

Informe de evento Código 113 – Desnutrición aguda en menores de 5 años, 2025

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Yenny Zulima Vásquez Alejo

Subdirector

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Elaborado por:

María Camila Giraldo Vargas

Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Grupo de enfermedades crónicas no
transmisibles

Grupo de vigilancia nutricional

Revisado por:

Diana Paola Gamba Díaz

Grupo de Formación para el Talento
Humano en Salud.

Mónica Marcela Benavides Ruiz
Equipo 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

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ____ NO __x__

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ____ NO __x__ ¿Cuál?

© 7 de julio 2026 Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

Página - 1 - de 53

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

Contenido

1. Introducción	5
2. Materiales y métodos.....	8
2.2. Consideraciones éticas	11
3. Resultados.....	12
4. Discusión	25
5. Conclusiones.....	30
6. Recomendaciones	31
7. Referencias	33
8. Anexos.....	37

Listado de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2024 y 2025.....	17
Tabla 2. Factores y signos clínicos de los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2024 y 2025.....	19
Tabla 3. Resultados Búsqueda Activa Institucional nutricional (BAI nutricional), indicador peso para la talla, entidades territoriales priorizadas, Colombia, 2025.....	25
Tabla 4. Resultados Búsqueda Activa Institucional nutricional (BAI nutricional), indicador talla para la edad, entidades territoriales priorizadas, Colombia, 2025.....	25

Listado de figuras

Figura 1. Comportamiento de la notificación de los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2017 – 2025.....	13
Figura 2. Prevalencia de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, comparativo según nivel departamental y municipal, Colombia, 2025.....	15
Figura 3. Comparativo de la morbilidad por desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2017 – 2025.....	23

Listado de anexos

Anexo 1. Casos de desnutrición aguda en menores de 5 años total, por semana y UPGD notificadoras, Colombia, 2017 – 2025.....	36
Anexo 2. Tendencia de la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, Joinpoint, Colombia, 2017 – 2025.....	36
Anexo 3. Comportamiento de la notificación semanal de los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2017 – 2025.....	37
Anexo 4. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025.....	37
Anexo 5. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020 -2025.....	39

Anexo 6. Comportamientos inusuales de la desnutrición aguda en menores de 5 años por entidad territorial, según nivel departamental y municipal, Colombia, 2025.....	40
Anexo 7. Mapa de comportamientos inusuales de la desnutrición aguda en menores de 5 años, según nivel municipal, Colombia, 2025.....	42
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, 2025.....	43
Anexo 9. Prevalencias más altas de desnutrición aguda en menores de 5 años, según entidad territorial de residencia en municipios entre 20 000 y 100 000 habitantes, Colombia, 2025.....	44
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, 2025.....	45
Anexo 11. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según sexo y entidad territorial de residencia, Colombia, 2025.....	46
Anexo 12. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según grupo de edad y entidad territorial de residencia, Colombia, 2025.....	47
Anexo 13. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según área de residencia y entidad territorial de residencia, Colombia, 2025.....	48
Anexo 14. Indicador de reincidencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, según entidad territorial de residencia, Colombia, 2024 y 2025.....	50
Anexo 15. Casos de desnutrición aguda en menores de 5 años en población indígena y migrante, según entidad territorial de residencia, Colombia, 2024 y 2025.....	51
Anexo 16. Concordancia de bases de datos evento 113 y 591 por entidad territorial de notificación, Colombia, 2024 y 2025.....	52
Anexo 17. Aporte de la notificación al evento de desnutrición aguda en menores de 5 años por ICBF, según entidad territorial de notificación, Colombia, 2019 - 2025.....	53

Informe de evento Código 113 – Desnutrición aguda en menores de 5 años, 2025

1. Introducción

La desnutrición es una enfermedad multifactorial considerada un problema de salud pública y definida como el desequilibrio entre el consumo de alimentos y los requerimientos nutricionales del individuo. Asimismo, constituye un reflejo estructural de la pobreza y las desigualdades sociales. Cuando afecta a la población infantil, impacta directamente el proceso de aprendizaje y el desarrollo integral. Esto perpetúa un ciclo de pobreza, ya que se traduce en adultos con menor productividad y un acceso limitado a oportunidades (1,2,3,4).

Aunque existen diversas tipologías y clasificaciones para abordar la desnutrición, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Colombia prioriza el monitoreo de la desnutrición aguda, cuya definición operativa se establece a continuación: *“Se define un caso de desnutrición aguda en niños menores de 5 años de edad cuando el puntaje z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociado a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por un bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas”* (5).

A nivel global, el informe de la FAO *“El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo”* (2026) reporta que el 6,6% de los niños menores de cinco años —equivalente a 45 millones— presentan desnutrición aguda (según estimaciones para 2024), una cifra que se ha mantenido estancada y sin variaciones significativas en los últimos años. Durante 2024, las mayores prevalencias se concentraron en Asia con un 9,1 % (donde Asia meridional registró la tasa más alta con 13,6 %), seguida de Oceanía —excluyendo Australia y Nueva Zelanda— con un 8,4 %, y África con un 5,4 %, siendo África occidental la subregión más afectada (6,5 %) (6,7). Este panorama representa un desafío crítico frente a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que exigen reducir la prevalencia mundial de este evento al 3% para el año 2030 (6,7).

Con respecto a la región de las Américas, el informe *“Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2025”* expone una prevalencia global de desnutrición aguda del 1,3 % (según estimaciones de 2024). A nivel de subregiones, el Caribe se sitúa como la zona más afectada con un 2,9 %, seguida por Sudamérica (1,3 %) y América Central (0,9 %),

Página 5 de 53

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

presentando un comportamiento estancado y sin variaciones significativas durante los últimos cinco años. Al analizar el panorama por países, las cifras más críticas se concentran en Guyana (6,5 %), Surinam (5,5 %), Haití (5,0 %), Brasil (3,4 %), Jamaica (3,2 %), El Salvador (2,9 %) y República Dominicana (2,2 %); en contraste, los valores más bajos se registran en Perú (0,6 %), Ecuador (0,7 %) y Guatemala (0,8 %). Es pertinente señalar que esta última edición del informe no dispone de datos actualizados para Colombia ni para algunos otros países de la región. De este modo, aunque la mayoría de los países de la región cumple formalmente con el límite de la meta (inferior al 3 %), se evidencia una preocupante falta de progreso en los indicadores consolidados a lo largo de los años (7, 9).

En Colombia, la meta nacional alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establece el compromiso de reducir la prevalencia de desnutrición aguda infantil a menos del 0,9 % para el año 2030 (10). Este objetivo se formuló originalmente tomando como base los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) de 2015, la cual reportó una prevalencia del 1,6 % en menores de cinco años, mientras que en 2010 esta fue del 0,9 % (11). Aunque el país no dispone actualmente de una actualización de dicha encuesta, el comportamiento del evento se monitorea de forma continua a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) desde su incorporación en 2016. De acuerdo con los registros de este sistema, la prevalencia de desnutrición aguda ha mostrado una tendencia predominantemente ascendente en los últimos años, con las siguientes prevalencias: 2017 (0,24 %), 2018 (0,40 %), 2019 (0,46 %), 2020 (0,27 %), 2021 (0,41 %), 2022 (0,56 %), 2023 (0,62 %) y 2024 (0,66 %) (12).

El marco normativo de la desnutrición aguda en el país se fundamenta en los documentos que se listan a continuación:

- Resolución 3518 de 2006: por la cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones (13).
- Circular INS 0014 de 2016 del INS: mediante la cual se inicia la vigilancia del evento de desnutrición aguda en menores de 5 años bajo el código Sivigila 113 (14).
- Resolución 0115 de 2026: por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 de 2020 y su anexo técnico “Lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad”, y se dictan otras disposiciones (15, 16).
- Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (17).
- Resolución 3280 de 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación (18).

- Resolución 3202 de 2016: por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones (19).
- Resolución 1343 de 2019: por la cual se modifica el artículo 12 de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 en relación con la prescripción de productos de soporte nutricional a menores de cinco (5) años (20).
- Resolución 2465 de 2016: por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones (21).
- Resolución 2517 de 2025: por la cual se crea el Comité de Seguimiento del Estado Nutricional de niñas y niños menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición aguda, moderada y severa o en riesgo de desnutrición aguda y se dictan otras disposiciones (22).

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 2025, 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

Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal.

Población: niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Mecanismo de obtención de los datos: casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para el evento de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años (código 113) entre la semana epidemiológica 1 a 53 de 2025. La población analizada corresponde a la notificación realizada por las 38 entidades territoriales que notifican al Sivigila, de las cuales 32 son departamentos y 6 distritos.

Frente al análisis de la Búsqueda Activa Institucional Nutricional (BAI nutricional), se utilizaron las bases de datos de la BAI nutricional establecidas en el formato del Instituto Nacional de Salud para los departamentos priorizados que corresponden a: Antioquia, Cartagena, Cauca, Cesar, Chocó, La Guajira, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta D.E., Sucre, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada. Esta información se obtiene a partir del envío semanal del archivo de Excel de las entidades territoriales, según lo estipulado en el protocolo de vigilancia del evento (23).

Fuentes de datos: los datos analizados provienen de los reportes consolidados en el Sivigila por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las Unidades Informadoras (UI). Estas fuentes están integradas principalmente por instituciones prestadoras de servicios de salud, a las que se suman actores clave del sector social tales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y organizaciones de cooperación internacional que participan activamente en la notificación del evento.

Periodo analizado: este informe tiene como alcance el análisis de los datos reportados durante 2025, contrastados con las cifras del año inmediatamente anterior (2024). Adicionalmente, incluye la caracterización de la tendencia histórica en el periodo comprendido entre 2017 y 2025, con el propósito de identificar patrones temporales en la notificación del evento.

Mecanismos de depuración: para el procesamiento de la información, se realizó la depuración de la base de datos, teniendo en cuenta como criterios de exclusión los casos que presentaron las siguientes condiciones: descarte por incumplimiento a la definición de caso del evento (ajuste 6) o por error de digitación (ajuste D), valores de puntaje z (z-score) incoherentes con la información registrada y casos con información incompleta en las variables de interés.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los casos que presentaron un z-score por debajo de -2 DE y hasta -6 DE. También se incluyeron casos con z-score hasta 2 DE que presentaban edema (correspondientes a casos típicos de kwashiorkor).

Asimismo, se realizó una depuración de calidad que incluyó la revisión de la sintaxis y ortografía de los registros, la verificación de consistencia biológica entre las variables de nombre y sexo, y la evaluación de celdas vacías en los campos obligatorios del sistema. Adicionalmente, se confirmó la idoneidad técnica de los documentos de identificación según su tipo y longitud numérica. Como estrategia de validación externa, los datos sociodemográficos de la madre o tutor legal (nombres, apellidos y documento de identidad) fueron corroborados mediante la consulta activa en la plataforma ADRES. Esto permitió la detección exhaustiva de registros duplicados en la base de datos o con inconsistencia en la información.

Finalmente, se excluyeron del análisis los casos duplicados de la base de datos.

Tratamiento de datos atípicos: previo al cierre definitivo de la base de datos en el Sivigila, se llevó a cabo un proceso de depuración y validación de los datos atípicos. Para ello, desde el nivel nacional se realizó el envío de reportes y solicitud de ajustes a cada entidad territorial departamental y distrital, quienes realizaron la revisión de las inconsistencias reportadas y aplicaron las modificaciones pertinentes. En su mayoría, estos registros correspondieron a casos descartados, procediéndose a su respectiva modificación mediante el código de ajuste 6; asimismo, se identificaron y subsanaron errores de digitación antes del cierre técnico. Tras este control de calidad, la base de datos consolidada para el análisis final incluyó la totalidad de los registros válidos notificados.

Denominadores usados: para el cálculo de los indicadores se tomó la población menor de cinco años y la fuente de información oficial corresponde a las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), basadas en las proyecciones de población posteriores al pandemia por COVID-19 y la información de Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 (23).

Procesamiento de datos: los softwares utilizados para realizar el análisis de la información fueron Microsoft Excel, OpenEpi, Joinpoint, QGIS 3.36.0, R y R Studio.

Limitaciones de análisis. existe la posibilidad de subregistro de la notificación, lo cual sucede en cualquier sistema de vigilancia, lo cual podría generar una subestimación de la carga real de la enfermedad.

2.1. Plan de análisis

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

- Variables cualitativas
 - Nominales: Sexo, pertenencia étnica, área de residencia, tipo de régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hospitalización, asistencia a promoción y prevención (P y P), 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.
 - Ordinales: Grupo de edad, nivel de escolaridad de la madre, estrato socioeconómico y tipo de desnutrición.
- Variables cuantitativas
 - Discretas: Número de casos.
 - Continuas: Peso al nacer, talla al nacer y 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 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 2024 y 2025. 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, correspondientes a la prevalencia por cada 100 menores de 5 años y la reincidencia.

