

Hembra de mosquito Anopheles (Fuente: Instituto Nacional de Salud, Grupo de Entomología LNR)



Malaria

En Colombia se fortaleció el diagnóstico y tratamiento oportuno para eliminar la malaria y el apoyo de colaboradores voluntarios a nivel comunitario favorece el cumplimiento de la meta; a semana epidemiológica 15 en 2025 se observó una disminución del 43% de los casos (24 270) en comparación con el año anterior (43 943).

**Semana
epidemiológica**

20 al 26 de abril de 2025

17

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

El **Boletín Epidemiológico Semanal** (BES) es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos e interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), 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, brotes, tablas de mando por departamento 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**

Pág.

3

9

11

18

37

40



TEMA CENTRAL

Malaria

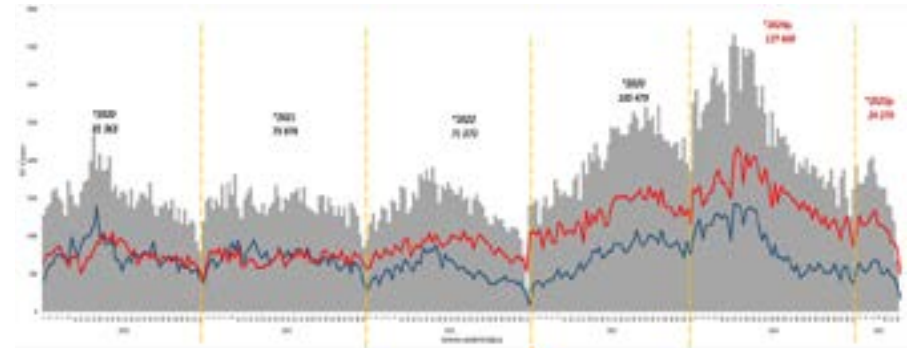
Jessica Maria Pedraza Calderón, jpedraza@ins.gov.co
Mónica Marcela Benavides Ruiz, mbenavides@ins.gov.co

Situación epidemiológica de malaria Colombia

Para Colombia en lo corrido del año hasta la semana epidemiológica 15 se tiene un acumulado de 24 270 casos, de los cuales 23 855 son de malaria no complicada y 415 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,3 % (16 097), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,5 % (7 897) e infección mixta con 1,1 % (276) y no se han encontrado macro-focos de *Plasmodium malariae*.

En el momento el país se encuentra en situación de seguridad con un decremento del 46 % con respecto al mismo corte del año 2024 (figura 1).

Figura 1. Comportamiento epidemiológico y fenómenos ambientales malaria Colombia, 2020 – 2025p.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025.

Históricamente para el país, los cuatro focos o las zonas donde principalmente se ha presentado la mayor carga de malaria incluyen: la costa Pacífica (Chocó, Cauca, Nariño y Buenaventura D.E.) con el 51,2 %, foco Urabá (Córdoba, Bolívar, Antioquia) con 26,7 %, foco de región amazónica y Orinoquía (Putumayo, Caquetá, Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare, Meta y Casanare) con 17,8 % y el foco de frontera Colombo-Venezolana (Norte de Santander y casos procedentes de Venezuela) con 2,0 %. Con respecto a la distribución parasitaria en los focos de transmisión en el foco de la región del pacifico predomina *P. Falciparum* como se ve en la gráfica, pero ha presentado un cambio en especie parasitaria, aumentando los casos de *P. vivax*; en los focos de Urabá, Amazonia y Orinoquia predomina *P. vivax*, en el foco de la frontera colombo-venezolana se observa una disminución de casos en los últimos

años. El foco con mayores complicaciones es la Costa Pacífica y está atribuido al alto número de casos que se presentan (figura 2).

Figura 2. Comportamiento epidemiológico focos de transmisión de malaria Colombia, 2016 – 2025p a semana epidemiológica 15.

