Famisanar EPS

Boletín

Epidemiológico



DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS

Elaborado por: Líder de la Cohorte de Desnutrición Aguda (DNT).
Gestión del Riesgo Primario



Introducción

La desnutrición aguda es una condición nutricional caracterizada por una pérdida reciente y acelerada de masa corporal, evidenciada por un bajo peso para la talla o longitud, un perímetro braquial disminuido o la presencia de edema bilateral de origen nutricional. Esta condición incrementa significativamente el riesgo de morbimortalidad infantil.

A nivel mundial, más de 42 millones de niños presentan desnutrición aguda. Una proporción de ellos padece formas graves que ponen en riesgo su vida. Asimismo, se estima que cerca del 45 % de las muertes de niños menores de cinco años están relacionadas con la desnutrición, especialmente en países de ingresos bajos y medianos.

Este evento está estrechamente relacionado con determinantes sociales como la inseguridad alimentaria, la pobreza multidimensional, el acceso limitado a servicios básicos, las prácticas de alimentación inadecuadas y las barreras para acceder oportunamente a los servicios de salud.



SITUACIÓN DEL EVENTO

A nivel mundial

Según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en 2024:

- 150,2 millones de niños menores de cinco años presentaban retraso en el crecimiento, reflejado en una estatura inferior a la esperada para su edad. Las mayores proporciones se registraron en Asia Meridional (31,4 %) y África Subsahariana (30,3 %), regiones que, según la información suministrada, concentran más del 90 % de los casos.

- 42,8 millones de niños presentaban emaciación, es decir, un peso inferior al esperado para su talla. Asia concentraba siete de cada diez niños afectados por esta condición.

- 181 millones de niños, equivalentes a uno de cada cuatro, consumían alimentos pertenecientes a un máximo de dos de los ocho grupos alimentarios esenciales al día, situación que se relaciona con la pobreza alimentaria infantil grave. Esta problemática se concentra principalmente en 20 países vulnerables de Asia Meridional y África.

- Según las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil de la OMS, UNICEF y el Banco Mundial (Joint Child Malnutrition Estimates, JME), la prevalencia de la desnutrición infantil es mayor en la población masculina.

- La desnutrición continúa asociándose, de manera directa o indirecta, con aproximadamente el 45 % de las muertes de niños menores de cinco años en el mundo.

La desnutrición continúa siendo un reflejo de las inequidades sociales, la pobreza y la inseguridad alimentaria, factores que afectan el crecimiento y el desarrollo infantil.

En Colombia

Se realiza la vigilancia de la desnutrición aguda en menores de cinco años mediante la notificación de casos desde 2016. A partir de este periodo se ha observado un aumento progresivo en la notificación, especialmente después de las limitaciones que enfrentó el sistema de salud durante la pandemia de COVID-19 en 2020. Este incremento puede estar relacionado con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de la búsqueda activa de menores afectados, aunque también pone de manifiesto la persistencia de factores estructurales, como la inseguridad alimentaria y las condiciones socioeconómicas desfavorables.



- En 2025, la prevalencia nacional de desnutrición aguda moderada o severa en menores de cinco años, notificada por los servicios de salud, fue de 0,55 por cada 100 niños menores de cinco años.

- Se registraron mayores prevalencias en los departamentos de La Guajira, Chocó, Vichada, Magdalena, Guaviare, Risaralda y Arauca.

- Las prevalencias más altas se observaron principalmente en la población rural, en el sexo masculino, en los menores de un año y en la población con pertenencia étnica indígena.

- La implementación de la búsqueda activa institucional (BAI) nutricional ha permitido ampliar el conocimiento sobre el estado nutricional de la población, fortalecer los procesos de notificación y mejorar la captación oportuna de casos, lo que contribuye a la prevención de la mortalidad por desnutrición.

- La prevalencia de desnutrición aguda severa presentó una disminución estadísticamente significativa entre 2024 (0,64) y 2025 (0,55), según los datos reportados.

