

Informe de Evento 2024

Desnutrición Aguda en Menores de 5 años

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Nidia Esperanza González Toloza (E)

Subdirector

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Elaborado por:

María Camila Giraldo Vargas

Grupo de enfermedades crónicas no transmisibles

Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública

Revisado por:

Héctor Eduardo Pachón Melo

Grupo de Unidad de Análisis de Casos Especiales
Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública

Aprobado por:

Hernán Quijada Bonilla

Director de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública

Claudia Rincón Acevedo
Subdirectora técnica

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ☐ NO ☒

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

© Junio, 2025. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

Página - 1 - de 41

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Informe de Evento 2024, Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años

1. Introducción

La desnutrición aguda en la infancia es una enfermedad de origen principalmente social, derivada del desequilibrio entre el consumo de alimentos y las necesidades nutricionales de los niños menores de cinco años. Se manifiesta a través de pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, y su origen, en la mayoría de los casos, se asocia al bajo consumo de alimentos y/o a la presencia de enfermedades infecciosas (1,2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce esta condición no solo como un problema de salud pública, sino también como un mecanismo de transmisión de la pobreza y la desigualdad, ya que los niños afectados tienden a presentar dificultades en el aprendizaje y limitaciones en su desarrollo físico, afectando su productividad y oportunidades en la adultez (1,3).

Según el protocolo de vigilancia en salud pública, se considera que un niño presenta desnutrición aguda cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -2 desviaciones estándar y/o presenta los fenotipos clínicos de marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático (4). Esta condición es un claro reflejo del entorno alimentario, social, económico y cultural en el que viven los niños, y se convierte en un indicador clave del nivel de desarrollo de un país (1,5).

A nivel global, el informe de la FAO *“El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo”* (2024) reporta que el 6,8% de los niños menores de cinco años —equivalente a 45 millones— presentan desnutrición aguda (datos proyectados de 2022). Las regiones con mayor prevalencia son Asia (9,3%) en la cual la subregión Asia meridional presenta la prevalencia más alta con el 14,3%, Oceanía (8,3%), África (5,8%) siendo la subregión de África occidental la más afectada con el 6,7%; con lo cual solo el 38% de los países están en camino de cumplir la meta propuesta por Objetivos de Desarrollo Sostenible (6,7).

En contraste, la región de las Américas presenta una prevalencia global de 1,4%, siendo el Caribe la subregión más afectada (2,9%), seguida de Sudamérica (1,4%) y América Central (1,0%). Dentro de los países con mayores cifras se encuentran Guayana (6,4%), Surinam (5,5%), Haití (3,7%) y Ecuador (3,7%). Las prevalencias más bajas se registran en Perú, Guatemala y Paraguay, con menos del 1% (7,8).

En Colombia, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) de 2015 reportó una prevalencia de desnutrición aguda del 1,6% en menores de cinco años, cifra superior al 0,9% reportado en 2010. No obstante, debido a que la ENSIN debe actualizarse cada cinco años, aún no se dispone de datos actualizados para hacer una comparación más reciente, bajo esta metodología; por tanto la información disponible más actualizada corresponde a la publicada desde la vigilancia en salud pública (4,9). En concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente el Objetivo 2 “Hambre Cero”, se busca que la prevalencia de desnutrición aguda infantil sea inferior al 5% para 2025. Para Colombia, la meta nacional fijada en el Plan Nacional de Desarrollo es reducir esta prevalencia al 0,9% para el año 2030 (10,11).

La desnutrición aguda fue incorporada como evento de interés en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en el año 2016, bajo la circular INS 0014 y el código de evento 113 (12). Esta inclusión está respaldada por un marco normativo nacional que incluye el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Lineamiento Técnico para el Manejo Integral de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niños de 0 a 59 meses de edad, así como por las resoluciones 2350 de 2020, 3202 de 2016 y 1343 de 2019 (13-17). Estos instrumentos buscan fortalecer la capacidad del sistema de salud para identificar, notificar y tratar oportunamente los casos de desnutrición, evitando así complicaciones mayores e incluso la mortalidad infantil.

El presente informe tiene como objetivo principal realizar un análisis epidemiológico de la vigilancia en salud pública de los casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años en Colombia durante el año 2024, con el fin de orientar la toma de decisiones y contribuir al cumplimiento de las metas nacionales e internacionales en salud infantil y nutrición.

2. Materiales y métodos

Es un análisis transversal, cuya fuente de información fueron los casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre 2017 y 2024. Para la población menor de cinco años se tomó la fuente de información oficial suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE de las proyecciones de población posteriores al COVID 19 y la información de CENSO 2018 (18). La población analizada corresponde a la notificación a las 38 entidades territoriales que notifican al SIVIGILA, de las cuales 32 son departamentos y 6 distritos.

Para el procesamiento de la información, se realizó depuración de la base de datos, donde se tuvieron en cuenta como criterios de exclusión los casos que presentaron las siguientes condiciones: descarte por incumplimiento a la definición de caso del evento o por error de digitación, z-score con incoherencia en la información y, casos con información incompleta de variables.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los casos que presentaron un z-score por debajo de -2 DE hasta -7 DE, se incluyeron también casos con z-score hasta 2 DE que presentaban edema (que son casos típicos de kwashiorkor).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta el tipo y nivel de medición de la siguiente manera:

- Variables cualitativas
 - o Nominales: Sexo, pertenencia étnica, área de residencia, tipo de régimen de afiliación a seguridad social en salud, hospitalización, asistencia a P y D, esquema de vacunación completo para la edad, cumplimiento de criterio de riesgo por circunferencia media del brazo, emaciación o delgadez visible, piel reseca, cambios en el cabello, palidez palmar, hipo o hiperpigmentación en la piel, edema, reincidencia, población migrante, población extranjera.
 - o Ordinales: Grupo de edad, nivel de escolaridad de la madre, estrato, tipo de desnutrición,
- Variables cuantitativas

- Discretas: Número de casos,
- Continuas: Peso al nacer, talla al nacer, prevalencia

Las variables fueron analizadas en términos de tiempo, persona y lugar, se realizó un análisis descriptivo transversal mediante tablas de frecuencia absolutas y relativas de las variables de interés del evento, así como la presentación de gráficos de combinados de barras y líneas para mostrar la tendencia del comportamiento en el tiempo.

Para verificar la diferencia de proporciones entre categorías, se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, comparando las proporciones de cada categoría de las variables entre los años 2023 y 2024. El análisis se llevó a cabo con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%.

Se analizaron los dos indicadores establecidos en el protocolo del evento que corresponden a la prevalencia por cada 100 menores de 5 años y la reincidencia.

Se tuvieron en cuenta para el análisis de los datos los casos con país de residencia en Colombia y como extranjeros los casos con país de residencia diferente a Colombia.

Se revisaron los casos que también fueron notificados a la base del evento 591 – Mortalidad integrada por EDA, IRA y desnutrición en menores de 5 años (16) con 113 – Desnutrición aguda en menores de 5 años, donde se excluyeron los casos descartados en las dos fuentes de información, y se tuvieron en cuenta los casos que en base 591 se registraran como muerte por desnutrición confirmada o probable.

Los casos reincidentes tuvieron en cuenta la definición establecida en el protocolo como todo caso que, pasados tres meses de una notificación inicial, vuelve a estar registrado en la base de datos del evento del año en curso o el año inmediatamente anterior.

Los comportamientos inusuales se definieron mediante metodología mixta con uso de Poisson para aquellas entidades donde el valor observado fue inferior a 30 casos y por la metodología de MMWR para aquellas entidades donde el valor observado fue igual o superior a 30 casos, donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, y se tiene en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento. El valor esperado se determinó con el promedio de los últimos 5 años de la notificación por cada una de las entidades territoriales.

Los softwares utilizados para realizar el análisis de la información fueron Microsoft Excel, OpenEpi, Jointpoint, QGIS 3.36.0, R y R Studio.

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (19). La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad,

no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

3. Resultados

Durante el año 2024 se notificaron al sistema Sivigila un total de 33 452 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años. Tras el procesamiento de la base de datos, se descartaron por ajuste 6 un total de 2421 casos que no cumplían con la definición del evento, principalmente por valores de z-score inconsistentes, toma inadecuada de antropometría, o presencia de patologías de base que implicaban una desnutrición de etiología secundaria. Algunos de estos casos fueron imputados al no ajustarse a los criterios del evento definidos en el protocolo de vigilancia. Adicionalmente, se excluyeron 717 casos por ajuste D, correspondientes a documentos mal diligenciados que posteriormente fueron corregidos y notificados nuevamente de forma adecuada, así como 6.093 registros duplicados.

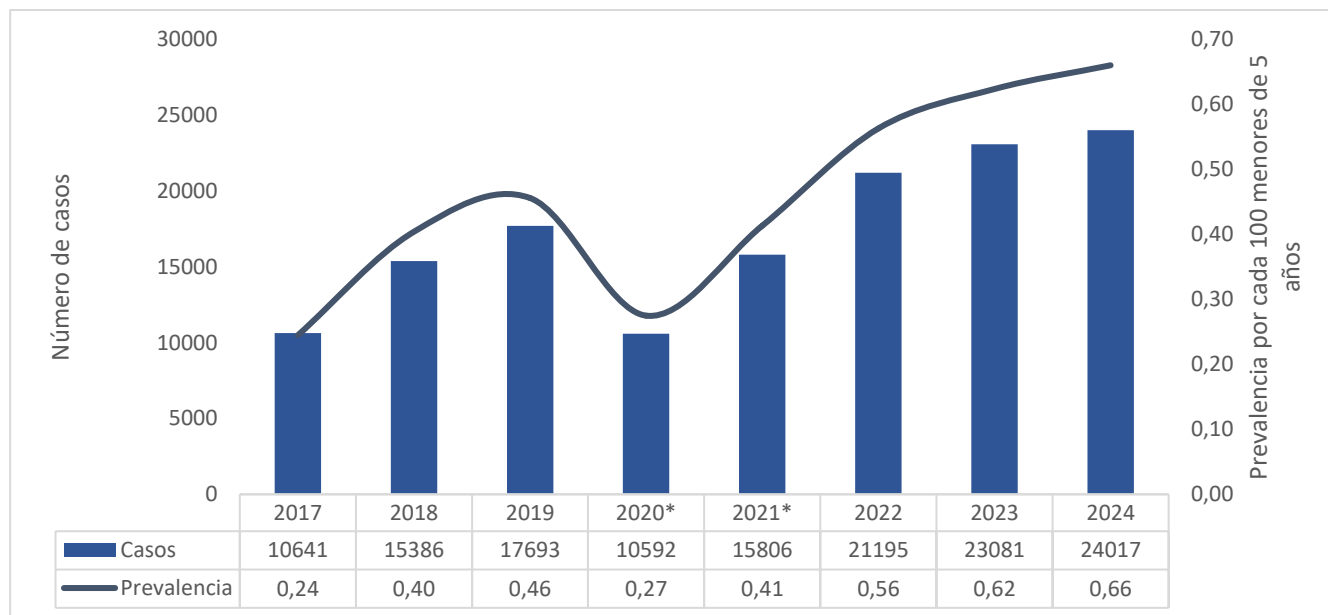
Luego de la depuración, se consolidó una base final de 24 221 casos para el año 2024, de los cuales 24 017 corresponden a residentes en Colombia y 204 a residentes en el exterior. De acuerdo con el protocolo del evento, el análisis de la información incluye únicamente los casos de pacientes residentes en el país; por tanto, la información presentada a continuación se basa en los 24 017 casos residentes en Colombia.

Para el 2024, la prevalencia de desnutrición aguda fue de 0,66 por cada 100 menores de 5 años, siendo la más alta reportada desde el inicio de la vigilancia del evento en 2017. Respecto al año inmediatamente anterior se observa un aumento del 4,1% donde se había presentado una prevalencia de 0,62 por cada 100 menores de 5 años y un total de 23 081 casos (Anexo 1) (Ver Figura 1).

Mediante gráfica de Joinpoint se realizó análisis de la tendencia temporal de la prevalencia desde el inicio del evento, con lo cual se evidencia un porcentaje de cambio anual de 12,65% entre los años 2017 a 2024 con diferencia estadísticamente significativa (Anexo 2).

