



**BIENESTAR  
FAMILIAR**

# **Documento de caracterización grupos de valor**

Dirección de Nutrición

**2025**

## Tabla de contenido

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| I. Introducción .....                            | 2  |
| III. Grupos de Valor .....                       | 5  |
| IV. Objetivo General .....                       | 6  |
| V. Objetivos Específicos.....                    | 6  |
| VI. Ficha Técnica y Fuentes de Información ..... | 6  |
| VII. Variables Principales .....                 | 6  |
| VIII. Caracterización de la población .....      | 7  |
| 8.1 Análisis de variables geográficas.....       | 7  |
| 8.1.1 Análisis de variables demográficas .....   | 12 |
| 8.2 Análisis de variables Intrínsecas.....       | 16 |
| IX Análisis de variables de comportamiento.....  | 18 |
| XI. Conclusiones .....                           | 20 |

## Tabla de Gráfico.

|                                                                                                                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Tabla 1 Distribución por departamentos de las atenciones realizadas – Servicio Integrado de Atención y Prevención de la desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025. ....                 | 8  |
| 2. Tabla 2 Distribución por municipio de las atenciones realizadas mediante el Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025. ....            | 10 |
| 3. Tabla 3 Distribución por sexo de las atenciones realizadas mediante el Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025. ....                 | 12 |
| 4. Tabla 4 Distribución por tipo de beneficiario de las atenciones realizadas mediante el Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025. .... | 14 |
| 5. Tabla 5 Distribución por pertenencia étnica de las atenciones realizadas mediante el Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025. ....   | 15 |

# I. Introducción

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF viene desarrollando procesos de fortalecimiento y promoción de la participación de los usuarios de cada una de las modalidades de atención, comprendiendo la necesidad de orientar sus acciones a través de relaciones que consoliden la gobernanza institucional y el reconocimiento de la importancia del quehacer de la ciudadanía, como un eje fundamental para el desarrollo de la democracia y el Estado Social de Derecho, toda vez que busca prestar atenciones acordes a las particularidades de sus usuarios, recogiendo expectativas que puedan mejorar la prestación de servicios, los cuales inciden en la transformación de las condiciones de vida de familias y comunidades, centrando en sus esfuerzos, acciones que reconozcan las inequidades, riesgos y vulnerabilidades y valora las capacidades y la diversidad de un determinado sujeto -individual o colectivo-, para incidir en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública, con miras a garantizar el goce efectivo de derechos, en especial el derecho a la igualdad y no discriminación;

Lo anterior implementando acciones enfocadas a la garantía progresiva del Derecho humano a la alimentación adecuada – DHHA de las niñas, niños, adolescentes, familias y comunidades mediante programas o modalidades que garanticen la accesibilidad, consumo de alimentos que favorezcan el desarrollo de prácticas alimentarias nutricionales de cuidado, con las cuales se contribuya al mejoramiento de su calidad de vida, incorporando alimentos, preparaciones y procesos educativos que fomenten su participación y mejoramiento de su salud física y mental.

Lo anterior en el marco del fortalecimiento del rol de las familias, agentes del SNBF y de los Aliados estratégicos para que en los programas o modalidades se tengan en cuenta acciones afirmativas que promuevan la alimentación a las niñas, niños adolescentes y sus familias con alguna discapacidad, libre de barreras que pongan en riesgo su Derecho humano a la alimentación<sup>1</sup>.

En tal sentido, la Dirección de nutrición del ICBF en el marco del Plan de Participación Ciudadana que anualmente se implementa, viene promoviendo dicho ejercicio mediante ejercicio que van desde procesos de consulta ciudadana a beneficiarios de los servicios y/o modalidades durante las vigencias 2020 al 2023, buscando el reconocimiento de acciones de mejora para la prestación de dichos servicios.

Durante las vigencias 2024 a 2025 este proceso ha tenido un cambio de enfoque, ya que se busca sensibilizar al talento humano del ICBF que atiende directamente a beneficiarios de las modalidades y/o servicios, buscando el posicionamiento de la participación como derecho e incidencia en la transformación de dicha atención.

Esto se contempla como parte de las acciones que se proponen dentro del Servicio Integrado para la Atención y Prevención de la Desnutrición, cuyo fin busca favorecer el mejoramiento del estado nutricional de las niñas y los niños menores de 5 años con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, así como la prevención del bajo peso al nacer, a través de la promoción de la nutrición, la salud y el fortalecimiento familiar y comunitario, en articulación con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y enmarcados en el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada<sup>2</sup>.

Por tal razón, la caracterización que se realiza mediante este documento busca reconocer e identificar las principales características, necesidades, intereses, expectativas y preferencias de la población objetivo de esta modalidad, con el fin identificar las particularidades de estas poblaciones y estrategias que contribuyan al mejoramiento los procesos de atención a la desnutrición para generar respuestas coherentes a dichos contextos y necesidades de los usuarios que se atienden bajo dicho servicio

---

<sup>1</sup> Modelo de Diferencial de Derechos – MEDD – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF 2023 pág. 22 Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/md1.de\\_modelo\\_enfoque\\_diferencial\\_de\\_derechos\\_v2.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/md1.de_modelo_enfoque_diferencial_de_derechos_v2.pdf)

<sup>2</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Manual operativo para la Atención y Prevención de la Desnutrición. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mt6.pp\\_manual\\_tecnico\\_modalidad\\_de\\_atencion\\_y\\_preencion\\_de\\_la\\_desnutricion\\_v1.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mt6.pp_manual_tecnico_modalidad_de_atencion_y_preencion_de_la_desnutricion_v1.pdf). Pag. 20

## Antecedentes.

El ICBF durante la vigencia 2023 realizó un ejercicio de actualización del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos – MEDD mediante mesas de trabajo que reestructuran algunas de las categorías y acciones para el abordaje de las poblaciones beneficiarias de las modalidades y servicios. Dicho proceso se determinó mediante la Resolución 9878 de 2023.

En cuanto a los servicios, hubo un ejercicio de reestructuración de la modalidad dirección de Nutrición del ICBF transformando la Estrategia de Atención y Prevención a la Desnutrición en sus dos modalidades (1.000 días para cambiar el mundo y Centros de Recuperación Nutricional – CRN) hacia el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición, el cual enmarca o plantea dos conceptos que interactúan, en primer lugar desde el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada y el segundo enmarcado desde la desnutrición aguda, y sus relaciones con los determinantes sociales de la salud, como elementos necesarios para comprender los alcances de los procesos de atención, así como de los marcos de actuación de los profesionales dentro de los servicios y modalidades del ICBF.

Estos determinantes sociales, son relevantes para comprender las relaciones entre el contexto socioeconómico y político y las situaciones asociadas con la desnutrición, las cuales acentúan aún más las desigualdades que generan algún tipo de restricción o pérdida significativa para el goce efectivo de los derechos de las personas, por lo que es necesario partir de la comprensión de la salud como un concepto del ser que trasciende de la ausencia de enfermedad, a la realización de los sujetos en condiciones de vida digna, mediante el reconocimiento y disposición de sus propias capacidades en la cotidianidad ligados a los aspectos psicosociales, hábitos y estilos de vida, sistemas de salud y de respuesta socio institucional que se debe dar, siendo esto último un aspecto clave para la presente caracterización de este documento

Para tal fin, se debe tener en cuenta que, para esta caracterización y la identificación de variables y los respectivos análisis que se van a realizar, la manera como se presta este servicio es importante porque, delimita el alcance de su operación y determina cuales son las características de la población beneficiaria, ya que se establece por demanda, orientado a niñas y niños menores de cinco años con desnutrición aguda, desnutrición aguda y mujeres gestantes con malnutrición.

A través de este proceso, se implementan acciones de identificación, tamizaje y clasificación nutricional, el equipo de talento humano procede a realizar la identificación respectiva para el servicio mediante el abordaje de la atención familiar y comunitaria de forma extramural con opción de abordaje intramural.

Este último busca realizar seguimiento a la fase de estabilización del proceso de recuperación nutricional de las niñas y niños con desnutrición aguda (posterior a su atención por parte del sector salud), monitorear la adherencia al tratamiento instaurado desde el sector salud aunado al fortalecimiento familiar en la educación para la salud alimentaria y el seguimiento diario a la ganancia de peso y monitoreo de los signos vitales, con una estancia máxima de 15 días para el egreso, en donde, independiente del estado nutricional en que los usuarios se encuentren para este momento, pasan a ser atendidos en el entorno extramural. En este entorno se encuentra un equipo de profesionales transversales que se encargan de realizar la atención mediante 4 componentes I.) Fortalecimiento familiar y comunitario, II.) Educación para la salud alimentaria, III.) Valoración y seguimiento del estado nutricional y IV.) Complementación alimentaria.

Uno de los aspectos esperados mediante la atención y que es relevante para la caracterización, es la manera como se desarrolla el abordaje integral para la prevención y atención de la desnutrición, precisando el bajo peso al nacer desde los entornos familiares y comunitario, en aras de fortalecer los entornos de desarrollo de los niños y niñas, acorde a la experiencia de previas modalidades de atención en donde se evidenció que la atención intramural de forma prolongada con contextos que difieren de la cotidianidad de las familias no permite una adherencia a las intervenciones realizadas, con esto, al realizar la atención en los hogares y comunidades se busca realizar las intervenciones al estado nutricional en situaciones concordantes con las realidades de cada territorio.