- Para la semana epidemiológica 38 de 2026, se reportó una tasa de mortalidad de 1,40 casos por cada 100.000 menores de cinco años. Esta cifra representa una disminución frente a la tasa de 3,58 casos por cada 100.000 menores de cinco años reportada para 2025.

En Famisanar

Durante agosto de 2026, Famisanar EPS registró una población de 94.107 menores de cinco años y notificó 61 casos nuevos de desnutrición aguda, lo que corresponde a una incidencia de 0,65 casos por cada 1.000 menores de cinco años.

Durante 2025, se notificaron 946 casos de desnutrición aguda. Actualmente, 617 casos activos se encuentran en seguimiento, lo que corresponde a una prevalencia activa del 0,66 %.

Análisis territorial

El Distrito Capital y Cundinamarca concentran aproximadamente el 80 % de los casos acumulados de la cohorte, un comportamiento esperado, teniendo en cuenta que estos territorios reúnen la mayor proporción de población afiliada menor de cinco años dentro de la EPS.

No obstante, se recomienda mantener un seguimiento permanente de los territorios que presentan prevalencias superiores al promedio institucional, especialmente Magdalena, Valle del Cauca, Distrito Capital, Boyacá y Huila.

Es prioritario fortalecer las estrategias de búsqueda activa, seguimiento nutricional, educación a cuidadores, monitoreo del crecimiento y desarrollo, y articulación con la red prestadora de servicios de salud, con el fin de favorecer la recuperación nutricional y prevenir la aparición de nuevos casos.

Comparación con el comportamiento nacional

Los hallazgos observados en Famisanar presentan similitudes con el comportamiento nacional reportado por el Instituto Nacional de Salud (INS), particularmente en los siguientes aspectos:

- Mayor afectación en la población masculina.
- Mayor concentración de casos en menores de dos años.
- Persistencia de la desnutrición aguda como evento prioritario de vigilancia epidemiológica.
- Necesidad de fortalecer la identificación temprana y el seguimiento de los casos activos.

¿Qué es la desnutrición?



La desnutrición es una condición que se produce cuando el organismo no recibe o no aprovecha adecuadamente los nutrientes que necesita, o cuando presenta pérdidas excesivas de estos. No se trata únicamente de una ingesta insuficiente de alimentos, sino de una condición que puede alterar la estructura y el funcionamiento normal del organismo y que, sin un tratamiento oportuno y adecuado, puede desencadenar complicaciones graves.

La desnutrición puede clasificarse según su etiología, sus manifestaciones clínicas, su evolución y su gravedad o intensidad.

Etiología	Clínica	Gravedad	Evolución
Desnutrición primaria	Marasmo (calórico)	Leve (Grado I)	Desnutrición aguda
Desnutrición secundaria	Kwashiorkor (Proteica)	Moderada (Grado II)	Desnutrición crónica
Desnutrición mixta	Kwashiorkor marásmico	Grave (Grado III)	

Sin embargo, de acuerdo con la normativa vigente en Colombia, específicamente la Resolución 2350 de 2020 y su actualización mediante la Resolución 115 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social, la desnutrición aguda en menores de cinco años se considera una condición que requiere atención prioritaria y oportuna. Se presenta cuando existe un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y los requerimientos del organismo, que puede manifestarse en una pérdida de peso o en una ganancia insuficiente del mismo, evidenciada por un indicador de peso para la talla o longitud por debajo de los valores establecidos.

CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS

Clasificación Diagnóstica	Indicador Peso para la Talla (P/T o P/L)	Perímetro Braquial (MUAC) (Niños de 6 a 59 meses)	Hallazgos Clínicos / Edema
Riesgo de Desnutrición Aguda	Puntuación Z entre > -2 DE y ≤ -1 DE	No aplica como criterio único	Sin edema, activo, sin complicaciones.
Desnutrición Aguda Moderada	Puntuación Z < -2 DE y ≥ -3 DE	Entre 11.5 cm y < 12.5 cm	Puede acompañarse de emaciación delgada.
Desnutrición Aguda Severa	Puntuación Z < -3 DE	< 11.5 cm (Alto riesgo de muerte)	Emaciación visible severa (Marasmo) o presencia de Edema bilateral (Kwashiorkor).

