

Informe de evento vigilancia integrada de las muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición aguda

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinadora

Natalí Paola Cortés Molano

Subdirectora

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Elaborado por:

Gerhard Misael Acero De La Parra
Héctor Eduardo Pachón Melo
Adriana Díaz Bello

Grupo Unidad de Análisis de Casos
Especiales
Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Revisado por:

Maritza Adegis González Duarte
Grupo de Formación para el Talento
Humano

María Camila Giraldo Vargas
Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Mónica Marcela Benavides Ruiz
Grupo Unidad de Análisis de Casos
Especiales

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 ☒

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

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

Página - 1 - de 64

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

Informe de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición Aguda, Colombia, 2024

1. Introducción

La mortalidad en menores de cinco años es un indicador clave del desarrollo de un país, y su reducción constituye una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por las Naciones Unidas (1). Para el año 2030, se ha planteado como objetivo reducir la mortalidad en menores de cinco años a un máximo de 25 por cada 1 000 nacidos vivos (1). A nivel mundial, esta tasa ha disminuido notablemente, pasando de una muerte por cada 11 niños menores de cinco años en 1990, a una por cada 27 en 2023. Sin embargo, el ritmo de esta reducción se ha desacelerado: entre 2015 y 2023 fue del 2,2 %, en comparación con el 3,7 % registrado entre 2000 y 2015 (2).

Para el 2023, el descenso de las muertes no ha sido idéntico en todas las regiones del mundo, siendo la región de África subsahariana la que presenta las tasas más altas de mortalidad en este grupo de edad. Es más, todos los países con las tasas por encima de 100 muertes por 1 000 nacidos vivos pertenecen a dicha región. Además, la diferencia entre países es tal que el riesgo de morir en el país con la tasa de mortalidad más alta es 80 veces mayor al país con la tasa más baja. En contraste, y como un dato esperanzador, 38 países de bajos y medianos ingresos lograron reducir las muertes para el 2023, lo que evidencia que es posible reducir la mortalidad evitable incluso en condiciones socioeconómicas desfavorables (2,3).

Las principales causas de las muertes en menores de cinco años son los procesos infecciosos como la neumonía, la enfermedad diarreica, la malaria, y otras patologías como las complicaciones del parto y la prematuridad (2). Así mismo, uno de los factores clave detrás de las altas tasas de mortalidad en menores de cinco años es la desnutrición. Su impacto es tal que el 40 % de las muertes en los niños y niñas menores de cinco años se encuentran relacionadas con la desnutrición (4). Esto se debe a que la desnutrición produce una alteración inmunitaria que facilita la aparición de infecciones y dificulta su tratamiento.

El impacto de la desnutrición es tan grave que, en 2022, 45 millones de niños y niñas sufrieron de emaciación (6,8 % menores de cinco años) y, de estos, 13,7 millones presentaban emaciación grave (2,1 % menores de cinco años). La mayoría de los niños y niñas con desnutrición viven en el sur de Asia y en la región de África subsahariana con prevalencias incluso superiores al 15 %. Esta situación crítica requiere de una intervención oportuna, rápida y eficaz para evitar las muertes en este grupo de edad (5,6). Sin embargo, en un contexto paradójico, el mundo también enfrenta un aumento sostenido del sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente. Entre 1990 y 2021, la prevalencia global de estas condiciones se duplicó, y la obesidad se triplicó (7).

Por su parte, las muertes por neumonía han presentado un descenso del 54 % desde el 2000, sin embargo, para el 2021 se presentaron aproximadamente 686 000 muertes por esta causa, 1 800 defunciones por día. Las regiones más afectadas son el sur de Asia, el Oeste y Centro de África. Para el 2022, a nivel mundial, las infecciones respiratorias inferiores como la neumonía son la segunda causa de muerte en menores de cinco años siendo la causa de aproximadamente del 14 % de las defunciones. La mayoría de estas muertes, están asociadas a desnutrición, consumo de agua no potable, dificultades al acceso a los servicios de salud, baja cobertura de vacunación y polución, por lo que se consideran evitables (3,8). Por lo anterior, las infecciones respiratorias como la neumonía son todavía una causa

frecuente de muertes en menores de cinco años y por esto mismo se deben implementar estrategias en salud pública para continuar con el descenso que ha visto en las últimas décadas.

Otra causa importante de mortalidad en menores de cinco años es la enfermedad diarreica la cual produjo aproximadamente el 9 % de las muertes en menores de cinco años en el mundo en el 2021 (441 000 defunciones). Similar a la neumonía, hasta el 2021, la enfermedad diarreica aguda, ha presentado un descenso del 63 % desde el 2000 (3). Los porcentajes más altos de esta enfermedad se concentran en el sur de Asia y África Subsahariana (9). Se debe recordar que estas muertes se pueden evitar con medidas como la lactancia materna exclusiva, el inicio adecuado de la alimentación complementaria, la suplementación con vitamina A, la vacunación contra rotavirus y medidas de saneamiento básico. Por lo tanto, la enfermedad diarreica aguda es una causa prevenible de muerte en menores de cinco años y requiere la implementación de políticas en salud pública que mejoren los elementos de atención básicos nombrados.

El comportamiento de la mortalidad en menores de cinco años en Latino América y el Caribe no es ajeno al comportamiento mundial, con una disminución de 55 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en 1990 a 16 muertes en 2022 (3). Esto implica que, en el 2022, se presentaron aproximadamente 152 000 muertes en menores de cinco años, la mayoría se presentaron en Haití, República Dominicana, Dominica y Guyana (10). Colombia se ubicó en el puesto 23 con una tasa de 12,4 por cada 1 000 nacidos vivos, por debajo de México (12,8), pero por encima de Ecuador (12,2) (3).

En 2021, en Latino América y el Caribe, la tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años fue de 23,97 por cada 100 000 menores de cinco años, una disminución del 85 % respecto a 1990 con 166,72 muertes por cada 100 000 menores de cinco años (11). De la misma manera, las muertes por enfermedad diarreica en menores de cinco años disminuyeron cerca del 90 %, pasando de 92 154 muertes en 1990 a 8 144 en 2021 (12).

Para el 2022 el 1,4 % de los niños y niñas menores de cinco años de Latino América y el Caribe presentan emaciación (5,6). Además, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés) presenta un panorama desalentador dado que el número de personas que experimentan inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe aumentó de 205,2 millones en 2019 a 267,7 millones en 2021, siendo la región de Sudamérica la más afectada seguida de Mesoamérica y por último el Caribe (13).

En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) es la entidad que genera la información oficial de los hechos vitales (nacimientos/defunciones) en el país; según esta entidad, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años presenta un aumento al pasar de 6,5 muertes por cada 100 000 menores de cinco en el 2013 a 9 muertes en el 2022. Según departamento de residencia, las tasas más altas se encuentran en Amazonas, seguido de La Guajira, Chocó y Vichada (13).

Situación similar con las muertes en menores de cinco años por EDA, donde también se ha presentado un aumento pasando de 3,8 muertes por cada 100 000 menores de cinco años en 2015 a 4,4 muertes en el 2021. Por departamento de residencia, las tasas más altas se encuentran en los departamentos de Amazonas, Chocó, La Guajira y Arauca (14).

Estos aumentos en las tasas de mortalidad de EDA y DNT se pudieron deber en parte al aumento de la inseguridad alimentaria secundaria al COVID-19 (11) y las dificultades que se presentaron para

acceder a los servicios de salud (15). Además, la mayoría de las muertes se presentaron en departamentos con alta ruralidad y con porcentajes de necesidades básicas insatisfechas (NBI) altos (16).

A diferencia de las dos tasas anteriores, la tasa de mortalidad por infección respiratoria presentó un descenso pasando de 13,8 muertes por cada 100 000 menores de cinco años en 2013 a 10,6 muertes en 2022. Por departamento de residencia las tasas más altas se encontraron en Vaupés, Quindío y Atlántico (13).

Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del sistema nacional de vigilancia en salud pública (Sivigila) hace seguimiento de estas muertes en el evento de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda desde el 2018 (codigo 591) y previamente se hacia la vigilancia de estas muertes de manera separada bajo los codigos 112 (muerte por desnutrición en menores de cinco años), 600 (muerte por IRA en menores de cinco años) y 590 (muerte por EDA en menores de cinco años). Según el Sivigila, para el 2023, la tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda fue de 20,9 lo que presentaba un descenso al compararlo con 2022 (21,6). Además, las entidades territoriales que presentan las tasas más altas se encontraban en Chocó (206,1), Vichada (166,1), Guainía (143,5), La Guajira (126,7), Amazonas (94,4), Vaupés (77,9), Risaralda (42,4) y Archipiélago de San Andrés (47,4).

Por último, todas las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda en Colombia notificadas al Sivigila son analizadas mediante unidad de análisis (UA), metodología necesaria para la clasificación de los eventos de interés en salud pública. Esta metodología consiste en la realización de la unidad de análisis y la generación del tablero de problemas con el fin de identificar los determinantes sociales de la salud que pueden favorecer la ocurrencia del evento. El tablero de problemas, resultado de esta metodología, es un insumo que permite crear el planteamiento de directrices y políticas públicas para hacer frente a los problemas de salud y sus determinantes sociales (14).

Las unidades de análisis son un proceso metodológico estandarizado, que permite caracterizar los eventos priorizados objeto de vigilancia en salud pública, por medio del estudio de sus fuentes de información, para clasificarlos e identificar los factores relacionados con su ocurrencia. Así mismo, estas unidades son consideradas como un insumo para la red de vigilancia en salud pública, de acuerdo con lo descrito en el Decreto 780 de 2016. El tablero de problemas, resultado de esta metodología, es un insumo que permite crear el planteamiento de directrices y políticas públicas para hacer frente a los problemas de salud y sus determinantes sociales (14).

En 2023, se identificaron 6014 características y situaciones problema del evento de Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años; discriminados por cada evento así vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por desnutrición (DNT) 2807, por infección respiratoria aguda (IRA) 2308 y por enfermedad diarreica aguda (EDA) 899 características y situaciones problema (15).

El objetivo de este informe es describir el comportamiento del evento de vigilancia integrada de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda, así como los hallazgos del tablero de problemas de las unidades de análisis de estas muertes y el seguimiento a los indicadores de la vigilancia en salud pública en Colombia durante el 2024.

2. Metodología

Se realizó un estudio de tipo transversal retrospectivo de los casos notificados en 2024 al Sivigila. Los casos fueron analizados de manera integrada y desagregada por cada evento y según entidad territorial de residencia (32 departamentos y seis distritos). Se depuró la base de datos excluyendo los casos con ajuste D (error de digitación), ajuste 6 (descartado), repetidos por documento, nombres y apellidos y número de certificado de defunción. Para el informe se incluyen únicamente los casos confirmados y residentes en Colombia. Se verificó la consistencia interna de los registros por medio de la revisión de la unidad de análisis de cada caso.

El manejo de datos atípicos se realizó de la siguiente manera. En todos los casos en los que se encontraron datos vacíos o que posiblemente no correspondían a la realidad se hizo una verificación con los soportes presentes en las unidades de análisis. Sin embargo, si no se encontró el dato buscado se decidió omitir dichos casos del análisis correspondiente.

Se utilizaron las variables de sexo, edad, régimen de afiliación, estrato socio económico, nivel educativo de la madre, pertenencia étnica, área de residencia, entidad de residencia, entidad de notificación, municipio de residencia, clasificación de la muerte. El tipo y nivel de medición de cada variable se encuentran en el Anexo 1. Además, a partir de las fuentes de información de las unidades de análisis realizadas a todos los casos y resultados de los laboratorios de salud pública, se obtuvo información del agente etiológico identificado en las muertes por IRA y EDA. Las variables cualitativas se presentaron por medio de frecuencias relativas y absolutas. Las variables cuantitativas se describieron a través de medidas de tendencia central y de dispersión.

Con los casos confirmados se analizaron las tasas de mortalidad según sexo, edad, área de residencia (urbana o rural), entidad territorial y municipio de residencia; los denominadores se tomaron de las proyecciones de población del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 actualizadas post COVID-19 (16). Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado (2024) y lo esperado, correspondiente a la mediana del mismo periodo epidemiológico histórico de 2017-2019 y 2022-2023 (se omitieron los años 2020 y 2021 por su comportamiento debido a la pandemia) con un valor de $p < 0,05$ que identifica a las entidades territoriales que presentaron comportamientos inusuales. Además, se hicieron mapas coropléticos de las entidades territoriales y municipios según su tasa de mortalidad.

Se analizaron los cambios estadísticamente significativos en la tendencia de las tasas de mortalidad nacional de los últimos ocho años mediante la regresión Joinpoint, con el software Joinpoint regression 5.2.0, con un nivel de confianza del 95 %, a través de los cambios porcentuales anuales (APC), utilizando el método de permutación de Montecarlo para estimar el cambio de la tendencia para cada evento (17). Se utilizó la prueba X^2 (chi cuadrado) para comparar por año las variables de causa de muerte, edad, pertenencia étnica, área de ocurrencia y régimen de aseguramiento esto se realizó por medio del software R y RStudio versión 4.3.2. Se realizó un análisis individual de proporción a aquellas variables con más de dos categorías que presentaron un valor de $p < 0,05$ en el Chi cuadrado.

Se semaforizaron con medidas de posición los indicadores de oportunidad de UA, cumplimiento de la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), correspondencia Sivigila-RUAF y toma de muestra en

las muertes por IRA en menor de cinco años. El cálculo de cada indicador puede ser encontrado en el protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda (18).

El indicador de tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda corresponde a las muertes por IRA, EDA o DNT aguda en menores de cinco años residentes en Colombia por cada 100 000 menores de cinco años. El indicador se mide por entidad territorial de residencia de manera desagregada por evento, es decir, tasa de mortalidad por IRA, tasa de mortalidad por EDA y tasa de mortalidad por DNT aguda. El numerador corresponde al número de defunciones confirmadas en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia (no se incluyen extranjeros); y el denominador a la proyección de la población menor de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) DANE CNPV 2018 con actualización post COVID-19.

El indicador de oportunidad en la realización de unidades de análisis de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda corresponde al porcentaje de unidades de análisis de las muertes por IRA, EDA o DNT aguda en menores de cinco años (incluye los casos de residencia en el exterior) que cumplen las cinco semanas epidemiológicas a partir de la notificación del caso y que fueron realizadas en el aplicativo web UACE oportunamente. Este indicador se mide por entidad territorial de residencia, en muertes con residencia en el exterior la responsabilidad de la unidad de análisis le corresponde a la entidad territorial de notificación. El numerador corresponde al número de unidades de análisis de muerte en menores de cinco años para IRA, EDA o DNT aguda realizadas en las primeras cinco semanas epidemiológicas (incluye los casos de residencia en el exterior); y el denominador al Total de muertes por IRA, EDA o DNT aguda en menores de cinco años notificadas que cumplen las cinco semanas epidemiológicas para su realización a partir de la fecha de notificación (incluye los casos de residencia en el exterior).

El indicador de proporción de muertes por IRA en menores de cinco años con muestra respiratoria refleja el cumplimiento en la toma de muestras para la identificación de agente etiológico en las muertes por IRA en menores de cinco años ocurridas a nivel institucional. Este indicador se mide por entidad territorial de notificación y en los casos de muertes por IRA en menores de cinco años ocurridas en instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS). El numerador es el número de muertes institucionales por IRA en menores de cinco años con muestra respiratoria y el denominador: número de muertes institucionales por IRA en menores de cinco años por entidad territorial de notificación.

La fuente oficial de la información de las defunciones en el país es el DANE, por lo tanto, la información derivada de la vigilancia epidemiológica es sólo una de las fuentes de información para conocer el comportamiento de la mortalidad; existen otras fuentes que son consolidadas por el DANE y no ingresan al Sivigila. Teniendo eso en cuenta se analizó correspondencia Sivigila-RUAF usando como numerador el total de casos notificados a Sivigila y como denominador el total de casos notificados a Sivigila más los casos identificados por cruce RUAF-Sivigila que cumplen con la definición operativa del evento y no fueron notificados.

El indicador de cumplimiento en la realización de investigación epidemiológica de campo de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda es el porcentaje de investigaciones epidemiológicas de campo de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda realizadas. El numerador es el número de investigaciones epidemiológicas de campo en menores de

cinco años por EDA, IRA y DNT aguda realizadas y el denominador: Total de muertes por IRA, EDA o DNT aguda en menores de cinco años notificadas.

Por otro lado, se presentaron los principales hallazgos en los tableros de problemas de las muertes confirmadas incluyendo las características de individuo y problemas asociados a los servicios de salud. Si se desea profundizar sobre los tableros de problema dirigirse al Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública (14).

Se realizó unidad de análisis a los casos de vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA y/o DNT, que cumplieron con definición de caso teniendo en cuenta los criterios de condición final muerto, criterio de laboratorio con pruebas de laboratorio positivo o negativo, casos sin muestra en menores de cinco años. Se identificaron los factores relacionados con la vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda a partir de la elaboración de los tableros de problemas en el aplicativo web UACE. Los tableros de problemas constan de dos categorías, 10 factores y 62 características y situaciones problema. La primera categoría corresponde a las características del individuo (4 factores y 31 características) y, la segunda categoría, corresponde a las situaciones problema de los servicios de salud (6 factores y 31 características). Se depuró y analizó la información de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos para el 2024.

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación del evento de interés en salud pública vigilancia integrada de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda código 591, los datos para el análisis corresponden a los diligenciados en el registro administrativo Sivigila, lo cual no representa un riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables.

3. Resultados

Durante el 2024 se notificaron a Sivigila 967 muertes probables por desnutrición aguda, infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda. De estas, se identificaron 6 casos duplicados, los cuales fueron excluidos del análisis, quedando 961 registros válidos.

De los 961, 39 casos (4,06 %) corresponden a menores con residencia en el exterior. De los 922 de residencia en Colombia, 18 casos (1,95 %) fueron error de digitación, 222 (24,07%) descartadas, 17 (1,84 %) no concluyentes y 665 (72,12 %) confirmados (523 (78,65 %) por clínica y 142 (21,35 %) por laboratorio). Este informe se realizó con las muertes confirmadas de residencia en Colombia: 211 (31,73 %) por DNT aguda, 325 (48,87 %) por IRA y 129 (19,40 %) por EDA.

MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS INTEGRADAS POR IRA, EDA o DNT AGUDA, VIGILANCIA INTEGRADA

Se observó un descenso en las muertes confirmadas del 13,86 % al comparar el 2024 con respecto al 2023. No obstante, las entidades territoriales de Putumayo, Caldas, Cali y Cundinamarca presentaron

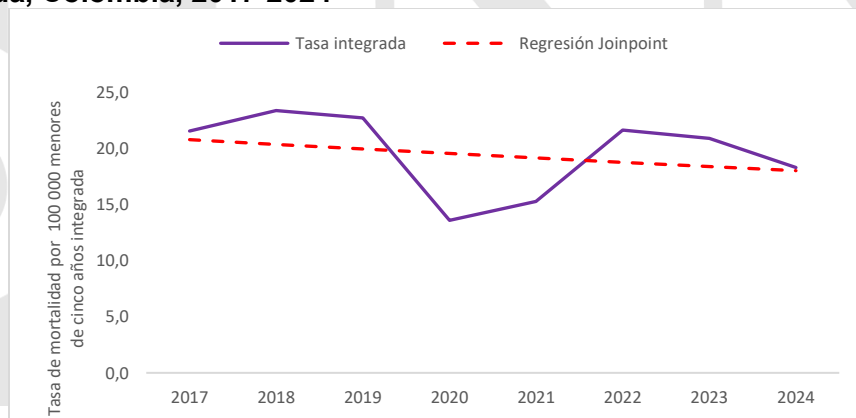
un incremento por encima del 100 % en los casos confirmados para los tres eventos al comparar el 2024 con el año inmediatamente anterior (Anexo 2).

