

## Poblaciones de interés especial

Indígenas, Afrocolombianos,  
raizales y palenqueros  
en Colombia

*Seguimiento a eventos de interés  
en salud pública, 2024*

La vigilancia en salud pública es fundamental para garantizar el bienestar de las poblaciones indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueras en Colombia, razón por la que se ve el aumento de notificación durante el 2024.



## Tema central: Poblaciones de interés especial Indígenas, Afrocolombianos, raizales y palenqueros en Colombia

Seguimiento a eventos de interés en salud pública, 2024



## Situación nacional



## Mortalidad



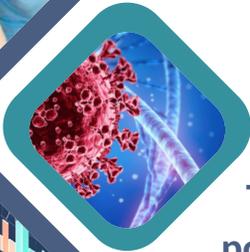
## Eventos trazadores



## Desnutrición



## Brotos



## Tablas de mando por departamento



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

### Seguimiento a eventos de interés en salud pública en poblaciones de interés especial: Indígenas, Afrocolombianos, raizales y palenqueros en Colombia, 2024

Viviana Carolina Moreno Vargas - [vmoreno@ins.gov.co](mailto:vmoreno@ins.gov.co)  
 Carlos Alberto Hernández Londoño - [chernandez@ins.gov.co](mailto:chernandez@ins.gov.co)  
 Javier Alberto Madero Reales - [jmadero@ins.gov.co](mailto:jmadero@ins.gov.co)  
 Lady Jacqueline Rivera González - [lrivera@ins.gov.co](mailto:lrivera@ins.gov.co)

**La vigilancia en salud pública es fundamental para garantizar el bienestar de las poblaciones indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueras en Colombia, razón por la que se ve el aumento de notificación durante el 2024.**

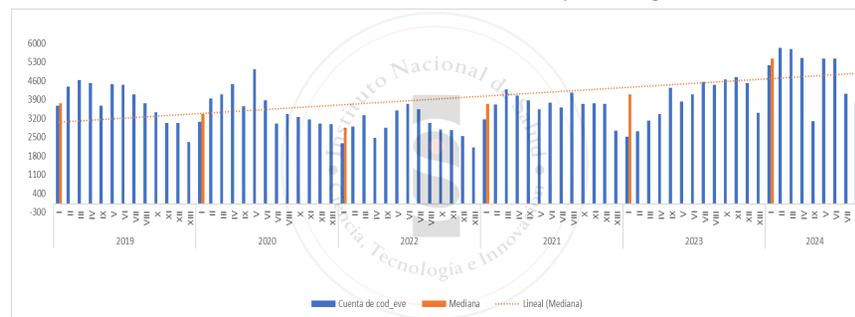
La vigilancia en salud pública es fundamental para garantizar el bienestar de las poblaciones indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueras en Colombia. Estos grupos históricamente han experimentado inequidades en el acceso a servicios de salud y presentan particularidades culturales que demandan enfoques diferenciados. Sin embargo, la información disponible sobre su estado de salud es limitada, lo que dificulta la implementación de intervenciones efectivas. Por lo tanto, es necesario describir la situación en diferentes líneas de tiempo de la vigilancia en salud pública para estas poblaciones, identificando diferentes panoramas de eventos de interés en salud pública y proponiendo recomendaciones para fortalecer la toma de decisiones en salud en el país.

Los datos analizados se obtuvieron a partir de los registros de la vigilancia en salud pública para las poblaciones afrodescendientes, raizales y palenqueros durante 2019 a 2024, mientras que los datos en la población indígena se tomaron del 2023 al 2024. Se realizaron los análisis descriptivos de casos reportados, geografías de notificación, identificación de grupos étnicos y características sociodemográficas. Los datos fueron analizados utilizando el software R, Excel y Epiinfo, calculando frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Adicionalmente, se elaboraron curvas epidémicas y análisis geográficos por municipios.

### Notificación de eventos de salud pública en población afrocolombiana, raizales y palenqueros.

Se evidenció un aumento general en la notificación de eventos de salud pública en la población afrocolombiana entre 2019 y 2024, según datos de Sivigila (1) (figura 1).

Figura 1. Carga de notificación de eventos priorizados de interés en salud pública para la población Afrocolombiana del 2019 a 2024 a semana epidemiológica 36

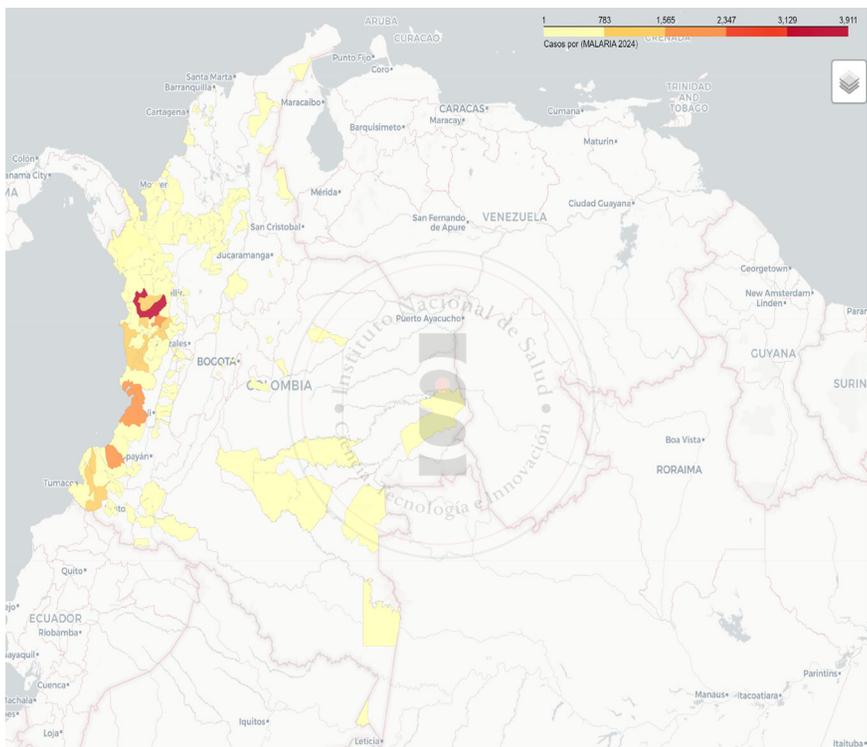


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2024

Los eventos más notificados fueron: malaria, violencia de género, dengue, desnutrición aguda en menores de 5 años e intento de suicidio. La tendencia de la notificación de malaria presentó un descenso en la notificación en 2024, mientras que el dengue muestra un incremento significativo en el mismo año, aunque ciertos municipios presentan aumento significativo.

La notificación de eventos se concentró en ciertos grupos de edad y sexo, especialmente en hombres para el caso de la malaria y en mujeres entre 10 y 20 años por violencia de género. Existe una variación geográfica en la notificación de eventos, pues hubo mayor concentración en los departamentos de Chocó, Nariño, Buenaventura y Cauca. Los municipios de Quibdó, Buenaventura, Guapi y Lloró presentan las tasas más altas de notificación de malaria (figura 2).

Figura 2. Mapa de distribución de casos de Malaria notificados al Sistema de Información en Salud Pública–SIVIGILA 2024



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

## Desnutrición en menores de 5 años

La desnutrición aguda en menores de 5 años mostró una tendencia al alza con fluctuaciones anuales. Se observa una concentración de casos en menores de 1 año, además, los departamentos de Chocó y Nariño presentan el mayor número de casos notificados (figura 3).

Figura 3. Distribución de notificación de Desnutrición aguda en menores de cinco años para la población afrocolombiana 2024.

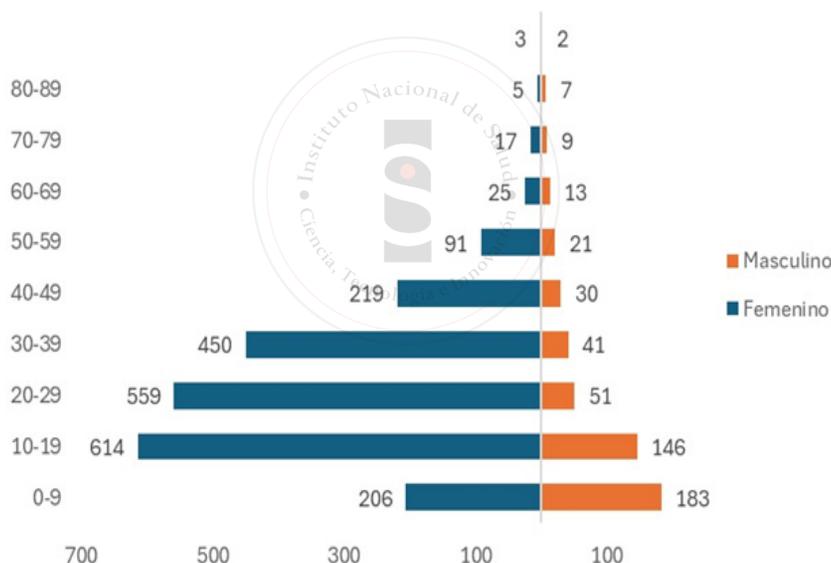


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

## Violencia de género

La violencia de género muestra un aumento en la notificación en 2023, pero disminuye en 2024, donde la violencia física es la forma más reportada, seguida de la violencia psicológica y sexual. Se observa un aumento en la notificación en municipios con mayor representatividad de población afrocolombiana, con mayor proporción en la población femenina en grupos de edad de 10 a 19 años, seguido de 20 a 29 años (figura 4).

Figura 4. Distribución de notificación de casos de Violencia de género en población Afrocolombiana, 2024



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

## Intento de suicidio

El intento de suicidio presenta un descenso en la notificación en 2024 con respecto al 2023. Los municipios con mayor notificación de intento de suicidio fueron Manatí en Atlántico, La Jagua de Ibirico en Cesar, Istmina en Chocó, Cali, Puerto Tejada en Cauca y Tumaco en Nariño. Cabe resaltar que la mayor notificación se presentó en la población femenina.

## Conclusiones

- Se observó un aumento de la notificación en general y de eventos priorizados.
- Las principales entidades territoriales que registraron la mayor carga de notificación en algunos de sus municipios son Chocó, Nariño, Buenaventura, Cauca, Cali y Antioquia.
- Los municipios de Quibdó, Tumaco, Tadó, Lloró, Guapi, Bajo Baudó, Río Quito, Buenaventura, Roberto Payan, Istmina, Barbacoas, Cali y Olaya Herrera representaron más del 80 % de la notificación.
- La región del Pacífico y parte del Caribe, donde se concentra una cantidad importante de población afrodescendiente, se asocian como zonas más afectadas por el conflicto armado, el desplazamiento forzado y las barreras de acceso geográfico y de salud.
- Se identificó un aumento de notificación en municipios con mayor representatividad en violencia de género e intento de suicidio, así como mayor compromiso en la población femenina entre 10 a 20 años.

## Recomendaciones

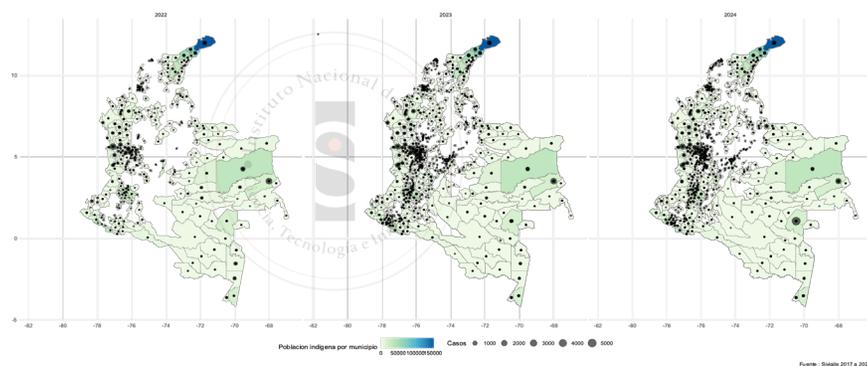
- Las etnias son importante en la población del país en representatividad y carga de notificación de eventos de interés en salud pública, siendo necesario el reconocimiento de su cultura y saberes ancestrales para promover la salud en la comunidad.
- La notificación requiere del autorreconocimiento, por lo que las entidades territoriales con mayor representatividad en la notificación requieren de participación con los líderes comunitarios y de los consejos comunitarios (reconocimiento, visibilización de la población y promoción en salud).

- Intensificar el seguimiento en los municipios con mayor carga de notificación en los eventos priorizados.
- Priorizar las etnias en los sistemas de alerta temprana de las entidades territoriales y en el monitoreo de señales y alertas diariamente.
- Las organizaciones no gubernamentales pueden ser aliadas en las estrategias de intervención, promoción y prevención de la salud.

## Notificación de eventos de salud pública en población indígena

La población indígena en Colombia representa una parte fundamental de la diversidad cultural y social del país, a pesar de que tienen una participación del 4,4 % en la población total nacional (según censo DANE 2018) (2). Los pueblos indígenas en Colombia (se reconocen 115 pueblos actualmente) enfrentan desafíos importantes en términos de salud, influenciados por determinantes sociales como la pobreza, la falta de acceso a la educación, la discriminación, el conflicto armado y el desplazamiento forzado, lo que conlleva a la presencia de enfermedades prevenibles y aumento de la mortalidad (3, 4). Entre 2022 y 2024, los casos de eventos de interés en esta población se concentran en los municipios con población Embera, Embera Katio y Emberá Chamí (figura 5)

Figura 5. Notificación de eventos de interés en salud por densidad poblacional indígena por municipios, Colombia 2022 a 2024

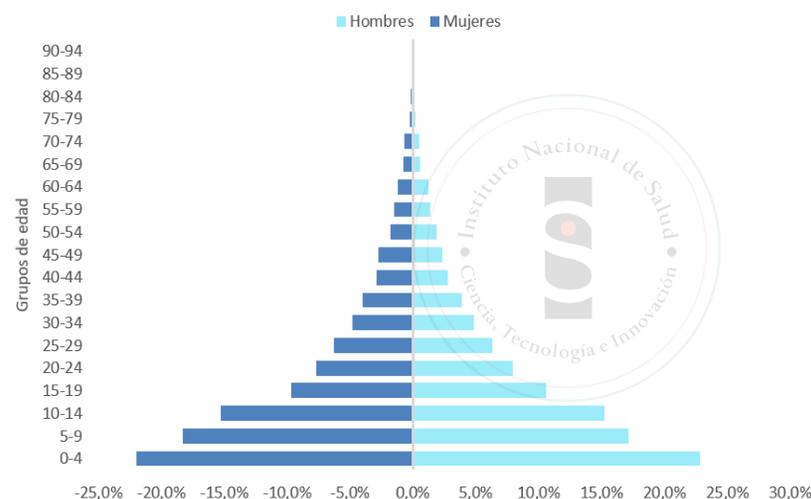


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 a 2024-Censo DANE 2018

Dos de los eventos de interés en salud pública que tienen una mayor carga de afectación en los pueblos indígenas son la malaria y la desnutrición que afectan a los menores de 5 años, siendo este grupo de edad el que tiene la mayor vulnerabilidad.