Fuente: Resolución 115 de 2026 y Resolución 2350 de 2020.

* La presencia de edema bilateral (independientemente del resultado del indicador P/T) clasifica automáticamente al paciente como Desnutrición Aguda Severa

¿Qué significa esta clasificación?



Esta clasificación permite priorizar la atención de los niños con desnutrición aguda, con el fin de garantizar una intervención oportuna, un manejo adecuado y la prevención de complicaciones graves o desenlaces fatales. Para ello, es prioritario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La desnutrición aguda moderada o severa se considera una urgencia vital y requiere atención inmediata, sin que se exijan autorizaciones administrativas previas para iniciar la atención.
- La recuperación nutricional se determina mediante criterios antropométricos y clínicos establecidos en la normativa vigente, verificando la evolución del peso, la ausencia de complicaciones y la estabilidad clínica.
- Se debe garantizar el acceso oportuno a los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), incluidos los productos indicados para el manejo nutricional, como la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) y las fórmulas lácteas especializadas, de acuerdo con la edad, la condición clínica y las indicaciones del equipo de salud.
- Se debe realizar el seguimiento de los casos identificados, tanto en el ámbito institucional como comunitario, priorizando a los niños en situación de mayor vulnerabilidad para prevenir complicaciones y desenlaces fatales.



Factores de riesgo

La desnutrición aguda es el resultado de la interacción de múltiples factores individuales, familiares y ambientales. Entre los principales factores de riesgo se encuentran los siguientes:

1.

Factores biológicos y médicos

Estos factores pueden afectar la capacidad del organismo para ingerir, absorber o utilizar los nutrientes:

- **Trastornos gastrointestinales:** enfermedades como la celiaquía, la enfermedad de Crohn y las parasitosis intestinales pueden afectar la absorción de nutrientes.
- **Prematuridad y bajo peso al nacer:** los niños nacidos prematuramente pueden presentar reservas nutricionales reducidas y mayor vulnerabilidad a las alteraciones nutricionales.
- **Primera infancia:** los menores de cinco años tienen mayores necesidades nutricionales debido al rápido crecimiento y desarrollo. Los menores de dos años requieren especial atención por su mayor vulnerabilidad.
- **Enfermedades agudas o crónicas:** las infecciones recurrentes, como la diarrea y la neumonía, así como enfermedades como el VIH, el cáncer y la tuberculosis, pueden aumentar los requerimientos nutricionales y afectar el aprovechamiento de los nutrientes.

2.

Factores socioeconómicos y ambientales

Son determinantes sociales que pueden limitar el acceso físico y económico a una alimentación adecuada:

- **Pobreza y desempleo:** pueden limitar la capacidad de los hogares para adquirir alimentos suficientes, variados y nutritivos.
- **Inseguridad alimentaria:** la disponibilidad y el acceso insuficientes a alimentos adecuados e inocuos pueden comprometer la alimentación de los niños.
- **Acceso limitado a servicios básicos:** la falta de agua potable y las deficiencias en saneamiento e higiene aumentan el riesgo de infecciones gastrointestinales, que pueden agravar el deterioro nutricional.

3.

Factores culturales y relacionados con las prácticas de alimentación

Estos factores se relacionan con los conocimientos, hábitos y comportamientos del entorno familiar:

- **Prácticas inadecuadas de alimentación:** la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o la introducción inadecuada de la alimentación complementaria pueden comprometer el aporte de nutrientes.
- **Conocimientos limitados sobre nutrición:** las dificultades para seleccionar, preparar y combinar adecuadamente los alimentos disponibles pueden afectar la calidad de la dieta.
- **Creencias y mitos alimentarios:** algunas creencias culturales pueden restringir injustificadamente el consumo de alimentos necesarios para el crecimiento y desarrollo infantil.