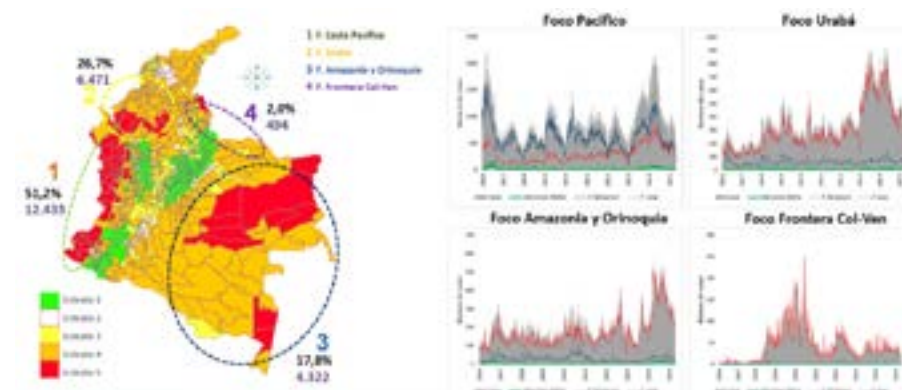
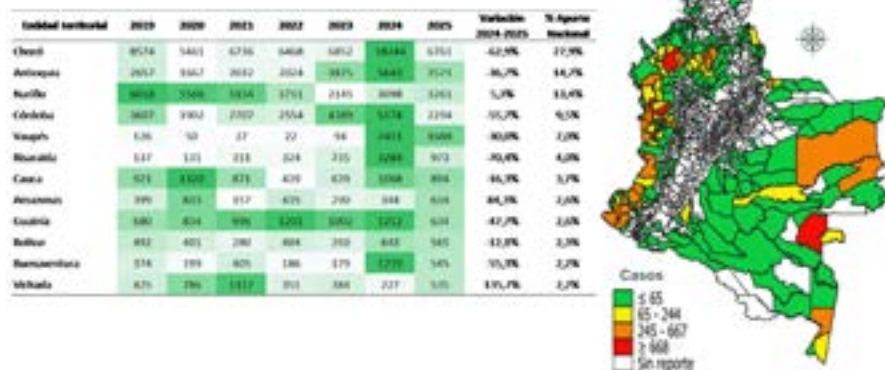


Figura 3. Comportamiento epidemiológico de malaria por departamento y municipio de procedencia de casos de malaria, Colombia, 2024p

Departamento casos de 2019 a 2025p. corte SE 15

Municipio casos en 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025. SE: semana epidemiológica

En cuanto a la distribución de casos por procedencia, los departamentos que aportan el 92,1 % de los casos de malaria: Chocó 27,9 %, Antioquia 14,7 %, Nariño 13,4 %, Córdoba 9,5 %, Vaupés 7,0 %, Risaralda 4,0 %, Cauca 3,7 %, %, Amazonas 2,6 %, Guainía 2,6 %, Bolívar 2,3 %, Buenaventura D.E. y Vichada 2,2 %. A nivel municipal se presentan mayor número de casos en: Mitú-Vaupés 8,5 %, Tierralta-Córdoba 6,0 %, Quibdó-Chocó 5,5 %, Pueblo Rico-Risaralda 6,4 %, El Bagre y Roberto Payán 3,0 % respectivamente, Magüi-Nariño 2,5 %, Inírida-Guainía 2,4%, Buenaventura D.E. y Bajo Baudó-Chocó 2,2 %, Tadó y Lloró-Chocó cada uno con 2,1 %, El Charco- Nariño, Cumaribo-Vichada y Puerto Libertador-Córdoba cada uno con 2,0 %, Barbacoas-Nariño 1,9 % y Timbiquí-Cauca, El Cantón del San Pablo-Chocó, Cubará-Boyacá y Tumaco-Nariño cada uno con 1,7 %. (figura 3).

