



Vigilancia Basada en Comunidad:

*innovación y participación
para una respuesta eficaz
en salud pública*

El país ha venido consolidando
la Red de Vigilancia Epidemiológica
Basada en Comunidad
con más de 10 mil agentes comunitarios.



Red de Vigilancia Epidemiológica
basada en Comunidad

Tema central: Vigilancia Basada en Comunidad:

Innovación y participación
para una respuesta eficaz en salud pública



Situación nacional



Mortalidad



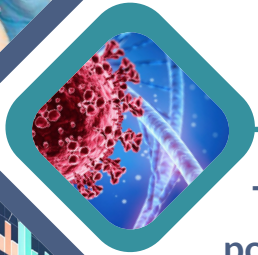
Eventos trazadores



Desnutrición



Brotes



Tablas de mando por departamento



Red de Vigilancia Epidemiológica
basada en Comunidad

El Boletín Epidemiológico Semanal BES es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por el INS (Instituto Nacional de Salud), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud, entidades territoriales y distritos. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos.

Las cifras que publica el BES de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio.

El BES es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, pero debe complementarse con otras fuentes. El INS dispone para consulta abierta del BES, los **informes de evento** 📄 y **Portal SIVIGILA** 📄

*Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación



TEMAS CENTRALES

Vigilancia Basada en Comunidad: innovación y participación para una respuesta eficaz en salud pública

Estrategia de Vigilancia basada en Comunidad
vbc@ins.gov.co

El país ha venido consolidando la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad con más de 10 mil agentes comunitarios.

Introducción

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades para que agentes comunitarios identifiquen y gestionen potenciales situaciones de interés en salud pública en los territorios, en los niveles subnacionales, comunidades de grupos étnicos (indígenas, afro, raizales, ROM, palenqueros), poblaciones procedentes del exterior, migrantes o aquellas ubicadas en áreas rurales, fronterizas y dispersas. Este enfoque es particularmente útil en contextos donde los sistemas de salud formales son limitados o no pueden llegar a tiempo a las comunidades más vulnerables (1,2).

Contexto Internacional

A nivel internacional la VBC se ha convertido en una estrategia esencial para mejorar la detección temprana y la respuesta rápida ante brotes de enfermedades, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad. La literatura destaca varios factores clave que influyen en el éxito de la VBC, como la participación de la comunidad y la de los trabajadores de salud comunitarios, quienes juegan un papel crítico en su implementación efectiva, particularmente en crisis humanitarias (4). La disponibilidad de recursos adecuados y las herramientas de software son fundamentales en la preparación y respuesta a epidemias ya que facilitan la implementación de la VBC con un en-

foque en la detección temprana de riesgos para la salud. La combinación de participación comunitaria y soporte institucional ha emergido como un pilar fundamental para el éxito de la VBC, ofreciendo directrices claras para la movilización de voluntarios en la respuesta ante epidemias (1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11).

Contexto Nacional

En el contexto colombiano la VBC es una estrategia que permite a la comunidad desempeñar un papel activo en la identificación de riesgos y la implementación de soluciones. De esta manera, articula a los diferentes actores sociales en acciones de vigilancia epidemiológica que promueven tanto el autocuidado individual como el colectivo (1,2). Este enfoque es especialmente relevante en contextos donde el acceso a los servicios de salud es limitado o donde existen barreras significativas (6,7), como en áreas rurales, zonas de alta dispersión geográfica y comunidades vulnerables (12 -14).

Esta estrategia identifica señales que se valoran, verifican y se articulan de acuerdo con la vigilancia basada en indicadores y los protocolos de vigilancia en salud pública vigentes. Se constituye como parte de un sistema de alerta temprana bajo el marco del modelo de gestión del riesgo en salud pública (identificación, análisis, valoración y modificación), de manera que se pueda monitorear la trazabilidad de la gestión realizada con cada señal identificada hasta su cierre (1, 2).

Principios fundamentales de la VBC

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) se sustenta en cinco principios fundamentales: integridad y unidad, territorialidad, evolución, previsión, movilización social y autogestión. El principio de integridad y unidad destaca la capacidad de la VBC para integrarse con el sistema de vigilancia en salud pública, funcionando como un complemento o una fase previa a la vigilancia basada en indicadores, lo que la convierte en una estrategia innovadora y participativa que fortalece la detección y respuesta ante emergencias de salud pública, vinculándose con los sistemas de gestión de riesgo y alerta temprana en todos los niveles. La territorialidad subraya la adaptabilidad de la VBC a las características específicas de cada comunidad, respetando sus costumbres y necesidades, mientras que la evolución permite que cada territorio mejore gradualmente su implementación de acuerdo con sus capacidades

y recursos. El principio de previsión destaca la importancia de identificar y caracterizar riesgos anticipadamente para aplicar intervenciones oportunas que protejan la salud colectiva. Finalmente, la movilización social y autogestión fomenta la participación activa de las comunidades, permitiéndoles no solo identificar condiciones adversas, sino también involucrarse en su modificación, consolidando así la autogestión comunitaria como un factor clave en el éxito de la vigilancia y la promoción de la salud (1,2).

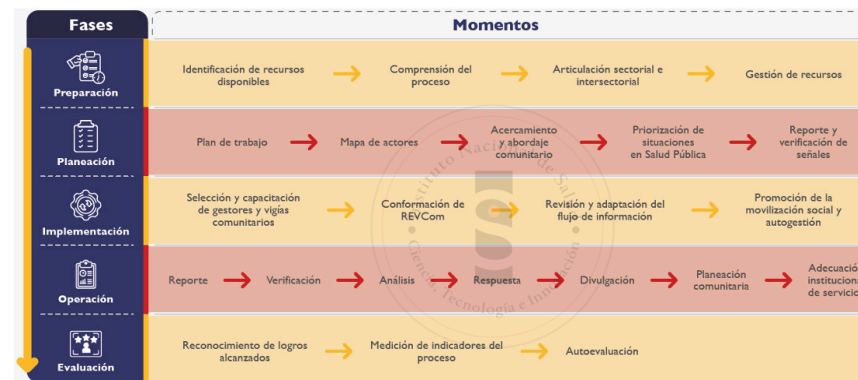
Estos principios no solo establecen las bases técnicas y operativas de este enfoque, sino que también nos invitan a repensar la salud pública desde una perspectiva más inclusiva, participativa y adaptativa. La reflexión sobre estos principios nos recuerda que, en última instancia, la salud no es solo una responsabilidad de las instituciones, sino que es una construcción colectiva donde las comunidades juegan un papel crucial. La VBC, con sus principios de participación, empoderamiento, articulación, adaptabilidad y sostenibilidad, representa una forma de democratizar la vigilancia en salud pública, poniendo en manos de la comunidad el poder de proteger su bienestar (1,2).

Fases de la VBC

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) sigue un ciclo integral compuesto por cinco fases: preparación, planeación, implementación, operación y evaluación (Figura 1). Estas fases se interrelacionan para garantizar una vigilancia efectiva y una respuesta rápida a las situaciones de salud pública, promoviendo la sostenibilidad a largo plazo. La colaboración intersectorial, la participación comunitaria y la capacidad de adaptación son elementos esenciales que determinan el éxito de la VBC, convirtiéndola en una herramienta poderosa en la salud pública global.

La fase de preparación es fundamental, ya que en ella se realiza un diagnóstico exhaustivo para identificar los recursos disponibles y asegurar que el talento humano institucional esté capacitado. Esta etapa también se centra en la identificación de actores clave para la articulación intersectorial, vital para establecer colaboraciones efectivas que aborden de manera integral las situaciones de salud pública. La preparación culmina con la gestión de recursos necesarios, asegurando la disponibilidad de insumos y herramientas para la implementación exitosa de la VBC.

Figura 1. Fases y momentos de la Vigilancia Basada en Comunidad



Fuente: INS. Manual Operativo de Vigilancia basada en comunidad. 2023

La fase de implementación pone en marcha las estrategias planificadas, seleccionando y entrenando a gestores y vigías comunitarios que juegan un rol central en la VBC. Estos actores no solo recolectan datos, sino que también movilizan a la comunidad, promoviendo la participación activa y la autogestión. La Red de Vigilancia Comunitaria (REVCom) se conforma en esta fase, permitiendo la ejecución coordinada de acciones de vigilancia y movilización social. En esta fase se articula el sistema de alerta temprana (SAT) y de gestión del riesgo, donde se analizan y verifican los rumores (figura 2). Si se confirma un rumor, se realiza la activación que se armoniza con la respuesta subnacional o nacional; si se descarta, se realimenta a la comunidad, se realiza el análisis participativo comunitario y se promueve la movilización social e institucional.

Finalmente, la fase de evaluación cierra el ciclo de la VBC, permitiendo reflexionar sobre los logros y las áreas de mejora, asegurando que el proceso se mantenga dinámico y adaptado a las necesidades cambiantes de la comunidad.

Actualmente dentro de las situaciones de interés que están siendo revisadas en los territorios se encuentran los factores potencialmente relacionados (fenómenos naturales, fenómenos sociales, situaciones en animales, enfermedad o muerte masiva de animales), síndromes, casos específicos, conglomerados y muertes.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

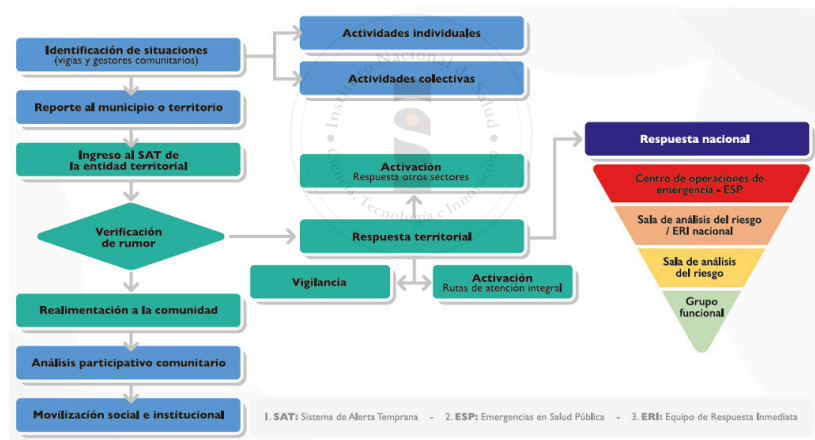
Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Figura 2. Flujo de la información y articulación al sistema de alerta temprana



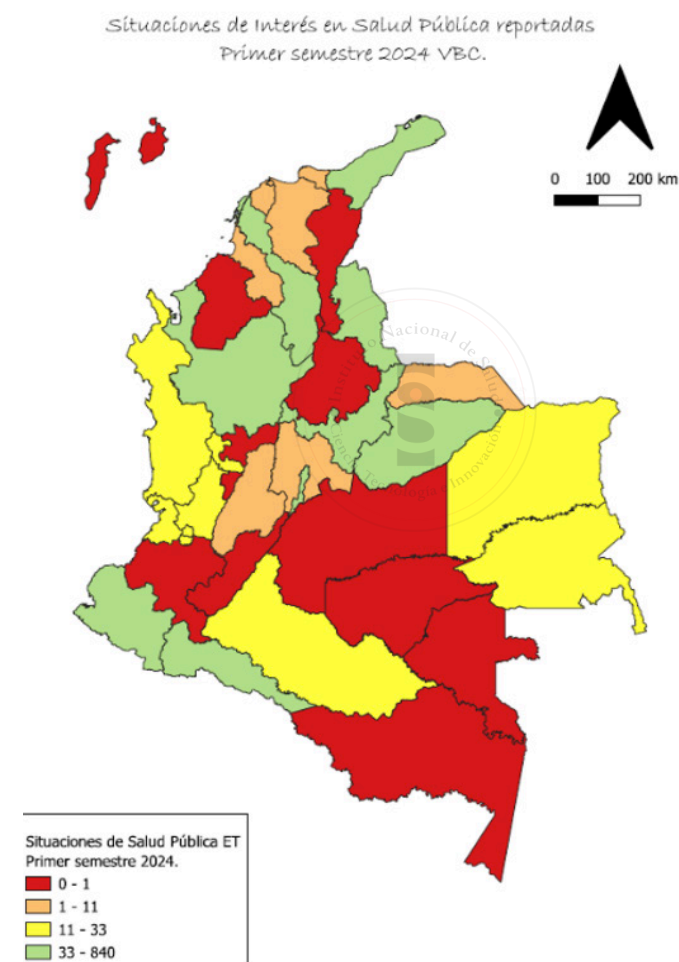
Fuente: INS. Manual Operativo de Vigilancia basada en comunidad. 2023

Resultados

Con corte a PE VII p (13/07/2024), se han reportado un total de 2 122 situaciones, de las cuales el 88 % (n=1 868) corresponden a situaciones de interés en salud pública, mientras que el 11,2 % (n=237) fueron descartadas y un 0,8 % (n=17) continúan en estudio para su confirmación. De los eventos de interés en salud pública, el 56,7 % (n=1 069) fueron situaciones colectivas y el 43,3 % (n=816) fueron individuales, distribuidos entre 26 entidades territoriales que abarcan 182 municipios.

Durante el 2024 en la Región Amazónica, se reportaron 115 situaciones de interés en salud pública, 52 corresponden a casos de COVID-19 en Caquetá, síndromes respiratorios en Amazonas, y síndromes diarreicos y febriles en Guainía y Putumayo. Para situaciones colectivas se reportaron 63 situaciones relacionadas con presencia de plagas e inundaciones en Caquetá y Putumayo y conglomerados reportados en Amazonas, Putumayo y Guainía. La Región Andina notificó un total de 1 066 situaciones de interés en salud pública. Se reportaron 184 situaciones individuales, de eventos no transmisibles en Antioquia y Boyacá, malaria en Antioquia, y síndromes febriles y respiratorios en Norte de Santander y Risaralda. Se reportaron 882 situaciones colectivas asociadas a presencia de plagas en Boyacá y Risaralda y conglomerados en Antioquia y Risaralda.

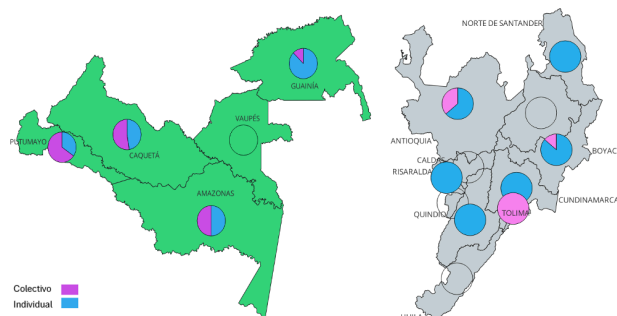
Figura 3. Situaciones de interés reportadas por medio de VBC, PE VII p (2024)



Fuente: INS, VBC, I Semestre de 2024.

En la Región Caribe se notificaron 368 situaciones de interés en salud pública. Se reportaron 317 situaciones individuales de eventos no transmisibles en Bolívar y La Guajira, y síndromes febriles y diarreicos en Barranquilla y Bolívar. Se reportaron 51 situaciones colectivas relacionadas principalmente con la presencia de plagas en La Guajira y Cartagena y conglomerados en La Guajira y Barranquilla.

Figura 4. Situaciones de interés reportadas por medio de VBC, por región Amazónica y Andina a PE VII p 2024

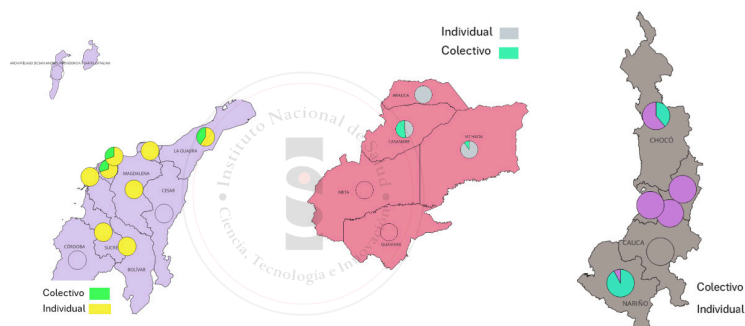


Fuente: INS, VBC, I Semestre de 2024.