Este servicio integrado se constituye por las siguientes modalidades, i) Recuperación Nutricional en el Hogar – RNH, ii) Unidades de Recuperación Nutricional Comunitaria Itinerante – URNCI, iii) Centros de Recuperación Nutricional Comunitaria – CRNC, lo cual es importante para la identificación de las poblaciones beneficiarias.

Dicha atención anteriormente descrita se hace teniendo en cuenta las disposiciones contenidas en la Resolución 5406 de 2015 actualizadas por la resolución 2350 del 2020, en la que se aclara que es el sector salud el encargado de la intervención y seguimiento de los casos de niños con desnutrición aguda, por tanto, el Servicio Integrado, adopta lo dispuesto en el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta, y fijar las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, intervinientes en el proceso de atención en salud<sup>3</sup>.

Es importante resaltar que la atención anteriormente descrita, se presta por demanda, toda vez que los criterios de ingreso para estas modalidades están condicionados al déficit nutricional que puedan presentar los niños menores de 5 años y las mujeres gestantes, el cual se considera prevalente sobre cualquier otro criterio en esta población.

Igualmente se destaca que las acciones anteriormente descritas se enmarcan dentro de la implementación del Modelo de Enfoque diferencial de Derechos – MEDD, el cual reconoce “las particularidades, necesidades y expectativas de los niños, niñas, adolescentes y las familias, para garantizar su protección integral desde una perspectiva diferencial de derechos, mediante una respuesta que promueva la igualdad, la no discriminación y las características contextuales de los territorios”<sup>4</sup> e incluye un componente de género y de derechos de las mujeres que reconoce la existencia de factores que incrementan el riesgo de discriminación y vulnerabilidad, y por tanto, es necesario tener en cuenta, los efectos diferenciados del conflicto armado en la vida de las mujeres<sup>5</sup> dentro de los procesos de atención para esta población.

En esta vía, además de propiciar la participación, la Dirección de Nutrición del ICBF, en el marco de sus competencias, viene promoviendo acciones encaminadas a la progresividad del Derecho Humano a la Alimentación – DHA teniendo en cuenta elementos que van de lo individual a lo colectivo y de lo eminentemente biológico-nutricional hasta un escenario sociocultural, a su vez que plantea como dimensiones constitutivas del derecho a la alimentación: la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación; y, como elementos transversales, la sostenibilidad, la estabilidad y la participación social”<sup>6</sup>. Por tanto, este abordaje implica avances importantes para la transformación de la respuesta institucional que tenga en cuenta las particularidades de la población que se atiende en los servicios de la entidad.

---

<sup>3</sup> Resolución 2350 de 2020. Ministerio de SALud y la Protección Social Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf)

<sup>4</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Modelo Enfoque Diferencial – Proceso Direccionamiento estratégico. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/md1.de\\_modelo\\_de\\_enfoque\\_diferencial\\_de\\_derechos\\_medd\\_v1.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/md1.de_modelo_de_enfoque_diferencial_de_derechos_medd_v1.pdf). P. 46. 2017

<sup>5</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Modelo Enfoque Diferencial - Proceso Direccionamiento estratégico. Disponible [https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/md1.de\\_modelo\\_enfoque\\_diferencial\\_de\\_derechos\\_v2.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/md1.de_modelo_enfoque_diferencial_de_derechos_v2.pdf) pag. 7 2023

<sup>6</sup> CISAN – ICBF. Plan Nacional Rural del Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación. 2021, p.

<sup>7</sup> Manual Técnico Modalidad De Atención y Prevención de la Desnutrición. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF

### III. Grupos de Valor

Según lo descrito en la Guía operativa del servicio Integrado de Atención y prevención a la Desnutrición el cual está dirigido a los siguientes grupos de valor<sup>7</sup>:

- Niñas y niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda (moderada o severa) de etiología primaria o con signos clínicos asociados a desnutrición, con clasificación nutricional por el indicador peso para la talla o longitud P/T-L  $< -2$  DE, de acuerdo con la Resolución 2465 de 2016 del MSPS.
- Niñas y niños menores de cinco (5) años con riesgo de desnutrición aguda que se identifiquen con signos físicos de desnutrición aguda y/o riesgo de muerte por desnutrición, se entenderá que están en riesgo de desnutrición aguda cuando presenten talla o longitud P/T-L  $> -2$  a  $\leq -1,5$  DE, de acuerdo con la Resolución 2465 de 2016 del MSPS, o con signos físicos asociados a desnutrición medidos con el perímetro braquial, con valores mayores a 11,5 cm en la cinta de medición de perímetro braquial, en niñas y niños de 6 a 59 meses.

Asimismo, esta modalidad debe tener presente que cada Regional y/o Centro Zonal del ICBF debe generar los mecanismos de interacción entre los equipos interdisciplinarios de los servicios que hacen parte de esta modalidad y que están presentes en su territorio, con el fin de realizar las articulaciones necesarias en la atención de niñas, niños, mujeres y personas en gestación y sus familias.

También es relevante tener en cuenta que, para prestar este servicio, se debe realizar un proceso de reconocimiento e identificación del territorio, partiendo de los siguientes aspectos:

- Información básica de datos geográficos que permitan una visión de cuántos municipios, veredas o corregimientos.
- Reconocimiento rutas y medios de transporte disponibles, las formas de comunicación, comunidades o grupos poblacionales que lo habitan
- Datos censales disponibles, entre otra información que se obtenga en articulación con el ente territorial y Centro Zonal del ICBF.
- Identificar las zonas del territorio en donde se presentan mayores índices de desnutrición, riesgo de desnutrición aguda y muerte por y asociada a la desnutrición, así como cifras de bajo peso al nacer y malnutrición en la gestación.
- Identificar áreas rurales y rurales dispersas en las cuales se detecte baja cobertura de la oferta social con limitaciones en el acceso a los servicios de salud.
- Identificar la cosmovisión frente a los procesos de salud y enfermedad en contextos culturales diferenciales que armonicen las culturas médicas tradicionales y la medicina convencional.
- Identificar prácticas culturales en torno a la alimentación, economías y mercados locales, prácticas y saberes de producción étnica, campesina, familiar y comunitaria.
- Identificar las zonas habitadas por poblaciones étnicas y campesinas.
- Identificar las autoridades y organizaciones de los pueblos étnicos y campesinos presentes en el territorio.

Se hace necesario tener presente las siguientes claridades relevantes para el proceso de caracterización

Nota 01: No se podrá presentar la concurrencia de atención si, al momento de la identificación, la niña o niño sujeta de atención en la Modalidad de Atención y Prevención de la Desnutrición ya se encuentra vinculada o vinculado a otra oferta de servicios del ICBF que incluya dentro de sus acciones apoyo alimentario (entrega de alimentos o recursos para adquirirlos).

Sin embargo, si el talento humano identifica la necesidad de la duplicidad de atención para un usuario entre los servicios del ICBF, se presentará inicialmente a la supervisión del ICBF la justificación y en el marco del comité técnico operativo, se realizará la revisión, coordinación y definición de las atenciones dirigidas al usuario y su familia en las que prevalezca el interés superior de la niña o niño. En este espacio podrán participar los representantes o delegados de las direcciones misionales del ICBF involucradas.

Nota 02: la Modalidad de Atención y Prevención de la Desnutrición y sus servicios deben comprender y aceptar las diferencias poblacionales como discapacidad, orientación sexual, pertenencia étnica y otras situaciones o características de las niñas, niños, mujeres y personas en gestación y sus familias que requieren de atenciones diferenciales, evitando las acciones con daño.

## IV. Objetivo General

Realizar un proceso de caracterización de los niños, niñas menores de 5 años y con bajo peso que son usuarios atendidos por la Dirección de Nutrición a través de del Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición con el fin de conocer sus principales características, necesidades, intereses, expectativas y preferencias de la población para el mejoramiento de los procesos de atención en la prestación los servicios de esta modalidad, conforme a lo establecido en el Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos

## V. Objetivos Específicos

- Identificar las principales características demográficas de las poblaciones usuarias que son atendidas bajo el Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición para el diseño de una línea de base que pueda servir para la identificación de necesidades.
- Conocer elementos de cambio que desde el enfoque diferencial de derechos puedan ser relevantes para el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios que permitan la adecuación de estos para el mejoramiento de sus condiciones nutricionales.
- Recoger aportes que puedan generar recomendaciones y cambios para la prestación de los servicios a través de procesos de diálogo entre los aliados estratégicos de las regionales del ICBF y los usuarios participantes del servicio.

## VI. Ficha Técnica y Fuentes de Información

Los datos para la caracterización de los usuarios del Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición correspondiente al sistema Cuéntame con vigencia 2025 con corte al 31 de octubre que se relacionan en el presente documento, se obtuvieron de las bases de datos de los registros mensuales que realiza la Dirección de Nutrición, siendo este uno de los sistemas oficiales del ICBF donde se registran las atenciones y demás datos diferenciados del proceso de registro nacional de cada una de las regionales relacionada con la prestación del servicio.