Para el análisis de los datos, se tuvieron en cuenta los casos con país de residencia registrado como Colombia y, como extranjeros, aquellos con país de residencia diferente a Colombia.

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

Los casos reincidentes se identificaron teniendo 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 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 cinco años de notificación para cada una de las entidades territoriales.

2.2. Consideraciones éticas

El presente informe del 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 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (25). La información se obtuvo del Sivigila, además, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios fundamentales de responsabilidad y equidad. Asimismo, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y la toma de decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

3. Resultados

Durante el año 2025, se notificaron al sistema Sivigila un total de 28 079 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años. Tras el procesamiento de la base de datos, se depuró la información mediante los siguientes criterios de exclusión: se descartaron 1 672 registros por ajuste 6, posteriormente se excluyeron 750 registros por ajuste D (registros con errores de diligenciamiento de documentos que fueron corregidos y nuevamente notificados), 60 casos que no cumplieron la definición posterior a la validación y finalmente se excluyeron 5 433 registros repetidos, para un total de 20 164 registros.

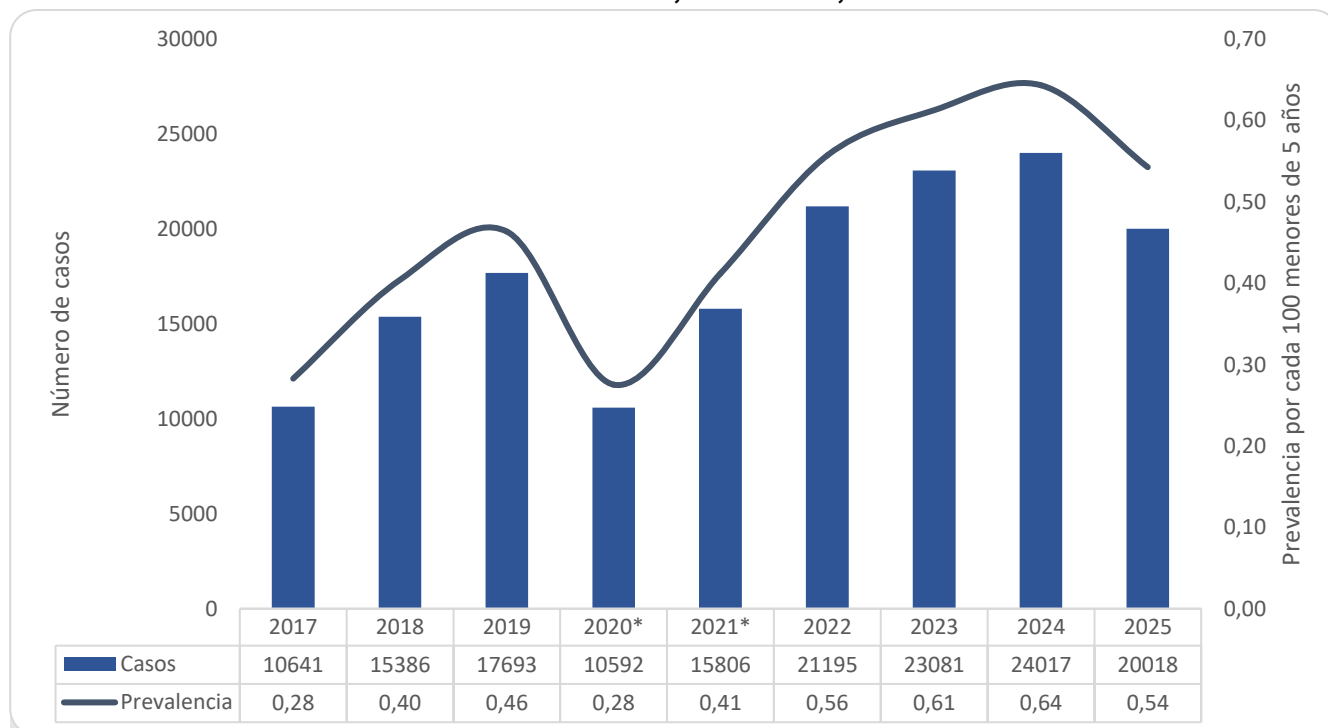
Posterior a la exclusión de casos, se consolidó una base final de 20 164 casos para el año 2025, de los cuales 20 018 corresponden a residentes en Colombia y 146 a residentes en el exterior. De acuerdo con el protocolo del evento, el análisis de la información incluye únicamente los casos de pacientes residentes en el país; por tanto, la información presentada a continuación se basa en los 20 018 casos de residentes en Colombia.

Para el 2025, la prevalencia de desnutrición aguda fue de 0,54 por cada 100 menores de cinco años, similar a la reportada en el año 2022 y con una tendencia a la disminución respecto a lo observado en 2023 y 2024, años en los que se registraron las prevalencias más altas en el histórico del evento. Respecto al año inmediatamente anterior, se observa una disminución del 16,65 %, donde se había presentado una prevalencia de 0,64 por cada 100 menores de cinco años y un total de 24 017 casos (Anexo 1) (Figura 1).

Mediante la gráfica de Joinpoint, se realizó el análisis de la tendencia temporal de la prevalencia desde el inicio del evento, evidenciándose un porcentaje de cambio anual de 9,23 % entre los años 2017 a 2025, con diferencia estadísticamente significativa (Anexo 2).

Al realizar el análisis de tiempo por semanas epidemiológicas, se observa un comportamiento de mayor notificación de casos durante el primer semestre del año, con unos periodos de disminución entre las semana epidemiológicas 11 y 15, que normalmente corresponde al periodo vacacional de Semana Santa; por lo tanto, disminuye la consulta a los servicios de salud. Un comportamiento similar se observa hacia finales del año (Anexo 3).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de los casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, Colombia, 2017 – 2025



*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 la pandemia del COVID-19.

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Las prevalencias más altas se concentraron en las entidades territoriales de La Guajira, Chocó, Vichada, Magdalena, Guaviare, Risaralda, Cartagena, Arauca, Amazonas y Cesar. Por regiones, el fenómeno se observó principalmente en el Caribe, Orinoquía y la zona Central, seguidas por el Pacífico, Oriental y Amazonía (Anexos 4 y 5).

Al analizar la evolución histórica de la prevalencia nacional por entidad territorial, se identificaron dos comportamientos opuestos en la ubicación por cuartiles:

- Ascendieron a cuartiles mayores en los últimos años: Magdalena, Risaralda, Cartagena, Amazonas, Cesar, Antioquia, Bolívar, Sucre y Santa Marta D.E..
- Descendieron a cuartiles menores: Vaupés, Casanare, Bogotá D.C, Guainía, Putumayo, Cundinamarca, Meta y Tolima.

En cuanto a los comportamientos inusuales en la notificación departamental y distrital para 2025, tres entidades territoriales cerraron el año con una disminución en la notificación de casos respecto al valor histórico esperado: Guaviare, Quindío y San Andrés; mientras que dos registraron un aumento: Santa Marta D.E. D.E. y Sucre.

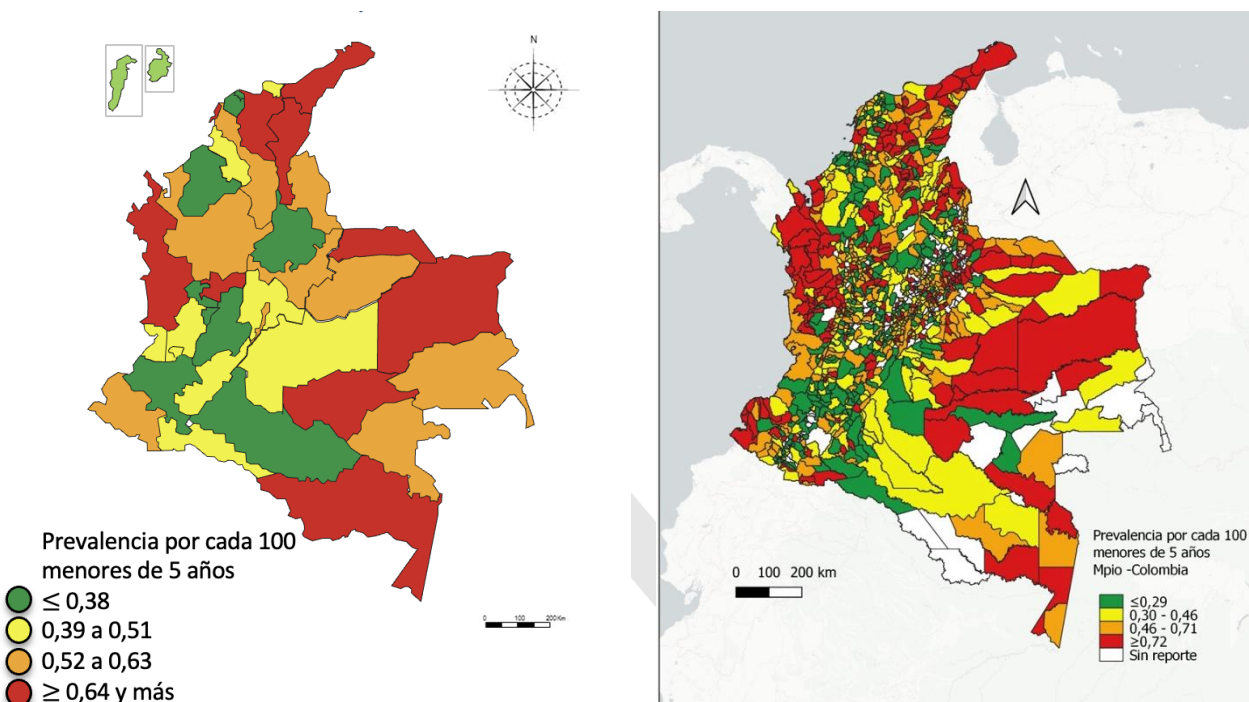
A nivel municipal, 142 entidades (12,6 %) finalizaron 2025 con un incremento en los casos frente a su histórico, y 34 (3,03 %) con una disminución. Esto refleja un cambio respecto a 2024, año en el que 236 municipios (21,0 %) cerraron en aumento y 22 (2,0 %) en disminución. De este modo, se redujo el número de municipios en situación de incremento y aumentó la cifra de aquellos en situación de descenso (Anexo 6). La distribución geográfica de estas variaciones municipales en Colombia se detalla en el mapa del 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: Pueblo Rico – Risaralda, Bagadó - Chocó, El Carmen de Atrato – Chocó, Floresta – Boyacá, Zambrano – Bolívar, Sativasur – Boyacá, Tipacoque – Boyacá, La Merced – Caldas, Jericó – Boyacá y Lloró - Chocó (Anexo 8).
- Municipios 20 000 a 100 000 habitantes: Puerto Carreño – Vichada, Agustín Codazzi – Cesar, Manaure – La Guajira, Alto Baudó – Chocó, Riosucio – Chocó, Pueblo Bello – Cesar, Plato – Magdalena, Tibú – Norte de Santander, El Banco – Magdalena y Belén de Umbría - Risaralda (Anexo 9).
- Municipios con más de 100 000 habitantes: Uribia – La Guajira, Riohacha - La Guajira, Maicao - La Guajira, Quibdó – Chocó, Turbo – Antioquia, San Andrés de Tumaco – Nariño, Sogamoso – Boyacá, Fusagasugá – Cundinamarca, Facatativá – Cundinamarca y Yopal - Casanare (Anexo 10).

La distribución departamental y municipal de la prevalencia de desnutrición aguda se ilustra en la Figura 2. Los datos evidencian que las prevalencias más elevadas se concentran en las regiones periféricas del territorio nacional, con una marcada afectación en los extremos norte, oriente y occidente.

Figura 2. Prevalencia de casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, comparativo según nivel departamental y municipal, Colombia, 2025



Fuente: Sivigila, elaboración propia

En cuanto al perfil sociodemográfico, la mayor prevalencia de casos notificados se concentró en niños de sexo masculino (0,59), menores de 1 año (0,81), residentes de áreas rurales (0,62) y pertenecientes a la población indígena (1,61).

Al comparar los periodos 2024 y 2025, la variable sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas. En contraste, la pertenencia étnica sí registró variaciones importantes, evidenciándose una disminución en la prevalencia de los pueblos indígenas y ROM/gitanos. Respecto a la edad, se identificó un cambio significativo entre los dos años analizados: los casos disminuyeron en los menores de un año y en el grupo de un año, mientras que aumentaron en los rangos de 2, 3 y 4 años. Finalmente, el área de residencia también mostró una transformación estadísticamente significativa, caracterizada por un incremento en la proporción de casos residentes en área urbana y un descenso en los casos residentes de área rural (Tabla 1).