La Región Orinoquía reportó un total de 69 situaciones de interés en salud pública, 37 fueron situaciones individuales de enfermedades no transmisibles en Casanare y Vichada, así como síndromes respiratorios y febriles en Casanare. Se reportaron 32 situaciones colectivas relacionados con presencia de plagas y conglomerados en Casanare y Vichada.

En la Región Pacífica se reportaron 267 situaciones de interés en salud pública, 226 situaciones individuales, de malaria en Chocó y otras en Valle del Cauca, eventos no transmisibles en Nariño y Valle del Cauca. En cuanto a las situaciones colectivas, se reportaron 41, relacionadas con plagas en Nariño y Cali y conglomerados en Nariño, Cali, Chocó, Buenaventura y Valle del Cauca.

Figura 5. Situaciones de interés reportadas por medio de VBC, por región Amazónica y Andina a PE VII p (2024)



Fuente: INS, VBC, I Semestre de 2024.

Conclusiones

El Instituto Nacional de Salud (INS) ha proporcionado acompañamiento integral a todas las ET para garantizar la implementación del programa de Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC). El 18,3 % de las entidades está en la fase de planeación, el 25,3 % en fase de preparación, el 38,2 % en fase de implementación, y el 18,2 % en la fase de operación. Además, el 60,5 % de las ET han realizado asistencias técnicas en sus municipios o instituciones de su influencia, lo que evidencia un alto nivel de compromiso y acción en el terreno. Se ha logrado capacitar a 1 100 vigías y gestores a nivel nacional, así como la construcción de un directorio de actores clave por parte de las ET. Se han realizado 1 154 Comités de Vigilancia Comunitaria (COVECOM), donde se abordaron temas de interés en salud pública y aspectos específicos de la VBC y notificado un total de 2 122 situaciones de interés en salud pública de 26 ET y 182 municipios.

Recomendaciones

- Continuar con la conformación de nodos de la Red de Vigilancia Comunitaria (REVCOM), mapeo de actores comunitarios e institucionales y la expansión de la VBC a todos los municipios de cada departamento.
- Mejorar las capacidades locales y la consolidación de las estructuras organizativas y de apoyo institucional necesarias para el éxito del programa, trabajando en la integración de las comunidades, el fortalecimiento de la infraestructura de salud y la capacitación constante de los actores involucrados.
- Continuar con el fortalecimiento e integración de la estructura del sistema de VBC con el Sistema de Alerta Temprana (SAT) bajo el marco de la gestión de riesgo, que permita orientar respuestas efectivas a las situaciones de interés reportadas por la comunidad.
- Articular las estrategias de atención primaria en los territorios con la identificación de situaciones de interés reportadas por vigías y gestores en el ámbito local.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). Manual 1.2 de Vigilancia Comunitaria: Sistema de Alerta Temprana - Vigilancia Basada en Comunidad, Fases de Implementación. Bogotá, D.C., Colombia: Instituto Nacional de Salud. ISSN: 2954-6060.
2. Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). Manual 1.2 de Vigilancia Comunitaria: Sistema de Alerta Temprana - Vigilancia Basada en Comunidad, Fases de Implementación. Bogotá, D.C., Colombia: Instituto Nacional de Salud. ISSN: 2954-6060.
3. Smith J, Johnson P, Brown R. Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review and narrative synthesis. 2023; Global. Revisión Sistemática. Síntesis narrativa de estudios empíricos.
4. Ngum N, Fokoua M, Yonga M. Humanitarian led community-based surveillance: case study in Ekondo-titi, Cameroon. 2022; Camerún. Estudio de Caso. Evaluación de campo y recolección de datos.
5. Lee K, Patel R, Gomez A. Community-based surveillance of infectious diseases in humanitarian settings. 2024; Global. Revisión. Análisis de literatura existente.
6. Njoh F, Atchou B, Tabe L. Community-based surveillance in conflict settings: Evidence from Cameroon. 2022; Camerún. Estudio de Caso. Trabajo de campo y encuestas comunitarias.
7. Sanchez T, Brown K, Lee P. Surveillance and rapid reports in public health: Innovations and methodologies. 2024; Estados Unidos. Revisión de Metodología. Metodologías innovadoras de vigilancia.
8. BMJ Global Health review team. Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success. 2022; Global. Revisión Sistemática. Análisis de literatura empírica y documentos grises.
9. Global Health: Science and Practice authors. Software Tools to Facilitate Community-Based Surveillance: A Scoping Review. 2023; Global. Revisión de Alcance. Revisión de literatura y entrevistas cualitativas.
10. IFRC. Community-Based Surveillance: Guiding Principles. 2017; Global. Directrices. Basado en la experiencia de las comunidades y la IFRC.
11. CDC Foundation. Strengthening Partnerships between Public Health and Community-Based Organizations. 2023; Estados Unidos. Proyecto Colaborativo. Entrevistas y sesiones de consenso.
12. BMJ Global Health. Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success. 2022; Global. Revisión Sistemática. Revisión de literatura y análisis sistemático.
13. IFRC. Community-Based Surveillance: Guiding Principles. 2017; Global. Directrices. Desarrollo de principios y directrices basados en la experiencia.
14. IFRC Epidemic Control Toolkit. Epidemic Control Toolkit: Community-based surveillance. 2024; Global. Guía Práctica. Guía práctica para voluntarios sobre vigilancia comunitaria.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

SITUACIÓN NACIONAL

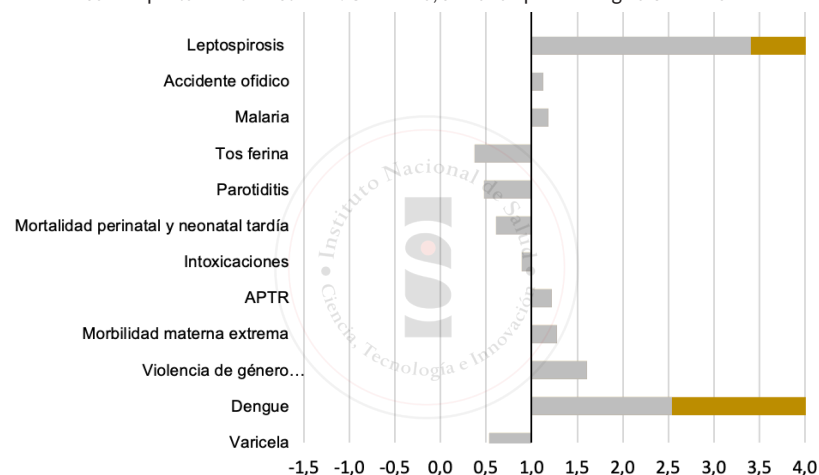
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada de la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Para la semana epidemiológica 32 de 2024 se identificó que la notificación de los eventos dengue y leptospirosis se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 6).

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2018 a 2023 (exceptuando 2020). Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Para la semana epidemiológica 32 de 2024 el evento de mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se ubicó por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	12	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	8	79	0,00
zika	6	4	0,09
Leptra	4	6	0,12
Chicungunya	2	4	0,15
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,33
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,55

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024.

Cumplimiento en la notificación

Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- Identificar departamentos, municipios y UPGD en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.
- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

A partir de la semana 17 de 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento de la semana anterior y de la semana 32 del año 2023. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

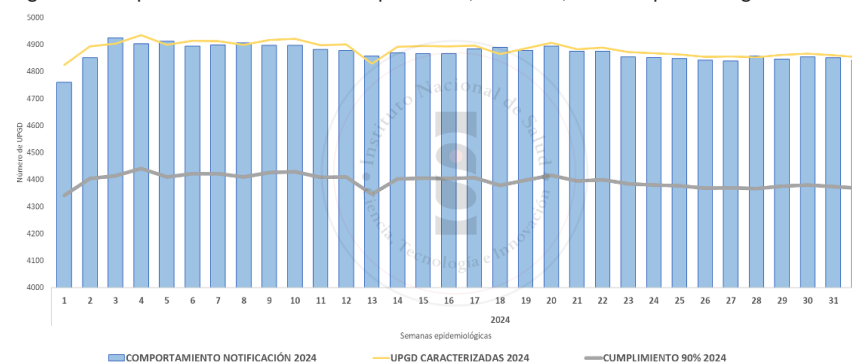
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando un aumento del 0,09 % respecto a la semana anterior y presentando el mismo comportamiento de la semana 32 del año 2023.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 99,8 % (4 841/ 4 853); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un incremento del 0,3 % comparado con la semana epidemiológica 32 del 2023. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

Respecto al incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública para la semana epidemiológica 32 de 2024, a nivel nacional se identificó que el 0,2 % de las UPGD caracterizadas presentaron silencio durante esta semana. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (12), se identifica que de estas el 75 % (9) están categorizadas en el primer nivel de complejidad y el 25 % (3) corresponden a segundo nivel de complejidad.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica 32 de 2024. Se muestran las UPGD caracterizadas, el comportamiento de la notificación y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (por infección respiratoria aguda (IRA), por desnutrición aguda (DNT) y por enfermedad diarreica aguda (EDA)) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2017 y 2023; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección ajustada de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE posterior a pandemia Covid 19. Para el 2023 y 2024 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

La identificación del agente etiológico se realiza con el total de los casos confirmados de las muertes en menores de cinco años por IRA, que ocurrieron en institución de salud y que cuentan con resultado de laboratorio positivo.

El acumulado de muertes notificadas para los tres eventos puede variar por la notificación tardía y la clasificación final del caso en la unidad de análisis.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 02. 01 de marzo de 2023. Disponible en: [PRO_Mortalidad_menores 5años.pdf \(ins.gov.co\)](#).

A semana epidemiológica 32 de 2024, se han notificado 622 muertes probables en menores de cinco años: 328 por infección respiratoria aguda (IRA), 173 por desnutrición (DNT) aguda y 121 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 26 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis. En concordancia con esto, se consideran 596 casos de población residente en Colombia (317 por IRA, 161 por DNT aguda y 118 por EDA); de los cuales, 276 han sido confirmados, 86 fueron descartados y 234 se encuentran en estudio (tabla 2).

Tabla 2. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 32 2024			Casos en estudio a SE 32 2024			Tasa a SE 32 2023			Tasa a SE 32 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0	2	0	0	1	1	10,49	52,45	20,98	0,00	21,10	0,00
Antioquia	12	9	4	6	7	1	3,01	3,01	0,23	2,83	2,12	0,94
Arauca	1	1	0	0	1	0	3,61	7,21	7,21	3,65	3,65	0,00
Atlántico	4	3	1	0	5	0	6,85	1,71	0,86	3,50	2,63	0,88
Barranquilla	0	1	1	2	2	1	1,12	1,12	0,00	0,00	1,14	1,14
Bogotá, D.C.	0	5	1	0	15	1	0,00	5,94	0,00	0,00	1,08	0,22
Bolívar	0	5	2	3	5	0	10,61	2,89	0,96	0,00	4,92	1,97
Boyacá	0	4	0	0	0	0	1,16	5,79	1,16	0,00	4,71	0,00
Buenaventura	1	0	3	0	1	0	11,27	11,27	0,00	2,89	0,00	8,66
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cali	0	4	0	0	1	0	0,69	0,69	0,69	0,00	2,83	0,00
Caquetá	0	1	0	1	7	0	7,93	2,64	0,00	0,00	2,70	0,00
Cartagena	1	4	1	0	4	0	1,26	11,38	0,00	1,29	5,17	1,29
Casanare	0	2	1	0	0	0	0,00	2,61	10,44	0,00	5,31	2,65
Cauca	0	4	0	1	3	2	0,00	7,02	2,63	0,00	3,56	0,00
Cesar	4	3	3	4	4	0	13,08	4,09	1,64	3,32	2,49	2,49
Chocó	18	17	28	8	12	6	65,82	53,69	27,71	31,35	29,61	48,77
Córdoba	4	3	0	6	3	1	3,26	7,17	0,65	2,66	2,00	0,00
Cundinamarca	0	6	0	0	5	0	0,00	1,28	0,00	0,00	2,54	0,00
Guainía	0	1	2	0	1	0	14,35	57,41	28,71	0,00	14,16	28,32
Guaviare	0	1	0	0	1	0	10,42	10,42	0,00	0,00	10,32	0,00
Huila	1	4	0	0	0	0	3,97	4,96	0,99	1,01	4,05	0,00
La Guajira	19	8	9	9	12	13	38,91	32,57	17,19	17,34	7,30	8,21
Magdalena	5	2	1	3	7	0	14,25	10,69	2,37	6,01	2,40	1,20
Meta	1	3	2	2	3	0	3,59	13,15	2,39	1,21	3,64	2,43
Nariño	2	3	0	0	0	0	2,48	6,61	1,65	1,69	2,53	0,00
Norte de Santander	4	0	0	0	2	0	0,00	2,29	0,76	3,12	0,00	0,00
Putumayo	1	1	0	1	1	0	0,00	0,00	0,00	3,18	3,18	0,00
Quindío	0	1	0	0	2	0	0,00	6,37	0,00	0,00	3,26	0,00
Risaralda	6	3	3	1	9	4	11,88	15,27	11,88	10,47	5,24	5,24
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	47,37	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	0	0	0	1	0,00	7,48	2,49	0,00	0,00	0,00
Santander	0	3	2	3	2	2	1,97	3,28	2,63	0,00	2,01	1,34
Sucre	5	2	0	2	4	0	2,59	1,29	2,59	6,56	2,62	0,00
Tolima	0	3	0	2	7	2	1,19	9,55	0,00	0,00	3,65	0,00
Valle del Cauca	2	3	1	2	3	0	3,62	6,52	0,72	1,49	2,23	0,74
Vaupés	0	0	1	0	4	2	0,00	31,14	15,57	0,00	0,00	15,11
Vichada	2	4	1	2	3	1	65,01	7,22	21,67	14,41	28,81	7,20
Nacional	93	116	67	58	138	38	5,35	6,81	2,24	2,56	3,19	1,84

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024 (Datos preliminares)

Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 32 de 2024 se han notificado 317 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 116 fueron confirmadas, 63 descartadas y 138 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,19 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fueron 252, para una tasa de mortalidad de 6,81 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 32 de 2024 se notificaron siete (7) muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 32 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Bolívar, Chocó, Risaralda, Vichada, Tolima, Bogotá D.C., Antioquia, Norte Santander y Santa Marta; a nivel municipal en Uribia, Cumaribo, Ibagué, Tadó, Medellín y Riohacha. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 3. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Atlántico	4	8
Bolívar	6	10
Chocó	20	29
Risaralda	4	12
Vichada	2	7
Tolima	6	10
Bogotá D.C.	38	20
Antioquia	39	16
Norte Santander	7	2
Santa Marta	3	0
Uribia	5	11
Cumaribo	1	6
Ibagué	1	5
Tadó	1	4
Medellín	13	2
Riohacha	5	1

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024(Datos preliminares)

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Virus sincitial respiratorio*, *Rhinovirus*, *Enterovirus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Adenovirus*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* y *SARS-CoV2*.

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2023 - 2024

Agente etiológico	2023						2024					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Virus Sincitial Respiratorio	28	3	1	1	1	34	10	0	1	1	0	12
Rhinovirus	18	6	2	1	2	29	3	1	5	1	1	11
Enterovirus	16	7	2	0	1	26	2	1	3	1	1	8
Streptococcus pneumoniae	5	1	0	3	2	11	1	2	1	3	1	8
Adenovirus	15	8	2	3	1	29	5	1	1	0	0	7
Staphylococcus aureus	2	1	0	1	1	5	4	1	0	2	0	7
Moraxella catarrhalis	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	6
SARS-CoV2	10	2	0	0	1	13	4	1	0	0	0	5
Metapneumovirus	7	1	1	1	0	10	2	0	1	0	0	3
Enterobacter cloacae	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
Klebsiella pneumoniae	4	0	0	0	0	4	1	0	1	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Parainfluenza tipo 3	4	1	0	0	0	5	2	0	0	0	0	2
Pseudomona aeruginosa	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2
Haemophilus influenzae B	7	0	0	1	0	8	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Escherichia coli	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza A	1	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0
Influenza B	4	0	0	2	1	7	0	0	0	0	0	0
Total	132	31	9	18	10	200	40	10	16	11	4	81

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024(Datos preliminares)

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 32 se han notificado 161 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 93 casos fueron confirmados, 10 descartados y 58 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,56 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fue de 198, para una tasa de mortalidad de 5,35 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 32 de 2024 se notificaron seis (6) muertes probables en menor de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 32 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Córdoba, Chocó, Sucre, Risaralda, Cesar, La Guajira y Cundinamarca; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Riohacha y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 5. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	8	18
Córdoba	4	10
Chocó	12	26
Sucre	1	7
Risaralda	3	7
Cesar	16	8
La Guajira	36	28
Cundinamarca	3	0
Bojayá	0	4
Tadó	1	5
Riohacha	4	9
Uribia	9	4

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 (Datos preliminares)

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A la semana epidemiológica 32 se han notificado 118 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 67 casos fueron confirmados, 13 descartados y 38 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,84 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fue de 83, para una tasa de mortalidad de 2,24 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 32 de 2024 no se notificaron muertes probables en menor de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 32 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Chocó, Santander y La Guajira; a nivel municipal en Bojayá y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 6. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	16	34
Santander	0	4
La Guajira	12	22
Bojayá	2	13
Uribia	3	15

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024(Datos preliminares)

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la OMS, se acogen las siguientes definiciones¹:

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, la muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana².

