	59,8	9,1	22,6	8,4	17.466
Nivel educativo									
Sin educación	27,3	61,0	11,7	11.781	63,0	0,0	2,4	34,6	3.221
Primaria	25,5	66,8	7,8	334.780	57,8	9,0	13,6	19,6	85.339
Secundaria	22,7	73,3	4,1	620.570	49,9	13,5	23,9	12,7	140.564
Superior	25,6	70,6	3,8	354.073	66,6	16,0	8,0	9,3	90.646
Quintil de riqueza									
Más bajo	24,1	66,5	9,4	387.763	51,0	10,4	21,1	17,5	93.313
Bajo	26,3	70,1	3,5	322.983	53,2	12,1	19,4	15,3	85.055
Medio	26,0	71,3	2,7	260.004	67,9	12,5	9,2	10,4	67.610
Alto	19,9	76,7	3,4	205.451	58,9	12,7	22,0	6,4	40.924
Más alto	22,7	74,5	2,9	145.003	58,1	23,1	3,3	15,5	32.870
Grupo de edad									
13-49	24,2	70,8	5,0	1.321.204	56,9	12,9	16,4	13,8	319.770

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.5. Hospitalización durante la gestación diferente al parto

La Tabla 8.11. muestra el porcentaje de hospitalizaciones diferentes al parto en las mujeres con nacimientos en los cinco años previos a la realización de la ENDS 2025 (15,3 %). Las infecciones del tracto urinario fueron la causa más frecuente de ingreso hospitalario (28,7 %), seguidas de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (18,5 %) y la amenaza de aborto (17,4 %). Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo aumentaron con la edad materna, similar a lo reportado en la literatura médica.

Tabla 8.11.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por hospitalización y causa de esta durante la gestación

Característica	Hospitalización en el embarazo	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Durante los embarazos anteriores, por qué estuvo hospitalizada											Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años que tuvieron hospitalización	
			Infección	Sangrado	Hipertensión	Convulsiones	Amenaza de aborto	Ruptura de membranas	Violencia intrafamiliar	Problemas con el bebé	Tromboembolismo pulmonar	Enfermedad no relacionada con el embarazo (tumor, cáncer, etc.)	Parto antes de tiempo o amenaza de parto pretérmino		Otro
Edad al nacimiento															
10-14	27,1	23.638	26,1	0,0	0,0	0,0	52,2	27,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,7	6.418
15-19	16,6	284.057	37,9	14,5	15,4	0,1	13,8	0,1	0,0	10,8	0,0	3,5	5,8	14,2	47.091
20-24	14,0	435.011	27,0	12,5	19,3	6,0	10,4	1,5	0,3	3,4	0,0	1,0	14,2	16,4	60.896
25-29	16,0	325.398	27,6	14,1	19,8	0,5	19,0	3,2	0,0	6,4	0,0	3,6	3,4	10,3	52.084
30-34	13,1	195.586	28,2	5,5	22,3	1,9	22,1	0,0	0,0	2,6	0,0	2,5	3,3	21,2	25.563
35-39	14,1	109.227	20,3	20,0	12,5	0,0	36,4	1,3	0,0	0,0	0,0	3,8	11,1	13,8	15.386
40-44	22,7	31.828	14,3	5,2	37,8	0,0	0,5	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	41,5	7.230
45-49	0,0	1.066	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Sin información	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Orden de nacimiento															
1	15,6	651.615	31,1	11,2	18,1	3,6	17,2	3,5	0,2	4,6	0,0	1,9	8,6	12,4	101.411
2-3	15,2	669.233	28,6	12,9	19,5	0,7	15,9	0,8	0,0	5,6	0,0	2,8	6,1	19,7	101.906
4-5	14,9	72.080	9,3	19,3	12,7	0,0	31,5	0,0	0,0	7,4	0,0	5,4	6,7	11,6	10.740
6+	4,7	12.883	0,0	0,0	17,9	0,0	56,7	33,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,5	610
Lugar del parto															
Establecimiento de salud	15,4	1.388.904	28,8	12,4	18,5	2,1	17,5	2,1	0,1	5,2	0,0	2,5	7,3	15,7	214.233
En otro lugar	2,6	16.907	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	91,7	434
Zona															
Urbana	14,6	1.017.211	27,4	13,4	22,9	3,0	13,2	1,8	0,1	3,7	0,0	1,6	8,1	13,8	148.846
Rural	16,9	388.600	31,7	10,0	8,5	0,0	26,9	3,0	0,0	8,7	0,0	4,5	5,4	20,5	65.821
Región															
Atlántica	14,7	587.037	31,7	19,1	17,9	0,4	17,2	1,4	0,0	3,4	0,0	1,2	9,5	12,7	86.503
Oriental	17,2	211.515	24,5	2,0	41,7	0,0	19,3	2,3	0,5	2,0	0,0	4,2	1,4	15,5	36.307
Central	17,0	161.646	30,8	10,1	6,9	0,0	10,4	0,0	0,0	15,3	0,0	2,7	8,5	22,3	27.553
Bogotá	3,5	153.281	0,0	0,0	0,0	67,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	32,2	5.379
Pacífica	24,9	207.204	27,4	10,7	11,0	0,9	23,8	4,8	0,0	6,1	0,0	3,4	7,8	16,6	51.574
Orinoquía y Amazonía	8,6	85.127	37,7	14,8	21,1	0,0	5,5	1,5	0,0	2,6	0,0	4,7	7,5	12,0	7.350
Nivel educativo															
Sin educación	7,3	14.648	53,3	0,0	25,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	15,6	1.076
Primaria	18,8	375.379	28,7	10,0	16,9	1,1	18,8	2,8	0,0	9,3	0,0	1,7	4,1	24,5	70.442
Secundaria	13,4	643.686	25,6	13,5	22,8	4,2	14,3	0,9	0,2	3,5	0,0	3,2	9,6	10,1	86.489
Superior	15,2	372.098	33,0	13,9	13,8	0,1	20,8	3,2	0,0	2,9	0,0	2,3	7,9	13,9	56.659
Quintil de riqueza															
Más bajo	15,8	423.695	32,1	11,3	9,1	0,0	23,7	2,9	0,0	7,7	0,0	4,7	6,2	20,6	67.004
Bajo	16,8	339.071	28,4	12,0	25,6	0,5	9,9	0,3	0,0	7,1	0,0	2,1	6,8	13,3	57.105
Medio	15,1	273.463	31,5	12,2	18,9	1,2	12,1	0,7	0,0	4,0	0,0	2,5	13,4	12,3	41.391
Alto	10,3	219.005	17,7	20,3	18,1	0,0	20,2	4,7	0,8	1,4	0,0	0,0	2,6	28,7	22.512
Más alto	17,7	150.577	25,9	9,5	26,7	13,7	23,8	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	3,9	26.655
Grupo de edad															
13-49	15,3	1.405.811	28,7	12,4	18,5	2,1	17,4	2,1	0,1	5,2	0,0	2,5	7,3	15,8	214.667

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.6. Información recibida durante el control prenatal relacionada con el parto humanizado o respetado

En la ENDS 2025 se reporta por primera vez el porcentaje de mujeres que recibieron información durante el CPN en relación con la atención de parto respetado y algunos de sus principios, como el manejo del dolor con diferentes técnicas y las posiciones que se pueden adoptar.

El 71,6 % de las mujeres manifestaron haber recibido información acerca de parto respetado y humanizado, con unos porcentajes homogéneos en casi todos los grupos de edad. Las mayores diferencias se presentaron en el grupo de 45 a 49 años, en el que solo manifestó recibir información el 28,4%, y según la zona de residencia, con una disparidad significativa entre las que fueron atendidas en una institución de salud (72,2 %) y las atendidas en otro lugar (24,5 %). Con respecto a la educación y quintil de riqueza, se observa una tendencia muy similar a lo encontrado en otros aspectos evaluados en esta encuesta, donde las mujeres sin educación (63,9 %) y las del nivel más bajo de riqueza (67,2 %) fueron las que menos recibieron información sobre el parto respetado y humanizado (ver Tabla 8.12.).

Dentro de lo que contemplan la OMS y la norma técnica de obligatorio cumplimiento (Resolución 3280 de 2018), la humanización de la atención es clave en la atención obstétrica, que además, incluyen varios principios en el continuo de esa atención para que el parto sea una experiencia positiva (WHO, 2019).

En esta encuesta también se evaluó la información brindada con el manejo del dolor en el parto y las posiciones para el mismo. El 78,4 % de las mujeres manifestó que en el CPN le informaron acerca de tratamientos y técnicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Aquellas con más de seis hijos son las que registran menor frecuencia de información sobre el tema (56,0 %). Las residentes de la región Orinoquía y Amazonía presentan el porcentaje más bajo, con 73,0 %, seguidas por las regiones Atlántica (74,7 %) y Pacífica (78,2 %). En cuanto al quintil de riqueza, las mujeres que se ubican en el más bajo reciben menor información (72,5 %).

El 67,1 % de las mujeres respondió que le habían informado acerca de las diferentes posiciones que se pueden adoptar para el parto. Al desglosar algunas características, se informó con menor frecuencia a las mujeres de 45 a 49 años (28,4 %), a las que han tenido seis hijos o más (51,3 %), a aquellas sin educación (51,3 %) y a las que están en el quintil más bajo de riqueza (61,4 %).

El Anexo 8.7. presenta otros temas de educación e información abordados durante el CPN, relacionados con signos de alarma, complicaciones del parto, cuidados generales durante la gestación, el parto y el posparto. En general, el promedio de la información brindada se ubicó en 80,1 %.

Estos hallazgos reflejan la necesidad de incidir en procesos de cualificación del talento humano en salud, así como mejorar la capacidad de las instituciones para el acceso a información en salud y la garantía de atención pertinente a las mujeres durante su gestación, parto y puerperio.

Tabla 8.12.

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años a las que en algún momento de la gestación les informaron sobre el parto humanizado o respetado, las técnicas de tratamiento del dolor y posiciones para el parto

Característica	Los tratamientos y técnicas para control del dolor durante el parto	El parto humanizado o parto respetado 1	Las diferentes posiciones en las que se puede tener el parto 2	Población de mujeres con embarazos previos de menores de 5 años
Edad al nacimiento				
10-14	78,9	75,1	66,2	23.638
15-19	76,1	70,1	65,0	284.057
20-24	77,4	68,2	64,7	435.011
25-29	80,4	72,5	67,6	325.398
30-34	82,3	78,9	76,4	195.586
35-39	76,3	74,0	64,0	109.227
40-44	74,1	69,0	69,7	31.828
45-49	100,0	28,4	28,4	1.066
Orden de nacimiento				
1	77,9	71,4	67,4	651.615
2-3	80,1	72,8	67,8	669.233
4-5	71,0	66,0	61,1	72.080
6+	56,0	50,3	51,3	12.883
Lugar del parto				
Establecimiento de salud	79,0	72,2	67,7	1.388.904
En otro lugar	24,8	24,5	22,1	16.907
Zona				
Urbana	79,9	72,5	69,1	1.017.211
Rural	74,4	69,3	61,9	388.600
Región				
Atlántica	74,7	69,2	64,3	587.037
Oriental	80,8	74,8	66,3	211.515
Central	82,9	65,5	65,1	161.646
Bogotá	87,6	86,1	81,6	153.281
Pacífica	78,3	70,4	69,4	207.204
Orinoquía y Amazonía	73,0	68,1	61,4	85.127
Nivel educativo				
Sin educación	70,2	63,9	53,1	14.648
Primaria	67,5	61,7	57,9	375.379
Secundaria	81,1	74,3	70,5	643.686
Superior	85,0	77,3	71,2	372.098
Quintil de riqueza				
Más bajo	72,5	67,2	61,4	423.695
Bajo	76,2	69,2	63,6	339.071
Medio	84,0	74,9	73,8	273.463
Alto	85,1	76,7	73,2	219.005
Más alto	80,0	76,0	70,4	150.577
Grupo de edad				
13-49	78,4	71,6	67,1	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

1. Parto humanizado o parto respetado (respeto, intimidad, privacidad, acompañante, otros).
2. Posiciones en las que se puede tener el parto (acostada, cuclillas, vertical, etc.).

8.4.2.7. Actividades en el control prenatal

8.4.2.7.1. Valoración por nutrición

De las mujeres entre 13 y 49 años que reportaron partos en los últimos cinco años y asistieron al CPN, el 88,0 % tuvieron valoración por nutrición en algún momento de la gestación. De acuerdo con la edad, los grupos poblacionales de 40 a 49 años presentaron una asistencia superior al 90,0 %, mientras que en las adolescentes de menos de 15 años se observó un porcentaje más bajo, del 72,9 %. Este hallazgo es llamativo si se tiene en cuenta que la RIAMP establece que las gestantes deben asistir al menos una vez en su embarazo a la atención para la promoción de la alimentación y nutrición, con especial énfasis en las adolescentes. En esta consulta, además de una valoración antropométrica, que evalúe demandas e ingesta energética y nutricional, debe establecerse un plan de cuidado acorde.

En términos de región y quintil de riqueza, la asistencia a nutrición fue superior al 80,0 %, excepto en las mujeres sin educación, entre las que se registró un 76,1 % de asistencia (ver Tabla 8.13.).

8.4.2.7.2. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

El curso de preparación para la maternidad y la paternidad es un proceso educativo que busca desarrollar capacidades y habilidades en la mujer y su pareja para el cuidado durante la gestación, parto y posparto del binomio madre-hijo(a). Esta es la primera vez que se indaga en la ENDS por este aspecto.

De acuerdo con los hallazgos, el 14,7 % de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los últimos 5 años con asistencia al CPN participó en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Al discriminar la participación por grupos de edad, las mujeres de 20 a 25 años al momento del parto presentaron el porcentaje más alto (20,4 %). Por el contrario, las de 15 a 19 años registraron el porcentaje de participación más escaso, con el 7,1 %. Las mujeres en su primer embarazo tuvieron una asistencia mayor al curso en comparación con

las que tenían seis o más hijo(as) (16,0 % vs. 4,4 %). En promedio, las mujeres asistieron 3,9 veces al curso, una cifra inferior a la esperada, que es de al menos siete sesiones (ver Tabla 8.13.).

Tabla 8.13.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por asistencia a consulta de nutrición y al curso de preparación para la maternidad y la paternidad

Característica	Actividades del control prenatal		Mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Promedio de sesiones del curso
	Asistió a nutrición	Asistió al curso de preparación para la maternidad y la paternidad		
Edad al nacimiento				
10-14	72,9	16,2	23.638	2,6
15-19	85,0	7,1	284.057	3,6
20-24	87,4	13,5	435.011	3,3
25-29	89,9	20,4	325.398	4,0
30-34	89,6	19,8	195.586	4,6
35-39	89,5	13,7	109.227	4,2
40-44	97,1	13,0	31.828	3,8
45-49	100,0	0,0	1.066	0,0
Sin información	0,0	0,0	0	0,0
Orden de nacimiento				
1	88,0	16,0	651.615	3,7
2-3	88,3	14,4	669.233	4,1
4-5	84,6	8,1	72.080	2,3
6+	82,2	4,4	12.883	1,5
Lugar del parto				
Establecimiento de salud	88,1	14,9	1.388.904	3,9
En otro lugar	56,3	3,0	16.907	2,1
Zona				
Urbana	89,2	15,9	1.017.211	4,0
Rural	84,6	11,6	388.600	3,3
Región				
Atlántica	88,0	10,2	587.037	3,6
Oriental	86,4	12,1	211.515	3,0
Central	83,7	13,1	161.646	4,8
Bogotá	92,8	31,2	153.281	4,6
Pacífica	90,7	22,4	207.204	3,5
Orinoquía y Amazonía	84,4	7,4	85.127	4,2
Nivel educativo				
Sin educación	76,1	14,3	14.648	3,4
Primaria	81,1	11,2	375.379	3,2
Secundaria	89,7	12,1	643.686	3,7
Superior	91,7	22,9	372.098	4,3
Quintil de riqueza				
Más bajo	84,2	11,2	423.695	3,4
Bajo	85,6	13,1	339.071	3,5
Medio	91,9	12,3	273.463	3,5
Alto	92,1	15,6	219.005	4,4
Más alto	90,3	31,3	150.577	4,5
Grupo de edad				
13-49	88,0	14,7	1.405.811	3,9

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.8. Suministro de micronutrientes

En la Tabla 8.14. se reporta la información sobre la prescripción, entrega y toma de suplementos de hierro, calcio y ácido fólico durante el embarazo, considerada como universal dentro de la RIAMP. En general, se observa que el autorreporte de prescripción es relativamente menor que el reporte de entrega de los suplementos. A su vez, este último es relativamente menor a la toma.

Para los tres suplementos, la diferencia entre prescripción y toma es de alrededor de 17 puntos porcentuales a favor de la toma. Esto evidencia una alta adherencia al tratamiento en la población que, una vez prescrita la suplementación, logra acceder a ella. El tiempo promedio de consumo del suplemento para todas las mujeres fue de 6,3 meses para hierro y de 6,4 meses para calcio y ácido fólico.

Por características seleccionadas, se observa que la prescripción de hierro y calcio es más baja en las gestantes de menores de 14 años. En relación con la zona de residencia, se reportan mayores porcentajes en la prescripción de suplemento de hierro en las zonas urbanas en comparación con las zonas rurales (84,0 % vs. 78,5 %), sin diferencias en la toma entre ambas (por encima del 99,0 %). Por regiones, Bogotá destaca con los porcentajes más bajos de prescripción de los micronutrientes en general. Asimismo, las mujeres sin educación presentan el porcentaje más bajo de prescripción de suplementos en comparación con otros niveles educativos. El consumo de suplementos es cercano al 100,0 % para todos los grupos de edad y características sociodemográficas (ver Tabla 8.14.).

Tabla 8.14.
Distribución porcentual de mujeres entre los 13 y 49 años con nacimientos en los últimos 5 años que recibieron prescripción de hierro, calcio y ácido fólico; si se lo entregaron, si lo tomaron y el promedio de meses que lo tomó

Característica	Hierro				Calcio				Ácido fólico				Población de mujeres con embarazos previos de menores de 5 años	
	Le prescribieron hierro	La institución de afiliación le entregó el hierro	Se lo tomó	Promedio de meses	Le prescribieron suplemento de calcio	La insitución de afiliación le entregó el suplemento	Se lo tomó	Promedio de meses	Le prescribieron ácido fólico	La institución de afiliación le entregó el ácido fólico	Se lo tomó	Promedio de meses		
Edad al nacimiento														
10-14	78	100	100,0	5,0	77,2	98,8	100,0	5,6	80,5	100,0	100,0	6,0	23.638	
15-19	80	97	99,5	6,0	79,8	96,7	99,0	6,2	78,5	95,8	99,3	6,2	284.057	
20-24	80	96	99,1	6,2	76,9	95,6	99,3	6,3	77,4	94,9	99,6	6,2	435.011	
25-29	88	95	99,8	6,5	85,5	94,9	99,6	6,5	86,9	95,3	99,8	6,5	325.398	
30-34	80	98	100,0	6,4	80,3	95,4	100,0	6,7	82,1	99,1	99,9	6,6	195.586	
35-39	83	96	100,0	6,8	85,2	95,1	100,0	6,6	87,9	96,6	99,1	6,6	109.227	
40-44	89	98	100,0	6,2	85,5	95,5	100,0	6,2	91,8	95,0	100,0	6,1	31.828	
45-49	100	100	100,0	6,0	100,0	100,0	100,0	6,0	100,0	100,0	100,0	3,0	1.066	
Sin información	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
Orden de nacimiento														
1	80	97	99,4	6,2	79,1	96,5	99,4	6,3	80,0	97,0	99,7	6,3	651.615	
2-3	85	96	99,7	6,3	82,8	95,0	99,6	6,4	83,3	95,3	99,6	6,4	669.233	
4-5	84	96	99,9	6,7	82,3	95,2	99,9	6,6	84,0	94,5	98,5	6,6	72.080	
6+	61	88	100,0	5,7	56,6	85,9	100,0	6,1	66,2	91,6	100,0	5,5	12.883	
Lugar del parto														
Establecimiento de salud	83	96	99,6	6,3	81,4	95,6	99,5	6,4	82,3	96,0	99,6	6,4	1.388.904	
En otro lugar	34	87	100,0	4,7	30,4	94,9	100,0	5,0	30,0	99,8	100,0	4,9	16.907	
Zona														
Urbana	84	96	99,5	6,4	81,6	95,3	99,5	6,6	82,8	96,2	99,6	6,5	1.017.211	
Rural	78	97	99,7	5,9	78,7	96,4	99,5	5,9	78,9	95,3	99,6	6,0	388.600	
Región														
Atlántica	83	97	100,0	6,5	82,5	97,3	99,8	6,6	83,9	96,9	100,0	6,5	587.037	
Oriental	84	94	99,1	6,3	81,6	92,9	99,2	6,5	84,8	94,0	98,6	6,7	211.515	
Central	81	97	99,2	6,5	72,3	96,8	98,9	6,8	74,3	96,7	98,8	6,7	161.646	
Bogotá	64	95	100,0	6,1	68,3	89,5	100,0	6,3	61,1	94,9	100,0	6,3	153.281	
Pacífica	90	97	99,0	5,7	88,1	96,5	98,9	5,8	90,1	95,8	99,8	5,7	207.204	
Orinoquía y Amazonía	90	96	99,7	5,9	88,3	95,9	99,8	5,9	89,2	95,6	99,8	5,9	85.127	
Nivel educativo														
Sin educació	62	100	100,0	7,6	61,0	96,8	100,0	7,5	61,5	96,8	100,0	7,4	14.648	
Primaria	78	96	99,3	6,1	75,5	95,7	98,9	6,2	77,3	94,4	98,8	6,1	375.379	
Secundaria	83	97	99,7	6,3	81,8	95,5	99,9	6,4	81,0	96,0	99,8	6,5	643.686	
Superior	87	97	99,7	6,4	85,4	95,8	99,4	6,5	88,1	97,4	99,9	6,3	372.098	
Quintil de riqueza														
Más bajo	79	98	99,7	5,9	78,0	96,9	99,5	6,0	77,8	95,4	99,6	6,0	423.695	
Bajo	86	95	99,3	6,7	84,2	94,4	99,4	6,7	86,2	95,6	99,4	6,7	339.071	
Medio	82	95	99,7	6,4	80,8	96,3	100,0	6,4	83,2	97,0	100,0	6,5	273.463	
Alto	82	97	99,8	6,4	78,5	96,1	99,1	6,7	80,4	96,4	99,1	6,6	219.005	
Más alto	86	97	99,4	5,8	84,6	93,4	99,4	6,2	81,5	95,9	100,0	5,9	150.577	
Grupo de edad														
13-49	82	96	99,6	6,3	80,8	95,6	99,5	6,4	81,7	96,0	99,6	6,4	1.405.811	

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.9. Vacunación antitetánica y uso de antimaláricos

Entre las mujeres de 13 a 49 años con un hijo(a) nacido vivo en los últimos cinco años previos a la ENDS 2025, el 61,4 % recibió vacunación para prevenir el tétanos neonatal durante el embarazo, con un promedio de 1,6 dosis de la vacuna por mujer.

Se observan porcentajes mayores de vacunación en las mujeres con mayor nivel de educación (68,6 %). Además, las mujeres residentes en zonas urbanas tienen un porcentaje más alto (63,3 %) que las de zonas rurales (56,5 %). Llama la atención que Bogotá presente el porcentaje más bajo de vacunación contra el tétanos, con 41,5 %, cifra que se ubica muy por debajo del promedio nacional.

Al igual que en años anteriores, en la ENDS 2025 se preguntó a las mujeres si recibieron tratamiento contra la malaria. Se encontró que, a nivel nacional, un 0,5 % recibieron antimaláricos. Como es de esperar, por la endemicidad de la enfermedad y el clima, las regiones Atlántica y Pacífica presentan los porcentajes más altos (0,9 % y 0,8 %, respectivamente). De igual modo, las mujeres que más recibieron tratamiento para la malaria fueron las sin educación (2,0 %) (ver Tabla 8.15.).

Tabla 8.15.
Distribución porcentual de mujeres entre 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años que recibieron vacuna antitetánica, con promedio de dosis aplicadas y uso de antimaláricos

Característica	Vacuna antitetánica		Durante este embarazo, ¿tomó algún medicamento contra el paludismo o la malaria?	Población de mujeres con embarazos previos de menores de 5 años
	Cuando estaba embarazada le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétano, es decir, convulsiones después del nacimiento	Promedio de dosis		
Edad al nacimiento				
10-14	53,3	1,5	0,3	23.638
15-19	60,1	1,7	0,5	284.057
20-24	58,8	1,5	0,8	435.011
25-29	65,2	1,6	0,7	325.398
30-34	59,6	1,5	0,2	195.586
35-39	67,5	1,6	0,0	109.227
40-44	67,0	1,7	0,0	31.828
45-49	71,6	2,0	0,0	1.066
Sin información	0,0	0,0	0,0	0
Orden de nacimiento				
1	59,7	1,6	0,4	651.615
2-3	63,2	1,6	0,8	669.233
4-5	64,0	1,6	0,3	72.080
6+	45,1	1,6	0,0	12.883
Lugar del parto				
Establecimiento de salud	61,9	1,6	0,5	1.388.904
En otro lugar	25,7	1,5	7,7	16.907
Zona				
Urbana	63,3	1,6	0,6	1.017.211
Rural	56,5	1,6	0,5	388.600
Región				
Atlántica	63,8	1,7	0,9	587.037
Oriental	64,9	1,5	0,1	211.515
Central	61,6	1,5	0,1	161.646
Bogotá	41,5	1,3	0,0	153.281
Pacífica	64,7	1,6	0,8	207.204
Orinoquía y Amazonía	63,9	1,5	0,6	85.127
Nivel educativo				
Sin educación	47,5	1,8	2,0	14.648
Primaria	58,3	1,6	0,3	375.379
Secundaria	59,4	1,6	0,7	643.686
Superior	68,6	1,6	0,5	372.098
Quintil de riqueza				
Más bajo	56,2	1,6	0,7	423.695
Bajo	65,8	1,6	0,6	339.071
Medio	63,8	1,6	0,7	273.463
Alto	59,6	1,6	0,0	219.005
Más alto	64,9	1,5	0,5	150.577
Grupo de edad				
13-49	61,4	1,6	0,5	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.2.10. Uso de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas durante el embarazo

Con relación a los resultados obtenidos en 2015, se observan pocas variaciones en los porcentajes generales sobre consumo de alcohol y cigarrillo durante el embarazo. De acuerdo con la muestra, un 96,3 % de mujeres no consumió alcohol durante el embarazo, y un 99,3 % no fumó durante este período.

