

WHITE PAPER

OBESIDAD Y RIESGO CLÍNICO

**En la población con HTA, DM o ERC
en Colombia:** señales para una
acción urgente basada en datos



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Obesidad y riesgo clínico en la población con HTA, DM o ERC en Colombia: señales para una acción urgente basada en datos

Cuenta de Alto Costo

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



AVISO DE COPYRIGHT © Y PROPIEDAD INDUSTRIAL DE LA CUENTA DE ALTO COSTO.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y sus distintos acápites, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO (CAC), así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018. La CAC permite que se realicen citas referenciales del contenido de las obras académicas, literarias y/o científicas sin solicitud de autorización previa, con la condición de que el usuario respete la integridad de la obra e incluya una nota siguiendo las normas APA, en donde informe la titularidad de la CAC con identificación del recurso o medio impreso y/o digital de donde fue extraída la referencia. Cualquier ausencia de citación y reconocimiento y titularidad de la CAC en los anteriores términos, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802. Bogotá, D. C., Colombia.

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

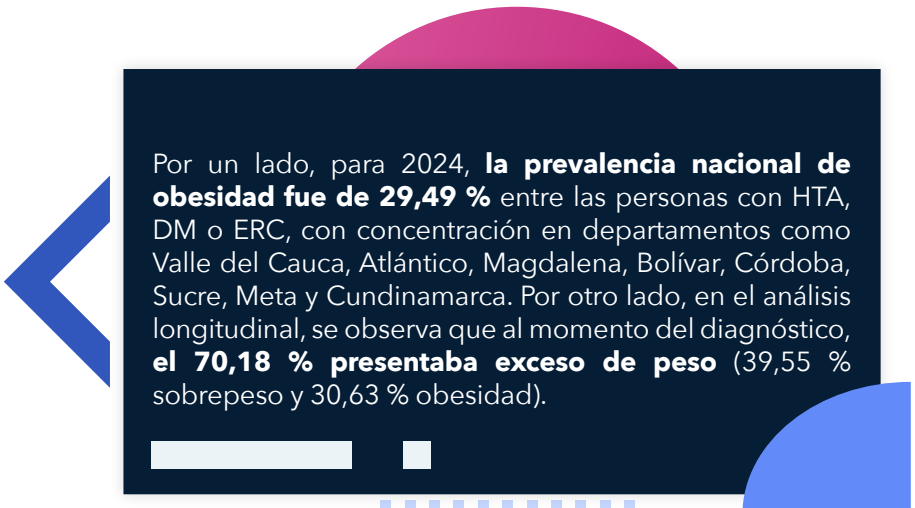
Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Obesidad y riesgo clínico en la población con HTA, DM o ERC en Colombia: señales para una acción urgente basada en datos	1.0	4 de marzo de 2026	




RESUMEN EJECUTIVO

A continuación, presentaremos un análisis robusto sobre la situación del sobrepeso y la obesidad en la población con hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC) basado en la medición del índice de masa corporal (IMC). Estas personas representan uno de los grupos de cohorte seguidos durante más de 15 años en Colombia que, dada su prevalencia, generan una gran carga de enfermedad, social y económica, para el sistema de salud. Expondremos dos tipos de análisis, uno transversal 2024 (6.491.580 personas) y otro longitudinal de una cohorte dinámica de 2.360.354 personas diagnosticadas por primera vez con HTA, DM o ERC entre el 1o de julio de 2018 y el 30 de junio de 2024, de las cuales 1.576.812 contaron con tres o más mediciones del IMC. De esta manera es como intentamos escalar esa montaña a pasos pequeños.

Por un lado, para 2024, la prevalencia nacional de obesidad fue de 29,49 % entre las personas con HTA, DM o ERC, con concentración en departamentos como Valle del Cauca, Atlántico, Magdalena, Bolívar, Córdoba, Sucre, Meta y Cundinamarca. Por otro lado, en el análisis longitudinal, se observa que al momento del diagnóstico, el 70,18 % presentaba exceso de peso (39,55 % sobrepeso y 30,63 % obesidad) y a partir del IMC desde 2019 a 2024 se evidencia una reducción media anual de 0,14 kg, que sugiere un análisis e interpretación cuidadosa, pues no debe considerarse un avance o victoria ya que la prevalencia del exceso de peso es un problema persistente y estructural en el sistema de salud. Además, se deben considerar los análisis por subgrupos en esta población, los cuales nos muestran que esa modesta tendencia a la baja del índice de masa corporal es una alarma para identificar en dónde están funcionando o no las intervenciones y dónde se requieren acciones urgentes.



Por un lado, para 2024, **la prevalencia nacional de obesidad fue de 29,49 %** entre las personas con HTA, DM o ERC, con concentración en departamentos como Valle del Cauca, Atlántico, Magdalena, Bolívar, Córdoba, Sucre, Meta y Cundinamarca. Por otro lado, en el análisis longitudinal, se observa que al momento del diagnóstico, **el 70,18 % presentaba exceso de peso** (39,55 % sobrepeso y 30,63 % obesidad).



La caída del IMC se observa en los 3 grupos analizados: personas con HTA, DM y ERC, pero las personas que más peso pierden son las que tienen ERC. Los resultados muestran que el riesgo no es igual para todos, las personas con HTA y DM tienen mayor obesidad y las personas con ERC avanzada tienen más pérdida de peso; más de la mitad de las personas con ERC en estadio 5 perdió peso, lo cual indica una señal de alerta clínica que no debe ser vista como un éxito terapéutico sino como un potencial indicador de un estado catabólico severo, fragilidad y probablemente malnutrición, factores que se asocian a un mayor riesgo de mortalidad. Este hallazgo exige una evaluación especializada en cada entidad con la red de servicios para este grupo de personas; una cosa es la pérdida de peso deseada y otra la pérdida de peso que resulta de un deterioro.

Lo anterior, hace visible la persistencia de un problema de autocuidado y prevención desde todos los niveles (primario, secundario y terciario) en el sistema de salud y en las estrategias intersectoriales.

Otra consideración importante que se debe tener en cuenta es el declive de la calidad del manejo clínico integral. Por ejemplo, la cobertura de laboratorios como la hemoglobina disminuyó del 60,17 % al 39,08 %, es decir 6 de cada 10 diabéticos e hipertensos no tuvieron su control principal, la de tasa de filtración glomerular paso del 73,49 % al 44,45 % y la de función renal paso del 41,53 % al 30,83 %, lo que evidencia que el monitoreo en los últimos años tuvo un gran declive en esta población de muy alto riesgo de obesidad, ERC y otras comorbilidades. La pérdida de capacidad de detectar a tiempo descompensaciones y no poder gestionar el riesgo son bombas de tiempo que avanzan y deben ser detenidas.

Sin embargo, no se debe ignorar en este análisis la capacidad del sistema de salud y la fortaleza de la CAC, en su sistema de información y gestión del conocimiento, que permite tener esta conversación basada en datos, en un análisis de millones de pacientes a lo largo de 5 años. Esto muestra que se cuenta con una estructura tecnológica enfocada en la gestión de riesgo que mide estos resultados, es decir que es un sistema activo que es capaz de medirse a sí mismo para reorientar estrategias que funcionen, lo cual debe ser aprovechado por todos los actores.

En conclusión, según el análisis:

- La prevalencia de sobrepeso y obesidad es un problema de salud pública relevante para el país, en la cual hay muy pocas acciones eficaces y efectivas implementadas.
- El exceso de peso no es una consecuencia, es un punto de partida para las personas con HTA, DM y ERC en Colombia.
- El promedio de la disminución del IMC debe revisarse con cuidado y en los grupos relacionados, dado que se puede confundir esa modesta tendencia a la bajo con que vamos bien o mejor, pero no es cierto.
- La pérdida de peso no siempre es buena, en personas con ERC avanzada es una señal de alarma.
- La ganancia de peso en personas con HTA y DM es una señal de que el riesgo está empeorando.
- Se evidencia una disminución en el seguimiento y manejo clínico de estas personas lo cual muestra su deterioro.
- Se cuenta con información confiable para plantear acciones enfocadas y de impacto, basadas en datos y no en opiniones.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen ejecutivo	4
Presentación.....	7
Aspectos metodológicos	8
Definición y clasificación del índice de masa corporal	8
Variables clínicas y sociodemográficas	9
Carga basal y situación actual del exceso de peso en población con HTA, DM o ERC.....	9
Carga basal de exceso de peso al inicio del seguimiento (2019 - 2024).....	9
Situación nacional de la obesidad en 2024 (análisis transversal)	14
Fundamentos metodológicos del análisis longitudinal del IMC.....	17
Diseño del estudio y población de análisis	17
Estrategia analítica	17
Evolución del índice de masa corporal en el tiempo.....	18
Evolución del índice de masa corporal según el tipo de comorbilidad.....	20
Evolución del índice de masa corporal según el estadio de la ERC.....	21
Cobertura de paraclínicos durante el seguimiento	22
Implicaciones estratégicas y recomendaciones.....	24
Implicaciones para la gestión clínica.....	24
Implicaciones para la gestión del aseguramiento.....	24
Implicaciones para la política pública y la vigilancia poblacional.....	25
Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas	27
Anexos	28

PRESENTACIÓN

La obesidad se ha consolidado como una de las principales crisis sanitarias del siglo XXI y representa un factor de riesgo transversal para múltiples enfermedades crónicas no transmisibles. Su impacto es particularmente relevante en personas con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC), en quienes el exceso de peso contribuye al aumento del riesgo cardiovascular, a la progresión acelerada del daño renal y a mayores dificultades para lograr un control metabólico adecuado.

La relación entre obesidad y estas condiciones está mediada por mecanismos fisiopatológicos compartidos, entre los que se incluyen la resistencia a la insulina, la inflamación crónica de bajo grado, la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, el estrés oxidativo y la disfunción endotelial (1-3). En conjunto, estos procesos favorecen la aparición de multimorbilidad cardiometabólica y aumentan la probabilidad de eventos adversos a lo largo del curso de la enfermedad.

Estudios recientes del *Global Burden of Disease* estiman que más de 2.100 millones de adultos presentan sobrepeso u obesidad, y se proyecta que esa cifra seguirá en ascenso si no se implementan intervenciones efectivas (4). Además, el exceso de peso cada vez comienza más temprano en la vida de las personas: la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes se duplicó entre 1990 y 2021 en muchos países, lo que aumenta la carga futura de enfermedades metabólicas y cardiovasculares (5).

En América Latina, la obesidad ha mostrado un crecimiento sostenido en los últimos años que se ha intensificado por factores como la urbanización, los cambios en los patrones de alimentación, la reducción de la actividad física y las desigualdades socioeconómicas. Específicamente, en Colombia, para el 2021, la prevalencia estandarizada por la edad del sobrepeso y la obesidad en personas mayores de 25 años fue de 68,7 % en las mujeres y de 64,4 % en los hombres (4). Particularmente, la obesidad en los adultos de 18 a 64 años pasó de alrededor del 16,5 % en 2010 a cerca del 18,7 % en 2015, con incrementos notables especialmente en las mujeres (6,7).

En Colombia, el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad crónica prioritaria se formalizó con la Ley 1355 de 2009, que estableció lineamientos para su prevención y control (8). Posteriormente, diversas políticas y estrategias nacionales han buscado promover entornos alimentarios saludables y estilos de vida activos (9,10). Sin embargo, pese a estos esfuerzos, la prevalencia de obesidad continúa siendo elevada y coexiste con una alta carga de HTA, DM y ERC, lo que plantea desafíos significativos para el sistema de salud en términos de prevención, atención integral y sostenibilidad.

En este contexto, resulta fundamental contar con información que permita no solo dimensionar la magnitud actual del exceso de peso en la población con enfermedades crónicas, sino también comprender su evolución en el tiempo. El índice de masa corporal (IMC), aunque con limitaciones conocidas, sigue siendo una medida ampliamente utilizada para caracterizar el estado nutricional y monitorear cambios ponderales en poblaciones grandes, especialmente en sistemas de información en salud (11).

Este documento integra dos aproximaciones analíticas complementarias:

- Un análisis longitudinal de cohorte, que evalúa la evolución del IMC entre 2019 y 2024 en personas recién diagnosticadas con estas condiciones, permitiendo identificar tendencias, trayectorias de cambio y variaciones en el comportamiento del peso corporal.
- Un análisis transversal correspondiente al año 2024, que describe la distribución del IMC y la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población adulta con HTA, DM o ERC gestionada en el sistema de salud colombiano.

El objetivo de este documento es aportar evidencia técnica, clara y organizada para tomadores de decisión, gestores del aseguramiento y equipos clínicos, que contribuya a fortalecer la gestión integral del riesgo cardiometabólico, mejorar la planeación de intervenciones y orientar acciones diferenciadas según el territorio, la comorbilidad y el estadio de la enfermedad.