Cuando se realiza el análisis de tiempo por semanas epidemiológicas, se observa un comportamiento de mayor notificación de casos durante los primeros meses del año, en especial de los meses de marzo a mayo entre las semanas epidemiológicas 10 a 20, el año 2020 presenta el comportamiento atípico de descenso abrupto de casos que fue el año de pandemia, y el año 2024 presenta el número más alto de casos. Entre el año 2022 y 2023, se observa un cambio importante cerca de la semana 22 donde comienza a aumentar el número de casos notificados en 2023 que es el momento en el cual se implementó la Búsqueda Activa Institucional en la entidad territorial de La Guajira. Así mismo, hay una tendencia a la baja hacia fin de año y un pequeño pico de disminución entre marzo y abril de cada año que corresponden a temporadas normalmente vacacionales en el país (Anexo 3).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2017-2024



*Nota: 2020 y 2021 fueron años atípicos en la notificación del evento, porque se presentó menor asistencia a los servicios de salud a causa de las restricciones por COVID 19.

Las entidades territoriales de La Guajira, Vichada, Chocó, Arauca, Guaviare, Vaupés y Magdalena presentaron las prevalencias más altas, con umbrales superiores al esperado en la meta nacional de 0,9%, manteniendo un comportamiento similar al de años anteriores (Anexos 4 y 5). En cuanto al comportamiento por regiones, las prevalencias más altas se observaron en las regiones de Orinoquía, Caribe y Amazonía con patrones similares a los de años anteriores, seguidas por las regiones Central, Pacífico y Oriental. Al comparar los datos con los de la ENSIN 2015, las cifras de esta encuesta son superiores en todas las regiones, a excepción de Orinoquía y Amazonía, donde las prevalencias reportadas por el Savigila son más altas. Sin embargo, es importante aclarar que la diferencia entre ambas fuentes se debe a que existe un intervalo de 10 años entre ellas, además de que el protocolo de vigilancia excluye algunos casos que la ENSIN sí considera para sus análisis (Anexo 5).

Con respecto a los comportamientos inusuales en la notificación departamental/distrital para 2024, 3 entidades territoriales cerraron año con situación de aumento en la notificación de casos en comparación con el valor histórico esperado, las cuales fueron Bolívar, Buenaventura y Santa Marta; y 1 entidad territorial cerró con situación de disminución la cual fue Guainía. Con respecto a los comportamientos inusuales en la notificación municipal para 2024, 236 entidades territoriales (21,0%) cerraron año con situación de aumento en la notificación de casos en comparación con el valor histórico esperado, y 22 entidades territoriales cerraron año con situación de disminución de casos en comparación con el valor histórico esperado (Anexo 6). El mapa que se presenta en el anexo 7

presenta las entidades con aumento y disminución en el nivel municipal para Colombia en el año 2024 (Anexo 7).

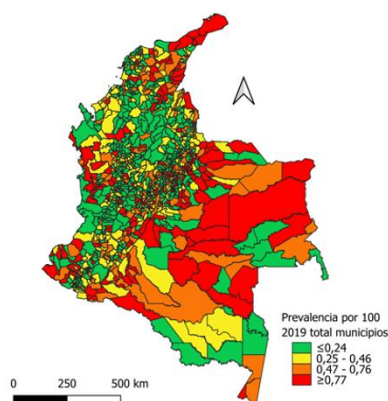
Para el cálculo de la prevalencia a nivel municipal, se categorizó a los municipios en tres grupos: aquellos con menos de 20 000 habitantes, entre 20 000 y 100 000 habitantes, y con más de 100 000 habitantes. A continuación, se presentan los 10 municipios con las prevalencias más altas dentro de cada una de estas categorías:

- Municipios con menos de 20 000 habitantes: Bagadó - Chocó, Pueblo Rico – Risaralda, El Carmen de Atrato – Chocó, Yavaraté – Vaupés, Tadó – Chocó, El Cantón de San Pablo – Chocó, Puerto Concordia – Meta, Belén – Boyacá, La Tola – Nariño y Guayatá – Boyacá (Anexo 8).
- Municipios 20 000 a 100 000 habitantes: Puerto Carreño – Vichada, Agustín Codazzi – Cesar, Alto Baudó – Chocó, Manaure – La Guajira, Pueblo Bello – Cesar, Istmina – Chocó, El Charco – Nariño, Bajo Baudó – Chocó, Saravena – Arauca y Paz de Ariporo – Casanare (Anexo 9).
- Municipios con más de 100 000 habitantes: Uribe – La Guajira, Riohacha - La Guajira, Maicao - La Guajira, San Andrés de Tumaco – Nariño, Quibdó – Chocó, Arauca – Arauca, Magangué – Bolívar, Turbo – Antioquia, Barrancabermeja – Santander y Facatativá – Cundinamarca (Anexo 10).

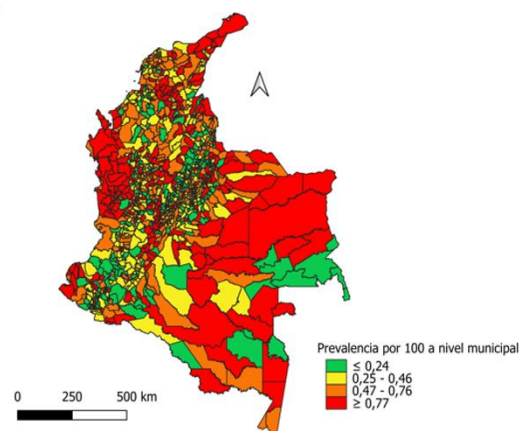
Como se muestra en la Figura 2, se observa un aumento en la notificación de casos, lo que ha llevado a un incremento en la prevalencia al comparar el año 2024 (analizado en este informe) con el año 2019, que fue el de mayor notificación antes de la pandemia. Este incremento responde a diversos factores, entre ellos: una mayor captación de casos gracias a un sistema de notificación más consolidado, la vinculación de algunas modalidades del ICBF a la red de operadores encargados de reportar casos, y la implementación de la estrategia de Búsqueda Activa Institucional Nutricional desde el año 2023.

Figura 2. Prevalencia de la notificación de los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, según nivel municipal, comparativo Colombia, 2019-2024

Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según municipio de residencia, Colombia, a SE 52 de 2019



Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según municipio de residencia, Colombia, a SE 52 de 2024



En los resultados sociodemográficos, la mayor prevalencia de casos notificados se observó en niños de sexo masculino (0,68), pertenecientes a población indígena (2,3), menores de 1 año (1,06) y residentes en áreas rurales (0,79). Al comparar los años 2023 y 2024, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable sexo. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas en la pertenencia étnica: se evidenció una disminución en la prevalencia de casos en las poblaciones indígena, ROM y gitana, y un aumento en la población afrocolombiana. En cuanto al grupo de edad, se registró un aumento significativo en menores de 1 año y una disminución en los niños de 4 años. Asimismo, se observaron cambios con diferencias estadísticamente significativas en la variable área de residencia, entre zonas urbanas y rurales (Tabla 1).

Al analizar la prevalencia según el sexo, discriminado por entidad territorial, solo Magdalena, Atlántico y Santa Marta registraron una mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación con el masculino; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En contraste, en el resto de las entidades, la prevalencia fue mayor en el sexo masculino, con diferencias estadísticamente significativas en La Guajira, Vichada, Risaralda, Cesar, Nariño, Buenaventura, Bogotá D.C., Antioquia, Meta, Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Caquetá, Valle del Cauca y a nivel nacional (Anexo 11).

El análisis de la prevalencia según área de residencia, desagregado por entidad territorial, evidenció diferencias estadísticamente significativas entre zonas urbanas y rurales, distribuidas de la siguiente manera:

- Entidades con mayor prevalencia en el área rural: La Guajira, Risaralda, Cesar, Antioquia, Meta, San Andrés, Norte de Santander, Santander y a nivel nacional.
- Entidades con mayor prevalencia en el área urbana: Vichada, Guainía, Nariño, Magdalena, Buenaventura, Tolima, Bolívar, Huila, Bogotá D.C., Cartagena, Caquetá, Meta, Córdoba, Valle del Cauca, Norte de Santander, Atlántico, Cali y Cauca.

Las demás entidades no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre áreas de residencia (Anexo 12).

La mayor proporción de casos se concentró en los niveles educativos más bajos: secundaria (46,7 %), primaria (22,7 %) y sin ningún grado de escolaridad (10,7 %). En cuanto al régimen de afiliación en salud, predominó el régimen subsidiado (72,0 %), y el estrato socioeconómico más frecuente fue el estrato 1 (65,1 %). Este comportamiento es consistente con lo observado en años anteriores. Al comparar los años 2023 y 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de escolaridad de la madre, con una disminución en la categoría de escolaridad primaria y un aumento en la categoría técnica. En cuanto al régimen de afiliación a la seguridad social en salud, se identificaron diferencias significativas con un aumento en el régimen subsidiado y una disminución en el régimen indeterminado. Finalmente, respecto al estrato socioeconómico, se presentaron disminuciones significativas en los estratos 2, 5 y 6 en el año 2024 en comparación con 2023 (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, Colombia, 2023 y 2024

Año	2023		2024		2023	2024	Valor p
Categoría	n	%	n	%	Prevalencia*	Prevalencia*	
Total	23081	100	24017	100	0,62	0,66	
Sexo**							
Hombres	12776	55,3	13469	56,1	0,68	0,72	0,112
Mujeres	10305	44,7	10548	43,9	0,57	0,59	0,112
Pertenencia étnica***							
Ninguno	17019	73,7	17644	73,5	0,66	0,68	0,5043
Indígena	4766	20,6	4732	19,7	2,31	2,30	< 0,05
Afrocolombiano	1189	5,2	1602	6,7	0,51	0,69	< 0,05
Raizal	42	0,18	28	0,12	SD	SD	0,067
ROM, Gitano	33	0,14	9	0,04	SD	SD	< 0,05
Palenquero	32	0,14	2	0,01	SD	SD	< 0,05
Edad**							
< 1 año	7345	31,8	7450	31,0	1,03	1,06	0,060
1 año	6589	28,6	7056	29,4	0,92	0,99	< 0,05
2 años	3965	17,2	4251	17,7	0,54	0,60	0,136
3 años	2700	11,7	2922	12,2	0,35	0,40	0,117
4 años	2482	10,7	2338	9,7	0,32	0,30	< 0,05
Área de residencia**							
Urbana	15090	65,4	15471	64,4	0,58	0,60	0,028
Rural	7991	34,6	8546	35,6	0,73	0,79	0,028
Escolaridad de la madre							
Ninguna	2554	11,1	2570	10,7	SD	SD	0,204
Primaria	5795	25,1	5454	22,7	SD	SD	< 0,05
Secundaria	10823	46,9	11212	46,7	SD	SD	0,651
Técnica	2543	11,0	2966	12,4	SD	SD	< 0,05
Universitaria	1366	5,9	1402	5,8	SD	SD	0,709
Sin dato	0	0,0	413	1,7	SD	SD	< 0,05
Tipo de régimen SGSSS							
Subsidiado	16019	69,4	5843	72,0	SD	SD	< 0,05
Contributivo	5616	24,3	5843	23,9	SD	SD	0,993
No asegurado	942	4,1	996	2,5	SD	SD	0,719
Indeterminado	254	1,1	130	0,5	SD	SD	< 0,05

Excepción	207	0,9	217	0,9	SD	SD	0,939
Especial	43	0,2	47	0,2	SD	SD	0,817
Estrato							
1	14901	64,6	15637	65,1	SD	SD	0,213
2	6057	26,2	6102	25,4	SD	SD	< 0,05
3	1519	6,6	1564	6,5	SD	SD	0,761
4	133	0,6	146	0,6	SD	SD	0,655
5	42	0,2	23	0,1	SD	SD	< 0,05
6	47	0,2	24	0,1	SD	SD	< 0,05
Sin dato	382	1,7	521	2,2	SD	SD	< 0,05

*Prevalencia por cada 100 menores de 5 años

** Los denominadores usados corresponden a proyecciones de población DANE 2023 y 2024

*** Los denominadores usados corresponden a CENSO 2018

El valor de p se calculó comparando cada categoría entre los dos años analizados

En relación a los factores y signos clínicos, se encontró una disminución estadísticamente significativa en de 2023 a 2024 de la desnutrición aguda severa y por ende un aumento en la moderada, lo cual indica que se está presentando menor severidad en los casos; lo cual es concordante con la información de los signos clínicos donde se evidencia que se presentó disminución en los signos de piel reseca, cambios en el cabello, palidez palmar, hipo o hiperpigmentación en la piel; los signos de emaciación y edema no presentaron variación estadísticamente significativa entre los dos años evaluados (Tabla 2).

En relación con la presencia de menores de 5 años en el hogar del caso con desnutrición, se encontró que en el 74,7 % de los hogares solo había un menor de 5 años, seguido del 19,6 % con dos menores, y el 5,7 % con tres o más menores de 5 años. Estas distribuciones presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos años analizados (Tabla 2).