Análisis de tendencia de las tasas de mortalidad por IRA, EDA o DNT aguda en menores de cinco años

La tasa nacional de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda en el 2024 fue de 18,3 muertes por cada 100 000 menores de cinco años, por encima de los valores del 2020 y 2021, pero por debajo de los valores de 2017 a 2019 y 2022 a 2023. Al implementar el modelo de regresión Joinpoint se encontró que el modelo general que se ajustaba mejor a los datos no presentaba cambios significativos en la tendencia en el periodo de 2017-2024 (APC -2,01, $p = 0,602$, IC -8,58 a 5,11,) (figura 1).

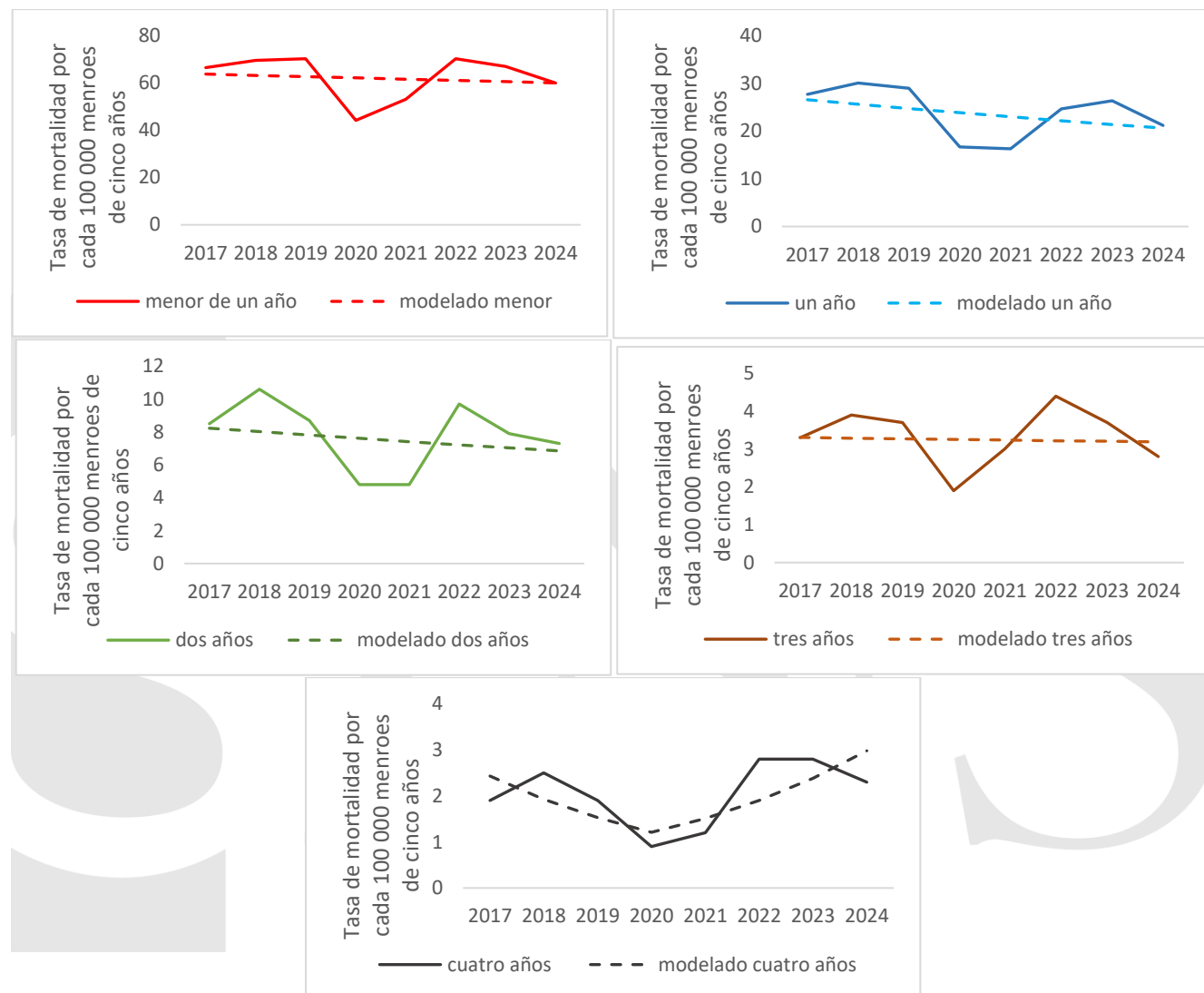
Al aplicar el modelo de regresión Joinpoint por grupo de edad se encontró que en las edades de menor de un año (APC -0,86, $p=0,79$, IC -6,69 - 5,52), un año (APC -3,55, IC -10,52 -4,04, $p=0,36$), dos años (APC -2,59, IC -12,00 -7,81, $P=0,62$), tres años (APC -0,51, IC -9,34, 9,58, $p=0,90$) no presentaron cambios en la tendencia en el periodo evaluado, por último la edad de cuatro años presentó un cambio en la tendencia entre los periodos 2017-2020 (APC -20,80, IC -60,61, 66,68, $p= 0,25$) y 2020-2024 (APC 25,32, IC -39,51, 157,75, $p=0,18$) (figura 2).

Figura 1. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, Colombia, 2017-2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

Figura 2. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según edad, Colombia, 2017-2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

En el 2024 la tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda de Amazonas, Buenaventura, Caquetá, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Risaralda, Vaupés y Vichada estuvieron por encima del percentil 75 (tabla 1) siendo Chocó, Vichada y La Guajira las entidades territoriales con las tasas más altas. Ocho de las diez entidades descritas anteriormente se mantienen con tasas por encima del percentil 75 respecto al 2023; Buenaventura y Caquetá en el 2023 se encontraban en el percentil 50-75.

Por otro lado, Chocó presentó un comportamiento inusual hacia el aumento al compararlo con la mediana de los valores históricos de 2017-2019 y 2022-2023. Las entidades de Antioquia, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Cali, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Santa Marta y Tolima presentaron comportamiento inusual a la disminución.

Tabla 1. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, 2017-2024

Entidad territorial	tasa_2017	tasa_2018	tasa_2019	tasa_2020	tasa_2021	tasa_2022	tasa_2023	tasa_2024	Tendencia	Comportamiento
Amazonas	61,0	71,8	62,2	51,9	93,6	135,9	94,4	63,3		Sin cambios
Antioquia	24,7	19,3	20,5	7,9	9,6	10,7	10,0	12,7		Disminución
Arauca	28,0	18,9	10,5	25,1	24,9	32,2	39,7	14,6		Sin cambios
Atlántico	13,0	18,5	14,4	16,3	9,0	16,7	13,7	17,5		Sin cambios
Barranquilla	10,9	12,9	20,8	13,7	12,8	10,9	8,9	10,3		Sin cambios
Bogotá, D.C.	13,2	9,9	9,7	3,1	5,1	18,8	6,8	5,6		Disminución
Bolívar	30,7	26,9	28,0	16,5	19,4	34,9	25,1	15,8		Disminución
Boyacá	15,2	10,9	3,3	12,1	3,3	9,1	11,6	5,9		Disminución
Buenaventura	2,8	21,6	16,2	34,8	5,4	11,0	33,8	26,0		Sin cambios
Caldas	6,4	7,9	4,7	0,0	8,0	6,5	1,7	6,8		Sin cambios
Cali	15,4	10,1	12,0	4,5	3,9	6,7	2,1	5,7		Disminución
Caquetá	26,2	19,5	34,4	7,5	15,2	20,7	18,5	29,7		Sin cambios
Cartagena	17,7	44,5	22,2	13,2	9,7	17,3	16,4	14,2		Sin cambios
Casanare	18,1	15,3	12,5	10,0	10,1	35,9	15,7	13,3		Sin cambios
Cauca	13,5	24,4	12,6	6,7	8,5	8,6	17,6	10,7		Sin cambios
Cesar	38,4	39,9	34,7	15,9	21,5	33,0	31,1	21,6		Disminución
Chocó	118,2	127,3	129,4	87,8	146,3	128,5	206,1	193,4		Aumento
Córdoba	13,0	19,6	15,2	7,4	3,7	8,9	16,3	14,6		Sin cambios
Cundinamarca	11,3	9,7	6,9	3,9	1,7	6,0	1,3	3,4		Disminución
Guainía	88,6	43,9	73,7	58,2	58,0	86,8	143,5	99,1		Sin cambios
La Guajira	87,7	104,1	125,8	83,4	82,3	139,4	126,7	105,0		Disminución
Guaviare	22,3	0,0	10,8	21,2	0,0	21,0	20,8	20,6		Sin cambios
Huila	9,7	17,3	7,7	12,4	6,7	14,6	11,9	6,1		Disminución
Magdalena	38,9	29,9	40,6	22,9	33,5	37,5	39,2	30,0		Disminución
Meta	16,0	33,0	26,1	9,1	16,2	23,5	27,5	18,2		Disminución
Nariño	15,8	17,3	22,1	13,3	10,3	7,3	16,5	5,9		Disminución
Norte de Santander	13,0	17,3	28,2	12,7	19,3	9,0	6,1	7,8		Disminución
Putumayo	21,6	27,6	27,5	21,4	27,7	18,7	6,3	12,7		Sin cambios
Quindío	16,2	18,9	18,3	6,1	3,1	6,2	6,4	6,5		Sin cambios
Risaralda	24,6	27,4	35,1	25,5	22,6	38,0	42,4	41,9		Sin cambios
Archipiélago de San Andrés	0,0	0,0	0,0	0,0	21,9	0,0	47,4	0,0		Sin cambios
Santander	4,5	7,6	7,4	3,8	7,6	3,2	11,2	9,4		Sin cambios
Santa Marta	14,0	21,5	20,8	19,1	21,7	24,5	22,4	7,6		Disminución
Sucre	20,2	26,3	17,2	12,5	17,6	11,5	12,9	21,0		Sin cambios
Tolima	11,7	25,9	16,3	7,8	9,1	21,0	11,9	9,7		Disminución
Valle del Cauca	9,1	17,7	10,3	8,9	8,3	16,2	12,3	11,2		Sin cambios
Vaupés	31,0	127,1	158,9	32,5	145,4	159,4	77,9	75,6		Sin cambios
Vichada	249,0	121,4	171,6	93,6	93,7	101,3	166,1	144,1		Sin cambios
Nacional	21,5	23,3	22,7	13,6	15,2	21,6	20,9	18,3		Disminución

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

Los denominadores usados corresponden a proyecciones de población DANE 20217 a 2024

Fuente: Sivigila evento 591 2017-2024

Análisis de variables sociodemográficas de las muertes por IRA, EDA o DNT aguda

El 63,6 % (423) de las muertes ocurrió en menores de un año con una tasa de mortalidad de 60 muertes por cada 100 000 menores de un año, 11,1 % menos respecto a la tasa del 2023 en este mismo grupo

de edad; el 51,6 % (343) de las muertes ocurrió en menores de sexo masculino con una tasa de mortalidad de 18,4 muertes por cada 100 000 menores de cinco años de sexo masculino, implicando una reducción del 24,8 % con respecto al año anterior.

El 56,2 % (374) de los niños fallecidos residían en centro poblado y zona rural dispersa con una tasa de mortalidad de 34,8 muertes por cada 100 000 menores de cinco años residentes en centro poblado y zona rural dispersa, el 82,7 % (550) vivían en zona de estrato socioeconómico uno.

Según la pertenencia étnica, las muertes en niños de pertenencia étnica indígena fueron las más frecuentes con 50,5 % (336), del total, el 27,4 % (92) pertenecían al grupo Wayuu. El 81,8 % (544) tenía aseguramiento en salud en el régimen subsidiado y un 7,4 % (49) no tenían aseguramiento. En relación con el nivel educativo de las madres el 30,4 % (288) no tenían escolaridad (tabla 2). Las variables de sexo masculino, área de residencia centro poblado y zona rural dispersa, estrato socioeconómico uno, pertenencia étnica indígena, aseguramiento en salud al régimen subsidiado y nivel educativo de la madre sin escolaridad, se mantienen con la mayor proporción de muertes y tasa de mortalidad en relación con el 2023.

Al implementar la prueba X^2 entre los casos de 2023 y 2024 se observó una asociación estadísticamente significativa en las causas de muerte ($X^2= 6,3$ df =2, $p = 0,042$), el análisis individual de proporciones indicó que esta diferencia se explica principalmente por la disminución en las muertes por desnutrición aguda ($p = 0,031$; IC95%: 0,005–0,106). No se observaron diferencias significativas para infecciones respiratorias ($p = 0,5173$) ni para enfermedad diarreica ($p = 0,0739$). En la distribución por sexo ($X^2= 7,8$ df =1, $p = 0,005$) también se evidenció una asociación significativa. Por otro lado, no se encontró una asociación estadísticamente significativa en las demás variables sociodemográficas.

Tabla 2. Muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según variables sociodemográficas, Colombia, 2023-2024

Variable	2023				2024				
	N=772	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad	N=665	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad 2024	p
Causa de muerte									
Desnutrición aguda moderada o severa	288	37,3	3702015	7,8	211	31,7	3637834	5,8	0,042
Infección Respiratoria Aguda	363	47,0	3702015	9,8	325	48,9	3637834	8,9	
Enfermedad Diarreica Aguda	121	15,7	3702015	3,5	129	19,4	3637834	3,5	
Edad									
Menor de un año	476	61,7	710225	67	423	63,6	705422	60,0	0,920
1 año	188	24,4	713225	26,4	151	22,7	710626	21,2	
2 años	58	7,5	737659	7,9	52	7,8	714188	7,3	
3 años	28	3,6	766462	3,6	21	3,2	739245	2,8	
4 años	22	2,8	774444	2,8	18	2,7	768353	2,3	
Sexo									
Femenino	316	40,9	1810391	17,4	322	48,4	1778209	18,1	0,005

Masculino	456	59,1	1891624	24,1	343	51,6	1859625	18,4	
Área									
Cabecera municipal	350	45,3	2607931	13,4	291	43,8	2562382	11,4	
Centros poblados	55	7,1	1094084	38,5	64	9,6		34,8	0,227
Rural Disperso	367	47,5			310	46,6	1075452		
Régimen de afiliación*									
Contributivo	66	8,5	-	-	60	9,0	-	-	
Indeterminado	11	1,4	-	-	9	1,4	-	-	
No afiliado	54	7,0	-	-	49	7,4	-	-	0,705
Subsidiado	641	83,0	-	-	544	81,8	-	-	
Excepción	0	0,0	-	-	1	0,2	-	-	
Especial	0	0,0	-	-	2	0,3	-	-	
Pertenencia étnica									
Indígena	399	51,7	-	-	336	50,5	-	-	
Raizal	1	0,1	-	-	0	0,0	-	-	0,913
Afrocolombiano	44	5,7	-	-	41	6,2	-	-	
Otros	328	42,5	-	-	288	43,3	-	-	
Escolaridad materna									
Secundaria	284	36,8	-	-	257	38,6	-	-	
Primaria	238	30,8	-	-	206	31,0	-	-	0,674
Ninguna	250	32,4	-	-	202	30,4	-	-	
Estrato socioeconómico*									
1	611	79,1	-	-	550	82,7	-	-	
2	101	13,1	-	-	77	11,6	-	-	
3	21	2,7	-	-	8	1,2	-	-	
4	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0,122
5	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
6	0	0,0	-	-	1	0,2	-	-	
Sin información	39	5,1	-	-	29	4,4	-	-	

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2023-2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

Para el 2024, las tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda en los municipios con más de 100 000 habitantes se encontraron en Uribia, Quibdó y Riohacha. Para los municipios que cuentan con 20 000 a 100 000 habitantes fueron Tadó, Bajo Baudó y Alto Baudó. En los municipios de menos de 20 000 habitantes se encontraron Bojayá, Yavaraté y Cacahual. De estos municipios con las tasas más altas Riohacha, Tadó, Alto Baudó, Bojayá, Yavaraté, Cacahual y Santa Rosalía presentaron aumento respecto al año 2023, los restantes presentaron disminución (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según municipios de residencia, Colombia, 2023- 2024

Población	Departamento	Municipio	2023			2024		
			Caso	Población de 0 a 4	Tasa	Caso	Población de 0 a 4	Tasa
> 100 000	La Guajira	Uribia	58	19905	291,4	40	19720	202,8
	Chocó	Quibdó	18	13330	135,0	12	13239	90,6
	La Guajira	Riohacha	21	24002	87,5	21	23802	88,2
	La Guajira	Maicao	24	22085	108,7	15	21895	68,5
	Magdalena	Ciénaga	9	10777	83,5	6	10630	56,4
20 000 - 100 000	Chocó	Tadó	0	1862	0	13	1848	703,5
	Chocó	Bajo Baudó	22	3558	618,3	9	3545	253,9
	Chocó	Alto Baudó	2	3340	59,9	8	3323	240,7
	La Guajira	Manaure	25	12836	194,8	22	12725	172,9
	Vichada	Cumaribo	20	10582	189,0	17	10625	160,0
<20 000	Chocó	Bojayá	12	1707	703,0	21	1707	1230,2
	Vaupés	Yavaraté (ANM)	0	101	0,0	1	105	952,4
	Guainía	Cacahual (ANM)	0	132	0,0	1	132	757,6
	Vichada	Santa Rosalía	0	359	0,0	2	354	565,0
	Chocó	Bagadó	10	1581	632,5	8	1574	508,3

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

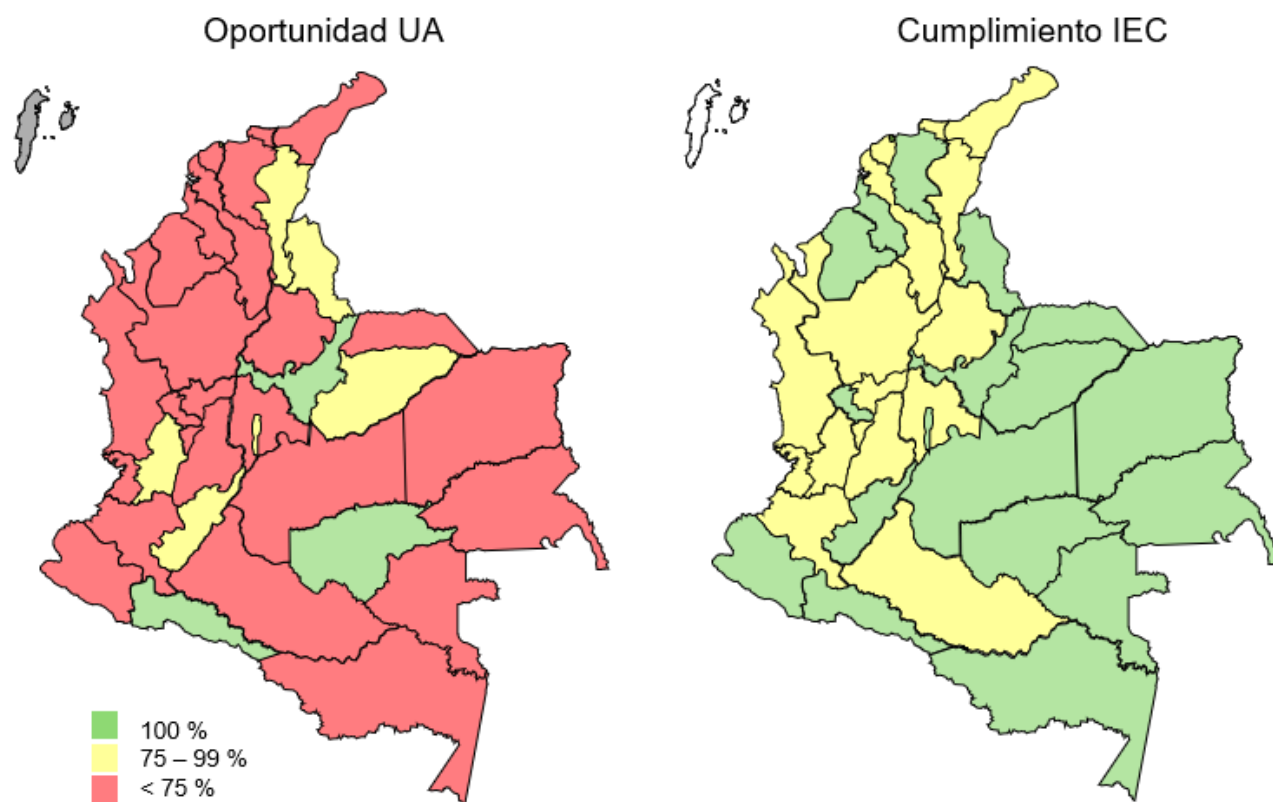
Muertes por IRA, EDA o DNT aguda en menores de un año

De las 423 muertes en menores de un año por IRA, EDA o DNT aguda, 119 (28,1 %) fueron por DNT aguda, 216 (51,1 %) fueron por IRA y 88 (20,8 %) fueron por EDA. 227 (53,7 %) fueron de sexo masculino, 196 (46,34 %) eran de pertenencia étnica indígena, 229 (54,14 %) residían en centro poblado y rural disperso, 112 (26,48 %) de las madres de estos menores no tenían estudios, 352 (83,22 %) residían en un área de estrato 1, 342 (80,85 %) pertenencia a régimen subsidiado y 31 el 7,33 % eran no afiliados. 245 (57,9 %) de las muertes fueron en menores de seis meses. Las cinco entidades que presentaron las tasas más altas de mortalidad en menores de un año por cada 100 000 menores de cinco años fueron Chocó (592,3), Vichada (385,0), La Guajira (322,0), Guainía (274,3) y Amazonas (209,9).