ASPECTOS METODOLÓGICOS



Los datos aquí presentados corresponden a la información reportada a la Cuenta de Alto Costo (CAC) por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Direcciones Departamentales de Salud (DDS). **Este reporte se realiza en cumplimiento de la Resolución 2463 de 2014 (20), la cual establece la obligatoriedad de notificar anualmente la población atendida por HTA, DM y ERC en el marco del sistema de salud colombiano¹.**



Este documento incluye personas adultas (≥ 18 años) con diagnóstico de HTA, DM o ERC en cualquiera de sus estadios. Para el análisis longitudinal se consideró una cohorte retrospectiva abierta dinámica, de cualquiera de las 3 enfermedades a partir del periodo 2019. Por lo tanto, ingresaron los casos incidentes de HTA y DM, es decir, **que fueron diagnosticados entre el 1° de julio de 2018 y el 30 de junio de 2024**, independiente del periodo de reporte; y los casos incidentes administrativos de ERC, quienes, al no contar con la fecha de diagnóstico de la ERC, fueron definidos teniendo en cuenta que la persona no hubiese sido reportada con la enfermedad en periodos anteriores.

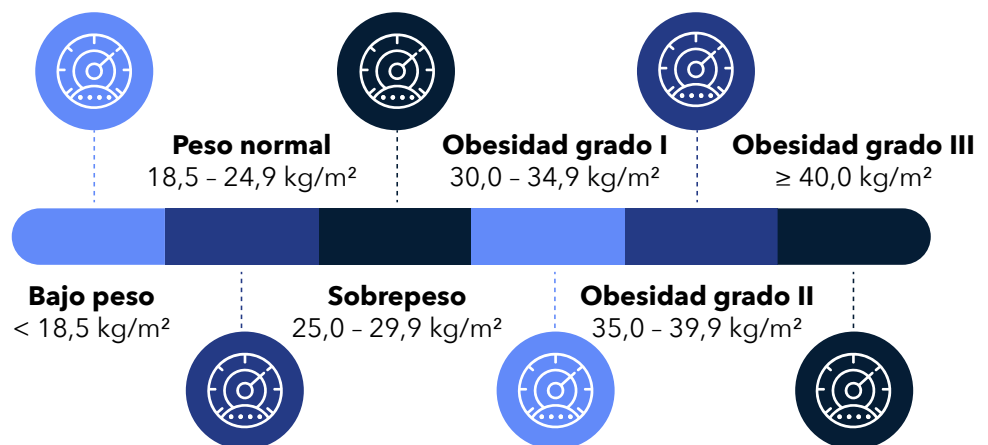


Para el análisis transversal,
la población objeto fueron todos los adultos de la cohorte, gestionados por las entidades en el periodo correspondiente al 2024, comprendido entre el 1° de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024.

Esto, con el fin de reflejar la situación actual de la totalidad de adultos prevalentes de la cohorte y no solo la de aquellos diagnosticados desde 2018.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal se calculó como el peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2). Para la clasificación del estado nutricional se utilizaron los puntos de corte establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11):



Con el fin de garantizar la calidad de la información, se excluyeron valores extremos considerados no plausibles ($\text{IMC} < 12 \text{ kg}/\text{m}^2$ o $> 80 \text{ kg}/\text{m}^2$).

¹ Los detalles sobre el proceso de recolección y auditoría de la información se describen en el libro: Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2024 (21), disponible en la página web de la CAC: (<https://cuentadealtocosto.org/portal-de-conocimiento/>).

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS

Además del IMC, se incluyeron variables sociodemográficas como:



Edad



Sexo



Régimen
de afiliación



Región de
residencia



Se tuvieron en cuenta las comorbilidades y para las personas con diagnóstico de ERC, se consideró la clasificación por estadios, definida a partir de la tasa de filtración glomerular (TFG) estimada con la ecuación CKD-EPI 2021. **También se analizaron paraclínicos relevantes para el control metabólico y renal, entre ellos hemoglobina glicosilada (HbA1c), la relación albuminuria/creatinuria (RAC), el colesterol total, el colesterol HDL (cHDL) y el colesterol LDL (cLDL).**

CARGA BASAL Y SITUACIÓN ACTUAL DEL EXCESO DE PESO EN POBLACIÓN CON HTA, DM O ERC

La obesidad y el sobrepeso constituyen un problema estructural en la población con HTA, DM y ERC. Su presencia desde el momento del diagnóstico y su alta prevalencia en la situación actual reflejan un escenario de riesgo cardiometabólico acumulado que condiciona la evolución clínica y la demanda de servicios de salud.

Es importante diferenciar dos niveles de análisis que permiten comprender la magnitud del problema sin mezclar aproximaciones metodológicas:

1. La carga basal de exceso de peso al ingreso a la cohorte, y
2. La situación poblacional observada en el corte transversal del año 2024.

CARGA BASAL DE EXCESO DE PESO AL INICIO DEL SEGUIMIENTO (2019 - 2024)

Entre los periodos 2019 y 2024 ingresaron por primera vez al registro de la Cuenta de Alto Costo 2.360.354 personas adultas con diagnóstico de HTA, DM o ERC. Al momento del diagnóstico, la distribución del índice de masa corporal evidenció una alta carga de exceso de peso:

- 39,55% de las personas presentaba sobrepeso.
- 30,63% presentaba obesidad.
- 27,78% se encontraba en peso normal.
- En conjunto, el 70,18% de la población tenía sobrepeso u obesidad al inicio del seguimiento.

Este patrón indica que la mayoría de las personas ingresan al sistema de gestión del riesgo con una condición nutricional desfavorable, lo que incrementa la complejidad clínica desde etapas tempranas del curso de la enfermedad.



Al ingresar a la cohorte, la edad promedio de las personas fue de 57,23 años (DE: \pm 14,38), y el grupo de bajo peso tenía una edad promedio mayor (62,83 años) que aquellos con obesidad (53,15 años). Así mismo, en las mujeres, la mayoría de los regímenes y en todas las regiones fue más frecuente el sobrepeso seguido de la obesidad; mientras que, en los hombres y en el régimen subsidiado, se encontró que el sobrepeso se mantenía como la clasificación más frecuente, seguido por la categoría de IMC normal (**tabla 1**).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las personas con HTA, DM o ERC según la distribución del índice de masa corporal al inicio del seguimiento, Colombia

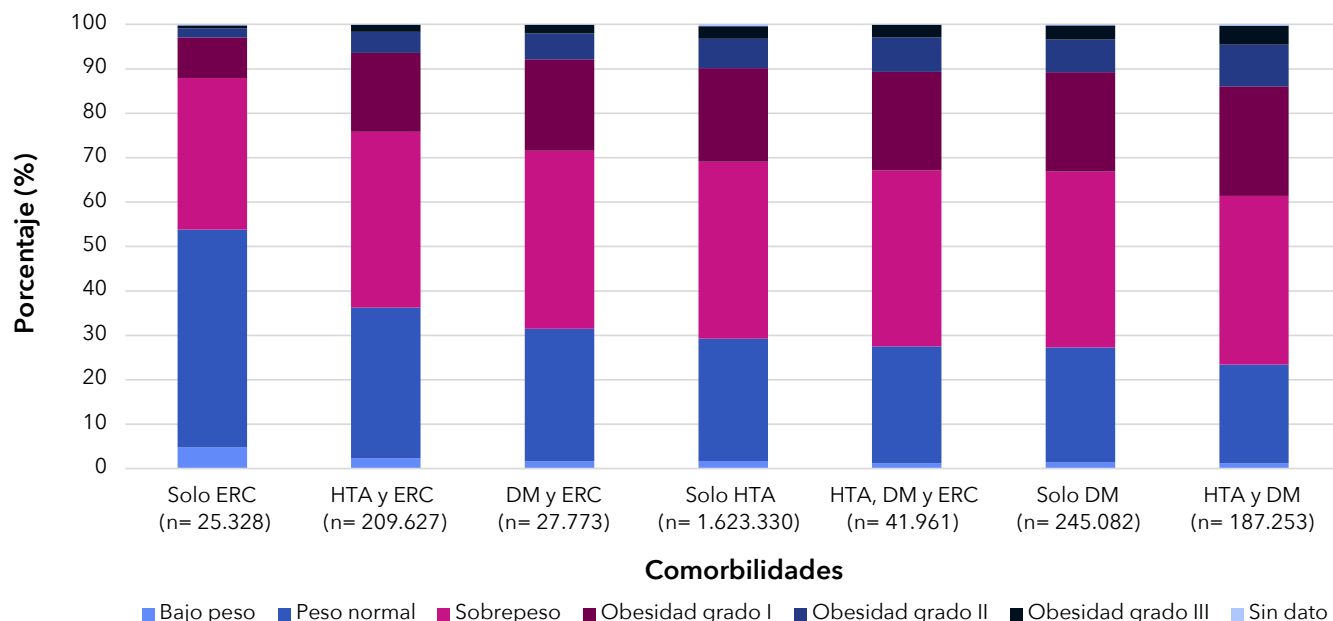
Características	Bajo peso n= 40.250 (1,71 %)	Peso normal n= 655.663 (27,78 %)	Sobrepeso n= 933.463 (39,55 %)	Obesidad n= 722.881 (30,63 %)	Sin dato n= 8.097 (0,34 %)	Total ¹ n= 2.360.354 (100,00 %)
	n (%)					
Sexo						
Femenino	20.164 (1,50)	362.700 (26,97)	507.254 (37,71)	450.334 (33,48)	4.524 (0,34)	1.344.976 (56,98)
Masculino	20.086 (1,98)	292.964 (28,85)	426.208 (41,98)	272.547 (26,84)	3.573 (0,35)	1.015.378 (43,02)
Edad (años)²	62,83 (18,00)	61,14 (15,13)	57,40 (13,53)	53,15 (13,34)	57,22 (17,10)	57,23 (14,38)
Régimen de afiliación						
Contributivo	24.680 (1,46)	439.652 (26,04)	684.526 (40,54)	535.012 (31,69)	4.530 (0,27)	1.688.400 (71,53)
Subsidiado	15.499 (2,33)	214.157 (32,22)	245.861 (36,99)	185.626 (27,93)	3.508 (0,53)	132 (0,01)
Excepción	56 (0,95)	1.459 (24,69)	2.511 (42,49)	1.845 (31,22)	38 (0,64)	664.651 (28,16)
Especial	12 (0,95)	355 (28,13)	525 (41,60)	369 (29,24)	1 (0,08)	1.262 (0,05)
No asegurado	3 (2,27)	41 (31,06)	39 (29,55)	29 (21,97)	20 (15,15)	5.909 (0,25)
Región						
Bogotá, D. C.	5.875 (1,15)	143.959 (28,12)	211.396 (41,30)	148.728 (29,05)	1.932 (0,38)	511.890 (21,69)
Caribe	14.935 (2,97)	147.510 (29,34)	187.421 (37,27)	151.062 (30,04)	1.915 (0,38)	502.843 (21,30)
Central	9.239 (1,49)	170.526 (27,51)	246.950 (39,83)	191.270 (30,85)	1.954 (0,32)	619.939 (26,26)
Oriental	5.326 (1,47)	97.886 (26,95)	143.659 (39,55)	115.303 (31,74)	1.047 (0,29)	363.221 (15,39)
Pacífica	4.419 (1,34)	87.515 (26,51)	131.602 (39,87)	105.381 (31,92)	1.197 (0,36)	330.114 (13,99)
Amazonía-Orinoquía	456 (1,41)	8.268 (25,56)	12.434 (38,44)	11.137 (34,43)	52 (0,16)	32.347 (1,37)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

² Media (DE).

Desde el punto de vista clínico, se observaron diferencias relevantes por tipo de comorbilidad:

- Las personas con solo ERC concentraron la mayor proporción de individuos con bajo peso y peso normal.
- Cuando la ERC se presentó simultáneamente con HTA o DM, el perfil se desplazó hacia las categorías de exceso de peso, especialmente el sobrepeso y la obesidad grado I.
- En los grupos con DM, en particular cuando se asoció a la HTA, la prevalencia de obesidad (grados II y III) fue elevada, lo que reflejó una mayor carga metabólica en estas poblaciones (**figura 1**).