Al analizar la prevalencia según el sexo, discriminado por entidad territorial, Chocó, Guaviare, Casanare, Vaupés, Santa Marta D.E. y Córdoba registraron una mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación con el masculino. En contraste, las demás entidades presentaron prevalencias mayores en el sexo masculino, en concordancia con el comportamiento del nivel nacional (Anexo 11).

El análisis de la prevalencia por entidades territoriales, desagregado según el grupo de edad afectado, evidenció el siguiente comportamiento (Anexo 12):

- Mayor prevalencia en menores de 1 año: Este patrón se concentró en la mayoría de los territorios, liderado por departamentos y distritos como Chocó, Guaviare, Risaralda, Amazonas, Vaupés, Antioquia, Boyacá, Bogotá D.C., Norte de Santander, Nariño, Putumayo, Cundinamarca, Valle del Cauca, Cali, Meta, Santa Marta D.E., Huila, Tolima, Caquetá, Caldas, Santander, Atlántico, Quindío y Cauca.
- Mayor prevalencia en el grupo de 1 año: Se observó principalmente en la región norte y zonas de frontera, específicamente en La Guajira, Vichada, Magdalena, Arauca, Cesar, Bolívar, Guainía y el distrito de Buenaventura.
- Mayor prevalencia en el grupo de 2 años: La carga epidemiológica se desplazó a esta edad en Cartagena, Casanare, Sucre, Barranquilla, Córdoba y San Andrés.

El análisis por área de residencia, desagregado a nivel territorial, evidenció que la prevalencia en la zona rural superó a la urbana en las siguientes entidades: La Guajira, Guaviare, Risaralda, Arauca, Amazonas, Cesar, Casanare, Antioquia, Boyacá, Bogotá D.C., Norte de Santander, Bolívar, Cundinamarca, Meta, Barranquilla, Caquetá, Caldas, Santander, Córdoba y San Andrés; las demás presentaron prevalencia más alta en el área urbana (Anexo 13).

La mayor proporción de casos se concentró en los niveles educativos más bajos: secundaria (48,9 %), primaria (21,0 %) y técnica (12,6 %). En cuanto al régimen de afiliación en salud, predominó el régimen subsidiado (72,5 %), y el estrato socioeconómico más frecuente fue el estrato 1 (64,1 %). Este comportamiento es consistente con lo observado en años anteriores. Al comparar los años 2024 y 2025, 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 las categorías secundaria y universitaria. En cuanto al régimen de afiliación a la seguridad social en salud, se identificaron diferencias significativas caracterizadas por una disminución en los casos no asegurados y de los especiales. Finalmente, respecto al estrato socioeconómico, se presentaron disminuciones significativas en el estrato 1 y aumentos en los estratos 3 y 4 (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, Colombia, 2024 y 2025.

Año	2024		2025		2024	2025	Valor p
Categoría	n	%	n	%	Prevalencia*	Prevalencia*	
Total	24017	100	20018	100	0,64	0,54	
Sexo**							
Hombres	13469	56,1	11218	56,0	0,70	0,59	0,7458
Mujeres	10548	43,9	8800	44,0	0,58	0,49	0,7458
Pertenencia étnica***							
Ninguno	17644	73,5	15396	77,0	0,68	0,59	< 0,05
Indígena	4732	19,7	3328	16,6	2,30	1,61	< 0,05
Afrocolombiano	1602	6,7	1266	6,3	0,69	0,55	0,1430
Raizal	28	0,12	20	0,10	SD	SD	0,6040
Palenquero	2	0,01	7	0,03	SD	SD	0,0625
ROM, Gitano	9	0,04	1	0,01	SD	SD	< 0,05
Edad**							
< 1 año	7450	31,0	5821	29,0	1,02	0,81	< 0,05
1 año	7056	29,4	5468	27,3	0,96	0,75	< 0,05
2 años	4251	17,7	3817	19,1	0,57	0,52	< 0,05
3 años	2922	12,2	2734	13,7	0,39	0,37	< 0,05
4 años	2338	9,7	2178	10,9	0,30	0,29	< 0,05
Área de residencia**							
Urbana	15471	64,4	13253	66,2	0,59	0,51	< 0,05
Rural	8546	35,6	6765	33,8	0,78	0,62	< 0,05
Tipo de régimen SGSSS							
Subsidiado	17296	72,0	14517	72,5	SD	SD	0,2422
Contributivo	5754	24,0	4833	24,1	SD	SD	0,6506
No asegurado	595	2,4	364	1,8	SD	SD	<0,005
Excepción	197	0,8	226	1,1	SD	SD	<0,005
Indeterminado	133	0,6	72	0,4	SD	SD	<0,005
Especial	42	0,2	6	0,03	SD	SD	<0,005
Estrato							
1	15637	65,1	12836	64,1	SD	SD	<0,005
2	6102	25,4	5232	26,1	SD	SD	0,0812
3	1564	6,5	1416	7,1	SD	SD	<0,005
4	146	0,6	155	0,8	SD	SD	<0,005
5	23	0,10	25	0,1	SD	SD	0,3612
6	24	0,14	17	0,08	SD	SD	0,6145
Sin dato	521	2,2	337	1,68	SD	SD	<0,005
Escolaridad de la madre							
Ninguna	413	1,7	315	1,6	SD	SD	0,2316
Primaria	5454	22,7	4194	21,0	SD	SD	<0,005
Secundaria	11212	46,7	9798	48,9	SD	SD	<0,005
Técnica	2966	12,4	2521	12,6	SD	SD	0,4400
Universitaria	1402	5,8	1271	6,3	SD	SD	<0,005
Sin dato	2570	10,7	1919	9,6	SD	SD	<0,005

*Prevalencia por cada 100 menores de 5 años

** Los denominadores usados corresponden a proyecciones de población DANE 2024 y 2025

*** 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 entre 2024 a 2025 de la desnutrición aguda severa y, por ende, un aumento en la moderada, lo cual indica que se está presentando una menor severidad en los casos. Esto 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, emaciación y edema; mismo comportamiento de lo que sucedió entre 2023 y 2024, con lo cual viene de manera sostenida mejorando este indicador (Tabla 2).

En relación con la presencia de menores de 5 años en el hogar del caso con desnutrición, se encontró que en el 78,2 % de los hogares solo había un menor de 5 años, seguido del 17,2 % con dos menores, y el 3,2 % 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 2024 y 2025. 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 (Tabla 2).

Respecto a los antecedentes de nacimiento reportados en 2025, 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, igual que en el año 2024.

Sobre los antecedentes de alimentación, se encontró que el 45,0 % de los casos recibieron lactancia materna hasta el primer y sexto mes de vida; el 25,4 % hasta entre los 7 y 12 meses; el 20,8 % entre los 13 y 24 meses, y el 3,0 % 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 7 y 24 meses (Tabla 2).

En relación a la edad de inicio de la alimentación complementaria en niños de 6 a 59 meses, el 11,1 % reportó haberla iniciado entre el primero y quinto mes de vida, el 73,6 % a los 6 meses, el 6,4 % 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 2025 respecto a 2024, una disminución en el valor del perímetro braquial en ese mismo periodo, y de la presentación de edema nutricional. La prueba de apetito negativa en niños de 6 a 59 meses, no presentó diferencia 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, 2024 y 2025

Año	2024		2025		Valor p
Categoría	n	%	n	%	
Tipo de desnutrición					
Desnutrición aguda moderada	18991	79,1	16419	82,0	< 0,05
Desnutrición aguda severa	5026	20,9	3599	18,0	< 0,05
Antecedentes					
Perímetro braquial < 11,5 cm (6 a 59 meses)	1669	8,0	1057	6,0	< 0,05
Hospitalización	6913	28,8	5964	29,8	< 0,05
Asistencia a P y D	18002	75,0	15003	74,9	0,9852
Esquema de vacunación completo	19017	79,2	16342	81,6	< 0,05
Signos clínicos					
Emaciación o delgadez visible	15679	65,3	12638	63,1	< 0,05
Piel reseca	7053	29,4	5064	25,3	< 0,05
Cambios cabello	5398	22,5	3558	17,8	< 0,05
Palidez palmar	4747	19,8	3264	16,3	< 0,05
Hipo o hiperpigmentación en piel	3098	12,8	2079	10,4	< 0,05
Edema	1339	5,6	885	4,4	< 0,05
Menores de 5 años en el hogar					
Uno	17938	74,7	15659	78,2	< 0,05
Dos	4711	19,6	3446	17,2	< 0,05
Tres	1008	4,2	650	3,2	< 0,05
Cuatro	200	0,8	145	0,7	0,1991
Cinco o más	160	0,7	118	0,6	0,3123
Tiempo que recibe la lactancia materna					
Sin información	1530	6,4	1170	5,8	< 0,05
1 a 6 meses	10707	44,6	9016	45,0	0,3353
7 a 12 meses	6477	27,0	5077	25,4	< 0,05
13 a 24 meses	4629	19,3	4161	20,8	< 0,05
24 meses y más	674	2,8	594	3,0	0,3166
Edad inicio alimentación complementaria (6 a 59 meses)					

Año	2024		2025		Valor p
Categoría	n	%	n	%	
Sin información	419	2,0	304	1,7	0,0657
1 a 5 meses	2618	12,5	1931	11,1	< 0,05
6 meses	14684	70,3	12796	73,6	< 0,05
7 meses	1478	7,1	1115	6,4	< 0,05
8 meses	744	3,6	552	3,2	< 0,05
9 meses	265	1,3	178	1,0	< 0,05
10 meses y más	691	3,3	515	3,0	0,0542
Variables monitoreo especial					
Reincidencia	4435	18,5	4349	21,7	< 0,05
Menores de 6 meses	3118	13,0	2627	13,1	0,6624
Perímetro braquial < 11,5 cm (6 a 59 meses)	1669	8,0	1057	6,0	< 0,05
Prueba de apetito negativa (6 a 59 meses)	1512	7,2	1313	7,6	0,2409
Edema	1339	5,6	885	4,4	< 0,05

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Reincidencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2025

Para 2025, 4 349 menores fueron reincidentes en el evento, lo cual corresponde al 21,7 % de los casos. Las proporciones más altas de reincidencia se presentaron en San Andrés (40,0 %), Guaviare (32,4 %), Arauca (32,1 %), Antioquia (31,7%) y Buenaventura (30,8%) (Anexo 14).

En el nivel municipal, los municipios que presentaron mayor proporción de casos reincidentes fueron: Briceño - Antioquia (100 %), Caracolí - Antioquia (100 %), Berbeo – Boyacá (100 %), Boyacá – Boyacá (100 %), Chíquiza – Boyacá (100 %), Firavitoba – Boyacá (100 %), Santa María – Boyacá (100 %), Somondoco – Boyacá (100 %), Toguí – Boyacá (100 %), Tununguá – Boyacá (100 %), Manzanares - Caldas (100 %), Cotorra – Córdoba (100 %), Carmen de Capura - Cundinamarca (100 %), Manta - Cundinamarca (100 %), Baraya - Huila (100 %), Colombia - Huila (100 %), Aquitania – Boyacá (83,3 %), Giraldo – Antioquia (75,0 %), San Francisco – Antioquia (75,0 %), Santa María – Huila (80,0 %), Gómez Plata – Antioquia (71,4 %), y El Cerrito – Valle del Cauca (70,0 %).

Análisis de poblaciones especiales: Desnutrición aguda en población indígena, Colombia, 2025

Las poblaciones indígenas son uno de los grupos poblacionales que mayor presentación de casos de desnutrición aguda de manera histórica. Para 2025, se notificaron 3 328 casos,

correspondientes al 16,6 % de la notificación total, con una disminución del 29,6 % respecto al año 2024, que presentó 4 732 casos.

Las entidades territoriales con mayor proporción de casos notificados en este grupo fueron Guainía (95,0 %), Vichada (85,6 %), Vaupés (79,4 %), La Guajira (77,8 %), Amazonas (71,9 %) y Chocó (62,2 %), que fueron las mismas con mayor proporción en el año 2024. Sin embargo, por número de casos están concentrados en La Guajira con 1 364 casos, Chocó 516 casos, Cesar con 298 casos y Vichada con 173 casos (Anexo 15).

Las poblaciones indígenas presentan formas más graves de desnutrición, con un 29,7 % de los casos clasificados como desnutrición aguda severa, en comparación con el 18,0 % 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 (73,9 %), piel reseca (54,4 %), cambios en el cabello (44,8 %), palidez (32,2 %), hipo o hiperpigmentación cutánea (23,1 %) y edema (11,3 %). No obstante, en comparación con el año anterior, se observa proporción de signos clínicos en la población indígena, similar a la registrada en 2024 (29,3 %).