En cuanto a los antecedentes en salud, se observó una disminución estadísticamente significativa en la medición del perímetro braquial como indicador de riesgo de muerte por desnutrición, así como una reducción en el porcentaje de casos hospitalizados entre 2023 y 2024. También se registró una disminución en la asistencia al programa de promoción y mantenimiento de la salud, y un aumento en la proporción de casos con esquema de vacunación completo para la edad (ver Tabla 2).

Respecto a los antecedentes de nacimiento reportados en 2024, se encontró una mediana de peso al nacer de 2 700 gramos, una mediana de talla al nacer de 48 cm y de edad gestacional al nacer de 38 semanas gestacionales.

Sobre los antecedentes de alimentación, se encontró que el 44,6 % de los casos recibieron lactancia materna hasta el primer y sexto mes de vida; el 27 % hasta entre los 7 y 12 meses; el 19,3 % entre los 13 y 24 meses, y el 2,8 % por 24 meses o más. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos años analizados, con un aumento en todos los grupos de edad entre 1 y 24 meses (Tabla 2).

Respecto a la edad de inicio de la alimentación complementaria en niños de 6 a 59 meses, el 12,5 % reportó haberla iniciado entre el primero y quinto mes de vida, el 70,3 % a los 6 meses, el 7,1 % a los 7 meses, y el resto a partir de los 8 meses en adelante. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos años analizados: se evidenció una disminución en el inicio temprano (1 a 5 meses) y un aumento en el inicio a los 6 meses, lo cual representa un avance positivo, dado que la recomendación es comenzar la alimentación complementaria a los 6 meses de edad (Tabla 2).

Al analizar las variables correspondientes al monitoreo especial, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en dos indicadores: un aumento en la reincidencia de casos en 2024 respecto a 2023, y una disminución en el valor del perímetro braquial en ese mismo periodo. Los demás indicadores evaluados —menores de 6 meses, prueba de apetito negativa (en niños de 6 a 59 meses), presencia de edema y peso inferior a 4 kg (en niños de 6 a 59 meses)— no presentaron cambios significativos entre los dos años analizados (Tabla 2).

Tabla 2. Factores y signos clínicos de los casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, Colombia, 2023 y 2024

Año	2023		2024		Valor p
Categoría	n	%	n	%	
Tipo de desnutrición					
Desnutrición aguda moderada	17138	74,3	18991	79,1	< 0,05
Desnutrición aguda severa	5943	25,7	5026	20,9	< 0,05
Antecedentes					
Perímetro braquial < 11,5 cm (6 a 59 meses)	1709	8,8	1669	8,0	< 0,05
Hospitalización	6954	30,1	6913	28,8	< 0,05
Asistencia a P y D	17765	77,0	18002	75,0	< 0,05
Esquema de vacunación completo	17505	75,8	19017	79,2	< 0,05
Signos clínicos					
Emaciación o delgadez visible	15185	65,8	15679	65,3	0,247
Piel reseca	7397	32,1	7053	29,4	< 0,05
Cambios cabello	5677	25,2	5398	22,5	< 0,05
Palidez palmar	5829	24,6	4747	19,8	< 0,05
Hipo o hiperpigmentación en piel	3465	15,0	3098	12,8	< 0,05
Edema	1319	5,7	1339	5,6	0,512
Menores de 5 años en el hogar					
1	16683	72,3	17938	74,7	< 0,05
2	4877	21,1	4711	19,6	< 0,05
3	1051	4,6	1008	4,2	< 0,05
4	224	1,0	200	0,8	0,114
5 o más	246	1,1	160	0,7	< 0,05

Tiempo que recibe leche materna					
Sin información	2791	12,1	1530	6,4	< 0,05
1 a 6 meses	9734	42,2	10707	44,6	< 0,05
7 a 12 meses	5693	24,7	6477	27,0	< 0,05
13 a 24 meses	4227	18,3	4629	19,3	< 0,05
24 meses y más	636	2,8	674	2,8	0,737
Edad inicio alimentación complementaria (6 a 59 meses)					
Sin dato	1474	7,4	419	2,0	< 0,05
1 a 5 meses	2837	14,2	2618	12,5	< 0,05
6 meses	12665	63,4	14684	70,3	< 0,05
7 meses	1449	7,3	1478	7,1	0,482
8 meses	753	3,8	744	3,6	0,263
9 meses	249	1,2	265	1,3	0,842
10 meses y más	556	2,8	691	3,3	< 0,05
Variables de monitoreo especial					
Reincidencia	3239	14,0	4435	18,5	< 0,05
Menores de 6 meses	3098	13,4	3118	13,0	0,158
Perímetro braquial < 11,5 cm (6 a 59 meses)	1709	8,8	1669	8,0	< 0,05
Prueba de apetito negativa (6 a 59 meses)	1508	7,9	1512	7,2	0,229
Edema	1319	5,7	1339	5,6	0,512
Peso inferior a 4 Kg (6 a 59 meses)	67	0,3	56	0,3	0,215

Reincidencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2024

Para el 2024, 4 435 menores fueron reincidentes en el evento, lo cual corresponde al 18,5 % de los casos. Las proporciones más altas de reincidencia se presentaron en San Andrés (40,0 %), Arauca (27,9%), Putumayo (26,5 %), Guaviare (26,0%) y Buenaventura (24,8%) (Anexo 13). En el nivel municipal, los municipios que presentaron mayor proporción de casos reincidentes fueron: Belmira - Antioquia (100%), Beltrán - Cundinamarca (100%), Cáchira - Norte de Santander (100%), Cerinza - Boyacá (100%), Chiquiza - Boyacá (100%), Filadelfia - Caldas (100%), La Cumbre - Valle del Cauca (100%), La Jagua del Pilar - La Guajira (100%), La Llanada - Nariño (100%), Mallama (Piedrancha) - Nariño (100%), Paya - Boyacá (100%), San José del Palmar - Chocó (100%), Sativanorte - Boyacá (100%), Siachoque - Boyacá (100%), Sotara - Cauca (100%), Villa Caro - Norte de Santander (100%) y Zipacón - Cundinamarca (100%).

Análisis de poblaciones especiales: Desnutrición aguda en población indígena, Colombia, 2024

Las poblaciones indígenas son uno de los grupos poblacionales que mayor presentación de casos de desnutrición aguda de manera histórica. Para el 2024, se notificaron 4 732 casos correspondientes al 19,5% de la notificación recibida, con una disminución estadísticamente significativa respecto al año 2023.

Las entidades territoriales con mayor proporción de casos notificados de este grupo fueron Guainía (88,9%), Vaupés (82,8%), Vichada (82,6%), La Guajira (79,0%), Amazonas (62,0%) y Chocó (59,2%), que fueron las mismas con mayor proporción en el año 2023. Sin embargo, por número de casos están concentrados en La Guajira con 2 250 casos, Chocó 628 casos, Cesar con 390 casos y Risaralda con 202 casos (Anexo 14).

Las poblaciones indígenas presentan formas más graves de desnutrición, con un 29,3 % de los casos clasificados como desnutrición aguda severa, en comparación con el 18,5 % registrado entre los casos sin pertenencia étnica. Debido a la severidad del cuadro, es común que estos casos presenten una mayor proporción de signos clínicos como delgadez (77,0 %), piel reseca (57,8 %), cambios en el cabello (51,9 %), palidez (36,5 %), hipo o hiperpigmentación cutánea (26,7 %) y edema (11,1 %). No obstante, en comparación con el año anterior, se observa una disminución en la proporción de signos clínicos en la población indígena, lo cual se refleja también en la reducción del porcentaje de casos con desnutrición aguda severa, que pasó del 35,6 % en 2023 al 29,3 % en 2024.

Análisis de poblaciones especiales: Desnutrición aguda en población migrante, Colombia, 2024

En relación con la población migrante —es decir, casos residentes en Colombia con nacionalidad extranjera—, durante 2024 se notificaron 433 casos desde diferentes entidades territoriales, lo que representa el 1,8 % del total de casos reportados, una proporción inferior al 3 % registrado en 2023. La mayoría de estos casos corresponden a personas de nacionalidad venezolana (404 casos; 93,3 %), seguidos por ecuatorianos (15 casos; 3,5 %), peruanos (9 casos; 2,1 %), y casos aislados de Bolivia, Panamá, Alemania, Chile y Estados Unidos (1 caso cada uno; 0,2 %). En cuanto a la distribución geográfica, los casos migrantes se concentraron principalmente en Bogotá D.C. (87 casos), La Guajira (70 casos), Norte de Santander (54 casos) y Antioquia (47 casos) (Anexo 14).

Análisis de poblaciones especiales: Desnutrición aguda en población extranjera, Colombia, 2024

En cuanto a la población extranjera —es decir, casos de personas residentes en el exterior que fueron atendidas en Colombia—, se notificaron un total de 204 casos provenientes de diversas entidades territoriales. Las principales entidades notificadoras fueron: Norte de Santander (54 casos; 26,5 %), La Guajira (47 casos; 23,0 %), Arauca (44 casos; 21,6 %), Vichada (24 casos; 11,8 %), Guainía (16 casos; 7,8 %), Amazonas (5 casos; 2,4 %), Nariño (4 casos; 1,9 %), Bogotá D.C. y Meta (3 casos cada una;

1,4 %), y con un caso cada una (0,4 %) las entidades de Cesar, Santander, Antioquia y Putumayo.

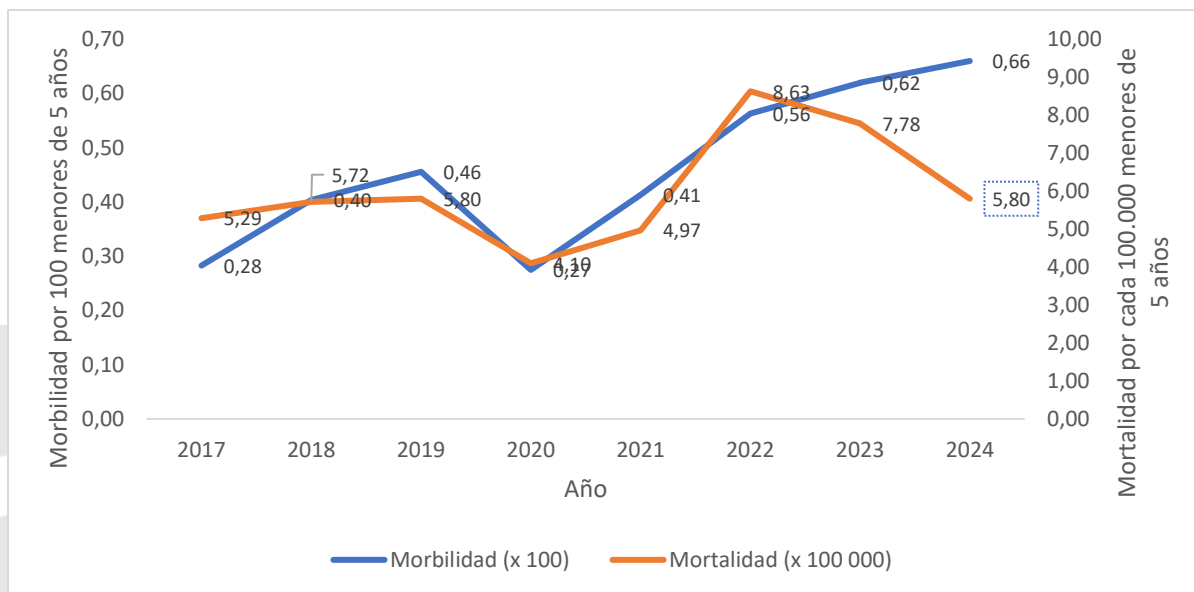
En cuanto a la nacionalidad de estos casos, la mayoría correspondió a personas de Venezuela (128 casos; 62,8 %), seguidos por Colombia (59 casos; 34,3 %), Ecuador (4 casos; 1,9 %), Perú (1 caso; 0,5 %) y Estados Unidos (1 caso; 0,5 %).

Evento de desnutrición aguda y mortalidad asociada a desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2024

Para el año 2024, se presentaron un total de 211 mortalidades por desnutrición confirmadas en el evento de mortalidad integrada por IRA, EDA y Desnutrición. Al realizar cruce de información con dicho evento y el evento 113 – Desnutrición Aguda en menores de 5 años, se encontraron 152 menores que se notificaron en los dos eventos, lo cual corresponde a un 72,0 % del total de muertes reportadas por desnutrición en el evento 591. Comparado con el año 2023, se aumentó el porcentaje de notificación pues para dicho año fue de 62,2%, mejor que el de 2022 que fue de 59,2% y de 2021 que fue de 52,3% (Anexo 15).