Indicadores para la vigilancia integrada de muerte en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT aguda

El indicador de oportunidad en la realización de las unidades de análisis permite conocer el tiempo transcurrido desde la notificación de la muerte al Sivigila hasta la clasificación de los casos, a nivel nacional el 48,7 % de las unidades de análisis fueron enviadas en los tiempos oportunos (cinco semanas epidemiológicas desde la notificación del caso) siendo inferior respecto al 2023, 71,3 %. Boyacá, Guaviare y Putumayo fueron las entidades con una oportunidad en el 100 % de los casos. Por otra parte, el cumplimiento en la realización de la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) fue de 92,5 % a nivel nacional (mapa 1), lo que fue superior respecto al 2023 (81,6 %). La correspondencia nacional de Sivigila-RUAF en el 2024 fue de 100 %, valor superior al 2023 (96,6 %).

Mapa 1. Indicadores de oportunidad de realización de unidad de análisis y cumplimiento IEC de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, Colombia, 2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, Indicadores UACE.

Resultados de tablero de problemas vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT 2024

En 2024, se realizaron 644 unidades de análisis con tablero de problemas de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda. A través del análisis de los tableros de problemas se identificaron 7 401 características y situaciones problemas relacionados con el evento. La categoría del individuo fue la que presentó el mayor número de características identificadas, con un 52 % del total. Las entidades territoriales de Chocó, La Guajira y Antioquia fueron las que reportaron el 40 % de las características identificadas.

En la categoría individuo, los “determinantes estructurales” fueron el factor con mayor número de características identificadas, con un 35 % (1329 características) del total de esta categoría. La característica identificada más en este factor fue la condición de menor de edad, que se presentó en el 92 % de los casos. Seguida de las características de pertenencia étnica y en tercer lugar residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social. Cabe resaltar que el factor con menos características identificadas en esta categoría fue el “acceso a los servicios de salud” con el 15 % de la identificación (557 características), sin embargo, dentro de este factor, las prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud fueron la característica más identificada, con un 41 % (230 características).

El segundo factor que más se identificó en la categoría individuo, fue el de “conocimientos, actitudes y prácticas en salud”, las características que se vincularon dentro de este factor en su mayoría fueron la baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud, desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador y la inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud.

Respecto a la categoría de servicios de salud, se identificó que las acciones de promoción y mantenimiento de la salud fueron el factor predominante, con un 42 % (1539 situaciones problemas). Dentro de este factor, el incumplimiento en las acciones de demanda inducida fue la situación problema más reportada en el 67 % de los casos. También en una gran proporción se identificó el factor de “prestación de servicios individuales” con las situaciones problemas: no se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica, inadecuado diligenciamiento de la historia clínica y falla en los mecanismos de seguimiento.

MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR DNT AGUDA

Se observó un descenso en las muertes confirmadas en menores de cinco años por DNT aguda del 26,7 % al comparar el 2024 con respecto al 2023 (19). Las entidades de Amazonas, Sucre y Norte de Santander presentaron un incremento por encima del 100 % en la presencia de casos al comparar el 2024 con el 2023 (Anexo 3). Las entidades de Archipiélago de San Andrés y Providencia, Quindío, Boyacá, Santa Marta, Guainía, Tolima, Bogotá D.C., Cundinamarca y Caldas no presentaron casos por DNT aguda.

Análisis de variables sociodemográficas de las muertes por DNT aguda

De las 211 muertes por DNT aguda, 119 (56,4 %) de las muertes ocurrió en menores de un año, 111 (52,6 %) fue en menores de sexo femenino, 130 (61,6 %) de los niños fallecidos residían en centro poblado y zona rural dispersa, 186 (88,2 %) vivía en zona de estrato socioeconómico uno. Las muertes en niños de pertenecía étnica indígena fue la más frecuente con 131 (62,1 %). 182 (86,3 %) tenía aseguramiento en salud en el régimen subsidiado y 18 (8,5 %) no tenían aseguramiento. En relación con el nivel educativo de las madres 74 (35,1 %) no tenían escolaridad. Al implementar la prueba χ^2 entre los casos de 2023 y 2024 no se observó asociación estadísticamente significativa en las variables sociodemográficas (tabla 4).

Tabla 4. Muertes en menores de cinco años por DNT aguda según variables sociodemográficas, Colombia, 2023-2024

Variable	2023				2024				
	N=288	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad	N=211	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad	p
Edad*									
Menor de un año	167	58,0	710225	23,5	119	56,4	705422	16,9	0,054
1 año	96	33,3	713225	13,5	64	30,3	710626	9,0	
2 años	18	6,3	737659	2,4	17	8,1	714188	2,4	
3 años	1	0,3	766462	0,1	8	3,8	739245	1,1	
4 años	6	2,1	774444	0,8	3	1,4	768353	0,4	
Sexo									
Femenino	126	43,8	1810391	7,0	111	52,6	1778209	6,2	0,061
Masculino	162	56,3	1891624	8,6	100	47,4	1859625	5,4	
Área									
Cabecera municipal	116	40,3	2607931	4,4	81	38,4	2562382	3,2	0,906
Centros poblados	23	8,0		15,7	18	8,5		12,1	
Rural Disperso	149	51,7	1094084		112	53,1	1075452		
Régimen de afiliación*									
Contributivo	5	1,7	-	-	6	2,8	-	-	0,706
Indeterminado	4	1,4	-	-	4	1,9	-	-	
No afiliado	24	8,3	-	-	18	8,5	-	-	
Subsidiado	255	88,5	-	-	182	86,3	-	-	
Excepción	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
Especial	0	0,0	-	-	1	0,5	-	-	
Pertenencia étnica									
Indígena	171	59,4	-	-	131	62,1	-	-	0,437
Raizal	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
Afrocolombiano	15	5,2	-	-	15	7,1	-	-	

Otros	102	35,4	-	-	65	30,8	-	-	
Escolaridad materna									
Secundaria	83	28,8	-	-	54	25,6	-	-	
Primaria	97	33,7	-	-	83	39,3	-	-	0,419
Ninguna	108	37,5	-	-	74	35,1	-	-	
Estrato socioeconómico									
1	253	87,8	-	-	186	88,2	-	-	
2	20	6,9	-	-	12	5,7	-	-	
3	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
4	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0,795
5	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
6	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
Sin información	15	5,2	-	-	13	6,2	-	-	

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

*Test exacto de Fisher

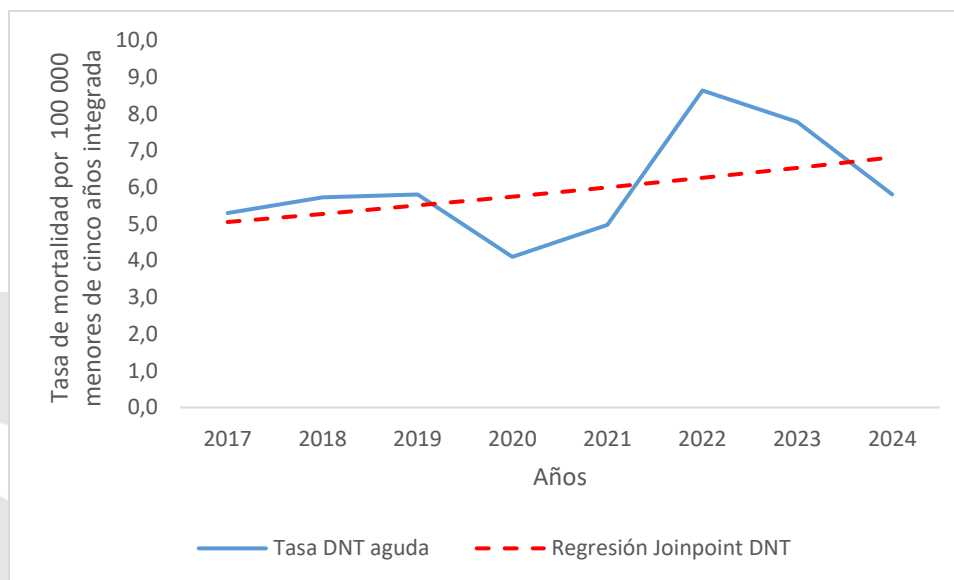
Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2023-2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

Análisis de tendencia de las tasas de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda

La tasa nacional de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda en el 2024 fue de 5,8 muertes por cada 100 000 menores de cinco años, igual al año 2019, por encima de los valores del 2017 y 2018, 2020-2021, pero por debajo de 2022 y 2023. Al implementar el modelo de regresión Joinpoint se encontró que el modelo general que se ajustaba mejor a los datos no presentaba cambios significativos en la tendencia en el periodo evaluado 2017-2024 (APC 4,35 IC -6,8 a 16,9) (figura 3).

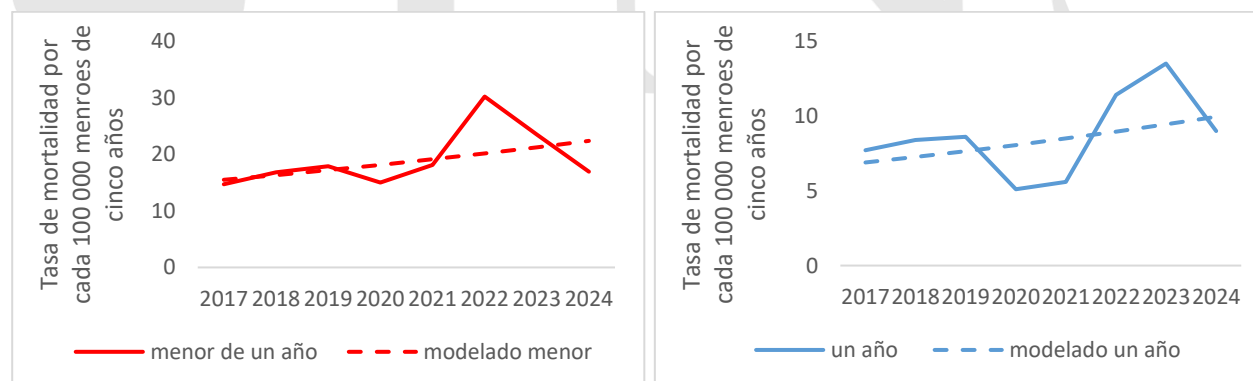
Al aplicar el modelo de regresión Joinpoint por grupo de edad se encontró que en las edades de menor de un año (APC 5,39, $p=0,16$, IC -2,14 – 13,6), un año (APC 5,38, IC -5,98 a 18,33, $p=0,37$), tres años (APC 11,27, IC -35,74 a 94,82, $P=0,65$) no presentaron cambios significativos en la tendencia en el periodo evaluado. La edad de dos años presentó un cambio en la tendencia entre los periodos 2017-2020 (APC -44,34, IC -75,48 a -1,96, $p=0,04$) y 2020-2024 (APC 47,98, IC -0,16 a 233,27, $p=0,05$). Así mismo la edad de cuatro años presentó un cambio en la tendencia entre los periodos 2017-2019 (APC -63,01, IC -83,68 a 14,79, $p=0,10$) y 2019-2024 (APC 42,09, IC -8,73 a 277,46, $p=0,08$) (figura 4).

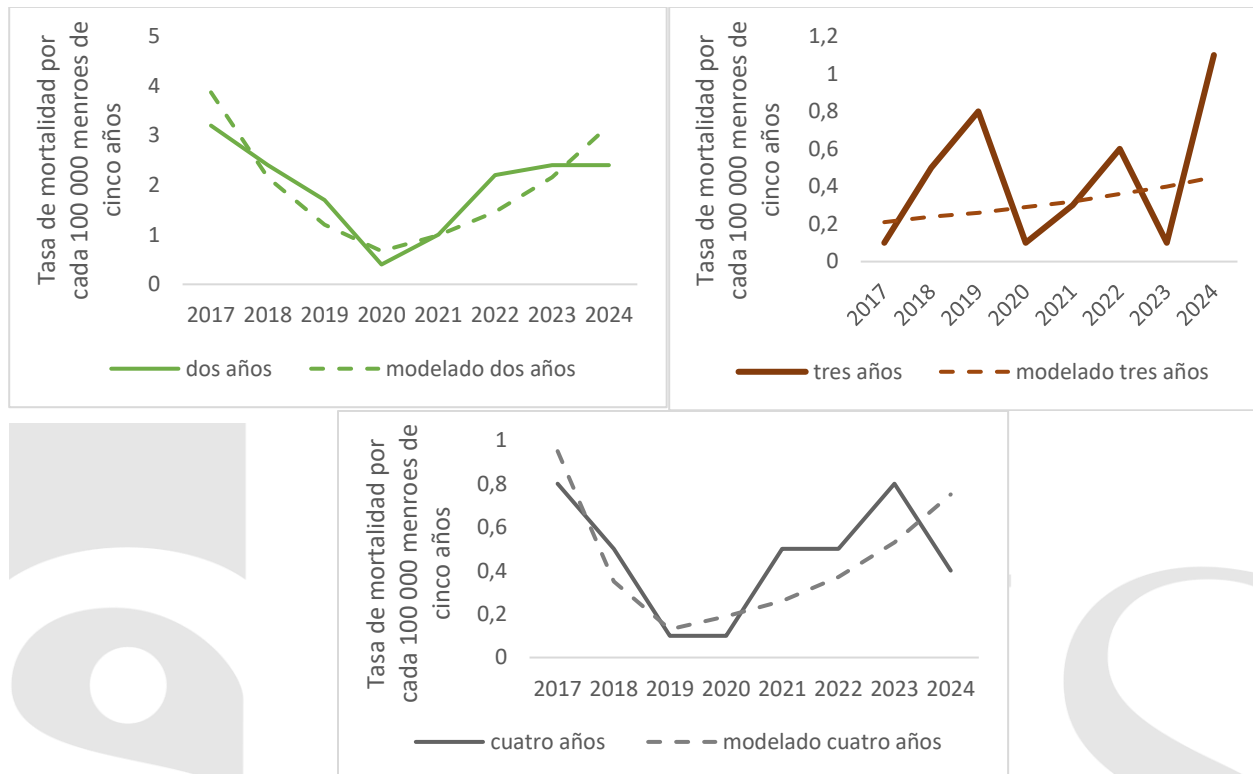
Figura 3. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda, Colombia, 2017-2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

Figura 4. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda según edad, Colombia, 2017-2024

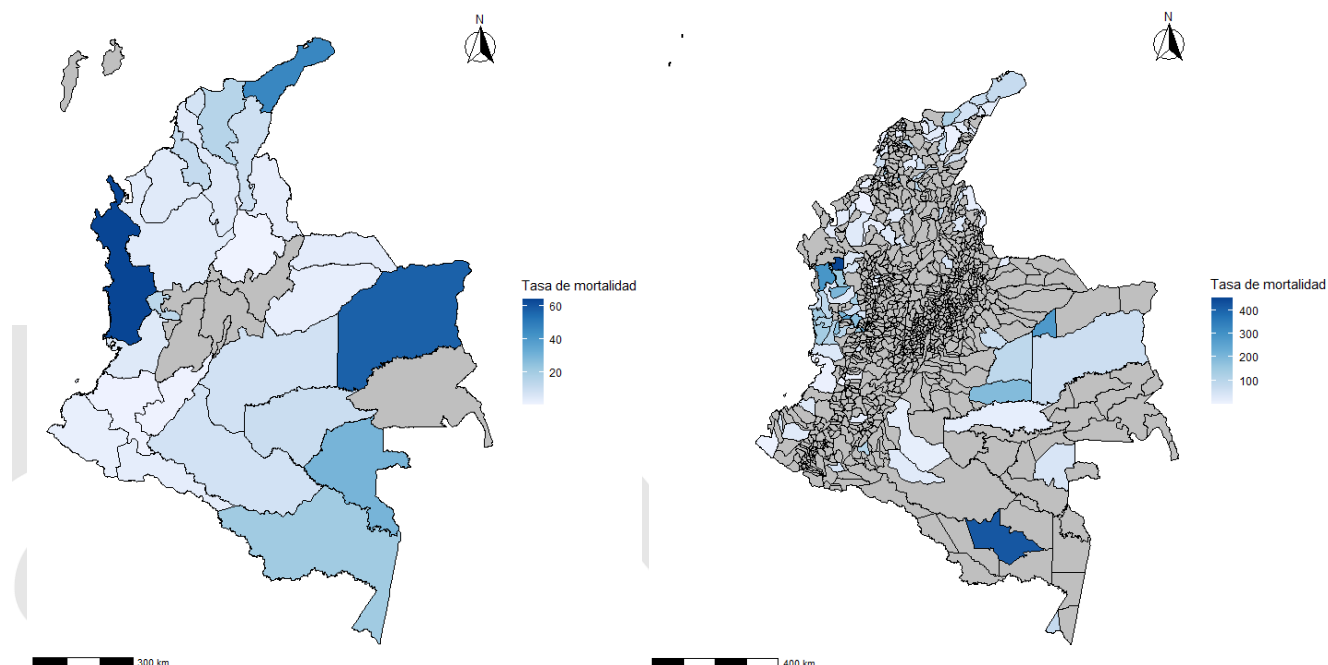




Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

En el 2024 las tasas de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda de Chocó, Vichada, La Guajira, Vaupés, Amazonas, Magdalena, Risaralda, Sucre, Guaviare y Cesar estuvieron por encima del percentil 75 (anexo 3 y mapa 2). Por otro lado, Antioquia, Chocó y Sucre presentaron un comportamiento inusual hacia el aumento al compararlo con la mediana de los valores históricos de 2017-2019 y 2022-2023.