## VII. Variables Principales

- Geográficas: Principalmente las relacionadas con la ubicación de los municipios donde se prestan los servicios, priorizados, los cual tiene como criterios de ingreso a la población con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda o bajo peso para la edad gestacional (en el caso de las mujeres gestantes), se considera entonces, como servicio por demanda. Así mismo, se tiene en cuenta los análisis de las variables del estado de salud, nutrición, variables sociales, de la oferta institucional y el contexto del territorio, las cuales incluyen las variables de Departamento y municipios.
- Demográfica: Relacionadas con las características poblacionales diferenciales, siendo las más significativas el curso de vida de los usuarios que reciben servicios, el sexo, la discapacidad, la pertenencia étnica, reconocimiento como víctimas del conflicto armado y situación de migración

- Intrínsecas: relacionadas con los conocimientos y prácticas nutricionales y alimentarias, así como los intereses principales acerca del servicio.
- De comportamiento: ligadas a los beneficios que reciben y los usos de los servicios

## VIII. Caracterización de la población

En este apartado se presenta la caracterización de la población atendida mediante el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición geográfica y demográfica.

El análisis geográfico, a partir de la distribución por departamentos y municipios, permite identificar los territorios con mayor concentración de atenciones y resalta la importancia de considerar tanto el nivel departamental como municipal. De igual forma se realizó un análisis demográfico, en donde se caracterizó la población beneficiaria según tipo de beneficiario, sexo y pertenencia étnica, describiendo la distribución de las atenciones entre bebés menores de seis meses, niños y niñas hasta los cinco años y once meses, y personas gestantes. Estas categorías ofrecen una visión general de la población atendida durante el periodo analizado.

### 8.1 Análisis de variables geográficas

En este apartado se realizó la caracterización y análisis territorial de las atenciones del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición a partir de la distribución por departamentos y municipios. El análisis permite identificar los territorios que concentraron un mayor número de registros de atención, así como reconocer a qué departamentos pertenecen los municipios con mayores reportes realizados. Reconociendo que, aunque algunos departamentos no presentan un alto número de registros totales, existen municipios dentro de ellos que concentran una cantidad significativa de atenciones. Esto evidencia la necesidad de un análisis tanto departamental como municipal.

#### 8.1.1 Análisis por departamentos

A través de este apartado se presenta la caracterización territorial de las atenciones del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición, a partir de la distribución por departamentos.

Este análisis permite identificar los territorios que concentraron un mayor número de municipios y registros de atención, así como aquellos con menor reporte, evidenciando diferencias territoriales en la prestación del servicio. Esta caracterización aporta una visión general sobre la localización geográfica de las atenciones y permite reconocer desigualdades regionales en el acceso y registro del servicio durante el periodo analizado.

**Tabla 1. Distribución por departamentos de las atenciones realizadas – Servicio Integrado de Atención y Prevención de la desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025**



**Fuente: ICBF - Sistema Cuéntame, con corte a 31 de octubre de 2025**

Se identifica que los departamentos en los que se registró el mayor número de atenciones en el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición fueron: La Guajira, Choco, Norte de Santander y Bolívar. A partir de esto podríamos decir esto refleja que estos departamentos presentan una mayor presencia de desnutrición (aguda y/o crónica), riesgo nutricional e inseguridad alimentaria en población especialmente vulnerable como son las personas en estado de gestación y niños desde los 0 a 5 años 11 meses, quienes son los principales beneficiarios de este servicio.

Es importante reconocer que los departamentos anteriormente mencionados presentan condiciones contextuales que impactan de manera directa al acceso de servicios adecuados de salud y alimentación que pueden tener estas poblaciones. Del mismo modo, que departamentos como Norte de Santander y Bolívar presentan procesos migratorios que implican situaciones de vulnerabilidad especiales en esta población.

Por otro lado, en departamentos como La Guajira y Choco donde existe una alta presencia de poblaciones étnicas se hace necesario reconocer que presentan condiciones sociohistóricas, que han generado que en la actualidad se sigan presentando barreras sociales e institucionales para el acceso de estas poblaciones a distintos servicios y/o recursos necesarios para la adecuada nutrición y desarrollo integral.

Estos resultados pueden llegar a interpretarse como un indicador positivo, ya que demuestran que el servicio está llegando a los territorios con mayores niveles de vulnerabilidad, fortaleciendo la cobertura y el acceso.

Por último, se puede decir que el alto volumen de atenciones en estos departamentos sugiere una mayor necesidad de inversión pública, fortalecimiento de capacidades institucionales y priorización de recursos para estos territorios.

Por otro lado, se observa que los Departamentos donde se registró un menor número de atenciones fueron: Risaralda, Boyacá, Guainía, Cauca y Amazonia. Es importante mencionar que el hecho de que estos departamentos presenten el menor registro de atenciones dentro del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición no necesariamente implica una menor necesidad de intervención nutricional o un menor riesgo de desnutrición, riesgo nutricional e inseguridad alimentaria. Por el contrario, este comportamiento estadístico refleja dinámicas territoriales, poblacionales e institucionales diversas que deben ser analizadas de manera particular.

En el caso de Risaralda, por ejemplo, la distribución desigual de atenciones con 36 atenciones frente a los demás departamentos que superan los 200 casos sugiere diferencias territoriales y de atención significativas. Este dato puede estar relacionado con condiciones socioeconómicas más favorables y mejores niveles de seguridad alimentaria en comparación con otros departamentos. Sin embargo, también surgen dudas de si realmente hay menos casos, si no se están realizando registro, la presencia de subregistros o si la población no está acudiendo a estos servicios.

En el caso de Boyacá puede estar asociada a condiciones socioeconómicas más favorables en comparación con otros territorios del país. Teniendo en cuenta que los departamentos andinos presentan mejores indicadores de desarrollo humano, menor pobreza multidimensional y un acceso más estable a servicios de salud y seguridad alimentaria. Tales características podrían reducir la prevalencia de riesgos nutricionales, la detección temprana de casos de desnutrición y por consecuencia, disminuir el número de atenciones requeridas a través del servicio.

Por otro lado, en Guainía y Amazonas el bajo número de atenciones no necesariamente significa ausencia de desnutrición. Debido a que la dispersión de la población, las grandes distancias, el transporte fluvial, la falta de personal y las particularidades culturales de las comunidades indígenas pueden generar subregistro y dificultar la llegada del servicio. Además, al tener una menor población que otros departamentos, es congruente que el volumen de casos de desnutrición y atenciones realizadas sea más reducido, aunque esto no elimina el riesgo nutricional.

En el caso del Cauca, el dato también debe interpretarse con prudencia. Debido a que, aunque el registro es bajo, se trata de un territorio marcado por violencia sociopolítica, pobreza y desplazamiento forzado, factores que suelen aumentar el riesgo de desnutrición. Por eso, la baja cifra podría vincularse más a problemas de acceso, seguridad o dificultad institucional para operar en el territorio que a una ausencia de necesidades nutricionales.