Se notificaron 30 405 casos de malaria en población indígena, afectando al 51,2 % en hombres. El 22,4 % (6 815) se presentó en menores de 0 a 4 años, situación que difiere en el comportamiento de la malaria en la población general, afectando principalmente a población masculina entre 15 a 24 años y en edad productiva (figura 6).

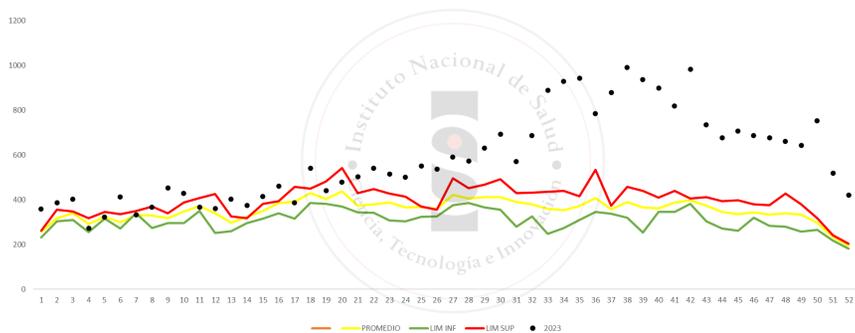
Figura 6. Distribución por grupos de edad de casos de malaria en población indígena, Colombia, 2024



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

Para 2023 se evidenció una situación de brote sostenido de malaria que afectó a la población indígena con un aumento de casos importante entre las semanas epidemiológicas 30 a la 49 (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de malaria en población indígena, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a la 52, 2023



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

## La malaria en los pueblos Embera, Embera Chamí y Embera Katío

La malaria sigue siendo una preocupación importante en la salud pública de las comunidades indígenas en Colombia, pues se observó un aumento preocupante en la incidencia de malaria, particularmente en la población Emberá Katío en el departamento del Chocó durante 2023.

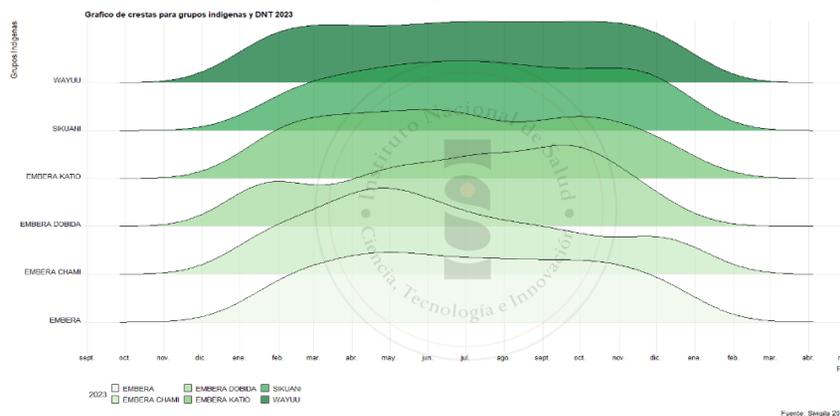
Este incremento puede estar relacionado con diversos factores, como las condiciones ambientales que favorecen la proliferación del vector, la movilidad de las comunidades, las dificultades en el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento oportuno, y la resistencia del parásito a los medicamentos antimaláricos.

## Desnutrición en menores de 5 años en los pueblos Embera, Embera Chamí y Embera Katío

La desnutrición aguda es otro problema de salud pública que afecta de manera desproporcionada a la población indígena, especialmente a los menores de 1 año. Se observó que la desnutrición aguda se presenta principalmente en las tres poblaciones Emberá (Emberá, Emberá Katío y Emberá Chamí), lo que sugiere la necesidad de intervenciones específicas para estas comunidades.

La desnutrición en la población indígena está asociada a múltiples factores, como la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico, las prácticas inadecuadas de alimentación infantil, las enfermedades infecciosas como la malaria y las diarreas, y la falta de acceso a servicios de salud (figura 8).

Figura 8. Representatividad de la carga de desnutrición aguda en menores de 5 años para principales pueblos indígenas, Colombia, 2023



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023

## Conclusiones

- Las entidades territoriales de Chocó, Guajira, Guainía y Vichada concentraron el 53,8 % de la notificación de eventos de interés en salud pública (EISP) en población indígena para periodo 2022 y el año en curso 2024.
- Para 2023 y 2024 se observó un aumento significativo de la notificación en esta población, doblando el promedio histórico entre 2017 a 2022.
- Los eventos de malaria y desnutrición concentran cerca del 70 % de las notificaciones de EISP para esta serie de tiempo.
- La incidencia de malaria y desnutrición varía significativamente entre los diferentes departamentos, pero se evidencian zonas de interés especial en municipios en donde predominan ciertos grupos indígenas.

## Recomendaciones

- A las entidades territoriales: continuar e intensificar las actividades de control vectorial en los municipios con alta incidencia de malaria en población indígena, priorizando las zonas de transmisión.
- A las partes interesadas y demás actores del sistema: en sus competencias: continuar con la intensificación de los programas de seguridad alimentaria que garanticen el acceso a alimentos nutritivos y promuevan la soberanía alimentaria en las comunidades indígenas.
- A todos los actores del sistema de salud: continuar las capacitaciones al talento humano en la detección temprana de enfermedades y mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Se recomienda abordar los factores de riesgo para la salud mental en la población indígena, como la discriminación, el desplazamiento y la pérdida de territorio, a través de intervenciones psicosociales y el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario.

## La Vigilancia Basada en Comunidad como un vínculo de inclusión para las poblaciones diferenciales

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) promueve la inclusión de poblaciones históricamente marginadas, como grupos étnicos y rurales, en la identificación y respuesta a problemas de salud pública. Al capacitar a vigías y gestores de estas comunidades, la VBC les otorga un papel clave en la toma de decisiones y la movilización social, visibilizando sus necesidades y asegurando un enfoque intercultural que respeta sus prácticas. Esto mejora el acceso al sistema de salud, fortalece la resiliencia y empodera a las comunidades como agentes de cambio en la mejora de su salud colectiva (5).

Existen casos de éxito que han sido identificados y reconocidos, como la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (REVCOM) de Guainía, Nariño y Putumayo, cuyo componente étnico indígena ayuda a ser un punto de encuentro que fomenta el diálogo de saberes entre visiones de la salud pública y colectiva. Un reto fundamental para la estrategia es lograr que haya una adherencia generalizada de todas y cada una de las poblaciones diferenciales.

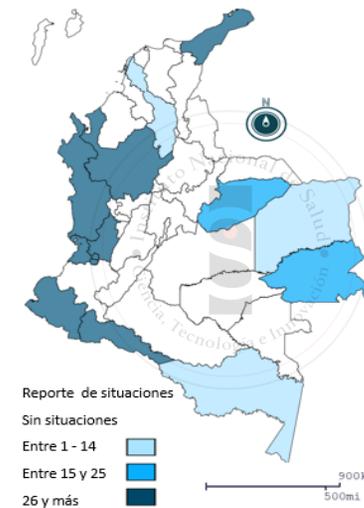
Dentro de la VBC se tienen dos aspectos clave que la vinculan con las poblaciones especiales, el primero relacionado con el fortalecimiento del directo-

rio de la REVCOM y el segundo con los reportes de situaciones de interés en salud pública, con el objeto de garantizar respuestas oportunas y contextualizadas de acuerdo con las necesidades específicas de estas poblaciones.

El directorio de la REVCOM cuenta con 5 650 personas en la red de vigilancia epidemiológica del país, de las cuales 845 se identifican como pertenecientes a alguna etnia, distribuidas en 29 entidades territoriales y 167 municipios. Las regiones con más agentes étnicos son La Guajira, Nariño y Antioquia. Las etnias con mayor representación son indígenas (434) y afrocolombianos (382). Estos datos destacan la inclusión de diversas comunidades en la vigilancia de salud pública (6).

En el Periodo Epidemiológico X, se registraron 3 240 casos de situaciones de interés en salud pública, de los cuales 368 (11,4 %) corresponden a personas de etnias, principalmente indígenas (283) y afrocolombianos (77). Los casos específicos fueron los más reportados (69 %), con 254 casos concentrados en Antioquia, Nariño, Valle del Cauca, Chocó y Vichada, destacando malaria, desnutrición y otros. Los Síndromes representaron el 12,8 % con 47 casos, mayormente en mujeres, y las Situaciones en animales sumaron 25 reportes (6,8 %), siendo las mordeduras por perros las más frecuentes (7) (figura 9).

Figura 9. Situaciones de interés en salud pública, poblaciones diferenciales, VBC Colombia, PE X 2024



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

## Conclusiones

- La VBC ha demostrado ser un vínculo importante de inclusión al integrar a comunidades históricamente marginadas, como grupos étnicos y rurales, en la vigilancia y respuesta a problemas de salud pública, promoviendo una mayor equidad y respeto a las prácticas culturales.
- Se ha logrado un avance significativo en la participación de personas pertenecientes a etnias, como lo refleja la alta representación en los reportes de situaciones de interés en salud pública. De los casos reportados, el 11,4% corresponden a personas que se identifican como parte de una etnia.
- El directorio de la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (REVCOM) incluye a 5 650 personas, de las cuales 845 se identifican como pertenecientes a grupos étnicos, lo que indica una red de vigilancia diversa y en expansión.

## Recomendaciones

- Es fundamental continuar promoviendo la adherencia de todas las poblaciones étnicas y diferenciales en la VBC, asegurando una participación más amplia y equitativa en la vigilancia de salud pública.
- Fortalecer la integración entre la VBC y el Sistema de Alerta Temprana (SAT) en cada entidad territorial es clave para detectar de manera más eficaz las situaciones de interés en salud pública que afectan a poblaciones étnicas. Este vínculo permitirá respuestas rápidas y contextualizadas, garantizando una intervención oportuna y adaptada a sus necesidades culturales.
- Impulsar la capacitación de vigías y gestores comunitarios de grupos étnicos es esencial para mantener activa la REVCOM. Esto no solo fortalecerá su participación en la vigilancia de salud pública, sino que también potenciará su rol como agentes clave de movilización social y la autogestión, facilitando la organización y acción colectiva en sus comunidades.

## Bibliografía

1. Sistema de Información en salud pública (SIVIGILA), Instituto Nacional de Salud, 2019 – 2024.
2. DANE. Población indígena de Colombia; 2019. Fecha de consulta: 7 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>
3. Aguilar M, Tobar M, García H. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev. Salud Pública. 2020; 22(4): 463-467. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.87320>
4. Determinantes sociales de salud y su relación con desnutrición infantil en dos comunidades étnicas colombianas. Rev. salud pública. 23(4): 1-8, 2021; 23 <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n4.88442>
5. INS. Vigilancia Basada en Comunidad. Etapa 1.2 Sistema de Alerta Temprana - Fases de implementación, 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Revcom.aspx>
6. Vigilancia Basada en Comunidad. Directorio de Red de Vigilancia Epidemiológica - REVCOM, Instituto Nacional de Salud, 2024.
7. Vigilancia Basada en Comunidad. Matriz de seguimiento de reportes, Instituto Nacional de Salud, 2024.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

## SITUACIÓN NACIONAL

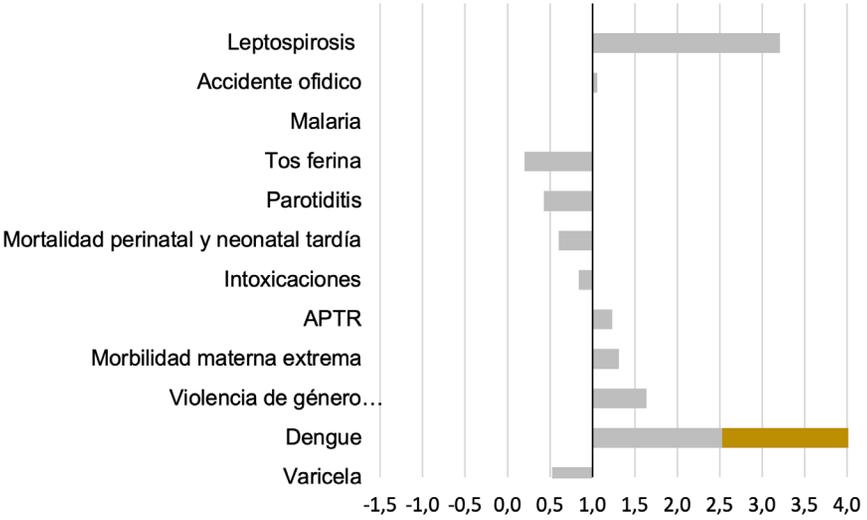
### Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 41 de 2024, se identificó que la notificación del evento de dengue se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 10).

Figura 10. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024



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

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

En la semana epidemiológica 41 de 2024, el evento mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea, zika y lepra se ubicaron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2024

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	8	2,2	0,00
Leishmaniasis cutánea	7	83,6	0,00
Zika	2	6	0,04
Lepra	4	8,8	0,04
Chikungunya	1	2	0,27
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	3	0,15
Leishmaniasis mucosa	0	1,4	0,25

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.

## MORTALIDAD

### Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

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 41 del año 2023. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

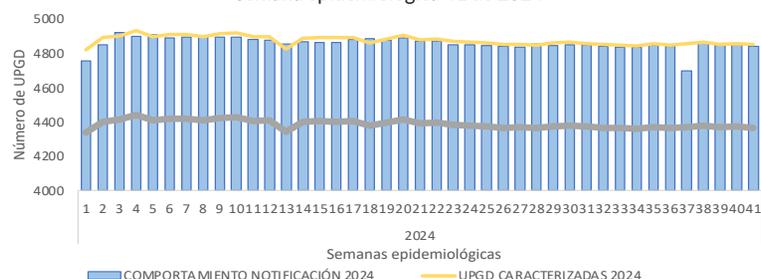
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento con respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 41 del año 2023. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 99,8 % (4 845/4 853); disminuyendo un 0,1 % respecto a la semana anterior y aumentando un 0,2 % comparado con la semana epidemiológica 41 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 41 de 2024, a nivel nacional se detectó que el 0,2 % 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 (8), se identifica que de estas el 75,0 % (n=6) están categorizadas en el primer nivel de complejidad, el 12,5 % (n=1) en segundo nivel y con igual porcentaje en el tercer nivel.

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 11).

Figura 11. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024



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

#### 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 análisis<sup>1</sup>.

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

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

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

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

<sup>1</sup> 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%205a%C3%B1os.pdf).