Entre las mujeres que sí reportaron tomar alcohol durante el embarazo, el uso más reportado fue “de vez en cuando”, con 1,7 %, y para las que fumaron, del 0,3 %. Por su parte, el 0,4 % informó el consumo de 1 a 2 cigarrillos al día.

La Tabla 8.16. detalla los porcentajes de consumo de alcohol y cigarrillo. El consumo ocasional de licor durante el embarazo presenta porcentajes más altos en mujeres embarazadas de 45 a 49 años (28,4 %). En el grupo de menos de 14 años fue de 5,9 %; en el de mujeres con más de seis hijos, de 4,4 %; en el de residentes de la región Pacífica, de 3,6 %; en las zonas urbanas, de 1,7 %; en las mujeres sin educación, de 5,1 %, y en las del quintil bajo de riqueza, de 2,5 %.

Tabla 8.16.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos 5 años, por número de tragos a la semana y número de cigarrillos diarios durante el embarazo

Característica	Uso de bebidas alcohólicas					Uso de cigarrillos					Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
	Número de tragos por semana					Número de cigarrillos por día					
	No tomó alcohol	De vez en cuando	1-2	3-5	6+	No fumó	De vez en cuando	1-2	3-5	6+	
Edad al nacimiento											
10-14	93,3	5,9	0,8	0,0	0,0	99,9	0,0	0,1	0,0	0,0	23.638
15-19	96,4	2,3	0,0	1,1	0,2	99,6	0,0	0,4	0,0	0,0	284.057
20-24	95,2	2,0	0,6	0,7	1,5	99,1	0,4	0,3	0,1	0,0	435.011
25-29	97,6	0,5	0,2	0,3	1,4	99,7	0,1	0,2	0,0	0,0	325.398
30-34	96,6	0,7	0,3	1,3	1,1	99,2	0,0	0,8	0,0	0,0	195.586
35-39	97,5	1,9	0,0	0,6	0,0	99,6	0,4	0,0	0,0	0,0	109.227
40-44	92,6	5,8	0,0	1,6	0,0	95,6	4,4	0,0	0,0	0,0	31.828
45-49	71,6	28,4	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.066
Sin información	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Orden de nacimiento											
1	95,9	1,8	0,1	0,9	1,3	99,0	0,4	0,6	0,0	0,0	651.615
2-3	96,2	1,7	0,5	0,7	0,8	99,6	0,2	0,2	0,1	0,0	669.233
4-5	99,7	0,2	0,0	0,1	0,0	99,9	0,0	0,0	0,1	0,0	72.080
6+	95,6	4,4	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12.883
Lugar del parto											
Establecimiento de salud	96,2	1,7	0,3	0,8	1,0	99,3	0,3	0,4	0,0	0,0	1.388.904
En otro lugar	97,6	2,4	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16.907
Zona											
Urbana	96,6	1,7	0,3	0,6	0,7	99,1	0,4	0,5	0,0	0,0	1.017.211
Rural	95,3	1,5	0,3	1,2	1,7	99,9	0,0	0,0	0,1	0,0	388.600
Región											
Atlántica	97,7	1,1	0,5	0,3	0,5	99,2	0,1	0,5	0,1	0,0	587.037
Oriental	94,2	2,1	0,2	2,2	1,3	98,5	0,7	0,9	0,0	0,0	211.515
Central	92,5	2,7	0,0	0,5	4,3	99,5	0,5	0,0	0,0	0,0	161.646
Bogotá	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	153.281
Pacífica	94,2	3,6	0,1	1,6	0,6	99,7	0,3	0,0	0,0	0,0	207.204
Orinoquía y Amazonía	97,2	1,6	0,6	0,4	0,2	99,7	0,2	0,1	0,0	0,0	85.127
Nivel educativo											
Sin educación	94,9	5,1	0,0	0,0	0,0	96,9	3,1	0,0	0,0	0,0	14.648
Primaria	95,5	2,3	0,8	0,9	0,5	99,3	0,1	0,5	0,2	0,0	375.379
Secundaria	96,1	1,6	0,2	0,7	1,4	99,0	0,5	0,5	0,0	0,0	643.686
Superior	97,3	1,0	0,1	0,8	0,8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	372.098
Quintil de riqueza											
Más bajo	95,8	1,5	0,3	0,7	1,7	99,8	0,1	0,0	0,1	0,0	423.695
Bajo	95,7	2,5	0,5	0,9	0,4	98,9	0,8	0,3	0,0	0,0	339.071
Medio	96,3	2,2	0,0	0,8	0,7	99,0	0,3	0,7	0,0	0,0	273.463
Alto	96,5	0,9	0,3	1,1	1,1	99,9	0,0	0,1	0,0	0,0	219.005
Más alto	98,3	0,7	0,2	0,0	0,7	98,9	0,0	1,1	0,0	0,0	150.577
Grupo de edad											
13-49	96,3	1,7	0,3	0,8	1,0	99,3	0,3	0,4	0,0	0,0	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, el 0,1 % manifestó el consumo de marihuana.

8.4.2.11. Análisis de la cobertura de atención del cuidado prenatal por profesional de la salud

La atención prenatal por profesionales de la salud se mantiene en porcentajes altos, con un 93,4 % a nivel nacional. Sin embargo, esta cifra es un poco inferior a la informada para 2015 y 2010 (97,2 % y 97,0 %, respectivamente).

La Tabla 8.17. muestra una comparación de la atención por profesionales de la salud en el CPN desde 1995. En las zonas urbanas fue de 94,0 %, valor que aumentó sutilmente con respecto a lo observado en 2015 y 2010 (93,3 % y 94,0 %, respectivamente). Para 2025, la atención por profesionales de la salud en el CPN fue más baja en las mujeres sin educación (79,8 %), sin embargo, al comparar con 2015, hubo un aumento de 11,2 puntos porcentuales.

El retroceso en este indicador con respecto a los datos de 2015 se observa en todas las regiones. Sin embargo, el análisis por subregiones muestra que Antioquia sin Medellín alcanzó el 100,0 % y Barranquilla aumentó al 98,4 %. En el Valle sin Cali, la atención por profesional de la salud fue la más baja, con una disminución de casi 10 puntos porcentuales con respecto a lo reportado en 2015.

Tabla 8.17.
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibieron cuidado prenatal de médica(o) y/o enfermera(o) entre 1995-2025

Característica	Año					
	2025	2015	2010	2005	2000	1995
Zona						
Urbana	94,0	98,7	98,0	95,8	93,5	89,6
Rural	91,9	93,3	94,0	87,5	84,2	69,8
Región						
Atlántica	93,0	96,4	95,5	89,9	90,2	78,6
Oriental	93,0	99,1	97,8	96,5	93,0	85,5
Central	96,9	98,0	97,6	93,3	88,3	81,6
Bogotá	93,3	99,2	98,2	98,0	95,5	94,0
Pacífica	93,3	94,5	96,5	90,9	88,5	78,0
Orinoquía y Amazonía	91,6	93,5	93,9	94,1		
Subregión						
La Guajira, Cesar, Magdalena	92,0	95,4	94,5	85,3	87,5	70,4
Barranquilla A. M.	98,4	97,4	98,3	92,7		
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	93,8	99,0	97,5	96,7	93,5	90,0
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	90,1	95,4	93,7	88,5	88,0	74,5
Santanderes	96,3	99,7	97,2	97,4	95,2	86,2
Boyacá, Cundinamarca, Meta	91,0	98,6	98,3	95,8	93,5	85,0
Bogotá	93,3	99,2	98,2	98,0	95,5	94,0
Medellín A. M.	97,9	99,8	98,9	95,8	97,5	95,4
Antioquia sin Medellín	100,0	93,7	96,1	92,8	89,5	77,5
Caldas, Risaralda, Quindío	95,3	99,3	98,4	97,1	92,0	88,5
Tolima, Huila, Caquetá	93,8	98,7	96,8	88,5	77,9	67,2
Cali A. M.	98,3	98,0	99,4	97,2	97,1	92,3
Valle sin Cali ni Litoral	87,6	97,2	98,3	93,6	94,4	86,0
Cauca y Nariño sin Litoral	93,5	94,9	97,1	94,1	85,8	73,5
Litoral Pacífico	88,4	86,7	91,0	72,1	73,5	60,0
Orinoquía y Amazonía	91,6	93,6	93,9	94,1		
Nivel educativo						
Sin educación	79,8	68,6	76,1	72,6	69,8	47,1
Primaria	87,9	93,5	93,9	88,1	84,5	74,1
Secundaria	96,0	98,0	98,0	96,5	95,3	92,7
Superior	95,1	99,6	99,6	98,5	99,4	99,1
Nacional	93,4	97,2	97,0	93,5	90,8	82,6

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.3. Atención del parto y del recién nacido

El cuidado durante el parto abarca una serie de actividades y procedimientos destinados a garantizar la seguridad y a proporcionar una experiencia humanizada y satisfactoria, tanto para la madre, el recién nacido, el acompañante y la familia.

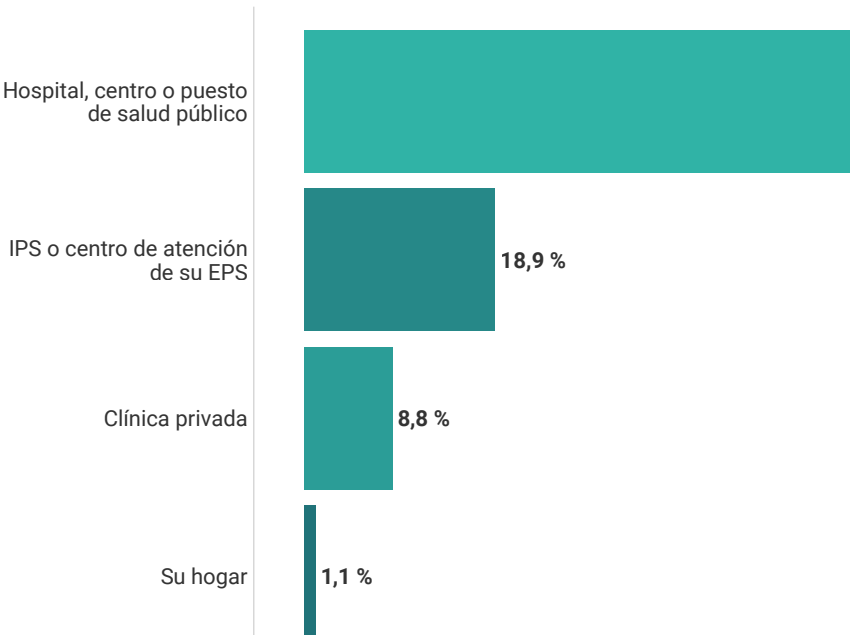
La ENDS 2025 recopila información relacionada con la atención del parto y el recién nacido. Los indicadores incluyen: el lugar y el tipo de parto, el personal que lo asistió, las complicaciones que se presentaron, información sobre prácticas respetuosas en la atención, y detalles sobre la atención al recién nacido antes del egreso hospitalario. También se indagó si el recién nacido fue a término, prematuro o de bajo peso al nacer (<2500 g).

8.4.3.1. Lugar de ocurrencia del parto

La Tabla 8.18. evidencia que entre las mujeres de 13 a 49 años con un hijo(a) nacido vivo en los últimos cinco años previos a la ENDS 2025 hubo un aumento de casi 2 puntos porcentuales en los partos institucionales (98,8 %) respecto a la ENDS 2015 (96,9 %), y de tres puntos respecto a la ENDS 2010 (95,4 %). Este porcentaje supera la meta establecida del 95,0 % en el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021.

El Gráfico 8.6. muestra la distribución porcentual de la atención institucional del parto. Se resalta que un gran porcentaje de los partos se atendieron en hospitales públicos y que el parto en casa representó el 1,1 %.

Gráfico 8.6
Porcentaje de mujeres que recibieron atención del parto en una institución de salud



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Al analizar factores diferenciales, como los visualizados en la Tabla 8.18., se identifican porcentajes notablemente menores de atención institucional en ciertos grupos poblacionales, como en las mujeres con más de seis hijos (75,3 %). También se observan diferencias entre residentes en áreas rurales comparadas con las urbanas (97,1 % vs. 99,5 %), y entre las mujeres sin educación en relación con las que tienen educación superior (84,6 % vs. 99,3 %). A pesar de estas brechas, es importante resaltar que el porcentaje de parto institucional de las mujeres sin educación aumentó con respecto a los datos de la ENDS de 2015 (84,6 % y 63,6 %, respectivamente). En las mujeres del quintil más bajo de riqueza también incrementó la atención institucional del parto, pasando de 85,6 % en

2010 y 88,8 % en 2015 al 97,3 % en la ENDS 2025.

También hubo una reducción de la brecha del parto institucional entre las áreas urbanas y rurales, que pasó de 9,4 en la ENDS 2015 a solo 2,4 puntos porcentuales de diferencia en la ENDS 2025.

El promedio de la edad gestacional al parto fue de 37,9 semanas y la mediana de 38 semanas en casi todo el territorio.

Tabla 8.18.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por lugar y edad gestacional al parto

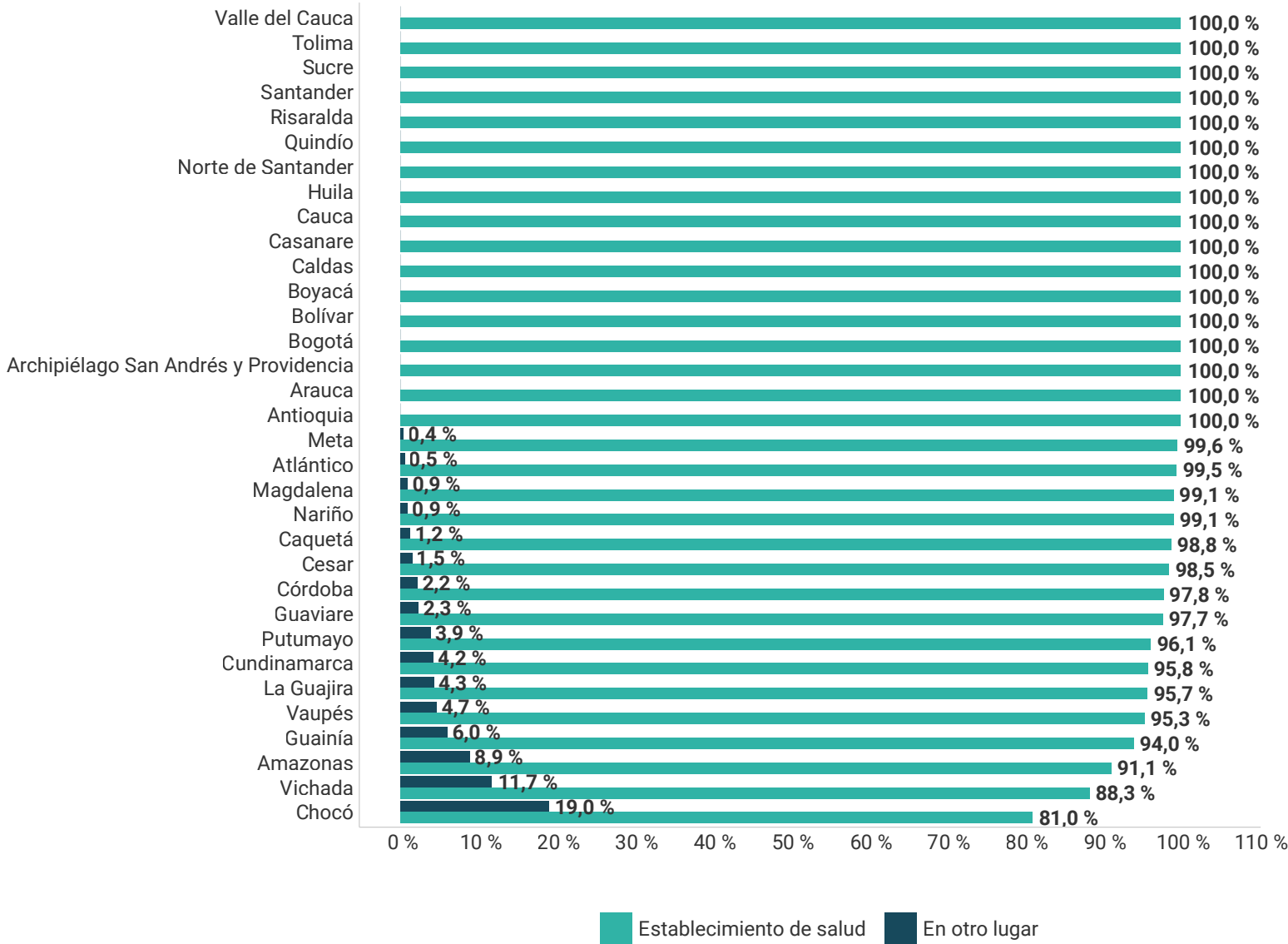
Característica	Lugar del parto						Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Edad gestacional al parto	
	Hospital, centro o puesto de salud público	Clínica privada	IPS o centro de atención de su EPS	Su hogar	Cooperante internacional	Otro		Promedio semanas de embarazo al parto	Mediana semanas de embarazo al parto
Edad al nacimiento									
10-14	83,1	4,0	10,2	2,6	0,0	0,2	23.638	37,9	39,0
15-19	75,7	5,7	17,3	1,3	0,0	0,0	284.057	37,5	38,0
20-24	76,3	6,1	16,3	1,1	0,0	0,2	435.011	37,9	38,0
25-29	66,5	12,6	20,3	0,6	0,0	0,0	325.398	37,9	38,0
30-34	64,6	13,0	22,1	0,3	0,0	0,0	195.586	38,2	39,0
35-39	62,1	11,6	24,4	2,0	0,0	0,0	109.227	37,8	38,0
40-44	66,4	2,6	24,1	6,0	0,0	0,8	31.828	37,8	39,0
45-49	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.066	37,4	38,0
Orden de nacimiento									
1	70,0	8,6	20,2	1,1	0,0	0,1	651.615	37,8	38,0
2-3	70,5	9,6	19,1	0,7	0,0	0,1	669.233	37,9	38,0
4-5	86,4	4,8	7,3	1,5	0,0	0,0	72.080	38,2	39,0
6+	68,3	0,6	6,4	22,7	0,0	2,0	12.883	38,6	39,0
Lugar del parto									
Establecimiento de salud	72,0	8,9	19,2	0,0	0,0	0,0	1.388.904	37,8	38,0
En otro lugar	0,0	0,0	0,0	93,2	0,1	6,7	16.907	38,8	39,0
Zona									
Urbana	66,9	10,4	22,2	0,5	0,0	0,0	1.017.211	37,9	38,0
Rural	82,0	4,6	10,4	2,6	0,0	0,3	388.600	37,6	38,0
Región									
Atlántica	72,6	10,2	16,1	1,1	0,0	0,0	587.037	37,8	38,0
Oriental	71,1	9,4	18,1	1,2	0,0	0,1	211.515	38,4	39,0
Central	65,9	6,8	27,0	0,2	0,0	0,0	161.646	38,0	39,0
Bogotá	59,3	11,8	28,9	0,0	0,0	0,0	153.281	37,0	37,0
Pacífica	73,3	6,2	19,1	1,3	0,0	0,1	207.204	37,7	38,0
Orinoquía y Amazonía	86,2	2,3	6,7	4,2	0,0	0,7	85.127	38,3	39,0
Nivel educativo									
Sin educación	73,7	8,9	2,0	13,4	0,0	2,0	14.648	37,4	37,0
Primaria	83,4	4,6	9,6	2,2	0,0	0,1	375.379	37,8	38,0
Secundaria	72,2	7,9	19,4	0,4	0,0	0,0	643.686	37,8	38,0
Superior	56,6	14,6	28,2	0,7	0,0	0,0	372.098	38,1	39,0
Quintil de riqueza									
Más bajo	84,5	5,1	7,8	2,5	0,0	0,2	423.695	37,6	38,0
Bajo	76,3	7,1	15,7	0,8	0,0	0,1	339.071	38,2	39,0
Medio	67,7	10,6	21,7	0,0	0,0	0,0	273.463	37,8	38,0
Alto	54,4	8,4	37,2	0,0	0,0	0,0	219.005	38,1	38,0
Más alto	52,0	20,2	26,1	1,7	0,0	0,0	150.577	37,7	38,0
Grupo de edad									
13-49	71,1	8,8	18,9	1,1	0,0	0,1	1.405.811	37,9	38,0

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El Gráfico 8.7. muestra el lugar de atención del parto por departamento. En casi todas las regiones del país se logró una cobertura de parto institucional superior al 95,0 %. Al analizar cada departamento, se observa que Chocó es donde se da la menor proporción de partos institucionales, con 81,0 %, seguido por Vichada (88,3 %), Amazonas (91,1 %) y Guainía (94,0 %). El aumento porcentual se mantuvo en todas las regiones, incluidos estos departamentos. Con respecto a las ENDS 2015 y 2010, Vaupés presenta una gran diferencia en la atención no institucional, al pasar de 51,9 % a 4,7 %.

A pesar de que las mujeres de las áreas rurales, las sin educación, las con más de seis hijos y las del quintil más bajo de riqueza siguen enfrentando inequidades, se han logrado avances considerables en el acceso al sistema de salud con respecto a las ENDS 2015 y 2010.

Gráfico 8.7.
Porcentaje de mujeres que recibió atención del parto en una institución de salud, por departamento



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.3.2. Percepción de la atención respetuosa durante el parto

Por primera vez, la ENDS 2025 indagó por las conductas respetuosas al momento del parto. La Tabla 8.19. evidencia que el 84,0 % de las mujeres consideró que el personal que las atendió y las acompañó en el parto las trató con respeto durante el proceso.

De manera específica, el 84,2 % de las mujeres atendidas en instituciones de salud percibió un trato respetuoso durante el parto. Las regiones Oriental y Central presentaron los menores porcentajes de satisfacción con el trato respetuoso, con un 75,0 % y 78,3 %, respectivamente.

Tabla 8.19. Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años que percibieron trato respetuoso durante el parto

Característica	Trato con respeto por parte del personal que atendió y acompañó en el parto			Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
	Todo el tiempo	Algunas veces	Nunca	
Edad al nacimiento				
10-14	83,8	16,2	0,0	23.638
15-19	84,0	12,8	3,2	284.057
20-24	82,5	14,9	2,5	435.011
25-29	85,3	13,2	1,4	325.398
30-34	87,8	10,8	1,3	195.586
35-39	81,5	11,7	6,8	109.227
40-44	75,0	23,1	1,9	31.828
45-49	28,4	71,6	0,0	1.066
Orden de nacimiento				
1	83,2	13,7	3,1	651.615
2-3	85,0	13,4	1,7	669.233
4-5	83,9	14,4	1,6	72.080
6+	71,9	9,3	18,8	12.883
Lugar del parto				
Establecimiento de salud	84,2	13,6	2,2	1.388.904
En otro lugar	63,6	4,8	31,6	16.907
Zona				
Urbana	83,4	13,9	2,6	1.017.211
Rural	85,3	12,5	2,2	388.600
Región				
Atlántica	89,2	9,2	1,6	587.037
Oriental	75,0	21,0	4,0	211.515
Central	78,3	18,2	3,5	161.646
Bogotá	85,2	12,2	2,6	153.281
Pacífica	81,0	16,7	2,3	207.204
Orinoquía y Amazonía	85,5	10,8	3,7	85.127
Nivel educativo				
Sin educación	81,0	12,0	7,0	14.648
Primaria	82,2	14,6	3,3	375.379
Secundaria	85,5	12,9	1,5	643.686
Superior	83,2	13,6	3,2	372.098
Quintil de riqueza				
Más bajo	86,2	11,5	2,4	423.695
Bajo	81,1	17,8	1,1	339.071
Medio	87,8	9,5	2,7	273.463
Alto	83,4	13,7	2,9	219.005
Más alto	77,9	16,9	5,2	150.577
Grupo de edad				
13-49	84,0	13,5	2,5	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.3.3. Percepción de la atención respetuosa durante el parto

8.4.3.3.1. Personal que atendió el parto

En la ENDS 2025 se observó poca variación en los porcentajes de atención del parto por profesional médico (96,9 %), como se presenta en la Tabla 8.20. El promedio nacional se mantiene por encima del 90,0 % desde la ENDS 2010, consolidándose como un indicador clave para reducir la razón de mortalidad materna, debido a que mitiga los riesgos asociados con la falta de atención calificada durante el parto. Sin embargo, hay tres subgrupos de mujeres que presentaron porcentajes de parto atendido por médico(a) por debajo del promedio nacional: las del quintil más bajo de riqueza (94,6 %), las con más de seis hijos (74,2 %) y las sin educación (84,3 %). Asimismo, las mujeres sin educación registraron la mayor proporción de partos atendidos por personal empírico, con el 14,6 %, al igual que el porcentaje más alto de partos atendidos en casa (ver Tabla 8.20.).