Análisis de poblaciones especiales: Desnutrición aguda en población migrante, Colombia, 2025

En relación con la población migrante —es decir, casos residentes en Colombia con nacionalidad extranjera—, durante 2025 se notificaron 274 casos desde diferentes entidades territoriales, lo que representa el 1,4 % del total de casos reportados, proporción inferior al 1,8 % registrado en 2024. La mayoría de estos casos corresponden a personas de nacionalidad venezolana (244 casos; 89,5 %), seguidos por ecuatorianos (15 casos; 5,5 %), chilenos (5 casos; 1,8 %), Perú (2 casos; 0,7 %), España (2 casos; 0,7 %) y casos de Costa Rica, Bolivia, Sri Lanka, Brasil, Alemania y Estados Unidos (1 caso cada uno; 0,4 %). En cuanto a la distribución geográfica, los casos migrantes se concentraron principalmente en Bogotá D.C. (46 casos), Antioquia (42 casos), Norte de Santander (35 casos) y La Guajira (32 casos) (Anexo 14).

Análisis de poblaciones especiales: Desnutrición aguda en población extranjera, Colombia, 2025

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 146 casos provenientes de diversas entidades territoriales. Las principales entidades notificadoras fueron: Guainía (38 casos; 26,0 %), Arauca (33 casos; 22,6 %), La Guajira (32 casos; 21,9 %), Norte de Santander

(20 casos; 13,7 %), Vichada (11 casos; 7,5 %), Putumayo (3 casos; 2,1 %), Nariño, Boyacá, Amazonas y Meta (2 casos cada una; 1,4 %), y Magdalena (1 caso; 0,4 %).

En cuanto a la nacionalidad de estos casos, la mayoría correspondió a personas de Venezuela (102 casos; 70,6 %), seguidos por Colombia (40 casos; 27,4 %) y Perú (1 caso; 2,1 %).

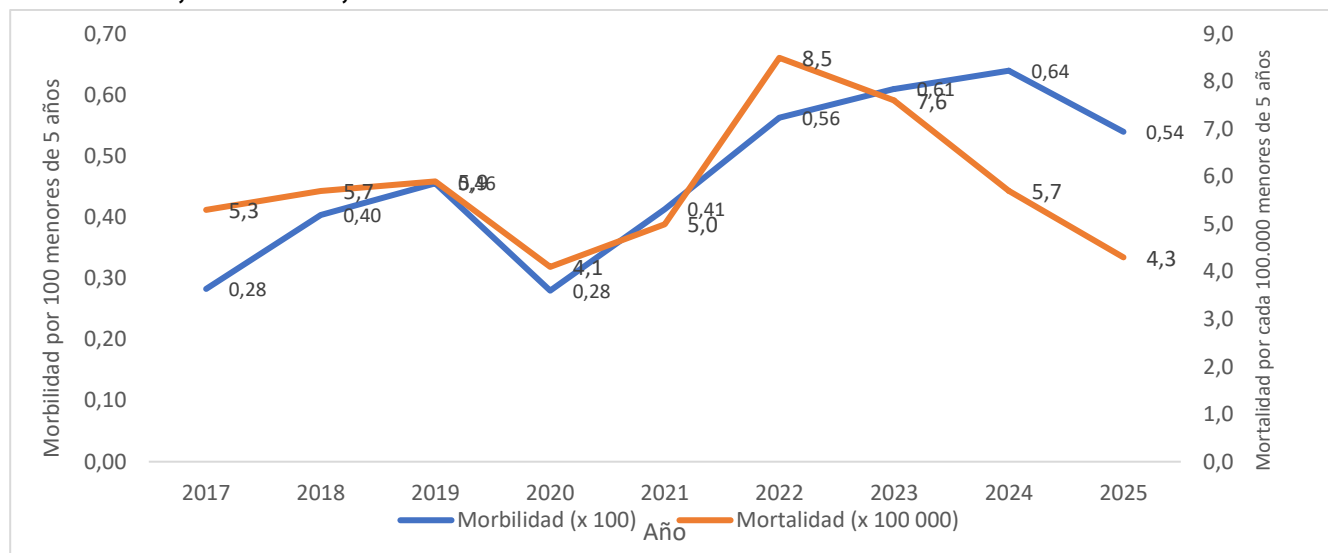
Evento de desnutrición aguda y mortalidad asociada a desnutrición aguda en menores de cinco años, Colombia, 2025

Para el año 2025, se presentaron un total de 196 muertes por desnutrición confirmadas en el evento de mortalidad integrada por IRA, EDA y desnutrición. Al realizar el cruce de información con dicho evento y el evento 113 – Desnutrición Aguda en menores de cinco años, se encontraron 126 menores notificados en ambos eventos, lo cual corresponde al 64,3 % del total de muertes reportadas por desnutrición en el evento 591. Comparado con el año 2024, disminuyó el porcentaje de concordancia, pues para este año había sido del 72,0 % (Anexo 16).

Al evaluar el comportamiento histórico de ambos eventos, se observa que las tendencias de morbilidad y mortalidad fueron similares durante el período 2017-2022, con excepción de 2017, año en el que la mortalidad superó a la morbilidad.

A partir de 2023, se identificó un cambio dinámico en el comportamiento: la prevalencia de morbilidad aumentó drásticamente, mientras que la mortalidad disminuía, una brecha que se acentuó entre 2023 y 2024. Para 2025, si bien la morbilidad registró un descenso, la mortalidad continuó a la baja, aunque a un ritmo menor que en los años inmediatamente anteriores (Figura 3).

Figura 3. Comparativo de la morbilidad por desnutrición aguda en menores de cinco años, Colombia, 2017 – 2025



Fuente: Sivigila, elaboración propia

Evento de desnutrición aguda y Búsqueda Activa Institucional Nutricional (BAI nutricional) Colombia, 2025

Desde 2023, el Instituto Nacional de Salud (INS) incorporó la estrategia de BAI Nutricional en el protocolo de vigilancia para desnutrición aguda en menores de cinco años, con el objetivo de captar de forma oportuna aquellos casos no notificados por la vía regular.

Este proceso se ha desplegado de manera progresiva en el país. Inicialmente, varias entidades territoriales ya adelantaban acciones de búsqueda activa a través del SISVAN; a partir de allí, el INS ha brindado asistencia técnica para expandir su aplicación de forma escalonada. Actualmente, el INS consolida la información de los departamentos priorizados por la Mesa de Desaceleración de la Mortalidad por Desnutrición.

En concordancia con lo anterior, a continuación se presentan los resultados de la BAI Nutricional correspondientes a las entidades priorizadas que reportaron información durante el periodo 2025.

De este modo, durante 2025 se consolidó la información del estado nutricional de 230 757 niños a través de la BAI Nutricional. Del total de la población evaluada, se identificó que el 1,1 % (n = 2 486) presentó desnutrición aguda severa; el 1,9 % (n = 23 856), desnutrición aguda moderada; y el 10,3 % (n = 23 856), riesgo de desnutrición aguda. Por otro lado, el 62,2 % (n = 143 463) registró un peso adecuado para la talla, mientras que en los indicadores de exceso

se observó un 16,7 % (n = 38 615) en riesgo de sobrepeso, un 5,5 % (n = 12 747) con sobrepeso y un 2,3 % (n = 5 280) con obesidad.

Es importante aclarar que, no todos los casos captados en BAI nutricional deben notificarse, puesto que se debe verificar que los casos cumplan con definición de caso del evento.

Así mismo, la BAI nutricional permite conocer otros estados nutricionales de la población, los resultados del indicador talla para la edad se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados Búsqueda Activa Institucional nutricional (BAI nutricional), indicador peso para la talla, entidades territoriales priorizadas, Colombia, 2025

Entidad territorial	Desnutrición aguda severa		Desnutrición aguda moderada		Riesgo de desnutrición aguda		Peso adecuado para la talla		Riesgo de sobrepeso		Sobrepeso		Obesidad		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Antioquia	98	5,0	130	6,6	306	15,6	955	48,6	250	12,7	127	6,5	98	5,0	1964
Cartagena	69	1,4	171	3,4	879	17,5	2583	51,3	808	16,1	335	6,7	186	3,7	5031
Cauca	69	2,3	128	4,3	284	9,5	1694	56,8	520	17,4	180	6,0	108	3,6	2983
Cesar	443	1,2	796	2,1	3922	10,4	23296	61,6	6437	17,0	2145	5,7	806	2,1	37845
Chocó	120	1,7	241	3,3	922	12,8	4412	61,2	1012	14,0	350	4,9	149	2,1	7206
La Guajira	200	0,3	588	0,9	6230	9,2	45397	67,2	11228	16,6	3076	4,6	850	1,3	67569
Magdalena	241	1,6	372	2,4	1676	10,8	8961	57,7	2700	17,4	1022	6,6	563	3,6	15535
Meta	47	0,4	140	1,1	1225	9,3	8460	63,9	2338	17,7	782	5,9	246	1,9	13238
Risaralda	77	1,1	155	2,2	731	10,4	4370	62,2	1177	16,8	372	5,3	140	2,0	7022
Santa Marta D.E.	427	7,6	388	6,9	588	10,5	2421	43,1	871	15,5	530	9,4	394	7,0	5619
Sucre	43	0,6	72	1,0	652	8,8	4588	62,1	1407	19,1	473	6,4	148	2,0	7383
Valle del Cauca	626	1,1	1075	1,9	6218	10,8	35271	61,3	9551	16,6	3264	5,7	1558	2,7	57563
Vaupés	8	0,7	16	1,4	88	7,8	680	60,4	240	21,3	68	6,0	25	2,2	1125
Vichada	18	2,7	38	5,6	135	20,0	375	55,6	76	11,3	23	3,4	9	1,3	674
Total general	2486	1,1	4310	1,9	23856	10,3	143463	62,2	38615	16,7	12747	5,5	5280	2,3	230757

Fuente: BAI nutricional INS, elaboración propia

Tabla 4. Resultados Búsqueda Activa Institucional nutricional (BAI nutricional), indicador talla para la edad, entidades territoriales priorizadas, Colombia, 2025

Entidad territorial	Talla baja para la edad		Riesgo de talla baja para la edad		Talla adecuada para la edad		Total
	n	%	n	%	n	%	
Antioquia	413	21,0	421	21,4	1130	57,5	1964
Cartagena	620	12,3	951	18,9	3460	68,8	5031
Cauca	415	13,9	743	24,9	1825	61,2	2983
Cesar	5022	13,3	8679	22,9	24144	63,8	37845

Entidad territorial	Talla baja para la edad		Riesgo de talla baja para la edad		Talla adecuada para la edad		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Chocó	1413	19,6	1508	20,9	4285	59,5	7206
La Guajira	20260	30,0	20265	30,0	27044	40,0	67569
Magdalena	3229	20,8	4158	26,8	8148	52,5	15535
Meta	1420	10,7	3217	24,3	8601	65,0	13238
Risaralda	1190	17,0	1770	25,2	4062	57,8	7022
Santa Marta	1227	21,8	914	16,3	3478	61,9	5619
Sucre	963	13,0	2158	29,2	4262	57,7	7383
Valle del Cauca	5988	10,4	12498	21,7	39077	67,9	57563
Vaupés	328	29,2	352	31,3	445	39,6	1125
Vichada	228	33,8	186	27,6	260	38,6	674
Total general	42716	18,5	57820	25,1	130221	56,4	230757

Fuente: BAI nutricional INS, elaboración propia

Articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), 2025

Desde 2019, el INS y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) iniciaron un proceso de articulación que permitió vincular diversas modalidades de atención de este último al Sivigila.

Gracias a esto, el ICBF se ha consolidado como un actor clave en el reporte de la desnutrición aguda. Aunque en 2025 la institución aportó el 1,87 % del total de casos notificados a la base nacional, su impacto regional es mucho mayor. Al analizar la contribución por entidad territorial entre 2019 y 2025, se observa que el ICBF captó una proporción acumulada muy significativa de los casos en departamentos como:

- Chocó: 33,6 %
- Vaupés: 28,8 %
- Vichada: 12,6 %
- Risaralda: 12,0 %

Nota sobre la tendencia reciente: En 2024 se registró una disminución en la proporción de notificaciones del ICBF a nivel nacional debido a un proceso de reestructuración institucional. Sin embargo, en 2025 esta tendencia se revirtió gracias a la inclusión de nuevas modalidades de atención en el Sivigila.

Específicamente, durante 2025 se integraron el esquema de atención a la población Wayuu y diversas modalidades de la Dirección de Primera Infancia en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Vichada, Guainía y La Guajira (Anexo 17).

4. Discusión

Respecto a la carga de la desnutrición aguda en menores de 5 años, el informe de la FAO de 2025 reporta que el 6,6 % de la población mundial menor de cinco años presenta desnutrición aguda (6). Esta cifra se ha mantenido relativamente estable en los últimos informes, lo que evidencia una falta de avances significativos a nivel global y advierte que el mundo se encuentra lejos de alcanzar las metas propuestas en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 (6,8).