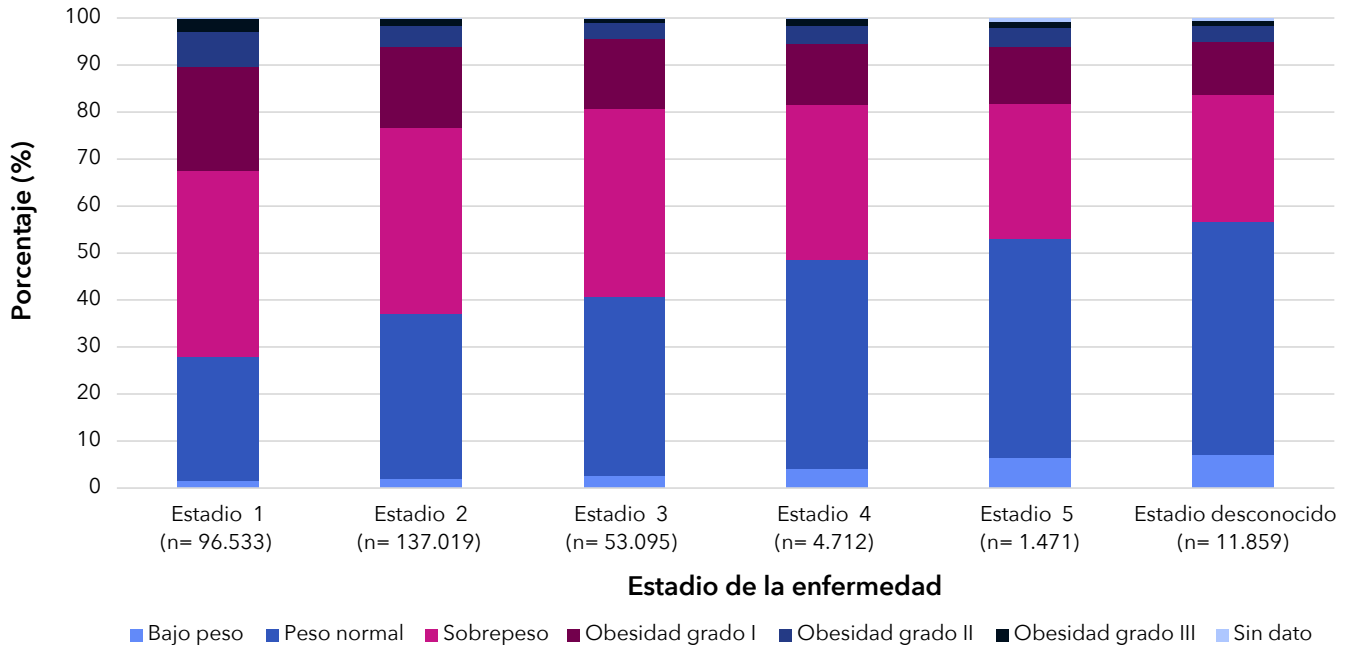
Figura 1. Distribución del índice de masa corporal según las comorbilidades de las personas con HTA, DM o ERC al inicio del seguimiento, Colombia**Descargar figura**

Del total de la cohorte, el 12,91 % tenía ERC al inicio del seguimiento (n= 304.689), según el algoritmo diagnóstico establecido para el reporte a la CAC, y la mayoría (76,65 %) se encontraba en los estadios 1 y 2.

- Al analizar por estadio de la ERC, en los estadios 1 a 3 predominó el exceso de peso, particularmente el sobrepeso y la obesidad grado I: en el estadio 1, más del 60% de los casos se concentraron en estas categorías, tendencia que se mantuvo en los estadios 2 y 3, aunque con una reducción progresiva de la obesidad grado I (22,13 % en el estadio 1 frente al 15,27 % en el estadio 3).
- Los estadios 4 y 5 manifestaron un cambio en el perfil, con una mayor proporción de personas en peso normal y bajo peso, que en el estadio 5, al agrupar estas dos categorías alcanzaron el 53,57 %. Los grados II y III de obesidad fueron poco frecuentes en todos los estadios de la ERC (< 10 %) y disminuyeron conforme progresó la enfermedad.
- Los individuos en el grupo de estadio desconocido (confirmados con ERC, pero sin información completa de seguimiento en el periodo de reporte para calcular la TFG) tuvieron un patrón similar al de los estadios avanzados, con una mayor frecuencia del peso normal y del bajo peso (**figura 2**).



Figura 2. Distribución del índice de masa corporal según el estadio de la ERC en las personas con el diagnóstico al inicio del seguimiento, Colombia

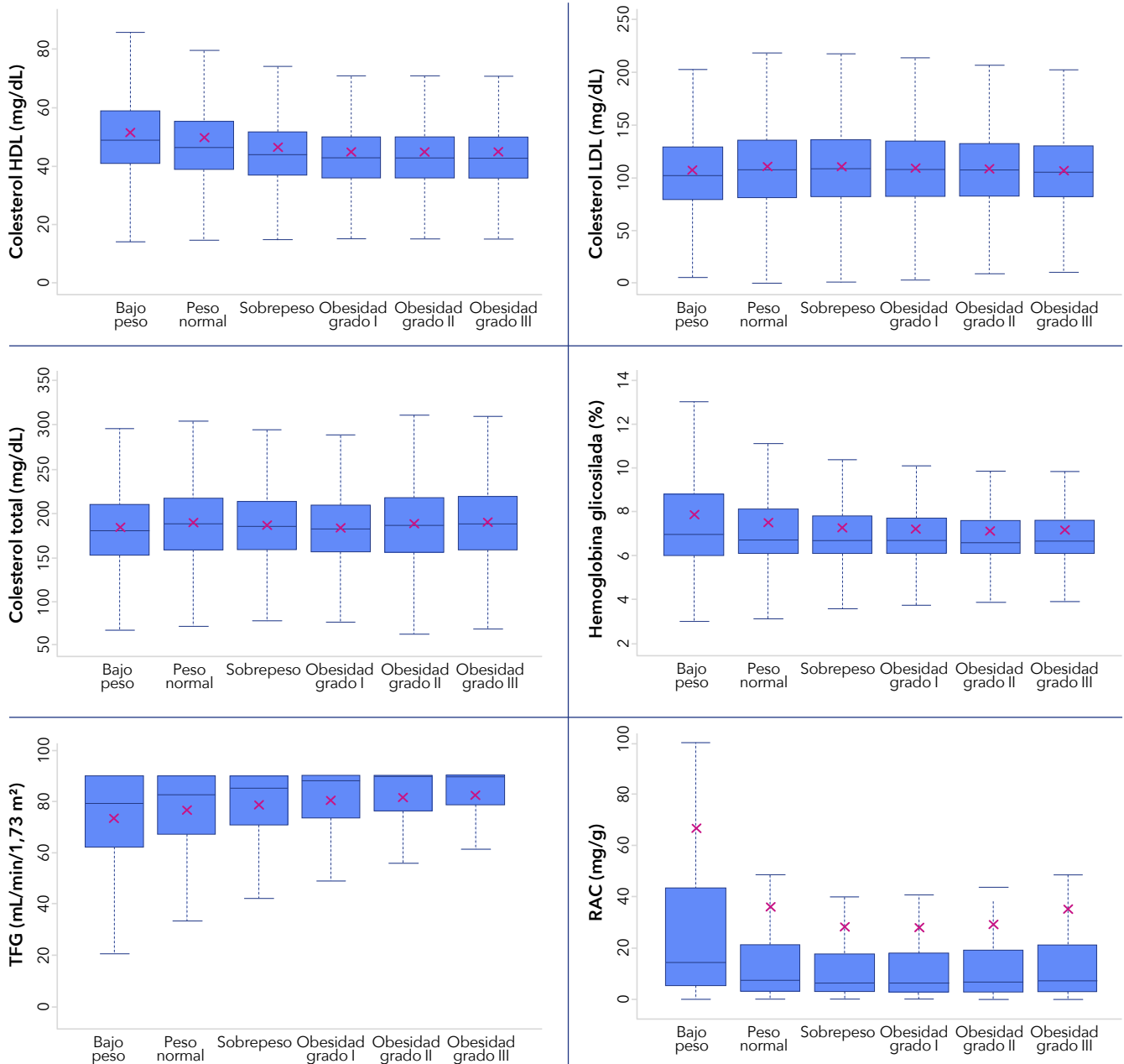


Estadio calculado para las personas con diagnóstico de ERC, según la TFG estimada con la ecuación CKD - EPI 2021. El estadio desconocido hace referencia a los casos que tenían ERC confirmada por el algoritmo diagnóstico, pero no contaron con la información de seguimiento necesaria para calcular la TFG.

[Descargar figura](#)

Con excepción de la RAC y la HbA1c, la mayoría de los biomarcadores se midieron en una proporción amplia y relativamente homogénea entre los distintos grupos del IMC (**tabla suplementaria 1**). Los perfiles paraclínicos mostraron una disminución progresiva del cHDL a medida que aumentaba el IMC, valores más elevados de hemoglobina glicosilada en personas con bajo peso y alteraciones en marcadores renales que se intensificaban en los extremos del espectro nutricional (**figura 3**).

Figura 3. Paraclínicos de las personas con HTA, DM o ERC según la distribución del índice de masa corporal al inicio del seguimiento, Colombia



Las mediciones del colesterol total, el cHDL, el cLDL, la RAC y la TFG corresponden al periodo de ingreso del caso a la cohorte. La HbA1c se midió durante los últimos 6 meses del mismo y únicamente en la población con DM (sola o asociada a otras comorbilidades). La equis (x) indica el valor promedio del parámetro bioquímico en cada grupo de cambio del IMC.

[Descargar figura](#)



SITUACIÓN NACIONAL DE LA OBESIDAD EN 2024 (ANÁLISIS TRANSVERSAL)

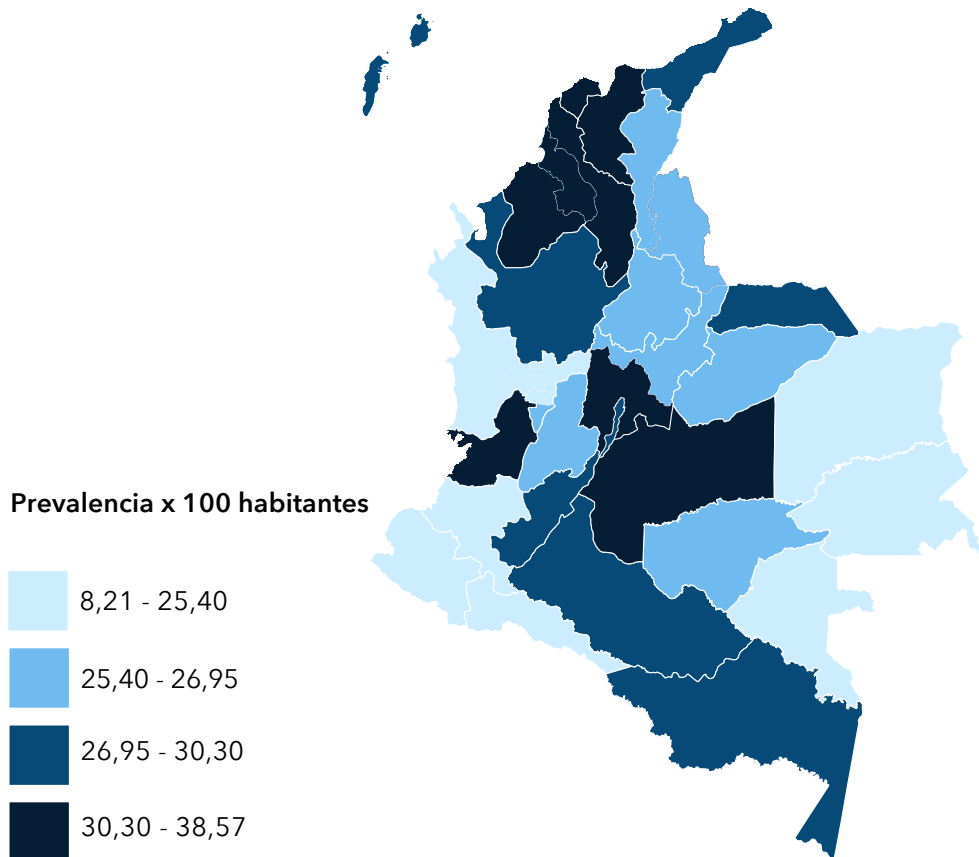
En el corte transversal correspondiente al periodo 2024 se registraron 6.491.580 personas adultas con diagnóstico de HTA, DM o ERC. En esta población, la distribución del IMC mostró que:

- 29,49 % presentaba obesidad, lo que equivale a 1.914.156 personas.
- 34,64 % presentaba sobrepeso (n= 2.247.956).
- 33,45 % se encontraba en peso normal (n= 2.171.212).

Estos resultados evidencian que, aun considerando a toda la población gestionada en 2024, el exceso de peso continúa siendo altamente prevalente y constituye un problema vigente para el sistema de salud.

El análisis territorial mostró una marcada heterogeneidad geográfica. Los departamentos ubicados en el cuartil superior de prevalencia de obesidad fueron Valle del Cauca, Atlántico, Magdalena, Bolívar, Córdoba, Sucre, Meta y Cundinamarca, lo que sugiere la existencia de contextos regionales con mayor carga de riesgo cardiometabólico (**figura 4**).