En la ENDS 2010, la brecha de atención del parto por personal médico entre las áreas rurales y urbanas era de 14,7 puntos porcentuales, en la ENDS de 2015 fue de 12,4 y en la ENDS 2025 se redujo a 2,3. Es importante resaltar que todas las regiones del país tuvieron porcentajes de atención médica del parto por encima del 90,0 %.

Tabla 8.20. Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por persona que proporcionó la atención del parto

Característica	Profesional que atendió el parto						Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
	Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería	Partera, comadrona, médico(a) tradicional indígena	Otro	Nadie	
Edad al nacimiento							
10-14	93,0	4,2	0,0	2,6	0,2	0,0	23.638
15-19	97,5	1,1	0,0	1,2	0,1	0,1	284.057
20-24	96,2	2,2	0,0	1,2	0,2	0,2	435.011
25-29	97,2	1,5	0,5	0,6	0,0	0,2	325.398
30-34	98,4	1,4	0,0	0,2	0,0	0,0	195.586
35-39	96,3	1,1	0,0	1,0	0,0	1,6	109.227
40-44	92,2	1,8	0,0	5,0	1,1	0,0	31.828
45-49	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.066
Orden de nacimiento							
1	97,2	1,3	0,0	1,1	0,0	0,3	651.615
2-3	96,8	2,1	0,2	0,7	0,1	0,0	669.233
4-5	98,0	0,5	0,0	1,3	0,0	0,2	72.080
6+	74,2	4,7	0,0	9,8	2,9	8,5	12.883
Lugar del parto							
Establecimiento de salud	98,0	1,7	0,1	0,1	0,0	0,1	1.388.904
En otro lugar	6,3	0,0	0,0	79,6	6,7	7,5	16.907
Zona							
Urbana	97,5	1,7	0,0	0,6	0,0	0,2	1.017.211
Rural	95,2	1,7	0,4	2,1	0,3	0,3	388.600
Región							
Atlántica	96,9	1,7	0,0	1,2	0,0	0,2	587.037
Oriental	97,8	1,0	0,0	1,2	0,0	0,0	211.515
Central	99,2	0,5	0,0	0,0	0,2	0,1	161.646
Bogotá	98,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	153.281
Pacífica	95,1	2,4	0,7	1,3	0,1	0,4	207.204
Orinoquía y Amazonía	91,2	3,7	0,0	2,9	0,8	1,4	85.127
Nivel educativo							
Sin educación	84,3	0,2	0,0	14,6	0,0	0,8	14.648
Primaria	95,3	1,9	0,0	1,7	0,3	0,8	375.379
Secundaria	97,5	1,9	0,0	0,5	0,0	0,0	643.686
Superior	97,8	1,1	0,4	0,7	0,0	0,0	372.098
Quintil de riqueza							
Más bajo	94,6	2,3	0,4	1,9	0,3	0,5	423.695
Bajo	97,5	1,6	0,0	0,9	0,0	0,0	339.071
Medio	98,1	1,5	0,0	0,2	0,0	0,2	273.463
Alto	97,7	2,0	0,0	0,0	0,0	0,3	219.005
Más alto	98,3	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	150.577
Grupo de edad							
13-49	96,9	1,7	0,1	1,0	0,1	0,2	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.3.3.2. Uso de oxitocina

La ENDS 2025 indagó por primera vez sobre la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto y posparto. Aunque no se discriminó el momento de la aplicación, la intención de la pregunta fue evaluar su uso preventivo de la hemorragia posparto. La Tabla 8.21. presenta la distribución porcentual por grupos de edad y características sociodemográficas.

En total, el 28,8 % de las mujeres respondió que se les había aplicado oxitocina. Los grupos donde se observó un porcentaje de aplicación inferior al promedio general fueron: mujeres de 19 años, mujeres sin educación (21,5 %), y aquellas de las regiones Atlántica (23,9 %) y Orinoquía y Amazonía (24,7 %).

8.4.3.3.3. Nacimiento por cesárea

La Tabla 8.21. también relaciona la distribución de los nacimientos por cesárea, cuya proporción general fue del 35,4 %, una cifra inferior a lo reportado en la ENDS 2015 (43,2 %), pero ligeramente superior a la ENDS 2010 (34,4 %).

La proporción de cesáreas supera al promedio nacional en las mujeres mayores de 30 años, llegando hasta el 71,6 % en las mayores de 45 años. La única región del país que se ubica por encima del promedio nacional de parto por cesárea es Atlántica, con el 44,3 %.

El porcentaje de cesáreas no exhibe una tendencia particular según el quintil de riqueza. Sin embargo, hay una disminución en los porcentajes de cesárea, tanto en la región Atlántica (44,3 % frente a 58,0 % en la ENDS 2015), como en el quintil más alto de riqueza (29,8 % frente a 53,6 % en la ENDS 2015).

Tabla 8.21.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por uso de oxitocina y modo del parto

Característica	Le colocaron oxitocina	Partos por cesárea	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
Edad al nacimiento			
10-14	18,7	26,4	23.638
15-19	24,9	27,5	284.057
20-24	29,6	34,3	435.011
25-29	34,9	36,3	325.398
30-34	25,9	36,6	195.586
35-39	24,0	54,9	109.227
40-44	33,4	43,9	31.828
45-49	0,0	71,6	1.066
Orden de nacimiento			
1	29,6	30,8	651.615
2-3	28,3	40,2	669.233
4-5	26,6	36,9	72.080
6+	23,7	12,3	12.883
Lugar del parto			
Establecimiento de salud	29,1	35,8	1.388.904
En otro lugar	3,4	0,0	16.907
Zona			
Urbana	30,0	38,4	1.017.211
Rural	25,7	27,6	388.600
Región			
Atlántica	23,9	44,3	587.037
Oriental	29,5	35,6	211.515
Central	34,6	21,9	161.646
Bogotá	33,3	28,6	153.281
Pacífica	35,8	31,2	207.204
Orinoquía y Amazonía	24,7	21,5	85.127
Nivel educativo			
Sin educación	21,5	31,2	14.648
Primaria	26,4	33,2	375.379
Secundaria	27,1	35,6	643.686
Superior	34,5	37,5	372.098
Quintil de riqueza			
Más bajo	24,9	28,6	423.695
Bajo	27,7	39,5	339.071
Medio	30,5	41,1	273.463
Alto	33,2	39,0	219.005
Más alto	32,8	29,8	150.577
Grupo de edad			
13-49	28,8	35,4	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.3.4. Complicaciones durante el parto

Según la Tabla 8.22. y el Gráfico 8.8., las complicaciones periparto que con más frecuencia se reportaron fueron: trabajo de parto prolongado (TPP) (17,4 %), sangrado excesivo (10,9 %), trastorno hipertensivo asociado al embarazo (THAE) (9,9 %) y los síntomas relacionados con posible sepsis (6,8 %).

La mayor proporción de complicaciones relacionadas con el trabajo de parto prolongado se dio en el grupo de 25 a 29 años (20,0 %). El mayor porcentaje de complicaciones por los THAE se presentó en el grupo de mujeres de más de 40 años. Las mujeres con más de seis hijos experimentaron un mayor porcentaje de complicaciones por sangrado (12,3 %) y por sepsis (12,1 %). Por su parte, las primíparas tuvieron mayor THAE (11,3 %).

En cuanto a la distribución de las complicaciones por regiones, la Pacífica y la Central registraron los mayores porcentajes de trabajo de parto prolongado (27,7 % y 24,2 %, respectivamente), hemorragia (18,6 % y 17,5 %, respectivamente) y THAE (14,3 % en la región Pacífica). Llama la atención la baja proporción de complicaciones por hemorragia, sepsis y THAE en Bogotá, cuyos porcentajes fueron muy inferiores al resto del país (2,8 %, 3,4 % y 4,3 %, respectivamente).

En términos generales, la proporción de complicaciones evaluadas según nivel educativo y quintil de riqueza fue heterogénea.

Con respecto a la ENDS 2015, es notable la reducción por complicaciones de sangrado excesivo en la ENDS 2025 (19,5 % vs. 10,9 %), a pesar de que solo el 28,8 % de las mujeres respondió que les había aplicado oxitocina (Tabla 8.22.).

También hay reducción en la complicación de trabajo de parto prolongado, que pasó de 19,1 % en la ENDS 2015 a 17,4 % en la ENDS 2025. Sin embargo, los signos y síntomas sugestivos de sepsis aumentaron con respecto a la ENDS 2015, de 3,5 % a 6,8 % en 2025. Debe considerarse que la pandemia por COVID-19 pudo influir en este aumento.

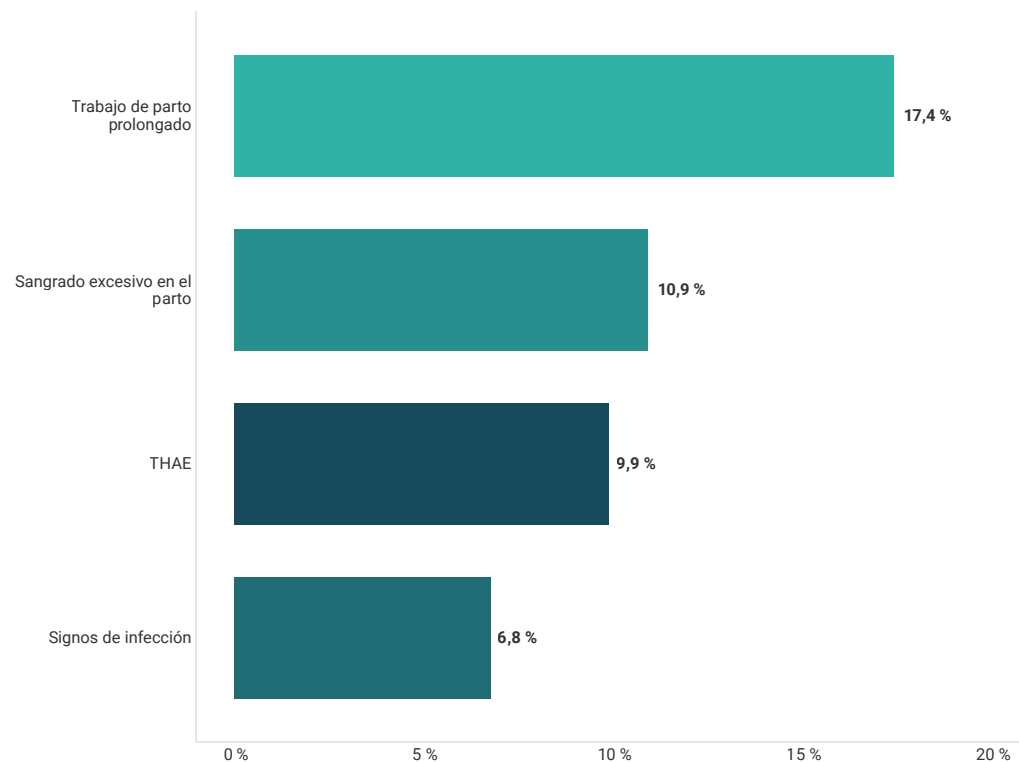
Tabla 8.22.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por complicación presentada durante el parto

Característica	Complicaciones durante el parto				Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
	Trabajo de parto prolongado	Sangrado abundante después del parto	Fiebre, flujo vaginal de mal olor o signos de sepsis o infección grave	Hipertensión arterial del embarazo	
Edad al nacimiento					
10-14	16,9	14,4	4,3	3,0	23.638
15-19	18,3	13,1	10,1	9,0	284.057
20-24	16,1	11,0	7,1	10,4	435.011
25-29	20,0	11,4	6,9	11,9	325.398
30-34	15,0	8,0	3,3	7,2	195.586
35-39	18,4	10,2	4,1	8,1	109.227
40-44	12,9	2,9	2,6	15,4	31.828
45-49		28,4	28,4	100,0	1.066
Orden de nacimiento					
1	19,8	11,8	8,1	11,3	651.615
2-3	15,3	10,3	5,8	8,7	669.233
4-5	16,9	7,9	3,1	9,4	72.080
6+	11,4	12,3	12,1	7,3	12.883
Lugar del parto					
Establecimiento de salud	17,5	11,0	6,8	10,0	1.388.904
En otro lugar	14,3	4,4	0,3	0,2	16.907
Zona					
Urbana	17,1	11,0	5,7	10,3	1.017.211
Rural	18,2	10,6	9,6	8,8	388.600
Región					
Atlántica	13,5	7,7	6,2	9,7	587.037
Oriental	17,3	13,4	7,6	12,1	211.515
Central	24,2	17,5	8,5	10,2	161.646
Bogotá	14,1	2,8	3,4	4,3	153.281
Pacífica	27,7	18,6	10,2	14,3	207.204
Amazonía	12,8	10,3	2,8	4,8	85.127
Nivel educativo					
Sin educación	11,3	5,6	4,0	10,4	14.648
Primaria	19,4	11,2	9,6	9,2	375.379
Secundaria	17,7	12,0	6,1	11,5	643.686
Superior	15,1	8,9	5,1	7,7	372.098
Quintil de riqueza					
Más bajo	17,5	10,2	8,8	8,7	423.695
Bajo	18,4	13,6	6,5	11,7	339.071
Medio	16,8	9,7	5,4	11,5	273.463
Alto	15,7	11,5	5,8	7,0	219.005
Más alto	18,5	8,1	5,5	10,6	150.577
Grupo de edad					
13-49	17,4	10,9	6,8	9,9	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Gráfico 8.8.

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



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.3.5. Prematuridad y bajo peso al nacer

En las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores a la ENDS 2025, el 9,7 % de los nacidos vivos fueron prematuros (ver Tabla 8.23.), lo que representa una disminución en comparación con la ENDS 2015, cuando el porcentaje fue del 13,3 %. Sin embargo, algunos grupos presentaron porcentajes de partos prematuros significativamente superiores al promedio. Destacan las mujeres de 40 a 45 años al momento del parto (13,6 %), así como las residentes en la región Pacífica (12,5 %). En contraste, las regiones Central y Oriental registraron los porcentajes más bajos de partos prematuros, con 7,0 % y 6,6 %, respectivamente. Además, se observa una disminución en la brecha entre las zonas urbanas y rurales, con porcentajes de 9,0 % y 11,4 % en la ENDS 2025, en comparación con la ENDS 2015. En esta última la diferencia entre ambas zonas fue de 4 puntos porcentuales. No se identificaron diferencias significativas según nivel educativo o quintil de riqueza.

Por primera vez, en la ENDS 2025 se indagó por la proporción de nacimientos con un peso inferior a 2500 gramos (bajo peso al nacer), cuyo porcentaje fue de 6,0 %. Este indicador fue más alto en mujeres de 20 a 24 años (8,6 %) y, a nivel regional, Bogotá presentó la mayor proporción, con un 13,4 %. Según zona de residencia, nivel educativo o quintil de riqueza, el bajo peso al nacer resultó más alto en mujeres con educación superior (7,0 %) y en mujeres del quintil más alto de riqueza (9,8 %).

Para un análisis detallado sobre la distribución de partos prematuros y nacidos con menos de 2500 gramos se puede consultar la Tabla 8.23.

Tabla 8.23.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por prematuridad y bajo peso (<2500 g)

Característica	Nació prematuro(a)	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Bajo peso al nacer (<2500 g)	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años con registro de peso al nacimiento
Edad al nacimiento				
10-14	8,3	23.638	0,0	19.148
15-19	12,6	284.057	7,6	252.844
20-24	10,2	435.011	8,6	384.508
25-29	9,5	325.398	3,8	296.513
30-34	4,4	195.586	2,5	171.844
35-39	9,3	109.227	5,0	100.089
40-44	13,6	31.828	4,3	27.589
45-49	0,0	1.066	0,0	302
Orden de nacimiento				
1	10,1	651.615	7,5	578.728
2-3	9,3	669.233	4,5	602.248
4-5	9,9	72.080	5,3	62.615
6+	5,6	12.883	0,0	9.246
Lugar del parto				
Establecimiento de salud	9,8	1.388.904	6,0	1.249.422
En otro lugar	3,6	16.907	0,0	3.417
Zona				
Urbana	9,0	1.017.211	6,4	928.918
Rural	11,4	388.600	4,6	323.921
Región				
Atlántica	10,3	587.037	4,4	510.812
Oriental	6,6	211.515	7,6	194.671
Central	7,0	161.646	3,3	143.945
Bogotá	11,0	153.281	13,4	139.617
Pacífica	12,5	207.204	5,4	189.929
Orinoquía y Amazonía	8,5	85.127	2,6	73.865
Nivel educativo				
Sin educación	10,8	14.648	0,0	8.824
Primaria	9,0	375.379	4,6	324.814
Secundaria	9,5	643.686	6,0	571.916
Superior	10,6	372.098	7,0	347.285
Quintil de riqueza				
Más bajo	11,9	423.695	5,1	356.889
Bajo	7,3	339.071	4,5	306.314
Medio	11,4	273.463	6,5	249.996
Alto	6,2	219.005	6,4	204.712
Más alto	10,8	150.577	9,8	134.928
Grupo de edad				
13-49	9,7	1.405.811	6,0	1.252.839

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.4. Atención del posparto y del recién nacido hasta los siete días de nacimiento

El periodo puerperal o posparto comprende desde la salida del recién nacido hasta 42 días después del parto (la ENDS 2025 indaga hasta los 40 días), por su relación con complicaciones maternas como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal, entre otras. También, se debe aclarar que el periodo perinatal comprende desde las 22 semanas de gestación hasta los siete días después del nacimiento. En lo referente a la atención del recién nacido, la ENDS 2025 se enfocó en los primeros siete días después del nacimiento.

En ese sentido, la encuesta consultó sobre el estado de salud de la madre y del recién nacido al egreso hospitalario, los controles de puerperio y seguimiento al recién nacido, el talento humano y el lugar donde se realizaron los controles, las complicaciones en el puerperio, la anticoncepción, la menstruación posparto y el reinicio de actividad sexual.

8.4.4.1. Atención del puerperio antes del alta

La atención del puerperio inmediato es clave, ya que la mayoría de las muertes maternas ocurren en esta etapa. La Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social aportó los lineamientos para el cuidado de la salud materno-perinatal, dando una gran relevancia a las acciones a realizar en el puerperio antes del alta; como la vigilancia clínica adecuada, la asesoría anticonceptiva, la información relacionada con la puericultura, los signos de alarma para la mujer y el recién nacido, y los cuidados en general.

Según se observa en la Tabla 8.24., de las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los últimos cinco años previos a la ENDS, el 86,3 % recibió control médico posparto antes de egresar de la institución. Aunque se presentaron pocas diferencias en mujeres entre los 15 a 45 años al momento del parto, con porcentajes que oscilaron entre el 83,0 % y el 89,0 %, se observó que el 78,6 % de las menores de 15 años fueron revisadas en el posparto antes del alta. De los partos atendidos

en un establecimiento de salud, el 12,8 % no tuvo revisión antes del alta. Aunque este último valor no es alto, refleja un incumplimiento de los lineamientos para garantizar la calidad y la seguridad de la gestante en el egreso hospitalario. Al evaluar los resultados desagregados por nivel de educación, se observan diferencias importantes entre los grupos sin educación (56,3 %) y nivel de educación superior (92,0 %).

La atención del posparto para residentes en zonas urbanas fue de 88,0 % y en zonas rurales del 81,9 %. Se muestran desigualdades en la atención posparto para el nivel más bajo y el más alto del quintil de riqueza, con una diferencia porcentual de 10,6 puntos (ver Tabla 8.24.).

Con respecto a las regiones, la cobertura estuvo por encima del 85,0 % para la Oriental, la Central, Bogotá y Orinoquía y Amazonía. En la región Pacífica los valores fueron menores, con el 82,9 %.

Al evaluar en detalle las actividades realizadas en la revisión clínica posparto, como toma de pre-

sión arterial, revisión del sangrado y apoyo con la lactancia materna, la mayoría de los porcentajes se encuentran entre el 90,0 % y el 95,0 %, lo que da cuenta del mejoramiento de la calidad de algunos servicios de salud al implementar la RIAMP.

Tabla 8.24.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años que tuvieron revisión del posparto antes del alta, por personal que la realizó y actividades llevadas a cabo en esa revisión

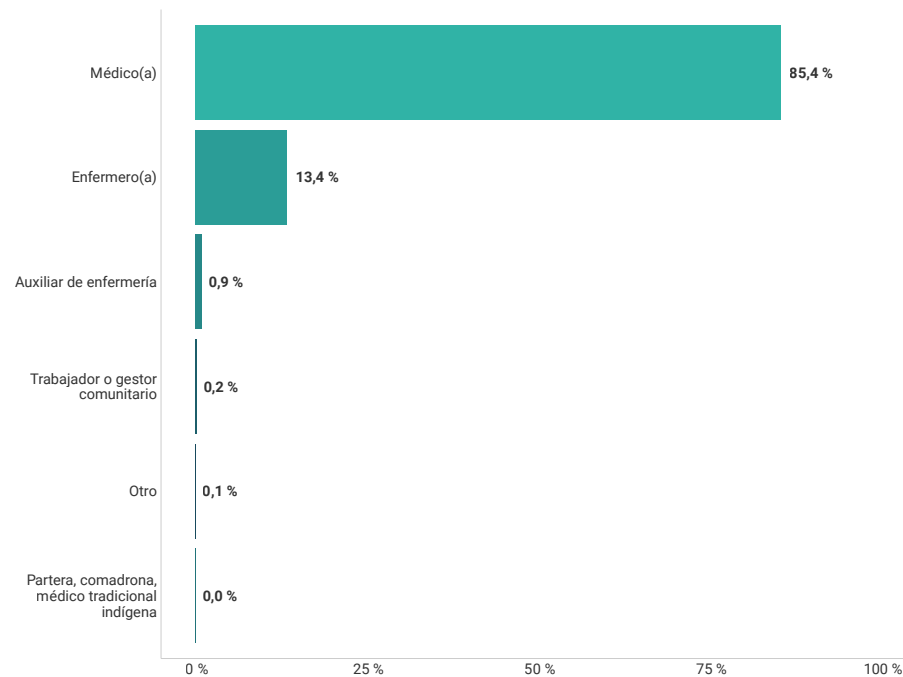
Característica	Mujeres con revisión antes del alta	Población de mujeres con embarazos previos de menores de 5 años	Quién revisó antes del alta					Actividades clínicas antes de la salida de hospitalización posparto				Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años con revisión puerperal
			Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería	Partera, comadrona, médico(a) tradicional indígena	Trabajador o gestor comunitario	Otro	Toma de presión arterial	Revisión de sangrado vaginal	Educación en la lactancia	
Edad al nacimiento												
10-14	78,6	23.638	84,0	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,5	97,5	85,0	18.583
15-19	83,1	284.057	84,6	13,8	1,1	0,0	0,4	0,1	98,4	93,4	92,5	235.993
20-24	85,5	435.011	84,4	14,3	1,1	0,0	0,2	0,0	97,5	96,6	95,0	372.030
25-29	88,0	325.398	87,4	11,3	1,3	0,0	0,0	0,0	97,0	94,6	92,8	286.505
30-34	89,4	195.586	84,7	14,9	0,0	0,1	0,2	0,0	98,5	97,1	92,2	174.857
35-39	88,4	109.227	87,2	11,6	0,4	0,2	0,0	0,7	98,3	96,7	95,5	96.545
40-44	88,7	31.828	84,9	13,8	1,3	0,0	0,0	0,0	98,5	98,5	95,8	28.233
45-49	71,6	1.066	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	763
Orden de nacimiento												
1	84,7	651.615	85,3	13,3	1,0	0,0	0,3	0,0	98,2	96,5	93,8	551.656
2-3	88,5	669.233	84,9	14,0	0,9	0,0	0,0	0,1	97,4	95,0	93,1	592.547
4-5	84,8	72.080	91,0	8,5	0,0	0,0	0,5	0,0	97,7	94,1	94,3	61.160
6+	63,2	12.883	84,2	10,4	0,0	5,4	0,0	0,0	99,2	99,2	99,2	8.147
Lugar del parto												
Establecimiento de salud	87,2	1.388.904	85,4	13,4	0,9	0,0	0,2	0,1	97,8	95,6	93,5	1.210.714
En otro lugar	16,5	16.907	91,5	0,0	0,0	8,5	0,0	0,0	99,4	99,4	99,4	2.796
Zona												
Urbana	88,0	1.017.211	85,0	13,6	1,1	0,0	0,2	0,1	98,0	96,4	93,6	895.274
Rural	81,9	388.600	86,6	12,6	0,5	0,1	0,1	0,0	97,2	93,5	93,3	318.236
Región												
Atlántica	84,9	587.037	86,7	12,1	0,7	0,1	0,3	0,2	97,6	95,1	94,8	498.571
Oriental	88,5	211.515	90,8	7,3	1,5	0,0	0,4	0,0	97,9	96,8	89,2	187.174
Central	89,9	161.646	90,2	8,5	1,3	0,0	0,0	0,0	98,4	94,4	90,6	145.327
Bogotá	89,0	153.281	72,3	27,7	0,0	0,0	0,0	0,0	98,6	98,6	97,0	136.443
Pacífica	82,9	207.204	81,9	16,4	1,7	0,0	0,0	0,0	97,5	94,9	93,8	171.777
Orinoquía y Amazonía	87,2	85.127	86,4	13,4	0,2	0,0	0,0	0,0	97,1	95,5	94,1	74.217
Nivel educativo												
Sin educación	56,3	14.648	84,1	15,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	8.243
Primaria	80,0	375.379	86,2	12,7	0,9	0,1	0,1	0,0	97,3	93,0	91,6	300.358
Secundaria	86,9	643.686	84,1	14,3	1,2	0,0	0,3	0,0	98,4	96,9	93,9	559.359
Superior	92,9	372.098	86,9	12,4	0,5	0,0	0,0	0,2	97,2	95,9	94,4	345.550
Quintil de riqueza												
Más bajo	81,4	423.695	83,7	14,9	0,8	0,1	0,4	0,1	97,3	93,5	92,5	345.092
Bajo	85,6	339.071	89,1	9,6	1,0	0,0	0,3	0,0	98,2	96,4	94,4	290.255
Medio	90,4	273.463	85,2	13,5	1,0	0,0	0,0	0,3	97,0	96,6	93,5	247.265
Alto	87,8	219.005	85,6	13,8	0,6	0,0	0,0	0,0	98,1	95,0	93,3	192.396
Más alto	92,0	150.577	82,1	16,5	1,3	0,0	0,0	0,0	99,3	98,8	94,7	138.501
Grupo de edad												
13-49	86,3	1.405.811	85,4	13,4	0,9	0,0	0,2	0,1	97,8	95,7	93,5	1.213.510

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

En el Gráfico 8.9. se muestra que el 85,4 % de las mujeres entrevistadas fueron evaluadas por médico(a) antes del alta y un 13,4 % por enfermero(a), lo que da cuenta del acceso a atención calificada antes del alta, como lo recomienda la normatividad nacional vigente.