A semana epidemiológica 41 de 2024, se han notificado 752 muertes probables en menores de cinco años: 399 por infección respiratoria aguda (IRA), 211 por desnutrición (DNT) aguda y 142 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 26 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis. En concordancia con esto, se consideran 726 casos de población residente en Colombia (389 por IRA, 199 por DNT aguda y 138 por EDA); de los cuales, 416 han sido confirmados, 122 fueron descartados y 188 se encuentran en estudio (tabla 2).

Tabla 2. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 41 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 41 2024			Casos en estudio a SE 41 2024			Tasa a SE 41 2023			Tasa a SE 41 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0	2	1	1	1	0	10,49	62,95	20,98	0,00	21,10	10,55
Antioquia	14	9	5	4	14	3	3,47	4,17	0,46	3,30	2,12	1,18
Arauca	1	2	0	0	1	0	10,82	10,82	7,21	3,65	7,30	0,00
Atlántico	4	6	1	2	4	1	7,70	5,14	0,86	3,50	5,25	0,88
Barranquilla	2	4	1	0	1	1	1,12	3,35	0,00	2,28	4,57	1,14
Bogotá, D.C.	0	12	1	0	13	1	0,00	5,94	0,00	0,00	2,59	0,22
Bolívar	2	7	2	0	4	0	12,54	9,64	0,96	1,97	6,89	1,97
Boyacá	0	4	0	0	0	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	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69	0,00
Cali	0	6	0	2	1	0	0,69	0,69	0,69	0,00	4,24	0,00
Caquetá	0	1	0	1	8	1	10,57	2,64	0,00	0,00	2,70	0,00
Cartagena	1	6	1	0	2	0	2,53	11,38	0,00	1,29	7,76	1,29
Casanare	0	2	1	0	0	0	0,00	2,61	10,44	0,00	5,31	2,65
Cauca	0	6	0	1	1	3	0,00	8,78	3,51	0,00	5,34	0,00
Cesar	8	6	3	3	4	1	15,53	7,36	2,45	6,64	4,98	2,49
Chocó	28	23	34	3	12	0	79,67	62,35	34,64	48,77	40,06	59,23
Córdoba	7	9	2	0	2	1	5,21	9,12	0,65	4,66	5,99	1,33
Cundinamarca	0	7	0	0	3	0	0,00	1,28	0,00	0,00	2,97	0,00
Guainía	0	2	2	0	2	0	14,35	57,41	43,06	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	4	0	0	1	0	3,97	4,96	0,99	1,01	4,05	0,00
La Guajira	31	15	21	6	10	2	49,77	36,19	18,10	28,29	13,69	19,17
Magdalena	7	2	1	4	9	1	19,00	11,87	2,37	8,41	2,40	1,20
Meta	5	4	2	1	1	1	4,78	15,54	2,39	6,07	4,85	2,43
Nariño	2	3	0	1	0	2	4,13	9,09	1,65	1,69	2,53	0,00
Norte de Santander	4	0	0	0	3	2	0,76	3,82	0,76	3,12	0,00	0,00
Putumayo	1	2	1	0	1	0	0,00	0,00	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	5	1	1	1	13,58	15,27	11,88	10,47	13,97	8,73
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	1	0	0	0,00	9,98	4,99	0,00	0,00	2,53
Santander	0	5	3	3	0	1	2,63	3,94	3,94	0,00	3,35	2,01
Sucre	6	5	0	2	2	0	2,59	3,88	3,88	7,87	6,56	0,00
Tolima	0	3	0	3	6	2	2,39	9,55	0,00	0,00	3,65	0,00
Valle del Cauca	2	3	2	2	5	0	3,62	7,97	0,72	1,49	2,23	1,49
Vaupés	0	0	1	0	4	2	0,00	31,14	15,57	0,00	0,00	15,11
Vichada	5	9	1	1	1	1	101,13	14,45	21,67	36,02	64,83	7,20
<b>Nacional</b>	<b>139</b>	<b>182</b>	<b>95</b>	<b>42</b>	<b>119</b>	<b>27</b>	<b>6,75</b>	<b>8,37</b>	<b>2,62</b>	<b>3,82</b>	<b>5,00</b>	<b>2,61</b>

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

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

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 41 de 2024 se han notificado 389 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 182 fueron confirmadas, 88 descartadas y 119 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 41 fue 310, para una tasa de mortalidad de 8,37 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 41 de 2024 se notificaron 10 muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 41 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Chocó, Risaralda, Vichada, Antioquia, Bogotá D.C., La Guajira, Nariño y Santa Marta; a nivel municipal en Uribe, Cumaribo, Ibagué, Medellín y Bello. 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 41 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	25	35
Risaralda	4	9
Vichada	3	10
Antioquia	51	23
Bogotá D.C.	41	25
La Guajira	33	25
Nariño	8	3
Santa Marta	4	0
Uribe	7	11
Cumaribo	2	8
Ibagué	1	4
Medellín	18	5
Bello	3	0

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

Los principales agentes etiológicos identificados fueron virus sincitial respiratorio, rinovirus, *Staphylococcus aureus*, enterovirus, adenovirus, *Streptococcus pneumoniae*, SARS-CoV-2, 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 41 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	35	3	1	1	1	41	26	2	1	1	0	30
Rinovirus	20	9	2	2	2	35	9	4	5	1	1	20
Enterovirus	16	8	2	1	1	28	6	3	3	1	1	14
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	1	0	1	1	6	9	1	2	2	0	14
Adenovirus	17	11	2	3	1	34	7	4	2	0	0	13
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	2	0	4	2	14	2	4	3	3	1	13
SARS-CoV-2	12	3	1	0	1	17	9	2	0	0	0	11
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	0	0	0	0	2	3	2	2	2	1	10
<i>Haemophilus influenzae B</i>	8	0	0	2	0	10	3	2	2	0	0	7
Influenza A	3	0	0	3	0	6	3	2	0	0	0	5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	0	0	0	0	4	3	1	1	0	0	5
Metapneumovirus	8	3	1	1	0	13	3	0	1	0	0	4
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Parainfluenza tipo 3	5	1	0	0	0	6	2	0	0	0	0	2
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 1	5	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Influenza B	5	0	0	2	1	8	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>42</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>241</b>	<b>92</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>160</b>

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

## Mortalidad por desnutrición aguda

A la semana epidemiológica 41 se han notificado 199 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 139 casos fueron confirmados, 18 descartados y 42 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,82 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fue 250, para una tasa de mortalidad de 6,75 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 41 de 2024 se notificaron tres muertes probables en menor de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 41 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Chocó, Sucre, Bolívar, Cesar, Cundinamarca y La Guajira; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Riohacha, Ciénaga y Maicao. 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 41 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	11	18
Chocó	15	31
Sucre	2	8
Bolívar	8	2
Cesar	18	11
Cundinamarca	3	0
La Guajira	42	37
Bojayá	0	5
Tadó	1	5
Riohacha	5	10
Ciénaga	2	5
Maicao	12	4

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

## Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 41 se han notificado 138 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 95 casos fueron confirmados, 16 descartados y 27 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,61 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 41 fue de 97, para una tasa de mortalidad de 2,62 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 41 de 2024 se notificó una muerte probable en menor de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 41 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Buenaventura, Chocó, Santander y La Guajira; a nivel municipal en Bojayá, Bagadó, Tadó, Manaure, Uribia 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 41 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Buenaventura	0	3
Chocó	20	34
Santander	1	4
La Guajira	15	23
Bojayá	3	12
Bagadó	1	5
Tadó	1	4
Manaure	2	7
Uribia	6	10
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 definiciones<sup>1</sup>:

- **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 temprana<sup>2</sup>.

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.binass.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 41 de 2024 se notificaron al SIVIGILA siete casos, cinco corresponden a muertes maternas tempranas y dos a muertes maternas tardías; para un total acumulado de 169 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 164 residen en territorio colombiano y cinco residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

A semana 41 de 2024 se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá, La Guajira, Chocó, Antioquia y Cesar. Al comparar con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Arauca, Atlántico,

Bogotá D.C., Bolívar, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Santander, Santa Marta, Sucre y Valle del Cauca; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 41, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	390	120	33	543
2022	209	124	49	382
2023	192	123	62	377
2024p	164	94	32	290

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

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Turbo (Antioquia), Valledupar y Tamalameque (Cesar), Montería (Córdoba) y Palocabildo (Tolima) 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 41 de 2024, el 62,8 % corresponden a causas directas y el 32,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 22,0 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 - 2023 a SE 41	Acumulado de casos a SE 41		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Colombia	282	192	164	Disminución
Bogotá D.C.	24	15	18	Disminución
La Guajira	23	13	17	Disminución
Chocó	11	7	14	Ninguno
Antioquia	23	16	13	Disminución
Cesar	11	4	10	Ninguno
Cundinamarca	15	8	9	Disminución
Cauca	7	9	7	Ninguno
Nariño	11	9	7	Ninguno
Córdoba	14	6	6	Disminución
Meta	8	6	6	Ninguno
Cali	7	4	5	Ninguno
Huila	4	4	5	Ninguno
Norte de Santander	8	2	5	Ninguno
Atlántico	11	11	4	Disminución
Barranquilla	8	4	4	Ninguno
Magdalena	12	8	4	Disminución
Santander	9	5	4	Disminución
Tolima	6	6	4	Ninguno
Bolívar	10	5	3	Disminución
Vichada	3	2	3	Ninguno
Boyacá	4	3	2	Ninguno
Buenaventura	3	5	2	Ninguno
Putumayo	3	2	2	Ninguno
Risaralda	3	3	2	Ninguno
Santa Marta D.E.	7	3	2	Disminución
Sucre	6	6	2	Disminución
Valle del Cauca	6	4	2	Disminución
Caldas	3	1	1	Ninguno
Casanare	3	1	1	Ninguno
Arauca	3	2	0	Disminución
Caquetá	3	5	0	Disminución
Cartagena	9	9	0	Disminución
Guainía	1	1	0	Ninguno
Guaviare	1	1	0	Ninguno
Quindío	2	2	0	Ninguno

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

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	Turbo	3	0	0,04
Cesar	Valledupar	5	1	0,04
	Tamalameque	0	2	0,02
Córdoba	Montería	4	0	0,02
Tolima	Palocabildo	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 41 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 41 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
<b>DIRECTA</b>	<b>137</b>	<b>65,6</b>	<b>126</b>	<b>65,6</b>	<b>103</b>	<b>62,8</b>	
Hemorragia obstétrica	31	14,8	31	16,1	36	22,0	Aumento
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	58	27,8	34	17,7	31	18,9	Ninguno
Sepsis obstétrica	15	7,2	17	8,9	9	5,5	Disminución
Evento tromboembólico como causa básica	13	6,2	18	9,4	8	4,9	Disminución
Embarazo ectópico	7	3,3	11	5,7	8	4,9	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	1,4	4	2,1	5	3,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	4	1,9	2	1,0	3	1,8	Ninguno
Otras causas directas	2	1,0	1	0,5	1	0,6	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	4	1,9	4	2,1	1	0,6	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,5	1	0,6	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	3	1,6	0	0,0	Ninguno
<b>INDIRECTA</b>	<b>66</b>	<b>31,6</b>	<b>63</b>	<b>32,8</b>	<b>54</b>	<b>32,9</b>	
Otras causas indirectas	26	12,4	25	13,0	24	14,6	Ninguno
Otras causas indirectas: cáncer	11	5,3	9	4,7	8	4,9	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	9	4,3	12	6,3	8	4,9	Ninguno
Sepsis no obstétrica	11	5,3	11	5,7	7	4,3	Ninguno
Otras causas indirectas: dengue	1	0,5	1	0,5	3	1,8	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1,0	3	1,6	3	1,8	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	6	2,9	1	0,5	1	0,6	Ninguno
Otras causas indirectas: malaria	0	0,0	1	0,5	0	0,0	Ninguno
<b>Desconocida / indeterminada</b>	<b>5</b>	<b>2,4</b>	<b>2</b>	<b>1,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	
<b>En estudio</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>7</b>	<b>4,3</b>	

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 vida<sup>1</sup>. 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 los Center for Disease Control and Prevention (CDC), dado que el evento tiene una alta frecuencia y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años. Para el análisis de comportamientos inusuales en el nivel municipal se utilizó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio, teniendo en cuenta que en los municipios se comportan como evento de baja frecuencia. El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al periodo entre el 2019 y 2023 con corte del periodo a analizar y se muestran resultados estadísticamente significativos. El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup>. 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf)

<sup>2</sup>. 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.](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 41 de 2024, se han notificado 4 711 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 645 corresponden a residentes en Colombia y 66 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (595), Antioquia (526), Cundinamarca (284), La Guajira (231) y Córdoba (215). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 41 de 2024, se presentó comportamiento inusual en Amazonas, Antioquia, Atlántico, Buenaventura, Córdoba, Guainía, La Guajira, Norte de Santander y Sucre. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

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 41 de 2023 y 2024.

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 38 a 41)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 41	
				2023	2024
Colombia	652	382	Decremento	5675w	4645
Bogotá, D.C.	73	64	Dentro del rango	607	595
Antioquia	74	48	Decremento	666	526
Cundinamarca	34	20	Dentro del rango	302	284
La Guajira	37	19	Decremento	282	231
Córdoba	35	15	Decremento	294	215
Cali	25	17	Dentro del rango	218	203
Barranquilla	27	17	Dentro del rango	224	150
Nariño	16	9	Dentro del rango	130	149
Cauca	20	12	Dentro del rango	190	144
Cesar	23	10	Dentro del rango	200	144
Cartagena	25	14	Dentro del rango	195	135
Atlántico	24	10	Decremento	188	129
Santander	20	12	Dentro del rango	173	129
Valle del Cauca	16	12	Dentro del rango	168	129
Chocó	16	8	Dentro del rango	131	124
Norte de Santander	20	4	Decremento	170	121
Magdalena	15	9	Dentro del rango	112	116
Bolívar	18	8	Dentro del rango	163	113
Meta	14	13	Dentro del rango	144	111
Sucre	14	5	Decremento	142	105
Huila	13	8	Dentro del rango	149	104
Tolima	14	8	Dentro del rango	128	99
Boyacá	10	8	Dentro del rango	103	91
Risaralda	9	11	Dentro del rango	66	73
Caldas	7	6	Dentro del rango	64	62
Casanare	6	3	Dentro del rango	50	52
Putumayo	4	2	Dentro del rango	45	46
Quindío	5	3	Dentro del rango	40	43
Santa Marta	11	1	Dentro del rango	57	40
Buenaventura	9	0	Decremento	59	36
Caquetá	5	2	Dentro del rango	64	34
Arauca	4	2	Dentro del rango	52	31
Vichada	3	1	Dentro del rango	34	27
San Andrés y Providencia	1	0	Dentro del rango	9	14
Vaupés	2	0	Dentro del rango	9	12
Amazonas	1	0	Decremento	15	11
Guaviare	1	0	Dentro del rango	12	9
Guainía	1	1	Decremento	20	8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 pr

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2019 a 2023 en Totoró (Cauca), San Bernardo del viento (Córdoba), Zarzal (Valle del Cauca), La Tebaida (Quindío), Polonuevo (Atlántico), El rosal (Cundinamarca), Anorí (Antioquia), Quinchía (Risaralda), Vigía del Fuerte (Antioquia) y Tello (Huila) (tabla 12).