Ruta
de atención específica
PASO A PASO

Ante la sospecha o identificación de un caso de desnutrición aguda en un menor de cinco años, se debe activar la ruta de atención correspondiente para garantizar la valoración oportuna, el manejo integral y el seguimiento del niño, de acuerdo con la normativa vigente.

Paso 1.

Captación y detección del caso



La identificación puede realizarse en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), durante consultas de medicina general, enfermería, vacunación, urgencias u hospitalización. Una vez identificado el caso, se debe efectuar la valoración correspondiente, realizar la notificación en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), según los lineamientos vigentes, e iniciar el seguimiento.

Asimismo, mediante acciones de búsqueda activa comunitaria, los equipos territoriales pueden identificar niños en riesgo o con posibles alteraciones nutricionales mediante la valoración del peso, la talla o longitud y el perímetro braquial, según corresponda. Ante la identificación de un caso, se debe gestionar la atención en salud, realizar la notificación correspondiente e iniciar el seguimiento.

Paso 2.

Valoración inicial y clasificación de la urgencia

El menor debe recibir una valoración clínica inmediata para determinar la gravedad de la desnutrición, identificar posibles complicaciones y establecer el manejo requerido. No se deben exigir autorizaciones administrativas previas para iniciar la atención.

La valoración debe incluir las medidas antropométricas pertinentes, la evaluación del estado clínico y hemodinámico, la identificación de signos de alarma y la definición de la conducta médica correspondiente.





Paso 3.

Definición del entorno de manejo

La elección entre manejo hospitalario y ambulatorio debe basarse en la edad, el estado nutricional, la presencia de complicaciones médicas y los criterios establecidos en la normativa vigente.



Menores de seis meses: requieren una valoración integral que incluya la búsqueda de edema bilateral, la evaluación de la lactancia materna, la identificación de dificultades en la alimentación y el análisis de la ganancia de peso. Los niños menores de seis meses con desnutrición aguda deben recibir manejo hospitalario, de acuerdo con el lineamiento técnico vigente.



Niños mayores de seis meses: se debe realizar una valoración clínica integral y, cuando corresponda, una prueba de apetito con Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC), bajo supervisión del equipo de salud. Si el niño cumple todos los criterios para manejo ambulatorio, presenta una prueba de apetito positiva y no tiene complicaciones médicas, podrá recibir manejo ambulatorio con seguimiento. Por el contrario, si presenta una prueba de apetito negativa, letargia, alteraciones del estado de conciencia, edema nutricional grave u otras complicaciones clínicas, deberá recibir manejo hospitalario.





Niños mayores de seis meses con peso inferior a 4 kg: requieren manejo hospitalario, de acuerdo con el lineamiento técnico vigente.

La decisión final sobre el entorno de atención debe ajustarse a los criterios clínicos y antropométricos establecidos en la normativa, sin sustituir la valoración individual del equipo de salud.

Paso 4.

Tratamiento terapéutico y nutricional

Si el manejo es ambulatorio:

- Se debe garantizar el acceso oportuno a la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC), cuando esté indicada, y gestionar su entrega de acuerdo con los lineamientos vigentes y las necesidades del paciente.

- Se debe garantizar el seguimiento periódico por los servicios de medicina y nutrición, con una frecuencia ajustada al estado clínico y nutricional del niño y a los lineamientos establecidos.

Si el manejo es hospitalario:

- **Fase de estabilización:** se identifican y tratan las complicaciones médicas, como la hipoglucemia, la hipotermia y la deshidratación, de acuerdo con la valoración clínica y los protocolos de manejo vigentes.

- **Fase de transición:** se avanza progresivamente desde la fórmula terapéutica F-75 hacia la F-100 o la FTLC, según la evolución clínica, la tolerancia alimentaria y el criterio del equipo tratante.

- **Fase de rehabilitación nutricional:** se busca recuperar el estado nutricional mediante el tratamiento indicado, la alimentación apropiada para la edad y el acompañamiento del equipo de salud. Una vez se cumplan los criterios clínicos para el egreso hospitalario, se debe garantizar la continuidad del tratamiento y el seguimiento ambulatorio.