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2023 con corte al periodo de tiempo por analizar.

La clasificación final de los casos puede variar de acuerdo con la dinámica propia de la vigilancia y la conclusión de las unidades de análisis.

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 02]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. versión 1. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45>

En la semana epidemiológica 32 de 2024 se notificaron al Sivigila cinco casos, tres corresponden a muertes maternas tempranas y dos a muertes maternas tardías; para un total acumulado de 131 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 129 residen en territorio colombiano y dos residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	325	100	24	449
2022	161	100	43	304
2023	164	96	48	308
2024p	129	74	25	228

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2023, datos preliminares 2024

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 32 de 2024 fue de 48,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 52,3 casos por 100 000 nacidos vivos en la misma semana epidemiológica de 2023. Se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Chocó, Antioquia, Bogotá y Cesar. Las mayores razones se observaron en Chocó, Vichada, La Guajira, Cesar y Nariño. Al comparar con el promedio histórico 2020 - 2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Santa Marta, Magdalena, Córdoba, Bolívar, Atlántico, Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Buenaventura, Caquetá y Cartagena; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar el análisis desagregado a nivel municipal en Puerto Tejada (Cauca), Valledupar (Cesar), Novita (Chocó), Montería (Córdoba) y Santa Bárbara (Nariño) comparado con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a las causas básicas de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 32 de 2024, el 58,9 % corresponden a causas directas y el 31,8 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 22,5 % (tabla 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2023 – 2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 – 2023 a SE 32	Acumulado de casos a SE 32		Comportamiento inusual con respecto al histórico	Razón de MM por 100 000 NV a SE 32	
		2023	2024		2023	2024
Colombia	223	164	129	Disminución	52,3	48,3
Chocó	9	6	11	Ninguno	148,6	330,2
Vichada	2	2	2	Ninguno	188,9	265,3
La Guajira	17	11	13	Ninguno	94,5	131,9
Cesar	8	4	9	Ninguno	35,7	101,3
Nariño	9	7	7	Ninguno	88,4	100,9
Cauca	6	8	6	Ninguno	90,9	77,3
Huila	4	4	5	Ninguno	41,9	61,2
Meta	7	5	4	Ninguno	62,8	56,1
Santa Marta D.E.	6	3	2	Disminución	65,0	54,9
Norte de Santander	7	2	5	Ninguno	17,3	52,9
Magdalena	9	6	3	Disminución	80,8	52,8
Barranquilla	6	4	4	Ninguno	39,8	51,3
Cundinamarca	12	7	8	Ninguno	39,3	48,3
Córdoba	11	6	5	Disminución	45,6	47,3
Putumayo	3	2	1	Ninguno	80,1	46,7
Risaralda	3	2	2	Ninguno	39,1	43,5
Bolívar	8	5	3	Disminución	55,0	41,8
Atlántico	9	9	3	Disminución	98,7	41,0
Santander	8	5	4	Ninguno	36,7	35,3
Casanare	2	1	1	Ninguno	29,6	34,9
Sucre	4	4	2	Ninguno	53,8	34,8
Boyacá	3	2	2	Ninguno	28,9	32,1
Antioquia	19	13	10	Disminución	35,2	31,4
Tolima	5	6	2	Ninguno	74,0	29,7
Bogotá	19	11	10	Disminución	29,1	29,0
Cali	6	3	3	Ninguno	26,3	29,0
Caldas	3	0	1	Ninguno	0,0	27,4
Valle del Cauca	5	3	1	Disminución	32,5	12,0
Arauca	2	2	0	Ninguno	95,1	0,0
Buenaventura	3	5	0	Disminución	241,5	0,0
Caquetá	3	5	0	Disminución	152,6	0,0
Cartagena	7	8	0	Disminución	86,0	0,0
Guaviare	1	1	0	Ninguno	142,0	0,0
Quindío	2	2	0	Ninguno	76,0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Cauca	Puerto Tejada	0	1	0,00
Cesar	Valledupar	4	0	0,03
Chocó	Nóvita	0	1	0,00
Córdoba	Montería	3	0	0,04
Nariño	Santa Bárbara	0	1	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, datos preliminares 2024

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 32 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
DIRECTA	103	64,0	107	65,2	76	58,9	
Hemorragia obstétrica	26	16,1	24	14,6	29	22,5	Ninguno
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	41	25,5	31	18,9	22	17,1	Disminución
Sepsis obstétrica	10	6,2	16	9,8	7	5,4	Disminución
Evento tromboembólico como causa básica	8	5,0	15	9,1	6	4,7	Disminución
Embarazo ectópico	6	3,7	10	6,1	6	4,7	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	1,9	4	2,4	4	3,1	Ninguno
Otras causas directas	2	1,2	0	0,0	1	0,8	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	1,9	1	0,6	1	0,8	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	4	2,5	3	1,8	0	0,0	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	2	1,2	0	0,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,6	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	53	32,9	54	32,9	41	31,8	
Otras causas indirectas	19	11,8	23	14,0	14	10,9	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	7	4,3	10	6,1	10	7,8	Ninguno
Sepsis no obstétrica	9	5,6	10	6,1	6	4,7	Ninguno
Otras causas indirectas: Cáncer	9	5,6	8	4,9	6	4,7	Ninguno
Otras causas indirectas: Dengue	1	0,6	0	0,0	3	2,3	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1,2	2	1,2	2	1,6	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	6	3,7	1	0,6	0	0,0	Disminución
Desconocida / indeterminada	4	2,5	2	1,2	0	0,0	
En estudio	1	0,6	1	0,6	12	9,3	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022, datos preliminares 2023-2024

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Tabla 11. Número de casos, comportamientos inusuales en la notificación y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 29 a 32)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 32		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
				2023	2024	2023 a SE 32	2024 a SE 32
Colombia	791	440	Dentro del rango	4562	3655	14,5	13,7
San Andrés y Providencia	1	4	Incremento	7	13	19,6	38,6
Vaupés	1	0	Dentro del rango	6	11	13,7	36,1
Vichada	3	3	Dentro del rango	28	26	26,4	34,5
Chocó	19	9	Dentro del rango	98	104	24,3	31,2
Amazonas	3	2	Dentro del rango	10	10	17,2	22,1
Buenaventura	10	4	Dentro del rango	53	33	25,6	20,4
La Guajira	42	18	Dentro del rango	219	185	18,8	18,8
Putumayo	7	4	Dentro del rango	38	39	15,2	18,2
Nariño	18	15	Dentro del rango	101	119	12,8	17,1
Córdoba	44	24	Dentro del rango	236	175	17,9	16,6
Magdalena	20	13	Dentro del rango	84	93	11,3	16,4
Quindío	7	5	Dentro del rango	35	36	13,3	16,0
Sucre	21	9	Dentro del rango	116	86	15,6	14,9
Guainía	2	0	Dentro del rango	17	6	37,1	14,9
Arauca	6	3	Dentro del rango	43	26	20,5	14,6
Cali	29	22	Dentro del rango	180	150	15,8	14,5
Cartagena	27	8	Dentro del rango	157	104	16,9	14,2
Cauca	25	15	Dentro del rango	146	109	16,6	14,0
Barranquilla	34	12	Dentro del rango	171	109	17,0	14,0
Cundinamarca	37	30	Dentro del rango	251	229	14,1	13,8
Atlántico	26	9	Dentro del rango	147	101	16,1	13,8
Casanare	7	2	Dentro del rango	44	39	13,0	13,6
Bogotá, D.C.	84	62	Dentro del rango	490	461	13,0	13,4
Antioquia	86	44	Dentro del rango	537	399	14,5	12,5
Risaralda	9	7	Dentro del rango	54	57	10,6	12,4
Bolívar	23	15	Dentro del rango	131	89	14,4	12,4
Cesar	31	15	Dentro del rango	170	110	15,2	12,4
Meta	18	15	Dentro del rango	114	88	14,3	12,3
Caldas	10	5	Dentro del rango	50	44	12,0	12,0
Boyacá	14	9	Dentro del rango	80	74	11,6	11,9
Norte de Santander	27	13	Dentro del rango	134	109	11,6	11,5
Valle del Cauca	18	9	Dentro del rango	136	96	14,7	11,5
Tolima	18	7	Dentro del rango	107	73	13,2	10,8
Huila	19	2	Dentro del rango	123	83	12,9	10,2
Guaviare	1	0	Dentro del rango	11	6	15,6	10,2
Santa Marta	12	4	Dentro del rango	44	36	9,5	9,9
Caquetá	6	5	Dentro del rango	52	29	15,9	9,8
Santander	22	17	Dentro del rango	142	98	10,4	8,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 y 2024 (Datos preliminares). SE: semana epidemiológica

Metodología

La OMS clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a las ocurridas en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a las ocurridas después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUAF - ND 2023 y 2024.

El análisis de comportamientos inusuales a nivel departamental y distrital se realizó con el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) de los Center for Disease Control and Prevention (CDC), dado que el evento tiene una alta frecuencia y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años. Para el análisis de comportamientos inusuales en el nivel municipal se utilizó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio, teniendo en cuenta que en los municipios se comportan como evento de baja frecuencia. El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al periodo entre el 2019 y 2023 con corte del periodo a analizar y se muestran resultados estadísticamente significativos. El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 32 de 2024 se han notificado 3 705 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 655 corresponden a residentes en Colombia y 50 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (461), Antioquia (399), Cundinamarca (229), La Guajira (185) y Córdoba (175). Las razones más altas se observaron en San Andrés y Providencia (38,6); Vaupés (36,1); Vichada (34,5); Chocó (31,2); y Amazonas (22,1). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 32 de 2024 se presentó comportamiento inusual en San Andrés y Providencia. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2019 a 2023 en Cumaribo (Vichada), Fusagasugá (Cundinamarca), El Banco (Magdalena), San Andrés (San Andrés y Providencia), Totoró (Cauca), San Bernardo del Viento (Córdoba), La Ceja (Antioquia), La tebaida (Quindío), Bojayá (Chocó) y Anorí (Antioquia) (tabla 12).

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 32 2019-2023	Valor observado a SE 32 de 2024	Semanas continuas en incremento
Vichada	Cumaribo	15	21	15
Cundinamarca	Fusagasugá	15	19	4
Magdalena	El Banco	10	14	6
Archipiélago de San Andrés	San Andrés	7	13	4
Cauca	Totoró	4	9	16
Córdoba	San Bernardo del Viento	4	9	4
Antioquia	La Ceja	5	8	7
Quindío	La Tebaida	3	7	1
Chocó	Bojayá	3	6	22
Antioquia	Anorí	2	5	15

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2023 (preliminar). SE: semana epidemiológica

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,8 %, neonatales tardías con 16,3 % y fetales intraparto con 10,7 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con el 24,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,4 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,3 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 32 de 2024 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas, en consecuencia, se invita a la gestión de las entidades territoriales de notificación en la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 32, 2022-2024					
	2022 a SE 32	(%)	2023 a SE 32	(%)	2024 a SE 32	(%)
Colombia	5288	100,0	4562	100,0	3655	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1346	25,5	1118	24,5	882	24,1
Prematuridad-inmadurez	975	18,4	845	18,5	563	15,4
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	812	15,4	719	15,8	486	13,3
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	538	10,2	496	10,9	359	9,8
Infecciones	516	9,8	396	8,7	314	8,6
Malformación congénita	453	8,6	414	9,1	300	8,2
Sin información	0	0,0	10	0,2	246	6,7
Otras causas de muerte	332	6,3	299	6,6	230	6,3
Causas no específicas	125	2,4	92	2,0	148	4,0
Trastornos cardiovasculares	123	2,3	112	2,5	96	2,6
Lesiones de causa externa	49	0,9	43	0,9	18	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	19	0,4	18	0,4	13	0,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 a 2024 (preliminar). SE: semana epidemiológica

EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda (IRA)

Metodología

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todos los casos de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2015 a 2023 y el intervalo de confianza.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2016 a 2023 (valor esperado). Adicionalmente se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 08. 18 de mayo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

A nivel nacional se identifica una variación porcentual hacia la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa urgencias y hospitalización en sala general; sin embargo, en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) se observa una variación porcentual hacia al aumento con respecto al mismo periodo del año anterior (tabla 14).

Tabla 14. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 32, 2023 y 2024

A semana epidemiológica 32 2023 - 2024				
Tipo de servicio	2023	2024	Variación	Análisis
Consulta externa y urgencias	4 823 308	4 522 942	↓ -0,06%	Disminución
Hospitalización en sala general	194 445	194 219	↓ -0,01%	Disminución
Hospitalización en UCI/UCIM	22 984	24 292	↑ 0,06%	Aumento

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 32 de 2024 se notificaron 128 785 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Choco, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Risaralda, Santa Marta, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura. Las 26 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 de 2024) en 17 municipios (tabla 15).

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 de 2024), por grupos de edad de 20 a 39 años representan el 25,6 % (153 323) de las consultas, seguido por el grupo de 05 a 19 años con el 19,0 % (113 837). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 13,8 % seguido de los menores de un año y los de dos a cuatro años con el 12,8 % respectivamente.

En el canal endémico, las consultas externas y urgencias por IRA de semana epidemiológica 01 y 32, se ubican dentro de los límites esperados (exceptuando las semanas 21, 25, 26, 28, 29 y 30), en semana epidemiológica 21, 25, 26, 28, 29 y 30 se observa que se ubica por encima del límite superior histórico establecido; para la última semana se observa una disminución del 13,38 %, comparado con la semana anterior (figura 8).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

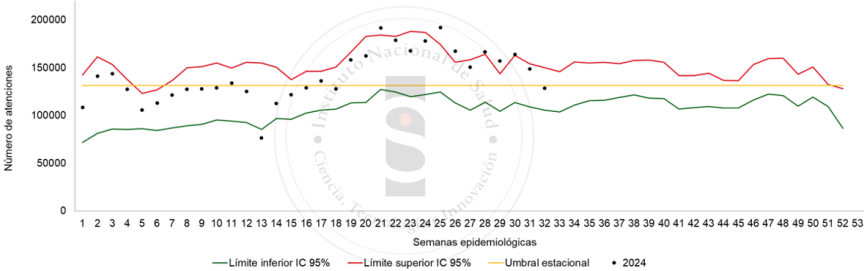
Tablas

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (29 a 32 de 2024).