Gráfico 8.9.

Porcentaje de mujeres en posparto examinadas por profesional de medicina antes de la salida de la hospitalización



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.4.2. Atención ambulatoria posparto

De las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los últimos cinco años previos a la ENDS 2025, el 81,9 % recibió control médico posparto, con diferencias según la edad de la gestante. De este grupo, las mujeres menores de 15 años al momento del parto presentaron un porcentaje menor de revisión, con 69,4 %.

Se identificaron diferencias importantes en atención posparto cuando este se produjo en un establecimiento de salud (82,6 %) o si ocurrió en otro lugar (22,4 %). Sin embargo, no se presentaron diferencias marcadas en la atención posparto para residentes en zonas urbanas (83,4 %) en comparación con las de

zonas rurales (78,1 %). Asimismo, se observó un gradiente por nivel de educación, así: las mujeres sin educación reportaron un 66,9 % del acceso y las que cuentan con educación superior un 84,3 %. Por quintil de riqueza, el más bajo tuvo un menor porcentaje de control posparto (75,6 %) (ver Gráfico 8.10.). Estos datos evidencian las inequidades que aún enfrentan las mujeres y sus hijo(as) después del parto. Si bien han mejorado los porcentajes con respecto al 2015, aún persisten brechas en el acceso a la consulta posnatal en grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.

La región de la Orinoquía y Amazonía (69,7 %) se encuentra en desventaja cuando se compara con las demás, cuyos niveles estuvieron cerca del promedio nacional.

Las guías de atención consideran la atención por parte de profesionales calificados como médico(a) o enfermero(a). En ese sentido, se alcanzó dicha atención en el 99,3 % para todas las características individuales y contextuales observadas. El 93,3 % de las madres fueron atendidas por médico(a) durante su primer control posparto, con porcentajes muy homogéneos por características individuales, como quintil de riqueza, zona de residencia, lugar del parto, edad de la madre al nacimiento y orden de nacimiento. El valor más bajo se observó en las mujeres de 45 a 49 años al momento del parto. Por región, los niveles de atención por médico(a) oscilaron entre 90,0 % en la región Pacífica y 94,1 % en la Central.

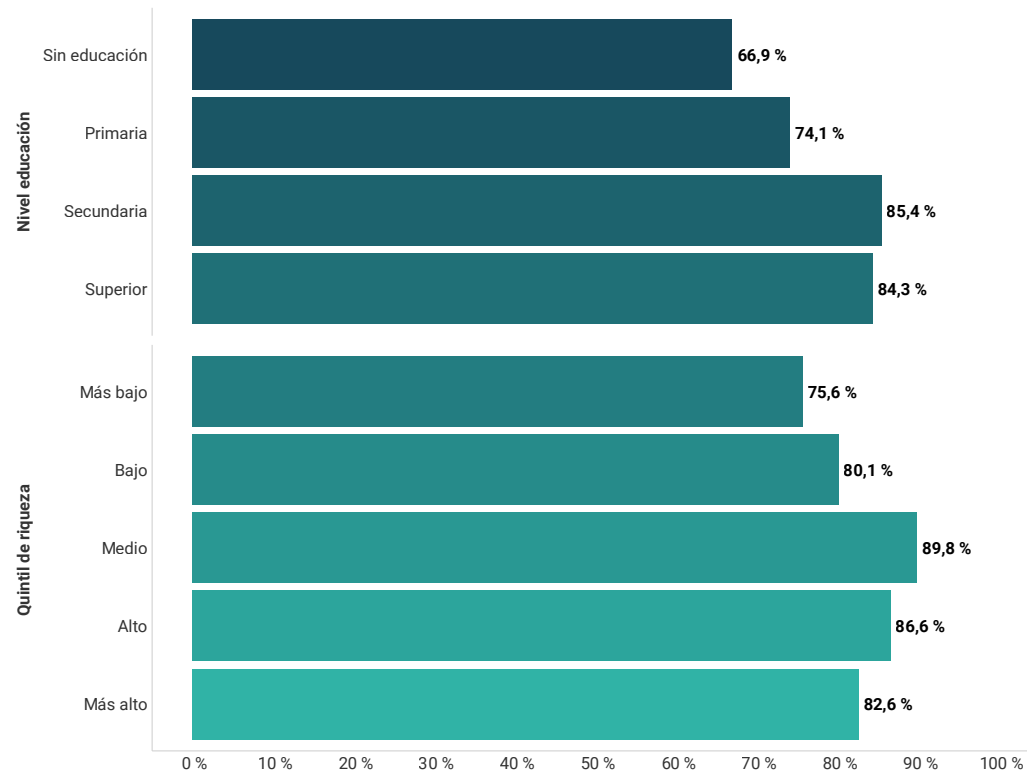
La revisión de las mujeres se realizó en una institución de salud en un 99,2 %. El 61,2 % de estas revisiones ocurrieron en hospitales públicos y un 0,8 % se hicieron en casa (situación que posiblemente fue impulsada durante la pandemia por COVID-19). Al evaluar la atención en hospital público por quintil de riqueza se observó un gradiente descendente a medida que esta aumentó. En zonas urbanas y rurales predominó la atención en hospital público (57,3 % y 71,8 %, respectivamente) (ver Tabla 8.25.). Por regiones, Orinoquía y Amazonía mostró que un 82,9 % de las revisiones suceden en hospitales públicos. Estos resultados apoyan la necesidad del fortalecimiento de la red pública de atención en salud para garantizar atención integral en el posparto y que esta sea asignada antes del alta hospitalaria.

Tabla 8.25. Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por control posparto después del nacimiento de su último hijo(a), por persona que atendió el control posparto y lugar de atención

Característica	Mujeres con control médico posparto	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Profesional que atendió el control puerperal						Dónde tuvo lugar este chequeo						Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años con cita posparto
			Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería	Partera, comadrona, médico(a) tradicional indígena	Trabajador o gestor comunitario	Otro	Hospital, centro o puesto de salud público	Clínica privada	IPS o centro de atención de su EPS	Su hogar	Cooperante internacional	Otro	
Edad al nacimiento															
10-14	69,4	23.638	95,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	61,1	5,8	33,1	0,0	0,0	0,0	16.403
15-19	79,8	284.057	93,1	6,5	0,2	0,0	0,0	0,1	68,2	2,4	29,0	0,3	0,0	0,1	226.559
20-24	77,1	435.011	93,1	5,8	0,9	0,1	0,0	0,1	65,8	3,9	30,0	0,2	0,0	0,1	335.571
25-29	84,8	325.398	94,8	4,5	0,3	0,0	0,0	0,3	60,3	7,1	31,6	0,9	0,0	0,1	276.011
30-34	88,1	195.586	92,8	6,4	0,0	0,3	0,0	0,4	51,4	10,7	35,0	2,9	0,0	0,0	172.269
35-39	87,8	109.227	90,1	9,6	0,0	0,2	0,0	0,0	50,3	4,9	44,6	0,2	0,0	0,0	95.908
40-44	87,5	31.828	96,8	2,8	0,2	0,0	0,0	0,2	52,7	1,5	45,6	0,0	0,0	0,2	27.865
45-49	100,0	1.066	28,4	71,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.066
Orden de nacimiento															
1	80,1	651.615	93,5	5,9	0,1	0,2	0,0	0,2	59,9	5,6	33,8	0,6	0,0	0,1	521.863
2-3	84,2	669.233	93,1	6,1	0,7	0,0	0,0	0,2	60,9	5,7	32,4	0,9	0,0	0,1	563.335
4-5	81,6	72.080	93,6	6,3	0,0	0,0	0,0	0,1	73,7	2,2	23,3	0,7	0,0	0,1	58.848
6+	59,0	12.883	90,7	6,4	0,0	2,9	0,0	0,0	68,5	0,0	28,6	2,9	0,0	0,0	7.606
Lugar del parto															
Establecimiento de salud	82,6	1.388.904	93,3	6,0	0,4	0,1	0,0	0,2	61,1	5,5	32,6	0,8	0,0	0,1	1.147.871
En otro lugar	22,4	16.907	89,1	10,9	0,0	0,0	0,0	0,0	84,0	0,9	15,0	0,0	0,0	0,0	3.782
Zona															
Urbana	83,4	1.017.211	93,9	5,4	0,4	0,1	0,0	0,2	57,3	6,7	35,2	0,7	0,0	0,1	848.067
Rural	78,1	388.600	91,7	7,7	0,3	0,3	0,0	0,0	71,8	2,0	25,2	0,9	0,0	0,0	303.585
Región															
Atlántica	84,0	587.037	94,0	4,8	0,7	0,3	0,0	0,2	61,7	5,4	32,5	0,3	0,0	0,1	492.911
Oriental	79,4	211.515	94,0	5,8	0,0	0,0	0,0	0,2	59,9	6,1	32,9	0,9	0,0	0,2	167.954
Central	87,1	161.646	94,1	5,0	0,5	0,0	0,0	0,4	58,4	3,0	36,7	1,9	0,0	0,0	140.809
Bogotá	83,0	153.281	93,2	6,8	0,0	0,0	0,0	0,0	50,9	11,3	37,8	0,0	0,0	0,0	127.237
Pacífica	78,9	207.204	90,0	9,6	0,3	0,0	0,0	0,0	63,2	3,5	31,9	1,5	0,0	0,0	163.415
Orinoquía y Amazonía	69,7	85.127	92,5	7,3	0,1	0,0	0,0	0,2	82,9	2,8	13,0	1,2	0,0	0,0	59.326
Nivel educativo															
Sin educación	66,9	14.648	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,2	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	9.804
Primaria	74,1	375.379	91,3	8,5	0,0	0,1	0,0	0,1	73,5	1,5	23,5	1,4	0,0	0,1	278.143
Secundaria	85,4	643.686	92,7	6,2	0,8	0,2	0,0	0,1	63,1	4,0	32,3	0,5	0,0	0,0	550.018
Superior	84,3	372.098	95,9	3,8	0,0	0,0	0,0	0,3	45,6	11,6	42,0	0,7	0,0	0,1	313.688
Quintil de riqueza															
Más bajo	75,6	423.695	90,4	8,9	0,3	0,2	0,0	0,1	74,7	2,3	21,3	1,5	0,0	0,1	320.464
Bajo	80,1	339.071	93,1	6,1	0,8	0,0	0,0	0,1	67,7	5,3	26,3	0,6	0,0	0,1	271.646
Medio	89,8	273.463	95,2	4,1	0,4	0,2	0,0	0,2	57,6	3,6	38,6	0,2	0,0	0,0	245.641
Alto	86,6	219.005	95,2	4,5	0,0	0,0	0,0	0,3	47,1	5,1	47,4	0,4	0,0	0,0	189.598
Más alto	82,6	150.577	94,5	4,8	0,4	0,0	0,0	0,3	40,4	18,3	40,4	0,7	0,0	0,3	124.305
Grupo de edad															
13-49	81,9	1.405.811	93,3	6,0	0,4	0,1	0,0	0,2	61,2	5,5	32,5	0,8	0,0	0,1	1.151.653

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Gráfico 8.10.
Porcentaje de mujeres con hijos(as) recién nacidos que recibieron atención de control ambulatorio del posparto



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.4.3. Complicaciones del puerperio

La Tabla 8.26. permite observar los problemas posparto más frecuentes relatados por las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los últimos cinco años previos a la ENDS 2025. Entre ellos, sobresale el sangrado intenso de la vagina (10,3 %), seguido del ardor y dolor para orinar (10,2 %), las infecciones genitales (7,2 %) y la depresión posparto (6,2 %). Aunque esta última fue la condición más

mencionada por las mujeres en la ENDS 2015, registra un descenso durante los últimos quince años, pasando de 12,9 % en 2010 y de 11,3 % en 2015, a 6,2 % en 2025.

Al analizar el síntoma ardor o dolor al orinar, se encontraron diferencias por nivel de educación de la madre y quintil de riqueza. Este fue relatado con mayor frecuencia por las mujeres con nivel educativo superior (12,6 %) y por las mujeres del quintil de riqueza más alto (16,6 %). Con respecto a zonas geográficas, hubo una mayor frecuencia en la región Oriental, con 14,1 %.

De otro lado, el sangrado intenso por la vagina es un indicador muy importante en la evaluación durante el seguimiento de las gestantes o mujeres en el puerperio. Esto se debe a que las hemorragias posparto se encuentran entre las principales complicaciones que ocurren durante las primeras horas después del parto y a que pueden ocasionar la muerte de la mujer. Al analizar este síntoma, se observó un porcentaje un poco mayor en el grupo de mujeres de 30 a 34 años al nacimiento (15,2 %). Por nivel de educación, los porcentajes más altos correspondieron a las mujeres con educación superior (13,0 %). Con respecto al quintil de riqueza, se observó un mayor reporte entre aquellas que se ubicaron en el más alto; situación similar a lo encontrado en 2015, pero que contrasta con los hallazgos de la ENDS 2010 donde se evidenció el gradiente de mayor sangrado vaginal en el quintil de riqueza más bajo.

La depresión posparto, que exhibió un descenso con respecto a ENDS anteriores, aún está entre las primeras complicaciones manifestadas. Las mujeres de más de 45 años al momento del parto manifestaron mayor afectación que los demás grupos de edad, al igual que el grupo de mujeres que solo tiene un hijo(a). En cuanto al quintil de riqueza, predomina también el quintil más alto, con un 7,7 %; situación que pone de manifiesto la importancia de la salud mental en todos los sectores de la población. Por regiones, llama la atención que la Pacífica registró los niveles más altos de depresión (10,6 %) y Bogotá los más bajos (4,3 %).

Tabla 8.26.
 Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años, por problemas posparto específicos

Característica	Complicaciones 40 días posparto							Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años
	Sangrado intenso por la vagina	Desmayo o pérdida de conciencia	Fiebre o escalofríos	Dolor o ardor al orinar	Flujos o líquidos vaginales	Pérdida involuntaria de orina	Depresión posparto	
Edad al nacimiento								
10-14	1,2	0,3	0,3	0,3	5,8	0,1	3,2	23.638
15-19	11,8	3,1	4,6	13,1	9,9	3,8	6,5	284.057
20-24	9,3	2,6	5,4	10,6	6,5	3,9	7,7	435.011
25-29	9,0	1,0	3,2	8,9	4,4	3,0	5,8	325.398
30-34	15,2	2,7	2,0	9,6	10,5	0,6	4,6	195.586
35-39	9,0	2,5	3,5	9,0	7,5	2,1	4,1	109.227
40-44	6,1		2,4	3,1	2,7	0,9	5,3	31.828
45-49				71,6			71,6	1.066
Orden de nacimiento								
1	10,1	2,5	4,2	9,9	8,1	3,0	6,8	651.615
2-3	11,3	2,0	3,9	10,9	6,6	3,2	6,1	669.233
4-5	4,7	2,7	2,1	5,5	4,7	0,9	2,2	72.080
6+	1,1		3,7	10,1	11,5		5,6	12.883
Lugar del parto								
Establecimiento de salud	10,2	2,2	4,0	10,2	7,3	2,9	6,3	1.388.904
En otro lugar	20,2	2,4	0,3	3,0	4,6	2,1	2,0	16.907
Zona								
Urbana	10,8	2,2	3,6	10,2	7,4	2,4	6,0	1.017.211
Rural	9,0	2,4	4,9	10,0	6,9	4,4	7,0	388.600
Región								
Atlántica	8,8	2,1	4,3	6,8	5,2	3,6	5,7	587.037
Oriental	12,8	1,8	3,5	14,1	10,1	4,6	5,6	211.515
Central	11,3	2,3	3,2	13,5	8,4	1,9	5,6	161.646
Bogotá	10,5		1,3	11,0	7,7		4,3	153.281
Pacífica	11,8	4,7	6,2	12,7	9,5	2,7	10,6	207.204
Orinoquía y Amazonía	8,5	2,5	3,7	9,3	5,6	2,3	6,1	85.127
Nivel educativo								
Sin educación	7,8		1,0	4,4	2,0			14.648
Primaria	7,9	2,4	4,3	10,5	9,2	2,7	7,4	375.379
Secundaria	10,2	2,4	3,8	8,7	5,9	3,1	5,9	643.686
Superior	13,0	1,8	4,1	12,6	7,8	3,0	5,8	372.098
Quintil de riqueza								
Más bajo	8,7	2,1	4,5	9,8	6,4	4,1	6,0	423.695
Bajo	10,7	3,1	5,0	11,5	6,4	4,4	8,9	339.071
Medio	8,8	1,2	2,8	8,3	5,8	1,1	4,8	273.463
Alto	8,9	1,9	3,0	6,7	8,1	1,1	3,4	219.005
Más alto	18,5	3,0	3,9	16,6	13,0	2,3	7,7	150.577
Grupo de edad								
13-49	10,3	2,2	4,0	10,2	7,2	2,9	6,2	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.4.4. Información sobre anticoncepción, menstruación y actividad sexual posparto

De las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los últimos cinco años previos a la ENDS 2025, un 68,9 % recibió información sobre métodos anticonceptivos, lo que ocurrió con más frecuencia en el posparto (50,4 %). Lo anterior evidencia que, aunque hay ventanas de oportunidad para que las mujeres reciban información de métodos de anticoncepción en otros momentos, estas no se aprovechan.

Las encuestadas con más de seis hijo(as) recibieron información sobre anticoncepción posparto en menor proporción (39,3 %), a pesar de que este es un grupo de suma importancia para esta intervención (ver Tabla 8.27.). Asimismo, se identificó una brecha entre las mujeres sin educación, quienes están en situación de vulnerabilidad, con un 39,0 % comparadas con aquellas que cuentan con educación primaria (63,2 %), secundaria (68,5 %) y superior (76,4 %). Por quintil de riqueza, la diferencia entre el más alto y el más bajo es de 20,9 puntos porcentuales, lo que da ventaja a aquellas mujeres con mejor capacidad adquisitiva.

Solo el 47,9 % de las mujeres tuvo acceso inmediato a métodos de anticoncepción posparto, con comportamientos más o menos homogéneos según las características evaluadas. Las coberturas para anticoncepción inmediata en el posparto fueron menores para las mujeres con más de seis hijo(as) (30,9 %) y para las de zonas rurales (43,9 %). Por nivel de educación, se observó un gradiente que aumentó desde las mujeres sin educación (33,2 %) hasta las con nivel superior (50,7 %). Las del quintil de riqueza más bajo presentaron también los porcentajes más bajos (40,4 %) de inicio de método temprano de anticoncepción en el posparto.

Tabla 8.27.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años que recibieron información sobre anticoncepción posparto, por momento en el que recibieron la información, y porcentaje de mujeres que tuvieron acceso inmediato al método

Característica	Recibió consejería sobre métodos AC PP	Le dieron o le aplicaron el AC PP inmediato	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Consejería en métodos anticonceptivos			Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años que recibieron consejería sobre métodos AC
				En qué momento recibió la información			
				Antes del parto	En el momento del parto	En un control posparto	
Edad al nacimiento							
10-14	63,8	41,9	23.638	21,4	24,4	41,2	15.073
15-19	66,2	45,1	284.057	28,0	13,8	55,5	188.107
20-24	67,5	47,2	435.011	23,8	18,0	54,3	293.659
25-29	71,7	49,2	325.398	30,7	16,4	49,3	233.244
30-34	68,7	49,8	195.586	38,4	14,2	44,0	134.345
35-39	75,0	52,0	109.227	42,6	11,7	40,0	81.893
40-44	66,9	47,3	31.828	28,6	12,6	52,1	21.285
45-49	71,6	71,6	1.066	0,0	100,0	0,0	763
Orden de nacimiento							
1	69,5	44,5	651.615	25,3	13,7	56,7	452.993
2-3	69,0	50,9	669.233	34,4	17,3	44,8	462.041
4-5	67,0	53,6	72.080	31,6	21,9	43,3	48.268
6+	39,3	30,9	12.883	20,4	2,8	71,0	5.066
Lugar del parto							
Establecimiento de salud	69,6	48,4	1.388.904	30,0	15,8	50,4	966.811
En otro lugar	9,2	5,3	16.907	3,4	36,1	58,2	1.558
Zona							
Urbana	71,4	49,4	1.017.211	31,5	14,2	50,5	726.675
Rural	62,2	43,9	388.600	25,3	20,6	50,2	241.694
Región							
Atlántica	64,3	46,2	587.037	31,8	17,4	45,7	377.640
Oriental	68,4	47,9	211.515	33,5	15,2	50,0	144.755
Central	72,0	55,3	161.646	24,5	15,4	53,1	116.432
Bogotá	82,4	42,7	153.281	27,2	7,4	63,7	126.312
Pacífica	70,9	51,4	207.204	31,8	16,0	50,8	147.004
Orinoquía y Amazonía	66,0	46,3	85.127	21,0	25,3	46,6	56.226
Nivel educativo							
Sin educación	39,0	33,2	14.648	39,5	14,8	31,3	5.709
Primaria	63,2	46,9	375.379	28,1	19,0	47,5	237.341
Secundaria	68,5	47,2	643.686	27,7	15,6	53,4	441.065
Superior	76,4	50,7	372.098	34,8	13,5	48,6	284.254
Quintil de riqueza							
Más bajo	59,2	40,4	423.695	23,9	21,0	49,3	250.651
Bajo	69,8	51,6	339.071	33,6	18,3	43,4	236.693
Medio	73,3	52,1	273.463	27,3	18,1	51,9	200.459
Alto	73,0	51,6	219.005	33,1	7,5	56,3	159.920
Más alto	80,1	47,5	150.577	35,5	7,2	56,0	120.646
Grupo de edad							
13-49	68,9	47,9	1.405.811	29,9	15,8	50,4	968.369

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

AC: anticonceptivos. - PP: posparto.

Con respecto a la menstruación e inicio de relaciones sexuales en el posparto, en la ENDS 2015 no se indagó por este tópico. En la ENDS 2025, esta pregunta se hizo a las mujeres que iniciaron algún método de anticoncepción o planificación familiar. En la Tabla 8.28. se observa el retorno de la menstruación y el inicio de la actividad sexual después del parto. Los dos indicadores presentaron tendencias muy homogéneas, según las características evaluadas. Se encontró que el 86,8 % de las mujeres habían iniciado sus ciclos menstruales y el 88,1 % reiniciado la actividad sexual.