Mapa 2. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda por entidad territorial y municipios, Colombia, 2024



*En gris se muestran las entidades territoriales que no presentan casos de muertes por DNT aguda.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024.

Para el 2024 las tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por DNT aguda en los municipios con más de 100 000 habitantes se encontraron en Uribia, Riohacha y Ciénaga. Para los municipios que cuentan con 20 000 a 100 000 habitantes fueron Tadó, Bajo Baudó y Dibulla. En los municipios de menos de 20 000 habitantes se encontraron Murindó, Puerto Santander y Bojayá. De estos municipios con las tasas más altas Uribia, Ciénaga y Quibdó presentaron disminución respecto al año 2023, los restantes municipios presentaron aumento (tabla 5). De estos municipios, Bajo Baudó, Bojayá, Tadó, Riohacha y Cienaga presentaron un comportamiento inusual al aumento.

Tabla 5. Tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por DNT aguda según municipios de residencia, Colombia, 2023-2024

	Población	Departamento	Municipio	2023			2024		
				Caso	Población de 0 a 4	Tasa	Caso	Población de 0 a 4	Tasa
>100 000		La Guajira	Uribia	35	19905	175,8	15	19720	76,1
		La Guajira	Riohacha	8	24002	33,3	13	23802	54,6
		Magdalena	Ciénaga	6	10777	55,7	5	10630	47,0
		Chocó	Quibdó	9	13330	67,5	4	13239	30,2
		Atlántico	Malambo	2	11624	17,2	3	11373	26,4
20 000 - 100 000		Chocó	Tadó	0	1862	0,0	5	1848	270,6
		Chocó	Bajo Baudó	1	3558	28,1	5	3545	141,0
		La Guajira	Dibulla	3	4902	61,2	6	4861	123,4
		Chocó	Istmina	1	2950	33,9	3	2934	102,2
		Magdalena	El Piñón	0	2091	0,0	2	2060	97,1
<20 000		Antioquia	Murindó	1	894	111,9	4	882	453,5
		Amazonas	Puerto Santander (ANM)	0	237	0,0	1	237	421,9
		Chocó	Bojayá	3	1707	175,7	5	1707	292,9
		Vichada	Santa Rosalía	0	359	0,0	1	354	282,5
		Risaralda	Balboa	0	1422	0,0	1	1400	255,1

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

Análisis de la mortalidad por DNT aguda en 12 entidades territoriales priorizadas en el plan para la desaceleración de la mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda

Diez de las 12 entidades territoriales (Antioquia, Arauca, Bolívar, Chocó, Cesar, La Guajira, Guainía, Magdalena, Valle del Cauca y Vichada) presentaron disminución en las tasas de mortalidad por DNT aguda para el 2024 respecto al 2023, siendo la entidad de Guainía (-100 %) quien presento la mayor disminución. Dos entidades presentaron aumento en sus tasas de mortalidad (Meta y Risaralda) sin embargo esto se debió a la disminución de la población de menores de cinco años en cada de los departamentos secundario a los cambios demográficos del país.

Muertes por DNT aguda en menores de un año

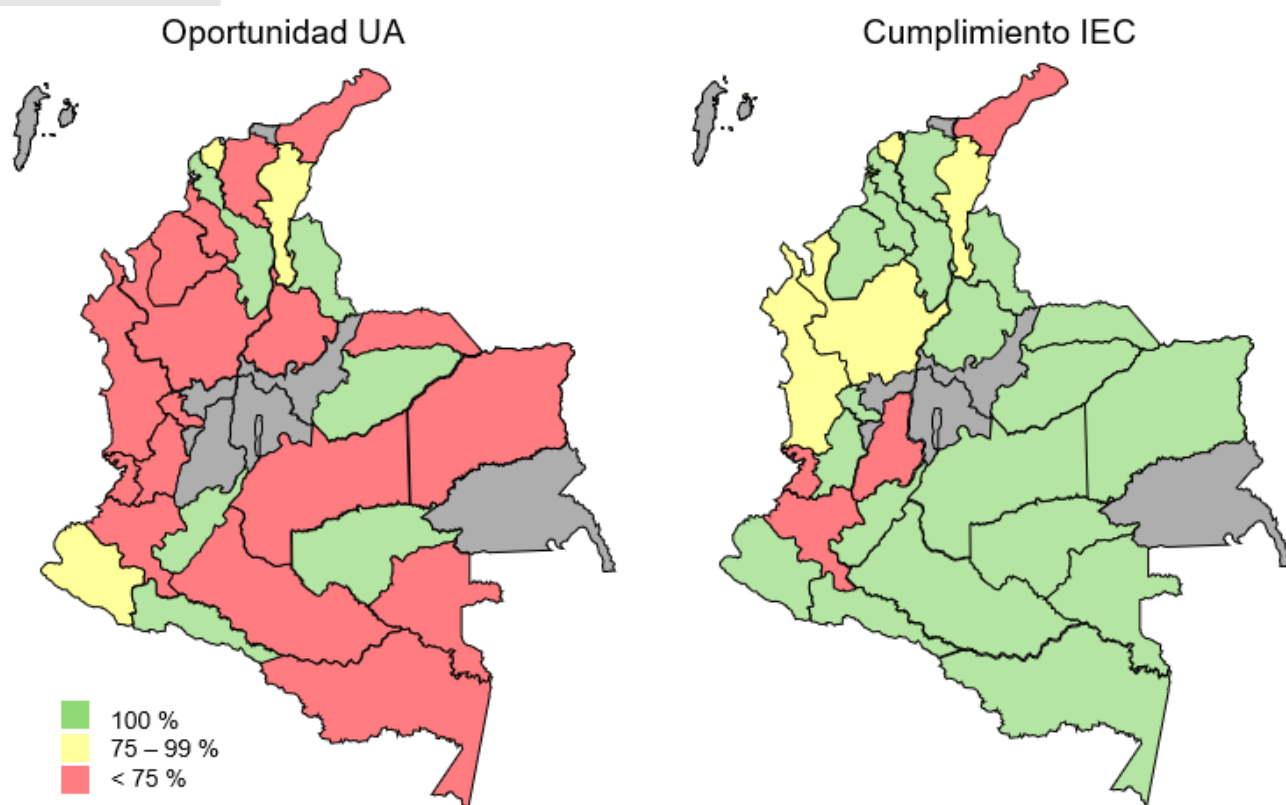
De las 119 muertes en menores de un año por DNT aguda, 62 (52,1 %) fueron de sexo femenino, 61 (51,2 %) eran de pertenencia étnica indígena, 66 (55,5 %) residían en centro poblado y rural disperso, 35 (29,4 %) de las madres de estos menores no tenían estudios, 102 (85,7 %) residían en un área de estrato 1, 102 (85,7 %) pertenencia a régimen subsidiado y 8 el (6,72 %) eran no afiliados. 67 (56,3 %) muertes fueron menores de seis meses. Las cinco entidades que presentaron las tasas más altas de

mortalidad en menores de un año por desnutrición aguda por cada 100 000 menores de cinco años fueron La Guajira (142,6), Chocó (137,4), Vichada (70,0), Vaupés (69,8) y Magdalena (54,8).

Indicadores de las muertes en menores de cinco años por DNT aguda

El indicador de oportunidad en la realización de las unidades de análisis de las muertes por DNT aguda en menores de cinco años a nivel nacional fue del 45,7 %, siendo inferior respecto al 2023, 66,5 %. Norte de Santander, Bolívar, Cartagena, Barranquilla, Guaviare, Casanare, Putumayo y Huila fueron las entidades con una oportunidad en el 100 %. Por otra parte, el cumplimiento en la realización de la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) fue de 90 % a nivel nacional (mapa 1), lo que fue superior respecto al 2023 (78,8 %) (mapa 3).

Mapa 3. Indicadores de oportunidad de realización de unidad de análisis y cumplimiento IEC de muertes en menores de cinco años por DNT aguda, Colombia, 2024



*En gris se muestran las entidades territoriales que no presentan casos de muertes por DNT aguda.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024.

Resultados de tableros de problemas DNT aguda

Para 2024, se realizaron 211 unidades de análisis con tablero de problemas de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por DNT aguda, en donde se identificaron más características fue en la categoría del individuo con el 52 %. El 17% corresponde a la entidad territorial de La Guajira.

Para la categoría individuo, el factor con mayor número de características identificadas fueron los determinantes estructurales con el 33 % (467 características) del total de esta categoría, siendo menor de edad la característica más identificada en el 91 % de los casos.

En este factor otra de las características que se identifican con mayor frecuencia es la pertenencia étnica con el 32 % (148 características).

El factor con menos características identificadas en esta categoría fue el acceso a los servicios de salud de la identificación con el 15 % (221 características), no obstante, la mayor característica que se identificó fueron las prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud con el 40 % (88 características).

De los otros factores que se identificaron de la categoría del individuo se resalta el de conocimientos, actitudes y prácticas en salud (características 450) con las características de baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud con el 33 % (149 características) y desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador con el 31 % (139 características).

Respecto a la categoría de servicios de salud, se identificó que el factor predominante fueron las acciones de promoción y mantenimiento de la salud con el 44 % (589 situaciones problemas), dentro de este factor el incumplimiento en las acciones de demanda inducida fue la situación problema más reportada en el 77 % de los casos.

Con el 30 % el factor de prestación de servicios individuales (399 características) con el no cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica con el 26 % (102 características) seguido del inadecuado diligenciamiento de la historia clínica con el 20 % (81 características) (anexo 4).

MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR IRA

Se observó un descenso en las muertes confirmadas en menores de cinco años por IRA del 10,6 % al comparar el 2024, 325 muertes confirmadas, con respecto al 2023, 363 muertes confirmadas. Las entidades de Vichada, Atlántico, Caquetá, Putumayo, Cundinamarca, Caldas y Cali presentaron un incremento igual o por encima del 100 % en la presencia de casos al comparar el 2024 con el 2023 (Anexo 5). La única entidad sin muertes confirmadas fue Archipiélago de San Andrés y Providencia.

Análisis de variables sociodemográficas de las muertes por IRA

De las 325 muertes por IRA, 216 (66,5 %) de las muertes ocurrió en menores de un año, 175 (53,8 %) fue en menores de sexo masculino, 149 (45,8 %) de los niños fallecidos residían en centro poblado y

zona rural dispersa, 243 (74,8 %) vivía en zona de estrato socioeconómico uno. Las muertes en niños de pertenecía étnica indígena fueron 119 (36,6 %), 258 (79,4 %) tenía aseguramiento en salud en el régimen subsidiado y 15 (4,6 %) no tenían aseguramiento. En relación con el nivel educativo de las madres 81 (24,9 %) no tenían escolaridad. Al implementar la prueba X^2 entre los casos de 2023 y 2024 no se observó asociación estadísticamente significativa en las variables sociodemográficas (tabla 6).

Tabla 6. Muertes en menores de cinco años por IRA según variables sociodemográficas, Colombia, 2023-2024

Variable	2023				2024				
	N=363	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad	N=325	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad	p
Edad*									
Menor de un año	235	64,7	710225	33,1	216	66,5	705422	30,6	0,664
1 año	69	19,0	713225	9,7	61	18,8	710626	8,6	
2 años	30	8,3	737659	4,1	24	7,4	714188	3,4	
3 años	19	5,2	766462	2,5	11	3,4	739245	1,5	
4 años	10	2,8	774444	1,3	13	4,0	768353	1,7	
Sexo									
Femenino	147	40,5	1810391	8,1	150	46,2	1778209	8,4	0,156
Masculino	216	59,5	1891624	11,4	175	53,8	1859625	9,4	
Área									
Cabecera municipal	197	54,3	2607931	7,6	176	54,2	2562382	6,9	0,201
Centros poblados	22	6,1		15,2	31	9,5		13,9	
Rural Disperso	144	39,7	1094084		118	36,3	1075452		
Régimen de afiliación*									
Contributivo	54	14,9	-	-	49	15,1	-	-	0,516
Indeterminado	5	1,4	-	-	1	0,3	-	-	
No afiliado	17	4,7	-	-	15	4,6	-	-	
Subsidiado	287	79,1	-	-	258	79,4	-	-	
Excepción	0	0,0	-	-	1	0,3	-	-	
Especial	0	0,0	-	-	1	0,3	-	-	
Pertenencia étnica									
Indígena	143	39,4	-	-	119	36,6	-	-	0,499
Raizal	1	0,3	-	-	0	0,0	-	-	
Afrocolombiano	24	6,6	-	-	17	5,2	-	-	
Otros	195	53,7	-	-	189	58,2	-	-	
Escolaridad materna									
Secundaria	174	47,9	-	-	167	51,4	-	-	0,638
Primaria	95	26,2	-	-	77	23,7	-	-	
Ninguna	94	25,9	-	-	81	24,9	-	-	

Estrato socioeconómico									
1	248	68,3	-	-	243	74,8	-	-	0,057
2	76	20,9	-	-	61	18,8	-	-	
3	21	5,8	-	-	7	2,2	-	-	
4	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
5	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
6	0	0,0	-	-	1	0,3	-	-	
Sin información	18	5,0	-	-	13	4,0	-	-	

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

*Test exacto de Fisher

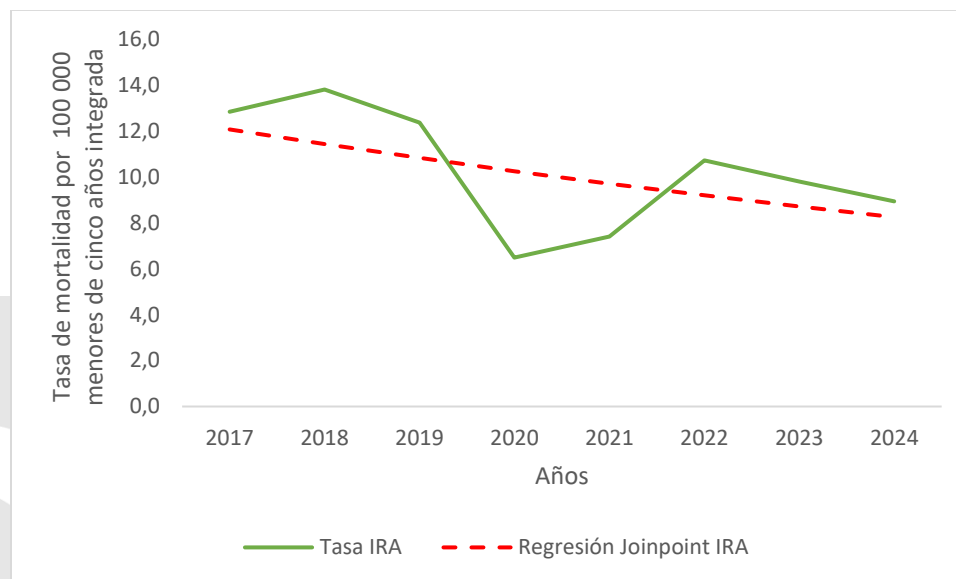
Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2023-2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

Análisis de tendencia de las tasas de mortalidad en menores de cinco años por IRA

La tasa nacional de mortalidad en menores de cinco años por IRA en el 2024 fue de 8,9 muertes por cada 100 000 menores de cinco años, por encima de los valores del 2020-2021, pero por debajo de demás años. Al implementar el modelo de regresión Joinpoint se encontró que el modelo general que se ajustaba mejor a los datos no presentaba cambios significativos en la tendencia en el periodo evaluado 2017-2024 (APC -5,93 IC -13,2 a 3,2, $p=0,232$) (figura 5).

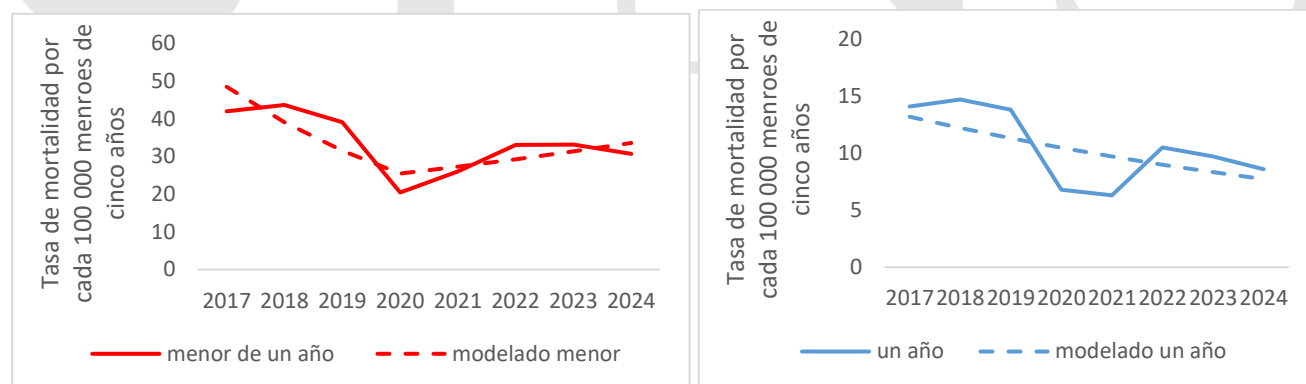
Al aplicar el modelo de regresión Joinpoint por grupo de edad se encontró que en las edades de un año (APC -7,37, $p=0,12$, IC -16 a 2,16), dos años (APC -4,0, IC -17,5 a 12,1, $p=0,52$), tres años (APC -5,51, IC -15,0 a 5,18, $P=0,29$) y cuatro años (APC 6,2, IC -13,9 a 31,8, $P=0,56$) no presentaron cambios significativos en la tendencia en el periodo evaluado. La edad de menor de un año presentó un cambio en la tendencia entre los periodos 2017-2020 (APC -19,3, IC -41,5 a 5,0, $p=0,07$) y 2020-2024 (APC 7,19, IC -17,4 a 48,5, $p=0,26$) (figura 6).