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 29 a 32)	Observado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 29 a 32)	Análisis
Antioquia	Turbo	9404	756	1235	Aumento
Antioquia	Envigado	16091	1762	2297	Aumento
Antioquia	Itagüí	50801	3982	7044	Aumento
Antioquia	Bello	49705	3714	6803	Aumento
Bolívar	Magangué	10253	911	1150	Aumento
Cundinamarca	Girardot	14308	979	1890	Aumento
Cundinamarca	Madrid	13248	699	1843	Aumento
Cundinamarca	Soacha	51882	3344	6792	Aumento
La Guajira	Maicao	37365	2226	4753	Aumento
La Guajira	Uribia	32543	2246	4036	Aumento
Norte de Santander	Ocaña	10967	897	1292	Aumento
Santander	Girón	5437	256	863	Aumento
Santander	Piedecuesta	4438	323	791	Aumento
Santander	Floridablanca	18679	1801	2643	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	11010	1008	1545	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	11531	512	1810	Aumento
Valle del Cauca	Palmira	19273	1707	2428	Aumento
Antioquia	Apartado	11783	985	1243	Ninguno
Atlántico	Malambo	7045	430	531	Ninguno
Atlántico	Soledad	62882	6643	8577	Ninguno
Casanare	Yopal	10621	1164	1415	Ninguno
Cundinamarca	Zipaquirá	13402	1555	1826	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	4937	383	489	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	9240	1000	1199	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	10541	1750	1661	Ninguno
Huila	Pitalito	7870	1113	1197	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 32 entre 2017 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

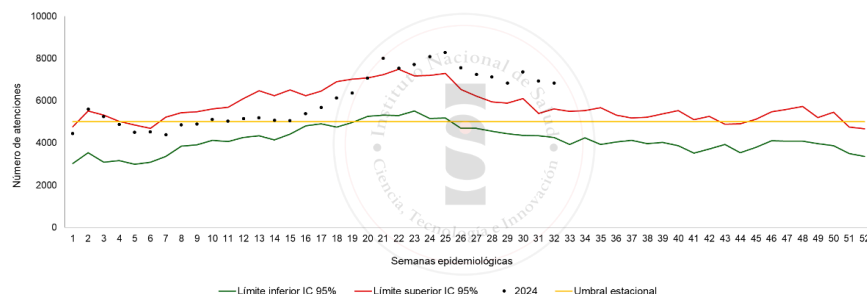
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 32 de 2024, se notificaron 6 844 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guaviare, San Andrés y Vichada e incremento en Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Cartagena, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 972) representaron el 24,9 %, seguido de los menores de un año con el 19,8 % (5 552). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en los menores de un año con 21,8 % seguido de los niños de un año con el 21,4 %.

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRA en sala general, para las primeras 9 semanas epidemiológicas del año (exceptuando semana epidemiológica dos y tres) se ubican por debajo del umbral estacional, para semana 10 a 20 se ubica por encima del umbral estacional, y desde de semana 21 a 32 se sitúa por encima del límite superior. Para la última semana se observa una disminución de 1,2 % comparado con la semana anterior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 26, entre 2016 y 2024

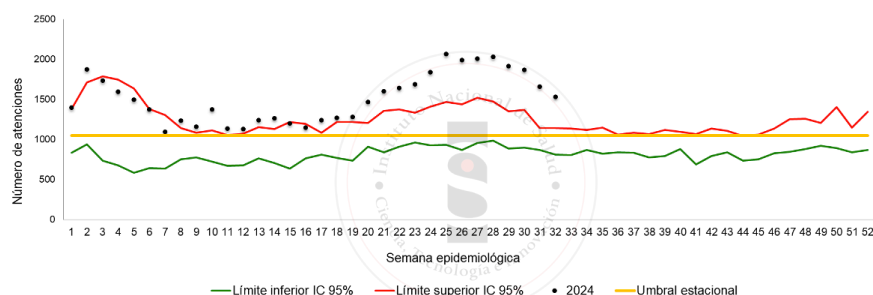


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2024

Comportamiento en mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 32 de 2024, se notificaron 1 529 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. En el canal endémico para este grupo de edad se evidencia que se ubica por encima del límite superior el 78,12 % de las semanas epidemiológicas (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 32, entre 2016 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

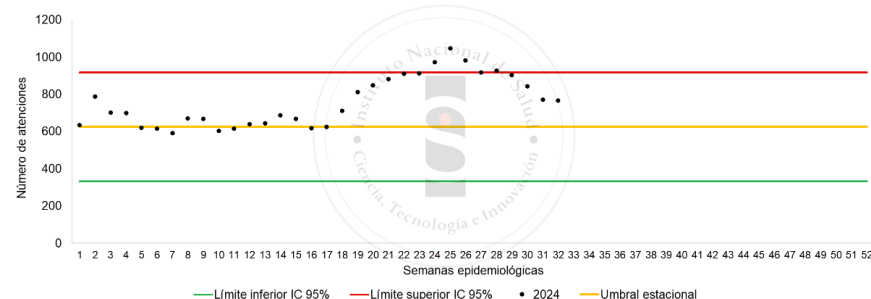
Hospitalizaciones por IRA en unidad de cuidado intensivo e intermedio (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 32 de 2024 se notificaron 767 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 12 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Guainía, Nariño, San Andrés y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Arauca, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cartagena, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 de 2024), por grupos de edad, los mayores de 60 años representan el 33,5 % (1 099) de las hospitalizaciones, seguido de los menores de un año con el 31,2 % (1 025). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI e intermedios sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en los niños de un año con el 24,6 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 22,1 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se evidencia que de semana 1 a la 23 se ubican dentro de los límites esperados; para semana 24 a 27 se observa un incremento ubicándose por encima del límite superior; sin embargo, para semana 28, 29, 30, 31 y 32 se evidencia disminución ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana se observa una disminución del 0,51 % comparada con la semana anterior (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 32 Colombia, entre 2018 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

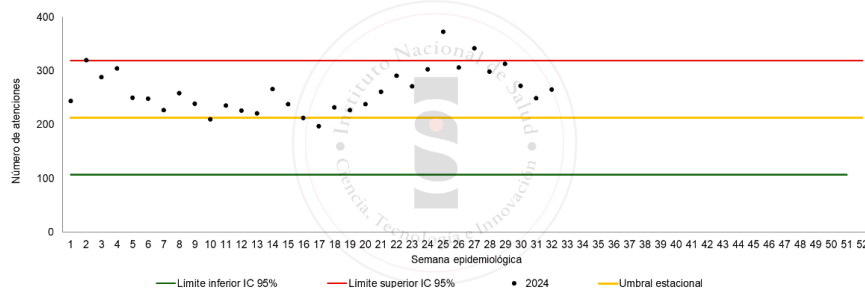
Brotos

Tablas

Comportamiento en los mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM

En la semana epidemiología 32 de 2024, se notificaron 265 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control para este grupo de edad se evidencia que de semana epidemiológica 01 a 32 (exceptuando semana 25 y 27) se han situado dentro los límites esperados; sin embargo, para semana 25 y 27 se ubica por encima del límite superior (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 32, Colombia, entre 2019 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 31 en la región de las Américas la actividad de Influenza en las últimas 4 semanas epidemiológicas se ha mantenido en niveles epidémicos en Brasil y cono sur, y en niveles intermedios de circulación en la región Caribe, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportan nive-

les bajos de circulación en toda la región; sin embargo, en la región Andina y Brasil y cono sur se reporta ascenso en las últimas semanas. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en la región Caribe con tendencia al descenso (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana 32 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para enterovirus; en decremento VSR. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (Tabla 16).

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 25 a 32 de 2024

Agente viral identificado	SE 25 a SE 28			SE 29 a SE 32			Variación
	Total	<5 años	>60 años	Total	<5 años	>60 años	
Positividad general	57,5	69,8	43,4	43,5	52,6	24,7	
Rinovirus	9,7	10,2	-	12,5	12,7	-	
VSR	45,3	55,3	24,2	38,1	52,7	-	
Enterovirus	5,1	4,9	6,1	9,7	10,0	7,7	
Adenovirus	4,6	4,9	3,0	3,4	2,7	-	
Influenza B	0,8	0,4	-	2,8	0,9	15,3	
Influenza A	9,7	3,4	27,7	6,3	0,9	23,1	
Parainfluenza	5,6	7,1	-	5,1	3,6	7,7	
Metapneumovirus	3,8	3,3	6,1	6,3	7,2	7,7	
A(H1N1)pdm09	1,9	1,5	6,1	1,7	0,9	7,7	
SARS-CoV2	7,8	5,6	15,2	10,8	5,5	23,1	
A(H3N2)	5,8	3,4	12,1	3,4	2,7	7,7	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

Con relación a las neumonías y meningitis de origen bacteriano (distribución de serotipos y susceptibilidad a los antibióticos de *S. pneumoniae*) consulte el Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes Responsables de Neumonías y Meningitis Bacterianas (consulte [SIREVA](#)).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

COVID-19

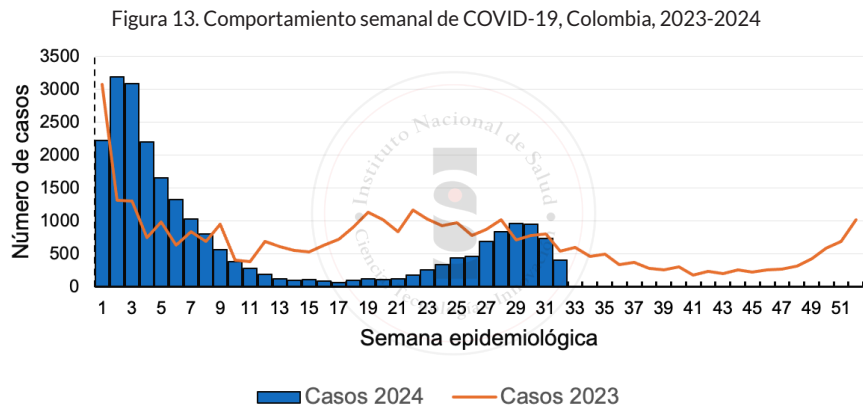
Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 32 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

El análisis del comportamiento del evento en el tiempo se realiza comparando los casos confirmados del período del presente año con los del año anterior. Además, se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) y estable (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 independiente de los criterios clínicos o epidemiológicos, requiera o no hospitalización.

En Colombia, para el 2024, con corte al 10 de agosto por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 24 206 casos de COVID-19. En las últimas 8 semanas se observa una disminución significativa del 15,3 % comparado con el mismo período del año 2023 (figura 13).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Entre 04 y el 10 de agosto de 2024 (semana epidemiológica 32) se confirmaron 596 casos en el territorio nacional; de estos el 68 % (405 casos) corresponde a la semana 32. El 86,7 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C, Antioquia, Cundinamarca, Cali, Boyacá, Santander, Valle del Cauca, Cauca y Tolima (tabla 17).

Tabla 17. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 31 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	29	30	31	32	Total
Bogotá	8	4	5	46	195	258
Antioquia	4		1	8	49	62
Cundinamarca	5	7	5	7	24	48
Cali	1	5	3	4	20	33
Boyacá	1		1	7	23	32
Santander	4	3	3	4	15	29
Valle	3		2	3	15	23
Cauca	0			5	15	20
Tolima	0	1			11	12
Risaralda	0		3	3	3	9
Meta	0			2	5	7
Nariño	0			2	4	6
Huila	0		1	3	2	6
Arauca	0			2	3	5
Caldas	1		1	2	1	5
Putumayo	0			1	3	4
Santa Marta	1			2	1	4
Córdoba	3		1			4
Guajira	2				1	3
Barranquilla	0			1	2	3
Casanare	0		1	1	1	3
Guaviare	0	1			2	3
Norte Santander	0	1		2		3
Quindío	0				3	3
Cartagena	0		1	1		2
Sucre	0				2	2
Cesar	0				1	1
Bolívar	0				1	1
Amazonas	0				1	1
Caquetá	0				1	1
Buenaventura	0				1	1
San Andrés	0	1				1
Atlántico	0			1		1
Total General	33	23	28	107	405	596

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 3 064 casos nuevos por COVID-19 en 36 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 288 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 5,81 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2024) en este indicador se observó un incremento estadísticamente significativo a nivel nacional y a nivel departamental, este mismo comportamiento se evidenció en Bogotá, D.C., Boyacá, Cauca, y Guaviare. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes se observó incremento significativo en: Envigado, Duitama, Sogamoso, Popayán, Cajicá, Chía, Funza, Madrid, Mosquera y Jamundí.

Para 2024, en Colombia se han notificado 241 fallecidos con una mortalidad de 0,46 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportaron 26 fallecidos (tabla 18). El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más con el 89,2 % del total de las muertes.

Tabla 18. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 31 de 2024

Entidad Territorial	Fallecidos		Mortalidad	
	P. Anterior	P. Actual	P. Anterior	P. Actual
Nacional	35	26	0,070	0,049
Antioquia	3	2	0,04	0,03
Bogotá, D.C.	11	6	0,14	0,08
Caldas	0	2	0,00	0,19
Cauca	0	2	0,00	0,13
Cesar	1	1	0,07	0,07
Cundinamarca	1	1	0,03	0,03
Magdalena	0	1	0,00	0,10
Nariño	0	1	0,00	0,06
Santander	3	1	0,13	0,04
Tolima	3	4	0,22	0,29
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Arauca	2	1	0,63	0,32
Putumayo	0	2	0,00	0,51
Guaviare	0	1	0,00	1,00
Atlántico	1	0	0,07	0,00
Bolívar	2	0	0,17	0,00
Córdoba	2	0	0,10	0,00
Huila	1	0	0,08	0,00
Meta	2	0	0,17	0,00
Norte de Santander	1	0	0,06	0,00
Sucre	1	0	0,10	0,00
Cali	1	0	0,04	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Para finalizar, los invitamos a consultar el portal Sivigila en el enlace <https://onx.la/5f2c3> en el que podrá ampliar la información de los casos de COVID-19 Colombia 2020-2024.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 32 de 2024, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento¹:

Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, rash o leucopenia.
- **Dengue con signos de alarma:** paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cm, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100 000) asociada a hemoconcentración.
- **Dengue grave:** todo caso de dengue que cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación:
 - Extravasación severa de plasma: Que conduce a síndrome de choque por dengue o acúmulo de líquidos con dificultad respiratoria.
 - Hemorragias Severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico.
 - Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

Caso confirmado de dengue: caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico de dengue: ELISA NS1, RT-PCR o aislamiento viral en pacientes con 5 días o menos de inicio de síntomas o prueba de IgM Dengue ELISA en pacientes con 6 o más días de inicio de síntomas.

¹. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

Los indicadores del evento se calcularon de acuerdo con lo dispuesto en el protocolo de vigilancia de salud pública, sin embargo, estos pueden ir cambiando de acuerdo con el ajuste de los casos. Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación.

Las categorías usadas para los indicadores de gestión son:

Porcentaje	< 25 %	25 % - 50 %	50 % - 75 %	75 % - 99 %	100 %
Categoría indicador	No cumple con la meta				Cumple con la meta

El canal endémico nacional y el análisis del comportamiento epidemiológico por entidad territorial se construyó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), con los siguientes límites de control: **por debajo de lo esperado**, número de casos menor al límite inferior IC95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95 %; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, y **por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2015-2023 - sin 2021).

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))

El porcentaje de municipios **por encima de lo esperado** para dengue se calculó teniendo en cuenta como denominador el número de municipios en riesgo para el evento por departamento, según lo indicado en el *Lineamiento metodológico para la estratificación y estimación de la población en riesgo para arbovirosis en Colombia 2020-2023* del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la semana epidemiológica 32 de 2024 se notificaron 6 674 casos probables de dengue: 4 381 casos de esta semana y 2 293 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 243 538 casos, 151 547 (62,2 %) sin signos de alarma, 89 721 (36,8 %) con signos de alarma y 2 270 (0,9 %) de dengue grave.

El 78,3 % (190 682) de los casos acumulados a nivel nacional proceden de Valle del Cauca, Cali, Santander, Tolima, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Cauca, Norte de Santander y Risaralda (tabla 19); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31, 2024), el 68,4 % (21 462) de los casos se concentran en Valle del Cauca, Santander, Cali, Antioquia, Tolima, Huila, Cundinamarca y Risaralda.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024

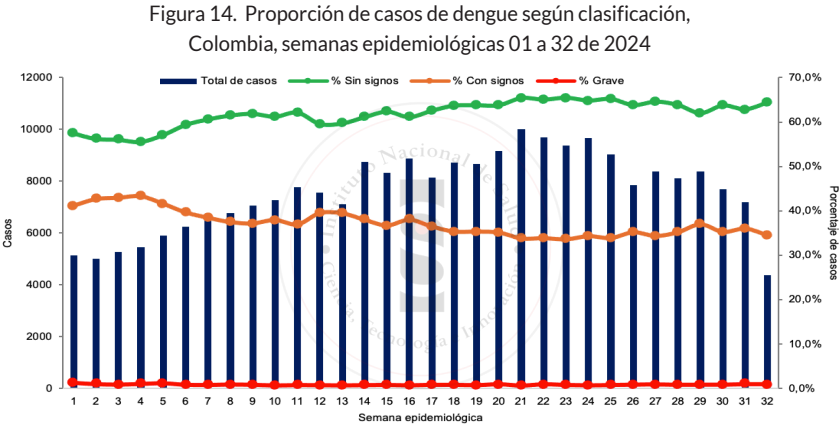
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	46660	69,1	30,4	0,5
Cali	32778	63,1	36,0	0,9
Santander	28019	63,2	36,1	0,7
Tolima	20808	58,3	40,6	1,1
Huila	19252	60,8	36,8	2,4
Antioquia	11223	59,4	39,8	0,9
Cundinamarca	10816	56,4	43,0	0,6
Cauca	7855	62,4	36,7	0,9
Norte de Santander	6805	56,8	41,6	1,6
Risaralda	6466	60,4	39,0	0,5
Quindío	5432	66,4	33,2	0,3
Meta	5377	66,2	33,0	0,8
Putumayo	4328	68,7	30,6	0,7
Bolívar	4278	52,9	45,9	1,2
Córdoba	3604	46,4	53,3	0,2
Casanare	3235	68,1	31,3	0,6
Nariño	2725	70,6	28,8	0,6
Cesar	2520	40,0	58,5	1,5
Barranquilla	2363	64,3	35,0	0,7
Caquetá	1906	50,2	48,6	1,2
Caldas	1869	62,7	37,1	0,3
Sucre	1792	39,2	59,8	1,0
Arauca	1751	61,3	37,5	1,2
Atlántico	1666	48,4	49,8	1,8
Cartagena	1550	69,6	29,0	1,4
Chocó	1483	76,9	22,7	0,5
Boyacá	1441	68,1	31,3	0,6
Magdalena	1096	35,8	63,0	1,3
La Guajira	1043	41,1	57,8	1,1
Guaviare	588	82,5	17,0	0,5
Buenaventura	554	61,0	37,2	1,8
Amazonas	528	65,3	34,3	0,4
Santa Marta	453	43,9	53,9	2,2
Exterior	392	42,1	53,3	4,6
Guainía	248	66,9	31,9	1,2
Vichada	238	71,0	28,6	0,4
Vaupés	200	85,5	13,0	1,5
Archipiélago de San Andrés	196	65,3	34,2	0,5
Total	243 538	62,2	36,8	0,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31, 2024), con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27, 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30 % en Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Su-

cre y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30 % en Arauca, Caquetá, Casanare, Nariño, Putumayo y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

Durante el 2024, a nivel nacional el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % (figura 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31, 2024) fueron: Caquetá, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta y Sucre.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

En la semana epidemiológica 32 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 79,8 % (71 567) de los casos de dengue con signos de alarma y 91,5 % (2 078) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 76,7 % (68 842) de los casos de dengue con signos de alarma y el 94,8 % (2 152) de los casos con dengue grave (tabla 20).

En la semana epidemiológica 32 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 730,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023 la incidencia fue de 190,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Valle del Cauca, Huila, Vaupés, Tolima, Cali, Cundinamarca, Santander y Putumayo presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 1 200 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de

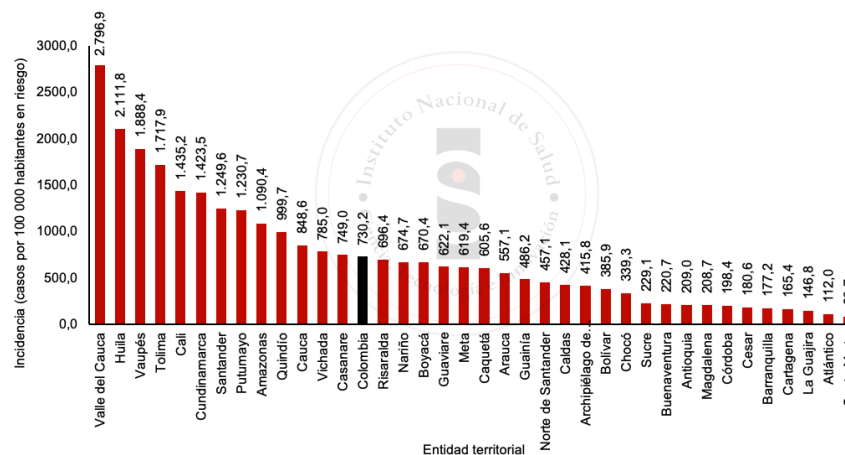
edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 1 266,3 casos por 100 000 habitantes.

Tabla 20. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024

Entidad territorial	Casos (n)			Confirmación (%)			Hospitalización	
	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Con signos de alarma	Dengue grave
Amazonas	354	192	2	19,2%	24,0%	0,0%	95,3%	100,0%
Antioquia	6961	4310	95	64,7%	66,8%	86,3%	49,8%	78,9%
Arauca	1069	620	10	39,1%	66,9%	90,0%	89,8%	100,0%
Atlántico	626	658	23	68,1%	81,0%	87,0%	80,4%	91,3%
Barranquilla	1700	1072	27	91,2%	96,3%	96,3%	94,3%	100,0%
Bolívar	1997	1458	9	83,7%	89,9%	77,8%	78,0%	100,0%
Bogotá	1856	1608	33	94,7%	96,8%	93,9%	73,6%	93,9%
Boyacá	1062	559	6	74,7%	81,8%	83,3%	61,2%	100,0%
Buenaventura	295	148	4	97,6%	91,2%	100,0%	87,2%	75,0%
Caldas	1159	718	3	71,9%	71,7%	66,7%	60,0%	33,3%
Cali	22397	14234	458	62,3%	79,5%	94,1%	74,4%	96,3%
Caquetá	940	911	14	78,5%	90,8%	100,0%	82,7%	100,0%
Cartagena	1261	729	42	42,7%	66,0%	83,3%	87,5%	100,0%
Casanare	2169	992	22	68,6%	81,3%	95,5%	87,6%	100,0%
Cauca	4577	2338	28	95,4%	96,7%	92,9%	69,5%	85,7%
Cesar	1013	1546	56	71,8%	92,0%	92,9%	95,6%	98,2%
Chocó	1032	199	3	96,6%	97,0%	100,0%	55,3%	100,0%
Córdoba	1664	2146	12	75,8%	96,3%	100,0%	91,1%	100,0%
Cundinamarca	5579	4148	51	64,2%	74,4%	84,3%	78,3%	82,4%
Guainía	177	83	3	75,7%	75,9%	66,7%	91,6%	100,0%
La Guajira	406	564	8	98,0%	99,1%	100,0%	76,4%	100,0%
Guaviare	489	100	0	72,0%	89,0%	N/A	91,0%	N/A
Huila	11570	7035	497	81,8%	90,5%	98,8%	75,3%	95,2%
Magdalena	351	578	4	84,3%	88,1%	75,0%	76,0%	75,0%
Meta	3493	1738	51	19,5%	55,7%	76,5%	85,4%	94,1%
Nariño	2024	837	17	99,0%	98,3%	100,0%	76,8%	88,2%
Norte de Santander	3915	2942	120	55,7%	84,0%	93,3%	91,8%	95,8%
Putumayo	2960	1293	29	57,2%	83,9%	93,1%	99,1%	100,0%
Quindío	3596	1837	18	45,6%	64,7%	88,9%	59,2%	88,9%
Risaralda	3887	2541	41	60,8%	74,3%	80,5%	65,2%	90,2%
Arch. San Andrés	109	55	0	89,0%	90,9%	N/A	67,3%	N/A
Santander	17573	10055	199	55,6%	91,8%	94,0%	88,3%	98,0%
Santa Marta D.E.	168	271	16	70,2%	76,4%	81,3%	65,7%	93,8%
Sucre	736	1205	29	57,9%	65,5%	79,3%	88,0%	100,0%
Tolima	11540	7795	206	42,1%	72,8%	84,0%	84,7%	96,1%
Valle del Cauca	30516	12124	131	52,0%	67,6%	82,4%	65,5%	95,4%
Vaupés	168	23	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vichada	158	59	0	81,0%	91,5%	N/A	33,9%	N/A
Colombia	151 547	89 721	2 270	61,1%	79,8%	91,5%	76,7%	94,8%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

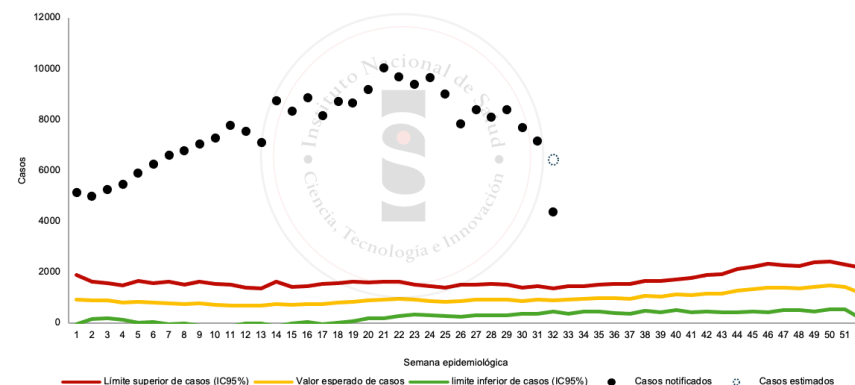
Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

A semana epidemiológica 32 de 2024, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al descenso del 10,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27, 2024) (figura 16).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue, según canal endémico, se observa que el 10,8 % (4) se encuentran en situación de alerta y el 89,2 % (33) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico de las entidades territoriales Antioquia, Arauca, Bolívar, Caldas, Chocó, Córdoba, Meta, Sucre y Santander, que se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico (2015-2023), por lo que se espera un incremento de casos para el mes de agosto (tabla 21). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Tabla 21. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 32, 2024	Periodo de transmisión para el mes de agosto		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Bolívar, Caldas, Chocó, Córdoba, Meta, Santander, Sucre	Amazonas, Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Quindío, Archipiélago de San Andrés, Santa Marta, Tolima, Vichada	Atlántico, Barranquilla, Cali, Cartagena, Cauca, Cundinamarca, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Valle del Cauca
Alerta	Cesar, Magdalena		La Guajira, Vaupés
Dentro de lo esperado			

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 32 de 2024 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 58,2 % (480) se encuentran por encima de lo esperado según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 93,0 % (53/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 22).

Tabla 22. Municipios *por encima de lo esperado* según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 hab.	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	102,8	2687	70	670
	Apartadó	280,1	369	16	38
	Bello	24,9	138	9	36
	Envigado	179,9	435	2	133
	Itagüí	35,3	97	3	16
Atlántico	Turbo	271,8	365	13	42
	Barranquilla	180,1	2363	70	568
	Malambo	205,2	295	20	47
Bolívar	Soledad	95,9	656	23	109
	Cartagena	146,9	1550	133	415
	Magangué	400,1	575	17	154
Caldas	Turbaco	274,2	319	3	72
	Manizales	16,3	74	0	10
Caquetá	Florencia	382,0	675	12	60
Cauca	Popayán	1171,4	3176	0	359
	Santander de Quilichao	1191,3	1368	1	84
Cesar	Valledupar	189,3	1045	47	179
Córdoba	Montería	180,3	925	78	217
	Lorica	434,3	509	13	72
	Sahagún	152,8	171	15	36
Cundinamarca	Fusagasugá	1655,4	2737	2	405
	Girardot	674,3	794	21	276
Chocó	Quibdó	325,8	433	3	32
Huila	Neiva	1648,0	6103	40	649
	Pitalito	2569,9	3360	31	297
La Guajira	Riohacha	259,7	544	14	36
Santa Marta	Santa Marta	82,0	453	27	46
Magdalena	Ciénaga	118,4	151	7	28
Meta	Villavicencio	468,9	2391	108	377
Nariño	San Andres de Tumaco	296,1	762	7	76
Norte de Santander	Cúcuta	411,4	3141	93	298
	Ocaña	480,4	570	8	113
	Villa del Rosario	731,1	805	23	108
Quindío	Armenia	859,4	2686	14	483
Risaralda	Pereira	704,4	3419	6	620
	Dosquebradas	560,6	1220	2	230
Santander	Bucaramanga	1457,3	9020	38	1269
	Barrancabermeja	207,7	446	10	57
	Floridablanca	1595,9	5007	20	748
	Girón	1196,6	2096	15	363
	Piedecuesta	1718,6	3204	15	320
Sucre	Sincelejo	260,4	784	65	313
Tolima	Ibagué	2003,9	10900	48	904
Valle del Cauca	Cali	1437,1	32778	234	3719
	Buenaventura	175,5	554	18	54
	Guadalajara de Buga	3648,8	4764	11	389
	Cartago	2532,6	3521	14	256
	Jamundí	2796,6	4734	5	441
	Palmira	1514,2	5433	14	212
	Tuluá	1665,6	3691	13	307
	Yumbo	3240,2	3612	11	378
Arauca	Arauca	315,8	317	7	59
Casanare	Yopal	569,5	1028	37	105

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

A semana epidemiológica 32 de 2024 se han notificado 456 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 106 casos, se descartaron 146 casos y se encuentran en estudio 204 casos. La letalidad por dengue nacional es de 0,044 %, inferior a la meta establecida (0,10 %). Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 70 muertes por dengue (letalidad por dengue: 0,103 %) (tabla 23).

Tabla 23. Letalidad por dengue por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2023-2024

Entidad territorial	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 32, 2024	Letalidad por dengue a SE 32, 2023
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	3	3	0,288	0,277
Exterior	1	3	0,255	0,680
Putumayo	9	1	0,208	0,000
Cesar	4	5	0,159	0,066
Boyacá	2	1	0,139	0,000
Atlántico	2	1	0,120	0,000
Bolívar	5	4	0,117	0,101
Casanare	3	1	0,093	0,078
Norte de Santander	6	7	0,088	0,273
Meta	4	3	0,074	0,074
Sucre	1	2	0,056	0,190
Antioquia	6	9	0,053	0,104
Tolima	11	30	0,053	0,078
Huila	9	11	0,047	0,094
Santander	13	25	0,046	0,085
Risaralda	3	6	0,046	0,000
Quindío	2	5	0,037	0,000
Valle del Cauca	14	19	0,030	0,159
Cauca	2	7	0,025	0,000
Cali	6	18	0,018	0,023
Cundinamarca	0	12	0,000	0,156
Cartagena	0	6	0,000	0,055
Arauca	0	4	0,000	0,116
Buenaventura	0	3	0,000	0,000
Nariño	0	3	0,000	0,218
Vichada	0	3	0,000	0,000
Caldas	0	2	0,000	0,000
Caquetá	0	2	0,000	0,000
Córdoba	0	2	0,000	0,089
Magdalena	0	2	0,000	0,339
Barranquilla	0	1	0,000	0,000
Bogotá	0	1	0,000	0,000
Guainía	0	1	0,000	0,000
Santa Marta D.E.	0	1	0,000	0,269
Amazonas	0	0	0,000	0,205
Chocó	0	0	0,000	0,557
Guaviare	0	0	0,000	0,000
Arch. San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	106	204	0,044	0,103

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultar el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace: <http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 32 de 2024, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium spp.* mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)¹.

Estratificación de riesgo: para Colombia han sido definidos cinco estratos de riesgo, determinados según los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, es decir que el territorio tenga una altura por debajo de 1 600 msnm y que se encuentre el vector), la intensidad de la transmisión (nivel de endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

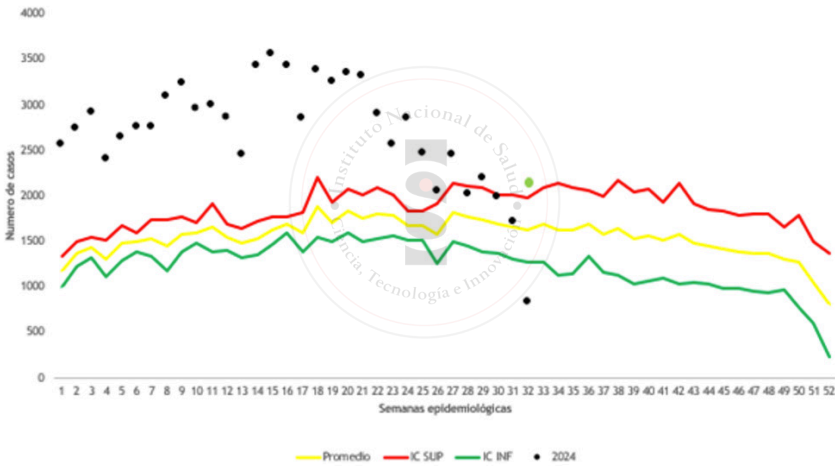
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. m.
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(-) vector
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales.
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de brote para malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 17).

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024.

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 32, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 32 se notificaron 2 058 casos de malaria, para un acumulado de 87 351 casos, de los cuales 85 848 son de malaria no complicada y 1 503 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 59,9 % (52 352), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 38,2 % (33 389) e infección mixta con 1,8 % (1 610), no se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 96,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (37,4 %), Antioquia (13,8 %), Córdoba (11,1 %), Vaupés (7,3 %), Risaralda (7,2 %), Nariño (6,9 %), Buenaventura (3,2 %), Guainía (3,2 %), Cauca (2,8 %), Bolívar (1,7 %), Norte de Santander (1,2 %) y Boyacá (1,0 %). Mientras que por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 79 % de los casos son los que se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024

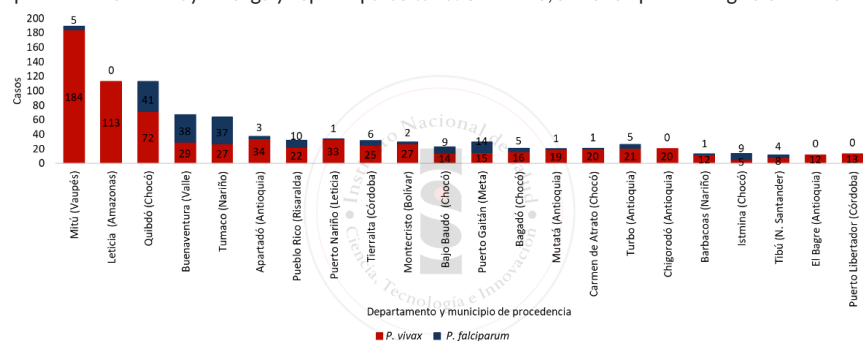
Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. vivax	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	El Bagre	8	203	2025	2236	39,71
	Chigorodó	16	260	974	1250	20,09
	Turbo	1	40	883	924	6,87
	Mutatá	2	34	681	717	47,69
	Vigía del Fuerte	24	365	344	733	75,16
	Murindó	12	140	739	891	168,11
Bolívar	Montecristo	10	141	690	841	45,78
Buenaventura	Buenaventura	19	1904	827	2750	8,48
Cauca	Guapi	2	1475	65	1542	52,20
	Quibdó	42	3360	1624	5026	34,76
	Bagadó	139	2581	1566	4286	361,90
	Lloró	345	1062	1075	2482	233,91
	Alto Baudó	44	1356	1093	2493	79,73
	Tadó	34	1631	752	2417	119,93
	Bajo Baudó	43	648	1779	2470	72,80
	Río Quito	12	1087	443	1542	168,38
	Medio San Juan	42	777	585	1404	119,35
	Medio Baudó	17	913	290	1220	72,22
	Istmina	13	647	512	1172	34,66
	Medio Atrato	52	705	194	951	73,76
	Atrato	12	597	186	795	116,21
	El Cantón del San Pablo	8	481	282	771	111,64
Chocó	Nuquí	2	323	273	598	32,80
	Tierralta	74	872	4343	5289	52,99
	Puerto Libertador	8	200	2009	2217	48,82
	Montelíbano	5	43	678	726	8,38
Guainía	Inírida	6	13	2678	2697	71,13
Nariño	Roberto Payán	4	938	345	1287	96,56
	Barbacoas	1	1066	43	1110	18,94
	Olaya Herrera	5	386	541	932	35,21
	Tumaco	13	503	267	783	2,93
	Magüí	1	507	95	603	23,07
Norte de Santander	Tibú	1	2	708	711	11,44
Risaralda	Pueblo Rico	192	2321	3271	5784	344,51
Vaupés	Mitú	173	840	5173	6186	254,62

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Malaria complicada

A semana epidemiológica 32 se han notificado 1 503 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 38 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Vaupés, Amazonas, Nariño Córdoba, Buenaventura, Risaralda, Bolívar, Meta y Norte de Santander notificaron el 87,3 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 63 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

Figura 18. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024

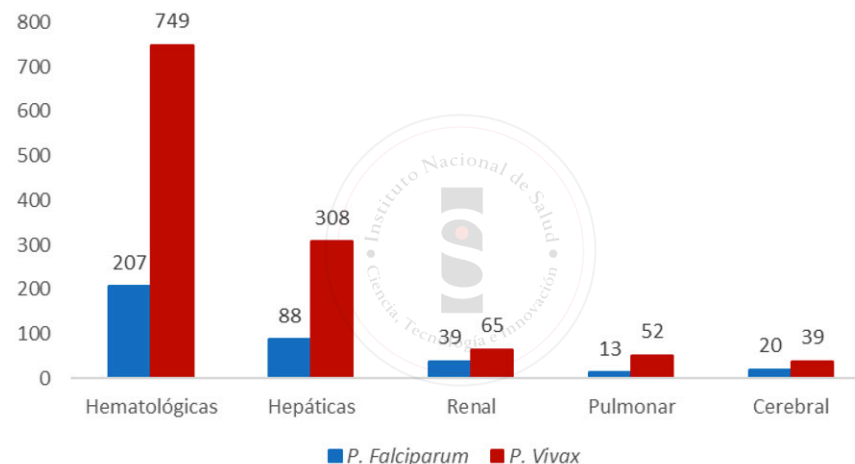


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 60,5 % (956) presentaron complicaciones hematológicas; el 25,1 % (396) complicaciones hepáticas; el 6,6 % (104) complicaciones renales; 4,1 % (65) complicaciones pulmonares y 3,7 % (59) a nivel cerebral (figura 19).

A semana epidemiológica 32 de 2024 se han notificado veintiséis (26) casos probables de muerte por malaria, de los cuales siete (7) se encuentran confirmados; 2 casos procedentes de Chocó (El Carmen de Atrato y Cantón de San Pablo), 1 caso de Risaralda (Pueblo Rico), 2 casos de Vaupés (Mitú), 1 caso de Montecristo (Bolívar) y 1 caso de Cauca (Guapi). Los 19 casos restantes se encuentran pendientes por unidad de análisis.

Figura 19. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 32 el país se encuentra en situación de aumento; once (11) departamentos y 28 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 25) y cuatro (4) departamentos y 22 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 26).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 28 a 32 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	6379	3	900	4
Risaralda	Mistrató	5817	207	417	4
Córdoba	Tierralta	5320	498	584	5
Buenaventura	Buenaventura	2818	147	294	5
Chocó	Lloró	2484	80	141	5
Chocó	Río Quito	1546	74	129	5
Antioquia	Chigorodó	1263	34	114	5
Chocó	Istmina	1184	65	130	5
Antioquia	Turbo	950	45	138	5
Boyacá	Cubará	859	0	133	4
Antioquia	Frontino	591	25	82	4
Chocó	Río Iro	507	10	25	4
Antioquia	Dabeiba	424	21	61	4
Amazonas	Leticia	414	7	21	4
Antioquia	Nechí	378	38	57	5
Antioquia	Tarazá	329	15	32	4
Risaralda	Pueblo Rico	311	13	26	5
Norte de Santander	Sardinata	167	6	14	4
Antioquia	Carepa	146	9	18	4
Antioquia	Necoclí	135	9	21	4
Córdoba	Tuchín	74	5	17	4
Arauca	Saravena	59	2	27	4
Amazonas	Puerto Santander (CD)	44	0	9	4
Córdoba	Canalete	35	1	16	4
Córdoba	Moñitos	33	1	6	4
Risaralda	Pereira	17	1	3	4
Norte de Santander	Toledo	12	0	5	1
Valle	Sevilla	5	0	3	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia.

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 28 a 32 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Chocó	Bagadó	4307	184	268	5
Guainía	Inírida	2703	333	466	5
Chocó	Tadó	2427	140	162	5
Antioquia	El Bagre	2249	172	185	5
Nariño	Barbacoas	1125	51	144	5
Chocó	Medio Atrato	955	92	131	5
Antioquia	Murindó	896	31	66	5
Bolívar	Montecristo	870	53	74	5
Antioquia	Mutató	737	38	51	5
Córdoba	Valencia	597	88	85	5
Chocó	Nóvita	448	23	45	5
Chocó	El Litoral del San Juan	413	20	53	5
Antioquia	Cáceres	350	30	21	4
Chocó	Condoto	301	17	22	4
Chocó	Cértegui	240	9	14	4
Bolívar	Santa Rosa del Sur	136	3	7	4
Chocó	Juradó	112	30	8	4
Chocó	Belén de Bajirá	88	11	10	5
Córdoba	San Andrés Sotavento	60	2	15	4
Caquetá	Florencia	40	0	8	4
Córdoba	Buenavista	25	1	4	4
Valle	Caicedonia	4	0	2	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas¹.

Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado a que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.

Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2023. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2019 y 2023 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 60 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 60 se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 5. 22 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Desnutrición%20aguda%20en%20menores%20de%205%20años.pdf

A semana epidemiológica 32 de 2024 se han notificado 16 745 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 16 624 corresponden a residentes en Colombia y 120 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (33 de 2023 a 32 de 2024) es de 0,68 casos por 100 menores de 5 años.

Tabla 27. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 32 de 2023	Casos a SE 32 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	15876	16624	0,68
La Guajira	1639	1797	2,45
Vichada	236	238	2,30
Chocó	633	751	1,65
Arauca	214	263	1,32
Guaviare	74	77	1,16
Casanare	271	231	1,00
Vaupés	38	39	0,86
Magdalena	442	494	0,84
Risaralda	402	309	0,78
Bogotá D.C	2311	2205	0,76
Cesar	581	622	0,76
Guainía	39	37	0,75
Amazonas	38	33	0,74
Nariño	540	652	0,73
Putumayo	156	126	0,68
Cundinamarca	939	1034	0,67
Buenaventura	114	178	0,63
Antioquia	1568	1763	0,62
Meta	344	361	0,62
Caquetá	117	141	0,61
Norte Santander	514	474	0,60
Boyacá	361	330	0,60
Bolívar	395	437	0,59
Tolima	300	338	0,59
Huila	364	419	0,58
Cartagena	312	292	0,51
Caldas	174	198	0,45
Atlántico	350	354	0,45
Valle	424	400	0,45
Santander	362	441	0,42
San Andrés	10	8	0,42
Córdoba	427	428	0,41
Cali	346	392	0,41
Sucre	262	194	0,36
Cauca	239	235	0,35
Quindío	83	64	0,35
Barranquilla	175	177	0,34

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 33 de 2023 a SE 32 de 2024

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 y 2024 (Información preliminar);

DANE, Proyecciones de población 2023.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

El 74,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 25 % como desnutrición aguda severa; el 8,3 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (30,5 %) y de 1 año (29,7 %). Según el área de residencia el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66 %.

Para la semana epidemiológica 32 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en La Guajira, Nariño, Tolima, Arauca, Caldas, Buenaventura, Santa Marta, Vaupés y San Andrés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 28).

Tabla 28. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2019-2023, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	986	1797
Bolívar	221	437
Tolima	186	338
Arauca	174	263
Caldas	87	198
Buenaventura	55	178
Santa Marta	55	92
Vaupés	58	39
San Andrés	5	8

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 (Información preliminar)

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes para la semana epidemiológica 32 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 24 municipios (tabla 29).

Tabla 29. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Bello	62	116
Chocó	Quibdó	35	111
Bolívar	Magangué	28	108
Santander	Barrancabermeja	31	104
Antioquia	Turbo	19	93
Cundinamarca	Zipaquirá	25	58
Antioquia	Apartadó	40	55
Cundinamarca	Fusagasugá	39	54
Cundinamarca	Girardot	29	50
Santander	Girón	23	50
Atlántico	Malambo	22	48
Valle del Cauca	Jamundí	20	42
Atlántico	Sabanalarga	23	41
Santander	Piedecuesta	26	41
Risaralda	Dosquebradas	17	40
Antioquia	Itagüí	26	37
Antioquia	Rionegro	21	34
Boyacá	Duitama	18	34
Córdoba	Sahagún	15	34
Valle del Cauca	Tuluá	16	31
Cundinamarca	Chía	13	29
Córdoba	Lorica	16	25
Cundinamarca	Funza	14	23
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	9	17

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 (Información preliminar)

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

ALERTAS NACIONALES

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial de Cartagena. 13 de agosto de 2024

El 2 de agosto se presenta brote de ETA en institución educativa. Se identificaron 15 casos de 15 expuestos, para una tasa de ataque del 100 %. Los casos que recibieron atención médica intrahospitalaria ya se encuentran en manejo ambulatorio. No se reportaron muertes. Se han llevado a cabo acciones de control como investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria e institucional, visita de inspección, vigilancia y control, toma de muestras biológicas y ambientales y seguimiento a casos. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Fuente: Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 32 de 2024 no se notificaron casos o alertas de enfermedad por el virus del Ébola, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza aviar altamente patógena en humanos; sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta Epidemiológica Viruela símica (MPXV clado I). Organización Panamericana de la salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 8 de agosto de 2024.

En la Región de las Américas, desde 2022 hasta el 1 de julio del 2024, se notificaron 62 572 casos de viruela símica, incluidas 141 defunciones en 31 países y territorios. La vigilancia genómica identificó al clado IIb en todos los casos analizados, el cual sigue siendo el único detectado hasta la fecha.

En diciembre del 2022, la República Democrática del Congo declaró un brote de viruela símica a nivel nacional y desde septiembre del 2023 el brote que afectó a la provincia de Sur Kivu se diseminó y afectó a varias provincias. Se identificó una nueva variante del clado I del virus de la viruela símica (MPXV) que se estima emergió alrededor de la mitad de septiembre. La variante fue asociada al importante aumento de casos de viruela símica en dicho país y la transmisión sexual fue el principal modo de infección en la mayoría de los casos reportados. La transmisión de persona a persona ha sido continua desde su detección, y es la primera vez que se describe una transmisión comunitaria sostenida del virus en el país.

En 2024, hasta el último reporte del 26 de julio, la República Democrática del Congo notificó 14 479 casos de viruela símica (2 715 confirmados; 11 764 sospechosos) y 455 defunciones (letalidad: 3,1 %), afectando a 25 de las 26 provincias del país. Los niños menores de 15 años representaron el 66 % de los casos y el 82 % de las defunciones. De los casos confirmados, el 73 % eran hombres. Los países de Ruanda, Uganda, Kenia y Burundi han reportado casos de la nueva variante.

El 14 de agosto de 2024, siguiendo la recomendación de un Comité de Emergencias del RSI, el director general de la OMS ha determinado que el aumento de casos de viruela símica o mpox en la República Democrática del Congo (RDC) y en un número creciente de países en África constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI).

Fuente: -Organización Panamericana de la salud (OPS). Alerta Epidemiológica Viruela símica (MPXV clado I). Fecha de publicación: 8 de agosto de 2024. Fecha de consulta: 8 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-viruela-simica-mpxv-clado-i-8-agosto-2024>

-Organización Mundial de la Salud (OMS). Director General de la OMS declara el brote de viruela símica emergencia de salud pública de importancia internacional. Fecha de publicación: 14 de agosto de 2024. Fecha de consulta: 14 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-8-2024-director-general-oms-declara-brote-viruela-simica-emergencia-salud-publica>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Actualización epidemiológica sobre COVID-19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 13 de agosto de 2024.

A nivel mundial, durante el período de 28 días (del 24 de junio al 21 de julio de 2024), el número de nuevos casos y muertes aumentó un 30 % y un 26 % en comparación con el período anterior (del 27 de mayo al 23 de junio de 2024), con más de 186 000 nuevos casos notificados en 96 países (41 %) y más de 2 800 nuevas muertes en 35 (15 %) países respectivamente. Hasta el 21 de julio de 2024, se han notificado más de 775 millones de casos confirmados y más de siete millones de muertes en todo el mundo desde el comienzo de la pandemia.

El porcentaje de positividad de la PCR por SARS-CoV-2 durante el mismo, aumentó del 7,4 % en la primera semana del período de notificación al 13,0 % en la última, en 85 países. Durante este período, se analizaron un promedio de 17 358 muestras en 85 países para detectar el SARS-CoV-2 cada semana.

A nivel mundial, JN.1 es la variante de interés (VOI por sus siglas en inglés) más notificada (135 países), representando el 25,7 % de las secuencias en la semana 29, con tendencia a la disminución comparado con una prevalencia del 30,2 % en la semana 26. KP.3.1.1 y LB.1, ambos linajes descendientes de JN.1 y variantes bajo vigilancia (VUM por sus siglas en inglés), mostraron una prevalencia creciente a nivel mundial. Representaron el 18,6 % y el 9,3 % de las secuencias en la semana 29 (semana que finalizó el 21 de julio de 2024) en comparación con el 9,4 % y el 7,6 % en la semana 26, respectivamente.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica COVID-19. Fecha de publicación: 13 de agosto de 2024. Fecha de consulta: 13 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-170>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 32

Decremento
Incremento

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las entidades territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas, el primero corresponde a las enti-

dades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris y valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Defectos Congénitos			Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	31	1	0	287	28	38	528	13	22	5	1	0	1	0	0	11	1	1	16	1	1
Antioquia	433	13	12	11.983	1.244	1.416	11.223	310	2.600	852	97	87	1.349	34	139	2.535	265	289	507	74	53
Arauca	79	3	1	501	48	53	1.751	90	296	34	4	3	4	2	0	62	6	6	44	9	4
Atlántico	95	4	3	2.632	236	334	1.666	119	316	35	6	3	2	2	0	430	44	50	81	12	5
Barranquilla	9	0	1	2.392	212	287	2.363	81	568	38	6	11	13	3	4	409	50	60	51	7	5
Bogotá	1	0	0	14.907	1.676	1.909	0	0	0	1.799	136	243	98	18	8	2.900	226	352	161	20	15
Bolívar	180	7	7	1.875	187	187	4.278	196	813	90	9	11	0	1	0	203	21	14	73	10	20
Boyacá	44	2	3	4.260	446	520	1.441	23	232	397	26	46	10	1	0	329	36	38	106	16	19
Buenaventura	18	1	1	97	11	9	554	27	54	13	3	1	0	0	0	19	1	2	15	2	0
Caldas	44	1	0	2.420	275	265	1.869	33	404	63	9	9	38	2	1	414	42	42	119	18	11
Caí	5	0	0	3.061	416	353	32.778	539	3.719	225	45	22	627	29	213	622	73	66	90	17	13
Caquetá	123	3	5	782	79	96	1.906	67	145	78	8	8	2	0	0	58	10	6	70	10	5
Cartagena	19	0	0	1.452	109	168	1.550	85	415	123	14	14	0	0	0	227	29	28	35	6	5
Casanare	111	4	3	1.139	104	139	3.235	155	371	37	5	6	7	2	1	79	9	11	71	14	6
Cauca	81	2	2	3.515	425	390	7.855	39	704	234	22	28	409	1	16	225	23	25	182	35	21
Cesar	187	5	5	1.842	161	245	2.520	269	402	58	10	3	2	2	0	234	27	21	100	15	16
Chocó	126	4	5	133	11	15	1.483	51	135	78	6	9	1	0	0	26	1	2	34	2	4
Córdoba	308	6	8	3.303	329	358	3.604	298	739	164	24	15	12	1	2	395	44	51	196	30	35
Cundinamarca	69	1	1	8.868	948	1.095	10.816	175	1.594	451	42	67	30	5	4	804	73	110	166	23	19
Guainía	7	1	1	99	8	15	248	5	69	13	1	2	1	0	0	7	1	2	1	0	0
Guaviare	65	1	1	200	23	20	588	26	134	34	2	0	7	0	0	16	1	4	20	2	0
Huila	94	2	3	3.804	393	463	19.252	174	1.747	285	25	41	9	1	2	225	28	30	202	31	22
La Guajira	117	4	8	1.503	144	193	1.043	77	108	43	9	6	1	1	0	117	11	20	40	7	5
Magdalena	129	5	4	1.627	184	184	1.096	111	146	20	5	3	2	3	0	154	18	14	98	9	13
Meta	198	5	2	2.600	262	311	5.377	254	773	108	17	11	33	4	11	242	23	23	190	21	41
Nariño	91	2	1	4.583	470	521	2.725	41	171	172	20	32	11	1	0	448	47	60	218	31	33
Norte de Santander	211	7	6	4.118	363	519	6.805	215	800	255	31	28	55	30	0	386	42	44	208	32	24
Putumayo	95	2	0	1.135	107	132	4.328	55	413	46	6	6	0	0	0	59	9	4	132	17	25
Quindío	12	0	1	1.852	207	269	5.432	25	854	90	7	12	5	1	0	143	19	13	44	9	2
Risaralda	34	1	1	2.509	296	306	6.466	21	1.179	129	11	20	18	4	0	390	44	47	120	19	10
San Andrés	0	0	0	241	23	31	196	4	35	12	1	1	0	0	0	13	1	2	4	0	0
Santa Marta D.E.	34	0	0	1.252	95	118	453	30	46	19	4	2	1	0	1	152	13	17	29	4	2
Santander	142	4	5	4.685	456	564	28.019	329	4.047	158	19	16	19	6	1	538	58	58	163	24	16
Sucre	81	2	0	1.722	174	190	1.792	208	650	48	6	10	0	1	0	278	19	45	98	9	16
Tolima	104	2	1	4.306	447	534	20.808	553	2.168	115	18	20	10	4	0	330	35	52	190	26	27
Valle del Cauca	41	1	3	5.050	573	620	46.660	320	4.408	163	22	10	70	3	19	454	54	78	161	32	21
Vaupés	37	1	0	92	13	11	200	9	4	8	1	1	0	0	0	5	0	2	10	1	1
Vichada	35	1	2	139	19	22	238	5	74	12	2	0	0	0	0	7	0	0	5	0	0
Total nacional	3.490	98	96	106.966	11.202	12.900	243.146	5.032	31.355	6.504	681	807	2.847	162	422	13.946	1.403	1.689	4.050	596	515

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 32

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	0	0	0	4	0	0	6	1	0
Antioquia	8	1	1	9	1	0	58	7	7	467	58	54	131	14	8	679	99	71	75	7	5
Arauca	0	0	0	0	0	0	3	0	0	14	2	3	0	0	0	3	0	1	44	6	3
Atlántico	2	0	0	0	0	0	22	5	2	109	14	6	3	0	1	87	5	11	27	4	1
Barranquilla	5	1	0	0	0	0	21	3	1	101	21	11	8	5	0	134	17	16	57	9	9
Bogotá	8	2	0	5	1	0	90	14	13	637	67	82	150	32	17	1.526	158	208	70	6	0
Bolívar	1	0	1	0	0	0	15	2	0	97	13	6	13	1	2	130	30	7	14	1	4
Boyacá	3	1	0	1	0	0	14	1	3	42	10	3	35	3	3	58	10	6	5	0	0
Buenaventura	1	1	0	0	0	0	1	0	0	13	1	3	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Caldas	1	1	0	1	0	0	4	4	0	55	7	9	29	4	4	73	25	4	21	2	1
Cali	2	0	0	0	0	0	12	2	3	111	15	10	6	1	0	286	51	10	64	6	3
Caquetá	0	0	0	0	0	0	6	1	1	21	4	2	2	0	0	19	5	1	6	0	1
Cartagena	1	0	0	1	0	0	7	2	1	45	7	5	6	0	0	28	32	2	9	1	1
Casanare	1	0	0	3	0	0	5	1	0	27	1	3	0	0	0	9	2	1	3	1	1
Cauca	8	1	1	0	0	0	11	1	0	59	9	4	2	0	1	41	8	5	12	1	2
Cesar	2	0	0	0	0	0	29	2	4	90	10	8	9	2	0	44	17	4	61	6	3
Chocó	0	1	0	0	0	0	3	1	0	23	2	5	1	0	0	6	3	0	93	8	0
Córdoba	5	1	0	2	0	0	51	7	5	178	18	16	13	1	1	353	22	28	3	1	0
Cundinamarca	6	4	0	4	0	0	38	4	5	144	21	22	65	3	30	185	24	20	29	2	2
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	1	0	0	6	0	1	8	2	2	2	0	0	17	3	2	1	0	0
Huila	0	0	0	0	0	0	9	1	1	61	9	3	3	1	1	85	18	6	16	1	0
La Guajira	2	0	0	0	0	0	12	2	2	71	8	15	8	0	0	9	3	0	11	1	1
Magdalena	0	0	0	0	0	0	22	1	1	74	7	6	2	2	0	22	5	4	32	2	3
Meta	1	1	1	0	0	0	22	2	2	184	8	59	5	1	1	102	20	17	44	5	3
Nariño	1	1	0	1	0	0	19	1	5	152	21	19	12	1	0	145	23	21	22	2	1
Norte de Santander	0	0	0	0	0	0	24	3	1	119	19	12	20	6	4	82	12	16	2	0	0
Putumayo	0	0	0	0	0	0	12	0	1	44	6	5	4	0	0	18	6	3	1	0	0
Quindío	0	0	0	0	0	0	7	3	1	46	9	5	14	1	0	116	20	9	5	0	1
Risaralda	2	0	0	1	0	0	16	3	2	85	12	8	20	3	10	73	10	8	25	3	1
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	1
Santa Marta D.E.	0	1	0	0	0	0	3	1	0	19	2	2	9	1	1	18	5	4	24	3	1
Santander	2	1	0	0	0	0	24	4	3	111	11	10	37	2	2	95	7	16	19	2	2
Sucre	1	1	0	0	0	0	25	2	1	84	11	7	4	0	0	30	5	3	29	6	0
Tolima	3	1	1	0	0	0	8	1	1	75	8	8	14	0	0	59	7	2	37	4	1
Valle del Cauca	19	1	0	1	0	0	16	2	2	156	16	18	7	1	0	426	21	47	26	2	7
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0
Total nacional	85	20	5	30	4	0	617	82	69	3.535	431	432	636	84	86	4.970	675	553	894	86	58

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 32

Decremento
Incremento

	Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad Materna Externa			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Casos sospechosos, Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	931	150	63	0	1	0	43	33	43	4.253	803	393	361	12	12	0	0	0	2.089	403	189
Antioquia	100	8	16	12.054	796	1.132	134	22	39	2.044	1.706	2.044	614.178	77.533	80.627	28.496	2.554	3.840	3.747	810	930	264.584	38.525	32.799
Arauca	1	1	1	79	3	31	7	1	1	99	77	99	16.480	2.754	2.112	1.794	176	377	20	6	5	5.544	742	640
Atlántico	1	0	1	3	1	0	13	3	0	725	509	725	114.940	11.024	15.599	2.281	301	435	778	144	322	38.284	3.889	4.820
Barranquilla	4	2	4	0	0	0	34	10	10	1.018	846	1.018	158.620	18.324	21.875	6.230	355	1.132	991	222	317	52.359	6.308	7.012
Bogotá	51	1	16	0	0	0	167	29	38	3.002	3.111	3.002	1.215.111	131.895	161.304	52.411	5.321	7.411	6.511	1.627	1.939	509.819	54.853	49.390
Bolívar	0	1	0	1.529	117	126	10	4	2	590	536	590	87.114	11.635	10.743	2.241	240	295	464	115	103	25.392	2.756	2.492
Boyacá	1	1	1	859	0	133	11	3	3	381	322	381	94.600	13.349	13.081	4.963	459	678	340	132	109	38.490	4.131	3.334
Buenaventura	1	1	1	2.818	145	294	8	1	1	105	64	105	5.707	1.226	747	173	0	8	7	2	2	1.869	501	240
Caldas	15	19	15	91	0	7	11	2	1	346	300	346	53.276	8.307	7.856	2.207	293	301	691	163	225	22.449	2.942	2.297
Cali	20	75	20	25	0	0	48	10	16	1.078	833	1.078	197.316	23.229	21.930	4.537	579	601	444	71	183	70.784	12.989	7.168
Caquetá	0	2	0	92	3	11	16	4	5	127	114	127	21.740	4.032	3.325	1.482	143	191	53	18	9	16.122	1.596	2.305
Cartagena	4	2	4	0	0	0	26	4	8	689	585	689	138.490	17.230	17.449	3.739	405	908	874	238	266	36.284	4.193	4.539
Casanare	0	0	0	35	4	4	3	1	1	204	179	204	20.792	3.031	3.254	632	75	122	65	17	18	9.612	1.007	885
Cauca	1	3	1	2.424	252	209	26	4	1	608	582	608	83.429	10.085	11.276	3.213	123	347	258	33	66	50.432	4.878	6.146
Cesar	2	2	2	30	3	3	15	5	5	407	451	407	74.828	10.636	10.614	5.440	649	722	287	83	82	20.130	3.525	2.552
Chocó	0	0	0	32.413	2.261	2.232	10	2	3	174	156	174	24.240	1.412	3.123	1.137	160	163	29	7	5	9.492	800	1.134
Córdoba	1	0	1	9.605	888	923	22	2	5	720	524	720	131.969	14.982	20.521	3.963	482	630	953	212	309	36.727	5.002	4.518
Cundinamarca	3	2	3	0	0	0	40	7	7	1.158	1.031	1.158	274.909	28.185	36.992	10.565	772	1.405	1.365	460	360	120.244	12.032	12.190
Guainía	0	0	0	2.767	300	472	0	1	0	16	11	16	1.687	196	361	168	23	34	0	1	0	1.109	106	131
Guaviare	0	1	0	582	103	57	4	1	0	22	16	22	4.875	791	639	163	60	37	26	4	7	2.179	288	176
Huila	0	0	0	2	0	0	32	3	12	498	510	498	81.896	11.350	10.297	4.014	411	506	397	97	138	34.172	4.335	3.584
La Guajira	0	1	0	22	1	1	8	1	0	870	668	870	147.971	11.395	18.284	3.940	551	466	177	64	71	32.559	4.535	6.287
Magdalena	0	0	0	11	1	2	2	4	3	374	357	374	68.248	8.356	9.057	2.244	205	386	99	7	37	24.971	3.601	2.933
Meta	9	5	9	207	43	23	11	2	3	241	187	241	55.017	7.903	7.339	2.455	216	461	359	112	122	35.935	4.376	3.487
Nariño	7	7	7	6.004	1.194	650	29	7	5	824	592	824	95.411	14.222	11.432	4.616	419	548	90	80	21	32.380	7.422	3.789
Norte de Santander	1	3	1	1.064	240	104	43	6	9	394	324	394	118.553	11.944	12.247	7.013	710	850	644	189	196	35.675	6.253	3.634
Putumayo	0	3	0	37	3	3	7	1	0	219	180	219	23.064	2.678	3.397	928	118	109	26	12	9	7.299	1.106	788
Quindío	2	3	2	42	2	3	7	1	4	64	72	64	43.212	6.266	6.090	2.186	273	273	263	61	70	22.551	2.667	2.480
Risaralda	1	0	1	6.201	192	453	11	3	2	389	335	389	78.002	8.915	11.645	3.593	284	585	306	48	85	26.481	4.131	2.580
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	1	0	12	8	12	5.923	722	668	375	91	42	0	4	0	2.155	324	328
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	0	0	4	2	0	356	273	356	43.339	2.513	4.939	1.721	179	265	602	113	170	13.381	1.334	1.616
Santander	0	1	0	17	1	5	34	8	10	475	438	475	167.163	16.372	23.173	12.768	1.004	1.897	1.840	386	507	57.419	6.688	6.042
Sucre	0	0	0	67	4	11	7	2	3	300	329	300	55.362	9.033	8.021	4.369	690	785	830	225	273	17.322	3.404	2.143
Tolima	3	4	3	19	0	2	22	1	5	468	477	468	89.825	11.570	13.369	5.543	361	727	362	87	96	39.701	5.057	4.120
Valle del Cauca	4	9	4	50	4	11	24	7	4	585	464	585	104.498	13.354	14.119	2.030	274	336	384	91	103	50.796	6.308	5.093
Vaupés	0	0	0	6.479	11	905	3	1	0	20	13	20	2.454	312	688	210	16	101	9	4	1	761	79	139
Vichada	0	0	0	482	145	47	3	1	0	38	32	38	4.450	408	347	18	7	1	1	0	0	2.722	148	196
Total nacional	232	39	38	87.351	6.929	7.940	852	168	205	19.683	17.247	19.683	4.522.942	527.972	598.933	194.219	18.991	27.987	24.292	5.938	7.156	1.770.274	238.385	194.196