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 41	Valor observado a SE 41 de 2024	Semanas continuas en incremento
		2019-2023		
Cauca	Totoró	5	10	24
Córdoba	San Bernardo del Viento	6	10	13
Valle del Cauca	Zarzal	3	7	11
Quindío	La Tebaida	3	7	10
Atlántico	Polonuevo	4	7	5
Cundinamarca	El Rosal	3	7	3
Antioquia	Anorí	3	6	15
Risaralda	Quinchía	3	6	12
Antioquia	Vigía del Fuerte	3	6	1
Huila	Tello	1	5	20

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 29,2 %, neonatales tardías con 17,0 % y fetales intraparto con 10,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,7 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,2 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 41 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 41, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 41, 2022-2024					
	2022 a SE 41	(%)	2023 a SE 41	(%)	2024 a SE 41	(%)
Colombia	6811	100,0	5675	100,0	4645	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1735	25,5	1409	24,8	1144	24,6
Prematuridad-inmadurez	1226	18,0	1044	18,4	728	15,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1035	15,2	909	16,0	611	13,2
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	684	10,0	589	10,4	479	10,3
Malformación congénita	560	8,2	512	9,0	403	8,7
Infecciones	691	10,1	497	8,8	400	8,6
Otras causas de muerte	450	6,6	341	6,0	294	6,3
Sin información	0	0,0	23	0,4	248	5,3
Causas no específicas	177	2,6	128	2,3	167	3,6
Trastornos cardiovasculares	166	2,4	149	2,6	132	2,8
Lesiones de causa externa	64	0,9	54	1,0	20	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	23	0,3	20	0,4	19	0,4

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

## EVENTOS TRAZADORES

### Infección respiratoria aguda (IRA)

#### Metodología

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todos los casos de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE 10 de J00 a J22<sup>1</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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](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 y urgencias menores al 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).

Tabla 14. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 41, 2023 y 2024

A semana epidemiológica 41 2023 - 2024			
Tipo de servicio	2023	2024	Variación porcentual >30%
Consulta externa y urgencias	6 008 438	5 662 000	⇒ -0,06%
Hospitalización en sala general	242 315	242 371	⇒ 0,01%
Hospitalización en UCI/UCIM	28 893	30 420	⇒ 0,05%

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

### Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 41 de 2024 se notificaron 117 199 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 Choco, Guainía, La Guajira, Santa Marta y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caquetá y Huila. Las 29 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 (38 a 41 de 2024) en 22 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (38 a 41 de 2024)

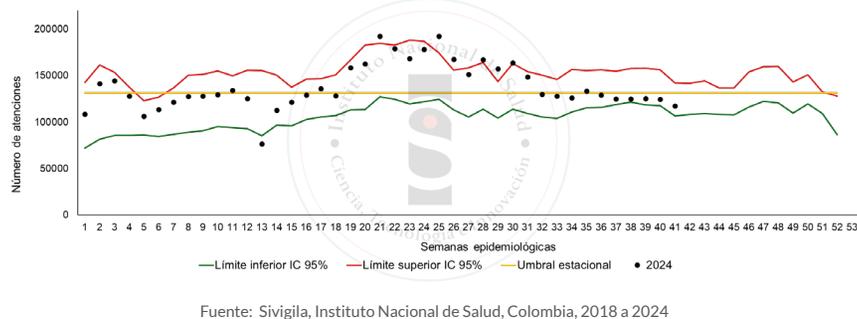
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 38 a 41)	Observado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 38 a 41)	Análisis
Antioquia	Apartado	11479	1026	1375	Aumento
Antioquia	Turbo	9115	817	1239	Aumento
Antioquia	Envigado	15703	1686	2558	Aumento
Antioquia	Itagüí	49323	3752	7611	Aumento
Antioquia	Bello	48475	3560	7616	Aumento
Atlántico	Malambo	6936	435	588	Aumento
Bolívar	Magangué	9912	971	1157	Aumento
Casanare	Yopal	10301	1115	1511	Aumento
Cundinamarca	Girardot	13955	953	2126	Aumento
Cundinamarca	Madrid	12832	790	1825	Aumento
Cundinamarca	Zipaquirá	12945	1016	1874	Aumento
Cundinamarca	Mosquera	4851	382	511	Aumento
Cundinamarca	Soacha	50487	3231	7169	Aumento
La Guajira	Maicao	36261	2268	5191	Aumento
La Guajira	Uribia	31701	2305	4157	Aumento
Norte de Santander	Ocaña	10695	885	1339	Aumento
Santander	Girón	5279	267	1062	Aumento
Santander	Piedecuesta	4224	319	866	Aumento
Santander	Floridablanca	18167	1765	2966	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	10701	1009	1566	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	11144	537	1943	Aumento
Valle del Cauca	Palmira	18763	1683	2672	Aumento
Atlántico	Soledad	60701	7125	8450	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	9011	1048	1331	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	10172	1664	1657	Ninguno
Huila	Pitalito	7605	1192	1233	Ninguno

\*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 de 2024), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representan el 25,5 % (125 541) de las consultas, seguido por el grupo de 05 a 19 años con el 22,4 % (110 396). 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 12,0 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con 11,6 % respectivamente.

En el canal endémico, las consultas externas y urgencias por IRA de las semanas epidemiológicas 01 a la 41 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 una disminución del 6,0 % comparada con la semana anterior (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 41 entre 2017 y 2024



### Hospitalizaciones por IRA en sala general

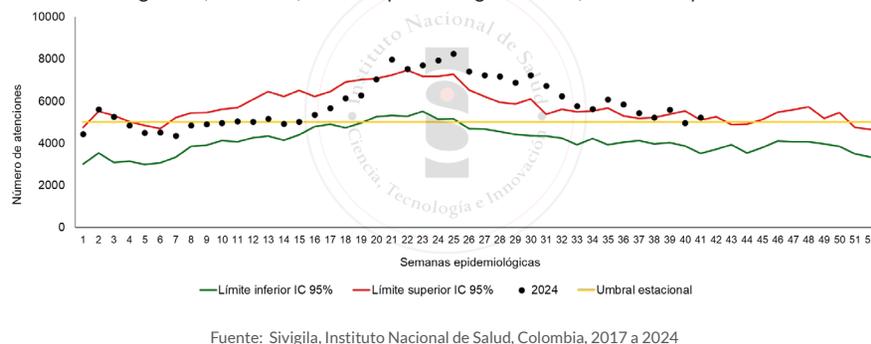
En la semana epidemiológica 41 de 2024 se notificaron 5 227 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación, en los últimos siete años, se presentó disminución en Cali, Guaviare, La Guajira, Putumayo, San Andrés y Vichada e incremento en Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guainía, Meta, Risaralda y Tolima. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 de 2024), por grupos de edad, los mayores de 60 años (5 088) representaron el 24,0 %, seguido de los menores de 5 a 19 años con el 16,6 % (3 530). 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 21,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 20,2 %.

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, para semana 38 y 40 se observa una tendencia a la disminución ubicándose por debajo del límite superior y para la semana 21 a 39 y 41 se sitúa por encima del límite superior. Para la última semana, se observa un aumento de 4,8 % comparado con la semana anterior (figura 13).

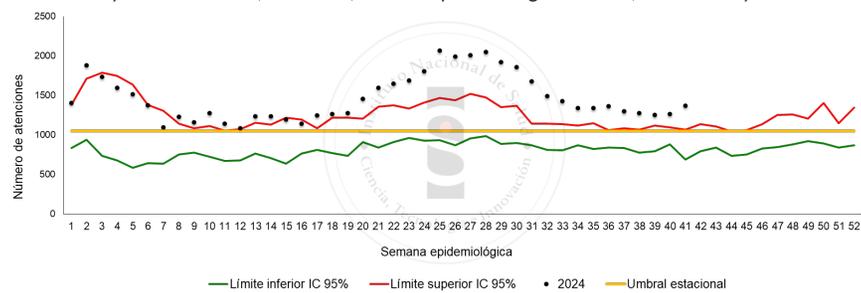
Figura 13. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 41, entre 2016 y 2024



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

En la semana epidemiológica 41 de 2024, se notificaron (1 367) 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 80,4 % de las semanas epidemiológicas. (figura 14).

Figura 14. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 41, entre 2016 y 2024



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

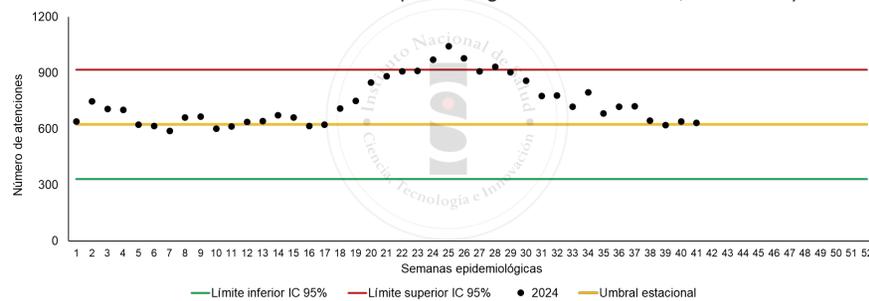
### Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 41 de 2024 se notificaron 634 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Cesar, Cundinamarca, Nariño y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cartagena, Cauca, Chocó, Guainía, Huila, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 de 2024), por grupos de edad, los mayores de 60 años representan el 33,4 % (850), seguido de los menores de un año con el 27,1 % (689) 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 los niños de un año con el 26,5 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 22,0 %.

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 41 se evidencia tendencia a la disminución, ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana, se observa una disminución del 1,1 % comparada con la semana anterior (figura 15).

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 41 Colombia, entre 2018 y 2024

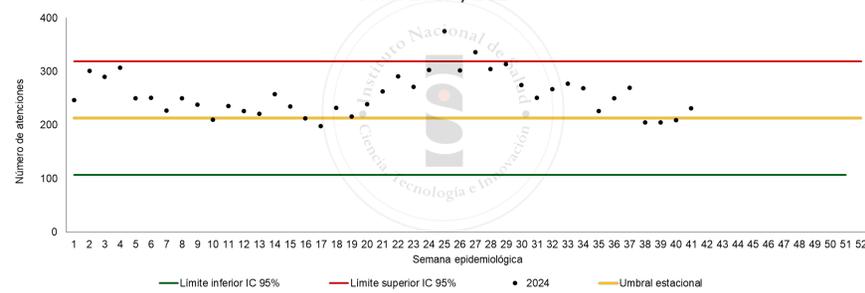


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

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

En la semana epidemiológica 41 de 2024, se notificaron 231 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 37 (exceptuando semana 25 y 27) se han situado dentro de los límites esperados; para semana 25 y 27 se ubica por encima del límite superior (figura 16).

Figura 16. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 41, 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 39 en la región de las Américas, la actividad de Influenza en las últimas 4 semanas epidemiológicas se ha mantenido en niveles epidémicos en América Central. Las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y, en menor medida, influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportan niveles bajos de circulación en toda la región; sin embargo, América Central reporta incremento en las últimas semanas. Con relación a SARS-CoV-2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en toda la región excepto en la región, Andina y Brasil y Cono Sur (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico, a semana 41 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 otros coronavirus; en decremento VSR. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (figura 17).

Figura 17. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 34 a 41 de 2024

Agente viral identificado	SE 34 a SE 37			SE 38 a SE 41			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	42,5	47,3	19,6	35,0	38,2	25,6	
Rinovirus	23,5	21,1	-	24,1	23,1	36,3	
VSR	18,9	24,8	10,0	11,2	18,5	9,1	
Enterovirus	12,9	13,5	-	14,7	18,5	-	
Adenovirus	8,8	12,8	10,0	12,1	16,9	-	
Influenza B	7,8	4,5	20,0	11,2	1,5	-	
Influenza A	1,4	1,5	-	3,4	1,5	18,2	
Parainfluenza	7,8	6,8	20,0	8,6	9,2	9,1	
Metapneumovirus	8,3	9,0	-	5,2	6,2	-	
A(H1N1)pdm09	-	-	-	0,9	-	-	
SARS-CoV2	3,7	3,0	-	-	-	-	
A(H3N2)	2,8	0,8	20,0	-	-	-	
Bocavirus	1,4	2,3	-	-	-	-	
Coronavirus	2,8	2,8	20,0	8,6	4,6	27,3	

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

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

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

## COVID-19

### Metodología

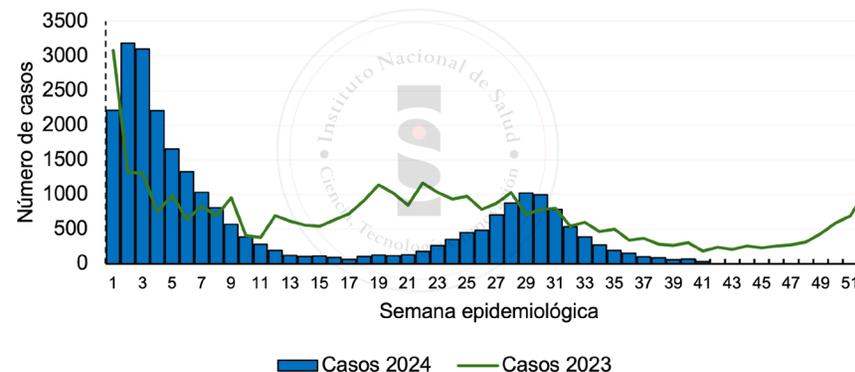
Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 41 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 ( $p < 0,05$ )) 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 12 de octubre por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 25 933 casos de COVID-19. En las últimas 8 semanas se observa una disminución significativa del 64,4 % comparada con el mismo período del año 2023 (figura 18).