Figura 4. Prevalencia de la obesidad de las personas con HTA, DM o ERC según el departamento, Colombia 2024

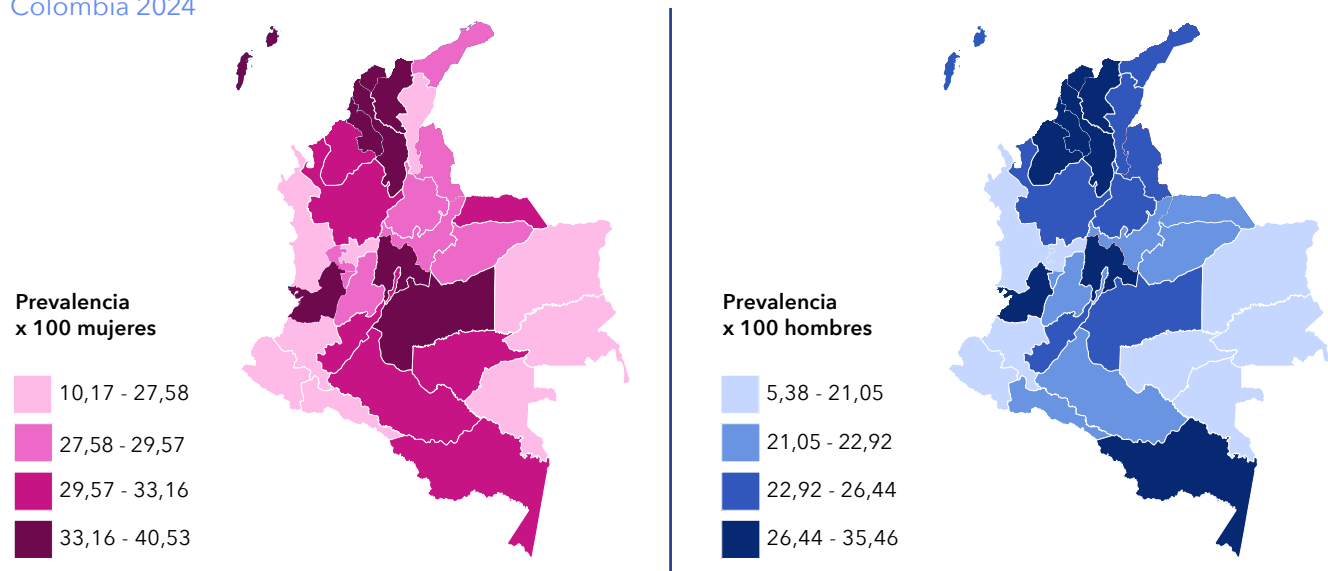


[Descargar figura](#)

Al desagregar por sexo, se identificaron patrones diferenciales según región (**figura 5**):

- Las mujeres presentaron mayores prevalencias de obesidad en las regiones Caribe, Central y Amazonía-Orinoquía.
- Los hombres concentraron las mayores prevalencias en las regiones Caribe y Oriental.

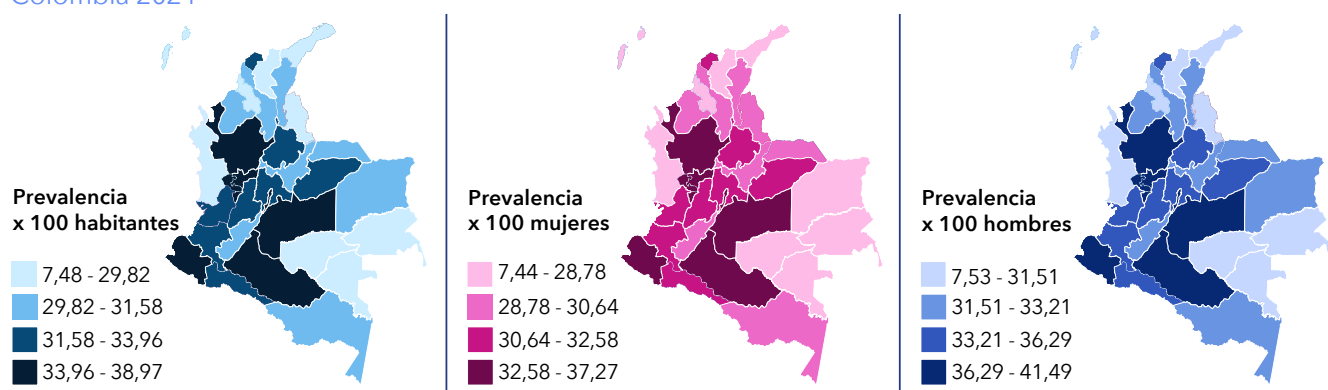
Figura 5. Prevalencia de la obesidad de las personas con HTA, DM o ERC según el departamento y el sexo, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

La prevalencia del sobrepeso fue mayor en los hombres. Sin embargo, en cuanto a la distribución por departamentos, la distribución de los cuartiles fue similar entre hombres y mujeres (**figura 6**).

Figura 6. Prevalencia del sobrepeso de las personas con HTA, DM o ERC según el departamento y el sexo, Colombia 2024

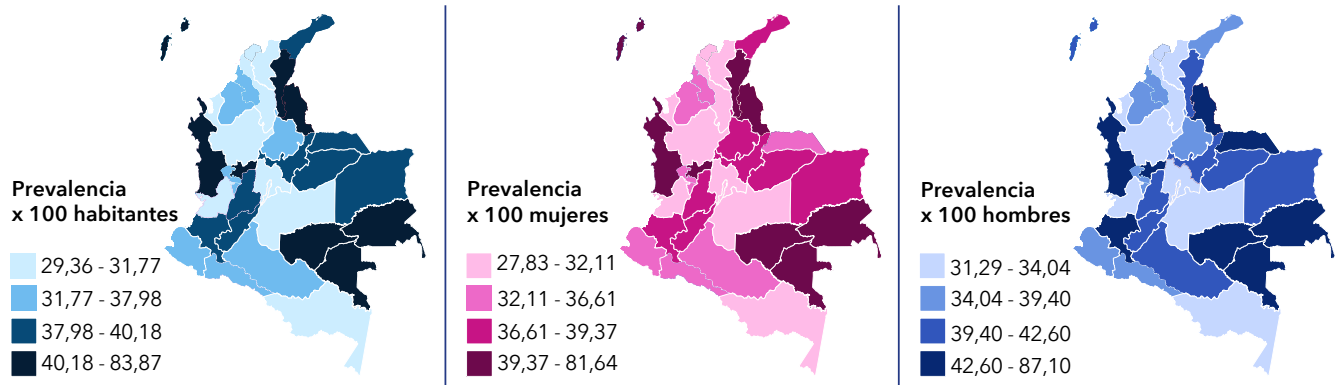


[Descargar figura](#)

Por otro lado, la prevalencia nacional del peso normal fue de 33,45 %. En los hombres se observaron mayores proporciones, pero la distribución de los cuartiles por departamento fue similar en ambos sexos. Además, las mayores frecuencias de peso normal se encontraron principalmente en la periferia del país (**figura 7**).



Figura 7. Prevalencia del peso normal de las personas con HTA, DM o ERC según el departamento y el sexo, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

La **tabla suplementaria 2** consolida la descripción de la cohorte de las personas con HTA, DM o ERC en 2024 según el IMC; a continuación, se resumen algunos hallazgos:

- Por grupos etarios, el sobrepeso aumentó progresivamente hasta los 60 años, mientras que la obesidad alcanzó su mayor frecuencia entre los 35 y 50 años, lo que pone de manifiesto una acumulación temprana del riesgo metabólico en edades productivas.
- En los hombres y en la mayoría de los regímenes fue más frecuente el sobrepeso seguido del peso normal, mientras que en las mujeres el sobrepeso, el peso normal y la obesidad estuvieron distribuidos en proporciones similares. A su vez, en el régimen subsidiado fue superior el peso normal, seguido de la obesidad.
- Según las comorbilidades, en el grupo con HTA y DM fue mayor el sobrepeso y la obesidad, mientras que en las poblaciones con solo DM, DM y ERC y con las 3 enfermedades fue mayor el sobrepeso seguido del peso normal. En los grupos con ERC sola o con HTA, predominó el peso normal seguido del sobrepeso.
- En las personas con ERC, fue más frecuente el sobrepeso en el estadio 1, pero a partir del estadio 2 el peso normal comenzó a incrementar, hasta alcanzar un 43,45% en el estadio 5.

En conjunto, la información basal y transversal muestra que el exceso de peso no es un fenómeno aislado ni reciente, sino una condición persistente y ampliamente distribuida entre las personas con HTA, DM o ERC en Colombia, con importantes variaciones territoriales y clínicas que deben ser consideradas en la gestión del riesgo.

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DEL ANÁLISIS LONGITUDINAL DEL IMC



Con el fin de comprender la evolución del índice de masa corporal (IMC) en el tiempo y no limitar el análisis a una fotografía estática, se realizó un análisis longitudinal de cohorte que permite identificar tendencias poblacionales, trayectorias individuales y diferencias según características clínicas y sociodemográficas.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y POBLACIÓN DE ANÁLISIS



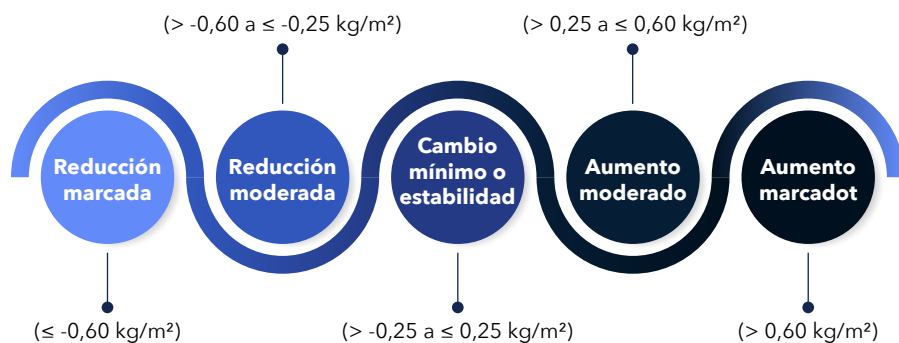
Se desarrolló un estudio de cohorte retrospectiva abierta, utilizando los registros administrativos consolidados por la CAC. La cohorte estuvo conformada por personas adultas (≥ 18 años) con diagnóstico de HTA, DM o ERC, que ingresaron por primera vez al registro entre los periodos 2019 y 2024. Para el análisis longitudinal del IMC se incluyeron únicamente aquellas personas que contaban con al menos 3 mediciones válidas de peso y talla a lo largo del seguimiento. Bajo este criterio, la población final estuvo conformada por 1.521.469 personas, con seguimiento de hasta 5 años.

ESTRATEGIA ANALÍTICA



Se utilizó un modelo lineal de efectos mixtos, el cual permite estimar simultáneamente una pendiente poblacional promedio (efecto fijo), y la variabilidad individual en las trayectorias de cambio (efectos aleatorios), teniendo en cuenta la correlación entre mediciones repetidas en una misma persona.

El cambio en el IMC se categorizó según los kg/m^2 ganados o perdidos durante el seguimiento, de acuerdo con la distribución de la variable, en los siguientes rangos:



Según estas categorías de cambio, se presentó la caracterización de los casos en el último seguimiento registrado.

Esta aproximación metodológica permite distinguir entre cambios a nivel poblacional y trayectorias clínicamente relevantes en subgrupos específicos, aportando una visión más completa del comportamiento del peso corporal en personas con enfermedades crónicas.