Tabla 8.28.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años que recibieron información sobre anticoncepción posparto, por menstruación e inicio de relaciones sexuales en el posparto

Característica	Menstruación posparto	Relaciones sexuales posparto	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años que recibieron consejería sobre métodos AC
Edad al nacimiento			
10-14	88,1	86,3	15.073
15-19	84,8	87,6	188.107
20-24	88,2	88,4	293.659
25-29	89,6	88,6	233.244
30-34	85,6	89,1	134.345
35-39	81,3	87,8	81.893
40-44	80,7	78,6	21.285
45-49	100,0	100,0	763
Orden de nacimiento			
1	85,6	85,0	452.993
2-3	87,7	90,6	462.041
4-5	89,3	93,2	48.268
6+	82,1	89,1	5.066
Lugar del parto			
Establecimiento de salud	87,0	88,3	966.811
En otro lugar	64,1	74,6	1.558
Zona			
Urbana	87,1	87,8	726.675
Rural	85,8	88,8	241.694
Región			
Atlántica	87,4	87,8	377.640
Oriental	90,1	89,1	144.755
Central	86,4	91,0	116.432
Bogotá	87,5	92,0	126.312
Pacífica	83,3	82,3	147.004
Orinoquía y Amazonía	82,2	88,9	56.226
Nivel educativo			
Sin educación	68,3	77,2	5.709
Primaria	83,8	87,9	237.341
Secundaria	87,3	86,4	441.065
Superior	89,7	91,7	284.254
Quintil de riqueza			
Más bajo	85,8	88,1	250.651
Bajo	84,8	84,3	236.693
Medio	88,9	90,5	200.459
Alto	90,4	91,7	159.920
Más alto	84,9	87,3	120.646
Grupo de edad			
13-49	86,8	88,1	968.369

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.4.5. Atención del recién nacido antes del alta

En la ENDS 2025 se evaluó la revisión del recién nacido antes del alta y las diferentes intervenciones realizadas al neonato, según las respuestas de las mujeres de 13 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los últimos 5 años. El 87,3 % manifestó que su hijo(a) fue evaluado después del nacimiento, sin diferencias importantes en cuanto a la edad de la madre al momento del parto, residencia en zonas urbanas o rurales, ni en las regiones del país. Con respecto a los quintiles de riqueza, se observó un gradiente favorable en las mujeres del quintil más alto, con una diferencia de 8,6 puntos porcentuales entre el quintil más bajo y el más alto. En los hijo(as) de las mujeres con mayor nivel de educación se reportó más frecuentemente la revisión, a diferencia de aquellas sin educación (91,9 % y 63,6 %, respectivamente). La evaluación del recién nacido fue realizada por personal médico en el 87,2 % de los casos y por enfermería en el 11,1 %. Las intervenciones reportadas fueron: evaluación del cordón umbilical, medición de la temperatura, explicación de signos de alarma y asesoría en lactancia, todas con un cumplimiento mayor del 95,0 % (ver Tabla 8.29.).

Tabla 8.29.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años cuyo recién nacido fue revisado antes del alta, por persona que revisó, por actividades realizadas e inicio de lactancia

Característica	Antes de dejar la institución donde nació, ¿alguien examinó el estado de salud del recién nacido?	Revisión del recién nacido				Quién revisó el estado de salud en ese momento						Otro	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años cuyo recién nacido recibió atención		El recién nacido recibió lactancia	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	
		Le examinó el muñón del cordón umbilical	Le midió la temperatura	Le habló sobre cómo reconocer si su bebé necesita atención médica inmediata	Le habló sobre la lactancia	Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería	Partera, comadrona, médico(a) tradicional indígena	Trabajador o gestor comunitario	5 años		recibió atención	últimos 5 años			
Edad al nacimiento																	
10-14	84,8	91,5	91,5	100,0	88,4	94,9	3,5	1,6	0,0	0,0	0,0		20.044	97,2		23.638	
15-19	84,2	97,6	98,0	96,3	97,4	87,7	9,9	2,4	0,0	0,0	0,0		239.236	95,5		284.057	
20-24	86,9	94,6	96,3	93,8	94,5	84,8	14,4	0,7	0,0	0,1	0,0		377.931	96,1		435.011	
25-29	88,2	97,3	98,4	96,7	95,4	89,4	8,5	1,9	0,0	0,0	0,2		287.036	94,5		325.398	
30-34	92,0	96,9	96,7	96,4	96,2	89,7	9,4	0,6	0,0	0,3	0,0		180.023	96,3		195.586	
35-39	89,6	93,9	97,9	97,0	98,2	85,4	10,5	3,4	0,0	0,0	0,7		97.815	97,0		109.227	
40-44	77,7	100,0	95,6	100,0	100,0	81,3	18,7	0,0	0,0	0,0	0,0		24.723	97,1		31.828	
45-49	71,6	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		763	71,6		1.066	
Zona																	
Urbana	88,6	96,4	97,7	95,6	95,7	88,0	10,2	1,6	0,0	0,1	0,1		900.800	95,4		1.017.211	
Rural	84,1	95,4	96,0	96,4	96,2	85,0	13,5	1,3	0,0	0,1	0,0		326.772	96,5		388.600	
Región																	
Atlántica	85,8	97,6	97,3	96,5	96,4	86,9	11,7	1,0	0,0	0,2	0,2		503.715	95,5		587.037	
Oriental	86,5	93,9	97,3	95,2	96,4	92,9	6,8	0,3	0,0	0,0	0,0		183.048	96,2		211.515	
Central	92,2	94,9	97,0	94,6	93,5	88,5	8,2	3,3	0,0	0,0	0,0		149.035	95,9		161.646	
Bogotá	89,3	94,6	100,0	97,3	95,9	86,9	9,8	3,4	0,0	0,0	0,0		136.918	96,0		153.281	
Pacífica	85,9	96,0	95,2	94,4	95,7	81,6	16,8	1,6	0,0	0,0	0,0		177.976	94,7		207.204	
Orinoquía y Amazonía	90,3	97,2	96,7	96,0	95,2	87,4	11,8	0,7	0,0	0,0	0,0		76.880	97,5		85.127	
Nivel educativo																	
Sin educación	63,6	92,7	92,7	92,6	92,7	79,9	20,1	0,0	0,0	0,0	0,0		9.320	96,1		14.648	
Primaria	83,5	95,0	95,8	95,4	94,6	85,8	13,0	1,1	0,0	0,1	0,0		313.283	94,9		375.379	
Secundaria	87,4	96,4	98,2	95,9	96,6	87,2	10,9	1,8	0,0	0,1	0,1		562.869	95,4		643.686	
Superior	91,9	96,9	97,1	96,2	95,8	88,9	9,4	1,5	0,0	0,0	0,2		342.100	97,1		372.098	
Quintil de riqueza																	
Más bajo	83,6	95,2	95,5	95,6	95,3	82,8	15,7	1,4	0,0	0,1	0,0		354.106	96,5		423.695	
Bajo	87,9	96,4	97,7	95,8	96,3	89,5	9,1	1,2	0,0	0,2	0,0		297.893	95,2		339.071	
Medio	90,6	98,5	98,7	97,2	97,2	87,3	11,1	1,2	0,0	0,0	0,5		247.724	94,9		273.463	
Alto	86,3	95,5	96,5	95,8	95,6	87,6	9,1	3,3	0,0	0,0	0,0		189.071	93,6		219.005	
Más alto	92,2	94,8	99,0	94,3	94,0	93,2	6,0	0,8	0,0	0,0	0,0		138.777	99,3		150.577	
Grupo de edad																	
13-49	87,3	96,1	97,2	95,8	95,8	87,2	11,1	1,5	0,0	0,1	0,1		1.227.571	95,7		1.405.811	

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.4.6. Atención del recién nacido después del alta

Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal son indicadores clave de la calidad de la atención en los servicios de salud que se brinda a gestantes y recién nacidos. Su resultado depende de variables como el acceso a servicios de salud materno-perinatales, las características sociales y de salud de la mujer, la calidad de los cuidados prenatales, la atención del parto y el puerperio, así como de la atención del recién nacido en el parto y el seguimiento posterior al alta hospitalaria.

En la Tabla 8.30., que muestra las frecuencias de la revisión del recién nacido luego del alta en 5 años previos a la ENDS 2025, se evidencia que solo el 63,1 % fueron evaluados posterior al egreso hospitalario. De este porcentaje, el 89,1 % fue evaluado por personal médico.

Esta evaluación del recién nacido es similar en las zonas urbanas y rurales, con diferencias en las regiones del país, así: 51,6 % en la Orinoquía y Amazonía, 58,2 % en Atlántico y 73,8 % en Bogotá. Aquellas mujeres del quintil más bajo de riqueza presentaron un menor porcentaje de atención de seguimiento del recién nacido. Asimismo, el Anexo 8.8. detalla el comportamiento de la revisión del recién nacido por departamentos, encontrando que Vichada y Quindío presentaron los porcentajes más bajos (26,9 % y 42,1%, respectivamente).

En la ENDS 2025 no es posible determinar el tiempo en que se realizó esta revisión por la forma en que se formuló la pregunta, lo cual dificulta determinar cómo se encuentra la implementación de la RIAMP en cuanto a cita de revisión neonatal después del egreso hospitalario, recomendada entre el tercer y quinto día.

Tabla 8.30.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años cuyo recién nacido fue revisado después del alta, por persona que revisó y el lugar de revisión

Característica	Revisión del RN luego del alta	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Quién revisó el estado de salud en ese chequeo o control					Dónde tuvo lugar este chequeo o control						Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años cuyo RN fue revisado después del alta
			Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería	Partera, comadrona, médico(a) tradicional indígena	Otro	Hospital, centro o puesto de salud público	Clínica privada	IPS o centro de atención de su EPS	Su hogar	Cooperante internacional	Otro	
Edad al nacimiento														
10-14	52,0	23.638	50,4	44,4	5,3	0,0	0,0	75,0	0,3	24,7	0,0	0,0	0,0	12.290
15-19	61,6	284.057	91,2	8,5	0,1	0,2	0,0	64,5	3,6	31,2	0,7	0,0	0,0	175.076
20-24	59,8	435.011	84,0	12,9	1,4	1,6	0,2	68,3	4,7	24,9	2,0	0,0	0,0	260.255
25-29	67,0	325.398	93,0	4,8	1,8	0,3	0,2	53,9	7,7	36,5	1,8	0,0	0,0	217.929
30-34	68,9	195.586	91,6	8,3	0,1	0,0	0,0	55,8	12,0	31,1	1,1	0,0	0,0	134.799
35-39	61,0	109.227	91,1	8,3	0,0	0,6	0,0	50,5	6,5	42,4	0,6	0,0	0,0	66.657
40-44	57,8	31.828	92,5	7,5	0,0	0,0	0,0	66,6	2,4	30,8	0,2	0,0	0,0	18.391
45-49	100,0	1.066	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.066
Orden de nacimiento														
1	62,9	651.615	89,2	9,5	0,3	0,9	0,0	59,1	6,3	33,0	1,6	0,0	0,0	410.169
2-3	63,8	669.233	88,5	9,3	1,7	0,3	0,2	60,9	6,8	31,1	1,2	0,0	0,0	426.902
4-5	61,5	72.080	94,1	5,9	0,0	0,0	0,0	75,5	3,7	19,8	0,8	0,0	0,1	44.322
6+	39,3	12.883	78,3	14,2	0,0	7,4	0,0	72,2	0,0	18,9	8,9	0,0	0,0	5.069
Lugar del parto														
Establecimiento de salud	63,4	1.388.904	89,4	9,3	0,9	0,3	0,1	61,0	6,4	31,6	1,1	0,0	0,0	880.675
En otro lugar	34,2	16.907	41,5	6,0	0,0	52,5	0,0	46,9	0,6	0,0	52,5	0,0	0,0	5.787
Zona														
Urbana	65,0	1.017.211	90,0	8,4	1,0	0,4	0,1	56,8	7,7	34,5	0,9	0,0	0,0	661.531
Rural	57,9	388.600	86,3	11,7	0,8	1,2	0,0	72,7	2,5	22,0	2,8	0,0	0,0	224.931
Región														
Atlántica	58,2	587.037	89,9	8,6	0,6	0,7	0,3	62,4	5,6	31,1	1,0	0,0	0,0	341.822
Oriental	67,1	211.515	91,1	7,1	0,0	1,8	0,0	59,8	9,5	27,8	2,9	0,0	0,0	141.994
Central	64,0	161.646	92,3	7,3	0,4	0,0	0,0	56,2	3,3	40,5	0,0	0,0	0,0	103.377
Bogotá	73,8	153.281	91,2	8,8	0,0	0,0	0,0	50,6	12,7	36,6	0,0	0,0	0,0	113.129
Pacífica	68,6	207.204	80,6	15,4	3,9	0,0	0,0	61,9	3,3	32,0	2,7	0,0	0,0	142.224
Orinoquía y Amazonía	51,6	85.127	90,6	7,7	0,3	1,4	0,0	86,5	3,0	8,0	2,5	0,0	0,1	43.916
Nivel educativo														
Sin educación	71,6	14.648	95,5	0,0	2,9	1,6	0,0	95,8	0,0	2,6	1,6	0,0	0,0	10.484
Primaria	58,5	375.379	87,4	10,7	1,2	0,5	0,2	74,3	0,9	23,6	1,1	0,0	0,0	219.607
Secundaria	63,8	643.686	88,0	11,0	0,8	0,1	0,1	63,7	5,2	30,2	0,9	0,0	0,0	410.703
Superior	66,0	372.098	92,0	5,5	0,9	1,6	0,0	42,5	13,5	41,4	2,6	0,0	0,0	245.668
Quintil de riqueza														
Más bajo	56,4	423.695	85,4	12,5	1,1	1,1	0,0	75,7	2,5	19,2	2,6	0,0	0,0	239.138
Bajo	60,8	339.071	88,4	10,6	0,8	0,2	0,0	69,0	5,9	24,6	0,5	0,0	0,0	206.301
Medio	69,4	273.463	91,8	7,2	0,7	0,0	0,2	56,2	4,6	38,3	0,9	0,0	0,0	189.846
Alto	62,7	219.005	89,8	8,3	1,5	0,0	0,4	49,7	5,4	44,7	0,2	0,0	0,0	137.316
Más alto	75,6	150.577	92,5	4,8	0,5	2,3	0,0	36,2	19,4	41,4	3,0	0,0	0,0	113.862
Grupo de edad														
13-49	63,1	1.405.811	89,1	9,3	0,9	0,6	0,1	60,9	6,4	31,4	1,4	0,0	0,0	886.462

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

AC: anticonceptivos. - PP: posparto.

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

En relación con la perspectiva de género, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031(Ministerio de Salud y Protección Social, 2022) reivindica el ejercicio igualitario de los derechos sexuales y reproductivos, y la importancia de

las responsabilidades compartidas. Por consiguiente, es significativo reconocer al hombre como un sujeto con necesidades y expectativas en torno a la sexualidad y futura paternidad, y vincularlo de manera activa en la toma de decisiones informadas como pareja y familia.

Involucrar al hombre en el cuidado preconcepcional permite que sea consciente de su corresponsabilidad en el autocuidado y cuidado físico y mental, tanto suyo como de su pareja, que permita la consecución de una concepción sana y que facilite el ejercicio de una paternidad más incluyente, participativa y solidaria.

La ENDS 2025 analizó los datos con respecto al conocimiento del derecho y acompañamiento de los hombres en el proceso de atención en salud reproductiva de la pareja.

8.4.5.1. Conocimiento de la consulta preconcepcional y prenatal de sus parejas

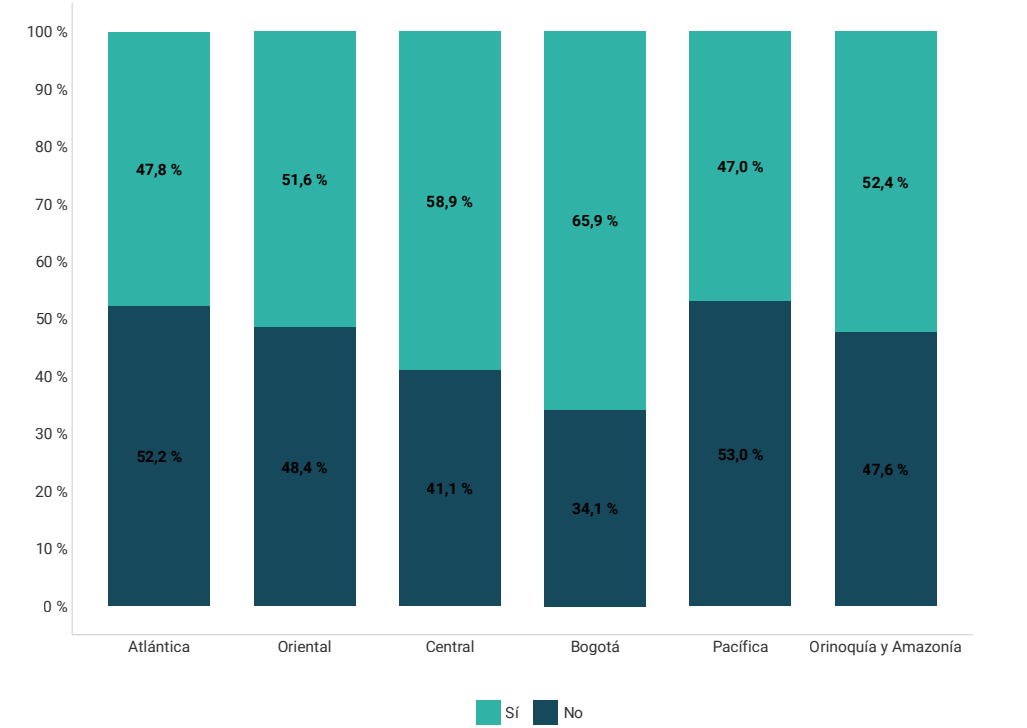
El 53,7 % de los hombres encuestados expresó conocer la existencia del derecho a la consulta preconcepcional (ver Tabla 8.31.). Los que residen en zonas urbanas presentaron un mayor conocimiento de este derecho, con un porcentaje de 58,5 %. Bogotá fue la región con mayor conocimiento (65,9 %) y la región Pacífica fue la del menor (47,0 %) (ver Gráfico 8.11.). En relación con la edad, los hombres entre los 45 y 49 años registraron mayor conocimiento del derecho (73,9 %), mientras que el porcentaje entre los hombres entre 50 y 54 años fue el menor 31,2 %). Igualmente, los hombres con un nivel educativo superior (70,3 %) y con quintiles de riqueza más alto (73,8 %) mostraron mayor conocimiento de esta consulta frente a aquellos sin educación (21,4 %) y con niveles más bajos de riqueza (41,5 %) (ver Tabla 8.31.).

El 85,5 % presentó conocimiento del derecho relacionado con la consulta prenatal. Al analizar los datos según la edad, se encontró que el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años reportó el mayor nivel de conocimiento, con un 95,6 %; mientras que los hombres de 55 a 59 años presentaron el porcentaje más bajo, con un 63,1 %. Así mismo, los hombres residentes en zonas urbanas mostraron un mayor conocimiento del derecho (87,9 %) en comparación con quienes viven en áreas rurales (80,1 %). Las regiones con mayor conocimiento fueron Bogotá y la Oriental, con porcentajes superiores al 90,0 %, mientras que la zona con menor conocimiento de la consulta prenatal fue la región Pacífica

(79,0 %). Los hombres con nivel superior de educación y de quintiles de riqueza altos mostraron mayores porcentajes de conocimiento frente a los demás grupos de cada categoría (ver Tabla 8.31.).

A pesar de que la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social establece como directriz la inclusión de los hombres, con el objetivo de promover un enfoque familiar y de cuidado que los involucre como actores clave en la atención materna, los resultados muestran que aún persiste un bajo nivel de conocimiento sobre este tema.

Gráfico 8.11.
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que saben que tienen derecho a la consulta preconcepcional



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 8.31.
Distribución porcentual de hombres de 13 a 59 años, por conocimiento del derecho a la consulta preconcepcional y del profesional de salud que les brindó la atención prenatal a sus parejas

Característica	Conocimiento de la consulta preconcepcional	Conocimiento del CPN	Población de hombres con hijo(as) menores de 2 años	Persona que realizó el control prenatal					Población de hombres con hijo(as) menores de 2 años que tuvieron CPN
				Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería	Comadrona, partera, médico(a) tradicional indígena	Otro	
Grupo de edad									
13-14	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
15-19	49,5	95,6	18.444	92,7	21,8	10,3	0,0	0,0	17.631
20-24	49,0	83,6	190.060	92,2	28,0	6,3	0,3	0,0	158.872
25-29	48,7	85,4	274.276	96,5	16,5	3,1	0,2	0,0	234.254
30-34	57,0	85,8	249.940	96,0	25,1	4,9	0,8	0,0	214.568
35-39	57,2	89,7	142.034	95,9	24,5	6,8	0,3	0,0	127.454
40-44	60,6	84,9	79.720	97,2	35,8	13,6	1,2	0,0	67.645
45-49	73,9	80,0	30.009	98,5	13,1	6,7	0,0	0,0	24.015
50-54	31,2	84,8	10.448	95,7	9,5	0,0	0,0	0,0	8.858
55-59	61,3	63,1	9.819	100,0	22,2	0,0	0,0	0,0	6.194
Zona									
Urbana	58,5	87,9	700.075	95,6	21,4	5,7	0,0	0,0	615.573
Rural	42,7	80,1	304.677	95,6	28,6	5,7	1,4	0,0	243.918
Región									
Atlántica	47,8	80,7	286.557	96,2	23,3	7,9	0,4	0,0	231.174
Oriental	51,6	92,1	152.156	98,2	24,8	10,8	0,0	0,0	140.145
Central	58,9	85,7	221.869	96,5	23,8	5,2	0,5	0,0	190.073
Bogotá	65,9	93,1	153.353	90,7	29,9	1,9	0,0	0,0	142.774
Pacífica	47,0	79,0	145.736	95,2	13,4	1,7	1,5	0,0	115.064
Orinoquía y Amazonía	52,4	89,3	45.080	96,4	23,7	3,0	0,4	0,0	40.260
Nivel educativo									
Sin educación	21,4	64,8	20.938	97,0	30,4	7,8	0,0	0,0	13.572
Primaria	40,4	79,7	284.261	95,6	24,4	4,8	0,9	0,0	226.637
Secundaria	54,5	87,5	453.734	94,4	26,1	5,6	0,3	0,0	396.902
Superior	70,3	90,5	245.818	97,5	17,4	6,8	0,3	0,0	222.379
Quintil de riqueza									
Más bajo	41,5	80,6	295.267	95,1	26,9	5,1	1,5	0,0	237.972
Bajo	52,7	80,3	210.882	96,0	21,1	7,5	0,1	0,0	169.378
Medio	46,8	85,1	186.418	95,2	21,4	5,4	0,0	0,0	158.579
Alto	67,0	94,6	177.710	93,9	22,9	6,5	0,0	0,0	168.189
Más alto	73,8	93,2	134.475	98,6	23,3	3,7	0,1	0,0	125.373
Grupo de edad									
13-49	53,8	85,8	984.484	95,5	23,6	5,8	0,4	0,0	844.439
50-59	45,8	74,3	20.268	97,5	14,7	0,0	0,0	0,0	15.052
13-59	53,7	85,5	1.004.752	95,6	23,5	5,7	0,4	0,0	859.491

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.4.5.2. Conocimiento de contenidos en el control prenatal

De los hombres con hijo(as) menores de 2 años, el 16,1 % manifestó haber sido informado sobre la existencia de un embarazo de alto riesgo, y el 69,0 % reportó que su pareja tuvo un embarazo normal (ver Tabla 8.32.).

Los hombres que acompañaron a sus parejas al CPN lo hicieron, en promedio, cuatro veces. Al indagar por el contenido proporcionado durante los CPN, el 80,5 % recibió información sobre los cambios físicos anormales en el embarazo, el 82,5 % sobre cambios psicológicos y emocionales, y el 81,0 % sobre signos de alarma (ver Tabla 8.32.).

Por zonas geográficas, se evidencia que los hombres que asistieron a los CPN en la región Pacífica refirieron recibir menor información sobre signos de alarma en la gestación (71,6 %), cambios físicos anormales (72,5 %) y cambios emocionales (75,3 %). Las regiones Central, Oriental y Bogotá son aquellas en que los hombres expresaron recibir mayor educación sobre estos temas.