En cuanto al comportamiento histórico de ambos eventos, se observa que presentaron tendencias similares durante el periodo 2017-2022. No obstante, destacan dos años: 2017, en el que la tendencia de mortalidad fue superior a la de morbilidad, y 2023, así como 2024, en los que la tendencia de morbilidad superó a la de mortalidad. Este comportamiento reciente se atribuye a las acciones de intensificación de la vigilancia a través de la Búsqueda Activa Institucional Nutricional, las cuales han permitido una mayor identificación de casos de morbilidad y una atención más oportuna (Figura 3).

Figura 3. Comportamiento de la notificación de la morbilidad por desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia 2017 a 2024



Articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), 2024

Desde el año 2019, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) iniciaron un proceso de articulación que permitió vincular al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) los Centros de Recuperación Nutricional (CRN) y las modalidades del ICBF "Mil días para cambiar el mundo", "Unidades Móviles" y "Unidades de Búsqueda Activa", como Unidades Informadoras (UI). Las tres últimas fueron clasificadas en el sistema como "Unidades Especiales ICBF", mientras que los CRN mantienen su denominación individual como centros de recuperación nutricional.

De esta manera, el ICBF se ha consolidado como un actor clave en el sistema de notificación del evento de desnutrición aguda. En 2024, esta institución fue responsable del 1,74% del total de casos notificados a la base nacional. No obstante, al analizar la contribución por entidad territorial, se observa que en departamentos como Chocó (38,5 %), Vaupés (33,1 %) y Vichada (14,7 %), una proporción acumulada significativa de las notificaciones registradas entre 2019 y 2024 proviene de la captación realizada por el ICBF.

Cabe destacar que en 2024 se observó una disminución en la proporción de casos notificados por el ICBF a nivel nacional, atribuida a un proceso de reestructuración institucional. Durante ese año, la notificación desde esta entidad fue realizada exclusivamente por los Centros de Recuperación Nutricional.

Desde 2023 y a lo largo de 2024, el INS y el ICBF han avanzado en la caracterización de otras modalidades del ICBF para su integración a Sivigila. Este proceso se ha desarrollado bajo el principio de que la notificación debe ser realizada por profesionales en nutrición y dietética, medicina o enfermería, con el fin de garantizar la calidad de los datos ingresados al sistema, y que entrará en ejecución durante 2025 (Anexo 16).

Búsqueda Activa Institucional Nutricional (BAI nutricional)

Durante el 2023 el INS realizó acciones de vigilancia intensificada en el territorio de La Guajira, con acompañamiento continuo en el territorio, lo cual permitió aumentar de manera importante la oportunidad y el volumen de notificación de casos del evento de desnutrición aguda, en especial en los municipios relacionados a la sentencia T-302/2017. Dentro de la intensificación de la vigilancia se evidenció un aumento en la captura de información a través de lo que se denominó BAI nutricional y que al presentar excelentes resultados en La Guajira se definió como parte de lo rutinario con lo cual se vinculó al protocolo como parte de las tareas de las entidades territoriales a finales de 2023.

Durante el 2023 y 2024 se ha realizado capacitación a todo el país en la implementación de la BAI nutricional en especial a los territorios que hacen parte de la mesa de desaceleración de la mortalidad por desnutrición aguda. Lo que busca la BAI es captar información de todas las atenciones de menores de 5 años para verificar el respectivo diagnóstico nutricional y verificar aquellos casos que no se encuentran notificados, si esta ausencia de la notificación corresponde a casos que no aplican al evento por definición por situaciones como presentación de etiología primaria, error en antropometría, entre otros y notificar aquellos que no fueron captados a través de la vigilancia pasiva.

En el anexo 17, se presenta la información de la BAI nutricional realizada en algunos territorios en los cuales el INS realiza acompañamiento permanente de la BAI nutricional dadas las condiciones y situación crítica de desnutrición en dichos territorios. En términos generales, se observa que la presentación de desnutrición es entre el 2% y el 6% y el riesgo a desnutrición aguda entre el 11% y el 13% para las entidades presentadas, el riesgo a sobrepeso se encuentra entre el 14% y 15%, el sobrepeso entre el 4 a 5% y obesidad presenta cifras inferiores al 2%.

4. Discusión

Durante 2024, la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de cinco años alcanzó niveles récord en Colombia (Figura 1). Este incremento exige un análisis detallado de los múltiples factores implicados, especialmente de los determinantes sociales de la salud, los cuales continúan siendo predominantemente desfavorables en contextos de inseguridad alimentaria (20). Asimismo, este comportamiento puede atribuirse, en parte, al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del evento, que ha mejorado en cuanto a la capacidad de detección y notificación de casos (21).

En relación con los factores asociados a la seguridad alimentaria y nutricional, el informe de la FAO de 2024 reporta que el 6,8 % de la población menor de cinco años presenta desnutrición aguda. Aunque esta cifra se ha mantenido relativamente estable en los últimos informes, persiste una limitación

importante en la disponibilidad de datos actualizados para muchos países, lo que ha llevado a que las estimaciones se basen en proyecciones anuales realizadas por el Banco Mundial. No obstante, todos los informes coinciden en señalar que las proyecciones hacia 2030 no son alentadoras. De hecho, se prevé un posible aumento en la prevalencia de desnutrición aguda para ese año, que constituye el punto de referencia para la evaluación de los indicadores relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (6,8).

Las inequidades entre los países contribuyen a perpetuar la desnutrición, lo que se refleja en áreas y municipios con prevalencias alarmantemente altas, algunas de las cuales incluso superan las cifras de países de la región que tradicionalmente presentan las prevalencias más elevadas. Esto es evidente en municipios como Bagadó (Chocó), Pueblo Rico (Risaralda) y Puerto Carreño (Vichada), los cuales figuran entre los de mayor prevalencia en Colombia (Anexos 8, 9 y 10). De hecho, sus tasas superan las de países de la región de las Américas como Barbados, Trinidad y Tobago, Guyana, Surinam, Venezuela y Haití, que reportan algunas de las prevalencias más altas en la región de las Américas (8).

En Colombia, los análisis históricos sobre la desnutrición aguda evidencian una mayor prevalencia en zonas rurales y entre poblaciones indígenas, reflejando profundas inequidades estructurales. Este patrón se acentúa particularmente en territorios como el departamento de La Guajira, donde se concentra el mayor grupo poblacional indígena del país y se registran algunas de las prevalencias más elevadas de desnutrición infantil. A nivel municipal, se observa que las jurisdicciones con alta proporción de población indígena residente tienden a presentar mayores prevalencias de desnutrición, fenómeno asociado a múltiples factores como la ruralidad, el acceso limitado a servicios básicos, la inseguridad alimentaria persistente y las barreras en el acceso efectivo a los sistemas de salud (21).

Este escenario exige un enfoque diferencial e intercultural en el diseño y ejecución de las políticas públicas. Es fundamental incorporar perspectivas que reconozcan las particularidades socioculturales de los pueblos indígenas, promuevan su participación en la toma de decisiones, fortalezcan la soberanía alimentaria y aseguren una articulación intersectorial efectiva para garantizar el derecho a una alimentación adecuada y culturalmente pertinente (22).

En cuanto a la población afrodescendiente, aunque históricamente no ha presentado prevalencias de desnutrición tan altas como la población indígena, los datos recientes muestran una tendencia al alza entre 2023 y 2024. Esta población se encuentra mayoritariamente en el litoral pacífico colombiano, una región donde coexisten comunidades indígenas y afrodescendientes, y que ha sido históricamente afectada por el conflicto armado, lo cual perpetúa condiciones de inseguridad alimentaria y limita gravemente el acceso a alimentos para muchas familias (23). Parte de este aumento también podría responderse por la implementación de la BAI nutricional en el Chocó que se presenta en este informe.

En contraste con este panorama, en algunas regiones del mundo se observa un comportamiento inverso: las zonas rurales presentan menores tasas de desnutrición debido a un acceso más directo a alimentos producidos localmente (24). Sin embargo, en el caso colombiano este patrón no se reproduce por completo, debido a múltiples factores. Por un lado, el conflicto armado interno continúa afectando

territorios del Pacífico como Chocó, Cauca, Valle del Cauca y Nariño, interfiriendo con los sistemas productivos y el abastecimiento alimentario (23). Por otro lado, en regiones como La Guajira, las condiciones geográficas extremas, como el carácter desértico de ciertas áreas, limitan la disponibilidad y diversidad de alimentos, dificultando aún más la garantía de la seguridad alimentaria (25).

En relación con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del evento. Desde 2017, se han reportado cifras más con promedio de casos más altos por semana, mayor número de UPGD notificando al evento: en 2017 se notificaron 1.601 Unidades de Atención a la Desnutrición (UPGD/UI), mientras que en 2024 esa cifra subió a 2 497 (Anexo 1). Parte de este aumento se debe a la colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que desde 2019 integra los Centros de Recuperación Nutricional, y las denominadas Unidades Especiales de ICBF que hacen parte de la dirección de nutrición de esta entidad (Anexo 16). Esta colaboración ha permitido identificar casos en zonas de difícil acceso que previamente no eran reportados. Las cifras de 2020 y 2021 se observó una disminución temporal en la notificación de casos debido a la inasistencia de usuarios a los controles rutinarios a causa de la pandemia COVID 19.

Desde 2022, la reincidencia fue incorporada como un nuevo indicador del evento, lo que, como era de esperarse, ha resultado en un incremento progresivo en su medición. Este aumento se atribuye, en parte, a la capacitación continua del personal en la renotificación de los casos, lo cual facilita la identificación de las reincidencias. La inclusión de este nuevo indicador ha generado, de manera natural, un crecimiento en los reportes, dado que permite detectar casos que anteriormente podrían haber pasado desapercibidos. De este modo, entre 2022 y 2023 se observó un aumento en este indicador, tendencia que se ha mantenido entre 2023 y 2024 (Anexo 13).

Desde 2023, se ha venido implementando una estrategia de metodologías mixtas en la Búsqueda Activa Institucional (BAI), que incluye: BAI por RIPS, BAI nutricional, y BAI con cruce de eventos de mortalidad integrada por IRA, EDA y DNT (4). Esta combinación ha mostrado resultados favorables al mejorar la captura oportuna de casos (21). Este enfoque ha permitido una mayor detección, lo cual contrasta con las cifras de mortalidad, que muestran una tendencia a la baja a nivel nacional. No obstante, este comportamiento puede variar entre las diferentes entidades territoriales (26).

Dentro de la implementación de las metodologías BAI, se ha puesto especial énfasis en el desarrollo de la BAI nutricional, ya que ha sido la más efectiva en la captación de casos. Además, ha permitido obtener información adicional sobre el estado nutricional de los niños, lo que brinda a las entidades que ya aplican esta metodología datos clave sobre el riesgo nutricional. Esta información permite realizar intervenciones preventivas antes de que los niños alcancen un estado crítico de desnutrición (Anexo 17) (4).

La vigilancia activa, mediante el cruce de información con otros eventos como la mortalidad integrada por IRA, EDA y DNT, y la colaboración con entidades como ICBF, permite una mejor identificación de casos. Sin embargo, se debe continuar fortaleciendo las redes de notificadores y ampliar la colaboración con organizaciones internacionales, la academia y otros actores clave (4).

Es fundamental prestar especial atención a los niños que muestran signos clínicos de desnutrición y que son reincidentes, ya que estos casos reflejan un tratamiento inadecuado o tardío. La formación de los profesionales de salud en el manejo de la desnutrición aguda también es esencial, siguiendo las directrices establecidas en los protocolos nacionales (14).

Finalmente, la desnutrición es un reflejo claro de una crisis en los determinantes sociales, como el acceso a alimentos, agua potable, educación y trabajo. Aunque el sector salud juega un papel crucial, es necesario un esfuerzo intersectorial para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables.