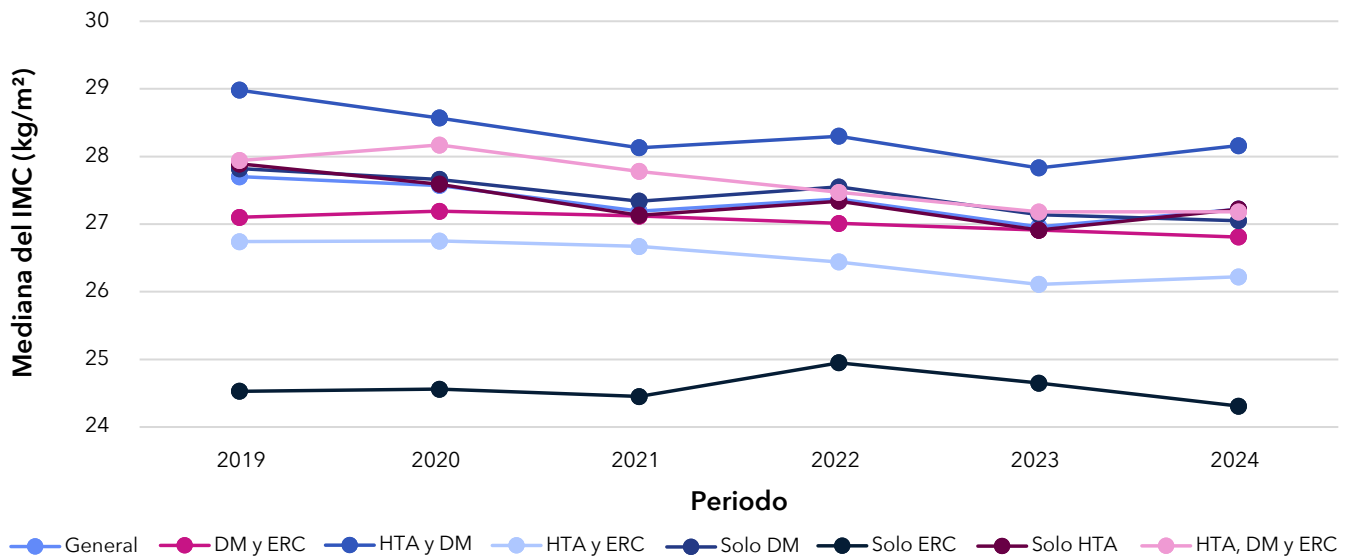


EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN EL TIEMPO

Del total de los casos que ingresaron a la cohorte objeto de análisis para este informe, 1.576.812 (66,80 %) lo hicieron entre el 1° de julio de 2018 y el 30 de junio de 2022. De estos, el 96,66 % (n= 1.524.192) contó con 3 o más mediciones del peso y la talla, distribuidas de la siguiente manera: 30,07 % (n= 458.259) tuvo 6 mediciones, el 19,13 % (n= 291.602), 5 mediciones; el 23,88 % (n= 363.948), 4 mediciones; y el restante (26,92 %, n= 410.383), 3 mediciones.

Entre 2019 y 2024, se observó una disminución sutil, en la mediana del IMC de la población estudiada, puesto que pasó de 27,70 kg/m² a 27,22 kg/m², alcanzando su punto más bajo en 2023 (26,96 kg/m²). Así mismo, todos los grupos de comorbilidades mostraron un patrón similar; sin embargo, la reducción más marcada se presentó en los grupos con HTA y DM o con solo DM (2,83 % y 2,77 %, respectivamente) (**figura 8**).

Figura 8. Mediana del índice de masa corporal de las personas con HTA, DM o ERC con 3 o más seguimientos, Colombia 2019 - 2024



[Descargar figura](#)

La prevalencia de la obesidad en esta población fue de 30,76 % al inicio del seguimiento y de 29,87 % en la última medición. También, al analizar la evolución de las categorías del IMC entre el primer y el último seguimiento, se encontró que el 63,46 % (n= 967.258) permaneció en la misma categoría, el 20,38 % (n= 310.638) descendió a un nivel inferior y el 16,16 % (n= 246.296) progresó hacia categorías superiores del IMC. Enseguida, en la **tabla 2**, se detallan los cambios dentro de cada categoría, en donde se evidencia que la proporción de casos en sobrepeso y obesidad disminuyó en todos los grupos (en las **tablas suplementarias 3 a 9** se puede consultar la misma información según las comorbilidades).

Tabla 2. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con HTA, DM o ERC con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total ¹
	n (%)				
Bajo peso	6.412 (24,28)	9.273 (35,11)	5.622 (21,28)	5.106 (19,33)	26.413 (1,73)
Peso normal	12.027 (2,86)	274.382 (65,30)	93.786 (22,32)	39.968 (9,51)	420.163 (27,57)
Sobrepeso	3.334 (0,55)	144.066 (23,67)	368.774 (60,58)	92.541 (15,20)	608.715 (39,94)
Obesidad	1.996 (0,43)	55.173 (11,77)	94.042 (20,06)	317.690 (67,75)	468.901 (30,76)
Total	23.769 (1,56)	482.894 (31,68)	562.224 (36,89)	455.305 (29,87)	1.524.192 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

Al aplicar el modelo estadístico, este comportamiento se reflejó en una pendiente poblacional promedio estimada de $-0,14 \text{ kg/m}^2/\text{año}$. La distribución de las pendientes individuales mostró una mediana de $-0,26 \text{ kg/m}^2/\text{año}$, lo que demostró que la tendencia poblacional se inclinó hacia una ligera pérdida de peso, con una considerable heterogeneidad entre los individuos (RIC: $-0,83 - 0,39$).

Adicionalmente, todos los grupos de comorbilidades mostraron el mismo patrón; sin embargo, las personas con ERC experimentaron una mayor pérdida de peso, particularmente aquellas con ERC sin otras comorbilidades (**tabla 3**).

Es importante señalar que este enfoque asume un cambio constante a lo largo del tiempo, lo cual puede subestimar cambios no lineales en la trayectoria del IMC.

Tabla 3. Cambio anual del índice de masa corporal de las personas con HTA, DM o ERC con 3 o más seguimientos, Colombia

Comorbilidad	Mediana ¹	RIC ¹
Solo ERC	-0,77	-1,17 - -0,28
HTA y ERC	-0,46	-0,99 - 0,16
DM y ERC	-0,33	-0,86 - 0,26
Solo DM	-0,30	-0,86 - 0,33
Solo HTA	-0,27	-0,82 - 0,37
HTA, DM y ERC	-0,23	-0,82 - 0,44
HTA y DM	-0,07	-0,68 - 0,66
General	-0,26	-0,83 - 0,39

¹ Cambio medido en $\text{kg/m}^2/\text{año}$.

RIC: rango intercuartílico.

Con base en la distribución de las pendientes se generaron categorías de cambio del IMC en las que se clasificaron los resultados obtenidos: el 34,71 % de la población presentó una reducción marcada, el 19,48 % un aumento marcado, el 19,87 % un cambio mínimo o estabilidad, el 15,81 % una reducción moderada y el 10,13 % un aumento moderado.



La edad promedio de la población analizada en el último seguimiento fue de 60,99 años (DE: $\pm 14,36$), con diferencias entre las categorías de cambio del IMC. Quienes presentaron una reducción marcada tuvieron la mayor edad promedio (64,36 años), mientras que aquellos con un aumento marcado fueron en promedio más jóvenes (56,77 años). Por otro lado, según el sexo, las mujeres registraron una mayor frecuencia de aumento marcado del IMC (22,26 % vs. 15,78 %), a diferencia de los hombres, quienes mostraron una mayor tendencia a la reducción marcada (36,88 % vs. 33,08 %).

En términos del régimen de afiliación, la mayor proporción de aumento marcado se observó en el régimen de excepción (19,59 %), seguido del subsidiado (19,52 %) y el contributivo (19,47 %). A su vez, a nivel regional el comportamiento fue relativamente homogéneo, aunque la región Pacífica destacó por evidenciar una mayor proporción de personas con un aumento marcado del IMC (22,08 %) (tabla 4).

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de las personas con HTA, DM o ERC en el último seguimiento según el cambio del índice de masa corporal, Colombia

Características	Reducción marcada ($\leq -0,60$ kg/m ² /año)	Reducción moderada ($> -0,60$ - $\leq -0,25$ kg/m ² /año)	Cambio mínimo o estabilidad ($> -0,25$ - $\leq 0,25$ kg/m ² /año)	Aumento moderado ($> 0,25$ - $\leq 0,60$ kg/m ² /año)	Aumento marcado ($> 0,60$ kg/m ² /año)	Total ¹
	n (%)					
Sexo						
Femenino	287.820 (33,08)	129.071 (14,83)	169.152 (19,44)	90.401 (10,39)	193.698 (22,26)	870.142 (57,09)
Masculino	241.216 (36,88)	111.839 (17,10)	133.703 (20,44)	64.059 (9,79)	103.233 (15,78)	654.050 (42,91)
Edad (años)²	64,36 (15,14)	61,45 (13,80)	59,93 (13,40)	58,86 (13,23)	56,77 (13,38)	60,99 (14,36)
Régimen de afiliación						
Contributivo	381.910 (33,81)	181.695 (16,09)	229.403 (20,31)	116.622 (10,32)	219.902 (19,47)	1.129.532 (74,11)
Subsidiado	146.274 (37,34)	58.663 (14,98)	72.785 (18,58)	37.527 (9,58)	76.473 (19,52)	391.722 (25,70)
Excepción	145 (33,03)	73 (16,63)	88 (20,05)	47 (10,71)	86 (19,59)	439 (0,03)
Especial	699 (28,09)	477 (19,17)	579 (23,27)	264 (10,61)	469 (18,85)	2.488 (0,16)
No asegurado	5 (83,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (16,67)	6 (< 0,01)
Fondo de atención en salud para PPL	3 (60,00)	2 (40,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (< 0,01)
Región						
Bogotá, D. C.	122.721 (35,22)	58.100 (16,68)	71.532 (20,53)	35.272 (10,12)	60.782 (17,45)	348.407 (22,86)
Caribe	113.127 (35,16)	48.719 (15,14)	63.396 (19,70)	32.811 (10,20)	63.721 (19,80)	321.774 (21,11)
Central	129.775 (34,53)	60.446 (16,08)	74.255 (19,76)	36.954 (9,83)	74.416 (19,80)	375.846 (24,66)
Oriental	85.504 (34,80)	38.388 (15,62)	48.871 (19,89)	25.602 (10,42)	47.359 (19,27)	245.724 (16,12)
Pacífica	70.739 (33,19)	32.322 (15,17)	41.075 (19,27)	21.922 (10,29)	47.060 (22,08)	213.118 (13,98)
Amazonía-Orinoquía	7.170 (37,11)	2.935 (15,19)	3.726 (19,28)	1.899 (9,83)	3.593 (18,59)	19.323 (1,27)
Total	529.036 (34,71)	240.910 (15,81)	302.855 (19,87)	154.460 (10,13)	296.931 (19,48)	1.524.192 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total, que se presentan para la columna.

² Media (DE).

PPL: personas privadas de la libertad; DE: desviación estándar.

EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN EL TIPO DE COMORBILIDAD

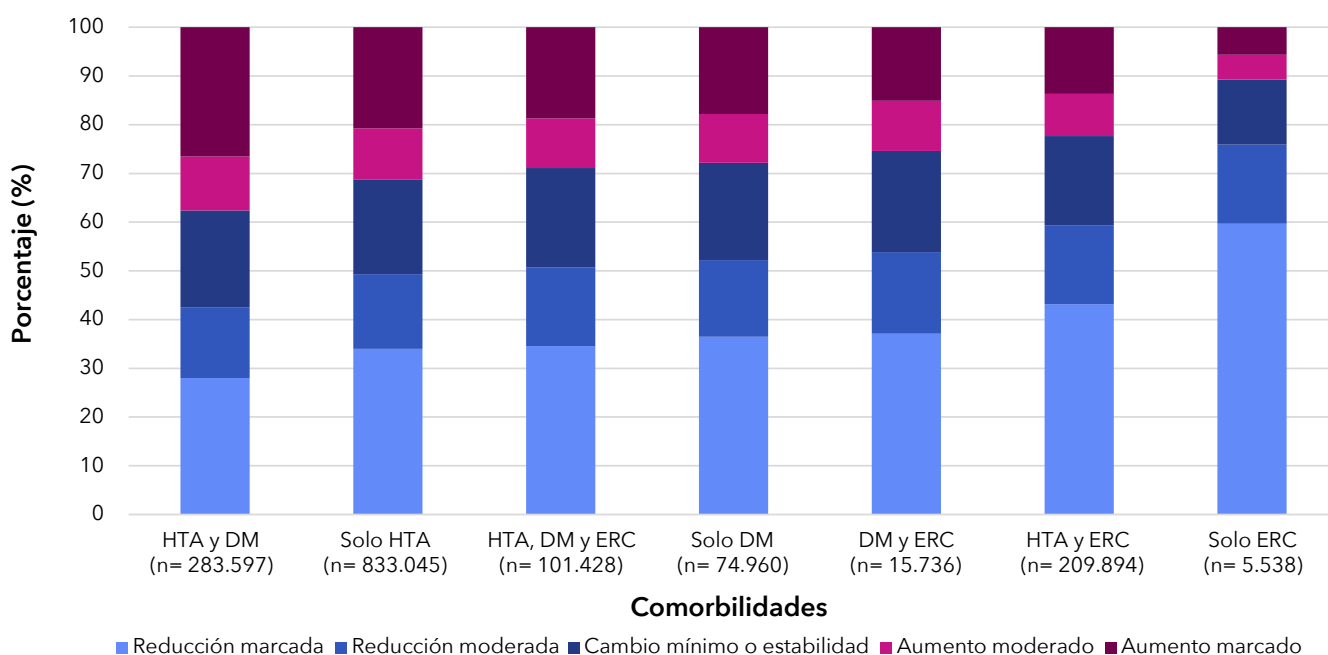
El cambio del IMC mostró diferencias claras según la combinación de comorbilidades (figura 9):

- Las personas con ERC aislada presentaron la mayor proporción de reducción marcada del IMC (59,70 %), lo que sugiere la presencia de procesos catabólicos, inflamación crónica, pérdida de masa muscular y mayor fragilidad clínica (12).