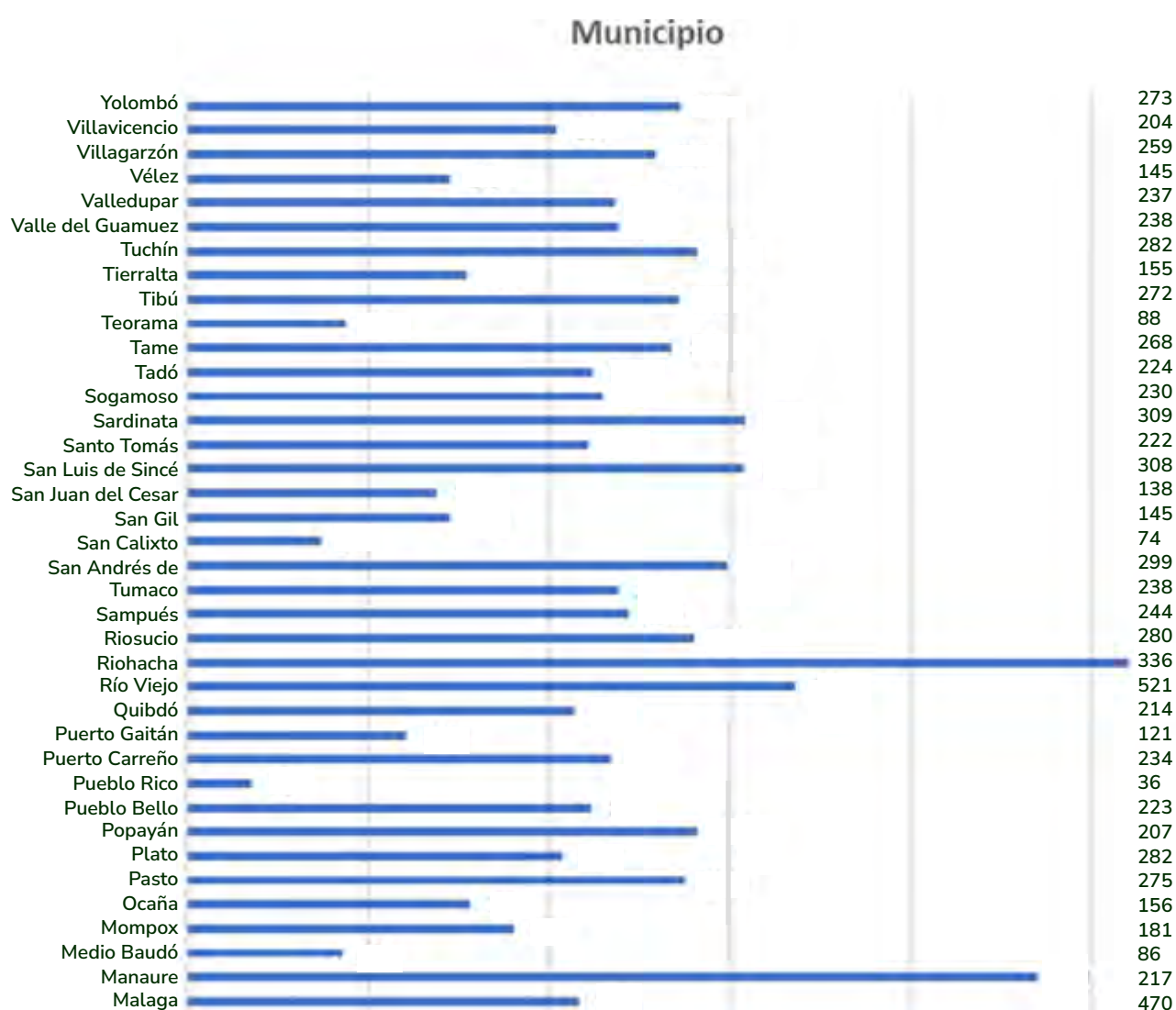
En conclusión, la distribución territorial de las atenciones del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición evidencia marcadas diferencias entre departamentos, asociadas a condiciones sociales, económicas y geográficas particulares. Los mayores registros en territorios como La Guajira, Chocó, Norte de Santander y Bolívar reflejan contextos de alta vulnerabilidad, pero también una priorización en la respuesta institucional. Por su parte, los departamentos con menores cifras no necesariamente presentan menor riesgo nutricional, sino dinámicas diferenciadas relacionadas con acceso, subregistro o dispersión poblacional.

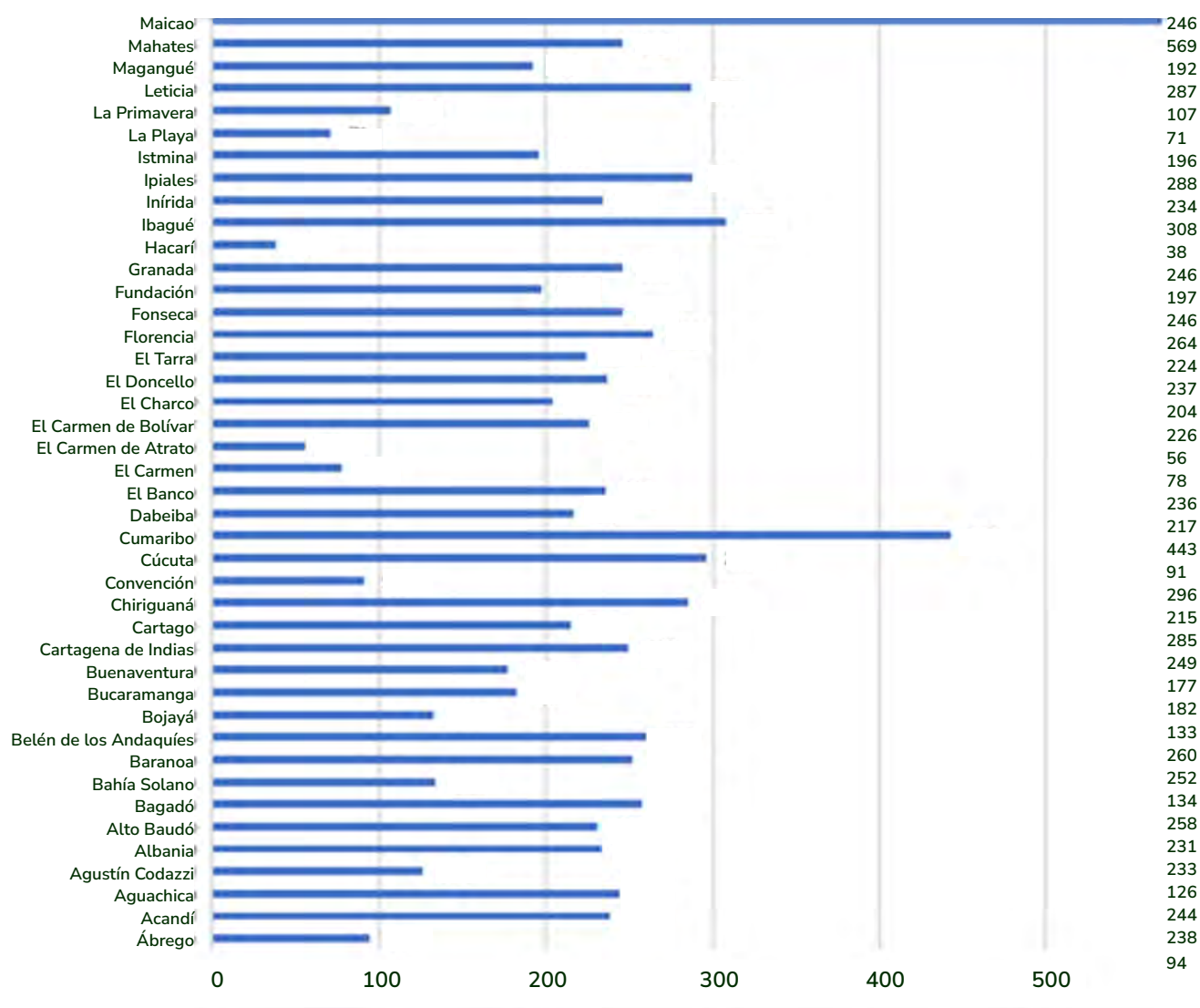
Estos hallazgos resaltan la importancia de interpretar los datos desde una perspectiva territorial y contextual. Asimismo, ponen en evidencia la necesidad de fortalecer capacidades institucionales y estrategias diferenciadas que garanticen una atención oportuna y equitativa en todos los territorios.

## 8.1.2 Análisis por Municipios

Este apartado presenta la caracterización territorial de las atenciones del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición, a partir de la distribución por municipios. El análisis permite identificar los municipios que concentraron un mayor número de registros de atención y a qué departamento corresponden. Resaltando como existen municipios que si bien sus departamentos no presentan un alto número de registros al compararlos con otros. Presentan municipios con un alto número de registros.

**Tabla 2. Distribución por municipio de las atenciones realizadas mediante el Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025**





**Fuente: ICBF - Sistema Cuéntame, con corte a 31 de octubre de 2025**

En congruencia con los registros presentados en el análisis por departamentos, se observa que los municipios con mayor número de atenciones se concentraron principalmente en los departamentos de Norte de Santander, donde 12 municipios reportaron atenciones, Chocó, con 11 municipios, La Guajira con 6 municipios; y Bolívar también con 6 municipios que registraron atención dentro del servicio.

Igualmente, se evidencia que los tres municipios con mayor número de registros de atención fueron Maicao (569), Riohacha (521) y Manaure (470), los cuales pertenecen al departamento de La Guajira, lo que refuerza la alta concentración de atenciones en este territorio.

Sin embargo, es importante hacer notar que Cumaribo municipio del departamento de Vichada presento 443 registros de atención y prevención de la desnutrición, siendo el cuarto municipio (y único de Vichada) donde se presentaron un mayor número de registros. Aunque 443 atenciones representan solo el 0,35 % de la población total de Vichada, al considerar la población objetivo de este servicio son niños menores de 5 años y personas gestantes (lo cual implica una población objetivo considerablemente más baja), el dato se vuelve significativo y relevante. Haciendo necesario que se realice una indagación para identificar las razones por las cuales este municipio presenta una cifra tan elevada de registros de atención.

En conclusión, el análisis municipal evidencia una alta concentración de atenciones en territorios priorizados como La Guajira, Norte de Santander y Chocó, destacándose municipios como Maicao, Riohacha y Manaure. Asimismo, el caso de Cumaribo en Vichada resulta significativo, pues aunque el porcentaje frente a la población total es bajo, cobra relevancia al considerar que la población objetivo es reducida. Estos hallazgos subrayan la necesidad de interpretar los datos desde el contexto territorial y fortalecer la focalización de acciones en municipios con mayores niveles de vulnerabilidad.