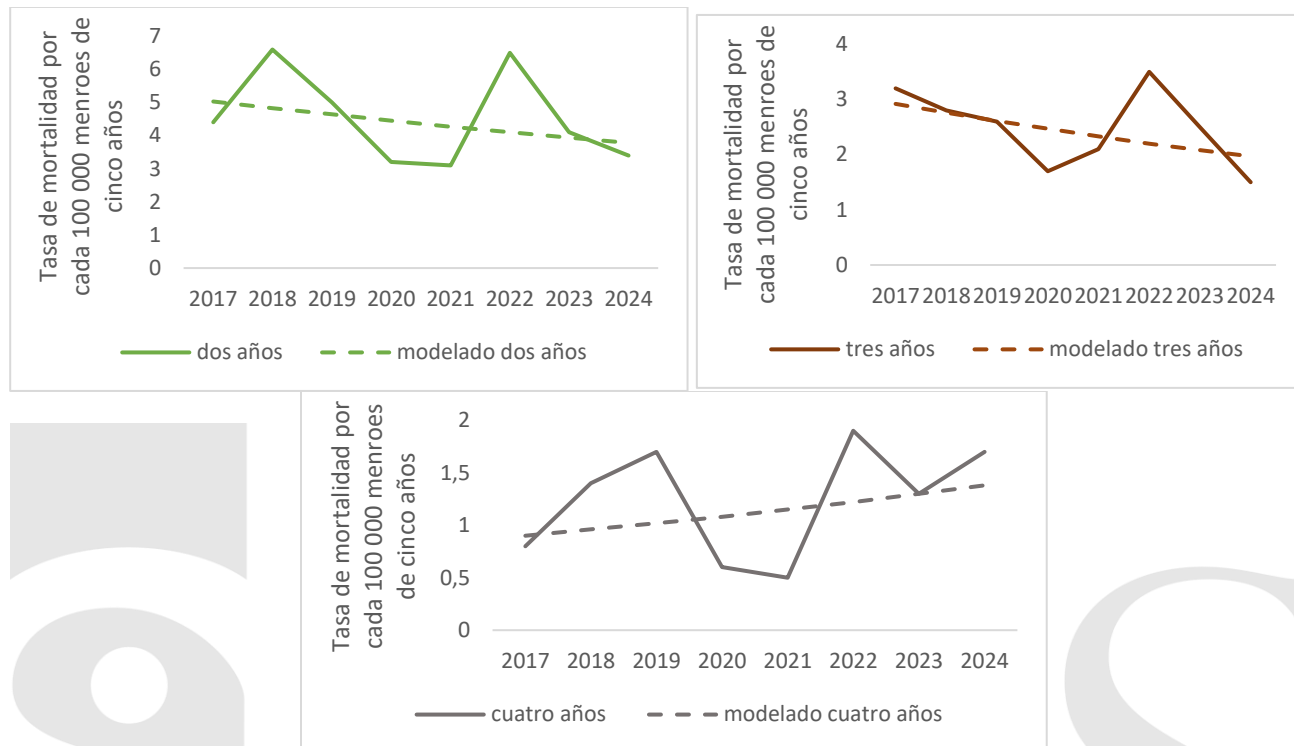
Figura 5. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por IRA, Colombia, 2017-2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

Figura 6. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por IRA según edad, Colombia, 2017-2024

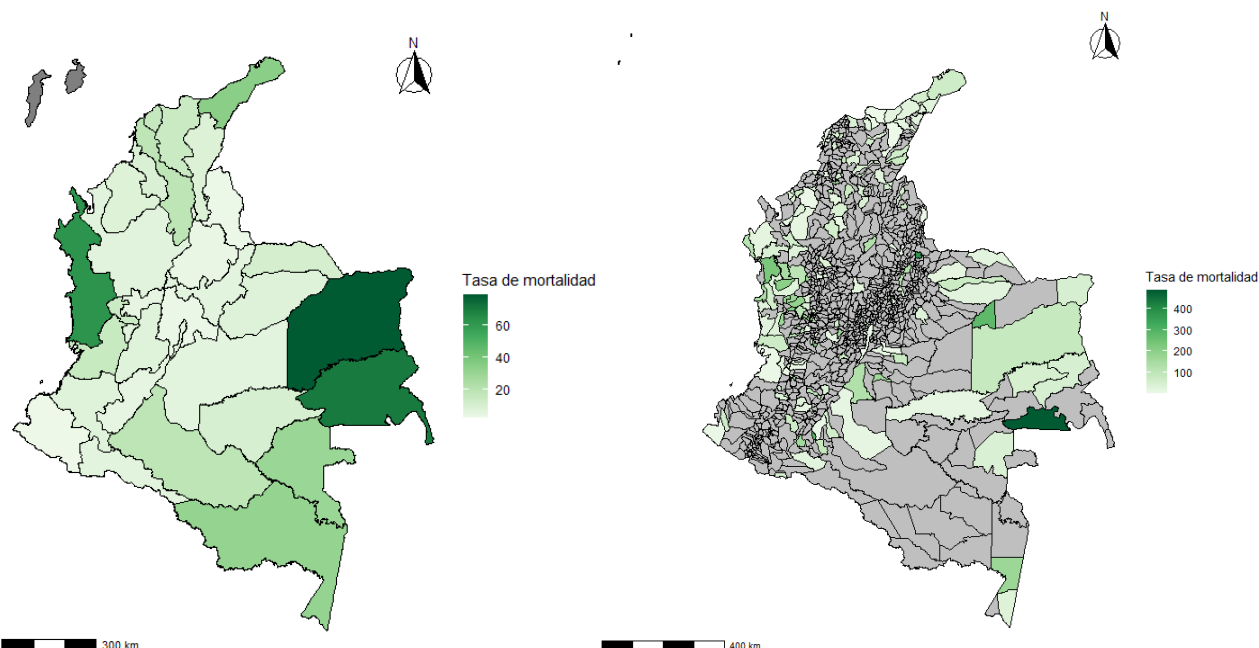




Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

En el 2024 las tasas de mortalidad en menores de cinco años por IRA de Vichada, Guainía, Chocó, La Guajira, Amazonas, Vaupés, Caquetá, Risaralda, Magdalena y Arauca estuvieron por encima del percentil 75 (anexo 5 y mapa 4). Por otro lado, Caquetá, Chocó y Vichada presentaron un comportamiento inusual hacia el aumento al compararlo con la mediana de los valores históricos de 2017-2019 y 2022-2023.

Mapa 4. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA por entidad territorial y municipios, Colombia, 2024



*En gris se muestran las entidades territoriales que no presentan casos de muertes por IRA.
Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024.

Para el 2024 las tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por IRA en los municipios con más de 100 000 habitantes se encontraron en Uribia, Maicao y Quibdó. Para los municipios que cuentan con 20 000 a 100 000 habitantes fueron Tadó, Tenjo y Urrao. En los municipios de menos de 20 000 habitantes se encontraron Pana Pana, Cerrito y Morella. De estos municipios con las tasas más altas Maicao, Quibdó, Riohacha, Pana Pana y Bojayá presentaron disminución respecto al año 2023, los restantes municipios presentaron aumento (tabla 7). Ninguno de estos municipios presentó un comportamiento inusual al aumento.

Tabla 7. Tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por IRA según municipios de residencia, Colombia, 2023-2024

Población	Departamento	Municipio	2023			2024		
			Caso	Población de 0 a 4	Tasa	Caso	Población de 0 a 4	Tasa
> 100 000	La Guajira	Uribia	11	19905	55,3	13	19720	65,9
	La Guajira	Maicao	9	22085	40,8	7	21895	32,0
	Chocó	Quibdó	7	13330	52,5	4	13239	30,2
	Arauca	Arauca	0	7925	0,0	2	7815	25,6
	La Guajira	Riohacha	11	24002	45,8	6	23802	25,2
20 000 - 100 000	Chocó	Tadó	0	1862	0,0	4	1848	216,5

	Cundinamarca	Tenjo	0	1786	0,0	2	1797	111,3
	Antioquia	Urrao	0	2856	0,0	3	2798	107,2
	Vichada	Cumaribo	1	10582	9,5	9	10625	84,7
	Sucre	Sucre	0	508	0,0	2	497	75,6
<20 000	Guainía	Pana Pana (ANM)	2	398	502,5	2	407	491,4
	Santander	Cerrito	0	523	0,0	2	515	388,3
	Caquetá	Morelia	0	354	0,0	1	348	287,4
	Vichada	Santa Rosalía	0	359	0,0	1	354	282,5
	Chocó	Bojayá	6	1707	351,5	4	1707	234,3

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

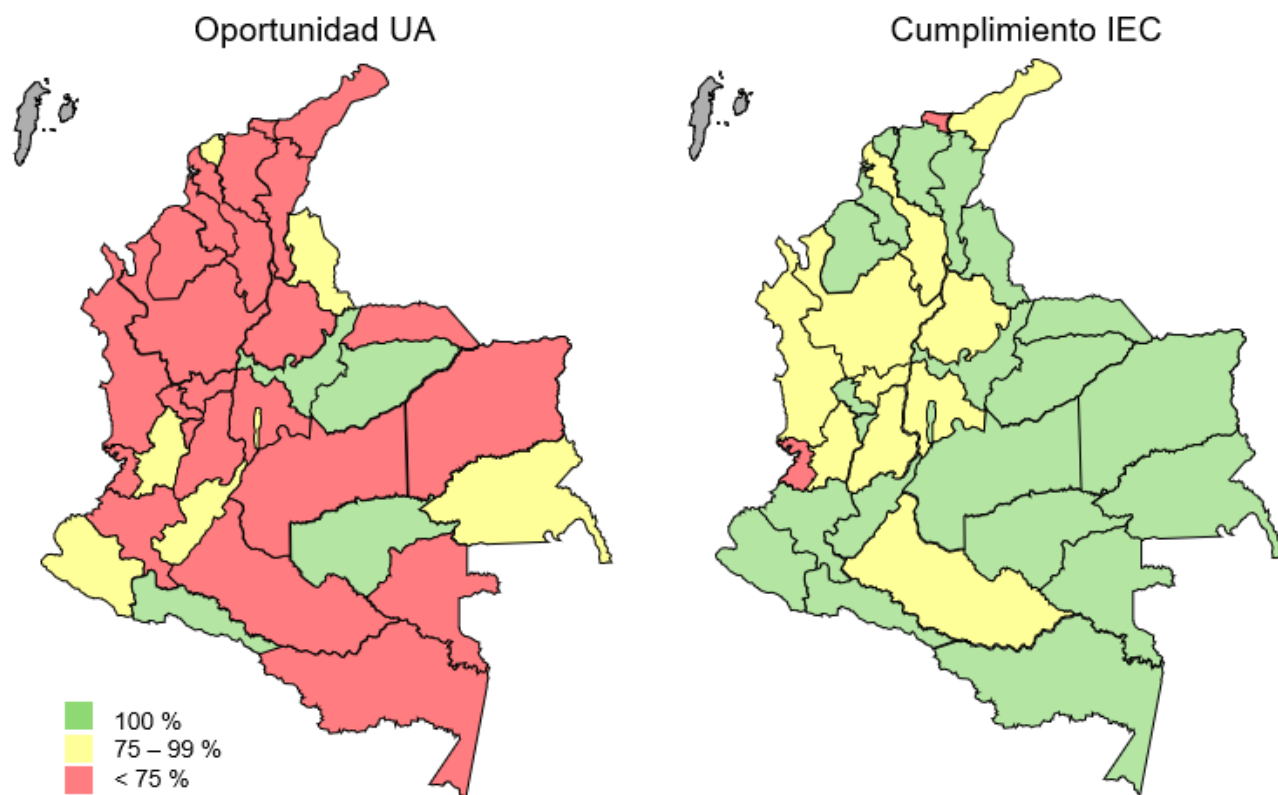
Muertes por IRA en menores de un año

De las 216 muertes en menores de un año por IRA, 121 (56,0 %) fueron de sexo femenino, 78 (36,1 %) eran de pertenencia étnica indígena, 100 (46,3 %) residían en centro poblado y rural disperso, 51 (23,6 %) de las madres de estos menores no tenían estudios, 166 (76,8 %) residían en un área de estrato 1, 169 (78,2 %) pertenencia a régimen subsidiado y 12 el (5,5 %) eran no afiliados. 140 (64,8 %) de las muertes fueron menores de seis meses. Las cinco entidades que presentaron las tasas más altas de mortalidad en menores de un año por IRA por cada 100 000 menores de cinco años fueron Vichada (280), Chocó (231,8), Vaupés (139,6), Guainía (137,2) y La Guajira (105,8).

Indicadores de las muertes en menores de cinco años por IRA

El indicador de oportunidad en la realización de las unidades de análisis de las muertes por IRA en menores de cinco años a nivel nacional fue del 54,9 %, siendo inferior respecto al 2023, 75,5 %. Boyacá, Casanare, Putumayo y Guaviare fueron las entidades con una oportunidad en el 100 %. Por otra parte, el cumplimiento en la realización de la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) fue de 94,8 % a nivel nacional, lo que fue superior respecto al 2023 (82,8 %) (mapa 5).

Mapa 5. Indicadores de oportunidad de realización de unidad de análisis y cumplimiento IEC de muertes en menores de cinco años por IRA, Colombia, 2024



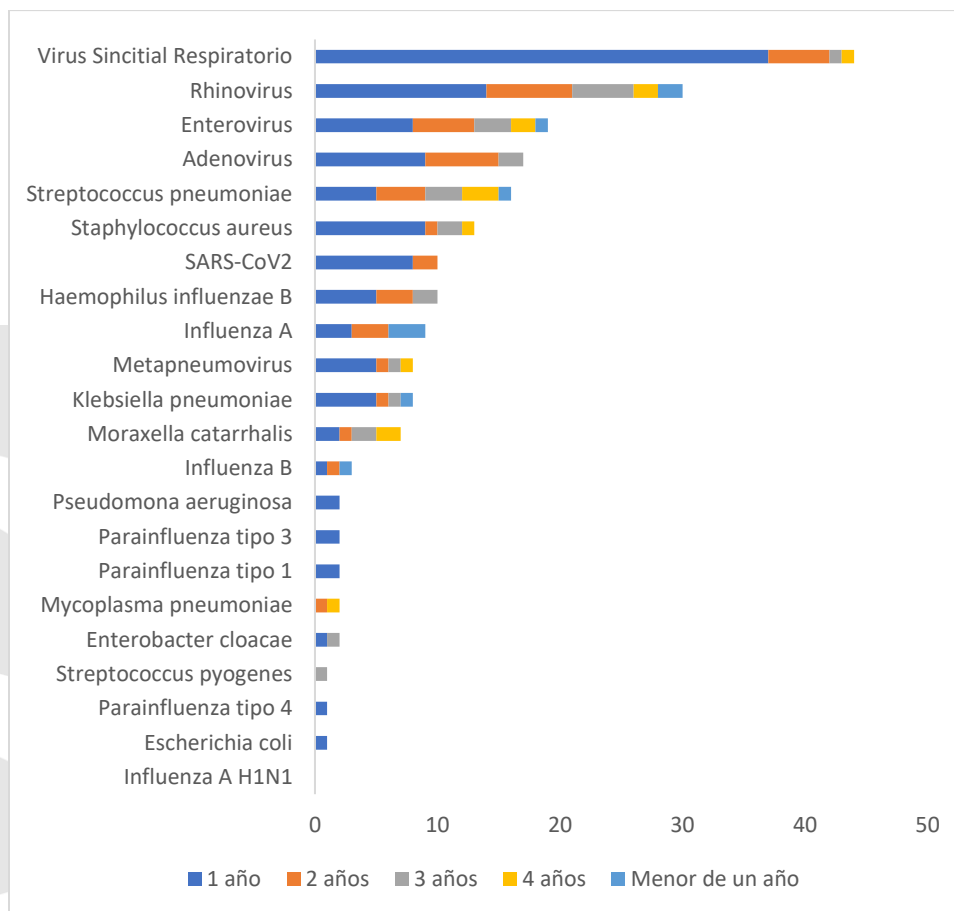
*En gris se muestran las entidades territoriales que no presentan casos de muertes por IRA.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024.

De las 139 (42,8 %) muertes por IRA de residencia en Colombia se confirmaron por laboratorio, siendo superior al 2023 (39,1 %). El porcentaje de toma de muestra en las muertes por IRA fue de 62,1 % siendo este valor similar al del 2023 (62,8 %). Amazonas, Atlántico, Bogotá D.C, Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Cauca, Huila, Putumayo, Santander, Quindío y Tolima tomaron muestra respiratoria al 100 % de las muertes por IRA institucionales.

Los agentes etiológicos más frecuentes identificados en las muertes confirmadas por IRA en menores de cinco años fueron Virus Sincitial Respiratorio (VSR) (44), Rhinovirus (30), Enterovirus (19) , Adenovirus (17), y Streptococcus pneumoniae (16); estos agentes se aislaron de manera individual o en conjunto con otros microorganismos en un mismo paciente (figura 7). En 69 (52,7 %) de los aislamientos se encontró un único agente etiológico, en 24 (18,3 %) dos agentes y en el 38 (29,0 %) tres o más agentes etiológicos.

Figura 7. Agentes etiológicos identificados en las muertes confirmadas por IRA en menores de cinco años según edad, Colombia, 2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, información de unidades de análisis

Resultados de tableros de problemas IRA

En 2024, se realizaron 306 unidades de análisis con tablero de problemas de la vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA). La categoría de servicios de salud fue la que presentó el mayor número de características o situaciones problema identificadas, con un 54% del total. La entidad territorial de Cartagena reportó el 12% de las situaciones identificadas.

Respecto a la categoría de servicios de salud, las acciones de promoción y mantenimiento de la salud fueron el factor predominante, con un 39% (672 situaciones problemas). El incumplimiento en las acciones de demanda inducida fue la situación problema más reportada en este factor, con un 28% de los casos, seguida del incumplimiento en las acciones de protección específica.

En segundo lugar, el factor de prestación de servicios individuales fue identificado con frecuencia, con situaciones problemas como el no cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica, inadecuado diligenciamiento de la historia clínica y falla en los mecanismos de seguimiento.

En la categoría individuo, los determinantes estructurales fueron el factor con mayor número de características identificadas, con un 39% (577 características) del total de esta categoría. La característica más identificada en este factor fue la condición de menor de edad, que se presentó en el 95% de los casos.

En segundo lugar, se identificaron características del factor de conocimientos, actitudes y prácticas en salud, con un 30% (441 características) del total. La baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud fue la característica más identificada en este factor, con un 33%.

El factor con menos características identificadas fue el acceso a los servicios de salud, con un 13% (186 características). Sin embargo, la mayor característica que se identificó fueron las prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud con el 38 % (71 características) (anexo 6).

MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR EDA

Se observó un aumento de muertes confirmadas en menores de cinco años por EDA del 6,6 % al comparar el 2024, 129 muertes, con respecto al 2023, 121 muertes. Las entidades territoriales de Buenaventura, Córdoba, Valle del Cauca, Norte de Santander, Bolívar y Antioquia presentaron un incremento por encima del 100 % en la presencia de casos al comparar el 2024 con el 2023 (Anexo 7).

Análisis de variables sociodemográficas de las muertes por EDA

De las 129 muertes por IRA, 88 (68,2 %) de las muertes ocurrió en menores de un año, 68 (52,7%) fue en menores de sexo masculino, 95 (73,6 %) de los niños fallecidos residían en centro poblado y zona rural dispersa, 121 (93,8 %) vivía en zona de estrato socioeconómico uno. Las muertes en niños de pertenecía étnica indígena fueron 86 (66,7 %), 104 (80,6 %) tenía aseguramiento en salud en el régimen subsidiado y 16 (12,4 %) no tenían aseguramiento. En relación con el nivel educativo de las madres 47 (36,4 %) no tenían escolaridad. Al implementar la prueba X^2 entre los casos de 2023 y 2024 no se observó asociación estadísticamente significativa en las variables sociodemográficas (tabla 8).