No obstante, este panorama global difiere de la tendencia nacional reciente. Entre 2022 y 2024, Colombia registró un incremento significativo de casos notificados; si bien este aumento es de naturaleza multifactorial, estuvo fuertemente influenciado por la implementación de la Búsqueda Activa Institucional (BAI) nutricional, estrategia que elevó sustancialmente la sensibilidad del sistema de vigilancia de cara a la captación de casos (12).

Este repunte en la morbilidad rompió la tendencia histórica en la que el comportamiento de los casos notificados y el de las muertes solían ser paralelos. Durante este periodo, mientras la captación de casos iba en aumento, la mortalidad por desnutrición comenzó a mostrar una disminución evidente. Luego, hacia 2025, el comportamiento epidemiológico se estabilizó, consolidando una tendencia a la baja en ambos eventos (morbilidad y mortalidad) (12,25).

Aunque las cifras globales de desnutrición en Colombia no son las más altas de la región, el panorama cambia drásticamente al analizar unidades geográficas más pequeñas. Municipios como Bagadó (Chocó), Pueblo Rico (Risaralda) y Puerto Carreño (Vichada) presentan prevalencias históricamente críticas. De hecho, la magnitud del evento en estos territorios supera las prevalencias reportadas por países de las Américas con altas cargas de desnutrición aguda, como Barbados, Trinidad y Tobago, Guyana, Surinam, Venezuela y Haití. (9).

Los análisis históricos en el país evidencian que la desnutrición aguda afecta en mayor proporción a las zonas rurales, comunidades indígenas, y población residente en estratos socioeconómicos bajos, reflejando profundas inequidades estructurales. Este patrón se acentúa en el departamento de La Guajira, territorio que concentra la mayor cantidad de población indígena del país y algunas de las prevalencias más elevadas de desnutrición aguda, no obstante, cabe resaltar que en los últimos años los indicadores de este departamento han mostrado una tendencia progresiva hacia la mejora, lo cual impacta de manera directa los resultados del indicador nacional (12).

En otras regiones del mundo, la literatura reporta que las zonas rurales pueden presentar menores prevalencias de desnutrición debido al acceso directo a alimentos de producción local (26). En Colombia, dicho patrón protector no se replica debido a la superposición de factores antrópicos y ambientales. Por un lado, el conflicto armado altera la soberanía alimentaria en diversas regiones (27,28,29); por el otro, las condiciones geográficas y climáticas extremas limitan severamente la disponibilidad y diversidad de alimentos. Esto se evidencia al contrastar el área desértica y las sequías prolongadas de la Alta Guajira —intensificadas por el fenómeno de El Niño— con las pluviosidades extremas e inundaciones cíclicas en las regiones del Pacífico y la Amazonía, sumadas a variaciones térmicas que afectan los cultivos en el resto del territorio (27,28,29,30).

El comportamiento de las curvas epidemiológicas en el país debe analizarse a la luz de las transformaciones técnicas del sistema de vigilancia. Desde 2017, la capacidad de detección ha aumentado significativamente, lo que se refleja en un mayor promedio de casos captados por semana y en la expansión de la red de unidades notificadoras: en 2017 se registraron 1601 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) activas para el evento, cifra que ascendió a 2454 unidades en 2025 (Anexo 1).

A esta expansión de la red de notificación, se suma la innovación metodológica implementada desde 2023, mediante una estrategia de metodologías mixtas para la Búsqueda Activa Institucional (BAI), que integra:

- BAI por Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
- BAI Nutricional.
- BAI mediante el cruce de eventos de mortalidad integrada IRA, EDA y desnutrición.
- BAI con cruce por otras fuentes de información

Esta vigilancia activa, en especial la modalidad nutricional, ha optimizado la identificación de la población afectada. Sin embargo, el sistema debe continuar fortaleciendo sus redes de notificadores y ampliar las alianzas con agencias internacionales, la academia y otros actores clave del territorio (5).

Bajo esta perspectiva, resulta prioritario focalizar la atención oportuna de la primera infancia antes de que sobrevengan los estadios nutricionales más graves. En este sentido, a partir de 2023 se registró un descenso progresivo en la proporción de casos con mayor severidad, lo que se tradujo en una tendencia sostenida a la baja específicamente en la desnutrición aguda severa. Este hallazgo sugiere una mayor oportunidad en la detección del evento, permitiendo

la captación y el abordaje de los menores antes de que evolucionen hacia fases críticas de la enfermedad (12).

Dicha ganancia en la oportunidad diagnóstica ha sido apalancada por la BAI nutricional, la cual ha proporcionado un panorama más amplio del estado nutricional de la población. A esto se suma la implementación del protocolo de vigilancia del riesgo de desnutrición aguda en los departamentos de La Guajira, Vichada y Chocó desde febrero de 2026, sustentado en la resolución 115 de 2026 de MSPS (15). Esta herramienta ha permitido iniciar el seguimiento estructurado de esta condición en territorios priorizados por sus altas cargas de enfermedad, gestionando el riesgo desde sus etapas iniciales. Para garantizar la sostenibilidad de estos avances, fortalecer las capacidades del talento humano en salud para el manejo intrahospitalario y ambulatorio —en estricto cumplimiento de los lineamientos y protocolos nacionales— se constituye como una acción esencial e impostergable.

Asimismo, la BAI nutricional aporta información de alto valor epidemiológico al ofrecer un diagnóstico indirecto sobre otros indicadores del estado nutricional que no cuentan con datos nacionales actualizados desde 2015. En este sentido, los hallazgos relacionados con el indicador de talla para la edad resultan alarmantes: se identificó un 18,5 % de menores con retraso en talla y un 25,1 % con riesgo de retraso en talla, lo anterior en contraste con la ENSIN 2015 que presentó un 10,8 % de menores con retraso en talla. Esto significa que el 43,6 % de la población captada mediante esta estrategia presenta un déficit en su estatura para la edad. Este panorama es sumamente crítico, puesto que, a diferencia del indicador peso para la talla (que evalúa procesos agudos), el retraso en talla refleja las consecuencias acumuladas de la desnutrición en el largo plazo y la cronicidad de las privaciones socioambientales en el territorio.

En definitiva, si bien se evidencian avances significativos en el control y la reducción de la desnutrición aguda en Colombia, persiste el desafío de impactar de forma estructural otros marcadores del desarrollo infantil. Es necesario trascender hacia un monitoreo integral que incorpore indicadores de cronicidad que, aunque no forman parte de la notificación obligatoria rutinaria, resultan indispensables para consolidar una lectura multidimensional y fidedigna del estado nutricional de la primera infancia.

Finalmente, la desnutrición aguda infantil no es un problema exclusivamente médico, sino la manifestación más crítica de una vulnerabilidad profunda en los determinantes sociales de la salud, tales como el acceso limitado al agua potable, la inseguridad alimentaria, la baja escolaridad y la falta de oportunidades económicas. Si bien el sector salud desempeña un rol crucial en la detección y el tratamiento oportuno, la erradicación del evento y la sostenibilidad

de los logros epidemiológicos dependen de un esfuerzo intersectorial coordinado que transforme estructuralmente las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables del país (27, 28, 29, 30).



5. Conclusiones.

- La prevalencia nacional, notificada por los servicios de salud, de desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años para 2025 en Colombia fue de 0,54 por cada 100 menores de cinco años.
- Las prevalencias más altas se concentraron en las entidades territoriales de La Guajira (1,56), Chocó (1,28), Vichada (1,22), Magdalena (0,82), Guaviare (0,81), Risaralda (0,77), Cartagena (0,70), Arauca (0,67), Amazonas (0,66) y Cesar (0,64).
- Las prevalencias más altas en municipios con menos de 20 000 habitantes fueron Pueblo Rico – Risaralda, Bagadó - Chocó, El Carmen de Atrato – Chocó, Floresta – Boyacá.
- Las prevalencias más altas en municipios entre 20 000 a 100 000 habitantes fueron Puerto Carreño – Vichada, Agustín Codazzi – Cesar, Manaure – La Guajira, Alto Baudó – Chocó.
- Las prevalencias más altas en municipios con más de 100 000 habitantes fueron Uribe – La Guajira, Riohacha - La Guajira, Maicao - La Guajira, Quibdó- Chocó.
- La mayor prevalencia de casos notificados se observó en niños de sexo masculino (0,59), pertenecientes a la población indígena (1,61), menores de 1 año (0,81) y residentes en áreas rurales (0,62).
- Se presentó una disminución en la severidad de la desnutrición, evidenciada por una menor proporción de casos con desnutrición aguda severa en comparación con 2024, al pasar del 20,9 % al 18,0 %, así como una reducción en la presencia de signos clínicos asociados a esta condición.
- Se encontró que el 45,0 % de los casos recibieron lactancia materna hasta el primer y sexto mes de vida, y que el 73,6 % inició la alimentación complementaria a los 6 meses.
- La reincidencia de la desnutrición aguda para 2025 fue de 21,7 %.
- Los grupos poblacionales indígenas presentaron una mayor frecuencia de signos clínicos en comparación con la población general.
- La implementación de la BAI nutricional permitió contar con un panorama general del estado nutricional de la población de los departamentos priorizados.

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 (VBC) 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.
- Consolidar y reforzar la articulación interinstitucional entre el sector salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Prosperidad Social, organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación internacional, mediante un enfoque territorial que permita integrar esfuerzos de vigilancia, prevención, atención y seguimiento de la desnutrición aguda en menores de cinco años.
- Desarrollar estrategias de seguimiento posteriores a la recuperación nutricional, que incluyan visitas domiciliarias, seguimiento antropométrico y orientación alimentaria, a fin de evitar recaídas y consolidar el estado nutricional alcanzado.

- Implementar sistemas de alerta temprana 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 30 de mayo de 2026]. 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 30 de mayo de 2026];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 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
4. Dipasquale V, Cucinotta U, Romano C. Acute malnutrition in children: pathophysiology, clinical effects and treatment [Internet]. Nutrients. 2020 Aug 12 [consultado el 30 de mayo de 2026];12(8):2413. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu12082413>
5. 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 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
6. FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS. 2025. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. [Internet]. FAO, Roma; 2025. [consultado el 30 de mayo de 2026]. 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 – 2025 edition [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2025 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023/>
8. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Ginebra: ONU; 2015. [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
9. FAO, FIDA, OPS, PMA, UNICEF. Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición 2025: 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 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.fao.org/americas/publicaciones/panorama/es>
10. DNP. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Colombia: DNP; 2025. [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://sinergia.dnp.gov.co/pnd>

11. 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 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>
12. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Desnutrición aguda en menores de 5 años: informe de evento 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DESNUTRICIÓN%20AGUDA%20EN%20MENORES%20DE%205%20AÑOS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3518 de 2006 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2006 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
14. Instituto Nacional de Salud. Circular 014 de 2016 [Internet]. Colombia: INS; 2016. [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Circulares/CIRCULAR%20EXTERNA%200014%20DE%202016.pdf>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 115 de 2026 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2026 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20115%20de%202026.pdf
16. 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 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamiento-manejo-desnutricion-resolucion-2350.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 [Internet]. Colombia; 2022 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%202018.pdf

M

[020183280.pdf](#)

19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 jul [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1343 de 2019 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5628
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2465-2016.pdf>
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2517 de 2025 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=191726>
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población por área, sexo y edad 2018 - 2026 [Internet]. Colombia: DANE; 2024 may. [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993 [consultado el 30 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
25. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Mortalidad en menores de 5 años: informe de evento 2024 [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%20AÑOS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
26. 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>

27. 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>
28. 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/>
29. 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
30. 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