Paso 5.

Seguimiento ambulatorio y egreso

El seguimiento debe continuar hasta que el niño cumpla los criterios clínicos y antropométricos establecidos para finalizar el tratamiento. Para ello, se debe verificar la evolución nutricional, la ganancia de peso sostenida y la ausencia de complicaciones, de acuerdo con los lineamientos vigentes.

Asimismo, es fundamental garantizar la educación y el acompañamiento a la familia o a los cuidadores, con énfasis en las prácticas adecuadas de alimentación, el reconocimiento oportuno de signos de alarma, la asistencia a los controles y la prevención de recaídas nutricionales.



SIGNOS DE ALARMA DE URGENCIA VITAL (REMISIÓN INMEDIATA)

Es fundamental que los cuidadores identifiquen oportunamente las manifestaciones clínicas que pueden indicar un deterioro del estado de salud del niño y requieren valoración médica inmediata:

- Letargia, alteración del estado de conciencia o postración.
- Presencia o antecedente reciente de convulsiones.
- Vómito persistente que impida la tolerancia de la vía oral.
- Incapacidad para alimentarse o succionar.
- Signos de dificultad respiratoria.
- Alteraciones significativas de la temperatura corporal.

Ante la presencia de estos signos, se debe acudir inmediatamente a un servicio de urgencias. No se debe retrasar la atención para intentar resolver los síntomas en casa.

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA EL CUIDADOR

El acompañamiento de un niño con desnutrición puede representar una carga física y emocional para su familia. Por ello, es importante promover estrategias que favorezcan el bienestar del cuidador y la continuidad del tratamiento:

- **Relevo familiar:** distribuir las responsabilidades del cuidado entre los integrantes de la familia, cuando sea posible, para facilitar el descanso del cuidador principal.
- **Apoyo institucional y comunitario:** identificar redes de apoyo, programas sociales y servicios de acompañamiento psicosocial disponibles para la familia.
- **Alimentación e hidratación:** mantener hábitos adecuados de alimentación e hidratación, prestando especial atención a las necesidades de las madres lactantes.
- **Orientación y capacitación:** solicitar al equipo de salud educación práctica sobre higiene de manos, preparación segura de los alimentos y manejo adecuado del agua para consumo.

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DEL NIÑO EN CASA

El manejo domiciliario debe realizarse de acuerdo con las indicaciones del equipo de salud y el plan de tratamiento individualizado.

- **Uso adecuado de la FTLC:** la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo está destinada al tratamiento nutricional del niño para quien fue prescrita. No debe compartirse con otros integrantes del hogar.
- **Alimentación y tratamiento nutricional:** ofrecer la FTLC y los demás alimentos indicados según las cantidades, la frecuencia y las recomendaciones establecidas por el equipo tratante, teniendo en cuenta la edad y la condición clínica del niño.
- **Prevención de la hipotermia:** mantener al niño abrigado y en un ambiente confortable, especialmente cuando presente mayor vulnerabilidad a los cambios de temperatura.
- **Higiene y agua segura:** lavarse las manos con agua y jabón antes de alimentar al niño y después de ir al baño. Utilizar agua potable segura para su consumo y preparación de alimentos, siguiendo las recomendaciones sanitarias correspondientes.

Ante cualquier signo de alarma o deterioro del estado general, se debe buscar atención médica inmediata.

ANEXO NORMATIVO

Marco regulatorio

- Resolución 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 115 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social, que modifica parcialmente la Resolución 2350 de 2020.
- Protocolo de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud (INS) para la desnutrición aguda en menores de cinco años.

La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero a 59 meses se considera una urgencia y debe brindarse de manera inmediata, sin requerir autorizaciones administrativas previas. <Cite refs={["turn846755search31","turn846755search32"]}/>



RECOMENDACIONES PARA FORTALECER EL MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS

1. Gestión del riesgo

•Fortalecer la búsqueda activa institucional y comunitaria de casos.
•Priorizar el seguimiento de los menores de dos años, por su mayor vulnerabilidad nutricional.
•Garantizar la continuidad y oportunidad en la entrega de la FTLC y de los demás Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) indicados.
•Mantener la gestión activa y el seguimiento de los 617 casos vigentes reportados por la EPS.