Tabla 8. Muertes en menores de cinco años por EDA según variables sociodemográficas, Colombia, 2023-2024

Variable	2023				2024				
	N=121	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad	N=129	%	Población de 0 a 4	tasa de mortalidad	p
Edad*									
Menor de un año	74	61,2	710225	10,4	88	68,2	705422	12,5	0,152
1 año	23	19,0	713225	3,2	26	20,2	710626	3,7	
2 años	10	8,3	737659	1,4	11	8,5	714188	1,5	
3 años	8	6,6	766462	1,0	2	1,6	739245	0,3	
4 años	6	5,0	774444	0,8	2	1,6	768353	0,3	
Sexo									
Femenino	43	35,5	1810391	2,4	61	47,3	1859625	3,3	0,079
Masculino	78	64,5	1891624	4,1	68	52,7	1778209	3,8	
Área									
Cabecera municipal	37	30,6	2607931	1,4	34	26,4	2562382	1,3	0,575
Centros poblados	10	8,3		7,7	15	11,6		8,8	
Rural Disperso	74	61,2	1094084		80	62,0	1075452		
Régimen de afiliación*									
Contributivo	7	5,8	-	-	5	3,9	-	-	0,780
Indeterminado	2	1,7	-	-	4	3,1	-	-	
No afiliado	13	10,7	-	-	16	12,4	-	-	
Subsidiado	99	81,8	-	-	104	80,6	-	-	
Excepción	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
Especial	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
Pertenencia étnica									
Indígena	85	70,2	-	-	86	66,7	-	-	0,636
Raizal	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	
Afrocolombiano	5	4,1	-	-	9	7,0	-	-	
Otros	31	25,6	-	-	34	26,4	-	-	
Escolaridad materna									
Secundaria	27	22,3	-	-	36	27,9	-	-	0,594
Primaria	46	38,0	-	-	46	35,7	-	-	
Ninguna	48	39,7	-	-	47	36,4	-	-	
Estrato socioeconómico									
1	110	90,9	-	-	121	93,8	-	-	0,532
2	5	4,1	-	-	4	3,1	-	-	
3	0	0,0	-	-	1	0,8	-	-	
4	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	

5	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-
6	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-
Sin información	6	5,0	-	-	3	2,3	-	-

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

*Test exacto de Fisher

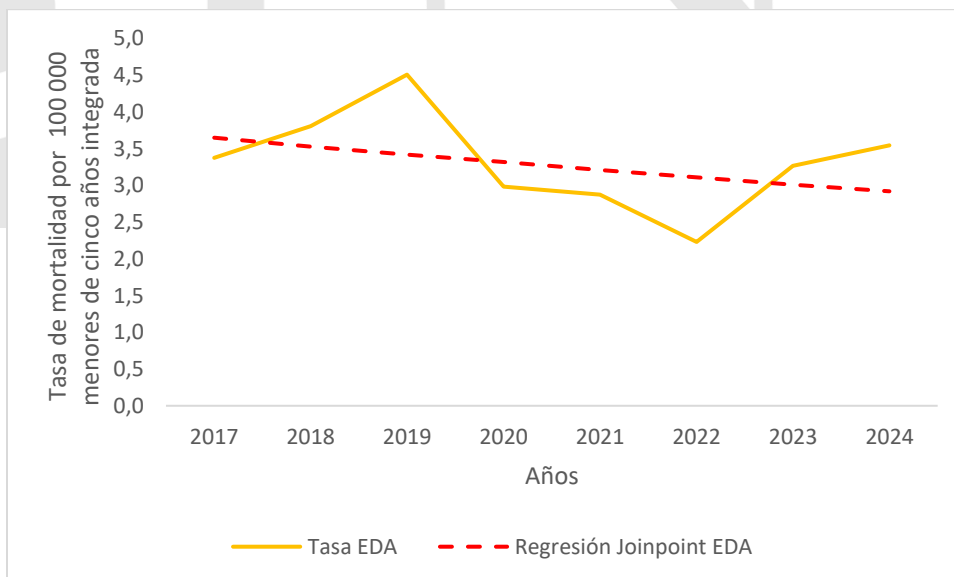
Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2023-2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

Análisis de tendencia de las tasas de mortalidad en menores de cinco años por EDA

La tasa nacional de mortalidad en menores de cinco años por EDA en el 2024 fue de 3,5 muertes por cada 100 000 menores de cinco años, por encima de los valores del 2017 y 2020-2023, pero por debajo de 2018 y 2019. Al implementar el modelo de regresión Joinpoint se encontró que el modelo general que se ajustaba mejor a los datos no presentaba cambios significativos en la tendencia en el periodo evaluado 2017-2024 (APC -3,14 IC -10,3 a 4,8, $p=0,420$) (figura 8).

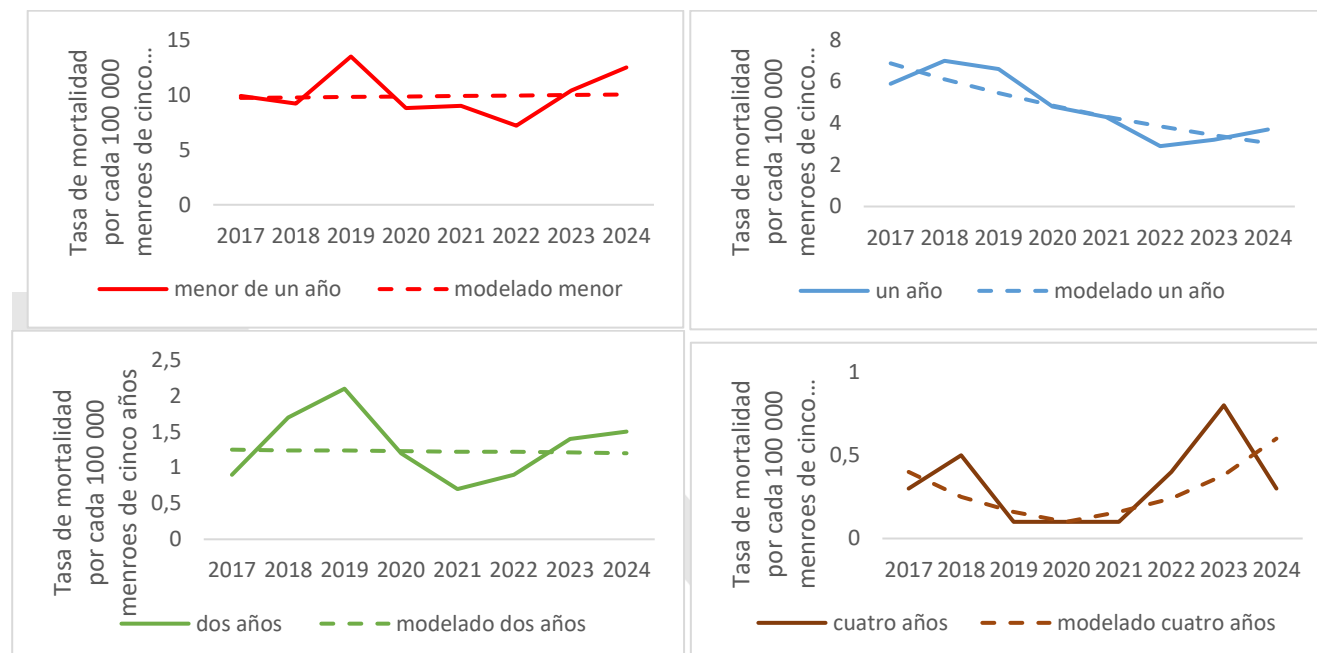
Al aplicar el modelo de regresión Joinpoint por grupo de edad se encontró que en las edades de menor de un año (APC 0,45, $p=0,91$, IC -6,62 a 8), un año (APC -10,9, IC -19,8 a -0,97, $p=0,03$), dos años (APC -0,56, IC -19,2 a 23,0, $P=0,94$) no presentaron cambios significativos en la tendencia en el periodo evaluado. La edad de cuatro años presentó un cambio en la tendencia entre los periodos 2017-2020 (APC -37,1, IC -83,3 a 141,2, $p=0,23$) y 2020-2024 (APC 56, IC -56,5 a 473,1, $p=0,16$) (figura 9). La edad de tres años no se calculó por esta metodología dado que en el 2017 no hubo muerte para esta edad

Figura 8. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por EDA, Colombia, 2017-2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

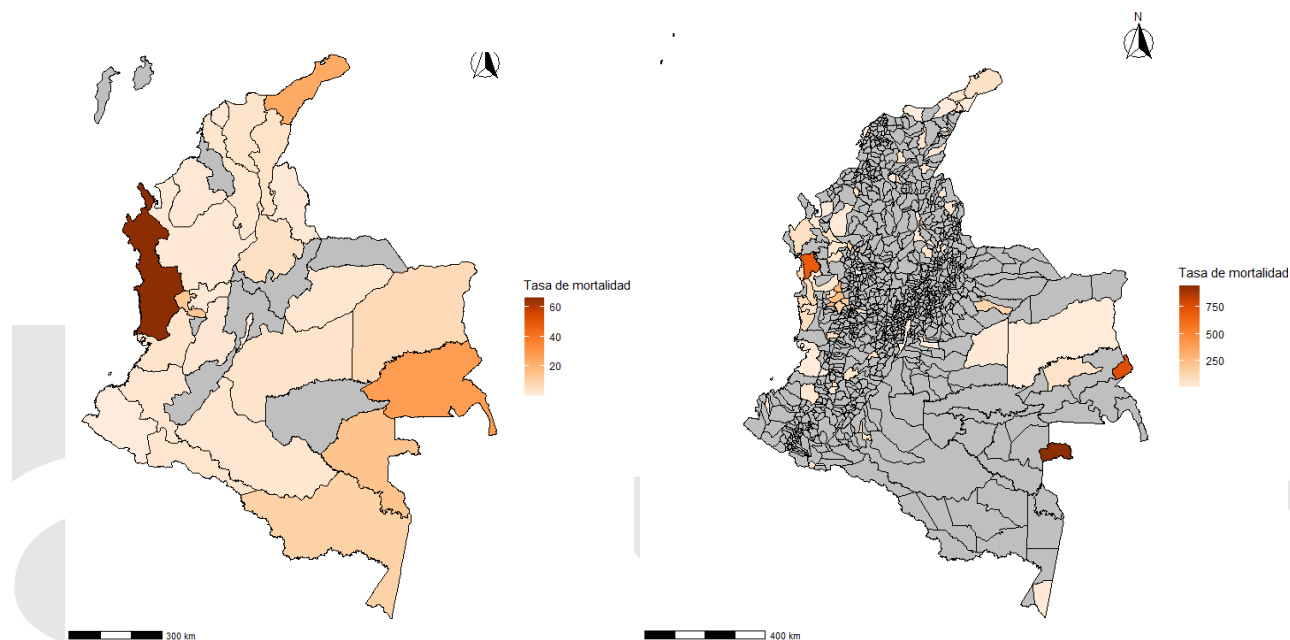
Figura 9. Tendencia de las tasas nacionales de mortalidad en menores de cinco años por EDA según edad, Colombia, 2017-2024



Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2017-2024.

En el 2024 las tasas de mortalidad en menores de cinco años por EDA de Chocó, Guainía, La Guajira, Vaupés, Risaralda, Amazonas, Buenaventura, Vichada, Santa Marta y Santander estuvieron por encima del percentil 75 (anexo 7 y mapa 6). Por otro lado, Buenaventura, Chocó y Santander presentaron un comportamiento inusual hacia el aumento al compararlo con la mediana de los valores históricos de 2017-2019 y 2022-2023.

Mapa 6. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por EDA por entidad territorial y municipios, Colombia, 2024



*En gris se muestran las entidades territoriales que no presentan casos de muertes por IRA.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024.

Para el 2024 las tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por IRA en los municipios con más de 100 000 habitantes se encontraron en Uribia, Quibdó y Girón. Para los municipios que cuentan con 20 000 a 100 000 habitantes fueron Tadó, Alto Baudó y Bajo Baudó. En los municipios de menos de 20 000 habitantes se encontraron Yavaraté, Cacahual y Bojayá. De estos municipios con las tasas más altas únicamente Bajo Baudó presentó disminución respecto al año 2023, los restantes municipios presentaron aumento (tabla 9). De estos municipios Tadó y Bojayá presentaron un comportamiento inusual al aumento.

Tabla 9. Tasas de mortalidad más altas en menores de cinco años por EDA según municipios de residencia, Colombia, 2023-2024

Población	Departamento	Municipio	Caso	Población de 0 a 4	Tasa	Caso	Población de 0 a 4	Tasa
> 100 000	La Guajira	Uribia	12	19905	60,3	12	19720	60,9
	Chocó	Quibdó	2	13330	15,0	4	13239	30,2
	Santander	Girón	1	11821	8,5	2	11574	17,3
	Santander	Piedecuesta	0	12701	0,0	2	12433	16,1
	Antioquia	Turbo	0	14347	0,0	2	14126	14,2
20 000 - 100 000	Chocó	Tadó	0	1862	0,0	4	1848	216,5

	Chocó	Alto Baudó	0	3340	0,0	3	3323	90,3
	Chocó	Bajo Baudó	11	3558	309,2	3	3545	84,6
	Chocó	Riosucio	3	3840	66,5	3	3750	66,9
	Tolima	Coyaima	0	1774	0,0	1	1743	57,4
<20 000	Vaupés	Yavaraté	0	101	0,0	1	105	952,4
	Guainía	Cacahual	0	132	0,0	1	132	757,6
	Chocó	Bojayá	3	1707	175,7	12	1707	703,0
	Chocó	El Carmen de Atrato	0	745	0,0	2	738	271,0
	Chocó	Bagadó	1	1581	63,3	4	1574	254,1

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales, DANE.

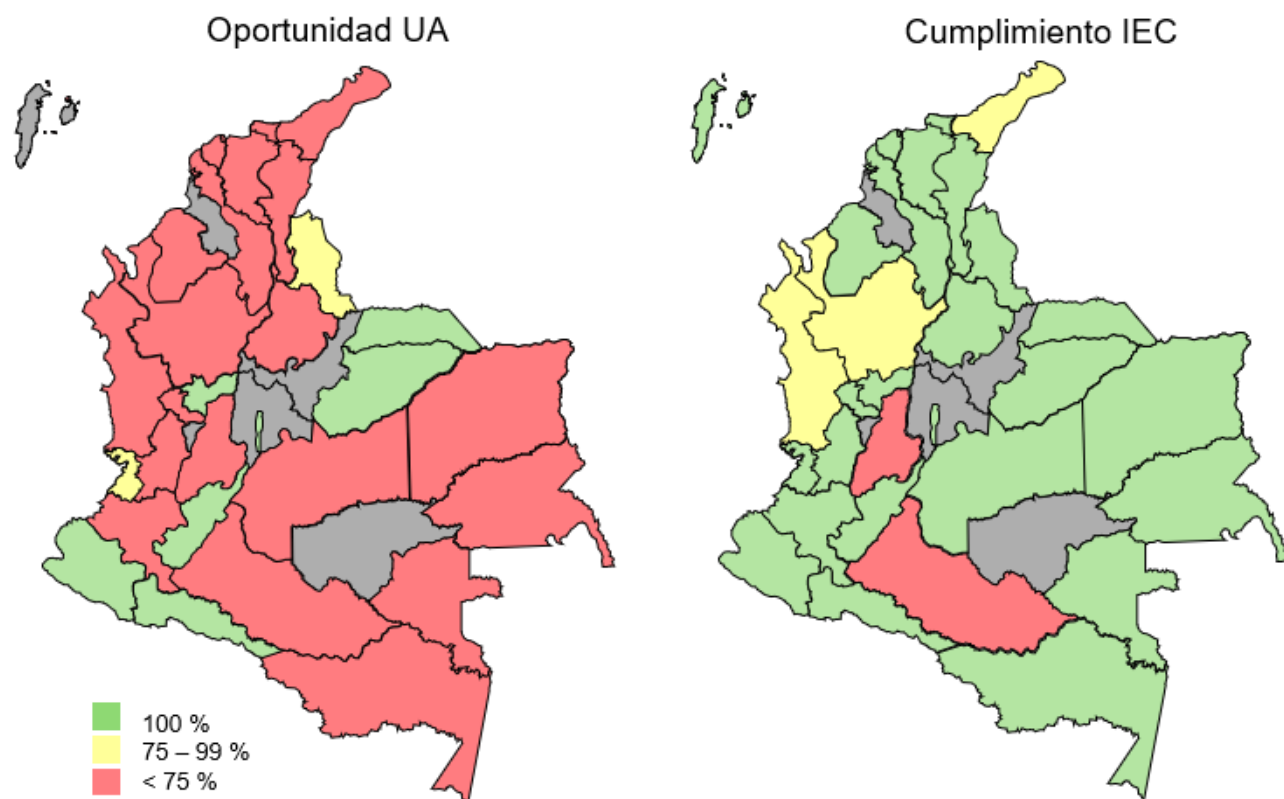
Muertes por EDA en menores de un año

De las 88 muertes en menores de un año por EDA, 49 (55,7 %) fueron de sexo masculino, 57 (64,8 %) eran de pertenencia étnica indígena, 63 (71,6 %) residían en centro poblado y rural disperso, 26 (29,5 %) de las madres de estos menores no tenían estudios, 84 (95,5 %) residían en un área de estrato 1, 71 (80,7 %) pertenencia a régimen subsidiado y 11 el (12,5 %) eran no afiliados. Las cinco entidades que presentaron las tasas más altas de mortalidad en menores de un año por EDA por cada 100 000 menores de cinco años fueron Chocó (223,2), Guainia (137,2), La Guajira (73,6), Amazonas (52,) y Risaralda (45,5).

Indicadores de las muertes en menores de cinco años por EDA

El indicador de oportunidad en la realización de las unidades de análisis de las muertes por EDA en menores de cinco años a nivel nacional fue del 34,2 %, siendo inferior respecto al 2023, 67,7 %. Arauca, Putumayo, Barranquilla, Bogotá D.C., Huila, Casanare y Caldas fueron las entidades con una oportunidad en el 100 %. Por otra parte, el cumplimiento en la realización de la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) fue de 91,7 % a nivel nacional, lo que fue superior respecto al 2023 (83,2 %) (mapa 7).

Mapa 7. Indicadores de oportunidad de realización de unidad de análisis y cumplimiento IEC de muertes en menores de cinco años por EDA, Colombia, 2024



*En gris se muestran las entidades territoriales que no presentan casos de muertes por EDA.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Evento 591, base Sivigila 2024.

Resultados de tableros de problemas EDA

En 2024, se realizaron 127 unidades de análisis con tablero de problemas de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por EDA. La categoría del individuo fue la que presentó el mayor número de características identificadas, con un 58% del total. La entidad territorial de Chocó reportó el 29% de las características identificadas.

En la categoría individuo, los determinantes estructurales fueron el factor con mayor número de características identificadas, con un 34% (285 características) del total de esta categoría. La característica más identificada en este factor fue la condición de menor de edad, que se presentó en el 87% de los casos.

Seguido del factor de conocimientos, actitudes y prácticas en salud con un 29% del total, y la característica de baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud se presentó en el

33% (80 características) de los casos. Y el factor de determinantes intermedios, con la característica de hogar con servicios públicos deficientes en el 67% de los casos.

Por otro lado, el acceso a los servicios de salud fue el factor con menos características identificadas, con un 18% (150 características). Sin embargo, las prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud fueron la característica más identificada en este factor, con un 47% (71 características).

Respecto a la categoría de servicios de salud, las acciones de promoción y mantenimiento de la salud fueron el factor predominante, con un 45% (278 situaciones problemas). El incumplimiento en las acciones de demanda inducida fue la situación problema más reportada en este factor, con un 31% de los casos (anexo 8).

4. Discusión

En 2024 hubo un descenso de los casos confirmados para el evento integrado de mortalidad por IRA, EDA o DNT aguda en comparación con el 2023. Al desagregar por evento, se identifica que la tasa de mortalidad por IRA continúa siendo la más elevada, seguido de mortalidad por DNT aguda y en tercer lugar EDA, similar a lo observado en los años anteriores (21–25). Esto es concordante a lo encontrado a nivel mundial donde la neumonía es una de las principales causas de muerte en menores de cinco años (26).