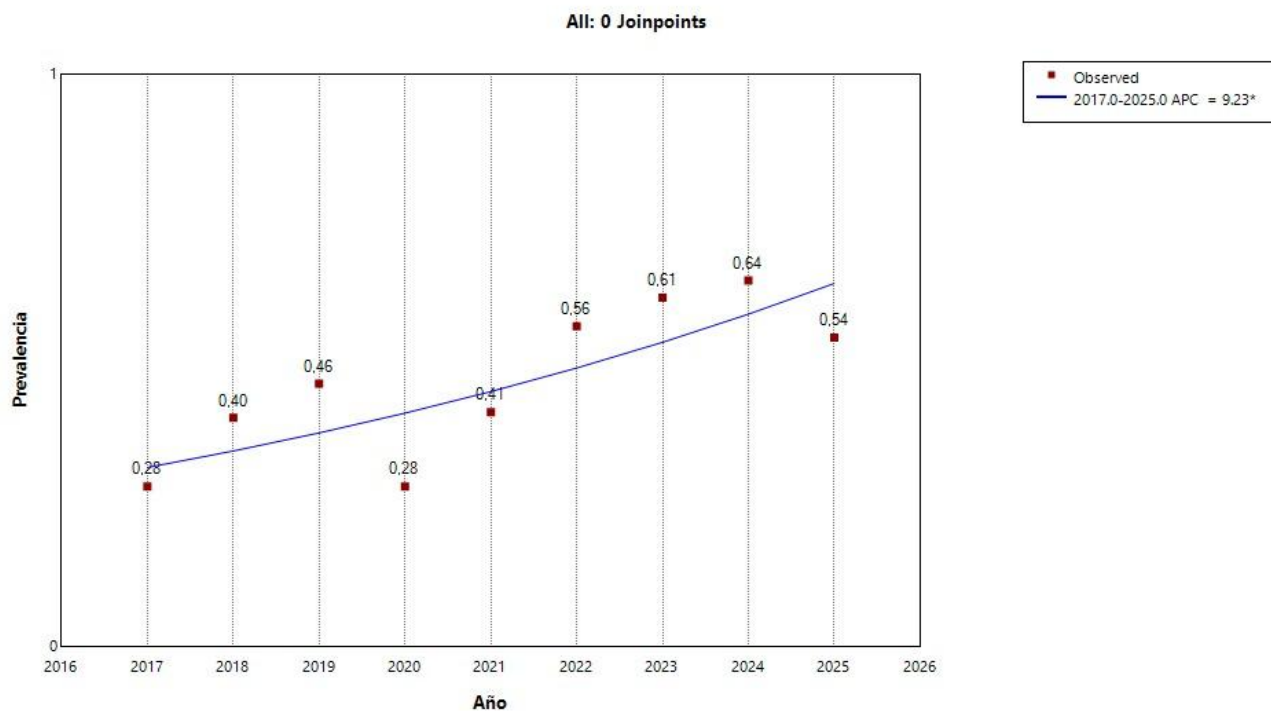
8. Anexos

Anexo 1. Casos de desnutrición aguda en menores de cinco años total, por semana y UPGD notificadoras, Colombia, 2017 – 2025

Año	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total casos	10 641	15 386	17 693	10 592	15 806	21 195	23 081	24 017	20 018
Casos promedio por semana	205	296	340	200	304	408	448	462	380
UPGD notificadoras	1 601	2 002	2 164	1 828	2 085	2 336	2 468	2 497	2 454
Var. (%) frente al año anterior	*	44,59	14,99	-40,13	49,23	34,09	8,90	4,06	-16,65

Fuente: Sivigila, elaboración propia

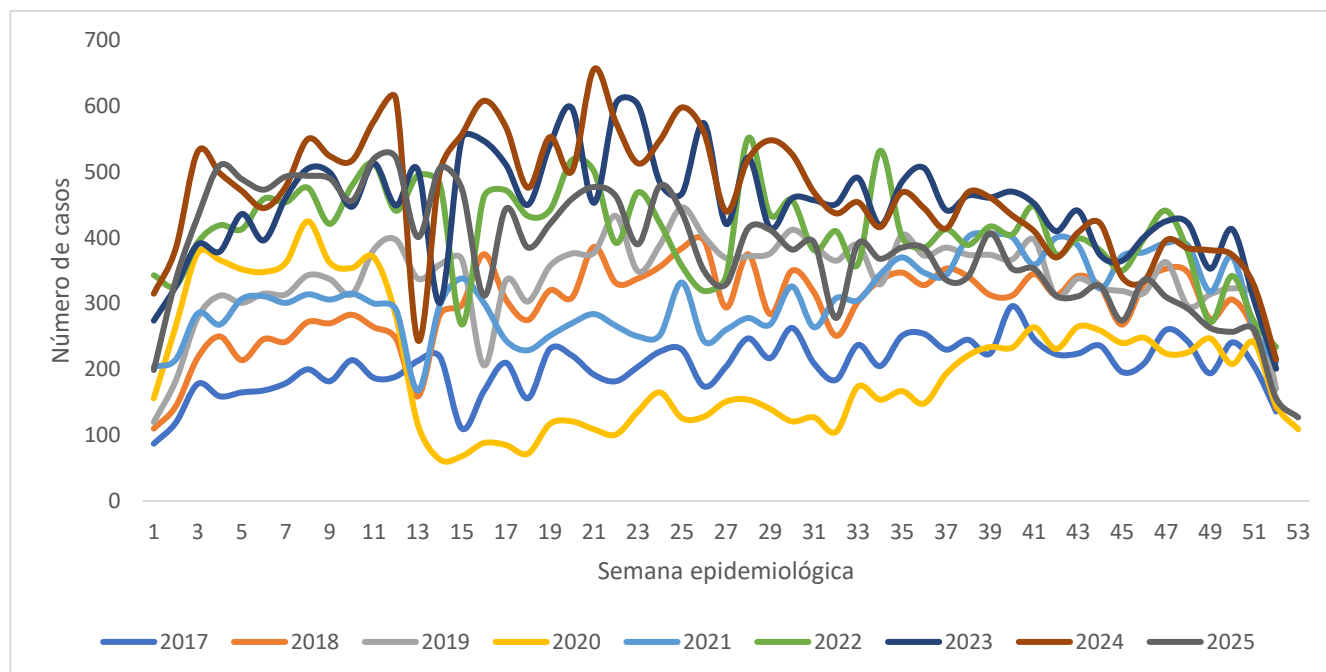
Anexo 2. Tendencia de la prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años, Joinpoint, Colombia, 2017 – 2025



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 3. Comportamiento de la notificación semanal de los casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, Colombia, 2017 – 2025



Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 4. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025

Región	Entidad territorial residencia	Casos	Población menor de 5 años	Prevalencia (x 100)
Total residentes	Colombia	20 018	3 688 210	0,54
Caribe	La Guajira	1 753	112 235	1,56
	Magdalena	748	90 788	0,82
	Cartagena	540	76 990	0,70
	Cesar	861	134 771	0,64
	Bolívar	604	110 813	0,55
	Sucre	382	87 860	0,43
	Santa Marta D.E.	180	44 071	0,41
	Barranquilla	320	83 419	0,38
	Córdoba	490	170 916	0,29

Región	Entidad territorial residencia	Casos	Población menor de 5 años	Prevalencia (x 100)
	Atlántico	331	119 188	0,28
	San Andrés	5	4 369	0,11
	Total región	6 214	1 035 420	0,60
Orinoquía	Vichada	202	16 604	1,22
	Arauca	159	23 658	0,67
	Casanare	231	38 890	0,59
	Meta	370	86 263	0,43
	Total región	962	165 415	0,58
Central	Risaralda	459	59 900	0,77
	Antioquia	2 509	424 776	0,59
	Bogotá D.C	2 476	434 113	0,57
	Cundinamarca	1 149	226 806	0,51
	Huila	432	106 805	0,40
	Tolima	321	92 828	0,35
	Caldas	177	57 124	0,31
	Quindío	78	30 541	0,26
	Total región	7 601	1 432 893	0,53
Pacífico	Chocó	830	65 022	1,28
	Nariño	658	126 507	0,52
	Buenaventura	172	33 756	0,51
	Valle del Cauca	626	131 489	0,48
	Cali	517	115 052	0,45
	Cauca	310	123 106	0,25
	Total región	3 113	594 932	0,52
Oriental	Boyacá	484	84 385	0,57
	Norte de Santander	657	116 984	0,56
	Santander	475	153 766	0,31
	Total región	1 616	355 135	0,46
Amazonía	Guaviare	68	8 399	0,81
	Amazonas	64	9 715	0,66
	Vaupés	34	5 492	0,62
	Guainía	40	7 486	0,53
	Putumayo	170	33 545	0,51
	Caquetá	136	39 778	0,34
	Total región	512	104 415	0,49

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 5. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020 - 2025

Entidad territorial residencia	2021	2022	2023	2024	2025	Minigráfico
La Guajira	1,13	1,72	2,46	2,53	1,56	
Chocó	0,69	1,25	1,33	1,63	1,28	
Vichada	1,79	1,69	2,47	1,96	1,22	
Magdalena	0,53	0,62	0,69	0,77	0,82	
Guaviare	1,09	1,34	1,10	1,13	0,81	
Risaralda	0,43	0,64	0,80	0,73	0,77	
Arauca	1,11	1,15	1,32	1,48	0,67	
Cartagena	0,20	0,30	0,54	0,56	0,70	
Amazonas	0,60	0,75	0,63	0,73	0,66	
Cesar	0,37	0,53	0,62	0,67	0,64	
Vaupés	1,67	0,98	1,16	1,06	0,62	
Casanare	0,62	0,99	0,92	0,75	0,59	
Antioquia	0,27	0,44	0,51	0,65	0,59	
Boyacá	0,57	0,58	0,64	0,60	0,57	
Norte de Santander	0,64	0,60	0,64	0,55	0,56	
Bogotá D.C	0,64	0,89	0,73	0,69	0,57	
Bolívar	0,23	0,36	0,48	0,58	0,55	
Guainía	0,53	0,97	0,93	0,73	0,53	
Nariño	0,41	0,44	0,56	0,69	0,52	
Putumayo	0,52	0,72	0,61	0,56	0,51	
Buenaventura	0,17	0,37	0,43	0,69	0,51	
Cundinamarca	0,48	0,67	0,59	0,62	0,51	
Valle del Cauca	0,24	0,32	0,45	0,44	0,48	
Cali	0,30	0,39	0,41	0,49	0,45	
Sucre	0,19	0,24	0,36	0,33	0,43	
Meta	0,38	0,48	0,56	0,61	0,43	
Huila	0,28	0,41	0,51	0,50	0,40	
Santa Marta D.E.	0,15	0,24	0,30	0,31	0,41	
Barranquilla	0,17	0,35	0,29	0,30	0,38	
Tolima	0,26	0,37	0,53	0,50	0,35	
Caquetá	0,50	0,58	0,41	0,48	0,34	
Caldas	0,21	0,26	0,44	0,44	0,31	

Santander	0,20	0,31	0,35	0,41	0,31	
Córdoba	0,33	0,32	0,36	0,35	0,29	
Atlántico	0,30	0,33	0,44	0,39	0,28	
Cauca	0,22	0,29	0,27	0,26	0,25	
Quindío	0,28	0,41	0,32	0,28	0,26	
San Andrés	0,15	0,34	0,35	0,22	0,11	
Colombia	0,41	0,56	0,61	0,64	0,54	

Fuente: Sivigila, elaboración propia

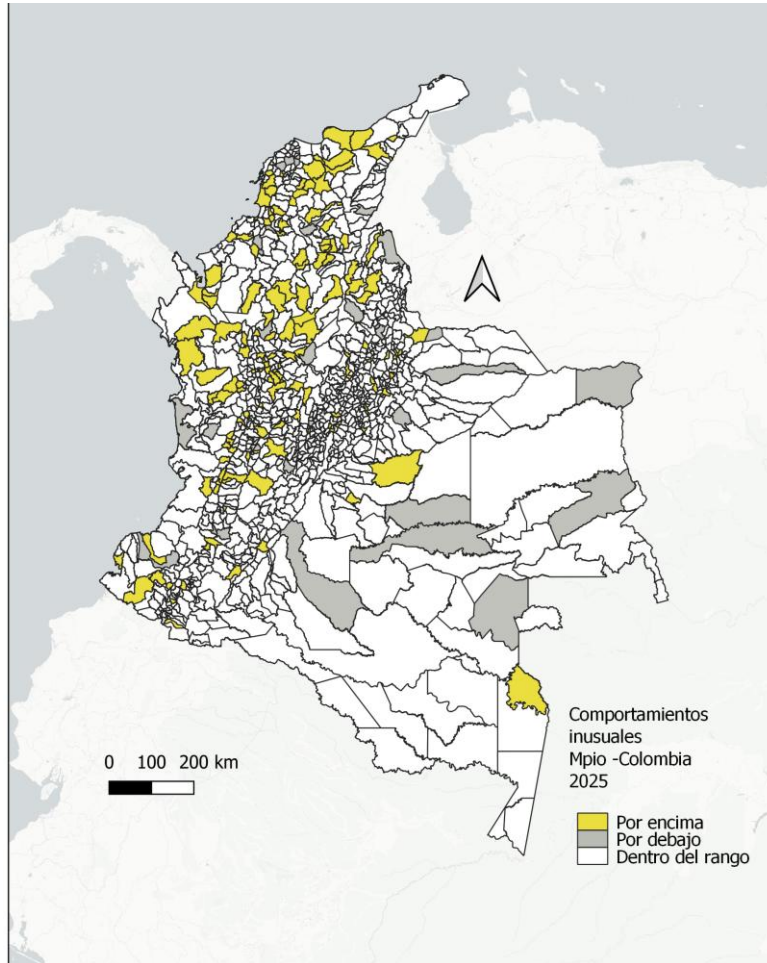
Anexo 6. Comportamientos inusuales de la desnutrición aguda en menores de cinco años por entidad territorial, según nivel departamental y municipal, Colombia, 2025