Figura 18. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, 2023-2024



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

Entre 06 y el 12 de octubre de 2024 (semana epidemiológica 41) se confirmaron 56 casos en el territorio nacional; de estos, el 60,7 % (56 casos) corresponde a la semana 41. El 71,4 % de los casos nuevos se concentra en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Atlántico, Santander, Cundinamarca y Cali (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 41 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	36	37	38	39	Total
Bogotá D.C.	0	0	1	4	7	12
Antioquia	0	0	0	4	6	10
Atlántico	0	0	0	3	4	7
Santander	0	0	0	1	4	5
Cundinamarca	1	1	0	1	0	3
Cali	1	0	0	0	2	3
Nariño	1	0	0	1	0	2
Caldas	0	0	0	0	2	2
Tolima	0	0	0	0	2	2
Cauca	0	0	0	1	1	2
Barranquilla	0	0	0	0	1	1
Boyacá	0	0	0	0	1	1
Exterior	0	0	0	1	0	1
Guajira	0	1	0	0	0	1
Valle	0	0	0	0	1	1
Meta	0	0	0	0	1	1
Arauca	0	0	0	0	1	1
Casanare	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>56</b>

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

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 38 a 41 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 246 casos nuevos por COVID-19 en 26 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 78 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 0,47 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2024), en este indicador se observa disminución a nivel departamental y distrital; así mismo se observa disminución estadísticamente significativa en Bogotá, Boyacá y Cauca. Este mismo comportamiento se observa en los municipios con población mayor a 100 000 habitantes de Envigado (Antioquia), Duitama y Sogamoso (Boyacá), Popayán (Cauca) y Cajicá (Cundinamarca). Ninguna entidad territorial departamental, distrital o municipal reporta incremento estadísticamente significativo para el período observado.

Para 2024, en Colombia se han notificado 315 fallecidos con una mortalidad de 0,60 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportaron 4 fallecidos, lo que también muestra una reducción en este indicador al compararse con el período anterior. El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más, con el 79 % 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.

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

## Dengue

### Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 41 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 evento<sup>1</sup>:

**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.

<sup>1</sup> 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/buscadoreventos/Lineamientos/Pro\\_Dengue.pdf](https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/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 41 de 2024 se notificaron 4 020 casos probables de dengue: 2 734 casos de esta semana y 1 286 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 282 405 casos, 175 526 (62,2 %) sin signos de alarma, 104 249 (36,9 %) con signos de alarma y 2 630 (0,9 %) de dengue grave.

El 76,5 % (216 090) 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 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40, 2024), el 55,87 % (10 944) de los casos se concentran en Antioquia, Santander, Valle del Cauca, Cali, Tolima, Cundinamarca y Sucre.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024

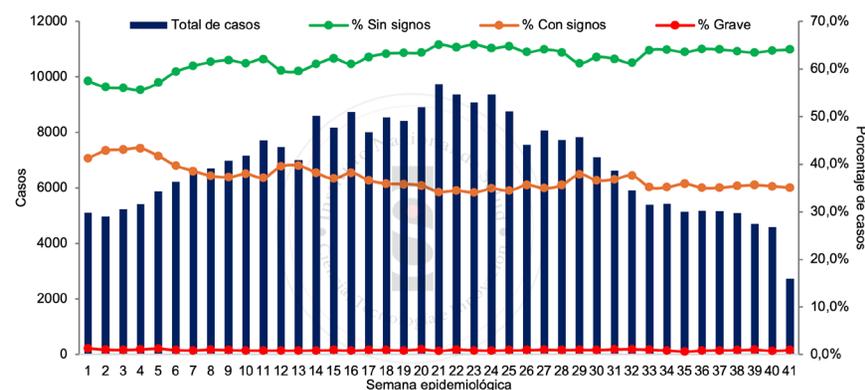
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	51402	69,7	29,8	0,5
Cali	35898	62,7	36,4	0,9
Santander	32841	63,1	36,2	0,7
Tolima	23213	58,5	40,3	1,2
Huila	19998	60,3	37,2	2,5
Antioquia	15866	60,9	38,3	0,8
Cundinamarca	12544	57,2	42,2	0,6
Cauca	8790	62,2	36,8	0,9
Risaralda	8225	62,0	37,4	0,6
Norte de Santander	7313	54,8	43,6	1,5
Meta	6514	65,9	33,3	0,8
Quindío	6495	67,7	31,8	0,4
Bolívar	5687	53,8	45,0	1,2
Córdoba	5027	47,0	52,7	0,3
Putumayo	4151	65,8	33,4	0,8
Casanare	3434	68,3	31,1	0,6
Sucre	3424	42,6	56,5	0,9
Barranquilla	3351	63,9	35,2	0,9
Cartagena	3024	67,8	30,7	1,5
Cesar	3012	41,1	57,5	1,4
Nariño	3000	69,1	30,3	0,6
Caldas	2545	66,6	33,2	0,2
Arauca	2208	62,8	36,1	1,1
Caquetá	2191	47,6	51,3	1,2
Atlántico	2070	48,0	50,2	1,8
Boyacá	1775	69,5	29,9	0,6
Chocó	1698	76,3	23,1	0,5
Magdalena	1308	36,0	62,8	1,1
La Guajira	1180	41,1	57,8	1,1
Buenaventura	660	64,4	34,1	1,5
Guaviare	630	81,0	18,6	0,5
Amazonas	567	66,3	33,3	0,4
Santa Marta	553	45,2	52,8	2,0
Archipiélago de San Andrés	458	60,9	38,9	0,2
Exterior	448	39,5	55,6	4,9
Vichada	375	68,8	30,7	0,5
Guainía	319	66,8	32,3	0,9
Vaupés	211	84,8	13,7	1,4
<b>Colombia</b>	<b>282405</b>	<b>62,2</b>	<b>36,9</b>	<b>0,9</b>

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40, 2024), con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36, 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Cartagena, Guaviare, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Sucre; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Buenaventura y Huila, mientras que las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

Durante el 2024, a nivel nacional, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % (figura 19); 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 37 a 40, 2024) fueron: Caquetá, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Sucre y Vaupés.

Figura 19. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2024



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

En la semana epidemiológica 41 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 82,2 % (85 672) de los casos de dengue con signos de alarma y 93,5 % (2 458) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 77,5 % (80 777) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,1 % (2 500) de los casos con dengue grave (tabla 18).

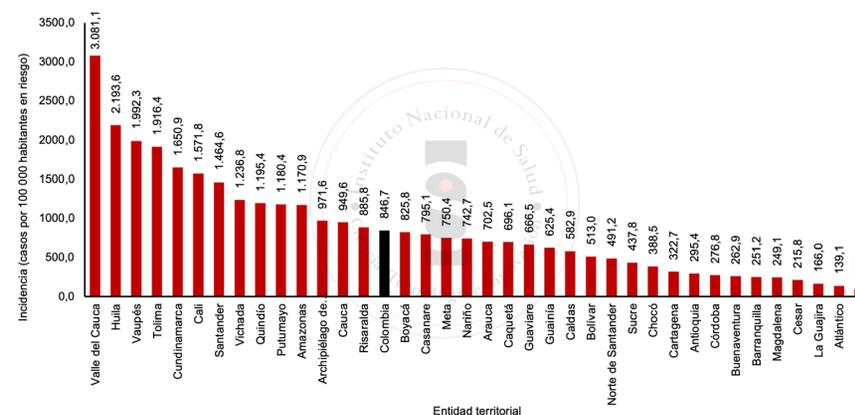
Tabla 18. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024

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	Grave
Amazonas	386	209	1	19.4%	24.4%	0.0%	94.7%	100.0%
Antioquia	9974	5883	118	68.4%	68.3%	86.4%	49.5%	82.2%
Arauca	1379	757	14	37.0%	66.1%	86.0%	86.0%	100.0%
Atlántico	721	822	25	81.8%	90.3%	92.0%	78.7%	92.0%
Barranquilla	2423	1504	48	94.3%	96.9%	93.8%	92.6%	100.0%
Bolívar	2636	1792	11	82.2%	89.9%	81.8%	77.8%	90.9%
Bogotá D.C.	2163	1796	37	96.5%	98.9%	100.0%	73.8%	94.6%
Boyacá	1305	647	6	74.4%	85.5%	100.0%	62.8%	100.0%
Buenaventura	372	160	4	97.6%	93.1%	100.0%	86.9%	75.0%
Caldas	1677	872	4	73.8%	75.3%	75.0%	66.1%	50.0%
Cali	24405	15789	495	62.2%	80.2%	96.0%	75.2%	96.2%
Caquetá	1026	1105	15	84.3%	92.4%	100.0%	85.2%	100.0%
Cartagena	2370	1426	81	46.1%	66.8%	80.2%	87.1%	97.5%
Casanare	2313	1050	23	74.8%	84.0%	95.7%	89.2%	100.0%
Cauca	5121	2630	35	95.6%	97.4%	97.1%	70.5%	85.7%
Cesar	1242	1809	60	76.5%	94.6%	98.3%	94.7%	98.3%
Chocó	1175	242	3	96.9%	97.1%	100.0%	55.4%	100.0%
Córdoba	2341	2896	15	77.7%	96.9%	86.7%	91.0%	93.3%
Cundinamarca	6543	4736	61	70.8%	85.3%	93.4%	81.7%	90.2%
Guainía	227	105	3	70.5%	78.1%	100.0%	86.7%	100.0%
La Guajira	460	640	11	99.3%	99.7%	100.0%	74.8%	100.0%
Guaviare	520	118	0	79.6%	92.4%	N/A	95.8%	N/A
Huila	11918	7402	531	97.3%	98.4%	99.6%	75.5%	95.5%
Magdalena	420	675	4	80.5%	85.6%	100.0%	76.7%	100.0%
Meta	4201	2121	62	22.9%	58.0%	67.7%	85.4%	93.5%
Nariño	2183	963	17	98.6%	97.8%	100.0%	76.0%	88.2%
Norte de Santander	4048	3309	130	64.2%	86.9%	95.4%	91.6%	96.9%
Putumayo	2716	1360	30	69.8%	85.7%	96.7%	99.1%	96.7%
Quindío	4382	2114	27	52.5%	73.2%	96.3%	62.7%	92.6%
Risaralda	5069	3067	58	63.1%	78.1%	84.5%	64.3%	86.2%
Arch. San Andrés	249	162	0	96.0%	94.4%	N/A	46.3%	N/A
Santander	20556	11813	249	56.9%	92.2%	95.6%	88.3%	97.2%
Santa Marta D.E.	211	309	17	68.7%	79.6%	82.4%	66.0%	88.2%
Sucre	1511	2138	43	57.8%	70.2%	93.0%	86.1%	100.0%
Tolima	12893	8640	252	42.5%	74.6%	90.5%	84.5%	97.6%
Valle del Cauca	33971	13057	136	51.8%	69.5%	84.6%	69.0%	94.9%
Vaupés	174	25	3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Vichada	245	106	1	84.5%	87.7%	0.0%	33.0%	100.0%
Colombia	175526	104249	2630	63.8%	82.2%	93.5%	77.5%	95.1%

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

En la semana epidemiológica 41 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 846,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023, la incidencia fue de 276,6 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 1 400 casos por 100 000 habitantes (figura 20). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años, con 1 470,1 casos por 100 000 habitantes.

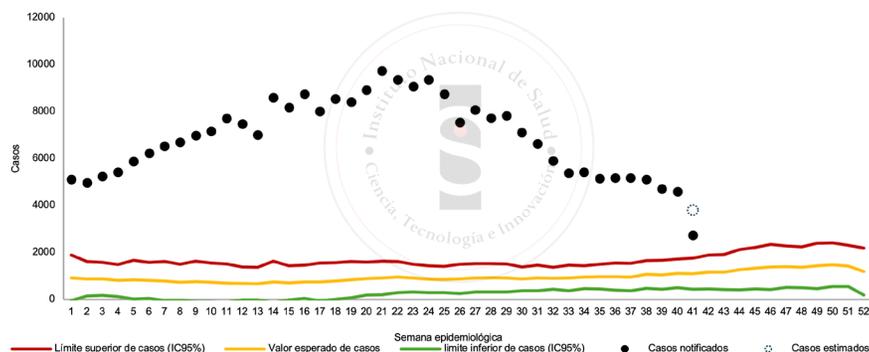
Figura 20. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024



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

A semana epidemiológica 41 de 2024, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al descenso del 7,4 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36, 2024) (figura 21).

Figura 21. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 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 2,7 % (1) se encuentra dentro de lo esperado, el 24,3 % (9) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; de estas entidades territoriales Antioquia, Arauca, Bolívar, Cesar, Chocó, Córdoba, Risaralda, Archipiélago San Andrés y Providencia, Santander y Sucre 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 octubre (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 periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 41, 2024	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de Octubre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Bolívar, Chocó, Córdoba, Risaralda, Archipiélago San Andrés y Providencia, Santander y Sucre	Cartagena, Cundinamarca y Vichada	Amazonas, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío y Valle del Cauca
Alerta	Atlántico, Cesar y Magdalena	Buenaventura, Cali y Norte de Santander	La Guajira, Santa Marta y Tolima
Dentro de lo esperado		Vaupés	

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 41 de 2024 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país, el 54,3 % (448) se encuentra 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 77,2 % (44/57) se encuentra por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

A semana epidemiológica 41 de 2024 se han notificado 551 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 176 casos, se descartaron 206 casos y se encuentran en estudio 169 casos; de las muertes confirmadas, tres casos proceden del exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,061 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2023, se confirmaron 129 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,141 %) (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 41 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 hab.	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	154,5	4036	66	673
	Bello	37,2	206	6,2	50
	Envigado	288,6	698	1,8	124
	Turbo	335,9	451	13	38
Atlántico	Barranquilla	255,4	3351	0	456
	Soledad	132,9	909	63,2	137
Bolívar	Cartagena	286,6	3024	66,4	860
	Magangué	433,5	623	28	35
Caldas	Turbaco	428,1	498	7,6	81
	Manizales	18,7	85	0,4	4
Caquetá	Florencia	504,2	891	10,8	68
Cauca	Popayán	1318,2	3574	0,8	121
	Santander de Quilichao	1304,5	1498	2,6	52
Cesar	Valledupar	239,8	1324	46,4	162
Córdoba	Montería	270,4	1387	117,8	223
	Lorica	497,5	583	8,4	33
Cundinamarca	Sahagún	220,8	247	14,2	35
	Fusagasugá	1970,5	3258	2,8	355
Chocó	Girardot	980,1	1154	18,4	112
	Quibdó	359,6	478	3,8	22
Huila	Neiva	1780,6	6594	32	202
	Pitalito	2677,8	3501	9,6	51
Meta	Villavicencio	585,6	2986	88,6	295
Nariño	San Andres de Tumaco	340,8	877	15	42
Norte de Santander	Ocaña	549,5	652	13,8	44
	Villa del Rosario	685,7	755	28,2	65
Quindío	Armenia	1033,4	3230	10,4	279
Risaralda	Pereira	864,5	4196	4,6	397
	Dosquebradas	755,4	1644	3,6	229
Santander	Bucaramanga	1690,7	10465	37	582
	Barrancabermeja	250,1	537	11,4	53
	Floridablanca	1853,4	5815	16,4	379
	Girón	1458,6	2555	16,4	200
	Piedecuesta	1885,4	3515	14,4	160
Sucre	Sincedejo	533,7	1607	69,2	517
Tolima	Ibagué	2251,7	12248	43	621
	Calí	1573,8	35898	238	1272
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	3849,5	5026	20,4	117
	Cartago	2822,5	3924	9	95
	Jamundí	3211,8	5437	5,6	296
	Palmira	1543,7	5539	20,4	85
	Tuluá	1819,9	4033	19,4	125
	Yumbo	3557,8	3966	13,4	113
Arauca	Arauca	368,7	370	5,8	24