Tabla 8.32.
Distribución porcentual de hombres de 13 a 59 años por información del alto riesgo del embarazo, cambios físicos y emocionales de su pareja, y por acompañamiento al menos una vez a los controles prenatales

Característica	Información de embarazo de alto riesgo					Población de hombres con hijo(as) menores de 2 años	Promedio de veces que el hombre acompañó a su pareja a los controles prenatales	Información en CPN acerca de la pareja			Población de hombres con hijo(as) menores de 2 años que acompañaron al menos a un control prenatal
	Sí, de alto riesgo	No, normal	No le informaron	No recuerda	No le interesa			Posibles cambios físicos anormales en su pareja	Posibles cambios emocionales en su pareja	Signos de alarma	
Grupo de edad											
13-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
15-19	12,0	50,5	27,0	10,5	0,0	18.444	2,9	84,5	73,2	67,6	15.473
20-24	14,7	72,9	4,6	7,2	0,5	190.060	4,2	78,4	78,8	79,5	142.540
25-29	16,7	67,2	7,8	8,1	0,2	274.276	4,3	79,1	84,8	85,2	217.054
30-34	15,9	70,0	6,5	7,1	0,5	249.940	4,2	82,1	82,7	75,7	202.552
35-39	17,6	69,1	7,3	5,7	0,4	142.034	4,4	82,4	82,7	86,2	118.290
40-44	20,5	64,2	4,4	10,2	0,7	79.720	3,3	85,4	84,1	78,1	53.446
45-49	10,9	74,4	5,7	9,1	0,0	30.009	3,9	68,4	84,6	94,8	20.445
50-54	8,5	63,0	2,7	25,8	0,0	10.448	3,8	64,1	69,4	50,9	6.754
55-59	6,0	83,4	7,3	0,3	3,1	9.819	2,7	100,0	97,8	97,8	3.437
Zona											
Urbana	17,4	69,3	6,4	6,6	0,3	700.075	4,3	81,5	84,0	82,8	563.193
Rural	13,3	68,4	7,6	10,0	0,7	304.677	3,7	77,8	78,7	76,5	216.797
Región											
Atlántica	14,7	67,6	4,9	11,6	1,1	286.557	3,9	81,6	80,3	86,2	198.383
Oriental	19,7	73,4	4,9	1,9	0,0	152.156	3,9	76,8	82,6	77,1	130.507
Central	18,2	66,5	7,1	8,2	0,0	221.869	4,5	84,6	83,5	82,9	172.791
Bogotá	8,6	76,7	10,8	3,9	0,0	153.353	4,5	82,9	89,4	81,7	139.712
Pacífica	21,1	62,7	7,9	7,7	0,6	145.736	4,1	72,5	75,3	71,6	107.798
Orinoquía y Amazonía	12,1	70,0	5,4	12,3	0,3	45.080	3,3	83,2	84,5	83,3	30.799
Nivel educativo											
Sin educación	20,0	61,4	4,2	7,8	6,6	20.938	2,6	56,7	56,7	54,7	10.058
Primaria	14,7	64,9	8,5	11,2	0,8	284.261	3,4	73,4	73,5	71,9	194.090
Secundaria	14,6	72,1	6,0	7,1	0,1	453.734	4,0	82,7	85,1	85,1	360.449
Superior	20,2	68,8	6,3	4,7	0,0	245.818	5,2	84,3	87,5	83,7	215.394
Quintil de riqueza											
Más bajo	14,1	65,6	8,4	11,1	0,8	295.267	3,7	77,8	78,1	76,6	212.300
Bajo	16,4	68,9	6,7	7,5	0,4	210.882	4,0	79,1	77,5	76,9	147.677
Medio	18,8	68,2	4,6	8,0	0,5	186.418	4,0	79,5	81,2	78,0	145.268
Alto	11,6	79,1	4,4	4,9	0,0	177.710	4,3	87,4	92,3	91,9	153.438
Más alto	22,5	64,4	9,5	3,6	0,0	134.475	5,1	79,4	85,5	83,5	121.307
Grupo de edad											
13-49	16,3	69,0	6,8	7,5	0,4	984.484	4,1	80,5	82,5	81,2	769.799
50-59	7,3	72,9	4,9	13,4	1,5	20.268	3,3	76,2	79,0	66,7	10.191
13-59	16,1	69,0	6,8	7,7	0,4	1.004.752	4,1	80,5	82,5	81,0	779.990

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

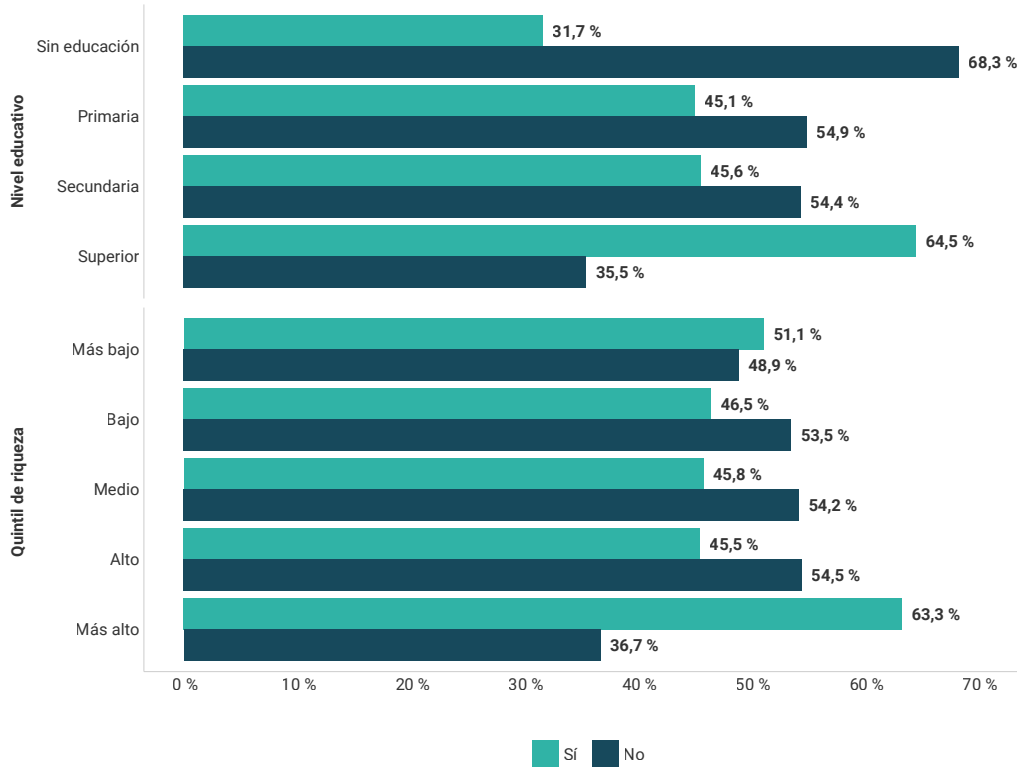
8.4.5.3. Acompañamiento a su pareja en el parto y posparto

De los hombres con hijo(as) menores de 2 años, el 49,8 % acompañó y participó activamente en el parto de su pareja (ver Tabla 8.33.). Esta participación fue más alta entre los adolescentes de 15 a 19 años (76,3 %).

Los hombres de zonas rurales tuvieron una participación del 50,7 % y los de las zonas urbanas del 49,4 %. Al analizar por regiones, los de la Oriental tuvieron mayor participación (59,0 %) en contraste con los de la Atlántica (43,0 %). El Gráfico 8.12. permite observar el acompañamiento al parto por nivel educativo y quintil de riqueza. El grupo de hombres sin educación presentó el porcentaje más bajo de acompañamiento.

Al indagar sobre la vinculación de los hombres a la cita posparto, se evidenció una participación del 80,2 %, consistente en los diferentes grupos de edad y zonas de residencia. Respecto a las regiones, Bogotá, Oriental y Central presentaron una participación superior al 80,0 % (ver Tabla 8.33.).

Gráfico 8.12.
Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que acompañaron a la madre de su hijo(a) durante el parto



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 8.33.
Distribución porcentual de hombres de 13 a 59 años que acompañaron a la madre de su hijo(a) durante el parto y al primer control posparto

Característica	Acompañó al parto	Acompañó a cita posparto	Población de hombres con hijo(as) menores de 2 años
Grupo de edad			
13-14	0,0	0,0	0
15-19	76,3	72,6	18.444
20-24	43,5	78,7	190.060
25-29	49,0	78,9	274.276
30-34	53,1	83,3	249.940
35-39	49,7	84,2	142.034
40-44	47,9	75,3	79.720
45-49	54,0	81,5	30.009
50-54	57,8	72,4	10.448
55-59	53,4	68,9	9.819
Zona			
Urbana	49,4	82,9	700.075
Rural	50,7	74,1	304.677
Región			
Atlántica	43,0	73,0	286.557
Oriental	59,0	83,4	152.156
Central	49,6	80,7	221.869
Bogotá	51,4	95,3	153.353
Pacífica	53,6	78,2	145.736
Orinoquía y Amazonía	45,2	68,0	45.080
Nivel educativo			
Sin educación	31,7	56,5	20.938
Primaria	45,1	69,7	284.261
Secundaria	45,6	81,3	453.734
Superior	64,5	92,3	245.818
Quintil de riqueza			
Más bajo	51,1	73,7	295.267
Bajo	46,5	72,4	210.882
Medio	45,8	82,0	186.418
Alto	45,5	86,8	177.710
Más alto	63,3	95,7	134.475
Grupo de edad			
13-49	49,7	80,4	984.484
50-59	55,7	70,7	20.268
13-59	49,8	80,2	1.004.752

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

8.5. Discusión

Los indicadores en salud materno-perinatal se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país (Cordovez *et al.*, 2015). Comprenden la atención integral a las mujeres antes y durante el embarazo, el parto y el posparto, así como el cuidado neonatal. Estos datos no solo reflejan el acceso a servicios de salud de calidad, sino también el progreso hacia la equidad en la atención en salud de madres y recién nacidos (You *et al.*, 2015; Sandoval-Vargas y Eslava-Schmalbach, 2013).

La ENDS 2025 se enfoca en procesos de atención a la preconcepción, control prenatal, parto, posparto, cuidado del recién nacido hasta los siete días de vida y el rol de los hombres en el proceso reproductivo, aportando elementos de análisis desde los determinantes sociales en salud y los derechos en salud sexual y reproductiva para entender el comportamiento de indicadores relacionados con los servicios de salud que brindan atención a gestantes y recién nacidos en el país, en el contexto de la implementación de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las demás normativas vigentes en el contexto nacional e internacional.

Es la primera vez que en una ENDS se pregunta acerca de la atención preconcepcional, la cual marca una de las herramientas fundamentales cuando se habla de empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades alrededor del proceso de salud reproductiva. La ENDS 2025 evidencia que cerca de la mitad de las mujeres no conocen el derecho a esta atención y que un porcentaje aún menor asiste a la consulta. Estos hallazgos se asemejan a los reportados por la OMS en el 2022, y a los hallazgos de Salazar *et al.* en un grupo de mujeres bogotanas, el cual presenta porcentajes de asistencia a la consulta preconcepcional del 15,7 %, y que es menor en adolescentes (OMS, 2022; Salazar *et al.*, 2023). La consulta preconcepcional tiene un impacto positivo en las mujeres en edad fértil, y se convierte en la mejor estrategia para identificar y modificar los riesgos en salud que puede traer una gestación (Nascimento *et al.*, 2019).

Se estima que un porcentaje considerable de las gestantes presentan problemas de salud previos, lo cual puede agravar el embarazo y poner en riesgo la

vida de la madre, el feto o ambos (Lau López *et al.*, 2013). En la ENDS 2025 se evidenció que el 13,8 % de las mujeres tenía enfermedades antes de embarazarse. Entre estas afecciones, las del sistema genitourinario fueron las que más se informaron, seguidas por las del sistema endocrinológico, las del circulatorio y las de la sangre, como la anemia. Este dato es contrario al de otros países. Por ejemplo, en Cuba, un estudio de 153 mujeres reportó que la anemia fue la enfermedad no transmisible más prevalente entre las mujeres que asistieron a consulta preconcepcional (Cordovez *et al.*, 2015).

El CPN es un componente esencial para garantizar el bienestar de las mujeres embarazadas y sus fetos. Con relación a los resultados obtenidos en la ENDS 2015, se evidencia que a nivel nacional la cobertura disminuyó de 97,6 % a 94,0 % en 2025 (es muy factible que tanto la pandemia por COVID-19 como el impacto de la migración al país contribuyeran con esta reducción). El CPN brindado por parte de profesional calificado (médico(a) y/o enfermero(a)) a madres gestantes durante los últimos cinco años presenta un descenso del 97,5 % en la ENDS 2015 a 93,4 % en la ENDS 2025. Los grupos con menos impacto en esta reducción son el de mayor nivel educativo y el del quintil más alto de riqueza, tendencia que ha persistido desde las ENDS del 2010 y del 2015. La cobertura del CPN es inversamente proporcional al número de hijos, comportamiento también similar al de las dos ENDS previas. La región Pacífica presenta los indicadores menos favorables en cobertura de CPN. Al ver esta disminución del indicador de cobertura, es necesario preguntarse cuáles son las barreras implicadas en la reducción observada.

La ENDS 2025 indaga por primera vez sobre las barreras de acceso en las mujeres que no realizaron CPN. El estudio revela que la principal es la distancia o las dificultades geográficas, que es más frecuente entre mujeres residentes en zonas rurales, aquellas sin educación y las del quintil más bajo de riqueza, seguida por la no afiliación al sistema de salud. Otras barreras están directamente relacionadas con la mujer, tales como: gustos, falta de dinero, creencias y/o cosmovisiones diferentes e, incluso, situaciones de miedo y temor. Guerra *et al.*

(2025) realizaron un estudio de los desafíos en la implementación de programas de atención prenatal de calidad en América Latina que consolidó un grupo de barreras comunes en todos los países de la región, cuyos hallazgos son similares a los de la ENDS 2025, con mayor repercusión en mujeres en situación de vulnerabilidad y residentes de zonas rurales. Estos resultados también son congruentes con los hallazgos de Barros (2021), cuyo estudio, además, evalúa el impacto de dichas barreras en resultados obstétricos. Por lo tanto, los esfuerzos del gobierno deben centrarse en facilitar condiciones de acceso, gestionando con los actores responsables las barreras para acceder al CPN. De esta manera, se garantizarán las atenciones y condiciones de calidad definidas para avanzar en el cumplimiento de metas de orden nacional e internacional, mediante un trabajo articulado que logre mejorar la salud materno-perinatal.

El porcentaje de mujeres que realizaron más de cuatro CPN en la ENDS 2025 es inferior a lo encontrado en la ENDS 2015 (79,7 % vs. 89,7 %). Asimismo, la encuesta de 2025 muestra que las mujeres residentes en zonas urbanas tuvieron más de cuatro CPN que las de zonas rurales. Es importante resaltar que en la ENDS 2025 hay una disminución de la brecha entre ambas zonas con respecto al 2015. El ingreso oportuno al CPN fue mayor en mujeres de zonas urbanas en comparación con las de zonas rurales, similar a lo que ocurrió en las ENDS previas. El porcentaje general de ingreso temprano al CPN en la ENDS 2025 (71,9 %) fue inferior al reportado en la ENDS 2015 (77,9 %), alejándose aún más de la meta que se propuso en el PDSP 2011-2021. La mediana de meses de ingreso al CPN de las mujeres que ingresaron temprano ha mostrado una disminución constante a lo largo de las ENDS. En 2010 fue 2,7 meses; en 2015, de 2,5 meses, y en 2025, de 2 meses.

Otra de las variables nuevas en la ENDS 2025 es el porcentaje de mujeres que recibieron información durante el CPN con respecto a la atención del parto respetado y algunos de sus principios. Esto permite conocer los avances en este tema, considerando las definiciones de la Resolución 3280 de 2018 y la entrada en vigor de la Ley 2244 de 2022. Se evidencia que el 71,6 % de las mujeres

recibieron esta información, con una disminución importante entre aquellas sin educación y en el quintil más bajo de riqueza. La cobertura en información acerca de este tema debe reforzarse debido que es reconocida como una intervención con potencial impacto positivo en el temor de la mujer frente al parto vaginal doloroso y/o con medidas innecesarias (Fabbro et al., 2022). Igualmente, se debe procurar una atención prenatal humanizada que facilite la adherencia a todo el proceso de atención materno-perinatal, en particular la articulación con el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, que tuvo muy bajos porcentajes de asistencia. Jimeno et al. (2022), en una revisión del estado del arte de la humanización de la atención prenatal en América Latina, resaltan el papel protagónico de la gestante como el punto de partida para la atención prenatal humanizada, con impacto positivo sobre la satisfacción de las gestantes y los resultados maternos. Los espacios dentro del curso de preparación para la maternidad y la paternidad permiten fortalecer el vínculo de la gestante y su pareja con ese “nuevo ser”, además de brindar contenidos esenciales con respecto al proceso reproductivo y, en general, en relación con el cuidado.

El embarazo de alto riesgo fue informado a un 24,2 % de las mujeres y se vinculó principalmente a enfermedades relacionadas con condiciones de la madre. Estos datos concuerdan con las estadísticas de la OMS, según las cuales aproximadamente una quinta parte de las mujeres son clasificadas como de alto riesgo por condiciones maternas (WHO, 2018).

En la ENDS 2025 se indaga por primera vez sobre la valoración por nutrición de las mujeres gestantes. Se encontró un porcentaje de asistencia del 88,0 %, con cifras más bajas en las menores de quince años. En este grupo deben reforzarse las prácticas de buena alimentación para mejorar resultados perinatales, toda vez que el estado nutricional materno de una adolescente es fundamental para un apropiado desarrollo del feto y es un factor determinante en el estado nutricional del recién nacido (Lliguicota Guamán, et al., 2021).

El tétanos materno y neonatal son infecciones bacterianas potencialmente graves que afectan a mujeres embarazadas o recién nacidos. Aunque la

prevalencia de estas enfermedades ha disminuido notablemente alrededor del mundo, llama la atención el descenso en la cobertura nacional de vacunación contra el tétanos durante la gestación, una tendencia observada en las ENDS desde hace 25 años.

La cobertura pasó del 87,7 % en el año 2000 y del 81,2 % en 2015, a solo un 61,4 % en 2025. Sin embargo, vale la pena aclarar que esta cifra se refiere únicamente a la aplicación durante el periodo gestacional, sin indagar por antecedentes vacunales.

Es importante conocer las causas por las cuales se presenta dicha tendencia. Un estudio de Ochoa Gelvez (2023) sobre las barreras para la vacunación en gestantes, realizado en 19 municipios de Colombia, encontró que la falta de información y la preocupación por los efectos secundarios fueron las más importantes. Por lo tanto, se deben fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación para promover la vacunación segura durante el embarazo, y priorizar las intervenciones de demanda inducida.

Respecto al uso de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillo, la ENDS evidencia una disminución en el consumo de alcohol en comparación con la encuesta de 2015. En relación con el consumo de cigarrillo, se observa una tendencia a la disminución durante el embarazo, con una caída progresiva del 1,0 % cada 5 años desde la ENDS 2010. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, el 0,1 % de las encuestadas reportó consumo de marihuana.

Los resultados de la ENDS 2025 muestran avances significativos en la atención institucional del parto en Colombia con una cobertura del 98,8 %, la cual supera las metas establecidas en el PDSP 2011-2021. Una de las principales mejoras es el acceso a la atención por talento humano calificado, especialmente en grupos históricamente vulnerables, como mujeres sin educación y del quintil más bajo de riqueza. Sin embargo, persisten brechas considerables en ciertos grupos: las mujeres con más de seis hijo(as), las residentes en zonas rurales y aquellas con menor nivel educativo, quienes presentan porcentajes de partos institucionales y atención médica profesional por debajo del promedio nacional. Esto

es consistente con hallazgos en otros países de la región, como Perú y Bolivia, donde el acceso a la atención materna sigue estando condicionado por factores socioeconómicos y geográficos (Hernández-Vásquez *et al.*, 2022; Paulino *et al.*, 2019). No obstante, es importante resaltar la reducción de la brecha rural-urbana en la atención institucional del parto. Esta se ubicó en 9,4 % en 2015 y en 2,4 % en 2025; tendencia positiva que contrasta con el estancamiento reportado en otros países de América Latina. Chocó, Vichada y Amazonas son los departamentos que más parto no institucional reportan, pero se observa una gran disminución de parto en el hogar en Vaupés. Por lo tanto, es relevante direccionar estrategias para aumentar la cobertura para la atención del parto en establecimientos de salud y por personal calificado.

En cuanto a las complicaciones durante el parto, los hallazgos de la ENDS 2025 destacan una reducción en la frecuencia de hemorragia y trabajo de parto prolongado en comparación con la ENDS 2015. Sin embargo, el incremento de signos de sepsis materna, de 3,8 % en 2015 a 6,8% en 2025, es un aspecto que merece atención y podría estar influenciado por factores como el impacto pospandemia del COVID-19 en la salud materna, un patrón también observado en estudios recientes en Brasil (Carvalho *et al.*, 2024). En contraste, la proporción de cesáreas disminuyó de 43,2 % en 2015 a 35,4 % en 2025, lo que representa una posible estabilización en la “sobreutilización” de esta práctica y se alinea con las recomendaciones internacionales para reducir cesáreas innecesarias (Carrillo-Aguirre *et al.*, 2020). Sin embargo, las mayores tasas de cesárea en mujeres de la región Atlántica sugieren que persisten patrones particulares en la provisión de servicios obstétricos en los que se debe profundizar mediante investigaciones específicas. Este fenómeno también ha sido reportado en otros países de América Latina y el mundo (Shibre *et al.*, 2020).

La ENDS 2025 también indaga por primera vez acerca del trato respetuoso recibido durante la atención del parto. Un 84,0 % de las mujeres manifestaron sentirse tratadas con respeto, una situación favorable que evidencia el esfuerzo

en el cumplimiento de recomendaciones nacionales e internacionales (Congreso de la República, 2022; WHO, 2018).

La reducción general de los partos prematuros, del 13,3 % en 2015 al 9,7 % en 2025, y en la brecha urbano-rural, indica que las intervenciones en salud materna han mejorado en diferentes contextos. Sin embargo, es preocupante que ciertos grupos, como las mujeres mayores de 40 años, sigan presentando tasas elevadas de prematuridad y bajo peso al nacer, lo que coincide con patrones observados en estudios europeos (Ravelli *et al.*, 2020). Algunos factores asociados al parto pretérmino, como el tabaquismo y la edad materna al momento del nacimiento, pueden ser modificados mediante una mejor gestión de la atención médica, educación o intervenciones de salud pública, pero es fundamental reconocer que existen múltiples factores biológicos, muchos de ellos aún desconocidos, que representan un desafío para la prevención y el manejo de esta condición. Por ello, se requiere un enfoque más intensivo en la investigación de estos factores, con el fin de desarrollar estrategias más efectivas para reducir la incidencia del parto pretérmino y sus complicaciones.

La atención posparto es crítica y a menudo subestimada, pese a que la mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto (WHO, 2022). En la ENDS 2025 se interroga acerca de la evaluación antes del egreso hospitalario después del parto, que alcanzó un 86,3 %, con porcentajes menos favorables para adolescentes, mujeres con más de seis hijo(as), sin educación y del quintil más bajo de riqueza. Estos resultados se asemejan al estudio sobre el posparto realizado por Interrante *et al.* (2022) en una población de los Estados Unidos, en la cual se observaron desigualdades en la atención por raza, ubicación geográfica y tipo de aseguramiento.

La toma de presión arterial, la revisión de sangrado vaginal y la educación en lactancia tuvieron porcentajes superiores al 90,0 % (este indicador no se analizó en 2015). Vale la pena reforzar que la normatividad en Colombia recomienda una vigilancia estricta en el puerperio inmediato, para reconocer oportunamente

complicaciones que pueden conducir a situaciones graves y hasta la muerte (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Se observa un aumento en la cobertura en la cita de control ambulatorio posparto, pasando del 77,5 % en la encuesta de 2015 al 81,9 % en la ENDS 2025. En el análisis por características establecidas, se observan tendencias muy similares a las del 2015, donde los porcentajes más bajos están en las mujeres adolescentes, aquellas con más de seis hijo(as), sin educación y en el quintil más bajo de riqueza. Vale la pena resaltar que se evidencia una disminución de la brecha por zona de residencia. En 2015, la diferencia fue de 18 puntos porcentuales entre la zona urbana y rural, y en 2025 de tan solo 5,3 puntos, situación que posiblemente refleja mejores índices de cobertura en la ruralidad.

En cuanto a las complicaciones, la depresión posparto continúa en descenso y pasa al cuarto lugar. Sin embargo, no se debe dejar de lado la salud mental, dado que en la actualidad se han recrudecido este tipo de problemas. En un análisis epidemiológico de prevalencias, se informa que entre un 6,9 % y un 12,9 % de las mujeres presentan depresión posparto (Contreras-Carretero *et al.*, 2022), cifra cercana al valor que arrojó esta encuesta (6,2 %). Igualmente, es importante resaltar que el riesgo de depresión posparto está influenciado por determinantes sociales. Minotta Rivera *et al.* (2024) describen que en Latinoamérica se identifican múltiples variables, entre las que se incluyen extremos de edad, nivel socioeconómico, escolaridad, pobre control prenatal, número de gestaciones, poco acceso a los servicios de salud, raza e historia familiar de problemas de salud mental, entre otros. Estos datos son congruentes con lo hallado en la ENDS 2025, donde se aprecia que la edad, menor número de hijo(as) y quintil de riqueza más alto se encuentran con más frecuencia en las mujeres con depresión posparto.

El porcentaje de mujeres que recibieron consejería en anticoncepción aumentó de 52,6 % en 2015 al 68,9 % en 2025. Sin embargo, el inicio de un método anticonceptivo inmediato al parto presentó un descenso de 62,5 % a 47,9 % (disminución de 14,6 puntos porcentuales). Este dato contrasta con lo

definido en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se observan porcentajes más bajos en mujeres sin educación, del quintil más bajo de riqueza y en residentes en áreas rurales. Pucha (2024) señala que en América Latina y en Colombia persisten los mitos en relación con el uso de métodos anticonceptivos posparto en poblaciones vulnerables, como el implante subdérmico y el dispositivo intrauterino, que son los más recomendados en el posparto cuando no hay ninguna contraindicación.

El reinicio de los periodos menstruales y la actividad sexual en el posparto fue un nuevo indicador evaluado. Se encontró que el 86,8 % de las mujeres habían retornado con sus ciclos y un 88,1 % habían reiniciado la actividad sexual, cifras que constituyen un indicador importante para el alargamiento de los periodos intergenésicos.