2. Prestación de servicios de salud

• Garantizar la oportunidad en la valoración médica y nutricional.
• Fortalecer la adherencia a los controles de crecimiento y desarrollo.
• Incrementar las intervenciones educativas dirigidas a los padres y cuidadores.
• Mejorar la articulación entre los equipos asistenciales, los servicios de nutrición y la red prestadora para favorecer la continuidad del tratamiento.

3. Vigilancia epidemiológica

• Vigilar el comportamiento del evento en los territorios con mayor incidencia y prevalencia, según corresponda.
• Analizar las recurrencias de los casos y los retrasos en la recuperación nutricional.
• Mantener el monitoreo periódico de los indicadores de incidencia, prevalencia y mortalidad, de acuerdo con la disponibilidad de información.



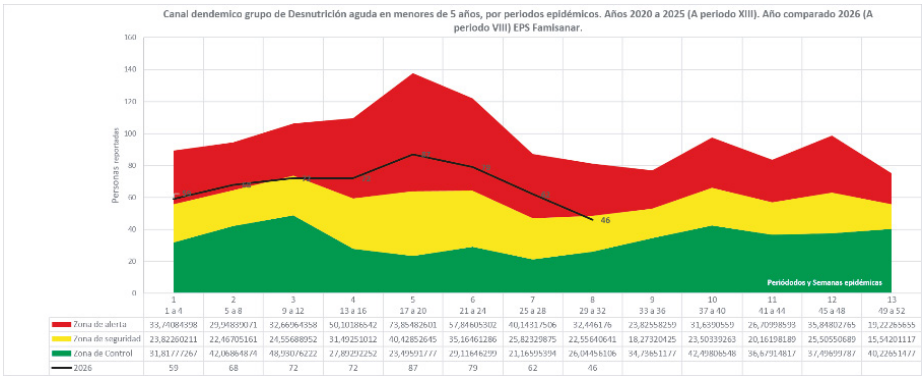
NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO EN EPS FAMISANAR

Para el análisis del comportamiento de la desnutrición aguda en menores de cinco años (evento 113), se elaboran canales endémicos a partir de los casos notificados durante los últimos cinco a seis años y de la información registrada en lo corrido de 2026.

En EPS Famisanar, la elaboración de canales endémicos para los eventos priorizados permite identificar variaciones en la notificación y reconocer períodos de incremento que requieren análisis. Esta información contribuye a orientar y reforzar las actividades de información, educación y comunicación, así como las acciones de vigilancia y gestión del riesgo.

Para algunos eventos se utiliza el método de Bortman, una metodología para la construcción de canales endémicos basada en la media geométrica de los datos históricos, que permite establecer un comportamiento de referencia y comparar la notificación observada con los valores esperados.