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

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 41, 2023-2024

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 41, 2024	Letalidad por dengue a SE 41, 2023
	Confirmados	En estudio		
Exterior	3	3	0,670	0,485
La Guajira	4	2	0,339	0,235
Guainía	1	0	0,313	1,124
Buenaventura	2	1	0,303	0,573
Cesar	7	0	0,232	0,150
Putumayo	9	1	0,217	0,000
Arauca	3	1	0,136	0,088
Norte de Santander	9	4	0,123	0,248
Boyacá	2	0	0,113	0,302
Cartagena	3	3	0,099	0,048
Atlántico	2	1	0,097	0,047
Meta	6	3	0,092	0,085
Huila	18	1	0,090	0,181
Bolívar	5	6	0,088	0,024
Casanare	3	0	0,087	0,359
Santander	27	16	0,082	0,064
Caldas	2	0	0,079	5,000
Risaralda	6	6	0,073	0,000
Quindío	4	7	0,062	0,000
Tolima	13	29	0,056	0,058
Caquetá	1	2	0,046	0,233
Valle del Cauca	23	11	0,045	0,146
Cundinamarca	5	5	0,040	0,226
Antioquia	6	19	0,038	0,095
Sucre	1	2	0,029	0,161
Cauca	2	9	0,023	0,193
Calí	8	18	0,022	0,024
Córdoba	1	4	0,020	0,097
Vichada	0	4	0,000	0,000
Barranquilla	0	3	0,000	0,184
Chocó	0	2	0,000	0,800
Magdalena	0	2	0,000	0,415
Nariño	0	2	0,000	0,219
Bogotá	0	1	0,000	0,000
Santa Marta D.E.	0	1	0,000	0,151
Amazonas	0	0	0,000	0,196
Guaviare	0	0	0,000	0,627
Arch. San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
<b>Colombia</b>	<b>176</b>	<b>169</b>	<b>0,061</b>	<b>0,141</b>

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

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

## Malaria

### Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 41 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° 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)<sup>1</sup>.

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).

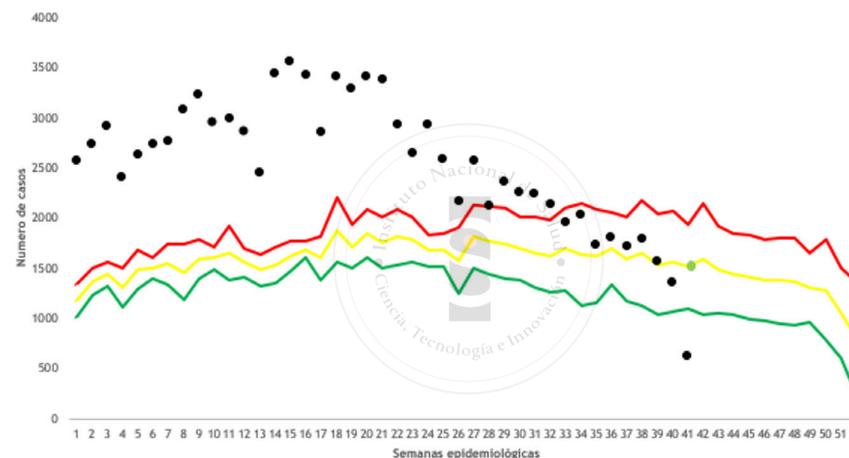
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. 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.

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf)

### Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de brote para malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 22).

Figura 22. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2024



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

\*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 41, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 41 se notificaron 1 548 casos de malaria, para un acumulado de 104 949 casos, de los cuales 103 162 son de malaria no complicada y 1 787 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 61,6 % (64 651), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 36,6 % (38 365) e infección mixta con 1,8 % (1 933). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

### Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 96,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (36,2 %), Antioquia (13,3 %), Córdoba (11,0 %), Vaupés (8,3 %), Nariño (7,2 %), Risaralda (6,9 %), Guainía (3,6 %), Buenaventura (3,0 %), Cauca (2,8 %), Bolívar (1,7 %), Norte de Santander (1,2 %) y Boyacá (1,0 %). Mientras que por municipio, los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 78,6 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 41 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	275	2348	2632	46,74
	Chigorodó	17	265	1115	1397	22,45
	Turbo	1	42	1015	1058	7,87
	Mutatá	2	34	779	815	54,21
	Vigía del Fuerte	24	393	392	809	82,96
Murindó	14	158	816	988	186,42	
Bolívar	Montecristo	11	145	819	975	53,08
Buenaventura	Buenaventura	23	2142	965	3130	9,66
Cauca	Guapi	2	1709	71	1782	60,32
Chocó	Quibdó	54	3658	1986	5698	39,40
	Bagadó	165	2859	1868	4892	413,07
	Lloró	374	1182	1317	2873	270,76
	Alto Baudó	53	1538	1319	2910	93,07
	Tadó	37	1838	929	2804	139,13
	Bajo Baudó	69	972	2176	3217	94,81
	Río Quito	14	1176	541	1731	189,02
	Medio San Juan	47	880	678	1605	136,43
	Medio Baudó	20	987	340	1347	79,74
	Istmina	18	756	644	1418	41,94
	Medio Atrato	63	840	256	1159	89,89
	Atrato	15	648	228	891	130,24
	El Cantón del San Pablo	9	544	350	903	130,76
	Nuquí	5	352	322	679	37,25
	Córdoba	Tierralta	97	1011	5186	6294
Puerto Libertador		13	231	2404	2648	58,31
Montelíbano		8	56	843	907	10,47
Guainía	Inírida	6	17	3638	3661	96,55
Nariño	Roberto Payán	6	1126	433	1565	117,42
	Barbacoas	3	1453	72	1528	26,07
	Olaya Herrera	6	460	623	1089	41,14
	Tumaco	15	576	315	906	3,39
Norte de Santander	Magüí	1	681	115	797	30,49
	Tibú	1	2	885	888	14,29
Risaralda	Pueblo Rico	212	2490	3954	6656	396,45
Vaupés	Mitú	227	965	7223	8415	346,37

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

## Malaria complicada

A semana epidemiológica 41 se han notificado 1 787 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 52 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Vaupés, Amazonas, Nariño, Córdoba, Buenaventura, Risaralda, Bolívar, Meta y Norte de Santander notificaron el 85,0 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 61,6 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 23).

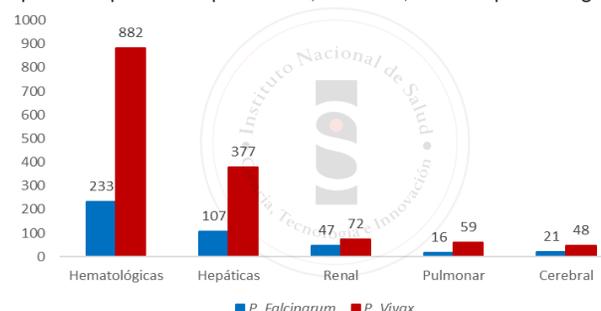
Figura 23. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 59,9 % (1 115) presentaron complicaciones hematológicas; 26,0 % (484) complicaciones hepáticas; 6,4 % (119) complicaciones renales; 4,0 % (75) complicaciones pulmonares y 3,7 % (69) a nivel cerebral (figura 24).

Figura 24. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 41 de 2024



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

A semana epidemiológica 41 de 2024 se han confirmado quince (15) casos de muerte por malaria; 5 casos procedentes de Chocó (El Carmen de Atrato, Bajo Baudó y tres casos de Quibdó), 2 casos de Risaralda (Pueblo Rico), 3 casos de Vaupés (Mitú), 1 caso de Montecristo (Bolívar), 1 caso de Cauca (Guapi), 1 caso de Guainía (Inírida), 1 caso de Valle (El Dovio) y 1 caso de Buenaventura. Trece (13) casos se encuentran pendientes por unidad de análisis.

## Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 41 el país se encuentra en situación de aumento; trece (13) departamentos y 25 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 23) y cuatro (4) departamentos y 12 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 24).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 37 a 41 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	8279	36	981	4
Chocó	Bagadó	4766	281	276	5
Chocó	Río Quito	1703	82	79	5
Chocó	Istmina	1397	48	75	5
Chocó	Medio Atrato	1135	46	72	5
Boyacá	Cubará	1037	0	52	4
Chocó	Carmen del Darién	698	49	89	5
Vichada	Cumaribo	682	147	197	5
Antioquia	Dabeiba	487	21	30	4
Amazonas	Leticia	426	4	14	4
Antioquia	Tarazá	396	7	40	4
Risaralda	Mistrató	357	6	27	4
Chocó	El Carmen de Atrato	210	2	18	4
Córdoba	Planeta Rica	172	3	15	4
Antioquia	Carepa	169	8	13	4
Guaviare	Miraflores	122	13	21	4
Arauca	Saravena	92	1	11	4
Caldas	Belalcázar	84	0	4	1
Caquetá	Florencia	69	1	24	4
Vaupés	Pacoa (CD)	49	5	7	4
Vaupés	Caruru	27	0	13	4
Amazonas	La Victoria (CD)	21	4	7	4
Valle	Pradera	18	0	13	4
Arauca	Arauquita	15	0	6	4
Vaupés	Papunaua (CD)	9	0	4	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 37 a 41 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Buenaventura	Buenaventura	3115	166	168	5
Chocó	Lloró	2825	118	108	5
Antioquia	El Bagre	2594	140	156	5
Nariño	Barbacoas	1454	84	164	5
Bolívar	Montecristo	981	31	49	5
Chocó	El Cantón del San Pablo	876	31	52	5
Antioquia	Mutató	823	30	48	5
Nariño	Magüi	735	68	86	5
Chocó	Río Iro	555	15	35	4
Antioquia	Nechí	452	23	27	5
Antioquia	Cáceres	415	20	35	4
Norte de Santander	Sardinata	202	6	23	4

Fuente: Sivigila, 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 -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Desnutrición%20aguda%20en%20menores%20de%205%20años.pdf)

A semana epidemiológica 41 de 2024, se han notificado 20 681 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 20 538 corresponden a residentes en Colombia y 143 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (42 de 2023 a 41 de 2024) es de 0,68 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 41, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 41 de 2023	Casos a SE 41 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
<b>Total nacional</b>	<b>19809</b>	<b>20538</b>	<b>0,68</b>
Vichada	306	277	2,69
La Guajira	2249	2301	2,64
Chocó	764	928	1,86
Arauca	260	304	1,37
Guaviare	84	92	1,06
Guainía	51	51	0,96
Vaupés	56	49	0,91
Magdalena	573	619	0,86
Amazonas	40	59	0,84
Casanare	317	267	0,84
Cesar	731	775	0,76
Risaralda	463	377	0,76
Nariño	666	778	0,75
Bogotá D.C.	2795	2642	0,69
Tolima	398	429	0,66
Buenaventura	134	202	0,65
Bolívar	492	564	0,64
Meta	420	440	0,64
Boyacá	441	424	0,63
Antioquia	1916	2293	0,62
Cundinamarca	1102	1215	0,62
Huila	451	495	0,61
Putumayo	181	161	0,60
Caquetá	136	170	0,56
Norte Santander	641	573	0,56
Cartagena	387	369	0,55
Caldas	231	238	0,48
Atlántico	466	424	0,46
Valle	544	504	0,46
Santander	486	554	0,45
Córdoba	546	529	0,41
Cali	414	479	0,40
Sucre	307	248	0,38
Santa Marta	118	110	0,36
Barranquilla	232	228	0,32
Cauca	302	284	0,29
Quindío	95	78	0,29
San Andrés	14	8	0,25

SE: semana epidemiológica, \*Casos acumulados de SE 42 de 2023 a SE 41 de 2024  
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 y 2024 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2024.

El 75,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y el 24,1 % como desnutrición aguda severa; el 8,2 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (30,8 %) y de 1 año (29,6 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 65,0 %.

Para la semana epidemiológica 41 de 2024, comparada con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Bolívar, Tolima, Buenaventura, Santa Marta, Amazonas, Guainía 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 41 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Bolívar	285	564
Tolima	253	429
Buenaventura	72	202
Santa Marta	74	110
Amazonas	43	59
Guainía	46	51
Vaupés	71	49

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 41 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 30 municipios (tabla 27).

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 41 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	512	844
La Guajira	Uribia	416	711
La Guajira	Riohacha	347	682
Nariño	San Andrés de Tumaco	181	375
Huila	Neiva	112	229
Chocó	Quibdó	51	161
Antioquia	Bello	78	135
Bolívar	Magangué,	36	131
Santander	Barrancabermeja	47	127
Antioquia	Turbo	24	116
Valle del Cauca	Palmira	49	94
Tolima	Ibagué,	46	93
Cundinamarca	Facativá	47	83
Caldas	Manizales	37	79
Cundinamarca	Zipaquirá	32	66
Cundinamarca	Mosquera	36	63
Santander	Girón	28	61
Atlántico	Malambo	31	59
Cundinamarca	Girardot	36	53
Risaralda	Dosquebradas	22	53
Santander	Piedecuesta	31	51
Atlántico	Sabanalarga	32	49
Valle del Cauca	Jamundí	26	48
Valle del Cauca	Tulú	23	40
Boyacá	Duitama	26	39
Córdoba	Sahagún	18	37
Cundinamarca	Chía	18	34
Valle del Cauca	Cartago	15	29
Norte de Santander	Villa del Rosario	49	28
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	12	22

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

## Brotos y situaciones de emergencia en salud pública

### ALERTAS NACIONALES

#### Comportamiento de mpox en Colombia. 16 de octubre de 2024

En Colombia no se han reportado casos del clado Ib, por el que fue declarada por la OMS la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 14 de agosto de 2024. Con relación al clado II, entre 2022 y 2023 se recibieron 8 924 notificaciones, se confirmaron 4 148 y se descartaron 4 165. En 2024, con corte a la semana epidemiológica 41, se han notificado 928 casos y se han confirmado 124 (se realiza verificación y descarte de un caso confirmado en la semana anterior). De estos, el 99,2 % son hombres. Se han descartado 572 casos. Actualmente, hay un (1) caso activo en Atlántico. Desde el nivel nacional, se desactivó el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) tras una nueva valoración de riesgo y dada la capacidad de las entidades territoriales para cumplir con las acciones de vigilancia y control. Se mantiene activa la Sala de Análisis del Riesgo para el monitoreo de la situación de los países en situación de brote en África.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sala de Análisis del Riesgo para mpox clado Ib.

#### Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 41 de 2024 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, 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 por detección de poliovirus (cVDPV3) en aguas residuales, consideraciones para la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 14 de octubre de 2024

El 6 de agosto de 2024, se informó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) sobre la detección de poliovirus tipo 3 derivado de la vacuna (VDPV3) en una muestra de aguas residuales ambientales recolectada el 26 de junio de 2024 en Cayena, Guayana Francesa.

Esta muestra fue recolectada como parte de un proyecto de investigación y fue enviada junto a cinco muestras ambientales en cinco sitios de recolección (una en Kourou, una en Cayena, una en Saint George y dos en Saint Laurent du Maroni).

Los resultados de la secuenciación confirmaron la presencia de VDPV3 con 15 mutaciones en la región de la proteína 1 del poliovirus (VP1). Un análisis posterior también mostró que esta secuencia no está genéticamente relacionada con ninguna cepa de VDPV3 previamente identificada, incluidas aquellas que circularon en otros países durante 2021-2022, lo que sugiere que podría no haberse propagado desde una fuente conocida.

Se recolectaron muestras adicionales en las plantas de aguas residuales de Leblond (Cayena) y Saint Laurent du Maroni durante julio y agosto, respectivamente. Las muestras recolectadas en julio fueron negativas, mientras que la del 6 de agosto en la planta de Morne Coco, en Rémire-Montjoly, resultó positiva mediante técnicas moleculares. Una muestra retrospectiva recogida el 15 de mayo de 2024 en la ciudad de Saint Georges de l'Oyapock también resultó positiva con el mismo método molecular.

La OPS/OMS reitera la importancia de alcanzar y mantener una cobertura de vacunación contra la polio superior al 95 % en cada distrito o municipio para minimizar el riesgo de un brote. Adicionalmente, enfatiza la necesidad

de fortalecer la vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda (PFA) y actualizar los planes nacionales de preparación y respuesta ante brotes de poliovirus. Estas medidas aseguran una detección y respuesta oportunas y eficientes ante la importación del poliovirus salvaje o del poliovirus derivado de la vacuna (VDPV) o la emergencia del VDPV en cualquier país de la región.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica - Detección de poliovirus (cVDPV3) en aguas residuales, consideraciones para la Región de las Américas. Fecha de publicación: 14 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-deteccion-poliovirus-cvdpv3-aguas-residuales-consideraciones-para>

## Brote de Sarampión en Río Negro-Argentina. Ministerio de Salud de la República Argentina. Fecha de publicación: 14 de octubre de 2024

El 8 de octubre el Ministerio de Salud emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de 3 casos de sarampión en Lamarque provincia de Río Negro en personas sin antecedente de viaje, que habían tenido contacto con personas que habían viajado y a su regreso habían presentado sintomatología compatible.

Hasta la fecha, en este brote se confirmaron 8 casos, 2 de ellos con antecedente de viaje reciente a Colonia Piraí, Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) y los restantes 6 son familiares. Los casos corresponden a personas entre 18 meses y 34 años y no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Otros contactos familiares se encuentran en estudio. No se registraron sintomáticos fuera de la familia.

Los viajeros regresaron a la Argentina el 18 de septiembre, presentando exantema a los 3 días posteriores. Por lo tanto, se puede concluir que se trata de un brote importado, donde, hasta el momento se cuenta con 6 casos secundarios relacionados con esta importación.

El equipo de respuesta rápida a brotes de la provincia de Río Negro continúa con la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes. En Argentina, desde la semana epidemiológica 1 de 2024 se han confirmado 11 casos de sarampión.

Fuente: Ministerio de Salud, República Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional, semana epidemiológica 40. Fecha de publicación: 14 de octubre de 2024. Fecha de consulta: 15 de octubre de 2024. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben\\_725\\_se\\_40\\_vf.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_725_se_40_vf.pdf)

## Enfermedad por el virus de Marburgo en Ruanda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 11 de octubre de 2024

Desde la declaración del brote el 27 de septiembre y hasta el 10 de octubre, se han confirmado 58 casos, incluidas 13 muertes (letalidad: 22 %), 15 casos confirmados se han recuperado y los 30 casos restantes están bajo tratamiento en el centro de tratamiento de Marburgo designado. Los trabajadores de la salud de dos centros de salud de Kigali representan más del 80 % de los casos confirmados. Todos los nuevos casos confirmados notificados en la última semana se han asociado a los dos conglomerados hospitalarios de Kigali.

El rastreo de contactos está en marcha, con más de 700 contactos en seguimiento a fecha de 9 de octubre de 2024. Un contacto realizó un viaje a Alemania y actualmente está siendo monitoreado por las autoridades sanitarias locales durante el período de seguimiento recomendado de 21 días. Un contacto que viajó a Bélgica ha completado el período de seguimiento de 21 días y ya no representa un riesgo para la salud pública.

El origen del brote aún está bajo investigación y se proporcionará información adicional cuando esté disponible.

El 30 de septiembre, la OMS evaluó el riesgo de este brote como muy alto a nivel nacional, alto a nivel regional y bajo a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por el virus de Marburgo en Ruanda. Fecha de publicación: 11 de octubre de 2024. Fecha de consulta: 12 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON539>

## TABLAS DE MANDO NACIONAL

### Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 41

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.

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	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		
	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	39	1	0	357	33	29	567	11	21	1	0	0	6	0	0	1153	266	104
Antioquia	544	13	9	15671	1268	1577	15866	287	2191	1613	42	71	91	4	2	14009	657	809
Arauca	90	3	1	642	53	72	2208	70	203	1	2	0	57	5	3	127	1	21
Atlántico	116	3	3	3352	241	291	2070	204	272	3	1	0	25	4	1	2	0	0
Barranquilla	14	0	0	3156	220	330	3351	187	456	18	2	0	76	11	10	0	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	19352	1744	1921	0	0	0	125	23	10	104	3	0	0	0	0
Bolívar	234	8	6	2360	188	229	5687	229	660	0	1	0	10	1	0	1797	90	108
Boyacá	60	1	1	5559	464	566	1775	22	200	9	1	0	5	0	0	1050	0	60
Buenaventura	25	0	0	121	9	10	660	31	35	1	0	0	0	0	0	3211	167	178
Caldas	54	1	0	3138	278	302	2545	20	328	47	1	3	24	1	1	108	1	6
Cali	6	0	0	3910	423	341	35898	615	1272	999	15	76	74	3	0	14	1	0
Caquetá	160	3	2	1005	88	78	2191	58	116	2	0	0	9	1	0	152	7	25
Cartagena	22	1	0	1773	113	123	3024	164	860	0	1	0	9	1	0	0	0	0
Casanare	162	4	3	1459	109	127	3434	88	119	7	1	0	4	1	0	38	8	2
Cauca	96	2	1	4586	419	400	8790	31	346	387	1	0	15	2	0	2884	276	152
Cesar	274	8	5	2373	161	220	3012	291	293	3	3	0	66	5	1	34	2	2
Chocó	163	4	0	227	12	15	1698	40	100	2	0	1	112	5	0	37682	2043	1876
Córdoba	387	9	9	4256	315	393	5027	310	659	15	1	0	5	0	1	11483	752	710
Cundinamarca	84	1	2	11460	995	1138	12544	189	1056	37	4	2	36	1	2	0	0	0
Guainía	9	0	0	135	10	11	319	5	41	1	0	0	0	0	0	3777	420	283
Guaviare	80	2	1	281	27	39	630	24	105	7	0	0	2	0	0	790	104	108
Huila	114	3	2	4989	411	542	19998	142	536	16	2	0	18	1	0	4	0	1
La Guajira	149	3	3	1911	147	171	1180	94	53	1	1	0	12	1	0	27	1	3
Magdalena	163	4	1	2116	180	211	1308	128	90	3	5	1	30	2	1	13	1	1
Meta	233	5	3	3408	286	356	6514	196	591	104	3	25	60	3	0	257	40	29
Nariño	110	2	4	5892	490	564	3000	41	111	13	1	0	30	2	1	7507	979	626
Norte de Santander	279	8	5	5386	390	517	7313	333	435	56	23	0	3	0	0	1306	213	93
Putumayo	115	2	4	1483	119	140	4151	43	237	1	0	0	2	0	0	44	3	2
Quindío	15	0	1	2384	203	235	6495	31	581	11	2	3	13	1	0	37	1	4
Risaralda	48	1	1	3238	286	279	8225	23	924	17	3	1	28	2	0	7167	200	439
San Andrés	0	0	0	322	24	33	458	9	146	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	43	1	0	1596	100	144	553	60	52	5	0	0	26	3	1	0	0	0
Santander	195	3	7	6097	487	588	32841	305	2168	26	4	1	22	2	0	19	1	1
Sucre	102	2	3	2225	176	216	3424	197	968	0	0	0	29	1	0	83	5	5
Tolima	119	2	3	5628	463	571	23213	640	1164	12	1	0	52	3	5	19	1	0
Valle del Cauca	59	1	3	6560	571	603	51402	418	2125	104	7	5	37	4	6	90	7	9
Vaupés	42	1	1	122	12	12	211	11	2	1	0	1	0	0	0	8837	58	1023
Vichada	51	1	3	195	20	22	375	4	61	0	0	0	0	0	0	857	160	201
Total nacional	4.457	103	87	138.725	11.535	13.416	281.957	5.551	19557	3.648	151	200	1.093	73	35	104.678	6.465	6.881

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 41

Decremento  
Incremento

Departamento	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		
	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	1	0	5071	654	283	325	17	17	0	0	0	2783	418	328	11	1	0
Antioquia	182	25	43	759945	77680	63793	36022	2288	3642	4573	737	785	327795	37899	33644	526	74	48
Arauca	10	1	3	20834	2518	1854	2425	120	321	30	2	10	6713	671	495	31	4	2
Atlántico	20	5	7	146268	11823	13409	3134	254	305	1142	160	317	48496	3649	4672	129	24	10
Barranquilla	49	7	14	204445	17703	19259	8052	383	750	1300	225	251	64991	5724	5774	150	27	17
Bogotá D.C.	227	27	51	1488570	127902	122139	62790	4581	4562	7956	1347	1277	650028	63675	70080	595	73	64
Bolívar	17	5	6	111882	11644	10639	2988	230	304	556	118	109	30610	2654	2362	113	18	8
Boyacá	23	5	9	120418	12809	11257	6059	413	465	408	76	60	46943	4316	3769	91	10	8
Buenaventura	14	1	2	7145	1192	567	194	0	10	9	1	2	2388	405	234	36	9	0
Caldas	15	2	4	67548	8742	6140	2613	262	192	886	116	174	29208	3159	3026	62	7	6
Cañ	57	11	9	236876	21317	16282	5809	513	335	554	65	101	86945	13871	6883	203	25	17
Caquetá	18	4	2	27043	3292	2074	1814	140	118	56	14	3	19651	1624	1085	34	5	2
Cartagena	28	8	2	179989	17514	18608	4841	394	800	1111	220	193	46227	3935	4480	135	25	14
Casanare	3	1	0	25992	2796	2039	869	50	81	92	12	19	11760	988	895	52	6	3
Cauca	27	4	1	102968	9409	7854	3864	94	297	344	55	70	63771	5344	5380	144	20	12
Cesar	16	3	0	99994	11167	10575	7409	638	1034	374	169	81	25097	2618	2602	144	23	10
Chocó	17	3	4	30799	1361	3168	1409	147	122	32	4	3	12068	860	1251	124	16	8
Córdoba	29	2	7	177402	14825	19110	5327	552	639	1340	184	322	45607	4125	3983	215	35	15
Cundinamarca	55	9	11	341259	25106	29208	13030	669	992	1642	393	246	145347	13195	14709	284	34	20
Guainía	0	1	0	2302	183	295	232	26	36	0	0	0	1394	108	137	8	1	1
Guaviare	4	1	0	5908	612	478	183	44	13	43	10	16	2657	276	237	9	1	0
Huila	42	5	9	97185	10060	6790	4862	291	345	481	72	70	40444	5205	3824	104	13	8
La Guajira	9	2	1	195724	13206	21244	4655	668	406	227	76	56	56669	4921	9559	231	37	19
Magdalena	2	1	0	90728	8916	9572	2896	234	294	130	8	20	31038	3141	2742	116	15	9
Meta	17	1	6	68746	7225	5543	3238	148	300	456	83	79	46613	4223	5715	111	14	13
Nariño	39	8	8	119758	14020	10369	5626	368	394	108	47	17	44445	7912	5493	149	16	9
Norte de Santander	55	8	12	143620	12568	11024	8775	709	725	763	140	108	44637	5754	3831	121	20	4
Putumayo	9	1	2	29469	2329	2710	1121	119	75	32	5	5	9386	1218	919	46	4	2
Quindío	8	1	1	54140	5684	4389	2651	226	178	325	49	55	28787	2889	2929	43	5	3
Risaralda	15	2	4	99934	9369	9245	4528	245	332	364	41	51	33369	4230	3356	73	9	11
San Andrés	0	1	0	7162	729	600	455	76	46	1	0	1	2668	312	224	14	1	0
Santa Marta D.E.	5	1	1	56074	2626	5004	2333	187	224	780	147	166	16409	1287	1201	40	11	1
Santander	50	6	12	208186	15012	16945	16042	1073	1303	2255	374	371	70019	6895	5435	129	20	12
Sucre	10	2	2	76599	9030	8949	6010	781	601	1138	260	284	21533	2995	1879	105	14	5
Tolima	30	4	6	112299	10577	9279	6912	327	510	409	67	52	51511	5372	5932	99	14	8
Valle del Cauca	33	7	8	130590	12338	10822	2599	241	255	493	69	96	61013	6626	5242	129	16	12
Vaupés	4	1	1	3755	303	500	257	13	11	9	5	0	983	108	124	12	2	0
Vichada	3	1	0	5373	391	379	22	7	0	1	1	0	3012	147	139	27	3	1
Total nacional	1.142	178	248	5.662.000	514.632	492.395	242.371	17.528	21.034	30.420	5.352	5.470	2.233.015	232.749	224.570	4.645	652	382

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Desnutrición
- Brotos
- Tablas