- En el grupo con HTA y/o DM con o sin ERC, hubo menos casos con reducción marcada, con proporciones entre el 27,99 % (HTA y DM) y el 43,16 % (HTA y ERC).
- La reducción moderada y los cambios mínimos o la estabilidad fueron similares en todos los perfiles de comorbilidades.
- En contraste, las personas con HTA y DM concentraron la mayor proporción de aumento moderado (11,05 %) y marcado del IMC (26,53 %), lo que refleja un perfil de alto riesgo metabólico y cardiovascular.
- En los demás grupos, el aumento marcado varió entre el 13,66 % en las personas con HTA y ERC, y el 20,71 % en personas con solo HTA.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de interpretar los cambios de peso en función del contexto clínico y refuerzan la noción de que la obesidad no solo constituye un factor de riesgo aislado, sino que actúa como un determinante clave en la ocurrencia de la multimorbilidad cardiovascular (13).

Figura 9. Cambio del índice de masa corporal según las comorbilidades de las personas con HTA, DM o ERC en el último seguimiento, Colombia



[Descargar figura](#)

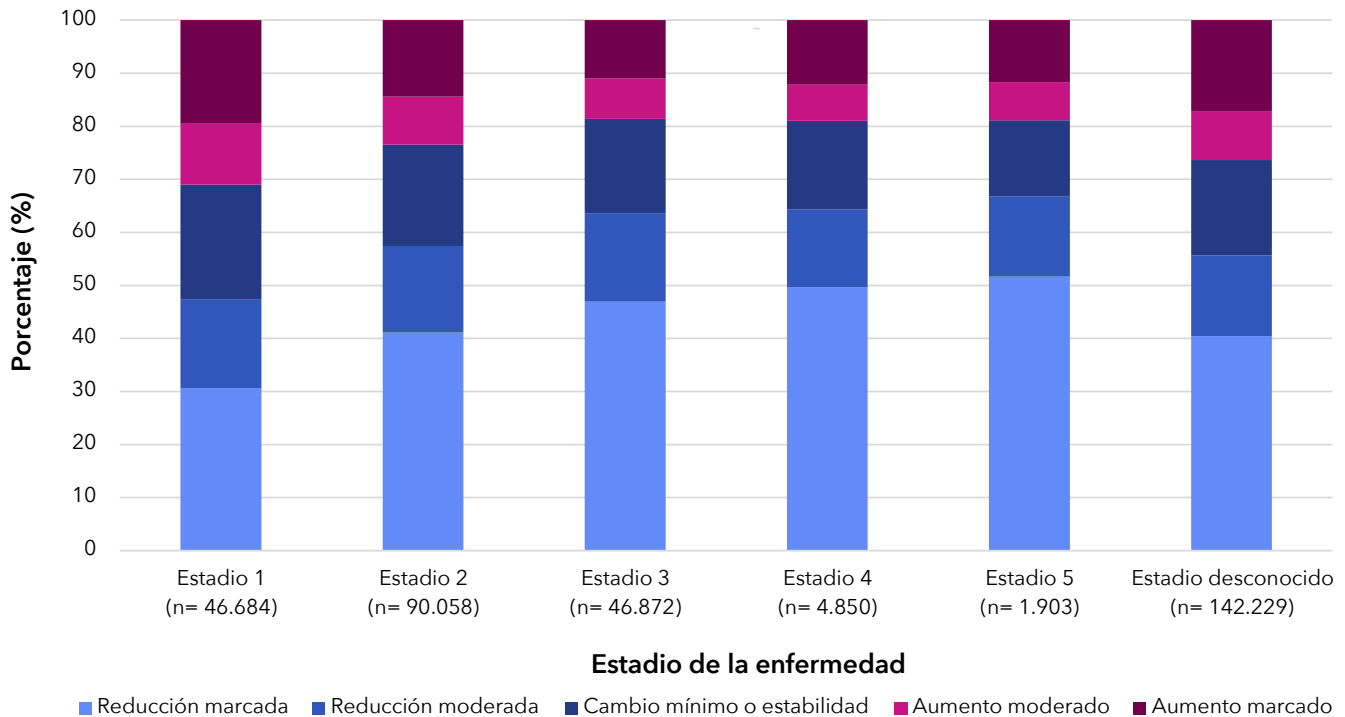
EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN EL ESTADIO DE LA ERC

El 21,82 % de las personas tenían ERC en el último seguimiento (n= 332.596) y la mayoría se encontraba en estadios 1 a 3 (55,21 %). Según el cambio en el IMC, se observó que la reducción marcada fue más frecuente a medida que avanzaba la enfermedad: desde 30,59 % en estadio 1 hasta 51,66 % en estadio 5.



De forma inversa, la proporción de personas con aumentos moderados o marcados disminuyó progresivamente con el avance de los estadios, pasando de 30,99 % en estadio 1 a 18,87 % en estadio 5. A su vez, en los estadios 2 y 3 predominó un patrón mixto, con cifras relevantes de reducción marcada (41,11 % y 46,92 %, respectivamente) pero aún con cierta proporción de incremento marcado del IMC (14,41 % y 11,03 %, respectivamente) (**figura 10**).

Figura 10. Cambio del índice de masa corporal según el estadio de la ERC en las personas con el diagnóstico en el último seguimiento, Colombia



Estadio calculado para las personas con diagnóstico de ERC, según la TFG estimada con la ecuación CKD-EPI 2021. El estadio desconocido hace referencia a los casos que tenían ERC confirmada por el algoritmo diagnóstico, pero no contaron con la información de seguimiento necesaria para calcular la TFG.

[Descargar figura](#)

COBERTURA DE PARACLÍNICOS DURANTE EL SEGUIMIENTO

En el último seguimiento, la proporción de la medición de los paracrínicos mostró un patrón relativamente homogéneo entre los grupos de cambio en el IMC, con ligeras diferencias según el biomarcador (**tabla 5**). El colesterol total y el cHDL fueron los paracrínicos más frecuentemente medidos, superando el 50 % en todas las categorías de cambio del IMC. En contraste, la cobertura de la medición del cLDL fue menor, alrededor del 41 %, particularmente en quienes presentaron un cambio mínimo o estabilidad del IMC (43,78 %).

Por otro lado, la evaluación de la función renal mostró una cobertura intermedia: la TFG se midió en cerca de la mitad de los casos (44,45 %), mientras que la RAC fue medida en aproximadamente un tercio (30,83 %), con una menor frecuencia en el rango de la reducción marcada del IMC (27,55 %). Finalmente, la medición de la HbA1c en las personas con DM fue informada en el 39,08 % y fue ligeramente superior en las categorías de estabilidad o aumento moderado del IMC (41,12 % y 40,84 %, respectivamente) en comparación con los extremos de reducción marcada (36,13 %) y aumento marcado (39,61 %).

Tabla 5. Proporción de personas con la medición de los paraclínicos con HTA, DM o ERC en el último seguimiento según el cambio del índice de masa corporal, Colombia

Medición de paraclínicos	Reducción marcada ($\leq -0,60$ kg/m ² /año)	Reducción moderada ($> -0,60 - \leq -0,25$ kg/m ² /año)	Cambio mínimo o estabilidad ($> -0,25 - \leq 0,25$ kg/m ² /año)	Aumento moderado ($> 0,25 - \leq 0,60$ kg/m ² /año)	Aumento marcado ($> 0,60$ kg/m ² /año)	Total
	n (%) ¹					
cHDL	273.618 (51,72)	136.967 (56,85)	174.691 (57,68)	88.772 (57,47)	170.187 (57,32)	844.235 (55,39)
cLDL	205.672 (38,88)	104.148 (43,23)	132.586 (43,78)	67.018 (43,39)	124.997 (42,10)	634.421 (41,62)
Colesterol total	279.864 (52,90)	140.247 (58,22)	179.152 (59,15)	90.918 (58,86)	173.955 (58,58)	864.136 (56,69)
RAC	145.749 (27,55)	77.077 (31,99)	99.374 (32,81)	51.044 (33,05)	96.594 (32,53)	469.838 (30,83)
TFG según CKD-EPI 2021	221.624 (41,89)	111.712 (46,37)	141.239 (46,64)	71.131 (46,05)	131.801 (44,39)	677.507 (44,45)
HbA1c ²	53.133 (36,13)	28.757 (40,38)	38.817 (41,12)	20.861 (40,84)	44.351 (39,61)	185.919 (39,08)

¹ Los porcentajes se presentan para la columna y no se muestran las filas de la NO medición del paraclínico.

² La HbA1c en los últimos 6 meses se mide en las personas con DM (sola o con otras comorbilidades).

Un hallazgo relevante del análisis longitudinal fue la disminución progresiva en la medición de paraclínicos clave para el seguimiento clínico integral. Al comparar el momento del ingreso con el final del seguimiento, se observó que:

- La medición de la HbA1c disminuyó de 60,17 % a 39,08 %.
- La medición de la RAC pasó de 41,53 % a 30,83 %.
- La medición de la TFG se redujo de 73,49 % a 44,45 %.

Esta reducción en la cobertura limita la capacidad de identificar oportunamente descompensaciones metabólicas y progresión del daño renal, y representa un desafío adicional para la gestión del riesgo en poblaciones con multimorbilidad.



IMPLICACIONES ESTRATÉGICAS Y RECOMENDACIONES

Los resultados del análisis transversal y longitudinal del IMC en personas con HTA, DM y ERC ofrecen insumos relevantes para la gestión clínica, el aseguramiento y la formulación de políticas públicas. Las implicaciones que se presentan a continuación se formulan de manera descriptiva, con base en la evidencia observada, y buscan orientar la toma de decisiones sin constituir recomendaciones normativas.

IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA

La alta prevalencia de exceso de peso al momento del diagnóstico y su persistencia en el tiempo confirman que la obesidad y el sobrepeso deben abordarse como componentes centrales del manejo clínico de la HTA, la DM y la ERC. La coexistencia de la obesidad y de las enfermedades crónicas cobra relevancia al acelerar la progresión de estas condiciones, incrementar el riesgo de complicaciones cardiovasculares y dificultar el control clínico. Además, el manejo simultáneo de estas comorbilidades requiere intervenciones intensivas y multidisciplinarias, lo que incrementa sustancialmente los costos del sistema de salud y genera un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas (14).

Los hallazgos muestran que los cambios en el IMC no son homogéneos y que su interpretación depende del perfil clínico. En personas con combinaciones de HTA y DM, el aumento del IMC puede reflejar un mayor riesgo cardiometabólico y la necesidad de fortalecer intervenciones integrales sobre estilos de vida, adherencia terapéutica y control metabólico. Por el contrario, en personas con ERC, especialmente en estadios avanzados, la reducción del IMC puede ser un marcador de deterioro nutricional, inflamación y fragilidad, lo que subraya la importancia de diferenciar entre pérdida de peso intencional y no intencional (15,16).

En este contexto, el IMC no debe interpretarse únicamente como una clasificación estática, sino como una variable longitudinal que aporta información relevante sobre la evolución clínica de las personas; no obstante, tal como lo señala la OMS, se trata de un indicador indirecto de adiposidad que puede beneficiarse de ser complementado con otras medidas antropométricas, como la circunferencia de la cintura, para una mejor caracterización del riesgo cardiometabólico (11).

En este sentido, los equipos clínicos pueden beneficiarse de estrategias de seguimiento que integren el IMC con otros indicadores clínicos y paraclínicos, permitiendo una evaluación más precisa del riesgo y una toma de decisiones contextualizada.

IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO

Desde la perspectiva del aseguramiento, la reducción marcada fue más frecuente en el subsidiado (37,34 % vs. 33,81 % en el contributivo), lo que sugiere una mayor vulnerabilidad socioeconómica y la presencia de barreras en la atención. En contraste, los regímenes especiales concentraron un mayor aumento marcado (18,85 %), el cual podría reflejar estilos de vida urbanos y menor control del peso (17).

También, los resultados evidencian la necesidad de fortalecer el seguimiento continuo de las personas con enfermedades crónicas, especialmente en lo relacionado con la medición periódica de paraclínicos clave como la HbA1c, la RAC y la TFG.

La disminución observada en la cobertura de estos paraclínicos a lo largo del seguimiento limita la capacidad de identificar tempranamente descompensaciones metabólicas y progresión del daño renal, y puede afectar la oportunidad de las intervenciones. En este contexto, el monitoreo longitudinal del IMC, junto con estos marcadores, puede servir como una herramienta adicional para priorizar poblaciones en riesgo y orientar acciones de gestión del cuidado.