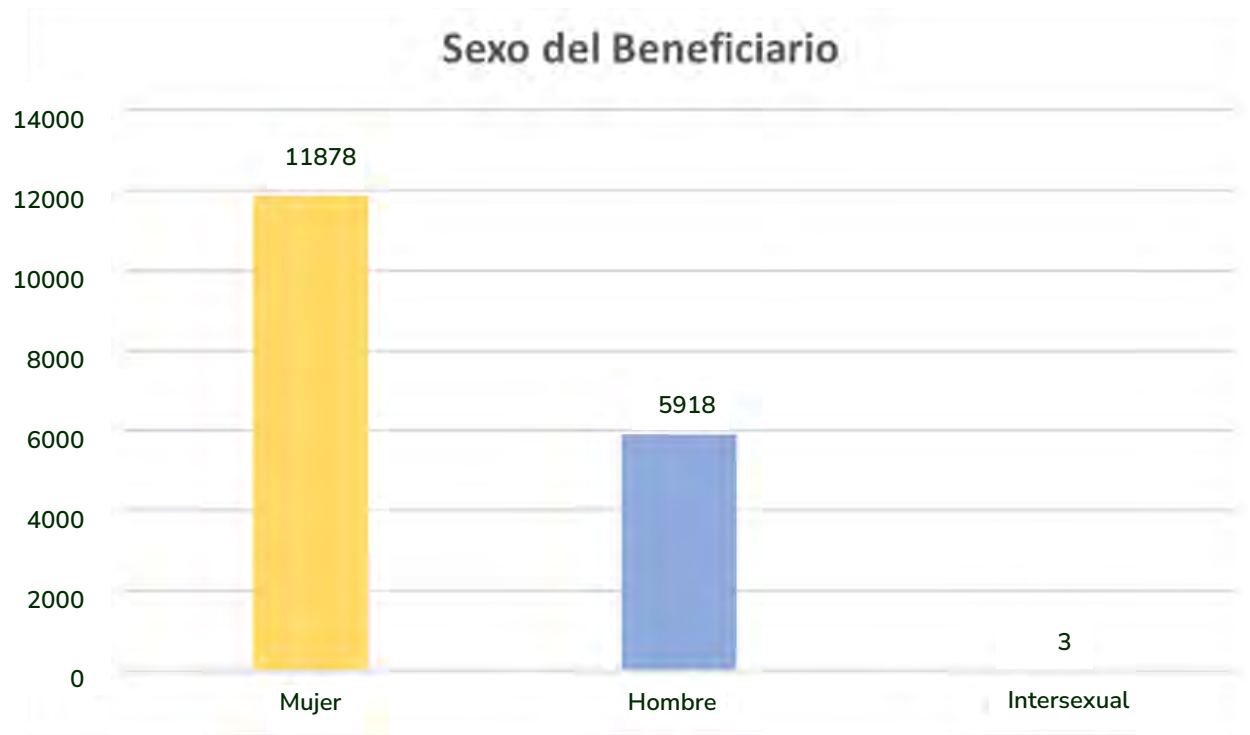
## 8.2 Análisis de variables demográficas

En los siguientes apartados se presenta la caracterización y análisis de la población beneficiaria del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición a partir de tres categorías: tipo de beneficiario, sexo y pertenencia étnica. Se describe la distribución de las atenciones entre bebés menores de seis meses, niños y niñas hasta los cinco años y once meses, y personas gestantes; así como la composición por sexo y la autoidentificación étnica de quienes accedieron al servicio. Estas categorías permiten una visión general de las características de la población atendida durante el periodo analizado.

### • Distribución por sexo:

En este apartado se presenta la distribución de las atenciones del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición según la categoría de sexo. Los registros se organizan en mujeres, hombres y personas intersexuales, lo que permite identificar la participación de cada grupo dentro del total de beneficiarios atendidos. A su vez, se exponen características tanto de la población como contextuales que impactan de manera directa en que se haga uso de este servicio.

**Tabla 3. Distribución por sexo de las atenciones realizadas, mediante el Servicio Integrado de Atención a la Desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025**



Fuente: ICBF - Sistema Cuéntame, con corte a 31 de octubre de 2025

El análisis por sexo de las personas atendidas muestra una diferencia significativa en los registros, evidenciando 11.878 mujeres, 5.918 hombres y 3 personas intersexuales. El número significativamente mayor de registros en mujeres puede explicarse, en gran medida, porque en esta categoría se agrupan tanto las niñas menores de cinco años como las personas gestantes en su gran mayoría, aunque no exclusivamente, son mujeres.

Pero del mismo modo es importante considerar las violencias múltiples a las cuales se enfrentan las mujeres en el contexto colombiano reconociendo que la vivencia de este tipo de violencias incrementa la vulnerabilidad social y nutricional a las que se ven expuestas estas niñas y mujeres, siendo por ejemplo que dentro del registro de atenciones se encuentran niñas en estado de gestación desde los 11 y 12 años.

Estas violencias pueden afectar el acceso a una alimentación adecuada, a servicios de salud y alimentación adecuados afectando directamente en el riesgo de desnutrición tanto en la gestación como en la primera infancia, generando que tengan una mayor necesidad de acceder a este servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.

En cuanto a los hombres, aunque el número de registros es menor, esto no implica una menor exposición al riesgo de desnutrición.

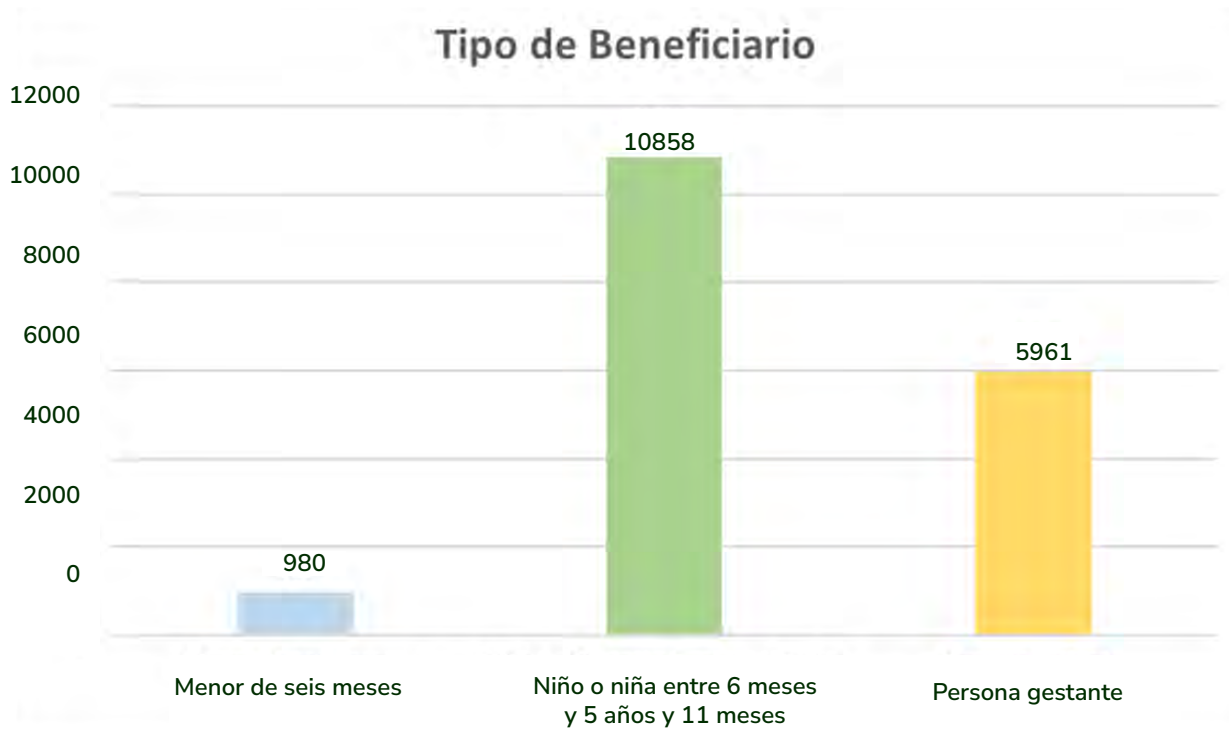
Finalmente, aunque el número de personas intersexuales registradas es bajo (3), su inclusión resulta relevante, ya que refleja un avance en los procesos de registro y reconocimiento de la diversidad sexual, identitaria y corporal desde la primera infancia y la gestación de las personas.

En conclusión, la mayor proporción de atenciones en mujeres se explica porque esta categoría incluye a niñas menores de cinco años y a personas gestantes; sin embargo, también refleja las desigualdades y violencias de género que incrementan su vulnerabilidad nutricional. Aunque los hombres presentan menos registros, ello no implica menor riesgo de desnutrición. Finalmente, la inclusión de personas intersexuales, aunque en número reducido, evidencia avances en el reconocimiento y la inclusión de la diversidad en el servicio.

#### • Distribución por tipo de beneficiario:

En este apartado se presenta la información correspondiente al tipo de beneficiario de las personas que accedieron al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición. Los registros se clasifican en tres grupos: bebés menores de seis meses, niños y niñas entre los seis meses y los cinco años y once meses, y personas gestantes. Resaltando las particularidades que cada uno de estos grupos presenta.