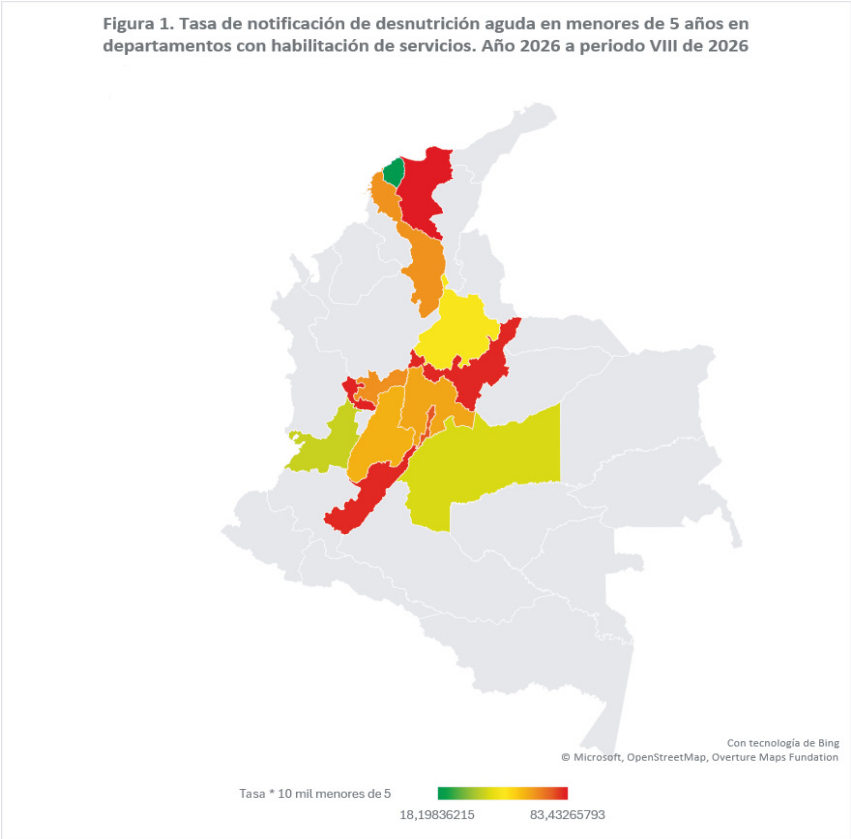
ÍNDICE ENDÉMICO DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS. EPS FAMISANAR AÑOS 2020 A 2025 y (A PERIODO XIII) Y 2026 (AL PERIODO VIII)



	1 1 a 4	2 5 a 8	3 9 a 12	4 13 a 16	5 17 a 20	6 21 a 24	7 25 a 28	8 29 a 32	9 33 a 36	10 37 a 40	11 41 a 44	12 45 a 48	13 49 a 52
Zona de alerta	33,74084398	29,94889071	32,66964358	50,10138642	73,85482601	57,84605302	40,14317506	32,44661 76	23,82558259	31,63305559	26,70998593	35,84802765	19,22266655
Zona de seguridad	23,82260211	22,46705161	24,55688952	31,49251012	40,42852645	35,16461286	25,82329875	22,55640641	18,27320425	23,50339263	20,16198189	25,50550689	15,54201117
Zona de Control	31,81777267	42,06884874	48,93076222	27,89293252	23,49591777	29,11646299	21,16995394	26,04456106	34,73651177	42,49806548	36,67914817	37,49699787	40,22651477
2026	59	68	72	72	87	79	62	46					

Fuente: SIVIGILA EPS Famisanar años 2020 - 2025 (A periodo XIII) a 2026 (AL periodo VIII).

Figura 1. Tasa de notificación de desnutrición aguda en menores de 5 años en departamentos con habilitación de servicios. Año 2026 al periodo VIII de 2026



La desnutrición en menores de 5 años pertenece al grupo de eventos bajo vigilancia nutricional, este grupo a periodo VIII de 2026 representa el 1,95% de la notificación total, está compuesto por 2 eventos, la desnutrición aguda en menores de 5 años (113) y a partir del 2026 se incluyó el riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años (114), por ende el evento 113 representa el 98% de reportes dentro del grupo (539/556) con un 96% de eventos confirmados por clínica, el 4% restante se descartó. En general el evento durante el año 2026 ha permanecido en la zona de alerta (las tasas superaron el 50% de la notificación de los últimos 6 años); para los periodos VII y VIII se evidencia una disminución importante en la notificación, incluso en este último se logra una estabilidad al ingresar a la zona de seguridad. Sin embargo, se observan algunos picos de reporte importantes hacia los periodos X y XII por lo que se sugiere intensificar la vigilancia y canalización a las IPS primarias para la respectiva atención.

Respecto a las tasas de notificación, se encuentra que los departamentos de Magdalena, Risaralda y Boyacá representan las mayores tasas con 83,432, 81,521 y 81,027 por cada diez mil menores de 5 años, otros departamentos con alta tasa de notificación son Huila y Bogotá (76,016) lo cual es preocupante porque es donde la EPS cuenta con la mayor población .