Así mismo, la identificación de subgrupos con aumento sostenido del IMC, particularmente en personas con HTA y DM concomitantes, puede contribuir a focalizar estrategias de intervención y optimizar el uso de recursos en programas de riesgo cardiovascular y metabólico.

IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA Y LA VIGILANCIA POBLACIONAL

El análisis transversal de 2024 muestra que la obesidad continúa siendo altamente prevalente en la población con HTA, DM o ERC, con importantes variaciones territoriales. Por ejemplo, Bogotá, D. C., y la región Central registraron las mayores proporciones de sobrepeso (41,30 % y 39,83 %, respectivamente), lo que sugiere que, a pesar de contar con un mayor acceso a los servicios de salud, los entornos urbanos se ven fuertemente afectados por patrones de alimentación poco saludables y el sedentarismo (17). Por su parte, la región Caribe también mostró una alta proporción de sobrepeso (37,27 %), pero se distinguió por presentar la mayor prevalencia de bajo peso (2,97 %), la cual pueda estar posiblemente asociada a las desigualdades socioeconómicas y las limitaciones en la seguridad alimentaria.

Así mismo, las regiones Oriental y Pacífica presentaron un perfil similar, con valores de obesidad por encima del 31 % y de sobrepeso cercano al 40 %, lo que evidencia un problema crítico agravado por el consumo creciente de alimentos ultraprocesados y un acceso limitado a los programas de prevención a nivel nacional. Por su parte, la Amazonía-Orinoquía registró la proporción más alta de obesidad (34,43 %). En conjunto, estos hallazgos ponen de relieve la magnitud del exceso de peso y la necesidad de crear e implementar estrategias diferenciadas y adaptadas a las particularidades y demandas de cada territorio (18).

Adicionalmente, la mayor frecuencia de obesidad en adultos jóvenes y de mediana edad pone de manifiesto factores estructurales que dificultan el control del peso, como el sedentarismo, el alto consumo de alimentos ultraprocesados y las brechas en el acceso a programas efectivos de prevención (19). Además, repercute en la acumulación temprana del riesgo metabólico, con potenciales consecuencias a largo plazo para la carga de enfermedad y los costos del sistema de salud. En este escenario, la información longitudinal sobre la evolución del IMC puede aportar elementos valiosos para la vigilancia poblacional y la planificación de estrategias preventivas más oportunas.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de integrar el análisis del estado nutricional en los sistemas de información y en los modelos de gestión del riesgo, articulando acciones clínicas, de aseguramiento y de salud pública.



CONCLUSIONES

El exceso de peso constituye un componente predominante y persistente en la población colombiana con HTA, DM y ERC. Tanto el análisis basal al ingreso al seguimiento como la situación transversal observada en 2024 evidencian que una proporción mayoritaria de las personas con estas condiciones presenta sobrepeso u obesidad, lo que incrementa la complejidad clínica y el riesgo de eventos adversos.

De otra parte, más allá de las disparidades basales, el análisis longitudinal del IMC reveló hallazgos alentadores. Así, al final del seguimiento se observó una reducción del IMC que repercutió en una disminución del porcentaje de sobrepeso y obesidad. Esto resulta relevante considerando que se trata de una población de riesgo elevado donde el exceso de peso amplifica la progresión de las enfermedades crónicas y el riesgo de complicaciones cardiovasculares y renales. De la misma manera, refleja la importancia y el impacto de los programas de nefroprotección en el mejoramiento de los desenlaces clínicos. Sin embargo, los hallazgos deben interpretarse a la luz del contexto clínico y del tipo de comorbilidad.

En particular, la disminución fue más pronunciada en las personas con ERC, especialmente en quienes la presentaban de forma aislada, lo cual podría explicarse por la progresión propia de esta enfermedad, que se asocia con un estado catabólico, la inflamación crónica y la pérdida de masa muscular. Cabe señalar que esta reducción marcada del peso corporal no necesariamente representa un beneficio clínico, ya que podría reflejar fenómenos adversos como el síndrome de malnutrición-inflamación y la sarcopenia, ambos asociados con un aumento considerable del riesgo de mortalidad (20). En contraste, los grupos con HTA o DM también evidenciaron reducciones del IMC, aunque de menor magnitud. En estos subgrupos resulta fundamental fortalecer estrategias preventivas sostenibles que promuevan la modificación de los estilos de vida, el control saludable del peso y la prevención de la progresión hacia complicaciones más graves.

Adicionalmente, la disminución observada en la cobertura de paraclínicos clave durante el seguimiento plantea desafíos importantes para el monitoreo clínico oportuno y la gestión integral del riesgo. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer los procesos de seguimiento y de garantizar la disponibilidad de información clínica relevante para la toma de decisiones.

En conjunto, la combinación de análisis transversal y longitudinal presentada en este documento ofrece una visión más amplia de la magnitud y evolución del exceso de peso en personas con HTA, DM y ERC en Colombia. Esta evidencia constituye un insumo fundamental para orientar acciones clínicas, estrategias de aseguramiento y decisiones de política pública, con el fin de mejorar la atención integral, reducir la progresión de la enfermedad y mitigar el impacto del riesgo cardiometabólico en el sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(5):288–98.
2. Cohen JB. Hypertension in Obesity and the Impact of Weight Loss. *Curr Cardiol Rep*. 2017;19(10):98.
3. Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C. Obesity and Kidney Disease. *Can J Kidney Health Dis*. 2017;4.
4. Ng M, Gakidou E, Lo J, Abate YH, Abbafati C, Abbas N, et al. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025;405(10481):813–38.
5. Kerr JA, Patton GC, Cini KI, Abate YH, Abbas N, Abd Al Magied AHA, et al. Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025;405(10481):785–812.
6. Instituto Colombiano de bienestar familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010–ENSIN [en línea]. Bogotá, D. C.; 2011 [citado el 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/nutricion/ensin-encuesta-nacional-de-situacion-nutricional#ensin2>
7. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015–ENSIN [en línea]. Bogotá, D. C.; 2015 [citado el 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/nutricion/ensin-encuesta-nacional-de-situacion-nutricional#ensin2>
8. Congreso de Colombia. Ley 1355 de 2009 [en línea]. Colombia; 2009. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37604>
9. Congreso de Colombia. Ley 2120 de 2021 [en línea]. 2021. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168029>
10. Congreso de Colombia. Ley 2023 de 2020 [en línea]. Colombia; 2020. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=136891>
11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [en línea]. Geneva; 2000 [citado el 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/10665/42330/1/WHO_TRS_894.pdf
12. Carrero JJ, Thomas F, Nagy K, Arogundade F, Avesani CM, Chan M, et al. Global Prevalence of Protein-Energy Wasting in Kidney Disease: A Meta-analysis of Contemporary Observational Studies From the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Journal of Renal Nutrition*. 2018;28(6):380–92.
13. Baneshi MR, Dobson A, Mishra GD. Transition between cardiometabolic conditions and body weight among women: which paths increase the risk of diabetes and cardiovascular diseases? *J Hum Hypertens*. 2024;38(8):611–9.
14. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *New England Journal of Medicine*. 2017;377(1):13–27.
15. Neale EP, Rosario V Do, Probst Y, Beck E, Tran TB, Lambert K. Lifestyle Interventions, Kidney Disease Progression, and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. *Kidney Med*. 2023;5(6):100643.
16. Kaesler N, Fleig S. Ten tips on how to manage obesity in the presence of CKD. *Clin Kidney J*. 2024;17(11).
17. Quiroga-Padilla PJ, Gaete P V, Nieves-Barreto LD, Montaña A, Betancourt EC, Mendivil CO. Social inequalities shape diet composition among urban Colombians: the Colombian Nutritional Profiles cross-sectional study. *Public Health Nutr*. 2022;25(10):2842–54.
18. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*. 2020;395(10217):65–74.
19. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485–97.
20. Kopple JD. The phenomenon of altered risk factor patterns or reverse epidemiology in persons with advanced chronic kidney failure1–5. *Am J Clin Nutr*. 2005;81(6):1257–66.
21. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024 [en línea]. 2025 [citado el 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2025/08/Situacion-de-la-ERC-y-precursoras-2024-1.pdf>



ANEXOS

Tabla suplementaria 1. Proporción de personas con medición de paraclínicos según la distribución del índice de masa corporal al inicio del seguimiento, Colombia

Medición de paraclínicos	Bajo peso n= 40.250 (1,71%)	Peso normal n= 655.663 (27,78%)	Sobrepeso n= 933.463 (39,55%)	Obesidad n= 722.881 (30,63%)	Sin dato n= 8.097 (0,34%)	Total ¹ n= 2.360.354 (100,00%)
	n (%)					
cHDL	25.478 (63,30)	432.129 (65,91)	663.450 (71,07)	506.365 (70,05)	3.402 (42,02)	1.630.824 (69,09)
cLDL	21.438 (53,26)	373.940 (57,03)	565.439 (60,57)	428.700 (59,30)	3.046 (37,62)	1.392.563 (59,00)
Colesterol total	26.406 (65,60)	442.374 (67,47)	677.249 (72,55)	518.217 (71,69)	3.444 (42,53)	1.667.690 (70,65)
RAC	12.379 (30,76)	259.238 (39,54)	415.170 (44,48)	312.040 (43,17)	1.221 (15,08)	1.000.048 (42,37)
TFG	25.915 (64,39)	462.778 (70,58)	707.038 (75,74)	538.419 (74,48)	3.544 (43,77)	1.737.694 (73,62)
HbA1c ²	3.597 (52,63)	66.799 (53,83)	112.084 (57,21)	96.890 (55,68)	392 (32,48)	279.762 (55,72)

¹ Los porcentajes se presentan para la columna y no se muestran las filas de la NO medición del paraclínico

² La HbA1c se mide en las personas con DM (sola o con otras comorbilidades).

Tabla suplementaria 2. Caracterización sociodemográfica de las personas adultas con HTA, DM o ERC según el índice de masa corporal, Colombia 2024

Características	Bajo peso n= 100.194 (1,54%)	Peso normal n= 2.171.212 (33,45%)	Sobrepeso n= 2.247.956 (34,63%)	Obesidad I n= 1.251.481 (19,28%)	Obesidad II n= 484.599 (7,47%)	Obesidad III n= 178.076 (2,74%)	Sin dato n= 58.062 (0,89%)	Total ¹ n= 6.491.580 (100,00%)
	n (%)							
Sexo								
Femenino	66.884 (1,71)	1.259.138 (32,18)	1.298.709 (33,19)	793.803 (20,29)	333.578 (8,52)	128.351 (3,28)	32.741 (0,84)	3.913.204 (60,28)
Masculino	33.310 (1,29)	912.074 (35,37)	949.247 (36,82)	457.678 (17,75)	151.021 (5,86)	49.725 (1,93)	25.321 (0,98)	2.578.376 (39,72)
Edad por quinquenios								
18-19	425 (7,80)	3.168 (58,11)	958 (17,57)	499 (9,15)	193 (3,54)	108 (1,98)	101 (1,85)	5.452 (0,08)
20-24	1.015 (4,07)	11.699 (46,91)	5.553 (22,27)	3.404 (13,65)	1.774 (7,11)	1.000 (4,01)	495 (1,98)	24.940 (0,38)
25-29	1.227 (1,99)	23.433 (38,00)	15.638 (25,36)	10.861 (17,61)	5.901 (9,57)	3.237 (5,25)	1.370 (2,22)	61.667 (0,95)
30-34	1.329 (1,17)	34.945 (30,66)	32.404 (28,43)	23.465 (20,59)	13.444 (11,80)	6.781 (5,95)	1.610 (1,41)	113.978 (1,76)
35-39	1.643 (0,91)	49.632 (27,63)	54.393 (30,28)	42.643 (23,74)	19.411 (10,81)	9.874 (5,50)	2.045 (1,14)	179.641 (2,77)
40-44	2.006 (0,69)	72.867 (25,07)	93.780 (32,27)	73.656 (25,34)	31.145 (10,72)	14.232 (4,90)	2.938 (1,01)	290.624 (4,48)
45-49	2.473 (0,62)	96.703 (24,31)	135.002 (33,93)	102.722 (25,82)	40.374 (10,15)	16.859 (4,24)	3.706 (0,93)	397.839 (6,13)
50-54	3.316 (0,59)	141.764 (25,36)	198.818 (35,57)	138.620 (24,80)	51.708 (9,25)	19.624 (3,51)	5.080 (0,91)	558.930 (8,61)
55-59	5.159 (0,68)	207.757 (27,46)	275.749 (36,45)	176.119 (23,28)	62.664 (8,28)	22.574 (2,98)	6.492 (0,86)	756.514 (11,65)
60-64	7.498 (0,84)	263.687 (29,65)	328.527 (36,94)	189.031 (21,26)	69.866 (7,86)	23.219 (2,61)	7.492 (0,84)	889.320 (13,70)
65-69	10.002 (1,13)	289.381 (32,60)	329.934 (37,17)	167.251 (18,84)	63.965 (7,21)	20.080 (2,26)	7.030 (0,79)	887.643 (13,67)
70-74	12.267 (1,55)	287.789 (36,26)	290.381 (36,59)	132.382 (16,68)	49.000 (6,17)	15.503 (1,95)	6.283 (0,79)	793.605 (12,23)
75-79	13.751 (2,21)	251.785 (40,43)	218.485 (35,08)	89.806 (14,42)	33.538 (5,38)	10.653 (1,71)	4.814 (0,77)	622.832 (9,59)
80 y más	38.083 (4,19)	436.602 (48,05)	268.334 (29,53)	101.022 (11,12)	41.616 (4,58)	14.332 (1,58)	8.606 (0,95)	908.595 (14,00)
Régimen								
Contributivo	48.088 (1,11)	1.389.926 (32,11)	1.617.478 (37,37)	871.526 (20,14)	273.774 (6,33)	93.950 (2,17)	33.386 (0,77)	4.328.128 (66,67)
Subsidiado	51.638 (2,43)	770.404 (36,23)	615.213 (28,93)	372.625 (17,52)	208.825 (9,82)	83.420 (3,92)	24.362 (1,15)	2.126.487 (32,76)
Excepcion	342 (1,26)	7.867 (29,06)	11.309 (41,77)	5.369 (19,83)	1.388 (5,13)	521 (1,92)	278 (1,03)	27.074 (0,42)
Especial	119 (1,25)	2.874 (30,31)	3.806 (40,13)	1.912 (20,16)	596 (6,28)	172 (1,81)	4 (0,04)	9.483 (0,15)
Fondo de atención en salud para PPL	0,00	14 (35,90)	17 (43,59)	7 (17,95)	1 (2,56)	0,00	0,00	39 (< 0,01)