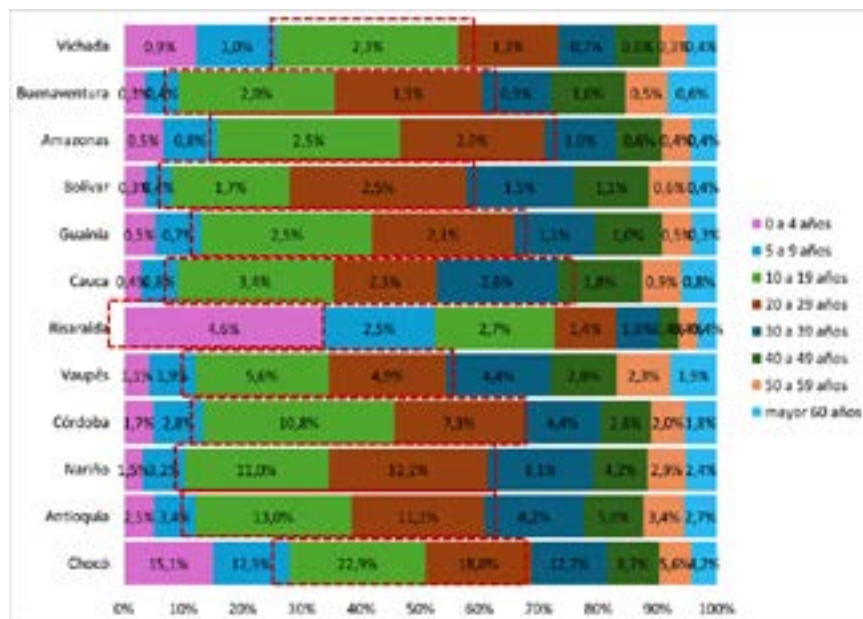
Al realizar el análisis de la distribución de la especie parasitaria Plasmodium vivax por entidad territorial, se observa una variación con incremento en los casos reportados en comparación con el mismo periodo del año anterior para los departamentos de: Vaupés, Amazonas, Boyacá y Vichada, mientras que las demás entidades territoriales presentan un decremento en la variación, los municipios que aportan el 58,9 % de los casos para esta especie son: Mitú-Vaupés 9,0 % (1 442), Tierralta-Córdoba 6,9 % (1 112), Pueblo Rico-Risaralda 4,6 % (746), Quibdó-Chocó 3,2 %, Inírida-Guainía 5,5 % (3 772), El Bagre-Antioquia 3,6 % (2 494), Puerto Libertador-Córdoba 3,8% (2 570), Cubará-Boyacá 1,6 % (1 120), Cumaribo-Vichada 2,1 % (345), Tarapacá-Amazonas 2,1 % (337), Carmen del Darién-Chocó 2,0 % (315), Montecristo-Bolívar 1,8 % (289), Chigorodó-Antioquia 1,7 % (269) y Bagadó-Chocó 1,7 % (266).

Con respecto a la distribución de casos por P. falciparum las entidades territoriales que presentan mayor número de casos y aumento comparado con el mismo corte del año anterior son: Vichada, Amazonas y Meta. Con disminución de casos están: Chocó, Nariño, Cauca, Antioquia, Córdoba, Buenaventura D.E., Risaralda y Vaupés. En la distribución para P. falciparum 15 municipios aportan el 60,2 % de los casos: Quibdó-Chocó 7,3 % (3 771), Roberto Payán-Nariño 6,6

% (524), El Charco-Nariño 5,7 % (452), Magüi-Nariño 5,3 % (421), Timbiquí-Cauca 5,3 % (416), Barbacoas-Nariño 4,4 % (351), Guapi-Cauca 4,2 D.E.% (329), Buenaventura 4,0 % (313), Tadó-Chocó 3,5 % (276), Bajo Baudó-Chocó 3,4 % (270), Tierralta-Córdoba 3,0 % (234), Tumaco-Nariño 2,5 % (201), Lloró-Chocó 2,5 % (198) y Medio San Juan-Chocó 2,5 % (196).

Con relación a las características sociales y demográficas de los casos de malaria el 58,9 % (14 315) corresponde a hombres, el 25 % (22 207) se presenta en personas de 14 a 19 años (figura 4), el 32,7 % (7 950) ocurren en Afrocolombianos y el 33,5 % (8 153) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 53,6 % (13 009) proviene de rural disperso, dentro de las ocupaciones priorizadas mineros y canteros 3,7 % (916) estos principalmente en los municipios de: El Bagre, Quibdó, Magüi, Barbacoas, Nechí, Rioquito, Lloró, Cantón De San Pablo, Tadó, Novita, Cáceres, Montecristo, Medio Atrato y Segovia.

Figura 4. Casos de malaria por rango de edad por entidad territorial con mayor carga, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a la 15 de 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

Con respecto a las complicaciones se han notificado 415 casos de malaria complicada, 22 entidades territoriales y ocho casos procedentes del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Amazonas Córdoba, Vaupés, Risaralda y Vichada notificaron el 74,4 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 58,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 5).