La tasa de mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años para el 2024 fue de 5,8 por cada 100 000 menores de cinco años es inferior a lo presentado en el 2023 (7,8) y puede estar asociado con la implementación del plan de desaceleración de la mortalidad por desnutrición en Colombia en 12 entidades territoriales priorizadas y la disminución de la inseguridad alimentaria durante el 2023 quien reporta que en el 2023 el porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria moderada o grave fue de 31,2 %, lo cual es inferior al 32,5 % del 2022 (20). A pesar de la disminución, todavía no se logra la meta del plan nacional de desarrollo 2022-2026 – Ley 2294 de 2023 en la que se propone reducir a 3,37 por cada 100 000 menores de cinco años la tasa de mortalidad asociada a DNT aguda (27). Por lo anterior, se requiere continuar con el plan de desaceleración de la desnutrición aguda en las 12 entidades priorizadas, así mismo, realizar un esfuerzo intersectorial para continuar con la disminución de la inseguridad alimentaria en el país. Además, se deben tener en cuenta otras entidades como Sucre y Norte de Santander, las cuales no se encuentran en las primeras 12 seleccionadas, pero que presentaron un aumento de la tasa de mortalidad en el 2024 en comparación con el 2023.

Además, se hace necesario focalizar la ejecución, fortalecimiento y seguimiento de las acciones que a través de lo técnico y normativo se han establecido para dar cumplimiento a la garantía del derecho fundamental a la salud, como lo son la resolución 3280 de 2018 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la resolución 2350 de 2020 para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de 0 a 59 meses de edad.

La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años para el 2024 fue de 8,9 por cada 100 000 menores de cinco años lo que es inferior a lo presentado en el 2023 (9,8), esto posiblemente asociado

a un aumento de coberturas de vacunación posterior a los años pandémicos y el regreso a consulta de los niños y niñas. A pesar de la disminución, todavía no se logra la meta propuesta en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en el cual el país se propone reducir a 6,7 las muertes por IRA por cada 100 000 menores de cinco años(28).

La tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco para el 2023 fue de 3,5 lo que es superior a lo presentado en el 2023 (3,3) y 2022 (2,8). El fenómeno del Niño puede estar relacionado con este incremento, dado que lleva a la presencia de sequías y puede generar consumo de agua sin tratamiento; además, asociado a los brotes presentados en el municipio de Bojayá y Bajo Baudó, Chocó. Este aumento aleja la tasa de mortalidad de la meta propuesta en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en el cual el país se propone reducir a 3 las muertes por EDA por cada 100 000 menores de cinco años (28).

La mayoría de los casos confirmados para los tres eventos se presentaron en menores de un año, lo cual es similar a lo encontrado en años anteriores (21–25) y a su vez es similar a lo presentado a nivel mundial (29). Al aplicar la metodología de Joinpoint se evidenció que para cada evento desagregado se observó una tendencia al aumento de las tasas de muertes en niños y niñas de cuatro años sin una significancia estadística, sin embargo, puede ser una señal de alerta para priorizar este grupo.

Además, la mayoría de las muertes para el evento integrado residían en zonas de estrato socioeconómico uno, que puede ser explicado por el análisis de equidad del Plan Decenal en Salud Pública (PDSP) 2022 – 2031 que muestra que los quintiles más altos por años de educación y Producto Interno Bruto (PIB) per cápita tienen de manera consistente una menor mortalidad en menores de cinco años que los quintiles más bajos (30). Además, la revisión sistemática realizada por O'hare et al. encontró que el ingreso económico es un determinante relevante en la supervivencia de los niños y niñas (31).

Por otra parte, por segundo año consecutivo se logró la identificación del agente etiológico en el 62 % de las muertes en menores de cinco años por IRA fallecidos a nivel institucional. Sin embargo, todavía uno de cada tres casos se queda sin identificación de casos lo que impide conocer las dinámicas de estos agentes a nivel territorial, por lo que se considera todavía se puede mejorar este aspecto. Los agentes etiológicos más frecuentes identificados fueron VSR, Rhinovirus y Enterovirus, siendo esto similar a lo encontrado el año anterior y lo encontrado por Vargas et al, en su estudio multicéntrico prospectivo de caracterización de pacientes pediátricos con falla respiratoria en Bogotá, Colombia (32).

A nivel nacional se presentó una correspondencia del 100 % entre el RUAF y el Sivigila. Este aumento se produjo dado un estricto proceso de cruce RUAF-Sivigila realizado desde nivel nacional donde se informaba a la entidad territorial semana a semana los casos pendientes por notificar; en aquellos donde no se obtuvo respuesta se realizó la notificación desde nivel nacional. Esto gracias a la articulación interinstitucional entre el INS y el DANE. Además, se debe recalcar que el DANE como ente oficial de las estadísticas vitales del país, incluye casos que no cumplen definición del evento para la vigilancia y casos que ingresan del Sistema de Identificación Red de desaparecidos y Cadáveres (SIRDEC), por lo tanto, siempre registrarán mayor número de muertes por IRA, EDA y DNT aguda en menores de cinco años que las notificadas en Sivigila.

Los indicadores son variables para medir de manera cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos que permitan respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables

que sirven para medir los cambios” (33). Teniendo esto en cuenta la oportunidad en la realización de unidades de análisis para el 2024 presentó una disminución en los tres eventos, respecto al 2023 (19). Esto se debió a problemas de contratación del personal para la vigilancia en salud pública, disminución de los tiempos para la realización de las unidades de análisis (en 2023 el tiempo para la realización de las UAs era 8 semanas y en 2024 se estableció que era 5 semanas (14)), ajustes de residencia, coordinación dentro de la entidad territorial y presencia de zonas geográficas de difícil acceso. Esto según lo identificado durante el seguimiento de este indicador por parte de los referentes del evento durante el año 2024.

Por otro lado, se presentó una reducción el número de casos “no concluyentes” entre el 2024 (17 casos) y el 2023 (42 casos) esto se debió a la articulación entre el INS y el instituto de medicina legal que favoreció el flujo de información ente ambas entidades garantizando la clasificación de los casos que fueron enviados a dicha entidad.

Respecto a los tableros de problemas, los determinantes estructurales, como la pertenencia étnica y la residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social, son factores de riesgo importantes para la mortalidad infantil (3). Estos factores generan fragilidad y vulnerabilidad en las condiciones de vida de los menores de cinco años. Además, el factor de conocimientos, actitudes y prácticas en salud son fundamentales para determinar el comportamiento de la salud de los menores de cinco años. La implementación de intervenciones educativas sostenidas en el tiempo, adaptadas a las particularidades de cada caso, puede ser crucial para mejorar los resultados de salud en esta población (34).

La característica de prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud está asociada con la medicina ancestral y las prácticas culturales tradicionales. Estas prácticas pueden influir en la decisión de buscar atención médica oportuna y efectiva, lo que puede aumentar el riesgo de mortalidad en estos eventos (35). Es importante que los servicios de salud sean culturalmente sensibles y que se tomen en cuenta las creencias y prácticas culturales de las comunidades para mejorar la accesibilidad y la efectividad de los servicios de salud evitando llegar a un desenlace fatal.

Por otro lado, el incumplimiento en las acciones de demanda inducida y las falencias en la prestación de servicios individuales, como el no cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica y el inadecuado diligenciamiento de la historia clínica, pueden estar relacionados con barreras en el acceso a la atención médica oportuna y efectiva (36).

Con respecto a los factores de situaciones problemas asociados a las muertes por IRA, se encontró que, de la categoría de servicios de salud, el factor predominante fueron las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, con situaciones problemas como el incumplimiento en las acciones de demanda inducida e incumplimiento en las acciones de protección específica. Esto sugiere que los servicios de salud pueden estar fallando en la prevención y detección temprana de casos de IRA (34).

Además, el factor de prestación de servicios individuales también presentó situaciones problemas importantes, como el no cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica, inadecuado diligenciamiento de la historia clínica y falla en los mecanismos de seguimiento. La

implementación de guías de práctica clínica puede ser una herramienta útil para estandarizar la práctica clínica y disminuir la variabilidad en la atención médica, lo que puede mejorar la calidad de los servicios de salud (37).

Es importante desarrollar capacidades para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de los menores de cinco años (38). De esta manera, se puede optimizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de la IRA en los menores de cinco años y reducir el riesgo de desenlaces fatales.

En la categoría individuo, los determinantes estructurales fueron el factor con mayor número de características identificadas. Estos determinantes generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y definen la posición socioeconómica individual, lo que puede causar inequidades en salud (10). Estas características pueden generar fragilidad y vulnerabilidad en las condiciones de vida de los menores de edad, lo que puede aumentar el riesgo de IRA.

Además, se identificaron características del factor de conocimientos, actitudes y prácticas. La baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud fue la característica más identificada en este factor. La falta de conocimiento de los cuidadores respecto a los signos de alarma que indican que el menor debe ser valorado por un médico es un problema importante asociado con la gravedad de las IRA (4). Por lo tanto, es fundamental enfocar la educación para la salud en las familias con el propósito de que las actitudes y prácticas sean favorables para un adecuado manejo de IRA y sus complicaciones.

Las características identificadas en el factor de "conocimientos, actitudes y prácticas en salud" son clave para prevenir este evento y plantean la necesidad del fortalecimiento de las recomendaciones contempladas en la ruta de promoción de la salud del Modelo de Atención Integral en Salud en Colombia y de la generación de propuestas o políticas con un enfoque importante de promoción de la salud y prevención de la infección respiratoria aguda en los menores de cinco años (11).

Para evento de EDA, al igual que en la IRA, muestra que los determinantes estructurales son un factor importante en la categoría individual. Las inequidades en salud se basan en las barreras que impiden que las personas obtengan condiciones de vida favorables y se generan por diferencias en las condiciones sociales y económicas, que influyen en los comportamientos de la población, sus estilos de vida, el riesgo de enfermar y las medidas adoptadas para hacer frente a la enfermedad (38).

En la categoría individual, el factor que tuvo el primer lugar fue el de "conocimientos, actitudes y prácticas en salud", factor clave para la prevención del evento. La educación en salud es una estrategia importante para promover comportamientos saludables y prevenir enfermedades en los menores de cinco años (8). De esta manera, se genera la necesidad de reforzar la educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención de la enfermedad en esta población.

Además, el factor de determinantes intermedios, específicamente la característica de hogar con servicios públicos deficientes también juega un papel importante en la ocurrencia de EDA. La falta de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento adecuado puede aumentar el riesgo de enfermedades diarreicas en los menores de cinco años (39)

Los resultados de los tableros de problemas de DNT Aguda en menores de cinco años sugieren que los determinantes estructurales y los conocimientos, actitudes y prácticas en salud son factores importantes que contribuyen a la mortalidad por esta causa. lo que puede estar relacionado con las inequidades en salud y la falta de acceso a servicios básicos (38). La baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud y el desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador pueden ser factores importantes que contribuyen a la mortalidad por DNT Aguda (4). Las prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud también pueden ser una barrera para el acceso a los servicios de salud, especialmente en comunidades rurales y marginadas (6).

La implementación de estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer los sistemas de salud puede ser crucial para reducir la mortalidad por DNT Aguda en menores de cinco años. El incumplimiento en las acciones de demanda inducida y el no cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica pueden estar relacionados con barreras en el acceso a la atención médica oportuna y efectiva para la presentación del evento.

5. Conclusiones

- La tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 5,8 por 100.000 habitantes por desnutrición aguda (DNT) aguda, 8,9 por infección respiratoria aguda (IRA) y 3,5 por enfermedad diarreica aguda (EDA)
- Los casos confirmados presentaron un descenso al comparar el 2022 y el 2023.
- Las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda fueron más frecuentes en menores de un año, sexo masculino, aseguramiento en salud en el régimen subsidiado, residentes de la zona rural y quienes vivían en zona de estrato socioeconómico uno.
- El porcentaje de toma de muestras para diagnóstico de agente etiológico en menores de cinco años con IRA se mantuvo en 62 %
- El indicador de oportunidad de realización de UA presentó un descenso respecto al año anterior.
- La tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años completa dos años hacia el aumento.
- La tasa de mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años completa dos años hacia el descenso
- De las 12 entidades territoriales priorizadas en el plan para la desaceleración de la mortalidad por DNT en Colombia, 10 presentaron descenso en número de casos y tasa de mortalidad. Exceptuando Risaralda y Meta.
- La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el 2024 fue más baja que en el 2023 y 2022

- Según el análisis de los tableros de problemas realizados en el 2024 de los casos de las muertes a causa de enfermedades de IRA, EDA y DNT, fueron bajo condiciones prevenibles, es importante la participación de actores que tengan la capacidad de decisión y realicen intervenciones para evitar este tipo de muertes y todas las acciones lleguen a quienes más las necesitan, los más vulnerables.
- El resultado de los tableros de problemas constituye un insumo valioso para justificar el planteamiento de directrices y políticas públicas que aborden los problemas de salud teniendo en cuenta los determinantes sociales.
- En Colombia los niños menores de cinco años que murieron durante el 2024 por IRA, EDA o DNT aguda en su mayoría son niños con pertenencia étnica, provienen de áreas rurales dispersas, donde los alimentos y el agua potable son escasos y existen mayores barreras de acceso geográficas culturales a los servicios de salud.
- La importancia de estos análisis radica en su capacidad para informar decisiones basadas en evidencia y mejorar la respuesta del sistema de salud frente a eventos de interés en salud pública, como la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) o desnutrición aguda (DNT). Estos hallazgos pueden contribuir a la formulación de políticas y programas que promuevan la equidad en salud y reduzcan las brechas en el acceso a los servicios de salud para las poblaciones más vulnerables.

6. Recomendaciones

- Las entidades territoriales deben fortalecer y realizar acompañamiento técnico al personal de salud de las UPGD para mejorar la calidad del dato en la notificación al evento de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda.
- Fortalecer en el talento humano de las IPS en salud las habilidades para el diligenciamiento del certificado de defunción permitiendo así una adecuada identificación de los casos que cumplen con criterios para ser notificados, y contribuyendo a mejorar la calidad y la oportunidad de la información.
- Continuar con el fortalecimiento por parte de las entidades territoriales en la realización de las unidades de análisis dentro de los tiempos oportunos para su envío. Para lo cual, es muy importante garantizar la continuidad del personal contratado para vigilancia en salud pública en las entidades territoriales.

- Realizar la toma de muestra a todas las muertes probables en menores de cinco años por IRA y EDA, por parte de las instituciones prestadoras de servicios en salud, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia
- Las EAPBS deben fortalecer las acciones de protección específica como la vacunación, educación y comunicación para la salud a padres de familia y cuidadores con el fin de sensibilizar y generar apropiación de prácticas de cuidado como lavado de manos con agua y jabón, reconocimiento de signo de alarma para acudir oportunamente a los servicios de salud, uso de elementos de protección personal (tapabocas) y la gestión integral del riesgo a través de la participación de actores del sector educativo, ambiental, social, entre otros.
- Las entidades territoriales departamentales y distritales deben realizar acompañamiento técnico al talento humano que realiza las unidades de análisis con el fin de fortalecer la oportunidad, completitud, coherencia, pertinencia y calidad de la información.
- Las entidades territoriales departamentales y distritales deben analizar y divulgar la información obtenida de las unidades de análisis y los tableros de problemas en diferentes espacios y a los actores responsables, que permita la toma de decisiones o reorientación de las políticas públicas.
- Incentivar desde cada una de las entidades territoriales las estrategias de promoción de la salud, prevención y educación de la enfermedad por IRA, EDA y DNT en los menores de cinco años, que están implementadas, para así mejorar las condiciones y la calidad de vida de los habitantes de los territorios, ofreciendo servicios integrales que fortalezcan la salud de cada comunidad, promoviendo una vida sana de acuerdo con los requerimientos en este primer momento de curso de vida que es tan importante, teniendo en cuenta las características de cada menor y así evitar un desenlace fatal.

7. Bibliografía

1. Naciones Unidas. Objetivo de desarrollo disponible [Internet]. [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
2. UNICEF. Under-five mortality [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>
3. Hug L, Liu Y, Nie W, Sharrow D, You D, Cao B, et al. Levels & trends in child mortality. Report 2023. [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 18]. 1–96 p. Available from: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>
4. OMS. Facts malnutrition [Internet]. 2024 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

5. UNICEF, WHO, World Bank Group. Levels and trends of child malnutrition. 2023 [cited 2024 Mar 18];1–32. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791>
6. UNICEF. Child Malnutrition [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
7. Kerr JA, Patton GC, Cini KI, Abate YH, Abbas N, Abd Al Magied AHA, et al. Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 2025 Mar;405(10481):785–812.
8. UNICEF. Pneumonia [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/#:~:text=Pneumonia%20kills%20more%20children%20than,of%20these%20deaths%20are%20preventable>
9. UNICEF. Diarrhoea [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/#:~:text=Diarrhoea%20is%20a%20leading%20killer,of%20a%20simple%20treatment%20solution>
10. Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Child Mortality [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 22]. Available from: <https://childmortality.org/profiles/region>
11. Institute for Health Metrics and Evaluation. Pneumonia [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://ourworldindata.org/pneumonia>
12. Institute for Health Metrics and Evaluation. Diarrheal [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/deaths-from-diarrheal-diseases-by-age>
13. FAO, FIDA, OPS, PMA, UNICEF. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://www.fao.org/3/cc3859es/cc3859es.pdf>
14. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados [Internet]. Colombia; Jan 28, 2025 p. 1–63. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Mortalidad_menores%205%20a%C3%B1os%202024.pdf
15. Instituto Nacional de Salud. Informe tablero de problemas, Colombia, 2023 [Internet]. 2024 Jun [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Tablero%20de%20problema%202023.pdf>

16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población a nivel municipal. Periodo 2018 - 2035 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
17. National Cancer Institute. Joinpoint Trend Analysis Software [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
18. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por Infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. [Internet]. 2024 May. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Mortalidad_menores%205%20a%C3%B1os%202024.pdf
19. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento 2023 Vigilancia Integrada de Muertes en Menores de Cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición Aguda [Internet]. 2024 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023 [Internet]. Colombia; 2024 May. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas->
21. Instituto Nacional de Salud. VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA O DESNUTRICION. 2018 [Internet]. [cited 2023 May 29]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS_2018.pdf
22. Instituto Nacional de Salud. VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA O DESNUTRICION. 2019 [Internet]. [cited 2023 May 29]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS_2019.pdf
23. Instituto Nacional de Salud. VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA O DESNUTRICIÓN. 2020 [Internet]. [cited 2023 May 29]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20POR%20DNT,%20EDA,%20IRA_2020.pdf

24. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Vigilancia Integrada muerte menor 5 años por IRA, EDA o DNT. 2021 [Internet]. [cited 2023 May 29]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%202021.pdf>
25. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición [Internet]. Colombia; 2023 Jun [cited 2024 Jun 3]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%202022.pdf>
26. UNICEF. Child mortality (under 5 years). 2022 [cited 2024 Jan 29]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-under-5-mortality-in-2020>
27. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (PND 2022-2026) Colombia, potencia mundial de la vida. 2023 [cited 2023 Feb 7]; Available from: <https://senado.gov.co/index.php/documentos/senado-prensa/6893-2023-02-06-bases-pnd-2023/file>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud publica 2022 - 2031 [Internet]. Colombia; 2022 p. 1–691. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
29. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels & trends in child mortality : report 2022 [Internet]. [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud Colombia 2021. [cited 2023 Jun 6]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
31. O'Hare B, Makuta I, Chiwaula L, Bar-Zeev N. Income and child mortality in developing countries: A systematic review and meta-analysis. J R Soc Med. 2013;106(10):408–14.
32. Vargas Muñoz SM, De Vivero Haddad S, Beltran AM, Bonilla Gonzalez C, Naranjo Vanegas M, Moreno-Lopez S, et al. Incidence, etiology, sociodemographic and clinical characterization of acute respiratory failure in pediatric patients at a high-altitude city: A multicenter cohort study. Front Pediatr. 2022 Dec 15;10.