5. Conclusiones

- La prevalencia nacional, notificada por los servicios de salud, de desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años para el 2024 en Colombia fue de 0,66 por cada 100 menores de cinco años.
- Las entidades territoriales que presentaron prevalencias más altas fueron La Guajira (2,60), Vichada (2,28), Chocó (1,85), Arauca (1,30), Guaviare (0,99), Vaupés (0,88), Magdalena (0,84), Casanare (0,78), Risaralda (0,78) y Guainía (0,76).
- Las prevalencias más altas en municipios con menos de 20 000 habitantes fueron Bagadó - Chocó, Pueblo Rico - Risaralda, El Carmen de Atrato - Chocó, Yavaraté - Vaupés.
- Las prevalencias más altas en municipios con 20 000 a 100 000 habitantes fueron Puerto Carreño - Vichada, Agustín Codazzi - Cesar, Alto Baudó - Chocó, Manaure - La Guajira.
- Las prevalencias más altas en municipios con más de 100 000 habitantes fueron Uribe - La Guajira, Riohacha - La Guajira, Maicao - La Guajira, San Andrés de Tumaco - Nariño.
- La mayor prevalencia de casos notificados se observó en niños de sexo masculino (0,68), pertenecientes a población indígena (2,3), menores de 1 año (1,06) y residentes en áreas rurales (0,79).
- Se presentó una disminución en la severidad de la desnutrición con menor proporción de casos con desnutrición aguda severa respecto al año 2023 pasando de un 25,7% a un 20,9%, y de presentación de signos clínicos que normalmente acompañan la desnutrición aguda severa.
- Se encontró que el 44,6 % de los casos recibieron lactancia materna hasta el primer y sexto mes de vida y el 70,3% tuvo un inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses.
- La reincidencia de desnutrición aguda para el año 2024 fue de 18,5%.
- Los grupos poblacionales indígenas presentaron mayor presentación de signos clínicos respecto a la población general.
- La implementación de la BAI nutricional permitió aumentar la captación de casos de morbilidad por desnutrición lo cual podría suponer una atención más oportuna que lleve a disminuir la mortalidad por desnutrición aguda.

6. Recomendaciones

Con el objetivo de prevenir desenlaces fatales como la muerte asociada a la desnutrición aguda, se plantean las siguientes recomendaciones dirigidas a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y a las secretarías de salud en sus distintos niveles:

- Fortalecer la identificación temprana de riesgos nutricionales mediante la capacitación del talento humano en salud y la sensibilización comunitaria en temas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, porciones y grupos de alimentos.
- Mejorar los enfoques de atención diferencial para comunidades indígenas y rurales, las cuales presentan mayor vulnerabilidad y suelen llegar a los servicios de salud con cuadros severos de desnutrición como marasmo y kwashiorkor. Se requiere que las estrategias de atención se adapten a sus condiciones socioculturales y de acceso.
- Potenciar la Búsqueda Activa Institucional (BAI) utilizando metodologías mixtas, tal como lo establece el protocolo del evento, con el fin de asegurar una mayor cobertura y detección oportuna de casos.
- Fortalecer la vigilancia basada en comunidad a través de las secretarías de salud municipales y departamentales, incentivando la participación de líderes comunitarios y actores locales en la identificación y notificación de posibles casos.
- Garantizar la disponibilidad y mantenimiento de equipos de antropometría en las IPS, asegurando una correcta calibración para mejorar la calidad de los datos reportados al sistema de vigilancia.
- Reforzar la articulación interinstitucional entre el sector salud y otras entidades como el ICBF, Prosperidad Social y agencias de cooperación internacional, con el fin de consolidar estrategias integrales de vigilancia, prevención e intervención frente a la desnutrición aguda en menores de cinco años.
- Consolidar la articulación interinstitucional entre el sector salud, el ICBF, Prosperidad Social, organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación internacional, con un enfoque territorial que permita integrar esfuerzos de prevención, atención y seguimiento a la desnutrición aguda.
- Desarrollar estrategias de seguimiento postrecuperación nutricional, que incluyan visitas domiciliarias, seguimiento antropométrico y orientación alimentaria, a fin de evitar recaídas y consolidar el estado nutricional alcanzado.
- Implementar sistemas de alertas tempranas a nivel territorial, que permitan identificar y priorizar zonas con incremento de casos o riesgos asociados, activando de forma oportuna acciones integrales de respuesta.

7. Referencias

1. UNICEF España. Desnutrición infantil [Internet]. Madrid: UNICEF España; [fecha de publicación desconocida] [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
2. Katoch OR. Determinants of malnutrition among children: A systematic review [Internet]. Nutrition. 2022 Apr [consultado el 25 de abril de 2025];96:111565. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111565>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Malnutrición; 2021 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de evento 113 – Desnutrición Aguda Moderada y Severa en menores de 5 años [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2024 [consultado el 25 de abril de 2025].

- de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
5. Dipasquale V, Cucinotta U, Romano C. Acute malnutrition in children: pathophysiology, clinical effects and treatment [Internet]. *Nutrients*. 2020 Aug 12 [consultado el 25 de abril de 2025];12(8):2413. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu12082413>
 6. FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS. 2024. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. [Internet]. FAO, Roma; 2024. [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/publications/fao-flagship-publications/the-state-of-food-security-and-nutrition-in-the-world/2021/es>
 7. UNICEF, Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates (JME) — Levels and Trends – 2023 edition [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2023 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023/>
 8. FAO, FIDA, OPS, PMA, UNICEF. Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición 2024: Fomentando la resiliencia frente a la variabilidad del clima y los eventos climáticos extremos para la seguridad alimentaria y la nutrición [Internet]. Santiago: FAO; 2025 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/americas/publicaciones/panorama/es>
 9. MSPS, ICBF, INS, ICBF, UN. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), 2015 [Internet]. Colombia: MSPS, ICBF, INS, ICBF, UN; 2018. [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>
 10. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Ginebra: ONU; 2015. [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
 11. DNP. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Colombia: DNP; 2024. [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://ods.dnp.gov.co/es/objetivos>
 12. Instituto Nacional de Salud. Circular 014 de 2016 [Internet]. Colombia: INS; 2016. [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Circulares/CIRCULAR%20EXTERNA%200014%20DE%202016.pdf>
 13. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 [Internet]. Colombia; 2022 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
 14. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas menores de cinco años. Resolución 2350 de 2020 [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2020 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamiento-manejo-desnutricion-resolucion-2350.pdf>
 15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020 [Internet]. Colombia: MSPS; 2020 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en:

- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 jul [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
 17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1343 de 2019 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5628
 18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población por área, sexo y edad 2018 - 2026 [Internet]. Colombia: DANE; 2024 may. [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
 19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
 20. Rodríguez L, Cervantes E, Ortiz R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutr Hosp [Internet]. 2010 [consultado el 25 de mayo de 2025];25(Supl 3):24–29. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/03_articulo_03.pdf
 21. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Desnutrición aguda en menores de 5 años: informe de evento 2023 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DESNUTRICI%C3%93N%20AGUDA%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
 22. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Recomendaciones estratégicas para la garantía progresiva del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada en pueblos indígenas del país [Internet]. Bogotá: FAO Colombia; 2020 [consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.fao.org/co/PublicacionesFAOCO/UTF-COL-130-COL/Recomendaciones_DHAA_PueblosIndigenas.pdf
 23. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Resumen ejecutivo: Noveno informe ONS, consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia [Internet]. Bogotá: INS; 2020 [consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/resumen-ejecutivo-informe-ons-9.pdf>
 24. Birhanu F, Yitbarek K, Bobo FT, Atlantis E, Woldie M. Undernutrition in children under five associated with wealth-related inequality in 24 low- and middle-income countries from 2017 to 2022. Sci Rep. 2024;14(3326) [consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-53280-0>

25. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). El frijol que desafía al desierto: el legado ancestral wayuu frente al cambio climático [Internet]. Bogotá: FAO Colombia; 2023 [consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/colombia/noticias/detail-events/en/c/1730500/>
26. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Mortalidad en menores de 5 años: informe de evento 2023 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>

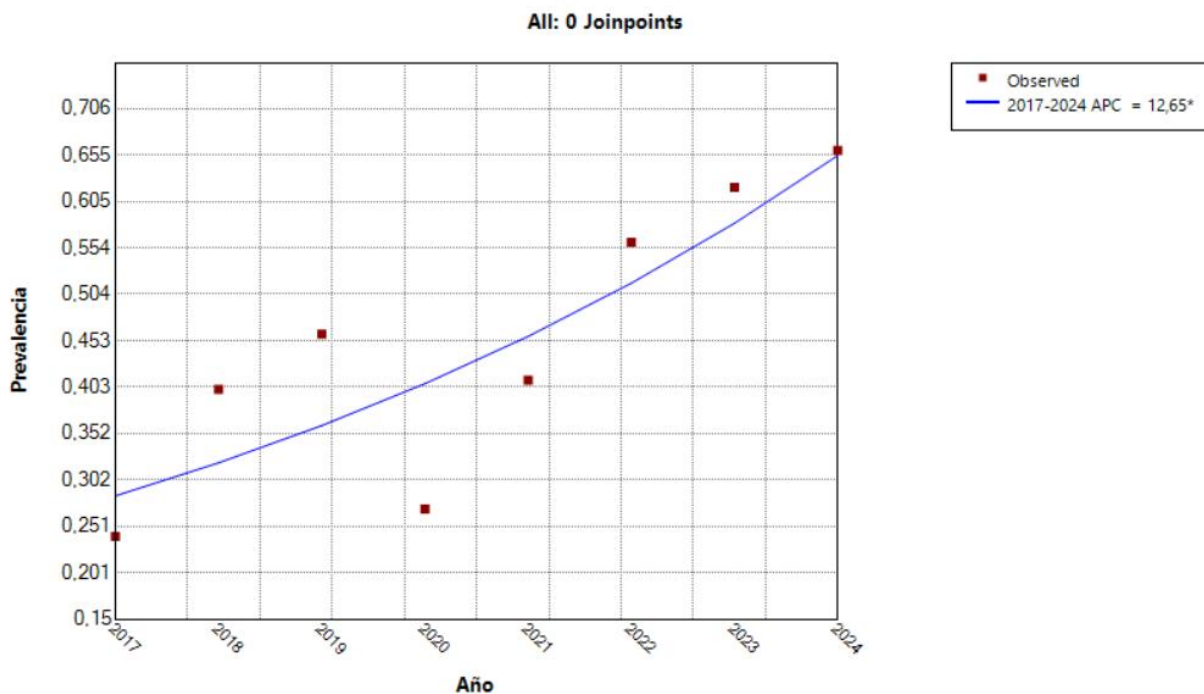


8. Anexos

Anexo 1. Casos de desnutrición aguda en menores de 5 años total, por semana y UPGD notificadoras, Colombia, 2017 – 2024

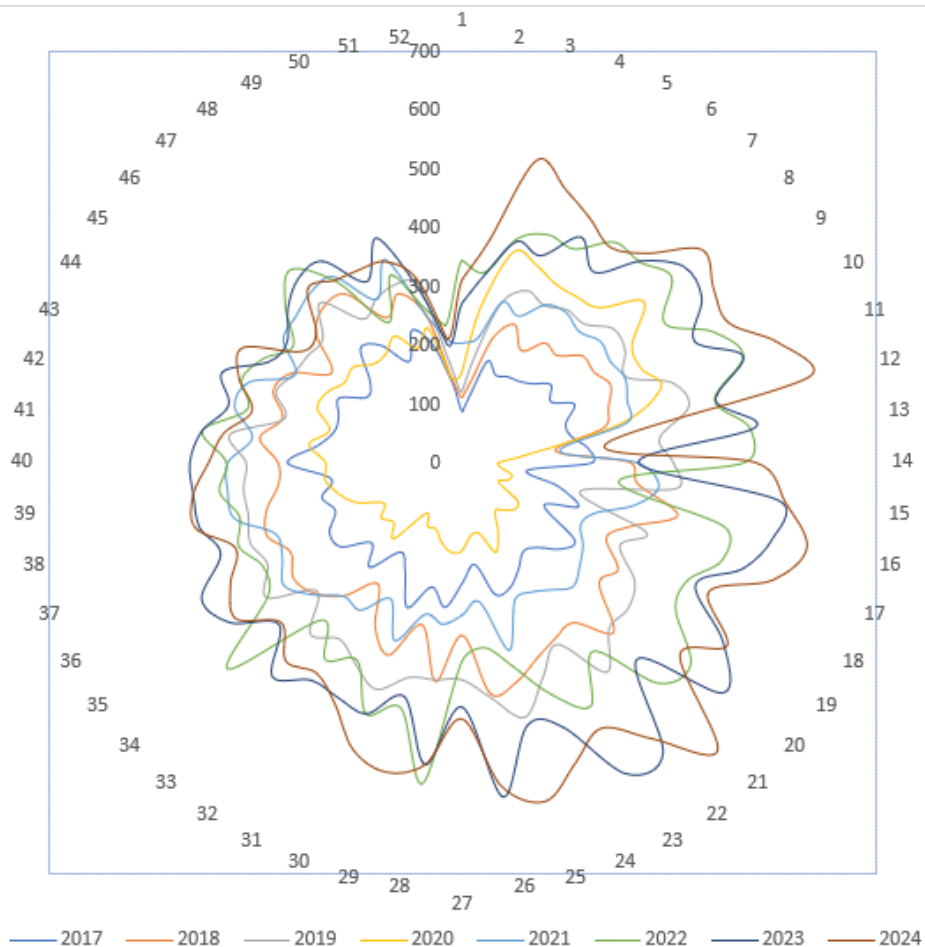
Año	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total casos	10641	15386	17693	10592	15806	21195	23081	24017
Casos promedio por semana	205	296	340	200	304	408	448	462
UPGD notificadoras	1601	2002	2164	1828	2085	2336	2468	2497
Var. (%) frente a año anterior	-	44,59	14,99	-40,13	49,23	34,09	8,9	4,1