**Tabla 4. Distribución por tipo de beneficiario de las atenciones realizadas mediante el Servicio Integrado de atención y prevención de la Desnutrición, con corte al 31 de octubre de 2025**



**Fuente: ICBF - Sistema Cuéntame, con corte a 31 de octubre de 2025**

La información sobre el tipo de beneficiario del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición muestra que la mayor cantidad de atenciones correspondió a niños y niñas entre los 6 meses y los 5 años y 11 meses, con 10.858 registros. Este grupo representa la población infantil que recibe atención directa del servicio durante la etapa de la primera infancia, en la cual se concentran la mayoría de las intervenciones de prevención y atención de la desnutrición.

En segundo lugar, se encuentran las personas gestantes, con 5.961 atenciones, lo que indica que una parte importante del servicio está dirigida al seguimiento y atención nutricional integral durante el embarazo, como población prioritaria dentro del enfoque de atención integral.

Por otro lado, los bebés menores de seis meses registraron 980 atenciones, lo que evidencia que este grupo también es atendido por el servicio, aunque en una menor proporción. Estas atenciones hacen parte de las acciones orientadas a la atención temprana durante los primeros meses de vida, con el objetivo de prevenir problemas de salud a corto, mediano y largo plazo. Si bien este número es considerablemente inferior al registrado en los demás tipos de beneficiarios, es importante tener en cuenta que el rango de edad de los bebés hasta los seis meses es más reducido, lo que implica una menor cantidad de población que accede a este servicio.

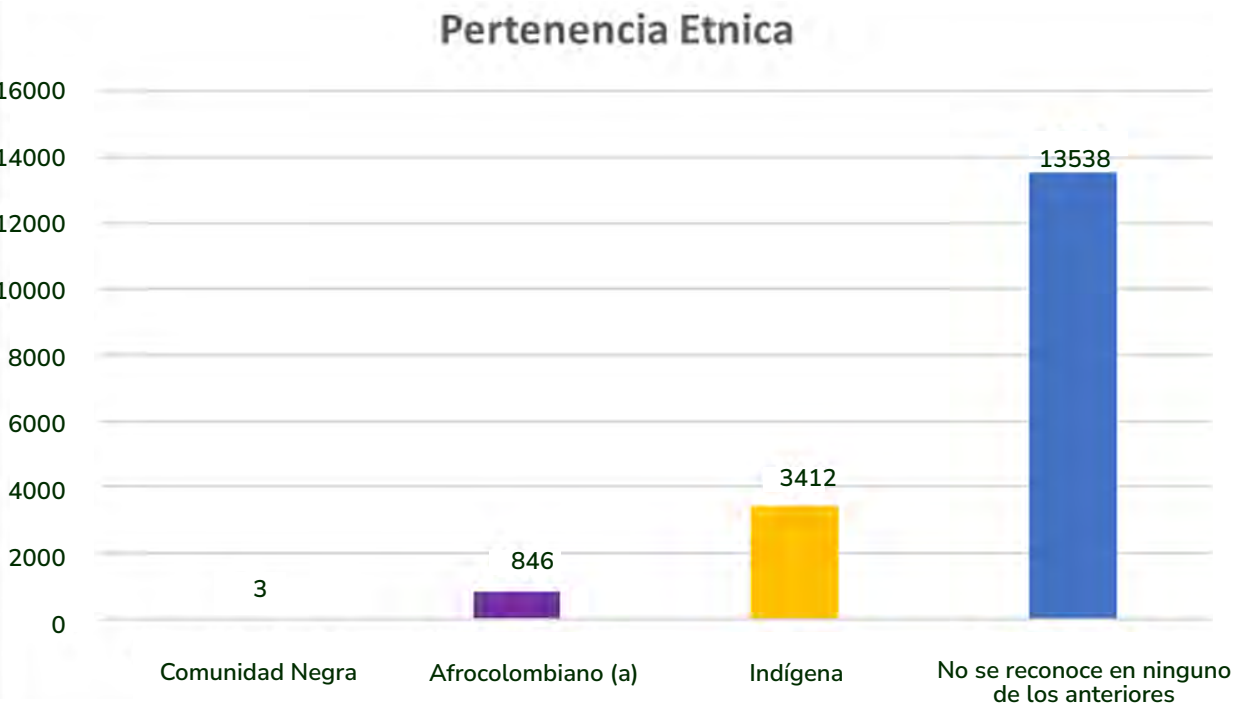
Finalmente es importante considerar que la diferenciación que se da entre los niños menores de seis meses y los niños entre seis meses y 5 años 11 meses. Se debe al tipo de alimentación que recibe cada uno de estos. Siendo que el primer grupo recibe lactancia (o fórmula) de manera exclusiva. Mientras que a partir de los 6 meses se empieza con la alimentación complementaria lo que implica que se incluye diversidad de alimentos en dieta de los niños, y a su vez se generan atenciones diferenciadas para cada uno de estos grupos.

En conclusión, la mayoría de atenciones se concentró en niños y niñas entre los 6 meses y los 5 años 11 meses, como grupo prioritario en la primera infancia. En segundo lugar, se ubican las personas gestantes, lo que resalta la importancia del acompañamiento nutricional durante el embarazo como estrategia de prevención para evitar el riesgo nutricional en la persona gestante y en él bebe. Por su parte, los bebés menores de seis meses registran menos atenciones, debido a su menor rango poblacional y a las particularidades de su alimentación basada en lactancia exclusiva o fórmula. Esta distribución evidencia la focalización diferenciada del servicio según las necesidades de cada etapa del curso de vida.

• **Distribución por grupo étnico**

En este apartado se presenta la información correspondiente a la pertenencia étnica de las personas que accedieron al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición. Los datos se organizan según el autorreconocimiento étnico, diferenciando entre personas que no se reconocen dentro de ningún grupo étnico y aquellas que se identifican como indígenas, afrocolombianas o pertenecientes a comunidades negras.

**Tabla 5. Distribución por pertenencia étnica de las atenciones realizadas, mediante el Servicio de Atención y Prevención a la desnutrición, con corte a 3 de octubre de 2025**



**Fuente: ICBF - Sistema Cuéntame, con corte a 31 de octubre de 2025**

Al revisar el grafico de pertenencia étnica de las personas que accedieron al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición se logra evidenciar que la mayoría de los registros corresponde a personas que no se reconocen como pertenecientes a ningún grupo étnico, con un total de 13.538 atenciones. Esto indica que el servicio ha accedido un mayor número de personas que no se auto reconoce dentro de comunidades étnicas específicas (o en el caso de niños pequeños y bebes sus padres indican que no pertenece a ninguno de estos pueblos étnicos).

No obstante, se registraron 3.412 atenciones en población indígena y 846 en población afrocolombiana, cifras que, aunque menores en términos absolutos frente al grupo que no se autorreconoce dentro de una comunidad étnica, adquieren relevancia al analizarse en relación con el peso demográfico de estas poblaciones en el país. En el caso de las comunidades indígenas según la ENSIN 2015 presentan los mayores índices de desnutrición en proporción a su población, lo que convierte estos datos en un indicador importante de las condiciones de vulnerabilidad alimentaria y nutricional que enfrentan estos territorios y comunidades.

Adicionalmente, las comunidades indígenas y afrocolombianas se ven afectadas por barreras estructurales que limitan su acceso a servicios de salud y alimentación, tales como la dispersión geográfica, la falta de infraestructura, la discriminación, las barreras culturales y lingüísticas (en poblaciones con lenguas propias), y la débil presencia institucional en algunos territorios. Estas condiciones inciden tanto en el riesgo nutricional como en la posibilidad de acceder y permanecer en programas de atención, por lo que los registros observados no solo reflejan necesidades existentes, sino también los desafíos persistentes para garantizar una atención integral, oportuna y culturalmente pertinente para estas poblaciones.

En conclusión, aunque la mayoría de atenciones corresponde a personas que no se autorreconocen dentro de un grupo étnico, las cifras registradas en población indígena y afrocolombiana adquieren especial relevancia al considerar su peso demográfico y los mayores índices de desnutrición que enfrentan, particularmente en comunidades indígenas. Estos datos reflejan no solo condiciones de vulnerabilidad nutricional, sino también barreras estructurales como dispersión geográfica, limitaciones en infraestructura, discriminación y dificultades culturales o lingüísticas. En este sentido, los registros evidencian la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales que garanticen una atención integral, equitativa y culturalmente pertinente para estas poblaciones.

## 8.2 Análisis de variables Intrínsecas

Las variables intrínsecas analizadas corresponden a las características internas propias de los grupos de valor atendidos por el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición, de conformidad con lo establecido en la guía operativa del servicio. Dichos grupos incluyen a niñas y niños menores de cinco años con desnutrición aguda, niñas y niños menores de cinco años con riesgo de desnutrición aguda, así como personas gestantes con riesgo nutricional o bajo peso, entre otros.

Estas variables intrínsecas se relacionan directamente con los conocimientos, creencias, prácticas alimentarias, capacidades familiares, comportamientos y percepciones que tienen los beneficiarios y sus cuidadores frente a la alimentación y al servicio, las cuales inciden de manera significativa tanto en su estado nutricional como en la forma en que se desarrolla la atención.