La notificación se basa en el grupo de primera infancia (menores de 5 años), se encuentra que el 60% de reportes corresponden al género masculino y dentro de la clasificación acorde al peso del menor, el 86,87% (483, contemplando casos confirmados y descartados) pertenecen al grupo 2 (desnutrición aguda moderada (<-2 a <=-3) y el 11,87% (66/483) pertenecen al grupo 1 (desnutrición aguda severa (<- 3)).

Variación de tasas y casos reportados al SIVIGILA por departamento de residencia. Desnutrición aguda en menores de 5 años. EPS Famisanar años 2024 y 2025 a periodo XIII.

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN	2024 A PERIODO XIII	2025 A PERIODO XIII	TASA NOT X 100 MIL AF	VAR TASAS 25-24	VAR CASOS 25-24
BOGOTÁ *	417	353	30,75	-8,27%	-15,35%
BOLÍVAR *	5	4	21,14	-13,65%	-20,00%
BOYACÁ *	53	40	33,21	-22,52%	-24,53%
CASANARE	0	2	1298,70	100,00%	100,00%
CESAR *	17	16	44,44	-2,61%	-5,88%
CUNDINAMARCA *	416	271	31,99	-31,83%	-34,86%
HUILA *	25	8	29,99	-66,04%	-68,00%
MAGDALENA *	6	8	44,38	47,43%	33,33%
META *	21	13	18,97	-36,02%	-38,10%
SANTANDER *	47	31	30,07	-30,85%	-34,04%
TOLIMA *	38	23	31,40	-36,28%	-39,47%
CALDAS *	8	5	24,79	-34,61%	-37,50%
CAQUETÁ	1	0	0,00	-100,00%	-100,00%
CHOCÓ	1	0	0,00	-100,00%	-100,00%
ANTIOQUIA	0	1	97,28	100,00%	100,00%
VALLE *	7	3	20,91	-52,43%	-57,14%
RISARALDA *	6	5	40,28	-11,30%	-16,67%
ATLÁNTICO	6	3	9,81	-45,09%	-50,00%
CÓRDOBA	1	0	0,00	-100,00%	-100,00%
NARIÑO *	3	0	0,00	-100,00%	-100,00%
GUAJIRA	6	3	#N/D	#N/D	-50,00%
SUCRE	1	1	689,66	11,03%	0,00%
CAUCA	0	1	781,25	100,00%	100,00%
Total general	**1085**	**791**	**30,95**	**-22,44%**	**-27,10%**

Para conocer el verdadero impacto de un evento de interés en salud pública se calculan tasas y se especifican acorde al grupo poblacional que es sujeta a afectarse o susceptible, en el caso particular de las enfermedades huérfanas, se calcularon las tasas con población general de cada departamento de los años 2024 y 2025.

En general, con corte a periodo epidemiológico XIII del 2025, tanto la tasa como el reporte de eventos presentan una disminución del 22,4% (en la variación de tasas) y del 27,3% (en el total de reportes) respecto al año 2024, en cuanto al reporte de afiliados, son Bogotá y Cundinamarca los departamentos con el mayor volumen de notificaciones pues en ellos se concentra la mayor cantidad de afiliados de la EPS, sin embargo las tasas más altas (acorde a la población menor de 5 años afiliada de cada departamento) son Magdalena con un aumento en la tasa del 47,4% y de la notificación del 33,3% y Sucre (no habilitado con aumento del 11% en la tasa pero permanencia en el reporte (1 afiliado para cada año), finalmente, se resalta que el departamento Nariño logra reducir al 100% la tasa del evento y de la notificación, La Guajira (no habilitado) también logra una reducción de 100% en tasa y reportes.

*Departamentos donde se tiene permiso de funcionamiento por parte de la SNS.

Fuente información: SIVIGILA EPS Famisanar, corte periodo epidemiológico XIII, años 2024 a 2025.