Anexo 2. Tendencia de prevalencia de la desnutrición aguda, Joinpoint, Colombia, 2017 - 2024



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 -- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.
 Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Anexo 3. Comportamiento de la notificación semanal de los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia 2017-2024



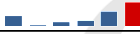
Anexo 4. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2024

Región	Entidad territorial	Casos	Población menor de 5 años	Prevalencia (x 100)
Colombia		24 017	3 637 834	0,66
Extranjeros		204		NA
Orinoquía	Vichada	316	13 882	2,28
	Arauca	355	27 385	1,30
	Casanare	293	37 695	0,78
	Meta	528	82 417	0,64
	Total región	1 492	161 379	0,92
Caribe	La Guajira	2 848	109 562	2,60
	Magdalena	703	83 203	0,84
	Cesar	908	120 516	0,75
	Bolívar	651	101 537	0,64
	Cartagena	442	77 320	0,57
	Atlántico	467	114 269	0,41
	Córdoba	608	150 245	0,40
	Sucre	296	76 269	0,39
	Santa Marta D.E	140	39 508	0,35
	Barranquilla	257	87.540	0,29
	San Andrés	10	4 066	0,25
	Total región	7 330	964 035	0,76
Amazonía	Guaviare	96	9 693	0,99
	Vaupés	58	6 616	0,88
	Guainía	54	7 063	0,76
	Amazonas	71	9 479	0,75
	Putumayo	189	31 461	0,60
	Caquetá	193	37 092	0,52
	Total región	661	101 404	0,65
Central	Risaralda	444	57 281	0,78
	Bogotá D.C	3 060	462 484	0,66
	Antioquia	2 786	423 758	0,66
	Cundinamarca	1 396	235 970	0,59
	Tolima	474	82 162	0,58
	Huila	542	98 861	0,55
	Caldas	256	59 103	0,43
	Quindío	86	30 672	0,28

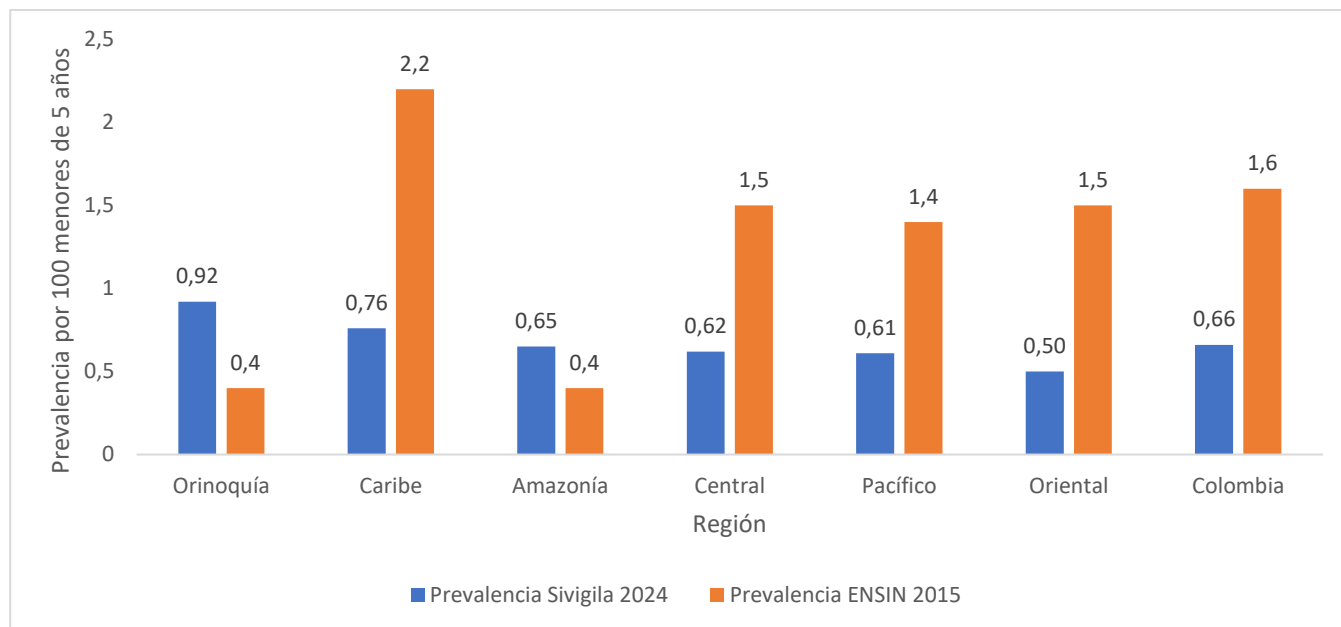
	Total región	9 044	1 450 291	0,62
Pacífico	Chocó	1 060	57 408	1,85
	Nariño	887	118 359	0,75
	Buenaventura	234	34 660	0,68
	Valle del Cauca	594	134 381	0,44
	Cali	577	141 543	0,41
	Cauca	328	112 281	0,29
	Total región	3 680	598 632	0,61
Oriental	Boyacá	512	84 906	0,60
	Norte de Santander	655	128 136	0,51
	Santander	643	149 051	0,43
	Total región	1 810	362 093	0,50

INS

Anexo 5. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2019-2024

Entidad territorial residencia	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Colombia	0,46	0,27	0,41	0,56	0,62	0,66	
La Guajira	1,47	1,00	1,15	1,76	2,51	2,60	
Vichada	1,87	1,47	1,88	1,84	2,80	2,28	
Chocó	0,62	0,42	0,75	1,39	1,50	1,85	
Arauca	1,07	0,82	0,98	1,01	1,16	1,30	
Guaviare	1,53	1,12	1,00	1,22	0,98	0,99	
Vaupés	1,89	1,45	1,45	0,84	0,98	0,88	
Magdalena	0,68	0,39	0,58	0,68	0,76	0,84	
Casanare	1,01	0,52	0,62	1,01	0,94	0,78	
Risaralda	0,30	0,22	0,44	0,65	0,84	0,78	
Guainía	0,93	0,65	0,54	1,00	0,96	0,76	
Cesar	0,60	0,38	0,40	0,58	0,69	0,75	
Nariño	0,52	0,36	0,42	0,46	0,60	0,75	
Amazonas	0,66	0,43	0,60	0,76	0,64	0,75	
Buenaventura	0,15	0,07	0,16	0,35	0,41	0,68	
Bogotá D.C	0,53	0,35	0,62	0,85	0,69	0,66	
Antioquia	0,31	0,16	0,27	0,44	0,51	0,66	
Bolívar	0,28	0,18	0,25	0,38	0,52	0,64	
Meta	0,41	0,25	0,39	0,50	0,59	0,64	
Boyacá	0,58	0,35	0,55	0,58	0,64	0,60	
Putumayo	0,70	0,34	0,53	0,75	0,64	0,60	
Cundinamarca	0,40	0,27	0,46	0,64	0,56	0,59	
Tolima	0,31	0,23	0,28	0,41	0,60	0,58	
Cartagena	0,11	0,02	0,20	0,30	0,55	0,57	
Huila	0,46	0,25	0,29	0,43	0,55	0,55	
Caquetá	0,51	0,30	0,52	0,60	0,44	0,52	
Norte de Santander	0,49	0,34	0,60	0,55	0,59	0,51	
Valle del Cauca	0,21	0,13	0,23	0,31	0,44	0,44	
Caldas	0,24	0,12	0,20	0,25	0,43	0,43	
Santander	0,23	0,14	0,21	0,32	0,37	0,43	
Atlántico	0,33	0,17	0,30	0,34	0,46	0,41	
Cali	0,40	0,21	0,25	0,32	0,34	0,41	
Córdoba	0,29	0,22	0,35	0,35	0,40	0,40	
Sucre	0,28	0,13	0,21	0,27	0,42	0,39	
Santa Marta D.E	0,20	0,14	0,17	0,27	0,34	0,35	
Barranquilla	0,23	0,09	0,17	0,35	0,28	0,29	
Cauca	0,41	0,18	0,23	0,31	0,30	0,29	
Quindío	0,43	0,15	0,28	0,41	0,32	0,28	
San Andrés	0,11	0,06	0,15	0,36	0,38	0,25	

Anexo 5. Prevalencia de desnutrición aguda en por regiones, comparativo con ENSIN 2015 y Sivigila 2024

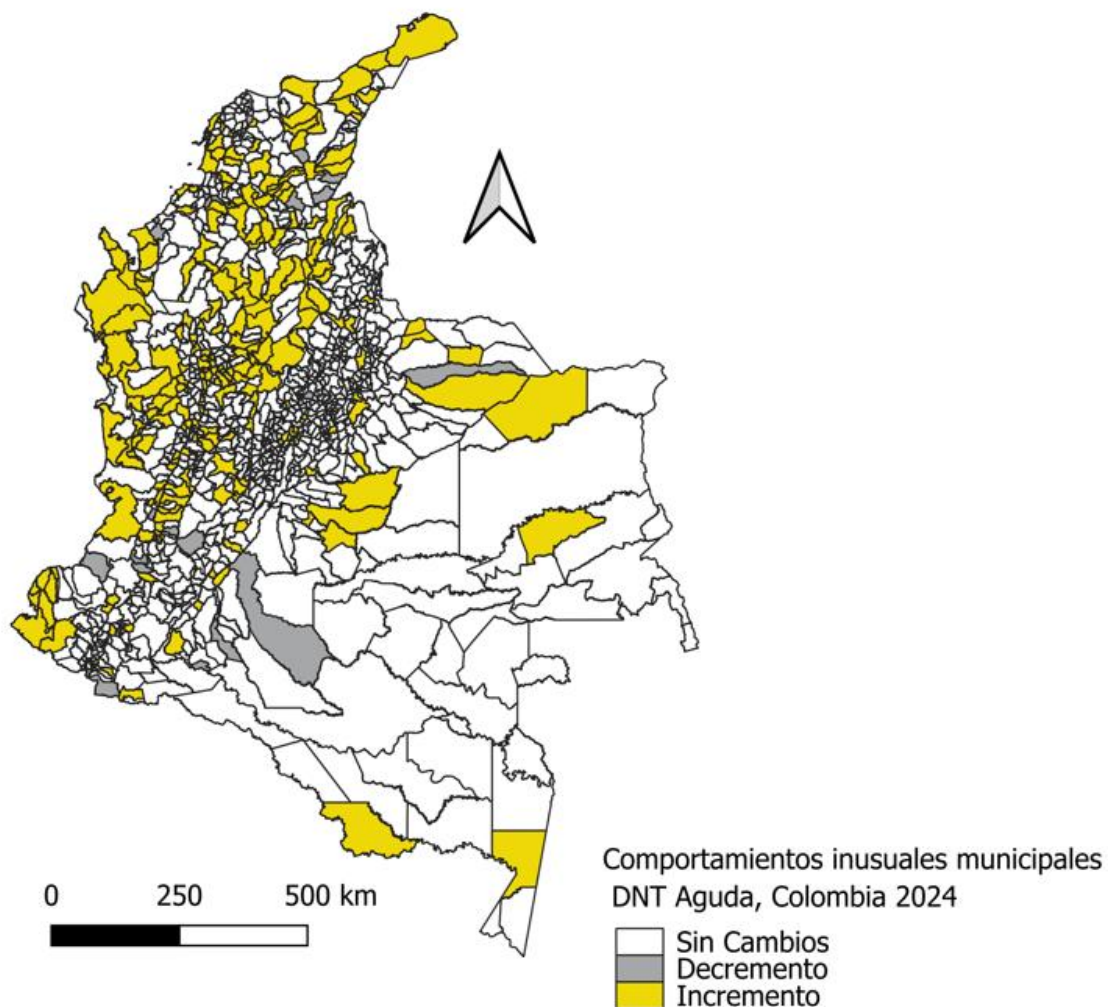


Anexo 6. Comportamientos inusuales de la desnutrición aguda en menores de 5 años, según nivel departamental y municipal, Colombia, 2024