33. Instituto Nacional de Salud. MANUAL DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA OPERACIÓN DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA BASADA EN EVENTOS PRE DEFINIDOS. [cited 2023 Jun 20]; Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/5.%20Manual%20de%20analisis%20de%20indicadores.pdf#search=manual%20indicadores>
34. Organización Mundial de la Salud. Reducing stunting in children [Internet]. 2018 [cited 2025 May 26]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260202/9789241513647-eng.pdf?sequence=1>
35. Organización Mundial de la Salud. WHO Global report on traditional and complementary medicine 2019 [Internet]. 2019 [cited 2025 May 26]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1>
36. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la gestión de la atención primaria de salud. 1997 [cited 2025 May 26]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3091>
37. Poblano-Verástegui O, Vieyra-Romero WI, Galván-García ÁF, Fernández-Elorriaga M, Rodríguez-Martínez AI, Saturno-Hernández PJ. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. Salud Publica Mex. 2017;59(2):165–75.
38. Marmot M, Wilkinson R, editors. Social Determinants of Health. Oxford University Press; 2005.
39. Prüss-Ustün A, Wolf J, Bartram J, Clasen T, Cumming O, Freeman MC, et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. Int J Hyg Environ Health. 2019 Jun;222(5):765–77.

8. Anexos

Anexo 1. Tipo y nivel de medición de las variables analizadas

Variable	Tipo de variable	Nivel de medición
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotomica
Edad	Cuantitativa discreta	De razón
Régimen de afiliación	Cualitativa	Nominal politomica
Estrato socio económico	Cualitativa	Ordinal
Nivel educativo de la madre	Cualitativa	Ordinal
Pertenencia étnica	Cualitativa	Nominal politomica
Área de residencia	Cualitativa	Nominal politomica
Entidad de residencia	Cualitativa	Nominal politomica
Entidad de notificación	Cualitativa	Nominal politomica
Municipio de residencia	Cualitativa	Nominal politomica
Clasificación de la muerte	Cualitativa	Nominal Politomica

Anexo 2. Muertes en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda, Colombia, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	2023	2024	Variación %
Nacional	772	665	-13,9
La Guajira	140	115	-17,9
Chocó	119	111	-6,7
Antioquia	43	54	25,6
Cesar	38	26	-31,6
Bogotá, D.C.	32	26	-18,8
Magdalena	33	25	-24,2
Risaralda	25	24	-4,0
Córdoba	25	22	-12,0
Vichada	23	20	-13,0
Atlántico	16	20	25,0
Sucre	10	16	60,0
Bolívar	26	16	-38,5

Meta	23	15	-34,8
Valle del Cauca	17	15	-11,8
Santander	17	14	-17,6
Cauca	20	12	-40,0
Cartagena	13	11	-15,4
Caquetá	7	11	57,1
Norte de Santander	8	10	25,0
Buenaventura	12	9	-25,0
Barranquilla	8	9	12,5
Tolima	10	8	-20,0
Cundinamarca	3	8	166,7
Cali	3	8	166,7
Nariño	20	7	-65,0
Guainía	10	7	-30,0
Amazonas	9	6	-33,3
Huila	12	6	-50,0
Boyacá	10	5	-50,0
Vaupés	5	5	0,0
Casanare	6	5	-16,7
Arauca	11	4	-63,6
Putumayo	2	4	100,0
Caldas	1	4	300,0
Santa Marta	9	3	-66,7
Quindío	2	2	0,0
Guaviare	2	2	0,0
Archipiélago de San Andrés	2	0	-100,0

Anexo 3. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por DNT aguda según percentil, Colombia, 2023-2024

Entidad territorial	2023			2024			Variación porcentual
	casos	Población de 0 a 4	tasas	casos	Población de 0 a 4	tasas	
Chocó	50	57736	86,6	37	57408	64,5	-26,0
Vichada	17	13844	122,8	8	13882	57,6	-52,9
La Guajira	66	110519	59,7	51	109562	46,5	-22,7
Vaupés	0	6422	0,0	2	6616	30,2	200

Amazonas	1	9532	10,5	2	9479	21,1	100,0
Magdalena	18	84211	21,4	13	83203	15,6	-27,8
Risaralda	8	58921	13,6	8	57281	14,0	0,0
Sucre	2	77258	2,6	9	76269	11,8	350,0
Guaviare	1	9596	10,4	1	9693	10,3	0,0
Cesar	22	122322	18,0	11	120516	9,1	-50,0
Buenaventura	5	35485	14,1	3	34660	8,7	-40,0
Meta	7	83681	8,4	7	82417	8,5	0,0
Caquetá	5	37852	13,2	3	37092	8,1	-40,0
Atlántico	9	116809	7,7	7	114269	6,1	-22,2
Córdoba	9	153446	5,9	7	150245	4,7	-22,2
Antioquia	19	432060	4,4	18	423758	4,2	-5,3
Arauca	3	27731	10,8	1	27385	3,7	-66,7
Putumayo	0	31768	0,0	1	31461	3,2	100
Norte de Santander	1	130890	0,8	4	128136	3,1	300,0
Bolívar	14	103694	13,5	3	101537	3,0	-78,6
Casanare	0	38327	0,0	1	37695	2,7	100
Cartagena	2	79087	2,5	2	77320	2,6	0,0
Nariño	5	120983	4,1	3	118359	2,5	-40,0
Barranquilla	3	89660	3,3	2	87540	2,3	-33,3
Valle del Cauca	5	138049	3,6	3	134381	2,2	-40,0
Huila	5	100861	5,0	1	98861	1,0	-80,0
Cauca	0	113898	0,0	1	112281	0,9	100
Cali	1	145590	0,7	1	141543	0,7	0,0
Santander	4	152269	2,6	1	149051	0,7	-75,0
Bogotá, D.C.	0	471155	0,0	0	462484	0,0	-
Boyacá	1	86426	1,2	0	84906	0,0	-100,0
Caldas	0	60397	0,0	0	59103	0,0	-
Cundinamarca	0	235046	0,0	0	235970	0,0	-
Guainía	1	6967	14,4	0	7063	0,0	-100,0
Quindío	0	31403	0,0	0	30672	0,0	-
Archipiélago de San Andrés	0	4222	0,0	0	4066	0,0	-
Santa Marta	2	40094	5,0	0	39508	0,0	-100,0
Tolima	2	83804	2,4	0	82162	0,0	-100,0
Nacional	288	3702015	7,8	211	3637834	5,8	-26,7

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

Anexo 4. Factores asociados a los servicios de salud identificados en las muertes por DNT aguda de menores de cinco años, Colombia, 2024

Factores y Situaciones Problema	Total
Individuo	1431
Determinantes estructurales.	467
Menor de edad	191
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal, ROM	148
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	79
Sin afiliación al SGSSS	28
Migrante	14
Desplazado	5
Identidad de género	1
Víctima del conflicto armado	1
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	450
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	149
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	139
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	92
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	31
Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	14
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	14
Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	11
Determinantes intermedios.	293
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	134
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	85
No disponibilidad o acceso a los alimentos	37
Ocupado informal	20
Desocupado	8
Consumidor de sustancias psicoactivas	3
Población con afectaciones en la salud mental	3
Población con discapacidad	3
Acceso a los servicios de salud.	221

Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	88
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	76
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	24
Lenguaje e idioma que retrasan el acceso al servicio de salud	22
No cuenta con la capacidad económica necesaria para los gastos de la atención en salud (medicamentos, insumos)	7
Situaciones de orden público que retrasan el acceso al servicio de salud	4

Servicios de salud	1330
---------------------------	-------------

Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	589
---	------------

Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	162
Incumplimiento en las acciones de protección específica	132
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	123
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	109
Incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente	63

Prestación de servicios individuales.	399
--	------------

No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	102
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	81
Falla en los mecanismos de seguimiento	66
Tratamiento inadecuado o inoportuno	43
Diagnostico tardío o inadecuado	36
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	34

No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	21
---	----

Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	9
--	---

No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	7
---	---

Gestión del aseguramiento.	192
-----------------------------------	------------

No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	63
---	----

No se realiza la atención integral de su población afiliada	43
La EAPB o entidad territorial no garantiza una red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive	37
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	25
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	17
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	7
Gobernanza.	67
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	29
No se han desarrollado planes, programas o proyectos para el control y mitigación de los eventos de interés en salud pública	21
Fallas en la identificación y canalización a programas de protección social de acuerdo con la necesidad del paciente y oferta disponible del estado	17
Prestación de servicios colectivos.	57
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	21
Inaccesibilidad a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas	19
Inoportunidad o ausencia de contratación para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	17
Procesos de gestión del talento humano.	26
Insuficiente disponibilidad del talento humano	13
Deficiencias en el enfoque intercultural del talento humano para la atención en salud	11
Deficiencias en el trato respetuoso y de cuidado establecido en los derechos del paciente	2
Total	2761

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Grupo de Análisis de Casos Especiales. Tableros de Problemas. Evento vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) o desnutrición (DNT). 2024.

Anexo 5. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA aguda según percentil, Colombia, 2023-2024

Entidad territorial	2023			2024			Variación porcentual
	casos	Población de 0 a 4	tasas	casos	Población de 0 a 4	tasas	
Vichada	2	13844	14,4	11	13882	79,2	450,0
Guainía	4	6967	57,4	5	7063	70,8	25,0
Chocó	44	57736	76,2	36	57408	62,7	-18,2
La Guajira	47	110519	42,5	38	109562	34,7	-19,1
Amazonas	6	9532	62,9	3	9479	31,6	-50,0
Vaupés	4	6422	62,3	2	6616	30,2	-50,0
Caquetá	2	37852	5,3	7	37092	18,9	250,0
Risaralda	9	58921	15,3	8	57281	14,0	-11,1
Magdalena	12	84211	14,2	11	83203	13,2	-8,3
Arauca	6	27731	21,6	3	27385	11,0	-50,0
Bolívar	11	103694	10,6	11	101537	10,8	0,0
Atlántico	6	116809	5,1	12	114269	10,5	100,0
Cartagena	11	79087	13,9	8	77320	10,3	-27,3
Guaviare	1	9596	10,4	1	9693	10,3	0,0
Sucre	5	77258	6,5	7	76269	9,2	40,0
Buenaventura	6	35485	16,9	3	34660	8,7	-50,0
Cesar	12	122322	9,8	10	120516	8,3	-16,7
Córdoba	15	153446	9,8	12	150245	8,0	-20,0
Casanare	2	38327	5,2	3	37695	8,0	50,0
Valle del Cauca	11	138049	8,0	10	134381	7,4	-9,1
Tolima	8	83804	9,5	6	82162	7,3	-25,0
Cauca	13	113898	11,4	8	112281	7,1	-38,5
Barranquilla	5	89660	5,6	6	87540	6,9	20,0
Antioquia	21	432060	4,9	28	423758	6,6	33,3
Quindío	2	31403	6,4	2	30672	6,5	0,0
Putumayo	1	31768	3,1	2	31461	6,4	100,0
Meta	14	83681	16,7	5	82417	6,1	-64,3
Boyacá	8	86426	9,3	5	84906	5,9	-37,5
Bogotá, D.C.	32	471155	6,8	25	462484	5,4	-21,9
Caldas	1	60397	1,7	3	59103	5,1	200,0
Huila	6	100861	5,9	5	98861	5,1	-16,7
Cali	1	145590	0,7	7	141543	4,9	600,0
Santander	7	152269	4,6	6	149051	4,0	-14,3

Cundinamarca	3	235046	1,3	8	235970	3,4	166,7
Norte de Santander	6	130890	4,6	4	128136	3,1	-33,3
Nariño	13	120983	10,7	3	118359	2,5	-76,9
Santa Marta	4	40094	10,0	1	39508	2,5	-75,0
Archipiélago de San Andrés	2	4222	47,4	0	4066	0,0	-100,0
Nacional	363	3702015	9,8	325	3637834	8,9	-10,5

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

Anexo 6. Factores asociados a los servicios de salud identificados en las muertes por IRA de menores de cinco años, Colombia, 2024

Factores y Situaciones Problema	Total
Individuo	1476
Determinantes estructurales.	577
Menor de edad	290
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal, ROM	133
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	97
Sin afiliación al SGSSS	25
Migrante	21
Víctima del conflicto armado	5
Desplazado	4
Identidad de género	2
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	441
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	144
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	127
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	91
Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	32
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	26
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	13
Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	8
Determinantes intermedios.	272
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	123

Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	85
Ocupado informal	35
No disponibilidad o acceso a los alimentos	14
Desocupado	8
Consumidor de sustancias psicoactivas	3
Población con afectaciones en la salud mental	2
Población con discapacidad	2
Acceso a los servicios de salud.	186
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	71
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	67
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	25
Lenguaje e idioma que retrasan el acceso al servicio de salud	15
Situaciones de orden público que retrasan el acceso al servicio de salud	6
No cuenta con la capacidad económica necesaria para los gastos de la atención en salud (medicamentos, insumos)	2
Servicios de salud	1705
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	672
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	186
Incumplimiento en las acciones de protección específica	161
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	140
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	111
Incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente	74
Prestación de servicios individuales.	652
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	168
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	150
Falla en los mecanismos de seguimiento	78
Diagnóstico tardío o inadecuado	71
Tratamiento inadecuado o inoportuno	69
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	46

No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	32
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	20
Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	18
Gestión del aseguramiento.	212
No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	58
La EAPB o entidad territorial no garantiza una red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive	47
No se realiza la atención integral de su población afiliada	38
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	36
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	20
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	13
Prestación de servicios colectivos.	76
Inaccesibilidad a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas	36
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	20
Inoportunidad o ausencia de contratación para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	15
Deficiente gestión para la adquisición o mantenimiento de insumos para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	5
Gobernanza.	69
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	32
No se han desarrollado planes, programas o proyectos para el control y mitigación de los eventos de interés en salud pública	20
Fallas en la identificación y canalización a programas de protección social de acuerdo con la necesidad del paciente y a la oferta disponible del estado	17
Procesos de gestión del talento humano.	24
Insuficiente disponibilidad del talento humano	14
Deficiencias en el enfoque intercultural del talento humano para la atención en salud	6

Deficiencias en el trato respetuoso y de cuidado establecido en los derechos del paciente

4

Total	3181
-------	------

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Grupo de Análisis de Casos Especiales. Tableros de Problemas. Evento vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) o desnutrición (DNT). 2024.

Anexo 7. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por EDA aguda según percentil, Colombia, 2023-2024

Entidad territorial	2023			2024			Variación porcentual
	casos	Población de 0 a 4	tasas	casos	Población de 0 a 4	tasas	
Chocó	25	57736	43,3	38	57408	66,2	52,0
Guainía	5	6967	71,8	2	7063	28,3	-60,0
La Guajira	27	110519	24,4	26	109562	23,7	-3,7
Vaupés	1	6422	15,6	1	6616	15,1	0,0
Risaralda	8	58921	13,6	8	57281	14,0	0,0
Amazonas	2	9532	21,0	1	9479	10,5	-50,0
Buenaventura	1	35485	2,8	3	34660	8,7	200,0
Vichada	4	13844	28,9	1	13882	7,2	-75,0
Santa Marta	3	40094	7,5	2	39508	5,1	-33,3
Santander	6	152269	3,9	7	149051	4,7	16,7
Cesar	4	122322	3,3	5	120516	4,1	25,0
Meta	2	83681	2,4	3	82417	3,6	50,0
Putumayo	1	31768	3,1	1	31461	3,2	0,0
Caquetá	0	37852	0,0	1	37092	2,7	100
Cauca	7	113898	6,1	3	112281	2,7	-57,1
Casanare	4	38327	10,4	1	37695	2,7	-75,0
Tolima	0	83804	0,0	2	82162	2,4	200
Córdoba	1	153446	0,7	3	150245	2,0	200,0
Bolívar	1	103694	1,0	2	101537	2,0	100,0
Antioquia	3	432060	0,7	8	423758	1,9	166,7
Caldas	0	60397	0,0	1	59103	1,7	100
Norte de Santander	1	130890	0,8	2	128136	1,6	100,0
Valle del Cauca	1	138049	0,7	2	134381	1,5	100,0
Cartagena	0	79087	0,0	1	77320	1,3	100
Magdalena	3	84211	3,6	1	83203	1,2	-66,7
Barranquilla	0	89660	0,0	1	87540	1,1	100
Atlántico	1	116809	0,9	1	114269	0,9	0,0

Página 60 de 64

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

Nariño	2	120983	1,7	1	118359	0,8	-50,0
Bogotá, D.C.	0	471155	0,0	1	462484	0,2	100
Arauca	2	27731	7,2	0	27385	0,0	-100,0
Boyacá	1	86426	1,2	0	84906	0,0	-100,0
Cali	1	145590	0,7	0	141543	0,0	-100,0
Cundinamarca	0	235046	0,0	0	235970	0,0	-
Guaviare	0	9596	0,0	0	9693	0,0	-
Huila	1	100861	1,0	0	98861	0,0	-100,0
Quindío	0	31403	0,0	0	30672	0,0	-
Archipiélago de San Andrés	0	4222	0,0	0	4066	0,0	-
Sucre	3	77258	3,9	0	76269	0,0	-100,0
Nacional	121	3702015	3,3	129	3637834	3,5	6,6

Tasas de mortalidad por cada 100 000 menores de cinco años

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

Anexo 8. Factores asociados a los servicios de salud identificados en las muertes por EDA de menores de cinco años, Colombia, 2024

Factores y Situaciones Problema	Total
Individuo	845
Determinantes estructurales.	285
Menor de edad	111
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal, ROM	94
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	60
Sin afiliación al SGSSS	10
Identidad de género	4
Víctima del conflicto armado	3
Migrante	2
Desplazado	1
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	243
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	80
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	71
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	47
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	15
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	13

Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	9
Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	8
Determinantes intermedios.	167
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	85
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	58
Ocupado informal	13
Desocupado	4
No disponibilidad o acceso a los alimentos	3
Población con afectaciones en la salud mental	2
Consumidor de sustancias psicoactivas	1
Habitante de calle	1
Acceso a los servicios de salud.	150
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	71
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	39
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	20
Lenguaje e idioma que retrasan el acceso al servicio de salud	13
Situaciones de orden público que retrasan el acceso al servicio de salud	5
No cuenta con la capacidad económica necesaria para los gastos de la atención en salud (medicamentos, insumos)	2
Servicios de salud	614
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	278
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	85
Incumplimiento en las acciones de protección específica	56
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	53
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	46
Incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente	38
Prestación de servicios individuales.	166
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	48
Falla en los mecanismos de seguimiento	37

Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	34
Tratamiento inadecuado o inoportuno	18
Diagnostico tardío o inadecuado	14
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	6
Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	3
No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	3
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	3
Gestión del aseguramiento.	87
La EAPB o entidad territorial no garantiza una red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive	27
No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	22
No se realiza la atención integral de su población afiliada	16
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	16
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	5
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	1
Gobernanza.	44
No se han desarrollado planes, programas o proyectos para el control y mitigación de los eventos de interés en salud pública	18
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	17
Fallas en la identificación y canalización a programas de protección social de acuerdo con la necesidad del paciente y a oferta disponible del estado	9
Prestación de servicios colectivos.	34
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	12
Inoportunidad o ausencia de contratación para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	12

Inaccesibilidad a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas	10
Procesos de gestión del talento humano.	5
Insuficiente disponibilidad del talento humano	3
Deficiencias en el enfoque intercultural del talento humano para la atención en salud	2
Total	1459

Fuente: Instituto Nacional de Salud. DVARSP. Grupo de Análisis de Casos Especiales. Tableros de Problemas. Evento vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) o desnutrición (DNT). 2024.