Entidad territorial	Dentro del rango		Por debajo		Por encima		Número total municipios
	n	%	n	%	n	%	
Amazonas	11	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	11
Antioquia	89	71,20%	2	1,60%	34	27,20%	125
Arauca	6	85,71%	1	14,29%	0	0,00%	7
Archipiélago de San Andrés	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	2
Atlántico	18	78,26%	5	21,74%	0	0,00%	23
Bogotá, D.C.	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
Bolívar	34	73,91%	1	2,17%	11	23,91%	46
Boyacá	116	94,31%	0	0,00%	7	5,69%	123
Caldas	26	96,30%	0	0,00%	1	3,70%	27
Caquetá	15	93,75%	1	6,25%	0	0,00%	16
Casanare	17	89,47%	2	10,53%	0	0,00%	19
Cauca	37	88,10%	2	4,76%	3	7,14%	42
Cesar	21	84,00%	1	4,00%	3	12,00%	25
Chocó	22	70,97%	2	6,45%	7	22,58%	31
Córdoba	25	83,33%	1	3,33%	4	13,33%	30
Cundinamarca	108	93,10%	2	1,72%	6	5,17%	116
Guainía	8	88,89%	1	11,11%	0	0,00%	9
Guaviare	3	75,00%	1	25,00%	0	0,00%	4
Huila	35	94,59%	0	0,00%	2	5,41%	37
La Guajira	12	80,00%	0	0,00%	3	20,00%	15
Magdalena	18	60,00%	1	3,33%	11	36,67%	30
Meta	26	89,66%	1	3,45%	2	6,90%	29

Entidad territorial	Dentro del rango		Por debajo		Por encima		Número total municipios
	n	%	n	%	n	%	
Nariño	56	87,50%	1	1,56%	7	10,94%	64
Norte de Santander	36	90,00%	1	2,50%	3	7,50%	40
Putumayo	13	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	13
Quindío	10	83,33%	1	8,33%	1	8,33%	12
Risaralda	10	71,43%	0	0,00%	4	28,57%	14
Santander	78	89,66%	3	3,45%	6	6,90%	87
Sucre	15	57,69%	1	3,85%	10	38,46%	26
Tolima	42	89,36%	1	2,13%	4	8,51%	47
Valle del Cauca	30	71,43%	0	0,00%	12	28,57%	42
Vaupés	4	66,67%	1	16,67%	1	16,67%	6
Vichada	3	75,00%	1	25,00%	0	0,00%	4
Total general	947	84,33%	34	3,03%	142	12,64%	1123

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 7. Mapa de comportamientos inusuales de la desnutrición aguda en menores de cinco años, según nivel municipal, Colombia, 2025



Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 8. Prevalencias más altas de desnutrición aguda en menores de cinco años, según entidad territorial de residencia en municipios de menos de 20 000 habitantes, Colombia, 2025

Departamento de residencia	Municipio de residencia (menos de 20.000 hab.)	Casos	Prevalencia por 100
Risaralda	Pueblo Rico	133	5,26
Chocó	Bagadó	101	5,00
Chocó	El Carmen de Atrato	36	4,25
Boyacá	Floresta	7	3,87
Bolívar	Zambrano	42	3,54
Boyacá	Sativasur	2	3,17
Boyacá	Tipacoque	6	3,03
Caldas	La Merced	9	2,85
Boyacá	Jericó	8	2,49
Chocó	Lloró	45	2,30
Meta	Mapiripán	22	2,20
Meta	Puerto Concordia	18	2,19
Chocó	Medio Baudó	49	2,18
Sucre	El Roble	19	2,12
Vaupés	Taraira	6	2,11
Boyacá	Socha	12	2,11
Chocó	Bojayá	41	2,07
Amazonas	Puerto Arica (CD)	2	2,04
Chocó	Atrato	12	2,00
Amazonas	Tarapacá (CD)	10	1,97
Valle del Cauca	El Dovio	16	1,91
Chocó	Tadó	39	1,88
Bolívar	Simití	33	1,86
Chocó	El Cantón del San Pablo	14	1,83
Boyacá	Corrales	3	1,82
Boyacá	Belén	9	1,81
Casanare	La Salina	2	1,74
Boyacá	Cucaita	5	1,66
Magdalena	Tenerife	21	1,59

*La tabla presenta la información de 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>

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 9. Prevalencias más altas de desnutrición aguda en menores de cinco años, según entidad territorial de residencia en municipios entre 20 000 y 100 000 habitantes, Colombia, 2025

Departamento de residencia	Municipio de residencia (entre 20.000 y 100.000 hab.)	Casos	Prevalencia por 100
Vichada	Puerto Carreño	84	3,66
Cesar	Agustín Codazzi	166	2,57
La Guajira	Manaure	276	2,09
Chocó	Alto Baudó	73	1,94
Chocó	Riosucio	46	1,91
Cesar	Pueblo Bello	80	1,62
Magdalena	Plato	102	1,45
Norte de Santander	Tibú	85	1,38
Magdalena	El Banco	100	1,37
Risaralda	Belén de Umbría	21	1,29
Antioquia	Necoclí	46	1,21
Valle del Cauca	Florida	43	1,18
Cundinamarca	Tocancipá	40	1,16
Magdalena	Guamal	31	1,16
Arauca	Fortul	21	1,15
Valle del Cauca	Caicedonia	22	1,14
Magdalena	El Retén	23	1,11
Tolima	Honda	16	1,10
Meta	Puerto López	31	1,10
Chocó	Istmina	38	1,08
Magdalena	Santa Ana	30	1,06
Antioquia	Sonsón	23	1,06
Guaviare	San José del Guaviare	57	1,05
Cundinamarca	El Rosal	23	1,03
Antioquia	Amalfi	23	1,00
Risaralda	La Virginia	17	1,00
Magdalena	Zona Bananera	84	1,00
Putumayo	Puerto Asís	56	0,99
Nariño	El Charco	25	0,98

*La tabla presenta la información de 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>

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 10. Prevalencias más altas de desnutrición aguda en menores de cinco años, según entidad territorial de residencia en municipios de más de 100 000 habitantes, Colombia, 2025

Departamento de residencia	Municipio de residencia (más de 100.000 hab.)	Casos	Prevalencia por 100
La Guajira	Uribe	612	2,59
La Guajira	Riohacha	400	1,90
La Guajira	Maicao	264	1,18
Chocó	Quibdó	141	1,09
Antioquia	Turbo	125	1,03
Nariño	San Andrés de Tumaco	274	1,00
Boyacá	Sogamoso	69	0,83
Cundinamarca	Fusagasugá	74	0,81
Cundinamarca	Facatativá	86	0,76
Casanare	Yopal	108	0,73
Antioquia	Medellín	938	0,73
Bolívar	Cartagena de Indias	540	0,70
Santander	Barrancabermeja	112	0,66
Valle del Cauca	Yumbo	43	0,65
Bolívar	Magangué	85	0,65
Arauca	Arauca	47	0,63
Cundinamarca	Soacha	360	0,61
Huila	Neiva	176	0,58
Cesar	Valledupar	311	0,58
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	2476	0,57
Antioquia	Rionegro	49	0,56
Boyacá	Tunja	66	0,55
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	39	0,54
Magdalena	Ciénaga	64	0,54
Cundinamarca	Zipaquirá	56	0,53
Norte de Santander	San José de Cúcuta	261	0,53
Risaralda	Pereira	141	0,52
Valle del Cauca	Buenaventura	172	0,51
Cundinamarca	Chía	40	0,48

*La tabla presenta la información de 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>

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 11. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años, según sexo y entidad territorial de residencia, Colombia, 2025

Entidad territorial	Prevalencia total (x 100)	% población masculina	% población femenina	Prevalencia masculina (x 100)	Prevalencia femenina (x 100)
La Guajira	1,56	59,7	40,3	1,82	1,29
Chocó	1,28	50,8	49,2	1,27	1,29
Vichada	1,22	56,4	43,6	1,32	1,10
Magdalena	0,82	53,1	46,9	0,86	0,79
Guaviare	0,81	50,0	50,0	0,79	0,83
Risaralda	0,77	56,0	44,0	0,84	0,69
Cartagena	0,70	51,7	48,3	0,71	0,70
Arauca	0,67	57,2	42,8	0,75	0,59
Amazonas	0,66	60,9	39,1	0,78	0,53
Cesar	0,64	53,2	46,8	0,66	0,61
Vaupés	0,62	44,1	55,9	0,54	0,70
Casanare	0,59	47,2	52,8	0,55	0,64
Antioquia	0,59	56,7	43,3	0,65	0,52
Boyacá	0,57	56,6	43,4	0,63	0,51
Bogotá D.C	0,57	60,8	39,2	0,68	0,46
Norte de Santander	0,56	53,9	46,1	0,59	0,53
Bolívar	0,55	53,6	46,4	0,57	0,52
Guainía	0,53	52,5	47,5	0,55	0,52
Nariño	0,52	53,6	46,4	0,54	0,50
Buenaventura	0,51	53,5	46,5	0,54	0,48
Putumayo	0,51	56,5	43,5	0,56	0,45
Cundinamarca	0,51	57,4	42,6	0,57	0,44
Valle del Cauca	0,48	54,2	45,8	0,50	0,45
Cali	0,45	57,8	42,2	0,51	0,39
Sucre	0,43	55,5	44,5	0,47	0,40
Meta	0,43	54,9	45,1	0,46	0,40
Santa Marta D.E.	0,41	50,0	50,0	0,40	0,42
Huila	0,40	60,9	39,1	0,48	0,32
Barranquilla	0,38	56,3	43,8	0,42	0,34
Tolima	0,35	58,3	41,7	0,39	0,30
Caquetá	0,34	56,6	43,4	0,38	0,30
Caldas	0,31	59,3	40,7	0,36	0,26
Santander	0,31	58,1	41,9	0,35	0,27
Córdoba	0,29	45,1	54,9	0,25	0,32
Atlántico	0,28	52,9	47,1	0,28	0,27
Quindío	0,26	62,8	37,2	0,31	0,19
Cauca	0,25	56,8	43,2	0,28	0,22
San Andrés	0,11	50,0	40,0	0,13	0,09
Colombia	0,54	56,1	43,9	0,59	0,49

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 12. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años, según grupo de edad y entidad territorial de residencia, Colombia, 2025

Entidad territorial	Prevalencia total (x 100)	Prevalencia menores 1 año	Prevalencia 1 año	Prevalencia 2 años	Prevalencia 3 años	Prevalencia 4 años
La Guajira	1,56	1,70	3,24	1,24	0,87	0,80
Chocó	1,28	2,62	2,37	0,72	0,38	0,28
Vichada	1,22	2,38	2,60	0,74	0,35	0,12
Magdalena	0,82	0,96	1,09	0,79	0,73	0,56
Guaviare	0,81	1,22	1,12	1,13	0,24	0,31
Risaralda	0,77	1,38	1,17	0,56	0,44	0,32
Cartagena	0,70	0,69	0,66	0,91	0,66	0,59
Arauca	0,67	0,71	1,02	0,70	0,57	0,37
Amazonas	0,66	1,43	1,28	0,10	0,31	0,16
Cesar	0,64	0,78	0,95	0,66	0,44	0,38
Vaupés	0,62	1,81	0,94	0,00	0,44	0,09
Casanare	0,59	0,61	0,67	0,73	0,54	0,42
Antioquia	0,59	0,81	0,70	0,61	0,49	0,36
Boyacá	0,57	1,06	0,80	0,47	0,32	0,25
Bogotá, D.C.	0,57	0,90	0,80	0,55	0,36	0,27
Norte de Santander	0,56	0,94	0,69	0,57	0,33	0,31
Bolívar	0,55	0,63	0,71	0,56	0,45	0,39
Guainía	0,53	1,01	1,26	0,27	0,07	0,07
Nariño	0,52	0,94	0,82	0,43	0,23	0,19
Buenaventura	0,51	0,48	0,75	0,61	0,45	0,25
Putumayo	0,51	0,86	0,75	0,36	0,31	0,27
Cundinamarca	0,51	0,89	0,66	0,45	0,30	0,25
Valle del Cauca	0,48	0,58	0,58	0,54	0,41	0,29
Cali	0,45	0,74	0,56	0,46	0,26	0,25
Sucre	0,43	0,49	0,50	0,53	0,39	0,26
Meta	0,43	0,79	0,56	0,40	0,26	0,16
Santa Marta D.E.	0,41	0,56	0,54	0,37	0,24	0,34
Huila	0,40	0,85	0,48	0,43	0,18	0,11
Barranquilla	0,38	0,40	0,27	0,48	0,45	0,32
Tolima	0,35	0,67	0,40	0,38	0,19	0,12
Caquetá	0,34	0,74	0,31	0,34	0,18	0,13
Caldas	0,31	0,65	0,33	0,26	0,20	0,13
Santander	0,31	0,51	0,35	0,26	0,23	0,21
Córdoba	0,29	0,29	0,30	0,37	0,25	0,22
Atlántico	0,28	0,42	0,33	0,25	0,22	0,17
Quindío	0,26	0,47	0,26	0,18	0,21	0,16
Cauca	0,25	0,53	0,37	0,18	0,12	0,08
San Andrés	0,11	0,12	0,00	0,34	0,11	0,00
Colombia	0,54	0,81	0,75	0,52	0,37	0,29