Entidad territorial departamental	Dentro del rango		Por debajo		Por encima		Total general
	n	%	n	%	n	%	
Amazonas	9	81,8	0	0,0	2	18,2	11
Antioquia	68	54,4	1	0,8	56	44,8	125
Arauca	4	57,1	0	0,0	3	42,9	7
Atlántico	21	95,5	1	4,5	0	0,0	22
Barranquilla	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Bogotá, D.C.	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Bolívar*	29	64,4	0	0,0	16	35,6	45
Boyacá	114	92,7	2	1,6	7	5,7	123
Buenaventura*	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Caldas	21	77,8	0	0,0	6	22,2	27
Cali	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Caquetá	12	75,0	3	18,8	1	6,3	16
Cartagena	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Casanare	16	84,2	1	5,3	2	10,5	19
Cauca	33	78,6	3	7,1	6	14,3	42
Cesar	12	48,0	3	12,0	10	40,0	25
Chocó	13	41,9	0	0,0	18	58,1	31
Córdoba	21	70,0	2	6,7	7	23,3	30
Cundinamarca	107	92,2	0	0,0	9	7,8	116
Guainía**	8	88,9	0	0,0	1	11,1	9
Guaviare	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4
Huila	33	89,2	0	0,0	4	10,8	37
La Guajira	9	60,0	0	0,0	6	40,0	15
Magdalena	18	62,1	1	3,4	10	34,5	29
Meta	24	82,8	0	0,0	5	17,2	29
Nariño	51	79,7	1	1,6	12	18,8	64
Norte de Santander	36	90,0	0	0,0	4	10,0	40
Putumayo	12	92,3	0	0,0	1	7,7	13
Quindío	12	100,0	0	0,0	0	0,0	12
Risaralda	8	57,1	0	0,0	6	42,9	14
San Andrés	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2
Santa Marta*	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Santander	79	90,8	0	0,0	8	9,2	87
Sucre	16	61,5	1	3,8	9	34,6	26
Tolima	38	80,9	1	2,1	8	17,0	47
Valle del Cauca	23	57,5	2	5,0	15	37,5	40
Vaupés	6	100,0	0	0,0	0	0,0	6
Vichada	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4
Colombia	865	77,0	22	2,0	236	21,0	1123

*Entidades territoriales departamentales con aumento inusual **Entidades territoriales departamentales con disminución inusual

Anexo 7. Mapa de comportamientos inusuales de la desnutrición aguda en menores de 5 años, según nivel municipal, Colombia, 2024



Anexo 8. Prevalencias más altas de desnutrición aguda en menores de 5 años, según entidad territorial de residencia en municipios de menos de 20 000 habitantes, Colombia, 2024

Departamento de residencia	Municipio de residencia (menos de 20.000 hab.)	Casos	Denominador	Prevalencia por 100
Chocó	Bagadó	152	1574	9,66
Risaralda	Pueblo Rico	144	2758	5,22
Chocó	El Carmen de Atrato	30	738	4,07
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	105	3,81
Chocó	Tadó	67	1848	3,63
Chocó	El Cantón del San Pablo	24	689	3,48
Meta	Puerto Concordia	26	842	3,09
Boyacá	Belén	14	491	2,85
Nariño	La Tola	24	850	2,82
Boyacá	Guayatá	4	143	2,80
Meta	Mapiripán	28	1037	2,70
Boyacá	Floresta	5	188	2,66
Risaralda	Mistrató	58	2281	2,54
Amazonas	Tarapacá (CD)	14	583	2,40
Antioquia	Murindó	21	882	2,38
Magdalena	Pijiño del Carmen	33	1394	2,37
Vichada	Santa Rosalía	8	354	2,26
Boyacá	El Espino	4	183	2,19
Boyacá	Berbeo	2	97	2,06
Chocó	Medio San Juan	23	1123	2,05
Chocó	Medio Baudó	35	1791	1,95
Chocó	Bahía Solano	19	990	1,92
Sucre	El Roble	15	784	1,91
Chocó	Lloró	32	1701	1,88
Meta	Puerto Rico	21	1146	1,83
Boyacá	Tipacoque	4	222	1,80
Chocó	Cértogui	9	507	1,78
Nariño	Mosquera	17	979	1,74
Chocó	Bojayá	29	1707	1,70
Cundinamarca	Guataquí	3	177	1,69
Tolima	Natagaima	13	773	1,68

*La tabla presenta la información de los 33 municipios de menos de 20 000 habitantes con las prevalencias más altas. Si desea consultar los demás municipios, se invita a consultar el tablero de control del evento: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Anexo 9. Prevalencias más altas de desnutrición aguda en menores de 5 años, según entidad territorial de residencia en municipios de 20 000 a 100 000 habitantes, Colombia, 2024

Departamento de residencia	Municipio de residencia (entre 20.000 y 100.000 hab.)	Casos	Denominador	Prevalencia por 100
Vichada	Puerto Carreño	120	1959	6,13
Cesar	Agustín Codazzi	232	6248	3,71
Chocó	Alto Baudó	112	3323	3,37
La Guajira	Manaure	414	12725	3,25
Cesar	Pueblo Bello	115	4210	2,73
Chocó	Istmina	73	2934	2,49
Nariño	El Charco	68	2828	2,40
Chocó	Bajo Baudó	71	3545	2,00
Arauca	Saravena	97	5494	1,77
Casanare	Paz de Ariporo	63	3732	1,69
Magdalena	Plato	101	6053	1,67
Arauca	Fortul	38	2302	1,65
Cesar	Becerril	44	2682	1,64
Vichada	Cumaribo	173	10625	1,63
Tolima	Honda	19	1271	1,49
Magdalena	El Banco	96	6599	1,45
Putumayo	Valle del Guamuez	36	2499	1,44
Tolima	Guamo	28	1967	1,42
Cundinamarca	El Rosal	29	2072	1,40
Tolima	Espinal	56	4059	1,38
Arauca	Tame	69	5002	1,38
Nariño	Olaya Herrera	41	3026	1,35
Cauca	Puerto Tejada	40	2968	1,35
Chocó	Riosucio	60	4485	1,34
Antioquia	Urrao	37	2798	1,32
Magdalena	Santa Ana	33	2519	1,31
La Guajira	Dibulla	61	4861	1,25
Magdalena	Guamal	32	2565	1,25
Guaviare	San José del Guaviare	74	6020	1,23
Santander	Sabana de Torres	39	3182	1,23
Cauca	Guachené	16	1313	1,22

*La tabla presenta la información de los 33 municipios entre 20 000 y 100 000 habitantes con las prevalencias más altas. Si desea consultar los demás municipios, se invita a consultar el tablero de control del evento: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Anexo 10. Prevalencias más altas de desnutrición aguda en menores de 5 años, según entidad territorial de residencia en municipios de más de 100 000 habitantes, Colombia, 2024

Departamento de residencia	Municipio de residencia (más de 100.000 hab.)	Casos	Denominador	Prevalencia por 100
La Guajira	Uribe	966	19720	4,90
La Guajira	Riohacha	764	23802	3,21
La Guajira	Maicao	460	21895	2,10
Nariño	San Andrés de Tumaco	416	24348	1,71
Chocó	Quibdó	170	13239	1,28
Arauca	Arauca	99	7815	1,27
Bolívar	Magangué	146	11750	1,24
Antioquia	Turbo	146	14126	1,03
Santander	Barrancabermeja	150	16340	0,92
Cundinamarca	Facatativá	95	11256	0,84
Huila	Neiva	236	29545	0,80
Antioquia	Medellín	1073	135405	0,79
Cundinamarca	Girardot	56	7174	0,78
Cundinamarca	Fusagasugá	70	9047	0,77
Cundinamarca	Soacha	435	57079	0,76
Boyacá	Tunja	81	10929	0,74
Casanare	Yopal	105	14187	0,74
Cundinamarca	Mosquera	76	10683	0,71
Antioquia	Apartadó	74	10677	0,69
Valle del Cauca	Buenaventura	234	34660	0,68
Cundinamarca	Zipaquirá	75	11125	0,67
Atlántico	Sabanalarga	55	8266	0,67
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	3060	462484	0,66
Santander	Girón	73	11574	0,63
Caquetá	Florencia	81	13292	0,61
Atlántico	Malambo	67	11373	0,59
Córdoba	Montería	222	38119	0,58
Bolívar	Cartagena de Indias	442	77320	0,57
Boyacá	Duitama	42	7452	0,56
Boyacá	Sogamoso	43	7946	0,54
Antioquia	Rionegro	41	7632	0,54

*La tabla presenta la información de los 33 municipios de más de 100 000 habitantes con las prevalencias más altas. Si desea consultar los demás municipios, se invita a consultar el tablero de control del evento: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Anexo 11. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según sexo y departamento de residencia, Colombia, 2024

Entidad territorial	Prevalencia total (x 100)	% población masculino	% población femenino	Prevalencia masculino (x 100)	Prevalencia femenino (x 100)
La Guajira	2,60	57,2	42,8	2,89	2,29
Vichada	2,28	57,9	42,1	2,60	1,95
Chocó	1,85	50,9	49,1	1,84	1,86
Arauca	1,30	53,0	47,0	1,35	1,24
Guaviare	0,99	57,3	42,7	1,12	0,86
Vaupés	0,88	56,9	43,1	0,98	0,77
Magdalena	0,84	48,1	51,9	0,80	0,90
Casanare	0,78	51,9	48,1	0,79	0,77
Risaralda	0,78	57,9	42,1	0,88	0,67
Guainía	0,76	57,4	42,6	0,86	0,67
Cesar	0,75	55,5	44,5	0,82	0,68
Nariño	0,75	56,4	43,6	0,83	0,67
Amazonas	0,75	52,1	47,9	0,77	0,73
Buenaventura	0,68	64,5	35,5	0,86	0,49
Bogotá D.C	0,66	61,2	38,8	0,79	0,52
Antioquia	0,66	57,5	42,5	0,74	0,57
Bolívar	0,64	51,3	48,7	0,65	0,64
Meta	0,64	56,3	43,8	0,71	0,57
Boyacá	0,60	61,7	38,3	0,73	0,47
Putumayo	0,60	55,6	44,4	0,66	0,54
Cundinamarca	0,59	59,4	40,6	0,69	0,49
Tolima	0,58	59,3	40,7	0,67	0,48
Cartagena	0,57	50,0	50,0	0,56	0,59
Huila	0,55	55,0	45,0	0,59	0,51
Caquetá	0,52	59,6	40,4	0,60	0,43
Norte de Santander	0,51	53,7	46,3	0,54	0,48
Valle del Cauca	0,44	55,7	44,3	0,48	0,40
Caldas	0,43	55,5	44,5	0,47	0,39
Santander	0,43	53,8	46,2	0,45	0,41
Atlántico	0,41	48,6	51,4	0,39	0,43
Cali	0,41	54,4	45,6	0,44	0,38
Córdoba	0,40	51,0	49,0	0,40	0,41
Sucre	0,39	51,0	49,0	0,39	0,39
Santa Marta D.E	0,35	45,7	54,3	0,31	0,40
Barranquilla	0,29	53,7	46,3	0,31	0,27
Cauca	0,29	51,8	48,2	0,30	0,29
Quindío	0,28	57,0	43,0	0,31	0,25
San Andrés	0,25	50,0	50,0	0,24	0,25
Extranjeros	NA	50,5	NA	NA	NA
Colombia	0,66	56,1	43,9	0,72	0,59

*Los valores de las entidades señaladas en amarillo corresponden a hallazgo de diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia del sexo masculino y femenino

Anexo 12. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según área y departamento de residencia, Colombia, 2024