En el caso de las niñas y niños con desnutrición aguda, se identifican variables intrínsecas que influyen de manera determinante en los procesos de recuperación y en la adherencia al tratamiento. Una de las principales corresponde a las prácticas alimentarias previas al ingreso al servicio. En muchos casos, los niños han estado expuestos a procesos de alimentación insuficientes o inadecuados, asociados a la introducción tardía o precoz de la alimentación complementaria, a una baja diversidad de alimentos disponibles en el hogar y en el entorno local, así como a dificultades estructurales para el acceso a alimentos derivadas de factores socioeconómicos. Estas prácticas no responden únicamente a decisiones individuales, sino que se encuentran estrechamente ligadas a las condiciones estructurales del territorio y al contexto familiar, los cuales influyen directamente en el deterioro del estado nutricional.

Otra variable intrínseca relevante para este grupo es la dependencia total de los cuidadores. Las niñas y niños menores de cinco años dependen completamente de sus familias para la preparación y disponibilidad de los alimentos, el acceso a los servicios de salud y la continuidad del tratamiento nutricional. Esta condición implica que las variables intrínsecas del niño no pueden analizarse de manera aislada, sino que se encuentran profundamente vinculadas con las capacidades, conocimientos y prácticas de los cuidadores.

En este sentido, el servicio reconoce la necesidad de fortalecer a las familias y comunidades, conforme a los lineamientos de fortalecimiento familiar y comunitario, como un componente esencial para lograr la recuperación nutricional.

Adicionalmente, se identifican vulnerabilidades diferenciadas según la edad. Los bebés menores de seis meses constituyen un subgrupo con variables intrínsecas específicas, dado que requieren lactancia materna exclusiva o fórmula, dependen del estado nutricional y emocional de la madre y presentan un mayor riesgo frente a enfermedades asociadas a la desnutrición. Estas características justifican la implementación de abordajes diferenciados desde el servicio, que respondan a las necesidades particulares de este grupo etario.

En relación con las niñas y niños con riesgo de desnutrición aguda, se evidencian características internas que los hacen altamente susceptibles de evolucionar hacia cuadros de desnutrición si no se realizan intervenciones oportunas. Entre estas se encuentran los signos físicos y la vulnerabilidad metabólica, identificados a través de indicadores antropométricos como el perímetro braquial o la relación peso/talla o peso/longitud en rangos de riesgo, conforme a los criterios definidos en la Resolución 2465 de 2016. Esta condición de fragilidad metabólica exige un seguimiento continuo y sistemático por parte del servicio.

Asimismo, los conocimientos familiares sobre la alimentación complementaria constituyen una variable intrínseca central para este grupo. La dieta de las niñas y niños depende en gran medida de los saberes y prácticas de los cuidadores en relación con la frecuencia de alimentación, las texturas, la variedad de los alimentos y las condiciones de higiene alimentaria. En contextos de ruralidad dispersa o en territorios con altas cargas de pobreza, estas prácticas suelen ser limitadas, lo que incrementa el riesgo nutricional.

Las prácticas culturales alimentarias también adquieren especial relevancia en este grupo. La identificación y reconocimiento de los saberes y prácticas alimentarias de comunidades indígenas, afrodescendientes o campesinas resulta clave para orientar las intervenciones. El Manual Técnico de La Modalidad De Atención y Prevención a la Desnutrición (2024) se establece que es necesario reconocer las cosmovisiones culturales y las prácticas alimentarias locales antes de intervenir, lo que implica que la relación cultural del niño y su familia con los alimentos tradicionales constituye una variable intrínseca que debe ser considerada en la atención.

Por su parte, las personas gestantes con malnutrición o riesgo nutricional presentan variables intrínsecas que afectan de manera directa tanto su estado nutricional como el del bebé en gestación. Entre estas se destacan los conocimientos maternos sobre alimentación durante el embarazo, los cuales están condicionados por la comprensión de los alimentos nutritivos, la disponibilidad económica y las creencias culturales sobre qué alimentos deben o no consumirse en esta etapa. Estas variables resultan determinantes, dado que influyen en el riesgo de bajo peso al nacer, identificado como un elemento central en la prestación del servicio.

El estado emocional, las experiencias de violencia y las cargas de cuidado también constituyen variables intrínsecas relevantes para las gestantes. El documento reconoce la presencia de múltiples formas de violencia y vulnerabilidad que afectan a las mujeres atendidas, incluyendo niñas desde los 11 años. Estas situaciones inciden negativamente en la alimentación, disminuyen la adherencia a los procesos de atención, limitan el acceso a los servicios de salud y aumentan el riesgo de desnutrición durante el embarazo.

De igual manera, las prácticas de autocuidado y el acceso a los controles prenatales forman parte de la dimensión intrínseca de este grupo. Algunas gestantes no acceden de manera regular a los controles debido a barreras asociadas al transporte, la distancia, el desconocimiento o la priorización de otras responsabilidades, mientras que otras no identifican oportunamente las señales de alarma nutricional. Estas prácticas influyen directamente en la detección temprana del riesgo nutricional y en la efectividad de las intervenciones.

De manera transversal, el análisis permite identificar variables intrínsecas comunes a todos los grupos de valor atendidos. Entre ellas se encuentra la cosmovisión frente a la salud y la alimentación, la cual determina prácticas nutricionales, decisiones de crianza y formas de relacionarse con el servicio. Asimismo, el acceso inmediato y la apropiación de la información suministrada durante el proceso de atención varían entre las familias, lo que impacta directamente la adherencia a las recomendaciones y la continuidad en el servicio.

Finalmente, la percepción y las expectativas frente al servicio, relacionadas con el acompañamiento profesional, la orientación alimentaria, la complementación alimentaria y el seguimiento del estado nutricional, constituyen variables intrínsecas que inciden en la permanencia y en la búsqueda de apoyo institucional.

En conclusión, las variables intrínsecas evidencian que el estado nutricional está influido no solo por factores clínicos, sino también por prácticas alimentarias, conocimientos, creencias y condiciones familiares y emocionales. En la primera infancia, la dependencia de los cuidadores y las prácticas previas de alimentación son determinantes en la recuperación y el riesgo. En las gestantes, influyen los saberes sobre alimentación, el estado emocional y el acceso a controles prenatales. De manera transversal, la cosmovisión y la apropiación de las orientaciones del servicio impactan la adherencia, lo que exige un abordaje integral y contextualizado.

## IX Análisis de variables de comportamiento

En el marco de los principales análisis desarrollados por el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición, se abordó el estudio de las variables de comportamiento a partir de la identificación de quiénes son los beneficiarios, cómo acceden y utilizan el servicio, qué beneficios reciben, cómo se comportan durante el proceso de atención según su ciclo vital y de qué manera los factores culturales, territoriales y familiares influyen en sus decisiones y en su permanencia. Este análisis permitió evidenciar patrones de uso y comportamiento que reflejan tanto las condiciones estructurales de los territorios como las dinámicas propias de las familias atendidas.

Estas variables de comportamiento se derivan de los patrones observados en los registros del sistema Cuéntame, de la caracterización demográfica y geográfica de la población atendida y de las condiciones del contexto territorial. En conjunto, estas variables permiten comprender cómo niñas, niños y personas gestantes interactúan con el servicio y cómo dicha interacción está condicionada por su situación nutricional, cultural, social y familiar.

En el caso de las niñas y niños con desnutrición aguda, se identifican comportamientos específicos asociados a la frecuencia de acceso y uso del servicio. Los registros evidencian una alta concentración de atenciones en departamentos como La Guajira, Chocó, Norte de Santander y Bolívar, lo que sugiere que las familias tienden a buscar el servicio principalmente cuando la situación nutricional ya es crítica. Este comportamiento refleja que la demanda del servicio aumenta en territorios con mayores niveles de vulnerabilidad estructural, donde las condiciones socioeconómicas y de acceso a alimentos incrementan el riesgo de desnutrición severa.

Asimismo, se observa una marcada dependencia del acompañamiento continuo por parte de los cuidadores. El modelo de atención del servicio exige un seguimiento cercano que implica la aceptación del monitoreo periódico, el cumplimiento de controles y la disposición para permitir el acceso del equipo interdisciplinario al hogar. Dado que las niñas y niños dependen totalmente del compromiso del adulto responsable, el comportamiento registrado en el sistema no corresponde únicamente al menor, sino que refleja principalmente el nivel de adherencia familiar al proceso de atención.

En relación con la adherencia al tratamiento y la permanencia en el servicio, los registros muestran que la transición entre la atención intramural y extramural requiere un compromiso sostenido de las familias tanto con el tratamiento del sector salud como con los componentes propios del servicio, entre

los que se incluyen el seguimiento nutricional, la educación alimentaria, el fortalecimiento familiar y la complementación alimentaria. La información sugiere una variabilidad en la permanencia asociada a factores como la accesibilidad geográfica, la confianza en el equipo de atención, las prácticas alimentarias previas y la disponibilidad real de alimentos en el hogar.

Para las niñas y niños con riesgo de desnutrición aguda, el análisis evidencia comportamientos orientados a la búsqueda del servicio antes de que se consolide un cuadro de desnutrición. Este grupo suele ingresar al servicio cuando se identifican signos de alerta, lo que constituye una forma de comportamiento preventivo indirecto, expresado en la búsqueda de orientación, la asistencia ante síntomas iniciales o la pérdida leve de peso, y el uso del servicio como complemento a los controles de crecimiento y desarrollo.