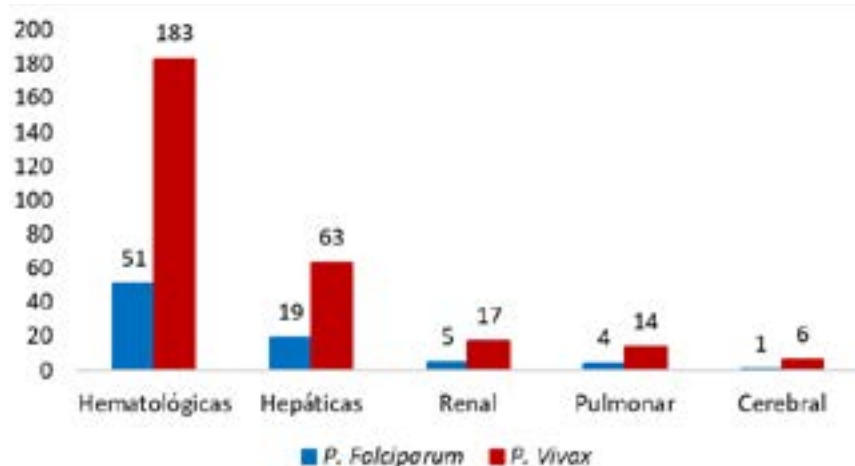
Figura 5. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial municipal de procedencia con mayor carga. Colombia, 2020 a 2025 a semana epidemiológica 15 de 2025.

Entidad territorial	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Comportamiento 2020 a 2025 SE 15	% Aportan
San Andres de Tumaco-Nariño	30	41	26	22	20	33		8,0%
Mitú Vaupés	0	0	0	1	84	32		7,7%
Buenaventura	6	0	6	4	28	16		3,9%
Quibdó-Chocó	22	5	23	12	59	15		3,6%
Puerto Nariño-Amazonas	0	0	2	0	10	13		3,1%
Leticia-Amazonas	1	1	1	3	24	12		2,9%
Comaribo-Vichada	21	20	7	5	1	12		2,9%
Magüi-Nariño	0	3	1	0	2	11		2,7%
Florencia-Caquetá	1	0	2	0	2	10		2,4%
La Virginia-Risaralda	0	0	2	0	3	10		2,4%
Tierralta-Córdoba	8	17	7	9	18	9		2,2%
Olaya Herrera-Nariño	4	0	3	2	5	9		2,2%
Tarapacá (CD) Amazonas	2	0	1	1	3	8		1,9%
Apartadó-Antioquia	20	12	19	22	16	8		1,9%
Montecristo-Bolívar	6	0	5	31	13	8		1,9%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2025. SE: semana epidemiológica

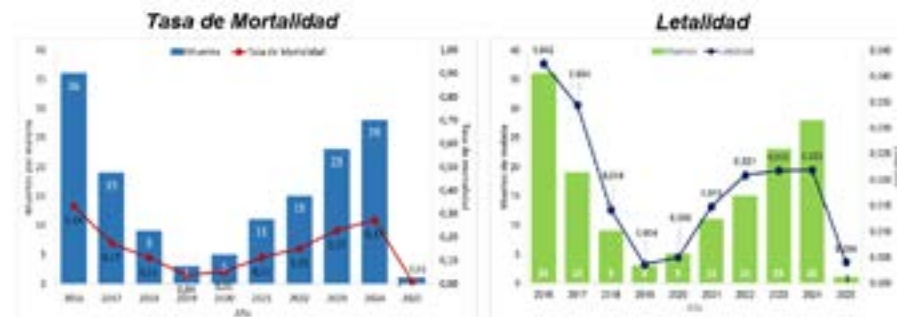
De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum* el 64,5 % (234) presentaron complicaciones hematológicas; el 22,6 % (82) complicaciones hepáticas; el 6,1 % (22) complicaciones renales, el 5,0 % (18) complicaciones pulmonares y el 1,9 % (7) complicaciones cerebrales (figura 6).

Figura 6. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Figura 7. Tendencia de tasa de mortalidad y letalidad de malaria, Colombia, 2016 – semana epidemiológica 15, 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

La mayor proporción de muertes confirmadas por malaria en 2024 se dio un 54 % en hombre y 46 % en mujeres, las edades con mayor afectación son 19 % hombres de 20 a 24 años, seguido de mujeres de 0 a 4 años 14 %, 13 casos corresponden a indígenas y dos casos a afrocolombianos.