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 41

Decremento  
Incremento

Departamento	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	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		
	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	15	0	80	0	0
Antioquia	8	11	1	579	88	44	3	0	1	183	34	12	1940	301	139	2928	103	34
Arauca	0	1	0	21	2	2	0	0	0	5	2	0	158	28	13	213	5	2
Atlántico	0	3	0	71	8	4	0	0	0	11	1	2	599	181	49	293	6	10
Barranquilla	0	2	0	100	7	9	0	0	0	39	3	1	566	100	67	896	12	7
Bogotá D.C.	12	11	1	1151	280	105	21	0	7	424	60	20	3748	505	322	9380	245	72
Bolívar	2	3	0	34	7	1	0	0	0	12	4	0	313	104	35	103	0	0
Boyacá	2	2	0	167	22	12	0	0	0	24	4	0	583	95	38	925	44	8
Buenaventura	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	69	4	0	18	1	0
Caldas	1	2	1	60	8	1	0	0	0	6	1	0	289	49	18	289	5	5
Calli	8	4	0	123	26	8	0	0	0	5	4	0	756	135	64	1618	67	21
Caquetá	0	1	0	25	3	0	0	0	0	7	3	1	122	22	12	63	3	1
Cartagena	0	2	0	74	5	3	0	0	0	3	3	0	361	113	40	205	2	0
Casanare	3	1	0	36	4	1	0	0	0	6	1	0	173	48	20	231	5	1
Cauca	3	3	0	74	10	10	0	0	0	5	2	1	335	39	19	580	50	13
Cesar	2	3	0	40	7	4	0	0	0	3	7	0	333	60	29	343	5	0
Chocó	0	1	0	14	0	0	0	0	0	45	3	0	74	7	15	39	1	0
Córdoba	1	4	0	127	12	4	0	0	0	1	1	0	1142	178	112	628	1	5
Cundinamarca	7	6	0	333	55	25	2	0	0	110	14	0	6	1	1	1470	35	11
Guainía	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1568	232	146	8	0	0
Guaviare	0	0	0	7	1	0	0	0	0	1	0	0	47	9	8	38	0	0
Huila	4	2	0	140	19	15	0	0	0	56	5	2	406	47	50	354	12	3
La Guajira	5	3	0	49	4	3	0	0	0	0	1	0	265	57	25	200	2	1
Magdalena	0	2	0	14	3	0	1	0	0	2	1	0	196	45	26	69	0	1
Meta	7	2	0	64	10	3	0	0	0	42	4	1	426	83	19	359	6	2
Nariño	8	3	0	129	13	7	0	0	0	55	5	3	703	87	30	352	15	5
Norte de Santander	5	3	0	176	20	12	0	0	0	11	9	0	737	124	77	436	6	1
Putumayo	0	1	0	46	5	1	0	0	0	10	0	0	184	22	11	277	5	4
Quindío	0	1	0	35	4	1	0	0	0	5	1	0	228	57	25	280	9	5
Risaralda	4	1	0	64	8	3	0	0	0	2	1	1	395	54	32	202	5	3
San Andrés	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	19	12	1	27	0	0
Santa Marta D.E.	1	1	0	9	2	0	0	0	0	10	0	0	97	13	11	148	2	0
Santander	2	4	0	88	12	9	0	0	0	59	10	2	109	128	60	1302	18	15
Sucre	5	2	0	75	7	3	0	0	0	36	19	1	386	112	47	379	1	2
Tolima	4	2	0	62	11	6	0	0	0	26	4	0	604	82	65	401	16	6
Valle del Cauca	1	4	0	139	15	8	0	0	0	1	1	0	838	138	80	733	29	8
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	6	1	1	12	0	0
Vichada	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1	2	97	1	2	11	0	0
Total nacional	95	92	3	4.134	678	304	27	0	8	1.217	209	49	18.910	3.289	1.709	25.890	716	246

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 41



Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
	Tipo de casos incluidos para el análisis		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	
	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	43	59	0	0	4	0	53	75	10	8	12	76	1	0
Antioquia	1	0	7	8	1216	2293	1	1	5	6	4109	4792	882	639	369	1097	23	13
Arauca	2	1	0	1	221	304	0	0	3	0	142	149	15	11	4	12	3	0
Atlántico	1	0	4	1	309	424	0	0	3	1	660	838	2	1	33	91	11	4
Barranquilla	0	0	2	0	170	228	0	0	2	2	696	805	0	0	52	252	8	4
Bogotá D.C	0	0	0	0	2358	2642	1	0	4	22	3343	4608	0	0	56	89	24	18
Bolívar	0	0	1	1	285	564	0	0	2	1	383	528	282	329	59	172	10	3
Boyacá	0	3	1	0	381	424	0	0	1	2	745	902	83	191	11	30	4	2
Buenaventura	0	0	0	0	72	202	0	0	1	0	66	83	16	9	45	87	3	2
Caldas	0	0	2	0	120	238	0	0	42	1	931	969	142	190	27	149	3	1
Cali	0	0	12	5	369	479	0	0	14	14	1263	1345	1	1	87	230	7	5
Caquetá	0	0	1	0	150	170	0	0	2	0	203	180	191	146	73	456	3	0
Cartagena	0	0	2	0	156	369	0	0	4	3	417	465	2	0	109	232	9	0
Casanare	8	4	4	2	270	267	0	0	2	2	231	226	7	2	13	19	3	1
Cauca	0	0	1	2	276	284	0	0	2	8	662	759	56	24	36	82	7	7
Cesar	5	0	1	0	538	775	0	1	1	1	455	537	45	261	50	74	11	10
Chocó	0	0	1	1	475	928	0	0	2	0	75	129	190	172	38	84	11	14
Córdoba	0	4	1	0	418	529	0	0	7	0	763	935	126	149	35	106	14	6
Cundinamarca	0	0	15	10	869	1215	0	0	6	10	1648	2032	136	168	55	120	15	9
Guainía	0	0	0	0	46	51	0	0	1	0	23	19	15	12	4	3	1	0
Guaviare	0	1	1	0	91	92	0	1	4	0	45	55	319	134	18	43	1	0
Huila	0	0	1	0	324	495	0	0	3	5	699	638	12	6	58	203	4	5
La Guajira	0	0	0	0	1372	2301	0	0	1	0	210	277	18	13	7	26	23	17
Magdalena	0	0	0	0	443	619	0	0	4	1	265	330	5	6	14	36	12	4
Meta	1	0	5	1	305	440	0	0	4	2	569	599	172	115	17	25	8	6
Nariño	0	0	1	1	493	778	0	0	21	1	1085	1186	265	75	29	60	11	7
Norte de Santander	2	0	3	0	531	573	0	4	18	2	797	932	185	133	35	88	8	5
Putumayo	0	0	14	2	158	161	0	0	13	2	263	212	191	160	11	28	3	2
Quindío	0	0	3	2	86	78	0	0	3	1	445	376	1	1	52	214	2	0
Risaralda	0	0	4	3	250	377	0	0	1	5	942	1005	109	171	126	230	3	2
San Andrés	0	0	0	0	7	8	0	0	0	1	15	29	0	0	1	4	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	74	110	0	0	10	1	198	306	8	8	30	64	7	2
Santander	2	2	11	10	317	554	0	0	6	4	1118	1447	457	332	53	195	9	4
Sucre	1	0	2	0	176	248	0	0	10	4	351	510	78	46	36	60	6	2
Tolima	0	0	16	5	253	429	0	0	10	3	1004	938	242	180	202	468	6	4
Valle del Cauca	0	1	6	2	303	504	0	1	10	3	1060	1028	15	15	133	334	6	2
Vaupés	0	0	0	0	71	49	0	0	1	0	46	71	42	30	18	24	1	0
Vichada	0	0	0	0	222	277	0	0	0	1	21	21	37	7	2	3	3	3
Total nacional	23	17	124	61	14.218	20.538	2	8	227	109	26.001	30.336	4.357	3.745	2.010	5.566	284	164

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 41

Decremento  
Incremento

Departamento	Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	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	1	1	2	3	3	15	14	0	0	48	51	2	1	356	485
Antioquia	8	8	51	23	11	18	109	321	140	107	945	1038	3	2	2446	3463	78	116	16595	15872
Arauca	2	0	3	3	2	1	5	5	34	18	138	120	0	0	108	120	2	1	687	1158
Atlántico	1	2	8	10	5	6	24	24	40	22	283	239	3	4	341	429	14	13	1683	2080
Barranquilla	1	2	5	5	2	2	21	26	64	36	341	312	1	0	559	786	14	19	1576	2191
Bogotá D.C.	1	2	41	25	0	0	125	419	137	101	768	740	0	0	987	1149	27	38	15313	28169
Bolívar	2	2	12	11	8	2	19	12	39	34	245	259	3	3	133	195	4	2	1723	2016
Boyacá	1	0	4	4	1	0	21	25	18	14	81	83	1	1	127	161	1	7	2531	3763
Buenaventura	0	3	4	2	2	1	5	0	11	21	106	97	0	0	132	137	9	5	230	305
Caldas	0	0	2	1	0	0	16	3	15	15	109	121	0	0	257	343	3	6	2118	2640
Cali	1	0	11	7	2	2	36	22	27	36	369	493	0	0	1118	1222	32	45	5556	6037
Caquetá	0	1	6	9	4	1	7	1	5	6	71	98	0	0	180	233	5	7	753	923
Cartagena	0	1	9	8	2	1	17	34	60	67	197	380	1	0	307	409	2	9	844	1267
Casanare	1	1	1	2	2	0	7	9	32	21	104	135	0	0	124	127	3	2	664	925
Cauca	4	3	9	7	1	1	25	5	18	14	160	143	0	0	226	302	2	4	2422	2914
Cesar	6	4	9	10	18	11	22	11	32	16	271	200	2	1	316	406	2	3	1735	1872
Chocó	20	34	25	35	15	31	10	6	34	42	180	192	1	2	166	217	1	4	263	341
Córdoba	1	3	14	11	5	7	30	34	29	19	261	219	5	1	213	233	2	6	2575	2973
Cundinamarca	0	0	11	10	3	0	56	48	65	46	300	356	1	1	396	488	12	9	8079	11870
Guainía	1	2	3	4	1	0	1	0	6	0	14	10	0	0	14	23	0	0	107	161
Guaviare	0	0	1	1	0	1	1	3	4	1	23	26	0	0	34	26	1	0	211	237
Huila	0	0	7	5	3	1	19	7	12	15	129	136	1	0	308	443	5	11	4597	5105
La Guajira	15	23	33	25	42	37	17	3	54	29	301	297	1	0	373	532	3	16	985	1243
Magdalena	2	2	13	11	11	11	15	2	30	22	186	220	2	0	129	183	2	3	1130	1222
Meta	1	3	9	5	6	6	18	2	40	39	210	218	0	0	464	578	15	17	1541	2301
Nariño	2	2	8	3	5	3	27	17	16	11	192	180	1	1	138	178	6	2	2884	3693
Norte de Santander	2	2	7	3	3	4	27	35	75	72	406	396	0	2	512	678	10	19	2672	3349
Putumayo	1	1	3	3	2	1	6	6	7	4	74	64	1	0	84	108	2	7	872	1082
Quindío	0	0	4	3	0	0	9	4	11	3	80	74	0	0	206	248	3	1	1749	2249
Risaralda	5	6	4	9	5	7	15	8	21	30	144	154	0	0	471	508	23	21	2614	2998
San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5	8	0	0	9	9	0	0	97	221
Santa Marta D.E.	2	1	4	0	0	1	9	5	14	17	88	112	1	0	177	275	2	3	473	586
Santander	1	4	6	5	1	3	37	23	54	44	341	363	2	0	666	984	19	25	4321	5135
Sucre	1	0	6	7	2	8	16	16	19	11	165	153	3	0	81	95	1	1	1367	1637
Tolima	1	2	8	9	2	3	21	18	26	17	143	127	2	1	409	532	8	16	2018	2818
Valle del Cauca	2	2	9	8	5	4	32	33	27	17	254	298	1	0	557	612	13	15	4993	5742
Vaupés	2	3	3	4	0	0	1	1	1	1	3	2	0	0	13	15	0	0	155	189
Vichada	3	2	3	10	9	6	2	1	6	6	30	34	0	0	26	26	0	0	133	232
Total nacional	92	122	359	301	181	181	830	1.191	1.227	978	1.132	8.111	36	19	12.855	16.524	329	454	98.622	128.001

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

# Semana Epidemiológica

06 al 12 de octubre de 2024

# 41

#### **Temas centrales**

Seguimiento a eventos de interés en salud pública en poblaciones de interés especial: Indígenas, Afrocolombianos, raizales y palenqueros en Colombia, 2024

Viviana Carolina Moreno Vargas - [vmoreno@ins.gov.co](mailto:vmoreno@ins.gov.co)  
Carlos Alberto Hernández Londoño - [chernandez@ins.gov.co](mailto:chernandez@ins.gov.co)  
Javier Alberto Madero Reales - [jmadero@ins.gov.co](mailto:jmadero@ins.gov.co)  
Lady Jacqueline Rivera González - [lrivera@ins.gov.co](mailto:lrivera@ins.gov.co)

#### **Expertos temáticos**

Dr. Helver Giovanni Rubiano García  
Director General INS

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

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

#### **Una publicación del:**

Instituto Nacional de Salud  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública  
Publicación en línea: ISSN 2357-6189  
<https://doi.org/10.33610/23576189.2024.41>  
2024

#### **Situación nacional**

Grupo Sivigila, [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co)

#### **Mortalidad**

Yohana Catalina Chaparro Rodríguez, [ychaparro@ins.gov.co](mailto:ychaparro@ins.gov.co)  
Gerhard Misael Acero Parra, [gacero@ins.gov.co](mailto:gacero@ins.gov.co)  
Natalí Paola Cortés Molano, [ncortes@ins.gov.co](mailto:ncortes@ins.gov.co)  
Ana María García Bedoya, [agarciab@ins.gov.co](mailto:agarciab@ins.gov.co)  
Viviana Ines Pantoja Muñoz, [vpantoja@ins.gov.co](mailto:vpantoja@ins.gov.co)

#### **Eventos trazadores**

Diana Marcela Forero Ombita, [dforero@ins.gov.co](mailto:dforero@ins.gov.co)  
Andrea Jineth Rodríguez Reyes, [arodriguezr@ins.gov.co](mailto:arodriguezr@ins.gov.co)  
Jessica María Pedraza Calderón, [jpедраза@ins.gov.co](mailto:jpедраза@ins.gov.co)  
María Camila Giraldo Vargas, [mgiraldo@ins.gov.co](mailto:mgiraldo@ins.gov.co)  
Ximena Castro Martínez, [xcastro@ins.gov.co](mailto:xcastro@ins.gov.co)

#### **Brotos**

Gestor sistema de alerta temprana, [eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co)  
Javier Alberto Madero Reales, [jmadero@ins.gov.co](mailto:jmadero@ins.gov.co)

#### **Tablas de mando**

Claudia Marcella Huguett Aragón, [chuguett@ins.gov.co](mailto:chuguett@ins.gov.co)

#### **Editor**

Dr. Hernán Quijada Bonilla, [hquijada@ins.gov.co](mailto:hquijada@ins.gov.co)

#### **Correctora de estilo**

Diana Paola Gamba Díaz, [dgamba@ins.gov.co](mailto:dgamba@ins.gov.co)

#### **Diseño y diagramación**

Alexander Casas, [acasasc@ins.gov.co](mailto:acasasc@ins.gov.co)



Consulte  
el historial de  
publicaciones  
del BES



Conozca más en  
[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)