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 13. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años, según área de residencia y entidad territorial de residencia, Colombia, 2025

Entidad territorial	Prevalencia total (x 100)	Prevalencia área urbana	Prevalencia área rural
La Guajira	1,56	1,07	1,93
Chocó	1,28	1,31	1,26
Vichada	1,22	2,79	0,90
Magdalena	0,82	0,99	0,65
Guaviare	0,81	0,63	0,98
Risaralda	0,77	0,54	1,43
Cartagena	0,70	0,77	0,26
Arauca	0,67	0,55	0,89
Amazonas	0,66	0,50	0,81
Cesar	0,64	0,46	1,07
Vaupés	0,62	1,03	0,52
Casanare	0,59	0,53	0,76
Antioquia	0,59	0,57	0,64
Boyacá	0,57	0,51	0,68
Bogotá, D.C.	0,57	0,57	0,61
Norte de Santander	0,56	0,54	0,63
Bolívar	0,55	0,50	0,61
Guainía	0,53	0,66	0,46
Nariño	0,52	0,67	0,42
Buenaventura	0,51	0,53	0,45
Putumayo	0,51	0,56	0,46
Cundinamarca	0,51	0,47	0,63
Valle del Cauca	0,48	0,52	0,36
Cali	0,45	0,45	0,29
Sucre	0,43	0,45	0,41
Meta	0,43	0,39	0,53
Santa Marta D.E.	0,41	0,42	0,32
Huila	0,40	0,45	0,34
Barranquilla	0,38	0,38	1,96
Tolima	0,35	0,35	0,33
Caquetá	0,34	0,34	0,34
Caldas	0,31	0,25	0,48
Santander	0,31	0,29	0,36
Córdoba	0,29	0,25	0,32
Atlántico	0,28	0,29	0,19
Quindío	0,26	0,29	0,05
Cauca	0,25	0,37	0,20
San Andrés	0,11	0,03	0,38
Colombia	0,54	0,51	0,62

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 14. Indicador de reincidencia de desnutrición aguda en menores de cinco años, según entidad territorial de residencia, Colombia, 2024 y 2025

ET de residencia	2024			2025		
	n	Denominador	%	n	Denominador	%
San Andrés	4	10	40,0%	2	5	40,0%
Guaviare	25	96	26,0%	22	68	32,4%
Arauca	99	355	27,9%	51	159	32,1%
Antioquia	615	2786	22,1%	796	2509	31,7%
Buenaventura	58	234	24,8%	53	172	30,8%
Valle del Cauca	129	594	21,7%	190	626	30,4%
La Guajira	687	2848	24,1%	486	1753	27,7%
Magdalena	108	703	15,4%	194	748	25,9%
Bogotá D.C	707	3060	23,1%	632	2476	25,5%
Putumayo	50	189	26,5%	43	170	25,3%
Vichada	78	316	24,7%	49	202	24,3%
Huila	115	542	21,2%	104	432	24,1%
Casanare	71	293	24,2%	55	231	23,8%
Amazonas	10	71	14,1%	15	64	23,4%
Cali	90	577	15,6%	112	517	21,7%
Quindío	8	86	9,3%	16	78	20,5%
Cundinamarca	233	1396	16,7%	214	1149	18,6%
Cesar	114	908	12,6%	159	861	18,5%
Risaralda	75	444	16,9%	84	459	18,3%
Boyacá	91	512	17,8%	86	484	17,8%
Caquetá	28	193	14,5%	24	136	17,6%
Norte Santander	105	655	16,0%	114	657	17,4%
Nariño	130	887	14,7%	114	658	17,3%
Meta	97	528	18,4%	60	370	16,2%
Sucre	30	296	10,1%	61	382	16,0%
Tolima	62	474	13,1%	51	321	15,9%
Cartagena	64	442	14,5%	84	540	15,6%
Córdoba	90	608	14,8%	75	490	15,3%
Chocó	142	1060	13,4%	124	830	14,9%
Bolívar	78	651	12,0%	78	604	12,9%
Atlántico	67	467	14,3%	42	331	12,7%
Barranquilla	20	257	7,8%	38	320	11,9%
Santander	60	643	9,3%	54	475	11,4%
Caldas	48	256	18,8%	17	177	9,6%
Santa Marta D.E.	11	140	7,9%	17	180	9,4%
Cauca	23	328	7,0%	29	310	9,4%
Vaupés	6	58	10,3%	2	34	5,9%
Guainía	7	54	13,0%	2	40	5,0%
Colombia	4435	24017	18,5%	4349	20018	21,7%

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 15. Casos de desnutrición aguda en menores de cinco años en población indígena y migrante, según entidad territorial de residencia, Colombia, 2024 y 2025

Entidad territorial	Casos	Población indígena	% población indígena	Población migrante	% población migrante
La Guajira	1753	1364	77,8	32	1,8
Chocó	830	516	62,2	0	0,0
Cesar	861	298	34,6	3	0,3
Vichada	202	173	85,6	4	2,0
Risaralda	459	163	35,5	8	1,7
Nariño	658	101	15,3	11	1,7
Antioquia	2509	87	3,5	42	1,7
Meta	370	68	18,4	2	0,5
Cauca	310	67	21,6	1	0,3
Córdoba	490	63	12,9	1	0,2
Amazonas	64	46	71,9	1	1,6
Arauca	159	44	27,7	3	1,9
Guainía	40	38	95,0	0	0,0
Magdalena	748	35	4,7	1	0,1
Guaviare	68	27	39,7	0	0,0
Vaupés	34	27	79,4	0	0,0
Bogotá D.C	2476	25	1,0	46	1,9
Putumayo	170	22	12,9	0	0,0
Valle del Cauca	626	20	3,2	10	1,6
Casanare	231	20	8,7	2	0,9
Boyacá	484	18	3,7	6	1,2
Norte Santander	657	17	2,6	35	5,3
Tolima	321	16	5,0	3	0,9
Santa Marta D.E.	180	15	8,3	1	0,6
Caldas	177	13	7,3	1	0,6
Cundinamarca	1149	10	0,9	19	1,7
Sucre	382	9	2,4	2	0,5
Santander	475	7	1,5	10	2,1
Buenaventura	172	5	2,9	1	0,6
Caquetá	136	5	3,7	0	0,0
Quindío	78	3	3,8	2	2,6
Atlántico	331	2	0,6	3	0,9
Barranquilla	320	2	0,6	4	1,3
Cali	517	1	0,2	9	1,7
Huila	432	1	0,2	4	0,9
Colombia	20018	3328	16,6	274	1,4

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 16. Concordancia de bases de datos evento 113 y 591 por entidad territorial de notificación, Colombia, 2024 y 2025

Entidad territorial notifica	2024			2025		
	Casos de muerte por desnutrición (probable y confirmado) Cod. 591	Casos de desnutrición aguda que cruzan Cód. 113	Porcentaje de muertes notificadas como desnutrición aguda	Casos de muerte por desnutrición (probable y confirmado) Cod. 591	Casos de desnutrición aguda que cruzan Cód. 113	Porcentaje de muertes notificadas como desnutrición aguda
Cartagena	2	2	100,0%	3	3	100,0%
Guainía	0	0	0,0%	3	3	100,0%
Huila	1	0	0,0%	2	2	100,0%
Atlántico	7	6	87,5%	1	1	100,0%
Vaupés	2	2	100,0%	1	1	100,0%
Caldas	0	0	0,0%	1	1	100,0%
Sucre	9	5	55,6%	1	1	100,0%
Cesar	11	8	72,7%	15	12	80,0%
Vichada	8	7	87,6%	5	4	80,0%
Barranquilla	2	1	50,0%	5	4	80,0%
La Guajira	51	43	84,3%	34	23	67,6%
Chocó	37	24	64,8%	40	27	67,5%
Nariño	3	2	66,7%	3	2	66,7%
Córdoba	7	6	85,7%	14	9	64,3%
Meta	7	6	85,7%	14	8	57,1%
Santa Marta D.E.	0	0	0,0%	9	5	55,6%
Antioquia	18	9	50,0%	9	5	55,6%
Bogotá D.C	0	0	0,0%	6	3	50,0%
Cali	1	0	0,0%	4	2	50,0%
Casanare	1	0	0,0%	2	1	50,0%
Cauca	1	1	100,0%	2	1	50,0%
Magdalena	13	10	76,9%	2	1	50,0%
Buenaventura	3	2	66,7%	2	1	50,0%
Risaralda	8	3	37,5%	9	4	44,4%
Caquetá	3	2	66,7%	3	1	33,3%
Norte de Santander	4	3	75,0%	3	1	33,3%
Santander	1	0	0,0%	1	0	0,0%
Tolima	0	0	0,0%	1	0	0,0%
Bolívar	3	3	100,0%	1	0	0,0%
Arauca	1	1	100,0%	0	0	0,0%
Guaviare	1	1	100,0%	0	0	0,0%
Putumayo	1	1	100,0%	0	0	0,0%
Valle del Cauca	3	2	66,7%	0	0	0,0%
Amazonas	2	2	100,0%	0	0	0,0%
Total general	211	152	72,0%	196	126	64,3%

Fuente: Sivigila, elaboración propia

Anexo 17. Aporte de la notificación al evento de desnutrición aguda en menores de 5 años por ICBF, según entidad territorial de notificación, Colombia, 2019- 2025

Entidad territorial de notificación	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Acumulado
Chocó	53,14	57,51	64,30	16,43	27,97	11,86	4,14	33,62
Vaupés	37,17	70,45	35,56	44,23	9,38	1,75	3,13	28,81
Vichada	3,11	9,44	29,02	25,30	20,78	1,00	0,00	12,66
Risaralda	15,96	25,34	11,00	11,19	13,41	6,50	0,78	12,03
Córdoba	13,69	11,78	14,70	9,93	4,73	1,57	2,20	8,37
Cesar	0,65	5,15	10,81	12,21	6,57	13,66	8,68	8,25
Santa Marta D.E	NA	0,00	NA	16,57	19,21	0,00	0,00	7,16
La Guajira	5,44	4,59	16,37	6,97	7,23	1,02	6,85	6,92
Nariño	10,43	5,14	7,73	2,74	5,65	8,35	6,11	6,59
Valle del Cauca	NA	0,00	NA	0,00	28,23	0,42	0,74	5,88
Guainía	0,00	0,00	3,08	18,75	11,22	0,00	2,08	5,02
Norte de Santander	1,63	5,01	7,87	5,69	8,61	3,42	2,39	4,95
Cartagena	NA	0,00	NA	16,28	4,27	0,00	0,00	4,11
Amazonas	0,00	0,00	1,75	4,00	3,03	4,17	9,52	3,21
Meta	0,00	0,00	2,05	11,40	7,19	1,48	0,27	3,20
Arauca	0,00	0,00	1,73	8,19	4,14	0,25	0,00	2,04
Barranquilla	NA	0,00	NA	0,82	8,94	0,00	0,00	1,95
Putumayo	0,00	0,00	0,00	0,87	6,50	0,00	0,00	1,05
Cauca	0,00	0,00	1,98	1,92	1,30	0,00	0,70	0,84
Tolima	0,00	0,00	0,00	0,60	4,61	0,00	0,63	0,83
Bolívar	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	0,37	1,35	0,72
Sucre	0,00	0,00	0,00	0,00	4,28	0,00	0,00	0,61
Casanare	0,00	0,49	1,66	0,52	0,56	0,69	0,00	0,56
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	2,97	0,00	0,00	0,42
Magdalena	0,00	0,00	1,99	0,00	0,00	0,48	0,32	0,40
Atlántico	0,00	0,00	0,37	0,00	0,00	1,22	0,90	0,36
Caquetá	NA	0,00	0,48	0,34	0,66	0,52	0,00	0,33
Boyacá	0,00	0,00	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,14
Santander	0,00	0,43	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,12
Antioquia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,55	0,09
Cundinamarca	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,08	0,00	0,03
Colombia	2,93	3,96	5,74	3,7	4,36	1,74	1,87	3,47

Fuente: Sivigila, elaboración propia