Tabla suplementaria 2. Caracterización sociodemográfica de las personas adultas con HTA, DM o ERC según el índice de masa corporal, Colombia 2024 (continuación)

Características	Bajo peso n= 100.194 (1,54%)	Peso normal n= 2.171.212 (33,45%)	Sobrepeso n= 2.247.956 (34,63%)	Obesidad I n= 1.251.481 (19,28%)	Obesidad II n= 484.599 (7,47%)	Obesidad III n= 178.076 (2,74%)	Sin dato n= 58.062 (0,89%)	Total ¹ n= 6.491.580 (100,00%)
	n (%)							
No asegurado	7 (1,90)	127 (34,42)	133 (36,04)	42 (11,38)	15 (4,07)	13 (3,52)	32 (8,67)	369 (0,01)
Región								
Amazonía-Orinoquía	1.240 (1,45)	33.532 (39,18)	27.124 (31,69)	15.050 (17,58)	5.211 (6,09)	2.344 (2,74)	1.091 (1,27)	85.592 (1,32)
Bogotá, D.C.	11.377 (1,01)	353.031 (31,22)	440.660 (38,97)	225.431 (19,94)	65.682 (5,81)	19.588 (1,73)	14.920 (1,32)	1.130.689 (17,42)
Caribe	34.975 (2,59)	445.490 (32,93)	420.215 (31,06)	282.439 (20,88)	122.750 (9,07)	41.105 (3,04)	6.016 (0,44)	1.352.990 (20,84)
Central	24.662 (1,34)	618.330 (33,52)	671.131 (36,38)	343.550 (18,62)	124.223 (6,73)	53.838 (2,92)	9.173 (0,50)	1.844.907 (28,42)
Oriental	13.741 (1,33)	371.401 (36,03)	338.328 (32,82)	189.276 (18,36)	77.815 (7,55)	27.284 (2,65)	12.927 (1,25)	1.030.772 (15,88)
Pacífica	14.199 (1,36)	349.428 (33,39)	350.498 (33,49)	195.735 (18,70)	88.918 (8,50)	33.917 (3,24)	13.935 (1,33)	1.046.630 (16,12)
Comorbilidades								
Solo HTA	43.430 (1,24)	1.197.892 (34,29)	1.187.152 (33,98)	686.170 (19,64)	253.245 (7,25)	87.727 (2,51)	37.687 (1,08)	3.493.303 (53,81)
Solo DM	7.083 (2,74)	79.884 (30,92)	94.772 (36,68)	50.353 (19,49)	16.617 (6,43)	5.454 (2,11)	4.223 (1,63)	258.386 (3,98)
Solo ERC	746 (3,54)	12.655 (60,02)	5.075 (24,07)	1.518 (7,20)	330 (1,57)	165 (0,78)	595 (2,82)	21.084 (0,32)
DM y ERC	766 (2,09)	13.068 (35,60)	13.850 (37,74)	6.024 (16,41)	2.142 (5,84)	647 (1,76)	206 (0,56)	36.703 (0,57)
HTA y DM	15.693 (1,04)	422.935 (28,09)	527.963 (35,07)	324.326 (21,54)	144.245 (9,58)	60.322 (4,01)	10.071 (0,67)	1.505.555 (23,19)
HTA y ERC	21.516 (3,17)	274.063 (40,43)	235.995 (34,82)	96.652 (14,26)	34.678 (5,12)	11.630 (1,72)	3.256 (0,48)	677.790 (10,44)
HTA, DM y ERC	10.960 (2,20)	170.715 (34,23)	183.149 (36,72)	86.438 (17,33)	33.342 (6,68)	12.131 (2,43)	2.024 (0,41)	498.759 (7,68)
Casos con ERC	33.988 (2,75)	470.501 (38,12)	438.069 (35,49)	190.632 (15,44)	70.492 (5,71)	24.573 (1,99)	6.081 (0,49)	1.234.336 (100,00)
Estadio de la ERC								
Estadio 1	2.823 (2,13)	39.309 (29,68)	54.251 (40,96)	26.009 (19,64)	7.092 (5,35)	2.682 (2,03)	271 (0,20)	132.437 (10,73)
Estadio 2	9.800 (2,91)	131.998 (39,23)	127.172 (37,79)	50.102 (14,89)	12.721 (3,78)	3.914 (1,16)	778 (0,23)	336.485 (27,26)
Estadio 3	7.227 (3,08)	93.601 (39,91)	91.210 (38,89)	32.478 (13,85)	6.958 (2,97)	2.437 (1,04)	643 (0,27)	234.554 (19,00)
Estadio 4	1.028 (3,97)	10.476 (40,48)	9.154 (35,37)	3.575 (13,81)	1.015 (3,92)	541 (2,09)	92 (0,36)	25.881 (2,10)
Estadio 5	377 (4,81)	3.408 (43,45)	2.617 (33,36)	974 (12,42)	246 (3,14)	172 (2,19)	50 (0,64)	7.844 (0,64)
Desconocido	12.733 (2,56)	191.709 (38,56)	153.665 (30,91)	77.494 (15,59)	42.460 (8,54)	14.827 (2,98)	4.247 (0,85)	497.135 (40,28)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

Tabla suplementaria 3. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con DM y ERC con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				Total ¹
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
	n (%)				
Bajo peso	88 (41,90)	77 (36,67)	27 (12,86)	18 (8,57)	210 (1,33)
Peso normal	137 (2,94)	3.020 (64,86)	1.076 (23,11)	423 (9,09)	4.656 (29,59)
Sobrepeso	33 (0,52)	1.550 (24,56)	3.836 (60,78)	892 (14,13)	6.311 (40,11)
Obesidad	16 (0,35)	540 (11,84)	1.353 (29,68)	2.650 (58,13)	4.559 (28,97)
Total	274 (1,74)	5.187 (32,96)	6.292 (39,98)	3.983 (25,31)	15.736 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.



Tabla suplementaria 4. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con HTA y DM con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total ¹
	n (%)				
Bajo peso	595 (16,23)	1.229 (33,52)	870 (23,73)	972 (26,51)	3.666 (1,29)
Peso normal	1.486 (2,41)	37.793 (61,27)	14.777 (23,95)	7.631 (12,37)	61.687 (21,75)
Sobrepeso	414 (0,39)	25.711 (23,97)	63.367 (59,07)	17.790 (16,58)	107.282 (37,83)
Obesidad	259 (0,23)	10.568 (9,52)	22.052 (19,87)	78.077 (70,37)	110.956 (39,13)
Total	2.754 (0,97)	75.301 (26,55)	101.066 (35,64)	104.470 (36,84)	283.591 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

Tabla suplementaria 5. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con HTA y ERC con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total ¹
	n (%)				
Bajo peso	1.769 (40,54)	1.717 (39,34)	462 (10,59)	416 (9,53)	4.364 (2,08)
Peso normal	3.082 (4,21)	50.521 (69,03)	14.361 (19,62)	5.220 (7,13)	73.184 (34,87)
Sobrepeso	526 (0,63)	21.108 (25,17)	50.338 (60,02)	11.895 (14,18)	83.867 (39,96)
Obesidad	217 (0,45)	5.539 (11,43)	12.157 (25,08)	30.566 (63,05)	48.479 (23,10)
Total	5.594 (2,67)	78.885 (37,58)	77.318 (36,84)	48.097 (22,91)	209.894 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

Tabla suplementaria 6. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con solo DM con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total ¹
	n (%)				
Bajo peso	245 (20,21)	490 (40,43)	294 (24,26)	183 (15,10)	1.212 (1,62)
Peso normal	959 (4,76)	13.102 (65,07)	4.637 (23,03)	1.436 (7,13)	20.134 (26,86)
Sobrepeso	823 (2,74)	6.835 (22,79)	18.525 (61,76)	3.813 (12,71)	29.996 (40,02)
Obesidad	625 (2,65)	2.521 (10,67)	4.863 (20,59)	15.609 (66,09)	23.618 (31,51)
Total	2.652 (3,54)	22.948 (30,61)	28.319 (37,78)	21.041 (28,07)	74.960 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

Tabla suplementaria 7. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con solo ERC con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total ¹
	n (%)				
Bajo peso	131 (53,47)	102 (41,63)	8 (3,27)	4 (1,63)	245 (4,42)
Peso normal	105 (4,01)	2.067 (78,98)	396 (15,13)	49 (1,87)	2.617 (47,26)
Sobrepeso	10 (0,51)	594 (30,31)	1.184 (60,41)	172 (8,78)	1.960 (35,39)
Obesidad	3 (0,42)	188 (26,26)	154 (21,51)	371 (51,82)	716 (12,93)
Total	249 (4,50)	2.951 (53,29)	1.742 (31,46)	596 (10,76)	5.538 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

Tabla suplementaria 8. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con solo HTA con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total ¹
	n (%)				
Bajo peso	3.146 (20,36)	5.156 (33,36)	3.813 (24,67)	3.339 (21,61)	15.454 (1,86)
Peso normal	5.122 (2,21)	150.520 (65,08)	52.951 (22,89)	22.703 (9,82)	231.296 (27,77)
Sobrepeso	1.286 (0,38)	77.827 (22,95)	208.207 (61,39)	51.844 (15,29)	339.164 (40,71)
Obesidad	763 (0,31)	32.877 (13,30)	44.128 (17,86)	169.363 (68,53)	247.131 (29,67)
Total	10.317 (1,24)	266.380 (31,98)	309.099 (37,10)	247.249 (29,68)	833.045 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

Tabla suplementaria 9. Cambio del índice de masa corporal entre el primer y el último seguimiento de las personas con HTA, DM y ERC con 3 o más seguimientos, Colombia

Categoría del IMC en el primer seguimiento	Categoría del IMC en el último seguimiento				
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Total ¹
	n (%)				
Bajo peso	438 (34,71)	502 (39,78)	148 (11,73)	174 (13,79)	1.262 (1,24)
Peso normal	1.136 (4,27)	17.359 (65,29)	5.588 (21,02)	2.506 (9,42)	26.589 (26,21)
Sobrepeso	242 (0,60)	10.441 (26,01)	23.317 (58,10)	6.135 (15,29)	40.135 (39,57)
Obesidad	113 (0,34)	2.940 (8,79)	9.335 (27,91)	21.054 (62,96)	33.442 (32,97)
Total	1.929 (1,90)	31.242 (30,80)	38.388 (37,85)	29.869 (29,45)	101.428 (100,00)

¹ Los porcentajes se presentan por filas, excepto para el total que se presentan para la columna.

El diseño, la diagramación
y la corrección de estilo de
este *white paper* **fueron
realizados por:**



ELEVATE'S
Media, talent and impact

Revisión y corrección de estilo

Adriana Yulieth Guzmán Matamoros

Correctora de estilo

Elevate's | Media, Talent and Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca

Líder de diseño editorial

Elevate's | Media, Talent and Impact

Marzo, 2026



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO