

Fases de la gestión del riesgo en vigilancia en salud pública y sistema de alerta temprana

Innovación al servicio de la salud: un sistema inteligente que gestiona más de 250 000 situaciones de interés en salud pública, identificando riesgos y orientando acciones de respuesta inmediata.





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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas



TEMA CENTRAL

Fases de la gestión del riesgo en vigilancia en salud pública y sistema de alerta temprana

Carlos Alberto Hernández Londoño -chernandez@ins.gov.co

Claudia Marcela Montaña Fuertes -eri@ins.gov.co

Innovación al servicio de la salud: un sistema inteligente que gestiona más de 250 000 situaciones de interés en salud pública, identificando riesgos y orientando acciones de respuesta inmediata.

El Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) es una entidad del orden nacional y entre sus funciones se encuentran el coordinar el sistema de vigilancia en salud pública en el país, además de operar las redes de donación, trasplantes y sangre. Asimismo, el INS genera conocimiento técnico especializado en salud pública para contribuir a la formulación, ajuste y evaluación de políticas públicas (1).

Desde 2017, el INS implementó el sistema de gestión de riesgo y gestión de incidentes, para valorar (análisis, estratificación e intervención) riesgos, coordinar y administrar los recursos ante situaciones complejas en salud pública. Este desarrollo se basa en el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-ESP), operado por el Grupo de Gestión del Riesgo, quien es el responsable de iniciar los procesos y el controlador según los procedimientos de calidad institucional.

El proceso de gestión del riesgo en salud pública fue adaptado de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000 y define tres fases en el proceso: identificación, valoración y modificación y dos fases transversales: comunicación del riesgo y evaluación del proceso (2). El proceso de identificación del riesgo se realiza de manera rutinaria a través del Sistema de Alerta temprana (SAT) y las actividades de vigilancia epidemiológica que comprenden la vigilancia basada en eventos y otras fuentes de información y

la vigilancia basada en indicadores, realizada por los especialistas de eventos de interés en salud pública a través de la información notificada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) (3).

La información de señales, alertas o brotes relacionadas con eventos de interés en salud pública (EISP) y señalados por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) se centraliza en el COE-ESP, que es el espacio físico donde funciona el SAT. Una vez identificada una señal se realiza un proceso de verificación y análisis para descartarla o pasarla al nivel de alerta o brote; cuando una situación es atípica o aguda se valora el riesgo a través de espacios de análisis físicos o virtuales denominados Salas de Análisis del Riesgo (SAR), en donde se analiza cada situación y mediante un instrumento de decisión y la información disponible.

Con esto, se define como se realizará la modificación del riesgo, que puede ser por medio de seguimiento continuo remoto, desplazamiento de equipos de respuesta inmediata (ERI) o la activación del Sistema de Manejo de Incidentes (SMI) del COE-ESP, como el nivel máximo de activación para la respuesta institucional (4). Asimismo, toda información implicada con el RSI se reporta a través del SAT al Centro Nacional de Enlace (CNE) del Ministerio de Salud, para realizar las notificaciones correspondientes por el punto focal (4).

En este documento se presenta un análisis descriptivo transversal de los sistemas de información que componen el SAT. Estos sistemas se alimentan de los reportes generados por las diversas estrategias de vigilancia en salud pública, incluyendo la vigilancia basada en indicadores y eventos, así como la vigilancia comunitaria.

La información proveniente de las estrategias de vigilancia basadas en indicadores y eventos se consolida en una plataforma desarrollada con Firebase de Google. Esta plataforma permite registrar y analizar variables relacionadas con alertas y señales. Por su parte, la información de la vigilancia comunitaria se obtiene a través de reportes enviados por la red comunitaria en los territorios, mediante formularios predefinidos.

Para evaluar y modificar el riesgo, se recopilaban datos de las SAR y de los planes de acción de los equipos de respuesta inmediata, los cuales son activados ante brotes y emergencias.

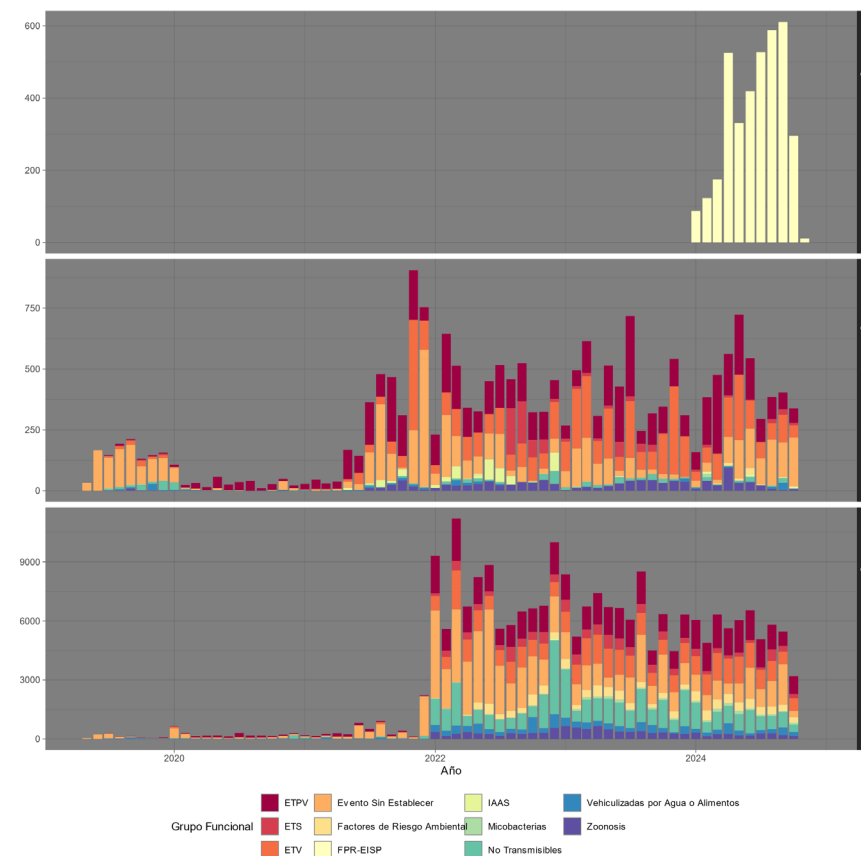
Con la información recopilada, se realizaron análisis descriptivos, incluyendo

frecuencias absolutas y relativas, histogramas y diagramas, para caracterizar las diferentes fases del proceso durante 2020 a 2024.

A lo largo del periodo de análisis el COE ha censado 255 689 señales de interés para la vigilancia en salud pública, que vinculan a todos los territorios nacionales y enmarcan doce grupos poblacionales de especial riesgo. La vigilancia basada en indicadores mostró el comportamiento más estable entre 2020 a 2024 con el 91 % de las entradas al sistema. La vigilancia basada en eventos sigue en el listado aportando el 7,6 % y la vigilancia basada en comunidad el 1,4 % (figura 1).

Las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación y las transmitidas por vectores concentran una proporción de señales y alertas importante dentro de la serie (20,5 % y 15,6 %), pero el grupo de enfermedades donde se consolidan eventos sin categorías específicas concentra la mayor cantidad con el 26,4 %. Los eventos no transmisibles y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) suman el 19 %.

Figura 1. Número de situaciones de alertas y señales por periodo y tipo de identificación estratégica Sistema de Alerta Temprana, Colombia, 2020 a 2024



Fuente: SAT 2020-2024

ETPV: enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, ETS: enfermedades de transmisión sexual, ETV: enfermedades transmitidas por vectores, FPR-EISP: factores potencialmente relacionados con evento de interés en salud pública, IAAS: infecciones asociadas a la atención en salud

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

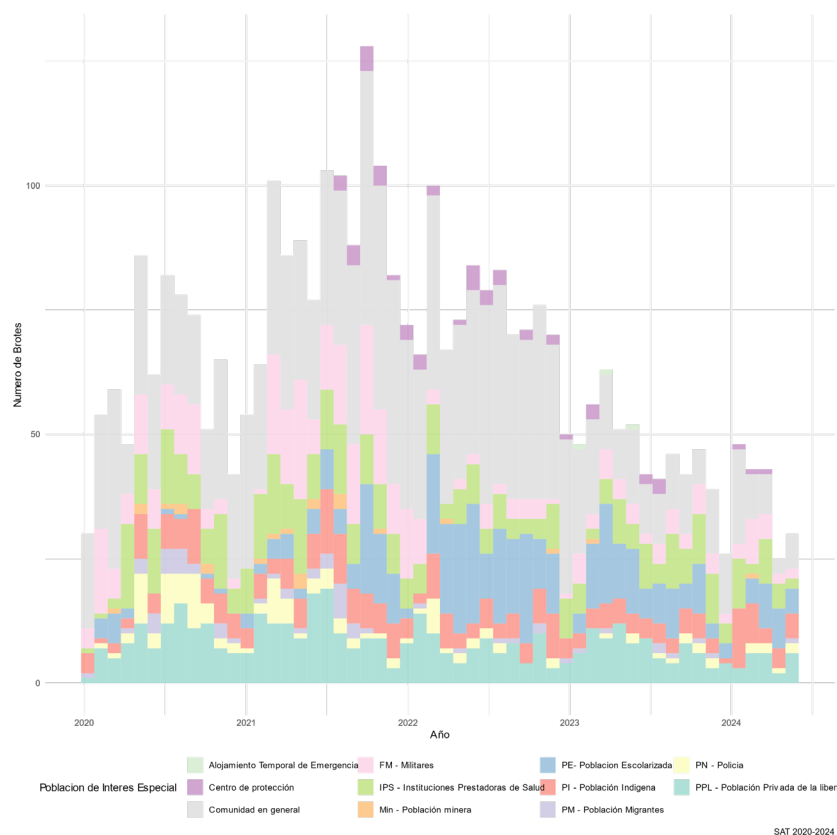
Desnutrición

Brotes

Tablas

De las señales clasificadas las que corresponden a alarma o condición de brotes fueron 6 130 y de ellas la mayor concentración con el 72,2 % (4 431) se presentó en 2020 a 2022, soportados en más de 2 374 brotes de infección respiratoria aguda. Las enfermedades transmitidas por alimentos, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y varicela son los eventos con mayor consistencia en la presentación de brotes, con un rango entre 90 a 120 por año y las poblaciones con mayor aporte a los brotes son la comunidad general, población privada de la libertad, instituciones de salud y población escolar (figura 2).

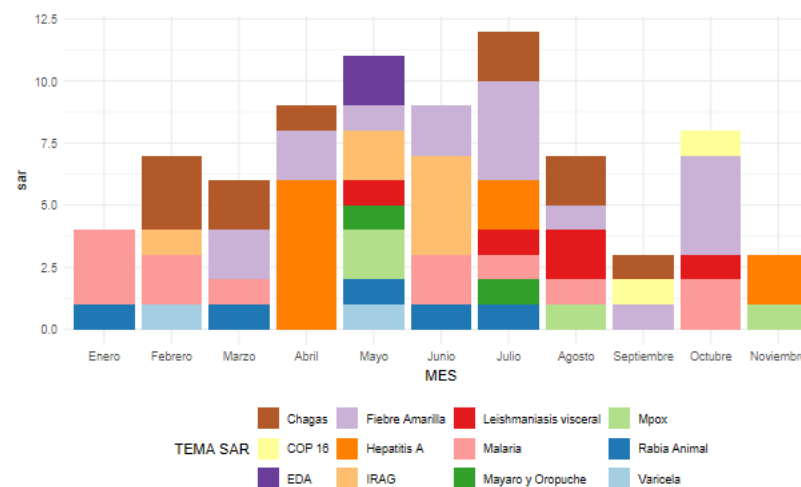
Figura 2. Número de Brotes por período y tipo de población de interés especial, Sistema de Alerta Temprana, Colombia, 2020 a 2024



Dentro de las SAR desplegadas en el país durante enero a noviembre de 2024 (38 SAR), se consolidaron 80 reuniones de interés nacional, en donde se gestionaron doce

EISP. El nivel de respuesta promedio de acuerdo con la matriz de valoración del riesgo nacional en 50 SAR ejecutadas de valoración inicial fue departamental en el 76 % de estas, seguida de respuesta departamental-nacional en el 20 % y dos activaciones del centro de operaciones de emergencia relacionadas a eventos complejos como la COP16 y evento de interés en salud pública de importancia internacional mpox (figura 3).

Figura 3. Número de salas de análisis del riesgo por mes y tipo de evento de interés en salud pública, Colombia, 2024



Fuente: SAT 2024

En 2024, hasta el 30 de noviembre, se desplegaron 25 ERI nacional en apoyo a los territorios. Estos equipos son multidisciplinarios, capacitados y entrenados para responder de manera eficiente y eficaz a una emergencia de salud pública, en coordinación y articulación con otras áreas de salud del nivel nacional y subnacional.

De los 25 equipos, 11 estuvieron conformados por uno o dos profesionales en entrenamiento de los niveles intermedio y avanzado del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP) de Colombia, además de los profesionales técnicos del INS. Seis de los equipos fueron desplegados con la activación del COE, bajo la estructura SMI.

De estos 25 equipos, el 44 % (11) se desplegaron en apoyo a los brotes de fiebre amarilla que se han identificado desde marzo de 2024 en Putumayo, Caquetá, Vaupés, Huila, Nariño y Tolima. El 24 % se desplegaron a los distritos de Cali y Buenaventura

y al Valle del Cauca en acompañamiento a las acciones de vigilancia por el evento de afluencia masiva de personas (EAMP) COP16. Otros eventos atendidos por los ERI del INS fueron Chagas, hepatitis A, agresión por animales potencialmente transmisores de rabia, alojamientos temporales de emergencia (ATE), dengue y varicela.

En las SAR realizadas en enero y mayo de 2024 (37), el total de las valoraciones de riesgo realizadas generaron un nivel de riesgo para respuesta departamental-municipal, por lo que no se requirió desplazamiento de ERI del INS. En el resto del año, el 20 % (5) de los despliegues de los ERI se realizó en abril, seguido del 16 % (4) para cada uno de los meses de marzo, junio (4) y octubre (4), el 12 % (3) en noviembre y el 20 % (5) restante en los meses de febrero, julio, agosto y septiembre (figura 4).

Figura 4. Distribución de los despliegues de equipos de respuesta inmediata del Instituto Nacional de Salud, por mes, Colombia, enero a noviembre de 2024



Fuente: SAT 2024

Conclusiones

- Es importante resaltar que la capacidad de detectar brotes no depende solamente de la habilidad del sistema de vigilancia para identificar casos que consulten a los servicios de salud, los sistemas de gestión de emergencias en salud pública deben estar en capacidad de incorporar herramientas epidemiológicas que les permitan también hacer vigilancia basada en eventos y un rastreo efectivo de señales en medios de comunicación, redes sociales e inclusive vigilancia basada en la comunidad para poder contemplar el abanico completo de indicios que puedan desencadenar una respuesta.

- La vigilancia basada en indicadores ha sido la fuente principal de datos, aportando el 91 % del total de señales y alertas. Este tipo de estrategia es la más estable y sistemática fundamentada en el seguimiento de las notificaciones del Sivigila.
- Las enfermedades transmisibles, tanto las prevenibles por vacunación como las transmitidas por vectores, representan una proporción importante de las señales y alertas, siendo los eventos con mayores activaciones dentro del SAT nacional.
- A pesar de la importancia de las enfermedades transmisibles, la categoría de eventos sin categoría específica concentra la mayor cantidad de señales, siendo el precursor de la presencia de eventos emergentes.
- La vigilancia basada en la comunidad es relevante ya que representa el eslabón faltante dentro de dos estrategias robustas como la basada en indicadores y en eventos, ya que permite para identificar situaciones de interés desde lugares en donde las otras no lo logran realizar.
- El nivel respuesta está determinado por un análisis de amenazas y vulnerabilidades del territorio ante un evento o emergencia de interés en salud pública, y se realiza en el marco de una sala de análisis del riesgo.
- En la modificación del riesgo, el despliegue estratégico de equipos de respuesta inmediata del INS, especialmente en brotes de fiebre amarilla y eventos masivos, permitió una respuesta ágil y efectiva, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los territorios.

Recomendaciones:

- Para los SAT subnacionales continuar con el fortalecimiento de la vigilancia basada en indicadores dado su alto nivel de estabilidad y sistematicidad, refleja un umbral robusto en el cual se pueden monitorear las tendencias de EISP que permiten comparar comportamientos habituales de los inusitados
- Para los SAT continuar con la clasificación de las señales o alertas que permitan el establecimiento de una ruta de activación hacia EISP y especialmente de aquellos que no cuentan con una categoría específica, para obtener una comprensión más precisa de los riesgos para la salud.

- Para los SAT subnacionales integrar cada vez más diferentes fuentes de datos, La integración de datos provenientes de diferentes fuentes, como la vigilancia basada en eventos y la vigilancia basada en la comunidad, permitirá obtener una visión más completa y actualizada de la situación de salud.
- Para los equipos de vigilancia en salud pública es fundamental realizar un monitoreo continuo de las tendencias observadas para identificar cambios en los patrones de enfermedad y ajustar las estrategias de prevención y control.

Referencias

1. Plataforma estratégica, Instituto Nacional de Salud INS. [citado 21 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/conocenos/plataforma-estrat%C3%A9gica>
2. ISO 31000:2018(es), Gestión del riesgo — Directrices [Internet]. [citado 21 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:e>
3. ABECE-GESTION-DEL-RIESGO COLECTIVO, Instituto Nacional de Salud INS. [citado 21 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/ImagenesBanner/ABECE-GESTION-DEL-RIESGO-COLECTIVO/ABECE-Gestion-del-riesgo-colectivo.pdf>
4. ABECE-GESTION-DEL-RIESGO COLECTIVO, Etapa-1-Sistema-de-Alerta-Temprana_Identificacion-del-riesgo-en-salud-publica, Instituto Nacional de Salud INS. [citado 21 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/ImagenesBanner/ABECE-GESTION-DEL-RIESGO-COLECTIVO/ABECE-Gestion-del-riesgo-colectivo.pdf>

SITUACIÓN NACIONAL

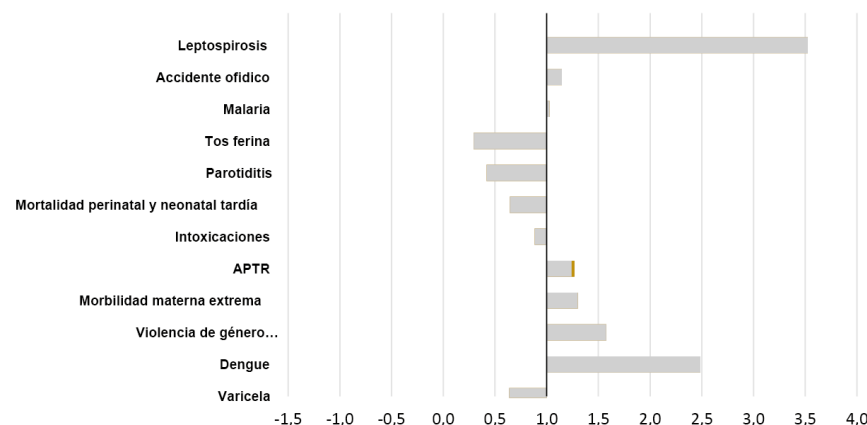
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 49 de 2024, se identificó que la notificación del evento agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024
*APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

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.

En la semana epidemiológica 49 de 2024, el evento mortalidad por dengue y lepra se encontraron 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 lo esperado (tabla 2).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2024

Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	9	4	0,01
Lepra	7	4	0,04
Leishmaniasis cutánea	14	64	0,00
Chikungunya	2	5	0,09
Zika	7	8	0,14
Leishmaniasis mucosa	1	0	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	2	0,26

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.

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 respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana epidemiológica 49 del 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 el mismo comportamiento con respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 49 del año 2023. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 99,96 % (4 828/4 830); observando una disminución del 0,02 % respecto a la semana anterior y aumentando un 0,26 % comparado con la semana epidemiológica 49 del 2023. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 49 de 2024, a nivel

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

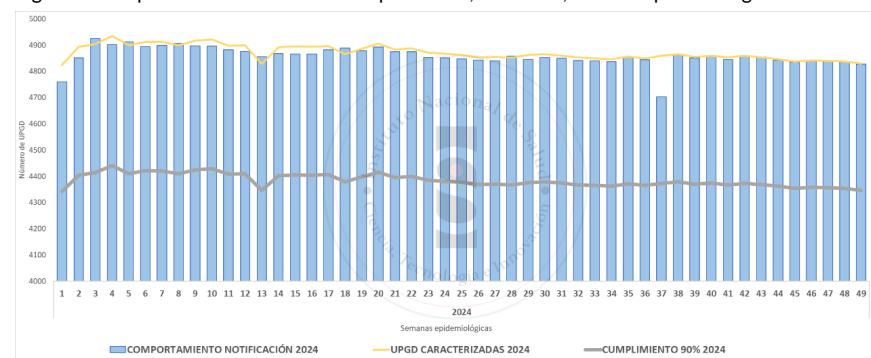
Brotes

Tablas

nacional se detectó que el 0,04 % de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (2), se identifica que de estas el 100 % (2) están categorizadas en el primer nivel de complejidad.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica en 2024, las UPGD caracterizadas 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 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 49 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 (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) 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 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 \(ins.gov.co\)](https://ins.gov.co/PRO_Mortalidad_menores_5años.pdf).

A semana epidemiológica 49 de 2024, se han notificado 849 muertes probables en menores de cinco años: 453 por infección respiratoria aguda (IRA), 244 por desnutrición (DNT) aguda y 152 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 31 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis. En concordancia con esto, se consideran 818 casos de población residente en Colombia (442 por IRA, 229 por DNT aguda y 147 por EDA); de los cuales, 478 han sido confirmados, 142 fueron descartados y 198 se encuentran en estudio (tabla 2).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

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 49, 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 49 de 2024			Casos en estudio a SE 49 de 2024			Tasa a SE 49 de 2023			Tasa a SE 49 de 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	2	3	1	0	0	0	10,49	62,95	20,98	21,10	31,65	10,55
Antioquia	14	10	5	5	18	3	3,93	4,86	0,46	3,30	2,36	1,18
Arauca	1	3	0	0	0	1	10,82	18,03	7,21	3,65	10,95	0,00
Atlántico	4	8	1	2	3	1	7,70	5,14	0,86	3,50	7,00	0,88
Barranquilla	2	5	1	0	1	1	2,23	4,46	0,00	2,28	5,71	1,14
Bogotá, D.C.	0	16	1	0	10	0	0,00	6,79	0,00	0,00	3,46	0,22
Bolívar	2	10	2	0	1	0	13,50	10,61	0,96	1,97	9,85	1,97
Boyacá	0	4	0	0	1	0	1,16	9,26	1,16	0,00	4,71	0,00
Buenaventura	1	1	3	0	1	0	14,09	16,91	0,00	2,89	2,89	8,66
Caldas	0	1	0	0	0	1	0,00	1,66	0,00	0,00	1,69	0,00
Cali	1	6	0	1	2	0	0,69	0,69	0,69	0,71	4,24	0,00
Caquetá	0	1	0	2	9	2	13,21	2,64	0,00	0,00	2,70	0,00
Cartagena de Indias	1	7	1	0	1	0	2,53	13,91	0,00	1,29	9,05	1,29
Casanare	0	2	1	0	1	0	0,00	5,22	10,44	0,00	5,31	2,65
Cauca	0	6	0	3	2	3	0,00	10,54	4,39	0,00	5,34	0,00
Cesar	10	8	4	2	2	0	17,99	9,81	2,45	8,30	6,64	3,32
Chocó	29	28	33	5	12	2	83,14	71,01	38,10	50,52	48,77	57,48
Córdoba	7	11	3	0	0	1	5,87	9,78	0,65	4,66	7,32	2,00
Cundinamarca	0	8	0	0	3	0	0,00	1,28	0,00	0,00	3,39	0,00
Guainía	0	2	2	0	3	0	14,35	57,41	57,41	0,00	28,32	28,32
Guaviare	1	1	0	0	0	0	10,42	10,42	0,00	10,32	10,32	0,00
Huila	1	5	0	0	1	0	4,96	5,95	0,99	1,01	5,06	0,00
La Guajira	35	22	22	12	17	2	57,00	40,72	22,62	31,95	20,08	20,08
Magdalena	11	5	1	1	7	0	20,19	14,25	2,37	13,22	6,01	1,20
Meta	6	4	2	0	1	1	7,17	15,54	2,39	7,28	4,85	2,43
Nariño	3	3	1	1	0	0	4,13	9,92	1,65	2,53	2,53	0,84
Norte de Santander	4	2	1	0	1	1	0,76	3,82	0,76	3,12	1,56	0,78
Putumayo	1	2	1	0	0	0	0,00	3,15	3,15	3,18	6,36	3,18
Quindío	0	2	0	0	1	0	0,00	6,37	0,00	0,00	6,52	0,00
Risaralda	6	8	6	1	1	3	13,58	15,27	13,58	10,47	13,97	10,47
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	47,37	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	1	2	1	1	4,99	9,98	7,48	0,00	0,00	2,53
Santander	0	5	3	3	2	2	2,63	3,94	3,94	0,00	3,35	2,01
Sucre	7	6	0	2	1	0	2,59	6,47	3,88	9,18	7,87	0,00
Tolima	0	3	0	3	6	2	3,39	9,55	0,00	0,00	3,65	0,00
Valle del Cauca	2	4	2	3	6	0	2,62	7,97	0,72	1,49	2,98	1,49
Vaupés	1	0	1	0	2	1	0,00	62,29	15,57	15,11	0,00	15,11
Vichada	5	9	1	2	2	1	122,80	14,45	21,67	36,02	64,83	7,20
Nacional	157	221	100	50	119	29	7,51	9,45	2,92	4,32	6,08	2,75

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

SE: semana epidemiológica

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 49 de 2024 se han notificado 442 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 221 fueron confirmadas, 102 descartadas y 119 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 6,08 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 49 fue 350, para una tasa de mortalidad de 9,45 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 49 de 2024 se notificaron cuatro (4) muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 49 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Chocó, Caquetá, Vichada, Bogotá D.C., Antioquia, Bolívar, Meta, Norte Santander y Nariño; a nivel municipal en Uribe, Cumaribo, Ibagué, Nuquí, Medellín, Puerto Gaitán y Cucutá. 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 49 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	28	40
Caquetá	6	10
Vichada	4	11
Bogotá D.C.	46	26
Antioquia	60	28
Bolívar	16	11
Meta	11	5
Norte de Santander	9	3
Nariño	9	3
Uribe	9	15
Cumaribo	2	9
Ibagué	1	4
Nuquí	1	4
Medellín	20	5
Puerto Gaitán	3	0
Cucutá	3	0

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

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

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 49, 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	38	3	1	1	1	44	33	2	1	1	0	37
Rhinovirus	23	10	3	2	2	40	14	5	5	2	1	27
Enterovirus	16	9	3	1	1	30	9	4	3	2	1	19
Streptococcus pneumoniae	6	2	1	4	2	15	5	4	3	3	1	16
Staphylococcus aureus	5	1	0	1	1	8	10	1	2	2	0	15
Adenovirus	19	11	3	3	1	37	7	4	2	0	0	13
SARS-CoV2	12	4	1	0	1	18	10	2	0	0	0	12
Moraxella catarrhalis	2	1	0	0	0	3	4	2	2	2	1	11
Haemophilus influenzae B	9	1	0	2	0	12	5	2	2	0	0	9
Influenza A	3	0	1	3	0	7	6	3	0	0	0	9
Metapneumovirus	8	3	1	1	0	13	4	1	1	1	0	7
Klebsiella pneumoniae	4	0	0	0	0	4	3	1	1	0	0	5
Mycoplasma pneumoniae	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	3
Enterobacter cloacae	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
Parainfluenza tipo 1	5	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	5	1	0	0	0	6	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2
Escherichia coli	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Influenza AH1N1	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0
Influenza B	6	0	0	3	1	10	0	0	0	0	0	0
Total	168	47	15	24	10	264	121	33	24	14	4	196

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 49 se han notificado 229 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 157 casos fueron confirmados, 22 descartados y 50 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,32 casos por cada 100 000 menores de cinco años. En la semana epidemiológica 49 de 2024 se notificaron cuatro (4) muertes probables en menor de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 49 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Chocó, Sucre, Bolívar, Cesar, Casanare, La Guajira y Cundinamarca; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Ciénaga, Bajo Baudó, Riosucio, Maicao y Puerto Carreño. 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 49 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	11	19
Chocó	17	34
Sucre	3	9
Bolívar	8	2
Cesar	22	12
Casanare	3	0
La Guajira	56	47
Cundinamarca	3	0
Bojayá	1	5
Tadó	1	5
Ciénaga	2	5
Bajo Baudó	1	5
Riosucio	3	0
Maicao	14	5
Puerto Carreño	3	0

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 49 se han notificado 147 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 100 casos fueron confirmados, 18 descartados y 29 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,75 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 49 fue de 108 para una tasa de mortalidad de 2,92 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 49 de 2024 no se notificaron muertes probables en menor de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 49 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Buenaventura, Chocó, Córdoba y Santander; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Mistrató y Dibulla. 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 49 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Buenaventura	0	3
Chocó	24	35
Córdoba	1	4
Santander	1	5
Bojayá	3	12
Tadó	1	4
Mistrató	1	5
Dibulla	3	0

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 49 de 2024 se notificaron al Sivigila tres (3) casos, una muerte materna temprana, una muerte materna tardía y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 193 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 185 residen en territorio colombiano y ocho (8) residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 8).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 49, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	439	134	40	613
2022	245	140	55	440
2023	219	148	74	441
2024	185	103	36	324

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

Se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Bogotá D.C., Chocó, Antioquia y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá D.C., Bolívar, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Santa Marta y Sucre; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 9).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Turbo y Bello (Antioquia), Valledupar y Tamalameque (Cesar), Puerto Gaitán (Meta), Carmen de Apicalá (Tolima) y Yumbo (Valle del Cauca) comparado con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 49 de 2024, el 64,9 % corresponden a causas directas y el 33,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 21,1 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 48 de 2023 - 2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 - 2023 a SE 49	Acumulado de casos a SE 49		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Colombia	321	219	185	Disminución
La Guajira	26	18	22	Ninguno
Bogotá D.C.	27	17	20	Disminución
Antioquia	26	18	14	Disminución
Chocó	12	7	15	Ninguno
Cundinamarca	17	10	11	Disminución
Cesar	13	6	10	Ninguno
Nariño	13	11	9	Ninguno
Cauca	9	10	7	Ninguno
Córdoba	16	6	7	Disminución
Meta	9	6	7	Ninguno
Atlántico	12	12	5	Disminución
Cali	8	5	5	Ninguno
Huila	5	5	5	Ninguno
Magdalena	14	10	5	Disminución
Norte de Santander	10	2	5	Disminución
Santander	10	5	5	Disminución
Tolima	6	6	5	Ninguno
Barranquilla	9	5	4	Disminución
Bolívar	12	7	3	Disminución
Putumayo	3	2	3	Ninguno
Valle del Cauca	6	4	3	Ninguno
Vichada	4	2	3	Ninguno
Boyacá	5	4	2	Ninguno
Buenaventura	4	5	2	Ninguno
Risaralda	4	3	2	Ninguno
Santa Marta	7	3	2	Disminución
Sucre	8	7	2	Disminución
Caldas	4	1	1	Ninguno
Casanare	3	2	1	Ninguno
Amazonas	1	0	0	Ninguno
Arauca	3	2	0	Disminución
Caquetá	4	5	0	Disminución
Cartagena	11	9	0	Disminución
Guainía	1	1	0	Ninguno
Guaviare	1	1	0	Ninguno
Quindío	2	2	0	Ninguno
Vaupés	1	0	0	Ninguno

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	Turbo	4	0	0,02
	Bello	1	3	0,03
Cesar	Valledupar	6	0	0,00
	Tamalameque	0	2	0,02
Meta	Puerto Gaitán	2	4	0,04
Tolima	Carmen de Apicalá	0	1	0,00
Valle del Cauca	Yumbo	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 49 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 49 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
DIRECTA	160	65,3	149	68,0	120	64,9	
Hemorragia obstétrica	41	16,7	36	16,4	39	21,1	Ninguno
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	61	24,9	43	19,6	35	18,9	Ninguno
Sepsis obstétrica	17	6,9	19	8,7	13	7,0	Ninguno
Evento tromboembólico como causa básica	17	6,9	23	10,5	10	5,4	Disminución
Embarazo ectópico	8	3,3	11	5,0	8	4,3	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	1,6	4	1,8	6	3,2	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	4	1,6	3	1,4	3	1,6	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	5	2,0	4	1,8	3	1,6	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,5	2	1,1	Ninguno
Otras causas directas	3	1,2	1	0,5	1	0,5	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	4	1,8	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	78	31,8	66	30,1	61	33,0	
Otras causas indirectas	34	13,9	25	11,4	30	16,2	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	11	4,5	13	5,9	9	4,9	Ninguno
Otras causas indirectas: cáncer	13	5,3	10	4,6	8	4,3	Ninguno
Sepsis no obstétrica	11	4,5	12	5,5	7	3,8	Disminución
Otras causas indirectas: dengue	1	0,4	1	0,5	3	1,6	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	0,8	3	1,4	3	1,6	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	6	2,4	1	0,5	1	0,5	Ninguno
Otras causas indirectas: malaria	0	0,0	1	0,5	0	0,0	Ninguno
Desconocida / indeterminada	5	2,0	2	0,9	1	0,5	
En estudio	2	0,8	2	0,9	3	1,6	

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

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.

El análisis de comportamientos inusuales a nivel departamental y distrital se realizó con el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) de 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%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM.

A semana epidemiológica 49 de 2024 se han notificado 5 221 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 445 corresponden a residentes en Colombia y 76 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (695), Antioquia (623), Cundinamarca (323), La Guajira (262) y Córdoba (247). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 49 de 2024 se presentó comportamiento inusual en Cundinamarca, Chocó, Córdoba, La Guajira y Valle del Cauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 46 a 49)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 49	
				2023	2024
Colombia	556	376	Ninguno	6 608	5 445
Bogotá, D.C.	67	50	Ninguno	720	695
Antioquia	63	46	Ninguno	750	623
Cundinamarca	30	13	Decremento	363	323
La Guajira	29	12	Decremento	346	262
Córdoba	27	12	Decremento	337	247
Cali	20	18	Ninguno	253	241
Nariño	16	14	Ninguno	155	175
Barranquilla	23	14	Ninguno	271	172
Cesar	18	16	Ninguno	226	171
Cauca	16	11	Ninguno	224	169
Cartagena de Indias	18	17	Ninguno	230	166
Santander	18	12	Ninguno	194	154
Valle del Cauca	14	6	Decremento	192	151
Atlántico	19	10	Ninguno	209	149
Chocó	12	6	Decremento	155	149
Norte de Santander	18	11	Ninguno	190	144
Magdalena	13	8	Ninguno	142	141
Bolívar	16	8	Ninguno	186	133
Meta	15	10	Ninguno	162	133
Sucre	14	10	Ninguno	172	126
Huila	12	9	Ninguno	169	124
Tolima	11	8	Ninguno	146	114
Boyacá	10	7	Ninguno	123	105
Risaralda	9	8	Ninguno	79	87
Caldas	7	5	Ninguno	78	73
Casanare	6	3	Ninguno	61	55
Putumayo	4	3	Ninguno	53	53
Quindío	4	4	Ninguno	43	48
Buenaventura	5	5	Ninguno	75	45
Santa Marta	6	4	Ninguno	62	44
Caquetá	5	3	Ninguno	74	40
Arauca	4	2	Ninguno	57	37
Vichada	3	4	Ninguno	38	31
San Andrés y Providencia	1	1	Ninguno	10	15
Vaupés	1	1	Ninguno	12	14
Amazonas	1	1	Ninguno	17	13
Guainía	1	3	Ninguno	20	12
Guaviare	1	1	Ninguno	14	11

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 pr – RUAF ND, nacimientos 2023-2024

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2019 a 2023 en Cartago (Valle del Cauca), San Bernardo del Viento (Córdoba), Totoró (Cauca), Bojayá (Chocó), Isnos (Huila), Vigía del Fuerte (Antioquia), Anorí (Antioquia), El Rosal (Cundinamarca), Puerto Guzmán (Putumayo) y Zarzal (Valle del Cauca).

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 49 2019 - 2023	Valor observado a SE 49 de 2024	Semanas continuas en incremento
Valle del Cauca	Cartago	11	15	24
Córdoba	San Bernardo del Viento	6	11	21
Cauca	Totoró	6	10	33
Chocó	Bojayá	4	8	28
Huila	Isnos	5	8	4
Antioquia	Vigía del Fuerte	3	7	10
Antioquia	Anorí	3	7	29
Cundinamarca	El Rosal	4	7	11
Putumayo	Puerto Guzmán	3	7	3
Valle del Cauca	Zarzal	4	7	23

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

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,4 %, seguido de las neonatales tempranas con 29,1 %, neonatales tardías con 16,9 % y fetales intraparto con 10,6 %

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,8 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,4 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 49 de 2024 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a la gestión de las entidades territoriales de notificación a 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 49, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 49, 2022 -2024					
	2022 a SE 49	(%)	2023 a SE 49	(%)	2024 a SE 49	(%)
Colombia	8 039	100,0	6 608	100,0	5 445	100,0
Asfixia y causas relacionadas	2 040	25,4	1 644	24,9	1 328	24,4
Prematuridad-inmadurez	1 444	18,0	1 192	18,0	862	15,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1 210	15,1	1 033	15,6	732	13,4
Complicaciones del embarazo	808	10,1	700	10,6	558	10,2
Malformación congénita	664	8,3	591	8,9	471	8,7
Infecciones	794	9,9	586	8,9	463	8,5
Otras causas de muerte	547	6,8	401	6,1	334	6,1
Sin información	0	0,0	58	0,9	294	5,4
Causas no específicas	219	2,7	155	2,3	202	3,7
Trastornos cardiovasculares	205	2,6	165	2,5	157	2,9
Lesión de causa externa	79	1,0	60	0,9	22	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	29	0,4	23	0,3	22	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: todas las atenciones 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 con tendencia a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa urgencias que no es menor del 30 %. Para los servicios de hospitalización en sala general, unidad de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM) se observa una variación porcentual con tendencia hacia al aumento con respecto al mismo periodo del año anterior que no supera el 30% (tabla 14); por lo que dichas variaciones no son significativas.

Tabla 14. Notificación morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 49, 2023 y 2024

A semana epidemiológica 49 2023 - 2024			
Tipo de servicio	2023	2024	Variación porcentual >30% o < 30 %
Consulta externa y urgencias	6 996 809	6 669 684	⇒ -0,05%
Hospitalización en sala general	281 980	285 634	⇒ 0,01%
Hospitalización en UCI/UCIM	33 943	36 438	⇒ 0,07%

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 49 de 2024 se notificaron 138 734 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, Barranquilla, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Santa Marta, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Caquetá. Las 27 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 (46 a 49 de 2024) en 20 municipios (tabla 15).

Tabla 15.Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (46 a 49 de 2024)

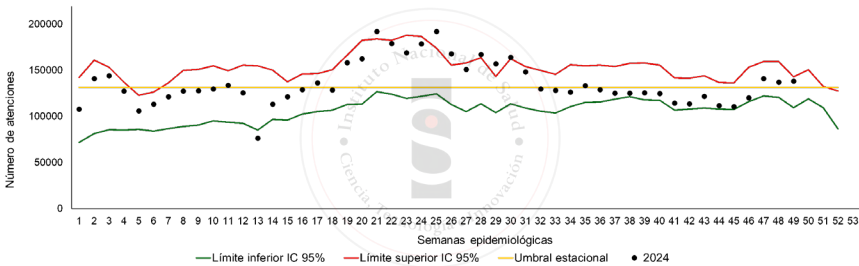
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (últimas 4 semanas epidemiológicas 46 a 49)	Observado (últimas 4 semanas epidemiológicas 46a 49)	Análisis
Antioquia	Apartado	16 592	765	1 223	Aumento
Antioquia	Turbo	13 997	690	1 052	Aumento
Antioquia	Itagüí	77 845	4 321	7 252	Aumento
Antioquia	Bello	72 493	4 161	5 971	Aumento
Atlántico	Malambo	8 974	339	469	Aumento
Bolívar	Magangué	16 488	875	1 266	Aumento
Casanare	Yopal	14 918	637	961	Aumento
Cundinamarca	Girardot	19 660	856	1 373	Aumento
Cundinamarca	Madrid	18 444	528	1 365	Aumento
Cundinamarca	Zipacquirá	20 999	1 042	1 868	Aumento
Cundinamarca	Soacha	74 665	3 185	5 352	Aumento
La Guajira	Maicao	58 460	2 342	5 967	Aumento
La Guajira	Uribe	51 458	2 545	4 418	Aumento
Santander	Girón	8 024	214	642	Aumento
Santander	Piedecuesta	6 389	227	469	Aumento
Santander	Floridablanca	27 248	1 369	2 176	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	15 933	786	1 224	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	16 370	687	1 090	Aumento
Valle del Cauca	Palмира	28 003	1 540	2 438	Aumento
Boyacá	Sogamoso	16 290	1 060	1 726	Aumento
Antioquia	Envigado	23 098	1 796	2 140	Ninguno
Atlántico	Soledad	94 055	6 005	7 653	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	6 187	299	278	Ninguno
Norte de Santander	Ocaña	15 460	776	978	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	13 424	1 052	1 154	Ninguno
Huila	Pitalito	11 435	759	805	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 a 49 de 2024), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representan el 29,2 % (157 014) de las consultas, seguido por el grupo de 05 a 19 años con el 19,3 % (104 113). 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 11,3 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 11,0% respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA, de las semanas epidemiológicas 01 a la 49 se ubican dentro de los límites esperados exceptuando la semana 21, 25, 26, 28, 29 y 30 donde se ubican por encima del límite superior histórico establecido; para la última semana se observa un aumento del 0,91 % comparado con la semana anterior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49, 2017 a 2024



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

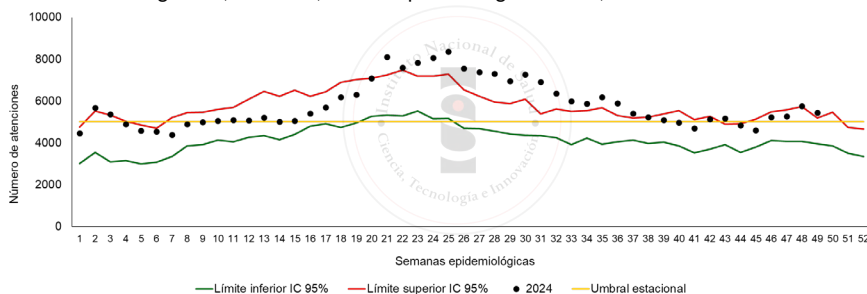
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 49 de 2024 se notificaron 5 439 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali, Guaviare, La Guajira, Putumayo y San Andrés e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Cartagena, Cauca, Choco, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés. En las 16 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 a 49 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 558) representaron el 25,6 %, seguido de los menores de un año con el 15,9 % (3 460). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en los niños de un año con 22,2 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 20,8 %.

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, en para semana 21 a 37 se sitúa por encima del límite superior, en semana 38 a 47 se observa que se ubica por debajo del límite superior y para semana 48 y 49 una tendencia de aumento situándose sobre el límite superior. Para la última semana se observa una disminución de 5,58 % comparado con la semana anterior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 49, 2016 a 2024

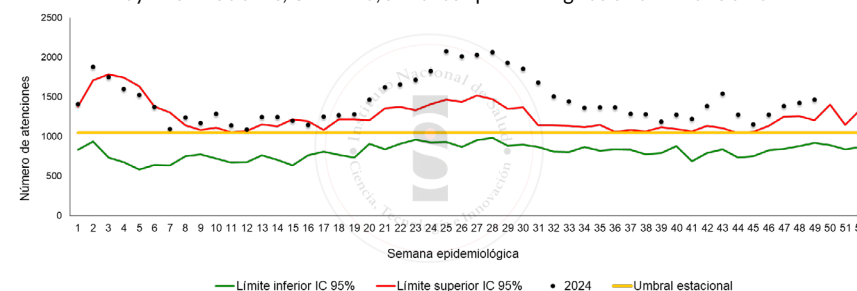


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 49 de 2024, se notificaron (1 466) 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 89,79 % de las semanas epidemiológicas. (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 2016 a 2024



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

Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 49 de 2024 se notificaron 660 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 16 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Cesar, Cundinamarca, Putumayo, Vaupés y Vichada. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Bogotá, Cartagena, Chocó, Guainía, Huila, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés y Santander

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 a 49 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 36,9 % (1 092), seguido de los menores de un año con el 22,5 % (666) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI y UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de un año con el 25,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,5 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM de semana 1 a 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 las semanas 28 a 49 se evidencia tendencia a la disminución, ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana se observa una disminución de 4,89 % comparada con la semana anterior (figura 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

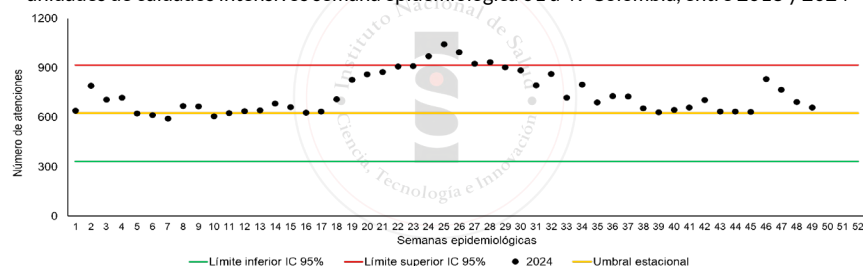
Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 49 Colombia, entre 2018 y 2024

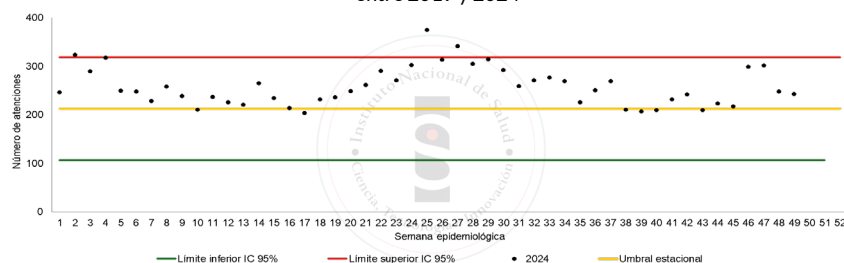


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

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

En la semana epidemiología 49 de 2024, se notificaron 243 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 la 49 (exceptuando semana 25 y 27) se han situado dentro los límites esperados; para semana 25 y 27 se ubica por encima del límite superior. (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 49, 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 48 de 2014 en la región de las Américas la actividad de influenza en las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado acenso en la región Caribe y Andina, las demás regiones han

permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidenció 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 reportaron niveles altos de circulación en la región excepto en la región Andina, Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidenció un marcado incremento en Norte América, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 49 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 influenza B, metapneumovirus e influenza A(H3N2); en decremento coronavirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (figura 12).

Figura 12. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 42 a 49 de 2024

Agente viral identificado	Semana epidemiológica 42 a 45			Semana epidemiológica 46 a 49			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	35.8	43.1	22.0	41.9	42.5	24.3	
Rinovirus	22.1	18.1	22.2	18.8	15.5	22.2	
Virus sincitial respiratorio	15.2	23.4	-	13.5	23.9	11.1	
Enterovirus	8.3	7.4	-	7.5	4.2	11.1	
Adenovirus	10.3	12.8	11.1	9.8	15.5	-	
Influenza B	13.7	6.4	11.1	18.7	7.0	11.1	
Influenza A	1.4	-	11.1	2.2	-	-	
Parainfluenza	9.6	8.5	11.1	11.2	15.5	-	
Metapneumovirus	6.9	10.6	-	11.2	11.3	22.2	
A(H1N1)pdm09	2.8	2.1	11.1	-	-	-	
SARS-CoV2	2.8	3.2	-	0.8	1.4	-	
A(H3N2)	0.7	1.1	-	3.8	2.8	22.2	
Bocavirus	-	-	-	-	-	-	
Coronavirus	6.2	6.4	11.1	2.3	2.8	-	

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 *Streptococcus pneumoniae*) consulte Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes Responsables de Neumonías y Meningitis Bacterianas (consulte [SIREVA](#)).

COVID-19

Metodología

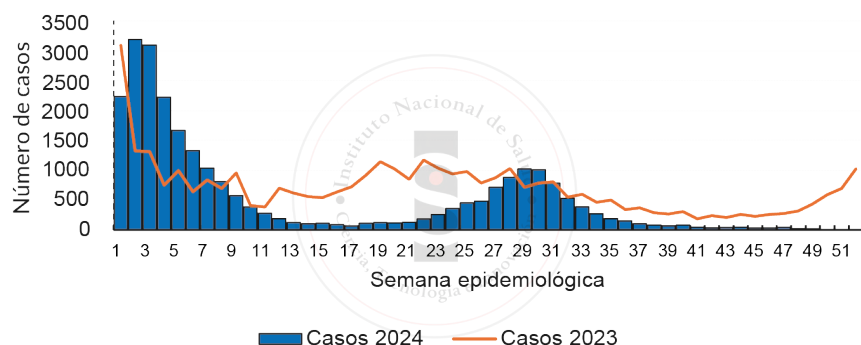
Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 49 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 07 de diciembre por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 26 204 casos de COVID-19. En las últimas ocho semanas se observa una disminución significativa del 88,2 % comparado con el mismo periodo del año 2023 (figura 13).

Fig 13. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, 2023-2024



Entre 01 de diciembre y el 07 de diciembre de 2024 (semana epidemiológica 49) se confirmaron 27 casos en el territorio nacional; de estos el 51,9 % (14 casos) corresponde a la semana epidemiológica 49. El 51,9 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Barranquilla y Tolima (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 49 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	46	47	48	49	Total
Bogotá D.C	1	1	0	1	4	7
Antioquia	1	0	0	0	2	3
Barranquilla.	0	0	1	0	1	2
Tolima	0	0	0	1	1	2
Caldas	1	0	0	0	1	2
Valle del Cauca	0	0	2	0	0	2
Cali	0	0	0	0	1	1
Quindío	0	0	0	0	1	1
Norte de Santander	0	0	0	0	1	1
Cauca	0	0	1	0	0	1
Santander	0	0	0	1	0	1
La Guajira	0	0	0	1	0	1
Nariño	0	0	1	0	0	1
Córdoba	0	0	0	0	1	1
Cundinamarca	0	0	0	0	1	1
Total general	3	1	5	4	14	27

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 46 a 49 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 112 casos nuevos por COVID-19 en 21 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 44 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 0,21 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 42 a 45 de 2024) en este indicador no se observan cambios a nivel departamental y distrital. En los municipios con población mayor a 10 000 habitantes se observa incremento significativo en San Francisco (Antioquia), Campo de la Cruz (Atlántico), La Capilla y Monquirá (Boyacá), Chocontá y Sesquilé (Cundinamarca), Villavieja (Huila), Caimito (Sucre) y Ansermanuevo (Valle del Cauca).

Para 2024, en Colombia se han notificado 354 fallecidos con una mortalidad de 0,68 fallecidos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportó 1 fallecido, lo que también muestra una reducción en este indicador al compararse con el período anterior. La procedencia del caso fallecido en el período es Quindío. El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años con más del 78,8% del total de las muertes.

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.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 49 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 49 de 2024 se notificaron 4 662 casos probables de dengue: 3 447 casos de esta semana y 1 215 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 311 536 casos, 194 135 (62,3 %) sin signos de alarma, 114 522 (36,8 %) con signos de alarma y 2 879 (0,9 %) de dengue grave.

El 74,2 % (231 146) de los casos acumulados a nivel nacional proceden de Valle del Cauca, Cali, Santander, Tolima, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Cauca, Risaralda y Norte de Santander (tabla 1); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 45 a 48 de 2024) el 38,5 % (6 588) de los casos se concentran en Antioquia, Santander, Cartagena, Valle del Cauca, y Tolima.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación,

Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024

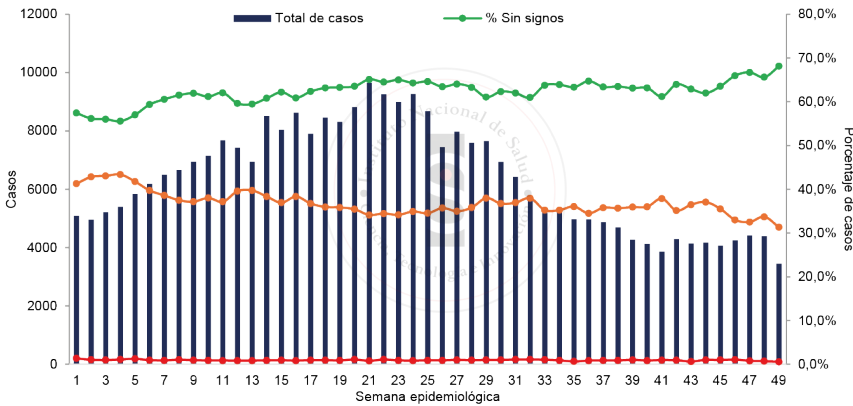
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	52 905	70,0	29,5	0,5
Cali	37 550	62,6	36,5	0,9
Santander	35 652	63,7	35,6	0,7
Tolima	24 872	58,7	40,2	1,2
Huila	20 506	60,5	37,1	2,5
Antioquia	18 840	61,5	37,8	0,7
Cundinamarca	13 889	57,5	41,9	0,6
Cauca	9 275	62,5	36,6	0,9
Risaralda	9 223	62,7	36,8	0,6
Norte de Santander	8 434	54,9	43,5	1,6
Meta	7 788	65,9	33,2	0,9
Quindío	7 358	68,5	31,2	0,4
Bolívar	6 933	55,2	43,7	1,1
Córdoba	6 679	49,2	50,6	0,1
Cartagena de Indias	5 179	69,2	29,2	1,6
Sucre	5 077	43,8	55,1	1,1
Barranquilla	4 643	64,3	34,9	0,8
Putumayo	4 619	66,7	32,6	0,7
Cesar	3 457	41,0	57,6	1,4
Casanare	3 442	68,0	31,4	0,6
Nariño	3 254	68,6	30,7	0,6
Caldas	2 797	66,8	32,9	0,3
Atlántico	2 615	47,5	51,0	1,5
Arauca	2 521	65,0	33,6	1,3
Caquetá	2 481	47,6	50,9	1,4
Boyacá	2 019	70,3	29,1	0,6
Chocó	1 880	77,2	22,2	0,6
La Guajira	1 484	41,0	58,0	1,1
Magdalena	1 333	36,0	62,9	1,1
Buenaventura	834	69,5	29,3	1,2
Guaviare	666	80,3	19,1	0,6
Santa Marta	653	44,6	53,6	1,8
Amazonas	633	64,9	34,8	0,3
Archipiélago de San Andrés	578	60,6	39,1	0,3
Exterior	490	40,4	54,5	5,1
Vichada	453	70,9	28,7	0,4
Guainía	300	68,0	31,0	1,0
Vaupés	224	83,5	14,7	1,8
Colombia	311 536	62,3	36,8	0,9

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

En el último período analizado (semanas epidemiológicas 45 a 48 de 2024) con respecto al período anterior (semanas epidemiológicas 41 a 44 de 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, La Guajira, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Vaupés y Vichada; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Buenaventura, Caldas, Chocó, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Guainía; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 45 a 48, 2024) fueron: Cesar, La Guajira, Magdalena, Santa Marta y Vaupés.

Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 de 2024



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

En la semana epidemiológica 49 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 83,2 % (95 329) de los casos de dengue con signos de alarma y 93,7 % (2 697) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 77,7 % (88 993) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,2 % (2 741) de los casos con dengue grave (tabla 18).

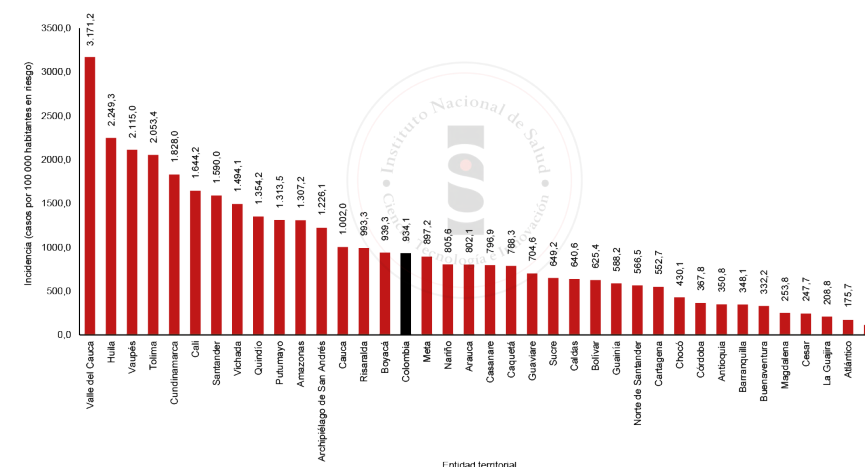
Tabla 18. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024

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	424	236	1	19,6%	22,9%	0,0%	94,5%	100,0%
Antioquia	11 925	6 898	130	69,3%	70,7%	88,5%	49,2%	80,8%
Arauca	1 630	797	20	33,7%	72,3%	80,0%	84,4%	95,0%
Atlántico	918	999	24	82,6%	92,8%	100,0%	77,2%	95,8%
Barranquilla	3 318	2 071	64	92,3%	97,1%	93,8%	91,1%	100,0%
Bolívar	3 292	2 099	11	81,9%	89,4%	81,8%	77,4%	100,0%
Bogotá D.C.	2 393	1 933	39	96,7%	98,7%	100,0%	74,0%	94,9%
Boyacá	1 508	724	10	73,1%	83,3%	90,0%	61,7%	100,0%
Buenaventura	528	176	4	90,2%	91,5%	100,0%	85,2%	75,0%
Caldas	1 850	948	4	74,4%	78,5%	75,0%	66,0%	50,0%
Cali	25 514	16 597	522	61,5%	80,1%	96,6%	75,4%	96,2%
Caquetá	1 163	1 243	23	84,4%	93,4%	95,7%	86,6%	100,0%
Cartagena de Indias	4 007	2 146	123	62,0%	83,7%	81,3%	86,4%	97,6%
Casanare	2 308	1 066	22	74,7%	84,6%	95,5%	93,6%	100,0%
Cauca	5 418	2 727	37	95,6%	97,3%	97,3%	70,3%	86,5%
Cesar	1 429	2 075	67	80,1%	94,7%	97,0%	97,4%	98,5%
Chocó	1 320	250	5	97,0%	97,2%	100,0%	55,2%	100,0%
Córdoba	3 266	3 638	12	78,2%	96,9%	100,0%	90,3%	100,0%
Cundinamarca	7 296	5 205	67	78,5%	90,3%	95,5%	82,4%	94,0%
Guainía	217	95	3	93,1%	97,9%	100,0%	89,5%	100,0%
La Guajira	579	808	14	98,8%	99,5%	100,0%	74,4%	100,0%
Guaviare	550	130	2	83,6%	96,9%	100,0%	95,4%	100,0%
Huila	12 251	7 558	546	97,2%	98,9%	99,1%	75,6%	95,6%
Magdalena	426	677	4	84,5%	89,2%	100,0%	75,6%	100,0%
Meta	5 029	2 529	77	21,4%	56,1%	71,4%	84,2%	92,2%
Nariño	2 346	1 054	21	99,1%	98,5%	95,2%	76,6%	90,5%
Norte de Santander	4 672	3 802	152	62,5%	84,8%	97,4%	91,2%	97,4%
Putumayo	3 061	1 481	32	68,3%	85,8%	93,8%	98,9%	96,9%
Quindío	5 010	2 336	27	57,6%	79,2%	96,3%	74,3%	92,6%
Risaralda	5 751	3 392	62	64,8%	79,7%	83,9%	63,7%	87,1%
Archipiélago de San Andrés	312	202	0	99,0%	98,0%	N/A	42,6%	N/A
Santander	22 515	12 610	266	55,7%	92,0%	95,5%	88,2%	96,6%
Santa Marta.	240	368	15	75,8%	80,2%	86,7%	68,2%	86,7%
Sucre	22 86	3045	66	62,3%	68,2%	89,4%	84,2%	100,0%
Tolima	13 834	9 224	271	41,8%	74,2%	91,1%	83,7%	97,0%
Valle del Cauca	35 062	13 235	132	52,3%	72,5%	89,4%	68,5%	94,7%
Vaupés	181	27	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vichada	306	121	1	85,0%	90,9%	0,0%	35,5%	100,0%
Colombia	191 994	114 522	2 879	64,4 %	83,2 %	93,7 %	77,7 %	95,2 %

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

En la semana epidemiológica 49 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 934,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023 la incidencia fue de 333,8 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, Cundinamarca, Cali y Santander presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 1 500 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 1 633,1 casos por 100 000 habitantes.

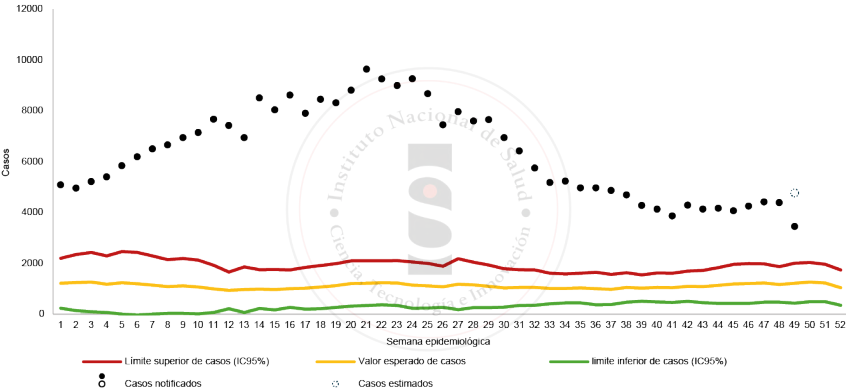
Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024



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

A semana epidemiológica 49 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 aumento del 4,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 45 a 48 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 41 a 44 de 2024) (figura 16).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 de 2024



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

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue según canal endémico se observa que, el 8,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentran en situación de alerta y el 59,5 % (22) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; de estas entidades territoriales Bolívar, Caquetá, Cartagena, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Risaralda y Archipiélago de San Andrés y Providencia 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 noviembre (tabla 19). 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 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el período de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 49, 2024	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de diciembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Bolívar, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia	Amazonas, Antioquia, Boyacá, Guainía, Nariño, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre	Arauca, Caldas, Chocó, Meta, Putumayo
Alerta	Atlántico, Barranquilla, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Tolima	Buenaventura, Valle del Cauca	Cali, Casanare, Guaviare, Vaupés
Dentro de lo esperado	Cesar, Magdalena, Santa Marta		

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 48 de 2024 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 41,1 % (339) 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 73,7 % (42/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

A semana epidemiológica 49 de 2024 se han notificado 614 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 217 casos, se descartaron 250 casos y se encuentran en estudio 147 casos; de las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,069 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 100 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,084 %) (tabla 21).

Tabla 20. 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 49 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	187,7	4 904	59	416
	Apartadó	352,9	465	18,4	34
	Bello	37,5	208	3,8	25
	Envigado	339,0	820	2,2	56
	Itagüí	49,8	137	2,2	22
	Turbo	367,1	493	12,6	29
Bolívar	Cartagena	490,9	5 179	561,4	1205
	Magangué	501,7	721	34,8	71
	Turbaco	561,3	653	16,8	55
Caldas	Manizales	21,4	97	1,6	4
Caquetá	Florencia	608,9	1 076	16,4	99
Cauca	Popayán	1358,4	3 683	1,6	34
	Santander de Quilichao	1366,3	1 569	3,8	41
Cesar	Valledupar	290,2	1 602	59,6	153
Córdoba	Montería	413,8	2 123	151,6	356
	Lorica	552,1	647	4,2	22
	Sahagún	303,9	340	13,8	43
Cundinamarca	Fusagasugá	2143,5	3 544	3,2	281
	Girardot	1128,7	1 329	27,4	85
Chocó	Quibdó	383,7	510	1,4	18
Huila	Neiva	1842,5	6 823	36,2	166
	Pitalito	2748,9	3 594	9	41
La Guajira	Maicao	73,4	141	15,4	42
Meta	Villavicencio	699,7	3 568	95,6	318
Nariño	San Andres de Tumaco	378,5	974	20,2	41
Norte de Santander	Ocaña	727,4	863	20,6	129
Quindío	Armenia	1184,8	3 703	12	231
Risaralda	Pereira	957,0	4 645	9,4	195
	Dosquebradas	875,4	1 905	4,2	125
	Bucaramanga	1820,6	11 269	38,4	384
	Barrancabermeja	297,6	639	15,6	62
	Floridablanca	2010,9	6 309	21,8	235
	Girón	1605,9	2 813	18,8	126
	Piedecuesta	1969,1	3 671	20,6	78
Sucre	Sincelejo	737,9	2 222	72,8	387
Valle del Cauca	Cali	1646,3	37 550	317,6	890
	Buenaventura	264,1	834	13,8	43
	Guadalajara de Buga	3849,5	5 026	25,8	59
	Cartago	2571,5	3 575	11,8	43
	Jamundí	3447,5	5 836	7,8	190
	Tuluá	1898,4	4 207	32,6	94
	Yumbo	3771,3	4 204	14,4	111

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

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 49, 2023-2024

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 49, 2024	Letalidad por dengue a SE 49, 2023
	Confirmados	En estudio		
Exterior	4	2	0,816	0,431
Buenaventura	3	1	0,360	0,000
Guainía	1	0	0,333	0,000
La Guajira	4	2	0,270	0,000
Putumayo	11	2	0,238	0,000
Cesar	7	1	0,202	0,082
Arauca	4	1	0,159	0,079
Santa Marta	1	0	0,153	0,106
Norte de Santander	10	6	0,119	0,256
Chocó	2	3	0,106	0,377
Bolívar	7	5	0,101	0,086
Boyacá	2	1	0,099	0,000
Cartagena	5	4	0,097	0,039
Huila	19	2	0,093	0,155
Antioquia	17	8	0,090	0,093
Meta	7	2	0,090	0,080
Casanare	3	0	0,087	0,068
Risaralda	8	6	0,087	0,000
Quindío	6	3	0,082	0,000
Santander	29	6	0,081	0,058
Atlántico	2	1	0,076	0,041
Caldas	2	0	0,072	0,000
Tolima	16	32	0,064	0,052
Valle del Cauca	26	5	0,049	0,095
Cundinamarca	6	4	0,043	0,102
Caquetá	1	3	0,040	0,000
Sucre	2	7	0,039	0,147
Cali	9	18	0,024	0,017
Cauca	2	10	0,022	0,000
Córdoba	1	1	0,015	0,051
Vichada	0	5	0,000	0,000
Barranquilla	0	2	0,000	0,000
Guaviare	0	2	0,000	0,352
Bogotá	0	1	0,000	0,000
Nariño	0	1	0,000	0,154
Amazonas	0	0	0,000	0,185
Magdalena	0	0	0,000	0,330
Archipiélago de San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	214	144	0,069	0,084

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 - SE: semana epidemiológica

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>

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.

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 49 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).

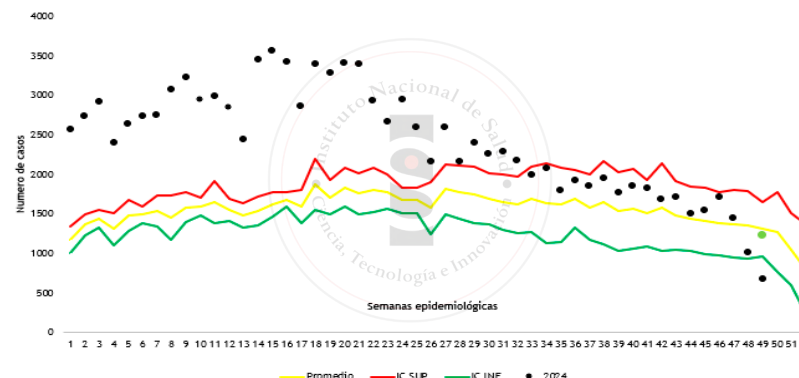
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
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/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último período 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 49 de 2024



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 48, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 49 se notificaron 1 687 casos de malaria, para un acumulado de 119 132 casos, de los cuales 117 138 son de malaria no complicada y 1 994 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 62,2 % (74 155), seguido de *Plasmodium falciparum* con 35,9 % (42 821) e infección mixta con 1,8 % (2 156). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 95,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (35,1 %), Antioquia (13,2 %), Córdoba (11,0 %), Vaupés (8,7 %), Nariño (7,6 %), Risaralda (6,7 %), Guainía (3,6 %), Cauca (3,0 %), Buenaventura (2,9 %), Bolívar (1,7 %), Norte de Santander (1,2 %) y Boyacá (1,1 %). Mientras que por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 78,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 22. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024

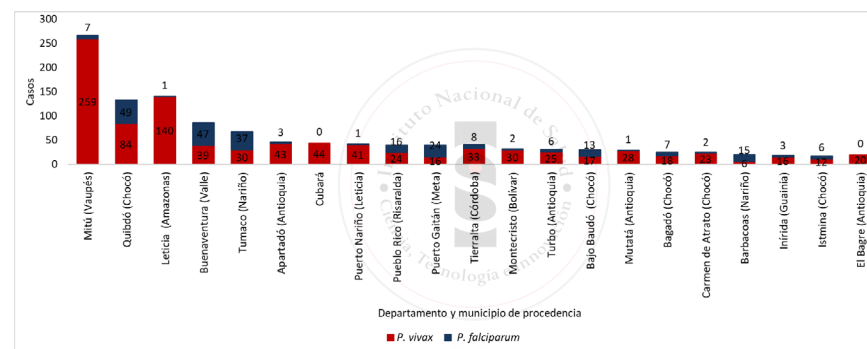
Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	El Bagre	9	360	2670	3039	53,97
	Chigorodó	17	268	1218	1503	24,15
	Turbo	1	45	1129	1175	8,73
	Murindó	15	178	945	1138	214,72
Bolívar	Montecristo	11	164	932	1107	60,26
Boyacá	Cubará	1	0	1232	1233	144,74
Buenaventura	Buenaventura	25	2269	1114	3408	10,51
Cauca	Guapi	3	1999	92	2094	70,89
	Timbiquí	4	1068	16	1088	38,70
	Quibdó	67	3892	2345	6304	43,59
	Bagadó	175	3020	2040	5235	442,03
Chocó	Bajo Baudó	77	1155	2303	3535	104,19
	Alto Baudó	55	1659	1521	3235	103,46
	Lloró	409	1285	1520	3214	302,89
	Tadó	39	1973	1071	3083	152,97
	Río Quito	14	1227	580	1821	198,84
	Medio San Juan	50	910	729	1689	143,57
	Istmina	20	837	728	1585	46,87
	Medio Baudó	20	1021	354	1395	82,58
	Medio Atrato	65	936	299	1300	100,82
	El Cantón del San Pablo	9	614	414	1037	150,16
Córdoba	Atrato	15	670	244	929	135,80
	Tierralta	106	1077	5785	6968	69,82
	Puerto Libertador	15	282	2875	3172	69,84
	Montelíbano	8	62	933	1003	11,58
Guainía	Inírida	6	26	4064	4096	108,03
	Barbacoas	6	1885	132	2023	34,52
	Roberto Payán	6	1388	522	1916	143,76
Nariño	Olaya Herrera	6	488	652	1146	43,30
	Tumaco	16	657	364	1037	3,88
	Magüí	1	847	168	1016	3,81
Norte de Santander	Tibú	1	2	975	978	15,74
Risaralda	Pueblo Rico	234	2656	4524	7414	441,60
Vaupés	Mitú	270	1055	8497	9822	404,28
Vichada	Cumaribo	30	226	769	1025	11,78

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 49 se han notificado 1 994 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 60 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Vaupés, Amazonas, Nariño Córdoba, Buenaventura, Risaralda, Bolívar, Meta y Norte de Santander notificaron el 84,9 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 60,9 % 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 49 de 2024



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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

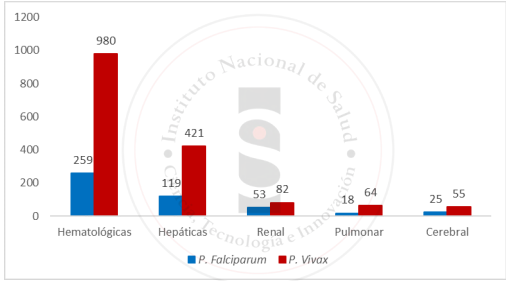
Desnutrición

Brotes

Tablas

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 59,7% (1 239) presentaron complicaciones hematológicas; 26,0 % (540) complicaciones hepáticas; 6,5 % (135) complicaciones renales; 3,9 % (82) complicaciones pulmonares y 3,9 % (80) a nivel cerebral.

Figura 19. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024



\Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024
Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

A semana epidemiológica 49 de 2024 se han confirmado 16 muertes por malaria en el país, para una tasa de mortalidad de 0,16 casos por 100 000 habitantes y letalidad de 0,01 %. Las entidades territoriales de donde proceden estas muertes son: cinco de Chocó (Quibdó, Bajo Baudó y Carmen de Atrato), tres de Risaralda (Pueblo Rico y Mistrató), tres de Vaupés (Mitú), y una de Bolívar (Montecristo), Buenaventura, Cauca (Guapi), Guainía (Inírida) y Valle del Cauca (Dovio).

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 49 el país se encuentra en situación de aumento; diez (10) departamentos y 20 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 2) y tres (3) departamentos y 17 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 23)

.Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 45 a 49 de 2024, Colombia

Municipios en situación de brote SE 45 a 49 2024					
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	8 279	48	581	4
Antioquia	El Bagre	2 594	140	192	5
Nariño	Roberto Payán	1 505	101	169	5
Chocó	Istmina	1 397	59	86	5
Antioquia	Chigorodó	1 385	18	46	5
Antioquia	Turbo	1 079	36	61	5
Boyacá	Cubará	1 037	0	122	4
Antioquia	Vigía del Fuerte	797	49	81	5
Nariño	Magüi	735	68	112	5
Chocó	Nóvita	503	16	34	5
Amazonas	Leticia	426	4	28	4
Chocó	El Carmen de Atrato	210	1	31	4
Amazonas	Puerto Nariño	203	8	21	5
Arauca	Saravena	92	0	31	5
Córdoba	Tuchín	86	6	16	4
Caquetá	Florencia	69	2	17	4
Valle del Cauca	Pradera	18	0	7	4
Vaupés	Yavaraté (CD)	16	1	91	4
Antioquia	Yondó	5	1	6	4
Arauca	Fortul	2	0	3	4

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

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 45 a 49 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Risaralda	Pueblo Rico	6616	172	210	5
Chocó	Lloró	2825	95	162	5
Chocó	Medio Atrato	1135	67	81	5
Bolívar	Montecristo	981	41	47	5
Chocó	Atrato	893	44	21	5
Antioquia	Mutató	823	33	44	5
Cauca	Timbiquí	779	74	121	5
Antioquia	Frontino	647	15	16	4
Antioquia	Dabeiba	487	15	21	4
Antioquia	Cáceres	415	22	24	4
Antioquia	Tarazá	396	10	20	4
Cauca	López Micay	246	7	12	4
Bolívar	Santa Rosa del Sur	163	5	15	4
Antioquia	Necoclí	161	10	11	4
Chocó	Juradó	118	11	7	4
Córdoba	San Andrés Sotavento	65	3	4	4
Bolívar	San Pablo	18	5	4	4

Fuente: Siviigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia

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 -2 DE y/o presenta 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 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 -3 DE, 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/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Desnutrición%20aguda%20en%20menores%20de%205%20años.pdf

A semana epidemiológica 49 de 2024, se han notificado 23 747 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 23 565 corresponden a residentes en Colombia y 182 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (50 de 2023 a 49 de 2024) es de 0,72 casos por 100 menores de 5 años (tabla 25).

Tabla 25. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 49, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 49 de 2023	Casos a SE 49 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	22 376	23 565	0,72
La Guajira	2 693	2 747	2,87
Vichada	367	309	2,61
Chocó	847	1 029	2,00
Arauca	307	351	1,43
Guaviare	91	97	1,07
Guainía	64	53	0,95
Magdalena	607	697	0,93
Vaupés	62	57	0,89
Casanare	353	292	0,85
Risaralda	476	430	0,85
Amazonas	63	70	0,83
Cesar	823	873	0,80
Nariño	701	876	0,80
Bogotá D.C.	3 160	2 979	0,73
Tolima	475	506	0,71
Meta	476	517	0,70
Bolívar	523	642	0,69
Antioquia	2 162	2 710	0,69
Buenaventura	145	226	0,68
Boyacá	527	499	0,68
Putumayo	198	183	0,65
Huila	532	560	0,65
Cundinamarca	1 281	1 366	0,64
Cartagena	421	428	0,62
Caquetá	168	194	0,60
Norte Santander	752	668	0,60
Caldas	247	269	0,52
Valle del Cauca	595	576	0,49
Santander	535	626	0,47
Atlántico	512	466	0,47
Córdoba	607	626	0,46
Cali	472	547	0,43
Sucre	317	296	0,42
Santa Marta	128	130	0,38
Barranquilla	243	252	0,32
San Andrés	15	10	0,32
Quindío	99	87	0,31
Cauca	332	321	0,31

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 50 de 2023 a SE 49 de 2024

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

DANE, proyecciones de población 2024

El 76,7 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 23,4 % como desnutrición aguda severa; el 8,1 % 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 (31,0 %) y de 1 año (29,5 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 64,4 %.

Para la semana epidemiológica 49 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, Bolívar, Buenaventura, Santa Marta, y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 26).

Tabla 26. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2019-2023, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	1439	2710
Bolívar	337	642
Buenaventura	82	226
Santa Marta	91	130
Vaupés	81	57

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 49 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 28 municipios (tabla 27).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Tabla 27. 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 49 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	603	1042
La Guajira	Uribia	524	923
La Guajira	Riohacha	419	749
Nariño	San Andrés de Tumaco	213	423
Huila	Neiva	133	257
Chocó	Quibdó	62	165
Antioquia	Bello	93	158
Santander	Barrancabermeja	59	147
Bolívar	Magangué	45	145
Antioquia	Turbo	28	143
Tolima	Ibagué	56	111
Valle del Cauca	Palmira	59	105
Cundinamarca	Facatativá	57	93
Caldas	Manizales	44	86
Cundinamarca	Mosquera	42	76
Cundinamarca	Zipaquirá	41	72
Santander	Girón	32	68
Valle del Cauca	Jamundí	34	60
Antioquia	Itagüí	44	58
Risaralda	Dosquebradas	26	58
Santander	Piedecuesta	38	58
Atlántico	Sabanalarga	37	56
Sucre	Sincelejo	41	55
Córdoba	Sahagún	20	48
Cundinamarca	Chía	21	44
Valle del Cauca	Tuluá	27	44
Norte de Santander	Villa del Rosario	60	35
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	14	27

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

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

ALERTAS NACIONALES

Focos de influenza altamente patógena subtipo H5N1 en aves de traspatio en Colombia, 12 de diciembre de 2024

Entre 2022 y 2023 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) reportó 66 focos de influenza aviar altamente patógena (IAAP) de los cuales (60) se registraron en aves de traspatio y (6) en aves silvestres. Los departamentos más afectados durante este periodo fueron: Córdoba (23), Bolívar (12), Nariño (9), Chocó (7), Sucre (5), Magdalena (5), Cauca (3), Atlántico (2). En 2024, se han notificado (4) nuevos focos en aves de traspatio ubicados en los departamentos de Chocó (2) y Magdalena (2). Como parte de las acciones de vigilancia en salud pública, se llevaron a cabo sesiones nacionales de análisis del riesgo (SAR) con un enfoque intersectorial, determinando el despliegue de equipos de respuesta inmediata (ERI) para implementar medidas de control y vigilancia en las zonas afectadas. Hasta la fecha, no se han reportado casos de influenza A(H5N1) en humanos en Colombia. Las acciones coordinadas bajo el enfoque de “Una Sola Salud” continúan en marcha para mitigar los riesgos y proteger la salud humana.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). Sistema de Alerta Temprana (SAT), INS.

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en San Fernando (Bolívar), 10 de diciembre de 2024

El 10 de diciembre de 2024 se reportó un brote de ETA en una institución educativa, fecha de inicio de síntomas e investigación epidemiológica de campo el 07 de diciembre. Se identificaron 97 casos de 250 expuestos para una y asa de ataque de 3,4 %, cuatro (4) hospitalizaciones, no se reportaron muertes. Los casos recibieron atención médica. Se encuentra pendiente procesamiento de muestras de alimentos recolectados. La información proporcionada es preliminar y está sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Bolívar

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 49 de 2024 no se notificaron casos o alertas de mpox clado 1b, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/ neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza 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 sobre sarampión en la región de las Américas. Fecha de publicación: 09 de diciembre de 2024

En 2024, hasta la semana epidemiológica 48, se notificaron 16 841 casos sospechosos de sarampión en la región de las Américas. De estos, 452 casos fueron confirmados en varios países: Argentina (14), Bermuda (2), Bolivia (3), Brasil (4), Canadá (138), los Estados Unidos de América (280), las Islas Turcas y Caicos (2), México (7) y Perú (2).

La distribución de los casos confirmados mostró un aumento a partir de la semana epidemiológica 7, alcanzando el máximo en la semana epidemiológica 12. Desde la semana epidemiológica 13 hasta la 43, hubo una tendencia general al descenso. Sin embargo, a partir de la semana epidemiológica 44, se observó un segundo incremento debido a un brote en una comunidad renuente a la vacunación.

En cuanto a la edad, el grupo de 10 a 19 años representó el 27 % de los casos, seguido por el grupo de 1 a 4 años (25 %) y el grupo de 20-29 años (23 %). En relación con el estado de vacunación, el 62 % de los casos no estaban vacunados y en el 19 % la información era desconocida o ausente.

Se brindan recomendaciones para continuar fortaleciendo las actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta rápida. Además, recomienda la implementación de búsquedas activas comunitarias, institucionales y de laboratorio para la identificación oportuna de casos, además de actividades complementarias de vacunación para cerrar posibles brechas de inmunidad

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 09 de diciembre de 2024. Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-9-diciembre-2024>

Brote de enfermedad de etiología desconocida, República Democrática del Congo. Fecha de publicación: 8 de diciembre de 2024

Entre el 24 de octubre y el 05 de diciembre de 2024, se han registrado 406 casos de una enfermedad sin diagnóstico establecido en Panzi (provincia de Kwango), con 31 muertes incluidas (letalidad: 7,6 %). Además, se ha reportado un mayor número de muertes comunitarias, las cuales están en verificación. Los casos tuvieron un pico en la semana epidemiológica 45. El brote sigue en curso.

Por grupos de edad los casos de 0 a 59 meses, 5 a 9 años y 10 a 14 años representan el 53 %, 7,4 % y 3,9 % de los casos, respectivamente. El 54,8 % de las muertes ocurrió en niños menores a 5 años. Todos los casos graves estaban desnutridos.

Los resultados de las muestras para determinar la causa aún están pendientes. La OMS evalúa el riesgo local como alto, e internacional bajo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad no diagnosticada - República Democrática del Congo. Fecha de publicación: 08 de diciembre de 2024. Fecha de consulta: 08 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON546>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 49

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			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
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 confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			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
Amazonas	46	1	1	446	30	43	633	20	39	1	0	0	6	0	0	1.488	125	112
Antioquia	659	16	15	18.874	1.322	1.547	18.840	288	1.651	1.857	30	78	97	4	4	15.786	624	746
Arauca	105	4	0	771	55	70	2.521	60	248	3	2	2	62	4	1	194	1	37
Atlántico	142	4	3	4.055	246	321	2.615	317	409	5	1	2	25	2	0	4	0	1
Barranquilla	19	1	1	3.861	217	344	4.643	467	717	22	2	1	78	9	1	0	0	0
Bogotá	1	0	0	23.251	1.760	1.951	0	0	0	150	18	6	105	0	1	0	0	0
Bolívar	291	5	8	2.829	187	208	6.933	267	599	0	2	0	11	1	0	2.044	100	109
Boyacá	67	2	2	6.663	469	505	2.019	30	133	9	1	0	6	0	0	1.277	0	122
Buenaventura	35	0	1	146	10	8	834	28	43	1	0	0	1	0	0	3.495	88	106
Caldas	72	2	0	3.747	277	284	2.797	26	134	50	1	2	29	2	1	117	1	6
Cali	9	0	0	4.762	419	420	37.550	736	890	1.134	12	37	89	3	8	19	2	2
Caquetá	182	3	4	1.199	88	95	2.481	82	176	2	0	0	9	0	0	189	13	22
Cartagena	26	1	0	2.117	114	152	5.179	306	1.205	0	0	0	10	0	0	0	0	0
Casanare	189	4	3	1.750	110	143	3.442	92	101	7	0	0	4	0	0	37	1	1
Cauca	116	3	2	5.625	423	461	9.275	36	241	393	1	2	16	1	1	3.537	192	237
Cesar	342	6	8	2.885	176	243	3.457	307	260	4	4	1	68	1	1	39	3	1
Chocó	194	4	4	293	12	18	1.880	31	69	2	0	0	112	0	0	41.439	1.954	1.612
Córdoba	453	8	6	5.210	334	460	6.679	307	812	16	1	0	5	0	0	13.033	685	540
Cundinamarca	96	1	2	13.954	1.011	1.187	13.889	233	926	44	3	4	37	2	0	0	0	0
Guainía	13	0	0	161	10	9	300	3	7	1	0	0	0	0	0	4.231	210	204
Guaviare	88	2	2	330	26	23	666	36	75	8	0	1	2	0	0	950	111	67
Huila	148	4	4	6.115	421	578	20.506	239	381	17	1	1	18	0	0	2	0	1
La Guajira	184	3	4	2.277	143	175	1.484	155	172	1	1	0	13	1	0	34	2	3
Magdalena	197	4	4	2.560	171	214	1.333	156	43	3	2	0	33	1	2	15	1	2
Meta	265	5	5	4.120	281	335	7.788	209	747	126	3	5	62	1	0	311	35	22
Nariño	128	2	0	7.152	503	594	3.254	35	110	14	1	0	30	1	0	9.065	841	706
Norte de Santander	338	9	8	6.552	385	580	8.434	465	691	58	19	1	3	0	0	1.458	180	46
Putumayo	138	3	0	1.787	115	163	4.619	89	446	1	0	0	2	0	0	54	6	3
Quindío	16	0	1	2.878	211	245	7.358	46	486	17	2	2	12	0	0	33	1	0
Risaralda	56	1	0	3.906	290	338	9.223	33	433	18	3	1	29	1	0	7.969	159	232
San Andrés	0	0	0	401	26	42	578	16	54	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	56	2	0	1.924	105	154	653	102	56	5	0	0	27	1	1	0	0	0
Santander	249	5	9	7.398	506	633	35.652	299	1.394	33	3	0	22	1	0	14	1	0
Sucre	124	2	3	2.674	188	219	5.077	210	943	0	0	0	30	0	0	95	4	6
Tolima	157	3	8	6.802	472	566	24.872	769	1.142	14	1	0	57	2	3	33	0	0
Valle del Cauca	71	1	1	7.915	592	647	52.905	720	1.196	121	2	4	43	6	3	140	6	13
Vaupés	55	1	1	156	10	11	224	6	8	4	0	0	0	0	0	10.459	57	698
Vichada	60	1	1	241	17	21	453	4	57	0	0	0	1	40	28	1.134	122	75
Total nacional	5.387	113	111	167.787	11.732	14.007	311.046	7.225	17.094	4.141	118	150	1.155	84	55	119.132	5.576	5.768

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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 49

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, 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			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
Amazonas	1	1	1	5.496	638	251	348	10	7	0	0	0	3.685	333	312	13	1	1
Antioquia	215	23	33	883.954	79.898	76.382	41.849	2.424	3.339	5.724	781	1.020	450.149	35.325	34.596	623	63	46
Arauca	10	1	0	24.108	2.064	1.798	2.966	90	247	39	2	7	9.548	728	897	37	4	2
Atlántico	21	2	2	168.491	10.352	13.272	3.747	150	314	1.438	149	296	64.280	3.891	4.963	149	19	10
Barranquilla	58	2	9	234.762	15.535	18.907	9.790	321	932	1.609	188	264	85.142	6.470	7.888	172	23	14
Bogotá	269	35	41	1.705.197	123.594	129.157	72.646	4.763	5.249	9.132	1.551	1.178	851.490	52.252	69.233	695	67	50
Bolívar	18	5	1	128.992	10.581	9.591	3.481	222	255	676	127	86	39.185	2.730	2.811	133	16	8
Boyacá	28	2	4	141.025	11.201	12.208	7.019	334	513	519	85	111	61.511	4.148	4.169	105	10	7
Buenaventura	17	1	3	8.536	1.041	949	211	0	11	9	3	0	3.174	399	269	45	5	5
Caldas	16	2	1	79.330	8.196	7.157	3.111	239	245	1.075	115	189	38.632	2.661	2.865	73	7	5
Cali	64	11	5	267.816	23.136	18.598	6.517	517	305	652	54	97	110.393	14.296	7.795	241	20	18
Caquetá	21	3	3	30.094	2.791	1.710	2.034	112	102	59	12	4	25.011	1.476	1.114	40	5	3
Cartagena	34	4	3	206.454	16.648	14.689	6.542	367	1.113	1.382	191	230	60.431	4.201	5.426	166	18	17
Casanare	3	1	0	29.169	2.204	1.798	1.002	44	71	111	12	19	14.545	1.000	804	55	6	3
Cauca	37	5	8	116.612	8.669	7.830	4.453	104	268	405	42	61	81.061	4.945	5.964	169	16	11
Cesar	23	3	6	118.485	9.882	10.309	8.318	519	638	430	89	56	34.092	2.850	3.086	171	18	16
Chocó	20	2	3	35.360	1.371	2.258	1.712	120	170	34	3	2	14.758	832	1.142	149	12	6
Córdoba	36	3	8	207.346	12.752	16.961	7.010	425	466	1.601	126	237	58.099	3.922	4.788	247	27	12
Cundinamarca	63	9	6	391.119	22.512	30.085	15.114	675	1.144	1.863	368	224	191.174	11.002	14.093	323	30	13
Guainía	0	1	0	2.658	196	185	277	19	17	0	0	0	1.734	111	133	12	1	3
Guaviare	4	1	0	6.603	518	370	210	46	10	52	6	9	3.779	258	235	11	1	1
Huila	47	2	3	109.300	9.622	7.335	5.564	295	367	561	67	61	55.917	5.171	3.415	124	12	9
La Guajira	14	1	5	230.642	13.282	20.336	6.473	568	357	317	65	82	57.371	4.827	5.975	262	29	12
Magdalena	2	1	0	106.008	7.681	9.108	3.802	214	307	149	11	19	41.497	3.079	3.049	141	13	8
Meta	21	2	4	79.121	6.052	5.935	4.069	119	268	525	81	69	60.152	3.871	3.940	133	15	10
Nariño	49	4	9	136.481	13.277	10.077	6.534	356	489	142	47	34	59.604	6.516	5.279	175	16	14
Norte de Santander	63	6	7	163.057	13.503	10.691	10.464	791	778	888	121	120	54.963	5.884	3.982	144	18	11
Putumayo	13	1	4	33.090	2.003	1.959	1.260	98	65	36	7	4	12.181	1.048	1.080	53	4	3
Quindío	11	1	3	62.070	5.241	4.713	3.049	234	190	390	59	65	37.426	2.386	2.246	48	4	4
Risaralda	20	3	5	117.387	8.514	10.441	5.376	277	445	406	55	42	43.756	3.864	3.209	87	9	8
San Andrés	0	1	0	7.978	675	525	503	74	27	1	0	0	3.402	285	298	15	1	1
Santa Marta D.E.	5	1	0	66.879	2.416	4.996	2.996	149	223	1.083	124	179	26.526	1.356	5.961	44	6	4
Santander	59	6	10	238.037	12.291	17.268	18.584	873	1.201	2.597	379	342	95.646	7.276	6.608	154	18	12
Sucre	11	3	1	90.062	7.590	7.700	7.172	586	632	1.417	207	271	27.677	2.812	2.187	126	14	10
Tolima	33	6	4	129.942	11.687	10.779	8.085	307	681	505	53	87	68.375	5.150	5.493	114	11	8
Valle del Cauca	40	9	8	150.083	12.051	11.862	3.042	210	236	599	48	104	80.992	6.213	5.606	151	14	6
Vaupés	4	1	0	4.477	202	375	275	9	12	11	5	2	1.258	54	74	14	1	1
Vichada	4	1	1	5.881	311	244	29	6	7	1	0	0	3.568	128	94	31	3	4
Total nacional	1.354	194	201	6.522.102	490.177	508.809	285.634	16.667	21.701	36.438	5.224	5.571	2.932.184	220.207	231.079	5.445	556	376

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 49

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	45	6	6	79	1	0
Antioquia	12	13	0	695	103	44	69	10	0	206	34	8	2.290	263	136	2.976	21	22
Arauca	0	1	0	26	1	1	3	1	0	7	1	0	176	13	5	219	0	0
Atlántico	0	3	0	91	12	9	0	1	0	12	0	1	727	81	48	306	4	8
Barranquilla	3	3	0	119	12	7	0	2	0	42	2	2	781	67	82	898	1	2
Bogotá	14	13	0	1.356	385	72	814	10	16	479	57	26	4.403	408	267	9.481	59	34
Bolívar	4	3	0	39	7	2	2	1	0	13	3	0	388	45	23	103	0	0
Boyacá	2	3	0	202	19	11	32	1	0	29	3	2	678	64	45	934	6	4
Buenaventura	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	71	3	1	19	1	0
Caldas	1	2	0	70	7	8	3	1	0	7	1	0	345	40	28	296	4	1
Cali	8	4	0	156	26	13	1	2	0	10	4	3	920	108	55	1.635	7	8
Caquetá	0	1	0	29	3	0	1	1	0	7	2	0	142	19	10	63	0	0
Cartagena	0	2	0	81	5	2	3	1	0	3	2	0	464	45	49	206	0	0
Casanare	3	1	0	39	3	1	7	1	0	6	1	0	226	25	35	233	0	0
Cauca	3	3	0	91	9	3	2	1	0	4	2	0	386	23	16	587	3	3
Cesar	2	4	0	49	6	1	5	2	0	4	4	0	378	34	17	346	1	0
Chocó	1	2	0	14	0	0	2	1	0	47	2	0	84	5	2	37	0	0
Córdoba	2	4	0	164	9	9	4	2	0	1	1	0	1.447	143	86	635	6	1
Cundinamarca	7	7	0	398	66	26	218	3	10	127	11	10	9	0	0	1.480	3	7
Guainía	0	0	0	3	0	1	3	1	0	0	0	0	1.880	172	135	8	0	0
Guaviare	0	0	0	9	1	0	5	1	0	1	0	0	64	6	5	39	1	0
Huila	4	3	0	165	24	8	7	1	0	56	4	0	484	49	32	358	2	2
La Guajira	6	3	0	52	4	1	1	2	0	0	1	0	317	29	14	204	1	1
Magdalena	0	2	0	21	3	3	1	1	0	3	1	1	272	53	29	72	1	1
Meta	7	3	0	80	11	5	12	1	0	44	3	0	530	67	39	361	0	0
Nariño	8	4	0	149	12	7	10	1	0	55	6	0	776	73	25	357	3	2
Norte de Santander	6	4	0	197	19	5	3	2	0	12	10	0	888	116	58	437	0	1
Putumayo	0	1	0	53	5	2	1	1	0	10	0	0	207	12	14	280	2	2
Quindío	0	1	0	39	4	1	0	1	0	5	1	0	296	31	18	281	0	2
Risaralda	4	2	0	72	6	3	3	1	0	4	1	0	510	40	42	203	2	0
San Andrés	0	0	0	3	1	0	0	1	0	3	0	0	23	14	0	27	0	0
Santa Marta D.E.	1	1	0	12	3	0	1	1	0	12	0	0	142	14	14	148	1	0
Santander	2	5	0	102	11	3	1	2	0	65	8	1	775	106	67	1.313	10	3
Sucre	5	2	0	85	8	4	6	1	0	39	9	0	501	70	81	381	1	1
Tolima	4	3	0	71	9	2	6	1	0	27	4	1	768	78	56	409	5	3
Valle del Cauca	1	4	0	161	11	2	2	1	0	2	1	0	1.031	90	54	724	3	4
Vaupés	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	9	0	1	12	0	0
Vichada	0	0	0	1	0	0	3	1	0	5	1	0	100	2	2	11	0	0
Total nacional	110	108	0	4.896	805	256	1.232	61	26	1.351	183	55	23.533	2.414	1.597	26.158	149	112

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 49

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospiriosis		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 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
Amazonas	0	0	1	4	57	70	0	0	5	0	65	95	11	14	16	77	1	0
Antioquia	1	0	8	8	1.439	2.710	1	1	5	11	4.897	5.696	1.053	770	468	1.312	26	14
Arauca	2	1	0	1	271	351	0	0	3	2	173	173	18	12	5	24	3	0
Atlántico	1	0	4	0	374	466	0	0	3	1	788	1.033	2	1	44	120	12	5
Barranquilla	0	0	2	1	205	252	0	0	2	1	838	956	0	0	72	323	9	4
Bogotá	0	0	0	0	2.799	2.979	3	0	7	20	4.069	5.443	0	0	68	113	27	20
Bolívar	0	0	2	1	337	642	0	0	3	2	460	618	337	415	100	219	12	3
Boyacá	1	3	1	0	456	499	0	0	1	1	906	1.089	104	238	13	43	5	2
Buenaventura	0	0	1	0	82	226	0	0	1	0	77	101	17	13	54	94	4	2
Caldas	0	0	2	1	149	269	0	0	44	6	1.108	1.151	178	269	38	170	4	1
Cali	0	0	14	7	441	547	1	0	17	17	1.520	1.591	2	3	103	246	8	5
Caquetá	1	1	1	0	182	194	0	0	2	0	244	206	220	172	89	560	4	0
Cartagena	0	0	3	0	187	428	0	0	5	4	497	554	2	0	191	305	11	0
Casanare	9	4	5	3	311	292	0	0	3	2	275	281	8	3	16	20	3	1
Cauca	0	0	1	4	326	321	0	0	3	2	789	912	67	31	44	82	9	7
Cesar	6	0	1	0	638	873	1	0	1	1	539	636	53	352	58	85	13	10
Chocó	0	0	1	1	546	1.029	1	0	2	0	91	148	238	234	45	99	12	15
Córdoba	0	4	1	1	494	626	0	0	7	1	910	1.123	156	171	50	138	16	7
Cundinamarca	0	0	17	7	1.045	1.366	1	0	8	12	1.967	2.447	167	203	67	160	17	11
Guainía	0	0	0	0	54	53	0	0	1	0	25	27	16	14	4	6	1	0
Guaviare	0	1	1	0	107	97	1	1	4	0	56	64	400	156	23	52	1	0
Huila	0	0	1	0	388	560	0	0	3	8	832	753	15	10	72	226	5	5
La Guajira	0	0	0	0	1.696	2.747	0	0	1	0	252	328	19	20	9	37	26	22
Magdalena	0	0	0	0	520	697	0	0	4	0	318	391	5	6	19	47	14	5
Meta	2	0	6	2	357	517	0	0	5	4	683	717	213	150	19	32	9	7
Nariño	0	0	1	0	581	876	0	0	21	1	1.303	1.408	314	110	36	70	13	9
Norte de Santander	2	0	5	0	655	668	3	4	21	2	948	1.187	220	176	46	99	10	5
Putumayo	0	0	14	2	184	183	0	0	14	2	323	255	222	187	12	36	3	3
Quindío	0	0	3	2	99	87	0	0	3	1	530	467	1	1	63	260	2	0
Risaralda	0	0	5	4	290	430	0	0	1	5	1.125	1.195	139	212	152	272	4	2
San Andrés	0	0	0	0	8	10	0	0	0	1	18	37	0	0	1	4	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	2	0	91	130	0	0	11	2	241	350	8	9	44	90	7	2
Santander	2	2	12	11	386	626	0	0	7	3	1.340	1.719	547	424	67	211	10	5
Sucre	1	0	2	0	203	296	0	1	11	4	429	618	94	57	47	72	8	2
Tolima	0	0	18	3	305	506	0	0	12	3	1.192	1.133	309	283	241	609	6	5
Valle del Cauca	0	1	7	1	369	576	1	1	12	3	1.273	1.246	21	16	161	323	6	3
Vaupés	0	0	0	0	81	57	0	0	1	0	57	97	48	30	23	26	1	0
Vichada	0	0	0	1	268	309	0	0	1	1	25	30	41	11	2	2	4	3
Total nacional	28	18	142	65	16.981	23.565	15	8	255	123	31.183	36.275	5.321	4.813	2.586	6.664	321	185

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 49

Decremento
Incremento

	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 farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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 confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados 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 confirmados por nexo		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo		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
Amazonas	2	1	3	3	1	2	2	2	3	3	17	15	0	0	58	69	2	1	446	611
Antioquia	8	8	60	28	11	19	130	355	164	121	1.108	1.214	3	3	2.957	4.149	100	143	19.715	22.661
Arauca	2	1	3	3	2	1	6	6	42	23	169	148	0	0	124	143	2	1	837	1.396
Atlántico	1	2	12	11	6	6	28	25	50	26	339	280	3	3	413	506	16	17	2.028	2.430
Barranquilla	1	2	6	6	2	2	25	29	71	39	404	338	1	1	675	927	16	24	1.911	2.669
Bogotá	1	1	46	26	0	0	149	505	170	110	912	860	0	0	1.185	1.366	32	45	19.005	33.449
Bolívar	2	2	16	11	8	2	23	12	43	39	293	308	3	2	156	231	4	3	2.094	2.437
Boyacá	1	0	8	5	1	0	25	27	20	13	97	93	1	1	154	183	1	8	3.062	4.475
Buenaventura	0	3	4	2	2	1	6	1	13	23	138	110	0	0	158	176	12	5	291	377
Caldas	0	1	2	1	0	0	20	5	18	17	136	149	0	0	301	410	4	7	2.588	3.156
Cali	1	0	11	8	2	2	43	29	30	42	439	563	0	0	1.324	1.451	39	53	6.693	7.374
Caquetá	0	2	6	10	5	2	8	2	5	7	88	110	0	0	219	282	6	7	929	1.135
Cartagena	0	1	12	8	3	1	20	34	74	75	246	415	1	0	366	499	3	11	1.010	1.496
Casanare	1	1	2	3	3	0	9	12	37	22	127	157	0	0	146	147	4	4	800	1.058
Cauca	4	3	9	8	1	3	30	5	23	14	189	165	0	1	258	362	3	4	2.914	3.537
Cesar	7	4	12	10	22	12	26	23	36	21	327	231	2	1	374	475	3	3	2.057	2.260
Chocó	24	35	28	40	17	34	11	6	47	44	214	207	1	2	193	259	1	7	314	405
Córdoba	1	4	15	11	7	7	36	40	36	22	312	254	5	2	247	282	3	9	3.098	3.606
Cundinamarca	0	0	12	11	3	0	67	72	80	54	363	426	1	1	474	587	14	13	9.723	14.373
Guainía	1	2	3	5	1	0	2	0	7	0	16	10	0	0	17	19	0	0	130	198
Guaviare	0	0	1	1	0	1	2	3	4	1	26	28	0	0	43	36	1	1	259	289
Huila	0	0	7	6	3	1	22	10	17	21	149	153	1	1	369	511	6	16	5.541	6.212
La Guajira	23	24	43	39	56	47	20	3	69	35	349	323	1	0	440	653	4	18	1.150	1.474
Magdalena	3	1	15	12	11	12	18	2	33	26	223	256	2	0	156	218	2	3	1.359	1.478
Meta	2	3	11	5	6	6	22	2	46	42	249	257	0	0	557	686	19	19	1.891	2.794
Nariño	2	1	9	3	7	4	32	23	20	13	224	202	1	1	167	211	7	4	3.479	4.502
Norte de Santander	2	2	9	3	4	4	32	41	89	86	480	450	0	3	607	808	11	21	3.198	4.094
Putumayo	1	1	3	2	2	1	7	6	9	4	85	71	1	0	103	121	2	8	1.056	1.345
Quindío	0	0	5	3	0	0	11	6	13	4	93	84	0	0	248	295	4	1	2.103	2.638
Risaralda	7	9	7	9	6	7	18	9	22	31	174	177	0	0	551	632	27	29	3.156	3.625
San Andrés	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	5	8	0	0	11	9	0	0	122	257
Santa Marta D.E.	2	2	4	1	2	2	11	6	19	22	111	129	1	0	207	322	3	3	576	721
Santander	1	5	6	7	1	3	45	24	70	55	410	440	2	0	800	1.175	21	30	5.232	6.295
Sucre	2	0	10	7	3	9	19	19	25	13	191	171	3	0	98	108	1	1	1.671	1.956
Tolima	2	2	8	9	2	3	26	23	32	19	173	154	2	1	498	660	10	20	2.438	3.368
Valle del Cauca	2	2	11	10	5	5	38	41	34	25	306	346	1	0	653	747	16	21	6.018	6.985
Vaupés	2	2	4	2	0	1	2	1	1	1	5	5	0	0	15	20	0	0	194	259
Vichada	3	2	4	11	9	7	2	1	9	7	36	39	0	0	31	33	0	0	175	274
Total nacional	121	129	462	340	210	207	994	1.410	1.601	1.121	9.304	9.346	34	23	15.353	19.768	398	560	119.262	157.669

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

Semana Epidemiológica

01 al 07 de diciembre de 2024

49

Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohana 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

Tema central

Fases de la gestión del riesgo en
vigilancia en salud pública y
sistema de alerta temprana

Carlos Alberto Hernández Londoño - chernandez@ins.gov.co

Claudia Marcela Montaña Fuertes - eri@ins.gov.co

Director General INS

Dr. Tomas Gilberto Prasca Cepeda (E)

Expertos temáticos

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/10.33610/23576189.2024.49>

2024

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

Brotes

Gestor sistema de alerta temprana, eri@ins.gov.co

Javier Alberto Madero Reales, jmadero@ins.gov.co

Tablas de mando

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

Editor

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

Correctora de estilo

María Fernanda Campos Maya, editorial.vigilancia@ins.gov.co

Diseño y diagramación

Wilbert Saul Daza



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co