De igual manera, se observa una mayor participación de las familias en los procesos educativos relacionados con la salud alimentaria. Al no encontrarse aún en una situación de urgencia nutricional, las familias suelen mostrar mayor apertura a las actividades formativas, lo que facilita el fortalecimiento de prácticas adecuadas antes de que se desencadenen estados agudos de desnutrición. Este comportamiento resulta clave para la prevención y para la sostenibilidad de las intervenciones.

No obstante, la continuidad en el uso del servicio presenta variaciones importantes según el territorio. En municipios con alta dispersión geográfica y baja oferta institucional, como Amazonas, Guainía y zonas rurales dispersas, los registros sugieren que el comportamiento de uso depende en gran medida de la frecuencia con la que el equipo puede desplazarse, de las rutas y medios de transporte disponibles y de la facilidad de comunicación entre las familias y el equipo del servicio. Estas condiciones territoriales influyen directamente en la regularidad del seguimiento y en la permanencia de los beneficiarios.

En el caso de las personas gestantes, el comportamiento de uso del servicio se asocia principalmente a la búsqueda de apoyo complementario al control prenatal. Las gestantes utilizan el servicio como un espacio de orientación alimentaria, acompañamiento diferenciado según el riesgo nutricional y fortalecimiento del autocuidado, lo cual resulta relevante en la prevención del bajo peso al nacer, identificado como una prioridad dentro del modelo de atención.

Sin embargo, la permanencia de las gestantes en el servicio se encuentra influenciada por múltiples barreras socioculturales. Entre ellas se destacan las situaciones de violencia de género, las altas cargas de cuidado y la presencia de embarazos adolescentes, incluyendo niñas desde los 11 años registradas en el servicio. Estas condiciones afectan la regularidad del seguimiento nutricional y limitan la implementación sostenida de las recomendaciones brindadas por el equipo.

Adicionalmente, el comportamiento frente a la alimentación y al autocuidado durante la gestación está mediado por prácticas culturales y creencias sobre los alimentos considerados “permitidos” o “prohibidos” en esta etapa. Estas creencias influyen en la adherencia a las recomendaciones nutricionales, en la selección de alimentos y en el interés por recibir orientación alimentaria, lo que evidencia la necesidad de enfoques culturalmente pertinentes.

De manera transversal, el análisis identifica variables de comportamiento comunes a todos los grupos de valor atendidos. En primer lugar, se observa un uso diferencial del servicio según la accesibilidad territorial, con patrones de mayor intensidad en territorios que presentan altos niveles de riesgo nutricional. La concentración de atenciones en departamentos como La Guajira, Chocó y Norte de Santander sugiere que los usuarios tienden a buscar el servicio cuando identifican una necesidad crítica o cuando existe una mayor presencia institucional en el territorio.

Asimismo, los usuarios muestran una clara preferencia por las modalidades extramurales del servicio, dado que estas permiten la atención en el hogar y se ajustan mejor a las dinámicas familiares y comunitarias. El Manual Técnico de La Modalidad De Atención y Prevención a la Desnutrición (2024) señala que las estancias intramurales prolongadas pueden disminuir la adherencia, lo que explica la preferencia de los beneficiarios hacia intervenciones que se desarrollan en su entorno cotidiano.

La confianza en el equipo de atención emerge como un factor central para la permanencia en el servicio. Los usuarios tienden a continuar vinculados cuando confían en el talento humano, reconocen mejoras en el estado nutricional y perciben un acompañamiento cercano y una orientación clara. Este comportamiento se encuentra alineado con el enfoque de fortalecimiento familiar y comunitario que orienta el servicio.

Finalmente, el uso del servicio se ve condicionado por la disponibilidad de alimentos en el hogar y por las dinámicas económicas del territorio. Las familias ajustan su asistencia, seguimiento y participación en actividades según la disponibilidad de alimentos, los precios locales y las economías propias de sus contextos, particularmente en comunidades indígenas, campesinas y afrodescendientes. De igual forma, las prácticas culturales y las cosmovisiones sobre salud y enfermedad influyen en las decisiones relacionadas con la alimentación, la apertura o resistencia a las recomendaciones, la articulación con la medicina tradicional y el uso del servicio en situaciones de alarma o gravedad.

En conclusión, las variables de comportamiento muestran que el uso y la permanencia en el servicio dependen de factores territoriales, familiares y culturales. En desnutrición aguda, las familias suelen acudir en situaciones críticas, mientras que en riesgo nutricional se observan conductas más preventivas. La adherencia está mediada por el compromiso de los cuidadores, la accesibilidad geográfica y la confianza en el equipo de atención. En gestantes, influyen además barreras socioculturales y creencias alimentarias. En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias flexibles, contextualizadas y culturalmente pertinentes.

## XI. Conclusiones generales

La caracterización de los grupos de valor atendidos mediante el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición permite identificar un conjunto de elementos geográficos, demográficos, culturales y comportamentales que son fundamentales para orientar la respuesta institucional de la Dirección de Nutrición y fortalecer la calidad de las atenciones prestadas.

En primer lugar, se evidencia una marcada concentración territorial de las atenciones en departamentos como La Guajira, Chocó, Norte de Santander y Bolívar, territorios históricamente afectados por mayores niveles de pobreza, desigualdad, inseguridad alimentaria y barreras para el acceso a servicios sociales básicos. Esta distribución reafirma que el servicio está llegando a las zonas con mayor riesgo nutricional y condiciones de vulnerabilidad, pero también expone la necesidad de priorizar recursos y fortalecer capacidades institucionales en estos departamentos, especialmente en áreas rurales y rurales dispersas donde las distancias, la dispersión poblacional y las limitaciones de transporte dificultan la continuidad en la atención.

En segundo lugar, el análisis demográfico muestra que la mayor proporción de atenciones corresponde a niños y niñas de 6 meses a 5 años 11 meses, seguidos por personas gestantes y, en menor medida, bebés menores de seis meses. Esta tendencia es coherente con los criterios de ingreso del servicio y destaca la importancia de intervenir durante la primera infancia y la gestación como etapas críticas para la prevención de la desnutrición aguda y del bajo peso al nacer.

Asimismo, el elevado registro de atenciones a mujeres y niñas gestantes refleja las múltiples violencias y desigualdades de género que afectan su seguridad alimentaria, salud y autonomía, lo cual incrementa su vulnerabilidad nutricional.

El análisis de variables intrínsecas y de comportamiento evidencia que el acceso, permanencia y adherencia al servicio están profundamente influenciados por factores como:

- las prácticas alimentarias familiares,
- los conocimientos sobre nutrición infantil y gestacional,
- la disponibilidad de alimentos en el hogar,

- las creencias culturales sobre salud y alimentación,
- la confianza hacia el equipo que presta la atención,
- y las barreras de movilidad o acceso derivadas del contexto territorial.

En este sentido, se reconoce que la atención extramural, realizada en los hogares y comunidades, favorece la adherencia y la continuidad del tratamiento, al estar directamente articulada con las realidades cotidianas de las familias. Este enfoque diferencial en el entorno familiar y comunitario permite monitorear no solo el estado nutricional, sino también los determinantes sociales que afectan la alimentación, el cuidado y el bienestar de los usuarios.

Finalmente, la caracterización resalta que la intervención en desnutrición aguda no debe limitarse al tratamiento clínico, sino comprender un abordaje integral, desde el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada, la educación para la salud alimentaria, el fortalecimiento familiar, la promoción de prácticas saludables y la identificación de barreras estructurales que perpetúan la vulnerabilidad nutricional.

En conjunto, los hallazgos permiten concluir que el Servicio Integrado constituye una respuesta pertinente y necesaria para atender a la población infantil y gestante en riesgo o en situación de desnutrición aguda. Sin embargo, también subrayan la importancia de consolidar estrategias de enfoque diferencial, fortalecer la presencia territorial, y promover acciones intersectoriales sostenidas que permitan avanzar hacia la garantía progresiva del derecho a la alimentación adecuada y el desarrollo integral de los niños, niñas, familias y comunidades atendidas.

En cuanto a las variables intrínsecas de los grupos de valor permiten comprender que la situación nutricional no depende únicamente de factores externos (contexto territorial, oferta institucional), sino también de prácticas, creencias, conocimientos, capacidades familiares, ciclo vital y condiciones emocionales que influyen de manera directa en el estado nutricional de niñas, niños y gestantes.

Este análisis orienta al servicio integrado a reconocer estas particularidades y a diseñar intervenciones culturalmente pertinentes, diferenciales y ajustadas a las realidades internas de cada grupo beneficiario.



**BIENESTAR  
FAMILIAR**

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
Sede de la Dirección General  
Av. Carrera 68 # 64C - 75 Bogotá, Colombia.



LÍNEA DE  
ATENCIÓN A  
NIÑOS, NIÑAS  
Y ADOLESCENTES.  
PROTECCIÓN · EMERGENCIA · ORIENTACIÓN

Línea gratuita nacional ICBF:  
**01 8000 91 80 80**  
**[www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)**

 @icbfcolombiaoficial

 @ICBFColombia

 @icbfcolombiaoficial

 ICBFColombia