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 32

Decremento
Incremento

	Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	10	3	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	30	12	1	78	10	2
Antioquia	399	86	44	5	8	1	462	76	43	45	4	0	156	47	13	1.550	323	129	2.722	280	343
Arauca	26	6	3	0	1	0	15	2	1	2	1	0	4	2	2	127	27	6	202	63	26
Atlántico	101	26	9	0	2	0	60	7	4	0	1	0	7	1	4	486	160	51	273	32	11
Barranquilla	109	34	12	0	2	0	77	10	8	0	1	0	30	3	2	392	73	36	860	73	21
Bogotá	461	84	62	8	9	0	883	239	106	535	4	14	378	78	40	2.876	460	407	8.785	810	1.389
Bolívar	89	23	15	2	2	0	27	7	0	2	1	0	4	4	2	228	97	33	100	20	5
Boyacá	74	14	9	2	2	0	135	21	13	24	1	0	23	6	1	454	80	57	833	81	158
Buenaventura	33	10	4	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	69	3	1	16	1	1
Caldas	44	10	5	0	1	0	48	10	5	1	0	0	6	2	0	241	39	37	273	17	23
Cali	150	29	22	6	3	1	99	31	8	1	1	0	6	4	0	597	143	45	1.470	98	156
Caquetá	29	6	5	0	1	0	20	4	0	0	0	0	6	3	0	87	17	10	60	4	7
Cartagena	104	27	8	0	1	0	63	5	4	3	1	0	2	3	0	237	109	38	201	12	6
Casanare	39	7	2	2	1	0	33	2	4	5	0	0	5	2	1	132	35	14	218	52	42
Cauca	109	25	15	3	2	0	55	8	2	1	1	0	4	3	0	257	48	22	485	20	76
Cesar	110	31	15	2	2	0	30	5	1	3	1	0	2	8	0	265	49	17	336	22	25
Chocó	104	19	9	0	1	0	13	0	1	2	0	0	43	3	4	47	9	3	37	3	2
Córdoba	175	44	24	1	3	0	93	22	14	2	1	0	1	2	0	823	210	120	607	62	11
Cundinamarca	229	37	30	5	5	2	256	51	31	131	2	6	95	20	10	2	2	1	1.354	108	199
Guainía	6	2	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1.177	220	134	8	0	0
Guaviare	6	1	0	0	0	0	6	1	0	2	1	0	1	0	0	35	20	3	36	9	20
Huila	83	19	2	4	2	0	109	23	9	4	1	1	53	6	7	296	49	32	337	33	37
La Guajira	185	42	18	3	2	0	37	3	3	1	1	0	0	1	0	201	50	21	187	15	8
Magdalena	93	20	13	0	2	0	12	3	2	1	1	0	2	2	0	133	44	8	65	8	7
Meta	88	18	15	7	2	0	49	9	7	9	1	0	38	5	4	342	84	35	350	94	46
Nariño	119	18	15	6	2	0	95	15	8	6	1	1	51	8	0	597	73	43	324	15	17
Norte de Santander	109	27	13	5	2	0	151	22	12	2	1	0	10	10	1	525	82	43	428	74	28
Putumayo	39	7	4	0	1	0	40	5	2	1	1	0	10	1	1	128	18	20	261	16	13
Quindío	36	7	5	0	1	0	30	6	2	0	1	0	5	1	0	174	47	18	262	7	16
Risaralda	57	9	7	3	1	0	63	8	5	2	1	0	1	1	0	304	56	31	187	12	23
San Andrés	13	1	4	0	0	0	2	1	0	0	1	0	3	0	0	17	7	2	23	1	2
Santa Marta D.E.	36	12	4	1	1	0	8	1	0	1	0	0	10	2	1	83	11	10	144	9	8
Santander	98	22	17	2	3	0	70	9	6	1	2	0	48	14	3	445	123	34	1.210	198	199
Sucre	86	21	9	4	2	1	59	11	13	1	1	0	25	18	4	279	91	19	366	81	8
Tolima	73	18	7	4	2	0	42	11	5	3	1	0	24	4	4	441	77	55	368	53	67
Valle del Cauca	96	18	9	2	3	0	105	12	8	2	1	0	2	2	0	631	147	67	680	34	61
Vaupés	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	1	4	1	0	12	6	1
Vichada	26	3	3	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	1	2	54	3	1	11	0	0
Total nacional	3.655	791	440	77	71	5	3.250	640	327	797	41	22	1.062	275	107	14.766	3.099	1.604	24.169	2.433	3.064

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 32

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024
Amazonas	0	0	1	0	32	33	0	0	3	0	9	9	38	58	7	9	9	64	1	0
Antioquia	1	0	4	9	913	1.763	1	0	3	9	296	386	3.138	3.649	734	513	273	849	19	10
Arauca	2	1	0	0	174	263	0	0	3	0	2	28	113	100	12	11	3	9	2	0
Atlántico	1	0	1	1	224	354	0	0	2	1	38	82	506	645	1	0	24	77	9	3
Barranquilla	0	0	2	1	125	177	0	0	2	2	58	111	524	597	0	0	36	200	6	4
Bogotá	0	0	0	0	1.840	2.205	4	0	3	13	322	659	2.498	3.514	0	0	44	73	19	10
Bolívar	0	0	1	1	221	437	0	0	2	1	17	14	304	382	237	256	43	138	8	3
Boyacá	0	3	1	0	291	330	0	0	1	0	15	27	563	685	63	157	9	25	3	2
Buenaventura	0	0	0	0	55	178	0	0	0	0	7	7	47	71	13	8	32	67	3	0
Caldas	0	0	1	0	87	198	0	0	38	3	35	58	711	751	104	126	21	136	3	1
Cali	0	0	9	3	293	392	0	0	10	8	137	152	951	1.043	1	2	71	179	6	3
Caquetá	0	0	1	0	123	141	0	0	1	0	14	13	157	131	157	119	54	382	3	0
Cartagena	0	0	2	0	119	292	0	1	3	3	23	46	322	361	1	1	78	160	7	0
Casanare	8	4	3	3	216	231	0	0	2	1	12	36	179	163	5	1	9	18	2	1
Cauca	0	0	1	2	209	235	0	0	2	4	34	36	506	585	45	20	28	78	6	6
Cesar	5	0	1	0	418	622	1	0	0	0	33	47	354	419	37	179	36	62	8	9
Chocó	0	0	1	1	390	751	0	0	2	0	21	15	58	102	158	143	27	67	9	11
Córdoba	0	4	1	0	327	428	0	0	5	0	36	68	590	667	96	111	23	85	11	5
Cundinamarca	0	0	14	10	682	1.034	0	0	5	7	65	120	1.244	1.549	106	118	42	114	12	8
Guainía	0	0	0	0	37	37	0	0	1	0	3	0	16	14	13	6	3	3	0	0
Guaviare	0	1	1	0	75	77	0	0	3	0	18	30	33	41	240	94	14	34	1	0
Huila	0	0	1	1	258	419	0	0	2	10	28	33	541	478	9	5	44	170	4	5
La Guajira	0	0	0	0	986	1.797	0	0	0	0	16	25	161	199	14	9	5	20	17	13
Magdalena	0	0	0	0	337	494	0	0	3	1	21	23	212	244	4	7	9	26	9	3
Meta	0	0	4	1	238	361	0	0	4	2	21	37	436	451	132	94	13	17	7	4
Nariño	0	0	1	1	382	652	0	0	20	0	51	51	829	894	227	56	21	52	9	7
Norte de Santander	2	0	3	0	399	474	2	5	18	2	81	158	614	678	152	105	25	63	7	5
Putumayo	0	0	13	2	121	126	0	0	13	2	36	27	207	161	160	127	8	22	3	1
Quindío	0	0	2	3	69	64	0	0	2	1	36	80	343	291	1	1	41	181	2	0
Risaralda	0	0	4	4	199	309	0	0	0	6	38	79	719	761	85	133	90	196	3	2
San Andrés	0	0	0	0	5	8	0	0	0	1	0	2	13	21	0	0	0	2	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	55	92	0	0	9	2	12	34	152	231	6	7	22	75	6	2
Santander	1	1	10	9	241	441	0	0	4	2	55	90	849	1.112	385	258	36	170	8	4
Sucre	0	0	2	0	140	194	0	1	6	0	18	25	267	406	63	42	24	32	4	2
Tolima	0	0	13	2	186	338	0	0	8	3	32	44	770	740	197	131	165	383	5	2
Valle del Cauca	0	0	5	10	225	400	1	0	7	2	43	74	811	756	12	13	105	270	5	1
Vaupés	0	0	0	0	58	39	0	0	1	0	4	16	34	53	39	26	12	20	0	0
Vichada	0	0	0	0	170	238	0	0	0	0	4	8	14	18	30	4	1	3	2	2
Total nacional	20	15	104	64	10.921	16.624	9	7	188	86	1.691	2.750	19.822	23.021	3.590	2.919	1.499	4.522	223	129

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 32

Decremento
Incremento

	Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024
Amazonas	1	0	2	1	3	3	1	0	1	2	3	1	11	9	0	0	36	43	1	1	11	17	257	380
Antioquia	19	10	7	5	39	16	8	18	85	267	106	85	731	827	3	2	1.882	2.638	60	72	1.828	1.756	12.767	10.930
Arauca	2	0	1	0	2	2	1	1	4	4	29	13	108	98	0	0	81	95	1	0	70	57	518	892
Atlántico	9	3	1	1	4	8	4	4	18	22	32	19	216	192	3	2	263	312	10	11	309	300	1.256	1.630
Barranquilla	6	4	1	2	4	3	1	2	16	23	48	33	264	258	1	0	436	600	10	15	576	499	1.165	1.667
Bogotá	19	10	0	2	38	20	0	0	98	306	108	82	585	581	0	0	751	896	21	26	2.568	2.409	11.198	21.103
Bolívar	8	3	1	2	6	10	7	3	15	12	29	30	188	217	3	3	106	151	3	2	174	138	1.308	1.507
Boyacá	3	2	1	0	3	4	1	0	16	21	15	11	65	65	1	1	98	120	1	5	128	114	1.920	2.927
Buenaventura	3	0	0	3	2	1	2	1	4	0	11	18	89	70	0	0	104	94	8	5	89	65	166	232
Caldas	3	1	0	0	2	1	0	0	13	3	11	9	79	82	0	0	198	252	2	5	234	182	1.594	1.969
Cali	6	3	1	0	8	5	2	0	28	14	19	26	274	382	0	0	859	945	26	39	924	801	4.213	4.551
Caquetá	3	0	0	0	5	8	3	1	5	1	3	5	53	74	0	0	138	204	4	8	74	64	563	704
Cartagena	7	0	0	1	7	8	2	1	13	33	44	54	161	298	1	0	241	311	2	4	481	391	634	968
Casanare	2	1	1	1	1	2	1	0	6	9	28	16	80	108	0	0	101	93	2	2	90	82	497	669
Cauca	6	6	3	2	8	7	1	1	19	5	14	12	122	104	0	0	177	214	2	2	199	169	1.811	2.177
Cesar	8	9	4	3	7	7	16	8	17	10	27	13	212	156	2	0	244	322	2	3	225	213	1.354	1.387
Chocó	9	11	16	34	20	29	12	26	7	3	25	34	141	154	1	2	126	175	1	4	53	48	188	238
Córdoba	11	5	1	1	10	6	4	10	24	24	22	15	202	178	5	1	170	179	2	5	515	337	1.962	2.252
Cundinamarca	12	8	0	0	10	11	3	0	44	30	43	34	233	287	1	1	306	373	9	10	578	499	6.100	8.809
Guainía	0	0	1	2	2	2	1	0	1	0	5	0	11	8	0	0	11	20	0	0	7	0	73	126
Guaviare	1	0	0	0	1	2	0	0	1	3	3	1	17	19	0	0	24	22	1	0	37	16	161	189
Huila	4	5	0	0	5	4	2	1	15	5	9	11	100	108	1	0	244	360	4	5	240	466	3.498	3.808
La Guajira	17	13	12	22	25	20	36	28	13	2	47	22	231	225	1	0	282	407	2	11	218	152	753	939
Magdalena	9	3	2	1	9	9	9	8	12	2	21	17	141	172	2	0	99	142	2	2	119	114	881	923
Meta	7	4	1	2	6	6	5	3	14	2	31	33	158	175	0	0	350	441	11	11	222	217	1.146	1.746
Nariño	9	7	2	0	7	3	4	2	21	15	15	9	150	145	1	0	108	141	4	1	225	233	2.172	2.711
Norte de Santander	7	5	2	0	7	2	3	4	21	29	60	52	313	313	0	1	391	528	8	14	388	408	2.024	2.437
Putumayo	3	1	1	0	3	2	2	2	5	3	4	3	60	50	1	0	63	81	1	4	70	72	658	790
Quindío	2	0	0	0	3	3	0	0	7	4	10	3	61	53	0	0	154	193	2	1	218	201	1.318	1.671
Risaralda	3	2	4	7	4	12	3	7	12	6	19	26	110	124	0	0	366	383	16	17	345	346	1.992	2.215
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	7	0	0	6	10	0	0	15	7	73	178
Santa Marta D.E.	6	2	1	1	3	0	0	0	7	5	11	12	70	96	1	0	136	215	2	3	163	195	363	466
Santander	8	4	0	4	5	5	1	3	29	22	41	36	259	286	2	0	515	779	14	22	445	419	3.274	3.862
Sucre	4	2	1	0	5	6	1	7	12	10	17	9	132	120	3	0	63	69	0	2	156	165	1.043	1.295
Tolima	5	2	1	2	6	10	1	2	17	12	19	17	112	102	2	1	303	409	6	13	249	240	1.523	2.114
Valle del Cauca	5	1	2	1	9	6	5	4	25	25	21	12	194	238	1	0	425	471	12	13	495	437	3.791	4.225
Vaupés	0	0	2	3	3	4	0	0	1	1	1	1	2	2	0	0	10	14	0	0	3	4	117	133
Vichada	2	2	3	2	2	7	8	4	2	1	2	5	23	27	0	0	20	21	0	1	12	15	96	178
Total nacional	223	129	82	105	300	254	135	151	649	936	954	780	6.002	6.410	34	14	9.886	12.723	250	339	12.753	11.848	74.426	94.998

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana Epidemiológica

4 al 10 de agosto de 2024

32

Tema central

Vigilancia Basada en Comunidad:
innovación y participación
para una respuesta eficaz en salud pública

Estrategia de Vigilancia basada en Comunidad
vbc@ins.gov.co

Expertos temáticos

Dr. Helver Giovanni Rubiano García
Director General INS

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Publicación en línea: ISSN 2357-6189
<https://doi.org/10.33610/23576189.2024.32>
2024

Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, ychaparro@ins.gov.co
Gerhard Misael Acero Parra, gacero@ins.gov.co
Natalí Paola Cortés Molano, ncortes@ins.gov.co
Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co
Viviana Ines Pantoja Muñoz, vpantoja@ins.gov.co

Eventos trazadores

Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co
Andrea Jineth Rodríguez Reyes, arodriguezr@ins.gov.co
Jessica María Pedraza Calderón, jpedraza@ins.gov.co
María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co
Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co

Brotos

Gestor sistema de alerta temprana, eri@ins.gov.co
Javier Alberto Madero Reales, jmadero@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcella Huguet Aragón, chuguett@ins.gov.co

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla, hquijada@ins.gov.co

Correctora de estilo

Paola Elena León Velasco, pleon@ins.gov.co

Diseño y diagramación

Alexander Casas, acasasc@ins.gov.co



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co