La oportunidad del diagnóstico en el país se encuentra en un 44,4 % a nivel departamental se observó que todas las entidades territoriales tienen el porcentaje por debajo del promedio nacional excepto Cauca (65,7 %), Chocó (50,5 %), Norte de Santander (50,4 %), Risaralda (45,6 %) y Nariño (43,4 %); para la oportunidad de tratamiento, en el país se tiene que el 94,4 % de los casos fueron tratados de manera oportuna, los departamentos que se encuentran por encima del promedio nacional fueron Guainía (99,2 %), Vaupés (98,4 %), Vichada (97,1 %), Chocó (96,9 %), Nariño (96,6 %), Cauca (96,0 %), Córdoba (96,0 %), Risaralda (95,8 %) y Guaviare (94,5 %) (figura 8).

A semana epidemiológica 15, 2025 se ha confirmado 1 muerte por malaria a nivel nacional procedente del municipio de Pueblo Rico-Risaralda para una tasa de mortalidad de 0,01 casos por 100 000 habitantes y letalidad de 0,004 % (figura 7). En 2024 se presentó mayor número de muertes 28 confirmadas procedentes de las entidades territoriales de Vaupés-Mitú (5), Chocó-Quibdó (3), Bagadó (2), Carmen del Darién y Bajo Baudó (1), Risaralda-Pueblo Rico (2), La Virginia y Pereira (1), Bolívar-Montecristo (1), Antioquia-Mutatá, Zaragoza y Nechí (1), Cauca-Guapi (1), Guainía- Inírida (1), Valle-El Dovio (1), Vichada-Cumaribo (1) y Exterior (2).

Tabla 1. Indicadores de oportunidad de diagnóstico y oportunidad de tratamiento de malaria por entidad territorial, Colombia, 2025.

Oportunidad de diagnóstico y tratamiento departamental

DEPARTAMENTO	CASOS	%OP DX	%OP TTO
CHOCO	6265	54%	98,9%
ANTIOQUIA	3823	34%	97,9%
NARIÑO	3165	51%	99,3%
CORDOBA	2379	40%	99,0%
VAUPES	1648	43%	99,6%
RISARALDA	1035	77%	98,4%
CAUCA	804	57%	97,8%
GUAINIA	719	28%	98,7%
AMAZONAS	639	33%	98,0%
BUENAVENTURA	538	28%	97,4%
VICHADA	493	24%	99,2%
BOLIVAR	452	55%	98,9%
BOYACA	410	10%	99,5%
GUAVIARE	402	27%	99,8%
META	254	22%	84,6%
ARAUCA	241	12%	97,0%
CAQUETA	193	38%	93,8%
NORTE SANTANDER	187	48%	96,0%
SUCRE	124	32%	80,0%
CAJ	119	20%	84,9%
BOGOTA	71	21%	91,5%
VALLE	56	29%	91,1%
SANTANDER	27	22%	86,7%
CESAR	25	20%	88,0%
PUTUMAYO	25	0%	100,0%
GUAPIRA	20	15%	55,0%
CALDAS	19	21%	70,5%
HUILA	15	13%	86,7%
CARTAGENA	14	43%	71,4%
TOUMA	9	33%	88,7%
CUNDINAMARCA	8	25%	50,0%
QUINDIO	8	13%	75,0%
CASANARE	6	0%	100,0%
SANTA MARTA	5	0%	40,0%
MAGDALENA	3	33%	66,7%
ATLANTICO	2	50%	50,0%

Oportunidad de Diagnóstico y tratamiento municipal con mayor número de casos

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CASOS	%OP DX	%OP TTO
VAUPES	MITU	1499	42,6%	99,6%
CHOCO	QUIBDO	1398	43,5%	99,1%
CORDOBA	TIERRALTA	1073	52,6%	99,8%
RISARALDA	PUEBLO RICO	896	84,0%	99,8%
ANTIOQUIA	EL BAGRE	697	35,2%	99,4%
NARIÑO	ROBERTO PAYAN	690	63,8%	99,3%
GUAINIA	PUERTO INIRIDA	668	29,2%	99,7%
BUENAVENTURA	BUENAVENTURA	538	27,5%	97,4%
NARIÑO	MAGUI (PAYAN)	505	55,0%	99,9%
CHOCO	BAJO BAUDO	503	27,0%	99,2%
CHOCO	TADO	495	90,5%	99,8%
NARIÑO	EL CHARCO	492	51,8%	99,2%
CHOCO	ITSMINA	489	58,3%	96,5%
CORDOBA	PUERTO LIBERTADOR	477	29,6%	99,8%
CHOCO	LORO	471	27,2%	99,2%
NARIÑO	TUMACO	459	43,6%	97,8%
VICHADA	CUMARIBO	445	24,9%	97,5%
NARIÑO	BARBACOAS	417	43,6%	99,8%
CORDOBA	MONTERIA	416	27,2%	96,9%
CAUCA	TIMBIQUI	408	46,3%	99,0%
ANTIOQUIA	MUTATA	406	31,0%	100,0%
BOYACA	CUBARA	403	8,9%	99,8%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Unidades de análisis y tableros de problemas de malaria 2024 – I trimestre 2025p

Durante el 2024 se confirmaron en el aplicativo de unidad de análisis 21 muertes por malaria y respecto al primer trimestre de 2025p se ha confirmado una muerte. Las entidades territoriales que más características o situaciones problemas registraron en el 2024 fueron Antioquia, Bolívar, Buenaventura D.E., Chocó, Risaralda y Valle del Cauca.

Para el año 2024p se obtuvieron 183 características individuales / situaciones problemas de los casos analizados, de los cuales el 59,5 % (97) están relacionados con los servicios de salud y el 40,5 % (66) con características del individuo.

En la región Andina y Pacífica para el 2024, los factores principales identificados relacionados con los servicios de salud fueron prestación de servicios individuales (34) y acciones de promoción y mantenimiento de la salud (30). Las principales entidades territoriales que identificaron factores relacionados con la prestación de servicios de salud fueron Antioquia y Chocó. En cuanto a los factores del individuo fueron los conocimientos, actitudes y prácticas en salud y los determinantes estructurales fueron los que presentaron una mayor identificación.

Durante el I trimestre de 2025 la principal característica del individuo identificada fue la Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud y el principal problema relacionado con los servicios de salud fue Incumplimiento en las acciones de demanda inducida

8

Recomendaciones

- Mejorar la calidad en la clasificación de los casos de malaria complicada, lo que a su vez mejorara el manejo y tratamiento de la misma.
- Implementación de salas situacionales para malaria con el fin de realizar análisis en equipo interdisciplinario.
- Construir una lista de chequeo de los problemas de mayor impacto para malaria complicada con el fin de orientar a las acciones en vigilancia en salud pública en entidades territoriales.
- Fortalecer la calidad de las unidades de análisis y elaboración de tableros de problemas
- Fortalecer la articulación entre vigilancia en salud pública, programas de malaria, prestación de servicios y EAPB.
- Análisis de la distribución espacial de los casos que permitan una respuesta

rápida a nivel local en las áreas más afectadas.

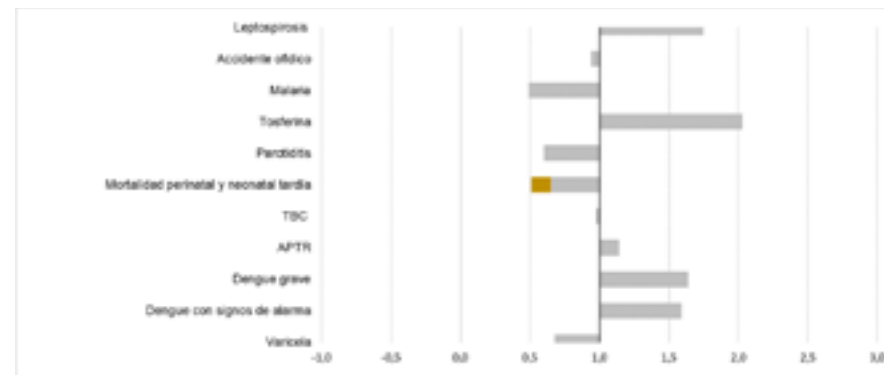
- Reforzar el seguimiento a municipios en situación de brote o en decremento.
- Incentivar la realización de la BAI Sivigila en los municipios priorizados (en eliminación) en silencio epidemiológico
- Realizar seguimiento a indicadores de oportunidad de diagnóstico, oportunidad de tratamiento.
- Fortalecimiento en el seguimiento de positividad departamental y municipal
- Fortalecer la calidad del dato en todo el país.
- Reforzar la realización de BAC – Especialmente búsquedas reactivas.
- Reforzar e intensificar las acciones de vigilancia con base en los documentos guía: Resolución 2073 de 2023 y Resolución 1646 de 2018.

Referencias

1. World Health Organization. Report on the Situation of Malaria in the Americas – 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/teams/global-malaria-programme>.
2. Ministerio Salud y Protección Social. Malaria. [Internet] 2023; Fecha de consulta: 28 de abril de 2025. Disponible en: <https://bit.ly/3MTKeTJ>.
3. Instituto Nacional de Salud - INS. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Malaria [Internet]. Bogotá D.C; 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria.pdf
4. Instituto Nacional de Salud. Publicaciones Informe de Evento [Internet]. [citado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

Para la semana epidemiológica 17 de 2025, se identificó que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado. Los demás analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 8. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 17 de 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025
 *APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia
 *TBC: Tuberculosis



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, exceptuando los eventos dengue grave y dengue con signos de alarma que incluye este año para su análisis.

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

Para el evento de violencia de género e intrafamiliar de mayor notificación, se realiza el análisis utilizando la metodología de la prueba Z, en la que se comparó el valor observado en la semana epidemiológica evaluada con una línea de base conformada por los datos de los tres años anteriores (2022 a 2024), lo cual permite identificar variaciones significativas en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Para esta semana se encontró el evento violencia de género e intrafamiliar dentro de su comportamiento histórico de la notificación.

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 17 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	58 497	50 990	0,80	0,42

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

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 2019 a 2024 (exceptuando 2020). Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Los casos esperados se construyen con casos históricos que han sido confirmados, mientras que los casos observados corresponden a la notificación de la semana analizada exceptuando los casos descartados.

- 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.

En la semana epidemiológica 17 de 2025, los eventos de Leishmaniasis Cutánea, Lepra y Chikunguña se encuentran por debajo de lo esperado, mientras que el comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	13	89	0,00
Lepra	1	5	0,02
Chikunguña	0	4	0,02
Mortalidad por dengue	5	3	0,09
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,20
Zika	5	4	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,17

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

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.

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 17 del año 2024. 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 respecto a la semana anterior y a la semana 17 del año 2024. Para esta semana 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 100 % (4 817/ 4 817); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,27 % comparado con la semana epidemiológica 17 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). Por lo anterior, el incumplimiento

en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 17 de 2025 no se presentó a nivel nacional.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 9).

Figura 9. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 17 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

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

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2018 y 2024; 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 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

El acumulado de muertes notificadas para los tres (3) eventos puede variar por la notificación tardía y la clasificación final del caso en la unidad de análisis.

¹. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://sin.uns.gov.co/9A30q>

A semana epidemiológica (SE) 17 de 2025, se han notificado 227 muertes probables en menores de cinco años: 129 por infección respiratoria aguda (IRA), 60 por desnutrición (DNT) aguda y 38 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, tres casos de IRA, dos de DNT aguda y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025 se han notificado 221 fallecimientos (126 por IRA, 58 por DNT aguda y 37 por EDA); de estos, 64 casos han sido confirmados, 19 han sido descartados y 138 casos se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. 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 17 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 17 2025			Casos en estudio a SE 17 2025			Tasa a SE 17 2024			Tasa a SE 17 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	20	30	14	33	83	22	2,34	3,11	1,79	0,56	0,84	0,39
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	1	18	0	2,83	2,83	1,18	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	1	0	1	0	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	1,75	3,50	0,88	0,00	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	2	0	0,00	1,14	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá D.C.	0	0	0	1	6	2	0,00	1,08	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	0	0	1	1	0	0,00	5,91	0,98	1,01	0,00	0,00
Boyacá	0	2	1	0	0	0	0,00	2,36	0,00	0,00	2,40	1,20
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	2	0	2,89	2,89	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	1	0	0	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	5	2	0,00	2,12	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	2,70	5,39	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	0	0	0	0,00	1,29	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	2,65	0,00	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	0	1	3	2	1	0,00	1,78	0,00	0,00	0,00	0,90
Cesar	2	0	2	2	3	0	0,83	2,49	1,66	1,69	0,00	1,69
Chocó	6	10	4	3	5	2	27,87	33,10	52,26	10,51	17,52	7,01
Córdoba	3	0	0	1	1	1	4,66	2,00	0,67	2,04	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	5	1	0,00	1,70	0,00	0,85	0,00	0,00
Guainía	0	1	0	0	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	2	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	1	0	0	1,01	2,02	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	1	0	0	10	9	7	10,95	8,21	5,48	0,92	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	4	3	1	7,21	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Meta	0	1	1	1	1	0	1,21	2,43	1,21	0,00	1,23	1,23
Nariño	0	4	0	0	2	0	0,84	1,69	0,00	0,00	3,45	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	3,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	0,00	3,18	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	3	3	1	2	0	10,47	6,98	1,75	0,00	5,39	5,39
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	2	0	0,67	2,01	3,35	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	1	0	0	1	0	6,56	2,62	0,00	0,00	1,33	0,00
Tolima	0	0	0	0	3	1	0,00	6,09	1,22	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	1	2	0	0	2	0	1,49	2,98	0,74	0,77	1,53	0,00
Vaupés	0	0	0	0	1	2	30,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	3	0	0	1	1	0	21,61	7,20	7,20	21,62	0,00	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: semana epidemiológica