Entidad territorial	Prevalencia (x 100)	% población urbano	% población centro poblado y rural	Prevalencia urbano (x 100)	Prevalencia centro poblado y rural disperso (x 100)
La Guajira	2,60	31,7	68,3	1,70	3,45
Vichada	2,28	37,0	63,0	4,83	1,74
Chocó	1,85	39,2	60,8	1,81	1,87
Arauca	1,30	55,2	44,8	1,21	1,43
Guaviare	0,99	40,6	59,4	0,91	1,06
Vaupés	0,88	10,3	89,7	0,61	0,92
Magdalena	0,84	58,3	41,7	0,98	0,71
Casanare	0,78	64,5	35,5	0,72	0,91
Risaralda	0,78	42,1	57,9	0,45	1,63
Guainía	0,76	51,9	48,1	1,18	0,55
Nariño	0,75	52,4	47,6	1,00	0,59
Cesar	0,75	46,1	53,9	0,50	1,36
Amazonas	0,75	36,6	63,4	0,61	0,86
Bogotá D.C	0,66	99,8	0,2	0,66	0,20
Buenaventura	0,68	87,6	12,4	0,83	0,29
Antioquia	0,66	65,4	34,6	0,59	0,83
Bolívar	0,64	60,1	39,9	0,68	0,59
Meta	0,64	65,5	34,5	0,59	0,77
Tolima	0,58	68,4	31,6	0,64	0,47
Boyacá	0,60	52,5	47,5	0,57	0,65
Cundinamarca	0,59	73,2	26,8	0,58	0,61
Putumayo	0,60	52,4	47,6	0,68	0,53
Cartagena	0,57	95,7	4,3	0,63	0,18
Huila	0,55	66,2	33,8	0,65	0,42
Norte de Santander	0,51	65,5	34,5	0,46	0,65
Caquetá	0,52	68,4	31,6	0,61	0,39
Caldas	0,43	65,2	34,8	0,41	0,48
Valle del Cauca	0,44	78,3	21,7	0,49	0,33
Santander	0,43	70,6	29,4	0,41	0,49
Córdoba	0,40	59,0	41,0	0,53	0,30
Atlántico	0,41	93,8	6,2	0,43	0,25
Cali	0,41	99,5	0,5	0,41	0,10
Sucre	0,39	56,1	43,9	0,38	0,40
Santa Marta D.E	0,35	87,9	12,1	0,36	0,31
Barranquilla	0,29	100,0	0,0	0,29	0,00
Cauca	0,29	36,3	63,7	0,36	0,26
Quindío	0,28	86,0	14,0	0,28	0,27
San Andrés	0,25	0,0	80,0	0,07	0,74
Extranjeros	NA	57,8	42,2	NA	NA
Total Nacional	0,66	64,4	35,6	0,60	0,79

*Los valores de las entidades señaladas en amarillo corresponden a hallazgo de diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia del área rural y urbana

Anexo 13. Indicador de reincidencia de desnutrición aguda en menores de 5 años por departamento de residencia, Colombia, 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	2023			2024		
	n	Denominador	%	n	Denominador	%
San Andrés	1	16	6,3	4	10	40,0
Arauca	62	321	19,3	99	355	27,9
Putumayo	55	204	27,0	50	189	26,5
Guaviare	29	94	30,9	25	96	26,0
Buenaventura	16	147	10,9	58	234	24,8
Vichada	49	387	12,7	78	316	24,7
Casanare	67	362	18,5	71	293	24,2
La Guajira	489	2776	17,6	687	2848	24,1
Bogotá D.C	692	3274	21,1	707	3060	23,1
Antioquia	362	2201	16,4	615	2786	22,1
Valle del Cauca	79	613	12,9	129	594	21,7
Huila	75	558	13,4	115	542	21,2
Caldas	16	258	6,2	48	256	18,8
Meta	79	492	16,1	97	528	18,4
Boyacá	51	551	9,3	91	512	17,8
Risaralda	69	492	14	75	444	16,9
Cundinamarca	215	1321	16,3	233	1396	16,7
Norte Santander	84	770	10,9	105	655	16,0
Cali	44	493	8,9	90	577	15,6
Magdalena	72	637	11,3	108	703	15,4
Córdoba	66	621	10,6	90	608	14,8
Nariño	79	721	11	130	887	14,7
Caquetá	20	167	12	28	193	14,5
Cartagena	36	436	8,3	64	442	14,5
Atlántico	44	533	8,3	67	467	14,3
Amazonas	7	61	11,5	10	71	14,1
Chocó	102	867	11,8	142	1060	13,4
Tolima	54	499	10,8	62	474	13,1
Guainía	4	67	6,0	7	54	13,0
Cesar	86	838	10,3	114	908	12,6
Bolívar	35	537	6,5	78	651	12,0
Vaupés	5	63	7,9	6	58	10,3
Sucre	25	324	7,7	30	296	10,1
Santander	35	557	6,3	60	643	9,3
Quindío	10	100	10,0	8	86	9,3
Santa Marta D.E.	1	135	0,7	11	140	7,9
Barranquilla	13	252	5,2	20	257	7,8
Cauca	11	336	3,3	23	328	7,0
Total nacional	3239	23081	14,0	4435	24017	18,5

Anexo 14. Desnutrición aguda por entidad territorial de residencia, población indígena y migrante, Colombia, 2024

Entidad territorial	Casos	Población indígena	% población indígena	Población migrante	% población migrante
La Guajira	2848	2250	79,0	70	2,5
Vichada	316	261	82,6	9	2,8
Chocó	1060	628	59,2	0	0,0
Arauca	355	84	23,7	20	5,6
Guaviare	96	35	36,5	0	0,0
Vaupés	58	48	82,8	0	0,0
Magdalena	703	33	4,7	5	0,7
Casanare	293	24	8,2	1	0,3
Risaralda	444	202	45,5	6	1,4
Guainía	54	48	88,9	3	5,6
Nariño	887	104	11,7	10	1,1
Cesar	908	390	43,0	3	0,3
Amazonas	71	44	62,0	1	1,4
Bogotá D.C	3060	46	1,5	87	2,8
Buenaventura	234	3	1,3	1	0,4
Antioquia	2786	99	3,6	47	1,7
Bolívar	651	2	0,3	1	0,2
Meta	528	101	19,1	5	0,9
Tolima	474	21	4,4	1	0,2
Boyacá	512	17	3,3	6	1,2
Cundinamarca	1396	2	0,1	33	2,4
Putumayo	189	31	16,4	1	0,5
Cartagena	442	2	0,5	5	1,1
Huila	542	1	0,2	1	0,2
Norte Santander	655	30	4,6	54	8,2
Caquetá	193	5	2,6	1	0,5
Caldas	256	15	5,9	5	2,0
Valle	594	21	3,5	16	2,7
Santander	643	8	1,2	11	1,7
Córdoba	608	56	9,2	1	0,2
Atlántico	467	3	0,6	5	1,1
Cali	577	2	0,3	6	1,0
Sucre	296	12	4,1	2	0,7
Santa Marta D.E	140	17	12,1	4	2,9
Barranquilla	257	3	1,2	9	3,5
Cauca	328	80	24,4	3	0,9
Quindío	86	4	4,7	0	0,0
San Andrés	10	0	0,0	0	0,0
Extranjeros	204	69	33,8	NA	NA
Total Nacional	24017	4732	19,5	433	1,8

Anexo 15. Cruce de bases de datos evento 113 y 591 por entidad territorial en Colombia, 2024

Entidad territorial de residencia	2023			2024		
	Casos de muerte por desnutrición (probable y confirmado) Cód. 591	Casos de desnutrición aguda que cruzan Cód. 113	Porcentaje de muertes notificadas como desnutrición aguda	Casos de muerte por desnutrición (probable y confirmado) Cód. 591	Casos de desnutrición aguda que cruzan Cód. 113	Porcentaje de muertes notificadas como desnutrición aguda
Amazonas	1	1	100,0%	2	2	100,0%
Arauca	3	2	66,7%	1	1	100,0%
Bolívar	14	6	42,9%	3	3	100,0%
Cartagena	2	1	50,0%	2	2	100,0%
Cauca	0	0	0,0%	1	1	100,0%
Guaviare	1	1	100,0%	1	1	100,0%
Putumayo	0	0	0,0%	1	1	100,0%
Vaupés	0	0	0,0%	2	2	100,0%
Vichada	17	15	88,2%	8	7	87,50%
Atlántico	9	7	77,8%	7	6	85,70%
Córdoba	9	3	33,3%	7	6	85,70%
Meta	7	6	85,7%	7	6	85,70%
La Guajira	66	48	72,7%	51	43	84,30%
Magdalena	18	12	66,7%	13	10	76,90%
Norte de Santander	1	1	100,0%	4	3	75,00%
Cesar	22	17	77,3%	11	8	72,70%
Buenaventura	5	1	20,0%	3	2	66,70%
Caquetá	5	2	40,0%	3	2	66,70%
Nariño	5	4	80,0%	3	2	66,70%
Valle del Cauca	5	2	40,0%	3	2	66,70%
Chocó	50	21	42,0%	37	24	64,80%
Sucre	2	2	100,0%	9	5	55,60%
Antioquia	19	10	52,6%	18	9	50,00%
Barranquilla	3	2	66,7%	2	1	50,00%
Risaralda	8	6	75,0%	8	3	37,50%
Boyacá	1	0	0,0%	0	0	0,0%
Cali	1	0	0,0%	1	0	0,0%
Casanare	0	0	0,0%	1	0	0,0%
Guainía	1	1	100,0%	0	0	0,0%
Huila	5	3	60,0%	1	0	0,0%
Santa Marta	2	0	0,0%	0	0	0,0%
Santander	4	3	75,0%	1	0	0,0%
Tolima	2	2	100,0%	0	0	0,0%
Colombia	288	179	62,2%	211	152	72,00%

Anexo 16. Aporte de la notificación al evento de desnutrición aguda en menores de 5 años por ICBF según entidad territorial notificadora, Colombia, 2019 - 2024

Entidad territorial notificación	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Acumulado
Chocó	53,14	57,51	64,30	16,43	27,97	11,86	38,50
Vaupés	37,17	70,45	35,56	44,23	9,38	1,75	33,08
Vichada	3,11	9,44	29,02	25,30	20,78	1,00	14,77
Risaralda	15,96	25,34	11,00	11,19	13,41	6,50	13,89
Santa Marta D.E	NA	0,00	NA	16,57	19,21	0,00	11,27
Córdoba	13,69	11,78	14,70	9,93	4,73	1,57	9,40
Valle del Cauca	NA	0,00	NA	0,00	28,23	0,42	8,90
Cesar	0,65	5,15	10,81	12,21	6,57	13,66	8,17
La Guajira	5,44	4,59	16,37	6,97	7,23	1,02	6,93
Nariño	10,43	5,14	7,73	2,74	5,65	8,35	6,67
Cartagena	NA	0,00	NA	16,28	4,27	0,00	5,58
Guainía	0,0	0,00	3,08	18,75	11,22	0,00	5,50
Norte de Santander	1,63	5,01	7,87	5,69	8,61	3,42	5,37
Meta	0,0	0,00	2,05	11,40	7,19	1,48	3,68
Barranquilla	NA	0,00	NA	0,82	8,94	0,00	3,52
Arauca	0,0	0,00	1,73	8,19	4,14	0,25	2,38
Amazonas	0,0	0,00	1,75	4,00	3,03	4,17	2,15
Putumayo	0,0	0,00	0,00	0,87	6,50	0,00	1,22
Tolima	0,0	0,00	0,00	0,60	4,61	0,00	0,86
Cauca	0,0	0,00	1,98	1,92	1,30	0,00	0,86
Sucre	0,0	0,00	0,00	0,00	4,28	0,00	0,71
Casanare	0,0	0,49	1,66	0,52	0,56	0,69	0,65
Bolívar	0,0	0,00	3,31	0,00	0,00	0,37	0,61
Guaviare	0,0	0,00	0,00	0,00	2,97	0,00	0,49
Magdalena	0,0	0,00	1,99	0,00	0,00	0,48	0,41
Caquetá	NA	0,00	0,48	0,34	0,66	0,52	0,34
Atlántico	0,0	0,00	0,37	0,00	0,00	1,22	0,26
Boyacá	0,0	0,00	0,80	0,20	0,00	0,00	0,16
Santander	0,0	0,43	0,00	0,40	0,00	0,00	0,13
Cundinamarca	0,0	0,00	0,12	0,00	0,00	0,08	0,03
Antioquia	0,0	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,01
Colombia	2,93	3,96	5,74	3,70	4,36	1,74	3,73

Anexo 17. Resultados de Búsqueda Activa Institucional nutricional de entidades priorizadas Colombia, 2024

Diagnóstico nutricional	La Guajira		Chocó		Cesar		Santa Marta		Vichada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desnutrición aguda severa	292	0,5	199	2,8	26	1,1	27	2,5	0	0,0
Desnutrición aguda moderada	906	1,5	294	4,1	58	2,4	41	3,8	8	1,3
Riesgo a desnutrición aguda	6356	10,6	886	12,4	287	11,7	144	13,4	35	11,5
Peso adecuado para la talla	40222	67,1	4120	57,6	1455	59,3	593	55,3	202	66,2
Riesgo a sobrepeso	9101	15,2	1062	14,8	413	16,8	162	15,1	44	14,4
Sobrepeso	2388	4,0	378	5,3	152	6,1	58	5,4	12	3,9
Obesidad	664	1,1	220	3,1	63	2,6	48	4,5	4	1,3
Total	59929	100,0	7159	100,0	2454	100,0	1073	100,0	305	100,0