La mayoría de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida, por lo que es prioritario que se implemente una revisión estructurada del recién nacido luego del alta, con la finalidad de identificar complicaciones y alteraciones en el examen físico, reforzar la lactancia materna y la puericultura, e identificar señales de alarma. La revisión del recién nacido antes y después del alta se analiza por primera vez en la ENDS 2025. Muestra un porcentaje de 87,3 % antes del alta y de 63,1 % en cita de control de seguimiento. Estos datos resultan muy alejados de la cobertura universal que define la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Con relación al cuestionario de hombres, el conocimiento sobre la consulta preconcepcional también es un nuevo indicador en esta encuesta. Los resultados revelan que un poco más del 50,0 % de la población masculina encuestada reconoce este derecho. De igual manera, en la ENDS 2025 se identifica que un 85,5 % de la población masculina tiene conocimiento de que su pareja realizó consulta prenatal, valor que disminuye con respecto al 2015 (94,5 %). Cuando se comparan diferentes tipos de conocimiento sobre la CPN, se evidencia que en la ENDS 2015 había una menor información con respecto a cambios físicos (44,4 % vs. 80,5 %), sin embargo, la información sobre cambios emocionales

mostró una tendencia a la baja en la ENDS 2025 (96,7 % en 2015 vs. 82,5 % en 2025). Los hombres con mayor nivel educativo, mejores condiciones económicas y residencia en la zona central del país presentaron más altos niveles de conocimiento. Entre 2015 y 2025 se observa un aumento del 46,0 % al 77,6 % entre los hombres que acompañaron al menos una vez a su pareja a los CPN, lo que sugiere una posible disminución en la brecha de información para facilitar la participación masculina en la atención materno-perinatal.

El acompañamiento al parto y posparto por parte de la pareja no se midió en encuestas previas. En la ENDS 2025 se observó que el 49,8 % de las parejas acompañaron el parto y el 80,2 % el posparto. Esto indica que tanto las definiciones establecidas en la Resolución 3280 de 2018 y en la Ley 2244 de 2022 (Ley de parto digno, respetado y humanizado) se han ido materializando en un marco de garantía de derechos. La literatura ha sustentado que la intervención durante la etapa del parto permite al hombre expresar vivencias, inquietudes y temores propios de lo que significa ser padre. Esto incide en la transformación del modelo de asistencia hacia un modelo colaborativo, enfocado en el trinomio, de tal manera que los padres sean actores visibles en un proceso fisiológico, natural y único como el parto (Gómez Torres *et al.*, 2022). Las mujeres refieren que estar acompañadas de sus parejas las hace sentir apoyadas, comprendidas y tener autocontrol.

Es relevante comprender los alcances y las limitaciones de la ENDS 2025 en relación con la salud materna. En primera instancia, al ser una encuesta poblacional, los tamaños de muestra no están calculados para las singularidades de las mujeres gestantes, lo que implica que, en algunos casos, los datos obtenidos puedan no ser representativos de la población que ha estado embarazada en los últimos cinco años. Además, la no respuesta de ciertos segmentos de la población (por falta de disponibilidad, desconfianza en los encuestadores o rechazo a participar) y el sesgo de memoria de las personas encuestadas (al indagar por situaciones ocurridas cinco años atrás) pueden distorsionar los hallazgos y reducir la generalización de los resultados. Adicionalmente, las restricciones logísticas,

climáticas y de orden público en algunas zonas del país que impidieron el acceso a las personas también afectan la representatividad de los resultados. Estas limitaciones deben considerarse al interpretar los datos, ya que pueden influir en la estimación de indicadores clave y en la formulación de políticas de salud basadas en los resultados de la encuesta.

A pesar de lo mencionado anteriormente, es claro que los hallazgos sirven para guiar la promulgación de políticas públicas y de estrategias que repercutan en el mejoramiento de los indicadores en salud materno-perinatal, y de esta manera alcanzar las metas propuestas como país y las de los ODS.

8.6. Conclusiones

La ENDS 2025 contiene información amplia sobre aspectos relacionados con la salud materna que no solo permite evaluar elementos relevantes del pasado inmediato en la materia, sino también anticipar o proyectar las tendencias futuras que pueden requerir los planes de desarrollo. Desde 1990, Colombia ha tenido un gran avance en la atención prenatal, el parto y el posparto, con una mayor atención en instituciones prestadoras de servicios de salud y por personal calificado. Sin embargo, aún persisten deficiencias en la atención médica en algunas regiones del país y para grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.

Los hallazgos en torno a lo planteado en los objetivos 1 y 2 del plan de análisis muestran que el 58,5 % de las mujeres que han tenido hijo(as) en algún momento de su vida no conocen el derecho a la consulta preconcepcional, y son menos aún las mujeres con deseo reproductivo que acceden.

En cuanto a la cobertura del CPN, esta se mantuvo por encima del 90,0 %, con una disminución de 3,6 puntos porcentuales con respecto a la ENDS 2015. El 93,4 % de las mujeres fueron atendidas por profesionales de la medicina o enfermería. El 79,7 % tuvieron cuatro o más visitas al CPN, con menor cobertura en la zona rural que en la urbana, pero con una reducción de la desigualdad con respecto al 2015.

El ingreso al CPN en el primer trimestre fue informado por el 71,9 % de las mujeres. La mediana a la primera visita de control fue a los dos meses de embarazo, el cual es menor a lo hallado en 2015. De las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la encuesta y que no realizaron CPN, la barrera de acceso más frecuente fue la lejanía o el difícil acceso a los centros de atención, que representó el 32,0 % de las respuestas, seguida de dificultades con la afiliación, con un porcentaje de 19,5%.

Una de las fortalezas de la ENDS 2025 es que indaga por la información recibida sobre parto respetuoso, que fue reportada por el 71,6 % de las mujeres. Sin embargo, es importante profundizar por la verdadera socialización de esta información en la práctica cotidiana de los servicios de salud.

La asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad tuvo un bajo porcentaje, con solo el 14,7 % de asistencia de las mujeres. Se informó embarazo de alto riesgo en el 24,2 % de los casos que, en su mayoría, se relacionaron con causas maternas. Llama la atención el descenso que se viene presentando en la cobertura de vacunación contra tétanos desde el 2000, que en la ENDS 2025 se situó en 61,4 %.

El parto en una institución de salud aumentó al 98,8 % y solo el 1,1 % de las mujeres lo tuvieron en casa. Estas cifras evidencian los avances alcanzados y reflejan los esfuerzos realizados por el sistema de salud. Chocó, Vichada y Amazonas muestran los porcentajes más altos de parto no institucional, y hay un importante diferencial con las mujeres sin educación. La atención por personal calificado aumentó (el 98,5 % de los nacimientos fueron atendidos por médico(a) o enfermero(a)). Un poco más de la tercera parte de los bebés (35,4 %) nació por cesárea, con una disminución de 7,8 puntos porcentuales con respecto a la ENDS 2015, lo cual indica una probable estabilización en la “sobreutilización” de esta práctica. Sin embargo, se siguen observando porcentajes altos en algunas regiones, lo que demuestra que persisten patrones particulares en la provisión de servicios obstétricos.

La complicación más frecuente durante el parto fue el trabajo de parto prolongado (17,4 %), que muestra la necesidad de redoblar esfuerzos en todas las intervenciones probadas para reducir dicha complicación, que incluso pueda terminar en la realización de una cesárea.

El 9,7 % de los nacimientos ocurrió de forma prematura, mostrando una reducción con respecto a la ENDS 2015. Simultáneamente, se observa una disminución en la brecha urbano-rural. Ambas situaciones representan hallazgos positivos, lo cual enseña que las intervenciones en salud materno-neonatal han mejorado en el país.

En el posparto, un 86,3 % recibió atención en el puerperio antes del alta y un 81,9 % tuvo cita de control ambulatoria posparto. Se evidencia una disminución de la brecha entre la zona rural y la urbana. Sin embargo, es necesario aumentar la cobertura para los grupos más vulnerables, como adolescentes, mujeres con más de seis hijo(as), sin educación, en el quintil más bajo de riqueza y las residentes de ciertas regiones debido a que presentan porcentajes más bajos de cobertura.

La complicación asociada al sangrado abundante fue la más frecuente en el puerperio, dejando la depresión posparto en un cuarto lugar y con una disminución importante con respecto a lo hallado en las ENDS 2010 y 2015. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar con las evaluaciones rigurosas durante la atención preconcepcional, el CPN, el parto y el posparto, para prevenir y mitigar posibles complicaciones.

La asesoría en anticoncepción posparto se realizó en el 68,9 %, pero solo se inició el método antes del alta en el 47,9 %, cifra inferior a la de la ENDS 2015. Esta situación invita a redoblar esfuerzos para posicionar la anticoncepción como una estrategia fundamental para prevenir embarazos no deseados, así como las complicaciones que se derivan de ello.

El 87,3 % de los recién nacidos fueron evaluados antes del alta y el 63,1 % asistieron a cita de revisión posnatal.

Con respecto al objetivo 3, que menciona la participación de los hombres, se encontró que el 53,7 % manifestaron conocer el derecho de la consulta preconcepcional, el 77,6 % acompañó a su pareja al menos una vez a un CPN y el 49,8 % estuvieron con sus parejas durante el parto. Lo anterior evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias que vinculen a los hombres al proceso reproductivo de sus compañeras.

Estos resultados reconocen las limitaciones en el establecimiento de algunas metas, específicamente en la cobertura del control prenatal. Esto permite visibilizar con más fuerza las desigualdades que se evidencian en casi todos los indicadores de este capítulo, los cuales demuestran las inequidades que enfrentan a diario las mujeres embarazadas y que se recrudecen por factores sociales como la zona de residencia (urbana y rural), regiones y subregiones, y por características individuales de la madre, que implican barreras para unos grupos y son símbolo de ventaja para otros, en particular el nivel de educación y el quintil de riqueza.

Es importante anotar que, en general, los resultados de la ENDS 2025 muestran un descenso en la cobertura de indicadores de CPN con respecto al 2015. Sin embargo, en cuanto al parto, posparto y conocimiento de las parejas sobre el proceso reproductivo, se muestran mejores indicadores, con una disminución de las desigualdades sociales frente a las que se informaron en el 2015. Probablemente, dicha disminución es resultado de la implementación de políticas públicas para mejorar la salud materno-perinatal que se vienen implementando desde la Ley Estatutaria en 2015, el PDSP 2011-2021 y la Resolución 3280 de 2018 (reafirmadas en el PDSP de 2022-2031), las cuales están alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible para cumplir las metas de la Agenda 2030.

Por otro lado, la publicación e implementación de la Resolución 3280 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social, marca las orientaciones de obligatorio cumplimiento para todos los actores del SGSSS y para la atención integral en salud de la población materno-perinatal, las cuales resaltan la

importancia de la consulta preconcepcional, y el cuidado de calidad e integral durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Además, el acompañamiento y trato respetuoso juegan un papel crucial para lograr que el embarazo y el parto sean experiencias positivas que fortalezcan el vínculo materno-neonatal, y que conduzcan hacia un modelo donde la mujer y la familia sean el centro de la atención en el proceso de la salud reproductiva.

La información que ofrece la ENDS 2025 representa un insumo fundamental para articular la toma de decisiones en los procesos de diseño, implementación y seguimiento de estrategias y programas de acción en salud sexual y salud reproductiva en los distintos niveles del sistema y en el marco de políticas públicas.

Estos resultados impulsan a seguir trabajando para mejorar el acceso, la infraestructura, la dotación de servicios, la atención por personal calificado, la calidad y seguridad en la atención en salud, la sostenibilidad financiera y el fortalecimiento de tecnologías innovadoras, como la salud digital, que faciliten el acceso; así como la articulación con las redes sociales y comunitarias para avanzar en la garantía de atención respetuosa del proceso reproductivo, con un enfoque de derechos y una perspectiva intercultural que reconozca la dignidad humana y permitan los nacimientos en espacios libres de violencia. Esto, a su vez, promueve un enfoque holístico que respete la autonomía, teniendo en cuenta el contexto cultural y social, y que apoye los retos a considerar en la continuación de la implementación de la RIAMP, que busca mejorar el acceso y la calidad en la atención a la mujer y a la familia en su proceso reproductivo.

8.7. Recomendaciones

- Colombia requiere mantener el seguimiento constante de indicadores en salud materno-perinatal como los presentados en este capítulo, que le permitan ajustar las estrategias existentes e implementar nuevas para garantizar el acceso a toda la población gestante y continuar consolidando el marco

promocional, la detección precoz y gestión de los riesgos, y la atención integral, oportuna, pertinente y continua en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad, con un enfoque diferencial y de derechos que asegure un trato digno y respetuoso.

- Se ha avanzado en salud materno-perinatal, sin embargo, para cumplir con las metas nacionales e internacionales en la materia, el país debe seguir trabajando para subsanar las inequidades por área de residencia, educación y quintil de riqueza, y enfocar sus esfuerzos en los territorios con resultados más deficientes.
- En la ENDS 2025 se evidencia que hay una disminución de las inequidades y desigualdades con respecto a las ENDS previas, lo que indica que deben seguirse consolidando los esfuerzos. Pese a ello, para acelerar y lograr una mejor salud para las mujeres gestantes y sus familias, es importante profundizar en los determinantes sociales y mejorar las condiciones de vida, salud y educación, principalmente en las zonas más deficientes en indicadores de atención materno-perinatal, y fortalecer la respuesta sectorial, intersectorial y comunitaria.
- Los datos muestran que hay regiones con menores niveles de desarrollo y mayores barreras institucionales, como la Pacífica y la Orinoquía y Amazonía, a las que se suman las condiciones individuales asociadas a la edad, el nivel de educación y el quintil de riqueza. Lo anterior implica que el Estado priorice estas regiones y haga una mayor inversión en infraestructura, educación y salud.
- El nivel educativo es una variable que tiene un impacto relevante en casi todos los indicadores evaluados en este capítulo, por lo que es primordial garantizar el acceso universal a la educación, además de crear las condiciones para que los y las jóvenes accedan a la educación superior.
- Es necesario fortalecer las estrategias de información y comunicación que permitan visibilizar los derechos sexuales y reproductivos, y la materialización de los mismos en los servicios de salud, sin sesgos ideológicos o

religiosos. Para lograr esta meta, es fundamental involucrar los derechos sexuales y reproductivos como un componente obligatorio de la formación de los profesionales de la salud, junto con el enfoque de género y el marco de atención centrada en las personas. De igual manera, se requiere incluir la temática en los currículos educativos de la formación preuniversitaria. Lo anterior contribuiría al empoderamiento de las mujeres y de los hombres, e incidiría en el acceso y la utilización de los servicios de atención preconcepcional, de interrupción voluntaria del embarazo, prenatal y neonatal, mejorando la salud y el bienestar de la población colombiana.

- Favorecer el acceso universal a las atenciones y servicios de salud de calidad a la población materno-perinatal, eliminando barreras como deficiencias en la infraestructura, limitaciones de transporte o traslados, y condiciones geográficas y culturales. Este desafío requiere de un trabajo intrasectorial, intersectorial e intercultural. La atención primaria en salud es una buena estrategia para minimizar las limitaciones de acceso efectivo a los servicios de salud que permita un abordaje integral de la mujer y de su familia antes, durante y después del parto, y que se caracterice por la calidad, la humanización, los derechos y la interculturalidad.
- La red de atención en salud debe contar con servicios, insumos, tecnologías de salud y personal capacitado en todo el territorio nacional (áreas urbanas y rurales) para brindar atención oportuna y de calidad a las gestantes y recién nacidos. Para alcanzar esta recomendación, se cuenta con tecnologías de la información y la comunicación que favorecen la adquisición de habilidades técnicas y no técnicas para un adecuado desempeño, lo que consolida servicios de salud integrales y de calidad, que garanticen un trato digno y respetuoso del proceso reproductivo, así como la cualificación del personal para la atención de la salud materna, emergencias obstétricas y atención neonatal.

- Se deben reforzar los programas de vacunación con énfasis en la población gestante para aumentar la cobertura de la vacuna antitetánica. En ese sentido, es prioritario fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación para promover la vacunación segura durante el embarazo, eliminar las barreras existentes, priorizar las intervenciones de demanda inducida y establecer mecanismos específicos de monitoreo y búsqueda activa de las gestantes.
- Es fundamental asegurar la disponibilidad de anticonceptivos gratuitos y un adecuado asesoramiento en planificación familiar a las mujeres en el posparto, en todos los niveles del sistema de salud, para garantizar el inicio oportuno del método antes del egreso hospitalario. Igualmente, es preciso sensibilizar a la comunidad sobre la importancia del espaciamiento de los periodos intergenésicos y, de manera paralela, incentivar la lactancia materna durante los primeros meses de vida. Además, es necesario incrementar la participación de la pareja en el proceso reproductivo, fortaleciendo programas de salud que involucren activamente a los hombres y aborden sus necesidades específicas durante la transición a la paternidad. Esto incluye educación, apoyo psicosocial y la promoción de su participación en las decisiones de salud reproductiva y los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad. Se trata de garantizar un acceso equitativo, oportuno y científico a la información para ambos sexos, que les permita tomar decisiones acertadas e informadas.
- Los resultados de la encuesta muestran la necesidad de incorporar estrategias educativas en ámbitos escolares y comunitarios que impulsen las nuevas masculinidades, que permitan a hombres y mujeres apropiarse del cuidado de sí mismos.

8.8. Lista de referencias

- Bauserman, M., Thorsten, V. R., Nolen, T. L., Patterson, J., Lokangaka, A., Tshetu, A., Patel, A. B., Hibberd, P. L., Garces, A. L., Figueroa, L., Krebs, N. F., Esamai, F., Nyongesa, P., Liechty, E. A., Carlo, W. A., Chomba, E., Goudar, S. S., Kavi, A., Derman, R. J., Saleem, S., ... Bose, C. (2020). Maternal mortality in six low and lower-middle income countries from 2010 to 2018: risk factors and trends. *Reproductive Health*, 17(Suppl 3), 173. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00990-z>
- Barros, L. J. (2021). *Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional UTA. <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/32575>
- Carrillo-Aguirre, G., Dalmau-Bueno, A., Campillo-Artero, C., & García-Altés, A. (2020). Caesarean section trends in Catalonia between 2013 and 2017 based on the Robson classification system: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(6), e0234727. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234727>
- Carvalho, I. C. D. S., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., Andrade, J. X., Nascimento, F. F. D. y Penha, J. C. D. (2024). Impact of the Covid-19 pandemic on the maternal mortality rate in Brazil: Trend and spatial distribution. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45, e20230299. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230299.e>
- Congreso de la República de Colombia. (2022, 11 de julio). Ley 2244 de 2022. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2244_2022.html
- Contreras-Carreto, N. A., Villalobos-Gallegos, L. y Mancilla-Ramírez, J. (2022). Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cirugía y Cirujanos*, 90(1), 128-132.
- Cordovez, D. A., Bonet, A. L. y De la Paz Alemán, D. M. (2015). Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3), 0. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153a.pdf>
- Fabbro, M. R. C., Wernet, M., Baraldi, N. G., de Castro Bussadori, J. C., Salim, N. R., Souto, B. G. A. y Dos Reis Fermiano, A. (2022). Antenatal care as a risk factor for caesarean section: a case study in Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 731. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05008-z>
- Gómez Torres, D., Xavier, B. T. U. S., Gómez Alcántara, K. S. y Martínez Garduño, M. D. (2022). Atención de parto bajo un modelo obstétrico de trinomio: Su significado en visión de parejas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 24, e69616. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.69616>
- Guerra, A. B. V., Guamán, M. R. R. y Lema, M. A. V. (2025). Los desafíos para implementar programas de atención prenatal de calidad en zonas rurales de América Latina. *Polo del Conocimiento*, 10(2), 490-510.
- Hernández-Vásquez, A., Chacón-Torrico, H. y Bendezu-Quispe, G. (2022). Geographic and socioeconomic inequalities in cesarean birth rates in Peru: A comparison between 2009 and 2018. *Birth*, 49(1), 52-60. <https://doi.org/10.1111/birt.12572>
- Instituto Nacional de Salud. (2024). Boletín epidemiológico semanal 09 de 2024. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 9, 1-39. <https://doi.org/10.33610/23576189.2024.09>
- Interrante, J. D., Admon, L. K., Carroll, C., Henning-Smith, C., Chastain, P. y Kozhimannil, K. B. (2022). Association of Health Insurance, Geography, and Race and Ethnicity With Disparities in Receipt of Recommended Postpartum Care in the US. *JAMA Health Forum*, 3(10), e223292. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.3292>
- Jimeno Orozco, J. A., Prieto Rojas, S. y Lafaurie Villamil, M. M. (2022). Atención prenatal humanizada en América Latina: un estado del arte [Humanized prenatal care in Latin America: a state of the art]. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 79(2), 205-209. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.32720>
- Kuruvilla, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G. R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J., Rasanathan, K., Chaiban, T., Mohan, A.,

- Gruending, A., Schweitzer, J., Dini, H. S., Borrazzo, J., Fassil, H., Gronseth, L. y Costello, A. (2016). The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 398-400. <https://doi.org/10.2471/blt.16.170431>
- Lane, R. (2016). Shengshou Hu: Leader of cardiac surgery and health reform in China. *The Lancet*, 388(10046), 752. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31350-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31350-2)
- Lau López, S., Rodríguez Cabrera, A. y Pría Barros, M. D. C. (2013). Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo pre-concepcional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39, 836-849.
- Llguicota Guamán, T. J., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel, A. A. y Moyano-Brito, E. G. (2021). El estado nutricional en madres adolescentes influye en las medidas antropométricas del recién nacido: revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 351–361. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp351-361>
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018: Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2022-2031. Bogotá, Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Minotta-Rivera, Adriana I., Santamaría-Relayza, Percy D. y Cardona-Maya, Walter D. (2024). Narrative review about postpartum depression: An increasingly common problem. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 89(4), 271-278. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000122>
- Nascimento, N. D. C., Borges, A. L. V. y Fujimori, E. (2019). Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 17-24
- Ochoa Gelvez, E. O. (2023). Conocimiento, actitudes y prácticas de mujeres gestantes respecto a la vacunación. *Revista Chilena de Infectología*, 40(3), 220-227. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182023000300220>
- Pan American Health Organization. (2021). *Health in the Americas 2021: Maternal and child health in Latin America and the Caribbean*. PAHO.
- Paulino, N. A., Vázquez, M. S. y Bolumar, F. (2019). Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(1), 59–67. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.216184>
- Pucha-Chiluiza, M. K., Carrión-Berrú, C. B., Caizaluisa-Guerron, T. R., & Ramos-Cevallos, D. J. (2024). Adherencia a la planificación familiar en las comunidades indígenas: revisión sistemática. *MQRInvestigar*, 8(4), 334-356
- Ravelli, A. C. J., Eskes, M., Van Der Post, J. A. M., Abu-Hanna, A., & De Groot, C. J. M. (2020). Decreasing trend in preterm birth and perinatal mortality, do disparities also decline? *BMC Public Health*, 20(1), 783. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08925-w>
- Salazar, M. A. M., Piza, A. J. R. y Sánchez, M. F. E. (2023). Características de mujeres en puerperio valoradas por el programa Cuida Mujer. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 32(1), 48-54.
- Sandoval-Vargas, Y. G. y Eslava-Schmalbach, J. H. (2013). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008-2009). *Revista de Salud Pública*, 15(4), 579-591. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.216184>

www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v15n4/v15n4a04.pdf

- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J.,... y Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227)
- Shibre, G., Idriss-Wheeler, D., Bishwajit, G. y Yaya, S. (2020). Observed trends in the magnitude of socioeconomic and area-based inequalities in use of caesarean section in Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 1222. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09297-x>
- World Health Organization. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. OMS.
- World Health Organization. (2019). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- World Health Organization. (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068148>
- World Health Organization. (2024, marzo 14). *Mortalidad neonatal*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
- You, D., Hug, L., Ejdemyr, S., Idele, P., Hogan, D., Mathers, C., Gerland, P., New, J. R. y Alkema, L. (2015). Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *The Lancet*, 386(10010), 2275-2286. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00120-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00120-8)
- World Health Organization. (2025, 7 abril). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

8.9. Anexos

Anexo 8.1. Indicadores del capítulo

Nombre del indicador

1. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que saben que tienen derecho a la consulta preconcepcional.
2. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que asistieron a la consulta preconcepcional.
3. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que no querían quedar embarazadas en el momento de la concepción del último hijo.
4. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con padecimiento de alguna enfermedad previa al embarazo.
5. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se realizaron control prenatal.
6. Promedio de edad gestacional en meses del primer control prenatal en mujeres de 13 a 49 años.
7. Mediana de la edad gestacional en meses del primer control prenatal en mujeres de 13 a 49 años.
8. Promedio del número de controles prenatales durante el embarazo en mujeres de 13 a 49 años.
9. Promedio de la edad gestacional en los meses en que se recibió el último control prenatal en mujeres de 13 a 49 años.
10. Mediana de la edad gestacional en los meses en que se recibió el último control prenatal en mujeres de 13 a 49 años.
11. Frecuencia de barreras de acceso para no asistir a la consulta de control prenatal en mujeres de 13 a 49 años.
12. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que asistieron a consulta de valoración por nutrición.

13. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que asistieron al curso de preparación para la maternidad y la paternidad responsable.
14. Promedio del número de sesiones de asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad responsable.
15. Porcentaje de mujeres a las que en algún momento de la gestación les informaron que tenían un embarazo de alto riesgo.
16. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años informadas en la consulta prenatal sobre el parto humanizado o parto respetado (respeto, intimidad, privacidad, acompañante, otros).
17. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años a quienes les prescribieron micronutrientes en el control prenatal.
18. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo.
19. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que fumó (cigarrillos) durante el embarazo.
20. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que consumió sustancias psicoactivas (marihuana, bazuco, etc.) durante el embarazo.
21. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que estuvieron hospitalizadas durante el embarazo por razón diferente al parto.
22. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió atención del parto en una institución de salud.
23. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibieron atención del parto por un profesional de la salud.
24. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que durante el trabajo de parto o parto le colocaron un medicamento llamado oxitocina, pitocin o pitocina.
25. Porcentaje de mujeres a quienes en los últimos cinco años le realizaron cesárea en la atención del parto.
26. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que consideran que quienes le atendieron el parto las trataron con respeto todo el tiempo.

27. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que presentaron alguna o varias complicaciones durante el parto o después del parto.
28. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años en posparto examinadas por profesional de medicina antes de la salida de la hospitalización.
29. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con hijos recién nacidos prematuros.
30. Promedio de semanas de embarazo en el momento del parto.
31. Mediana de semanas de embarazo en el momento del parto.
32. Porcentaje de mujeres gestantes de 13 a 49 años que recibieron atención de control posparto.
33. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con hijos(as) recién nacidos que recibieron atención de control posnacimiento (consulta de control del recién nacido).
34. Porcentaje de mujeres gestantes que recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos posparto.
35. Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que saben que tienen derecho a la consulta preconcepcional.
36. Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que saben que a la madre de su hijo(a), cuando estuvo embarazada, el control prenatal se lo realizó un profesional de la medicina.
37. Promedio de veces que hombres de 13 a 59 años acompañaron a su pareja a los controles prenatales.
38. Porcentaje de hombres de 13 a 59 años a quienes les informaron que el embarazo de la madre de su hijo(a) era de alto riesgo.
39. Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que acompañaron a la madre de su hijo(a) durante el parto.
40. Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que acompañaron a la madre de su hijo(a) al primer control posparto.

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Anexo 8.2. Conocimiento del derecho a la consulta preconcepcional

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en algún momento de su vida, respecto al conocimiento del derecho a la consulta preconcepcional

Característica	Conocimiento del derecho a la consulta preconcepcional	Población de mujeres que han estado embarazadas
Edad al nacimiento		
13-14	77,2	2.676
15-19	49,4	132.597
20-24	52,8	433.984
25-29	55,9	640.451
30-34	60,1	743.362
35-39	63,2	674.822
40-44	58,6	752.440
45-49	59,6	458.888
Zona		
Urbana	63,3	2.975.121
Rural	42,0	864.099
Región		
Atlántica	56,0	1.358.871
Oriental	63,7	604.255
Central	55,1	581.350
Bogotá	71,8	449.643
Pacífica	57,6	684.641
Orinoquía y Amazonía	40,0	160.460
Nivel educativo		
Sin educación	45,2	42.398
Primaria	49,8	1.054.984
Secundaria	57,1	1.671.420
Superior	70,1	1.070.418
Quintil de riqueza		
Más bajo	43,8	863.689
Bajo	51,6	782.072
Medio	61,4	793.964
Alto	67,0	790.316
Más alto	73,8	609.178
Grupo de edad		
13-49	58,5	3.839.220

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Anexo 8.3. Asistencia a la consulta preconcepcional y deseo de embarazo

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años que estaban embarazadas al momento de la encuesta, por asistencia a la consulta preconcepcional y deseo de embarazo

Característica	Pensamiento al quedar en embarazo			Antes de quedar en embarazo, usted asistió a la atención en salud que se ofrece a la mujer y a la pareja, también conocida como la consulta preconcepcional	Población de mujeres embarazadas al momento de la ENDS
	Quería quedar embarazada en ese momento	Quería quedar embarazada, pero no en este momento	Le era indiferente		
Edad al nacimiento					
13-14	74,4	0,0	0,0	0,0	1.970
15-19	28,6	42,6	2,1	9,9	35.238
20-24	46,3	34,7	5,6	18,1	68.345
25-29	50,9	28,2	7,2	22,0	70.498
30-34	65,5	20,6	5,0	17,5	42.043
35-39	58,3	16,5	12,8	33,4	14.965
40-44	69,1	0,0	0,0	15,7	1.536
45-49	86,4	13,6	0,0	13,6	2.462
Zona					
Urbana	49,3	32,7	4,9	19,1	164.488
Rural	51,5	22,5	7,6	17,8	72.570
Región					
Atlántica	48,8	30,7	7,1	24,6	59.204
Oriental	52,6	24,6	0,0	21,1	38.101
Central	49,2	25,0	9,4	16,4	51.355
Bogotá	41,4	52,6	6,1	5,3	32.406
Pacífica	58,5	16,9	4,3	19,6	43.135
Orinoquía y Amazonía	44,0	41,6	6,1	24,3	12.857
Nivel educativo					
Sin educación	97,0	0,0	0,0	0,0	895
Primaria	46,3	19,9	10,0	16,4	62.882
Secundaria	45,1	36,0	2,2	14,8	94.388
Superior	58,2	29,9	6,7	25,3	78.894
Quintil de riqueza					
Más bajo	49,2	21,2	9,5	15,0	62.259
Bajo	47,6	29,3	3,3	16,4	50.183
Medio	57,0	24,6	9,3	23,1	50.795
Alto	38,6	47,1	2,9	11,5	45.155
Más alto	61,5	29,2	0,0	34,1	28.667
Grupo de edad					
13-49	50,0	29,6	5,8	18,7	237.059

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Anexo 8.4. Número de visitas prenatales, promedios y medianas al primer y último CPN, por departamento

Promedios y medianas de la edad gestacional en el momento de realizar el primer control prenatal y del número de visitas prenatales realizadas por las mujeres de 13 a 49 años que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por departamento

Departamento	Asistió a CPN	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Total						Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años que se realizaron controles prenatales
			Promedio meses de embarazo cuando recibió primer control prenatal	Mediana meses de embarazo cuando recibió primer control prenatal	Promedio de controles de embarazo	Mediana de controles de embarazo	Promedio meses de embarazo cuando recibió último control prenatal	Mediana meses de embarazo cuando recibió último control prenatal	
Amazonas	86	4.442	3,2	2,0	6,0	6,0	8,3	8,0	3.838
Antioquia	98	102.320	2,4	2,0	6,6	7,0	7,9	9,0	100.624
Arauca	95	24.899	2,9	2,0	6,8	7,0	8,2	9,0	23.747
Archipiélago San Andrés y Providencia	100	4.066	2,6	2,0	7,3	7,0	8,4	9,0	4.066
Atlántico	98	119.193	2,6	2,0	7,1	8,0	7,8	9,0	116.825
Bogotá	93	153.281	2,5	2,0	6,1	6,0	7,5	9,0	142.986
Bolívar	92	155.789	3,0	2,0	6,6	7,0	7,4	9,0	143.098
Boyacá	100	10.201	2,1	2,0	7,2	7,0	8,5	9,0	10.201
Caldas	100	10.019	3,0	3,0	5,1	5,0	7,0	8,0	10.019
Caquetá	92	27.956	2,6	2,0	6,9	7,0	8,3	9,0	25.713
Casanare	100	662	2,8	2,0	4,5	3,0	8,2	8,0	662
Cauca	93	74.451	3,0	3,0	6,4	7,0	7,9	8,0	69.381
Cesar	94	72.490	2,8	2,0	7,0	7,0	8,3	9,0	67.871
Chocó	87	12.717	2,9	2,0	6,1	6,0	8,1	9,0	11.123
Córdoba	90	20.281	2,7	2,0	7,6	8,0	8,8	9,0	18.173
Cundinamarca	82	61.801	2,6	2,0	6,6	7,0	8,5	9,0	50.757
Guainía	90	5.249	2,9	3,0	5,1	5,0	7,9	8,0	4.700
Guaviare	90	7.187	2,9	3,0	6,0	6,0	8,1	9,0	6.475
Huila	100	5.792	2,0	2,0	7,0	7,0	8,5	9,0	5.792
La Guajira	91	81.433	2,9	3,0	6,3	6,0	8,2	8,0	74.434
Magdalena	93	106.649	2,8	2,0	6,4	6,0	8,2	9,0	99.517
Meta	98	61.862	2,6	2,0	6,8	7,0	8,3	8,0	60.877
Nariño	97	53.393	2,4	2,0	6,4	6,0	7,8	8,0	51.843
Norte de Santander	97	56.593	2,9	3,0	6,4	6,0	8,6	9,0	55.174
Putumayo	95	21.296	3,2	3,0	5,9	6,0	7,9	9,0	20.331
Quindío	90	11.413	2,9	2,0	6,6	7,0	7,1	8,0	10.314
Risaralda	100	1.944	1,9	2,0	4,3	4,0	7,8	8,0	1.944
Santander	96	21.058	2,0	1,0	7,5	8,0	7,2	9,0	20.315
Sucre	97	27.136	2,6	2,0	7,0	8,0	7,9	8,0	26.449
Tolima	100	2.202	2,2	2,0	7,3	7,0	8,1	8,0	2.202
Valle del Cauca	95	66.643	2,7	2,0	6,3	6,0	8,0	8,0	63.111
Vaupés	90	1.076	2,1	2,0	8,8	9,0	8,3	9,0	970
Vichada	87	20.316	3,2	3,0	6,0	6,0	8,4	9,0	17.672
Nacional	94	1.405.811	2,7	2,0	6,6	7,0	7,9	9,0	1.321.204

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Anexo 8.5. Número de visitas prenatales, promedios y medianas al primer CPN en mujeres embarazadas al momento de la ENDS 2025

Promedios y medianas de la edad gestacional en el momento de realizar el primer control prenatal y del número de visitas prenatales realizadas por las mujeres de 13 a 49 años embarazadas al momento de la encuesta

Característica	Mujeres embarazadas al momento de la ENDS			Mujeres embarazadas al momento de la ENDS que se hicieron CPN			Población de mujeres actualmente embarazadas que se hicieron control prenatal
	Se ha hecho control prenatal o control del embarazo	Población de mujeres embarazadas al momento de la encuesta	Promedio meses de embarazo cuando recibió primer control prenatal	Mediana meses de embarazo cuando recibió primer control prenatal	Promedio de controles de embarazo	Mediana de controles de embarazo	
Grupo de edad							
13-14	100,0	1.970	1,3	1,0	7,7	9,0	1.970
15-19	91,7	35.238	2,6	2,0	3,4	3,0	32.308
20-24	88,7	68.345	2,0	2,0	3,6	3,0	60.623
25-29	90,5	70.498	2,0	2,0	4,3	4,0	63.828
30-34	94,2	42.043	1,9	2,0	4,4	5,0	39.590
35-39	85,5	14.965	2,0	2,0	3,7	3,0	12.797
40-44	99,3	1.536	1,8	2,0	2,0	2,0	1.526
45-49	99,5	2.462	1,0	1,0	2,0	2,0	2.449
Zona							
Urbana	89,8	164.488	1,9	2,0	3,9	4,0	147.644
Rural	92,9	72.570	2,3	2,0	4,0	4,0	67.447
Región							
Atlántica	88,3	59.204	1,9	2,0	4,1	4,0	52.256
Oriental	93,7	38.101	2,5	2,0	3,8	3,0	35.692
Central	93,4	51.355	1,8	2,0	4,0	4,0	47.985
Bogotá	87,2	32.406	2,0	2,0	3,6	5,0	28.254
Pacífica	90,2	43.135	1,9	2,0	3,9	4,0	38.908
Orinoquía y Amazonía	93,3	12.857	2,7	2,0	4,4	4,0	11.996
Nivel educativo							
Sin educación	52,1	895	2,0	2,0	1,1	1,0	466
Primaria	90,5	62.882	2,1	2,0	3,9	4,0	56.935
Secundaria	91,9	94.388	2,1	2,0	3,7	4,0	86.758
Superior	89,9	78.894	2,0	2,0	4,3	4,0	70.933
Quintil de riqueza							
Más bajo	92,2	62.259	2,3	2,0	3,9	4,0	57.433
Bajo	92,9	50.183	1,8	2,0	3,8	3,0	46.608
Medio	84,6	50.795	1,9	2,0	4,4	4,0	42.987
Alto	92,8	45.155	2,2	2,0	3,9	4,0	41.901
Más alto	91,3	28.667	1,7	1,0	3,5	3,0	26.163
Grupo de edad							
13-49	90,7	237.059	2,0	2,0	3,9	4,0	215.092

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Anexo 8.6. Barreras para acceder al CPN

Distribución porcentual de las mujeres de 13 a 49 años embarazadas al momento de la encuesta que no asistieron a la consulta pre-natal, por las barreras de acceso

Característica	Barreras de acceso para no asistir a la consulta de control prenatal							Población de mujeres embarazadas al momento de la ENDS que no habían realizado controles prenatales
	Queda lejos, es difícil llegar	Le dio miedo o pena	Los horarios no le servían	Le cobraban la cita	Le exigían muchos trámites	Tiene una cosmovisión, creencia o costumbre distinta	Otra	
Grupo de edad								
13-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
15-19	12,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,4	2.930
20-24	11,6	1,3	0,0	0,0	6,3	0,0	33,9	7.722
25-29	11,8	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	22,6	6.671
30-34	12,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	65,7	2.452
35-39	3,1	0,0	0,0	44,9	0,0	0,0	34,1	2.168
40-44	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10
45-49	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13
Zona								
Urbana	1,0	0,6	0,0	5,8	2,9	0,0	38,3	16.844
Rural	44,4	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	5,2	5.123
Región								
Atlántica	15,7	1,4	0,0	0,0	7,0	0,0	26,4	6.948
Oriental	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40,7	2.409
Central	7,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	71,1	3.371
Bogotá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4.151
Pacífica	17,8	0,0	2,9	23,0	0,0	0,0	35,6	4.228
Orinoquía y Amazonía	39,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	861
Nivel educativo								
Sin educación	68,1	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	429
Primaria	17,9	0,0	0,0	0,0	8,2	0,0	19,2	5.947
Secundaria	14,1	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	27,3	7.630
Superior	0,2	0,0	0,0	12,2	0,0	0,0	43,9	7.961
Quintil de riqueza								
Más bajo	47,4	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	5,1	4.826
Bajo	4,5	0,0	0,0	0,0	13,6	0,0	35,2	3.575
Medio	0,0	1,3	0,0	12,5	0,0	0,0	25,4	7.808
Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	49,3	3.255
Más alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	65,0	2.504
Grupo de edad								
13-49	11,1	0,4	0,6	4,4	2,2	0,0	30,6	21.967

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Anexo 8.7. Educación e información en el embarazo y en el CPN

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años a las que en algún momento de la gestación les informaron o educaron acerca de datos relevantes a tener en cuenta

Característica	Si podía o no tener el parto normal	La IPS, el hospital, clínica o lugar donde le debían atender el parto	Los signos para reconocer el trabajo de parto	El trabajo de parto, las contracciones, el pujo, la respiración	Los tratamientos y técnicas para control del dolor durante el parto	Las posibles complicaciones durante el parto	Los procedimientos no permitidos durante el parto por parte de quien lo atendió o sus ayudantes	El parto humanizado o parto respetado	Los procedimientos que requieren su autorización durante el parto	El embarazo prolongado y cuándo acudir a urgencias si se pasó de tiempo	Las diferentes posiciones en las que se puede tener el parto	Los cuidados posparto de la madre	Los cuidados del recién nacido	Población de mujeres con embarazos previos de menores de 5 años
Edad al nacimiento														
10-14	80,2	83,2	82,7	88,8	78,9	80,9	76,0	75,1	70,3	87,2	66,2	80,8	79,4	23.638
15-19	84,8	86,0	82,3	80,4	76,1	81,1	72,4	70,1	74,6	75,0	65,0	78,1	81,2	284.057
20-24	87,3	84,6	86,1	83,3	77,4	80,4	73,4	68,2	74,5	75,2	64,7	79,6	82,1	435.011
25-29	90,5	91,7	89,0	83,6	80,4	83,9	79,5	72,5	79,0	79,0	67,6	84,2	87,7	325.398
30-34	92,0	92,8	91,0	87,4	82,3	84,9	81,2	78,9	82,6	83,2	76,4	88,0	89,8	195.586
35-39	86,2	88,9	87,4	86,0	76,3	81,9	73,6	74,0	74,4	75,9	64,0	78,7	85,5	109.227
40-44	82,9	79,7	79,1	77,3	74,1	81,7	77,7	69,0	74,9	76,1	69,7	80,4	82,5	31.828
45-49	28,4	100,0	28,4	100,0	100,0	100,0	100,0	28,4	100,0	100,0	28,4	100,0	100,0	1.066
Orden de nacimiento														
1	88,1	87,6	85,4	82,7	77,9	82,2	76,0	71,4	76,1	78,1	67,4	81,3	83,4	651.615
2-3	88,3	88,6	88,2	85,1	80,1	83,1	76,9	72,8	78,7	78,2	67,8	82,4	86,3	669.233
4-5	86,4	87,0	84,9	79,6	71,0	77,0	70,1	66,0	66,9	68,6	61,1	79,4	82,7	72.080
6+	60,0	66,5	64,9	64,8	56,0	58,5	48,6	50,3	51,7	53,7	51,3	59,9	62,2	12.883
Lugar del parto														
Establecimiento de salud	88,3	88,6	87,3	84,2	79,0	82,8	76,5	72,2	77,3	78,2	67,7	82,2	85,3	1.388.904
En otro lugar	48,1	26,4	25,6	25,7	24,8	24,8	25,1	24,5	22,8	17,9	22,1	24,7	24,7	16.907
Zona														
Urbana	89,2	89,3	87,5	84,7	79,9	82,9	77,3	72,5	78,1	79,2	69,1	83,3	85,6	1.017.211
Rural	84,2	84,0	84,0	80,5	74,4	80,0	72,0	69,3	72,7	73,0	61,9	76,9	81,8	388.600
Región														
Atlántica	84,6	86,0	83,3	80,4	74,7	78,9	72,7	69,2	74,9	74,1	64,3	79,0	82,1	587.037
Oriental	90,5	90,8	88,5	87,5	80,8	82,9	74,7	74,8	72,9	76,3	66,3	82,5	87,6	211.515
Central	93,6	91,4	89,5	84,3	82,9	85,8	79,1	65,5	76,6	77,6	65,1	86,3	88,5	161.646
Bogotá	94,1	90,2	94,6	91,6	87,6	87,6	87,6	86,1	88,9	89,3	81,6	87,5	86,0	153.281
Pacífica	87,1	88,3	87,6	84,5	78,3	84,4	77,2	70,4	78,1	80,1	69,4	80,6	86,3	207.204
Orinoquía y Amazonía	82,8	81,2	81,0	76,6	73,0	80,1	69,9	68,1	72,2	74,8	61,4	78,9	79,4	85.127
Nivel educativo														
Sin educación	73,6	72,0	70,1	73,2	70,2	71,7	61,0	63,9	61,2	63,4	53,1	67,3	67,3	14.648
Primaria	80,6	80,2	79,4	73,9	67,5	74,6	65,8	61,7	68,6	69,0	57,9	74,4	78,4	375.379
Secundaria	89,5	89,5	87,7	86,2	81,1	82,6	78,0	74,3	77,9	79,1	70,5	83,6	85,1	643.686
Superior	92,9	93,4	92,3	88,9	85,0	89,4	82,9	77,3	83,3	83,7	71,2	85,8	90,5	372.098
Cintil de riqueza														
Más bajo	82,8	82,9	82,1	77,9	72,5	78,2	70,0	67,2	71,7	73,0	61,4	74,2	79,8	423.695
Bajo	87,1	87,5	84,6	82,6	76,2	79,5	72,7	69,2	71,4	73,0	63,6	81,5	83,0	339.071
Medio	89,1	89,9	87,9	87,9	84,0	85,4	83,4	74,9	82,7	83,4	73,8	87,7	87,5	273.463
Alto	92,2	92,5	92,0	87,6	85,1	88,1	81,0	76,7	83,9	84,1	73,2	86,1	90,4	219.005
Más alto	94,9	92,0	92,8	87,4	80,0	84,1	78,3	76,0	81,0	79,6	70,4	84,1	87,3	150.577
Grupo de edad														
13-49	87,8	87,9	86,5	83,5	78,4	82,1	75,9	71,6	76,6	77,4	67,1	81,5	84,5	1.405.811

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Anexo 8.8. Revisión del recién nacido al alta, por departamento

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con nacimientos en los últimos cinco años a las que el recién nacido les fue revisado después del alta, por persona que revisó y el lugar de revisión, según departamento

Departamento	Revisión del recién nacido	Población de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años	Quién revisó el estado de salud en ese chequeo o control					Dónde tuvo lugar ese chequeo o control					Población de mujeres cuyo bebé fue revisado después del alta	
			Médico(a)	Enfermero(a)	Auxiliar de enfermería	Partera, comadrona, médico(a) tradicional indígena	Otro	Hospital, centro o puesto de salud público	Clínica privada	IPS o centro de atención de su EPS	Su hogar	Cooperante internacional		Otro
Amazonas	56,5	4.442	82,1	7,1	0,0	10,7	0,0	60,6	8,3	18,6	10,7	0,0	1,8	2.510
Antioquia	63,2	102.320	92,5	7,5	0,0	0,0	0,0	54,0	4,3	41,7	0,0	0,0	0,0	64.632
Arauca	52,6	24.899	93,1	6,9	0,0	0,0	0,0	84,5	6,0	9,5	0,0	0,0	0,0	13.092
Archipiélago San Andrés y Providencia	82,7	4.066	95,0	5,0	0,0	0,0	0,0	85,9	1,1	11,9	1,1	0,0	0,0	3.362
Atlántico	69,6	119.193	92,8	6,2	1,1	0,0	0,0	54,8	2,4	42,7	0,0	0,0	0,0	83.013
Bogotá	73,8	153.281	91,2	8,8	0,0	0,0	0,0	50,6	12,7	36,6	0,0	0,0	0,0	113.129
Bolívar	53,7	155.789	83,1	15,3	0,0	1,0	0,6	59,4	4,1	35,5	1,0	0,0	0,0	83.610
Boyacá	93,1	10.201	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0	39,7	6,4	45,7	8,1	0,0	0,0	9.495
Caldas	64,8	10.019	85,7	13,7	0,6	0,0	0,0	12,4	0,0	87,6	0,0	0,0	0,0	6.494
Caquetá	68,8	27.956	97,1	0,8	2,1	0,0	0,0	71,3	0,3	28,5	0,0	0,0	0,0	19.240
Casanare	49,9	662	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	331
Cauca	67,5	74.451	81,1	15,9	2,9	0,0	0,0	60,2	6,4	31,4	1,9	0,0	0,0	50.217
Cesar	56,2	72.490	95,1	4,7	0,3	0,0	0,0	72,4	6,9	20,5	0,3	0,0	0,0	40.713
Chocó	54,5	12.717	82,0	18,0	0,0	0,0	0,0	62,5	2,9	34,7	0,0	0,0	0,0	6.926
Córdoba	49,4	20.281	86,9	13,1	0,0	0,0	0,0	52,2	13,6	34,2	0,0	0,0	0,0	10.016
Cundinamarca	64,2	61.801	93,4	0,0	0,0	6,6	0,0	54,5	15,1	23,7	6,6	0,0	0,0	39.661
Guainía	53,8	5.249	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0	97,6	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	2.826
Guaviare	63,4	7.187	92,2	5,8	1,1	0,8	0,0	84,7	0,0	11,3	4,0	0,0	0,0	4.560
Huila	73,9	5.792	92,4	7,6	0,0	0,0	0,0	94,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	4.280
La Guajira	67,0	81.433	92,2	3,7	1,4	2,7	0,0	79,0	2,1	16,2	2,7	0,0	0,0	54.590
Magdalena	45,5	106.649	90,9	9,1	0,0	0,0	0,0	56,1	9,6	32,1	2,3	0,0	0,0	48.569
Meta	67,1	61.862	95,2	4,8	0,0	0,0	0,0	59,5	13,8	25,1	1,6	0,0	0,0	41.497
Nariño	83,6	53.393	84,7	15,3	0,0	0,0	0,0	75,8	0,0	17,6	6,5	0,0	0,0	44.644
Norte de Santander	53,5	56.593	78,4	21,6	0,0	0,0	0,0	63,3	4,0	32,7	0,0	0,0	0,0	30.283
Putumayo	67,4	21.296	84,5	12,8	0,5	2,2	0,0	85,4	2,2	8,1	4,3	0,0	0,0	14.349
Quindío	42,1	11.413	72,1	27,9	0,0	0,0	0,0	55,6	0,0	44,4	0,0	0,0	0,0	4.809
Risaralda	100,0	1.944	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	57,1	0,0	42,9	0,0	0,0	0,0	1.944
Santander	100,0	21.058	95,8	4,2	0,0	0,0	0,0	74,4	0,0	25,6	0,0	0,0	0,0	21.058
Sucre	66,1	27.136	87,0	8,3	2,2	0,0	2,5	55,6	19,8	24,6	0,0	0,0	0,0	17.949
Tolima	89,8	2.202	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	45,7	26,8	27,5	0,0	0,0	0,0	1.978
Valle del Cauca	60,7	66.643	75,3	14,6	10,1	0,0	0,0	48,6	3,2	48,2	0,0	0,0	0,0	40.437
Vaupés	72,8	1.076	99,2	0,8	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	784
Vichada	26,9	20.316	99,6	0,1	0,0	0,2	0,0	99,0	0,0	0,8	0,2	0,0	0,0	5.466
Nacional	63,1	1.405.811	89,1	9,3	0,9	0,6	0,1	60,9	6,4	31,4	1,4	0,0	0,0	886.462

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.