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 esta semana epidemiológica 17 se han notificado 126 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 22 confirmadas por clínica y ocho por laboratorio, 13 descartadas y 83 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 17 fueron 108, para una tasa de mortalidad de 2,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 17 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C., Chocó y Cundinamarca y, a nivel municipal, en San Andrés de Tumaco D.E. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Enterovirus, Haemophilus influenzae B, Rhinovirus, Moraxella catarrhalis, Parainfluenza tipo 3, SARS-CoV2, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 17, 2024–2025

Agente etiológico	2024						2025					
	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
Adenovirus	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterobacter cloacae	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus	3	2	2	1	0	8	2	0	0	0	0	2
Escherichia coli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae B	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Influenza A	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Metapneumovirus	2	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Moraxella catarrhalis	1	0	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1
Mycoplasma pneumoniae	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	4	2	4	1	1	12	1	1	0	0	0	2
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
Staphylococcus aureus	3	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pneumoniae	1	2	0	2	1	6	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	7	0	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0
Total	38	11	9	9	3	70	9	2	0	0	0	11

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 (Datos preliminares)

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 58 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 20 fueron confirmadas, cinco descartadas y 33 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 17 fue de 85, para una tasa de mortalidad de 2,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 17 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Cauca, Chocó, La Guajira, Norte de Santander

y, a nivel municipal, en Riohacha D.E.. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 17 se han notificado 37 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una fue confirmada por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli* y *Norovirus*), 13 confirmadas por clínica, una descartada y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 17 fue de 65 para una tasa de mortalidad de 1,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 17 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y, a nivel municipal, en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

Muerte materna: es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Muerte materna por causas coincidentes: corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2021 y 2024 con corte al período de tiempo por analizar.

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/INSP028779>

En la semana epidemiológica 17 de 2025 se notificaron al Sivigila siete casos, cuatro muertes maternas tempranas, dos muertes maternas tardías y una muerte coincidente; para un total acumulado de 52 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 48 residen en territorio colombiano y cuatro residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

De acuerdo con el análisis de los casos, para esta semana epidemiológica se

ajusta a la entidad territorial de Cundinamarca un caso de muerte materna temprana a muerte materna tardía.

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 17, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	95	49	24	168
2023	87	44	21	152
2024p	70	49	23	142
2025p	48	34	9	91

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2023, datos preliminares 2024 – 2025

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 27 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Antioquia, Bogotá D.C., Cesar y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bogotá D.C., Cauca, Magdalena y Santa Marta D.T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Leticia (Amazonas), Sabanalarga (Atlántico), Chivor (Boyacá) y Coloso (Sucre) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 17 de 2025, el 60,4 % corresponden a causas directas y el 27,1 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 16,7 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 17	Acumulado de casos a SE 17	
		2024	2025
Colombia	92	70	48
La Guajira	7	4	5
Antioquia	8	6	4
Bogotá D.C.	9	8	4
Cesar	4	6	4
Chocó	5	4	3
Barranquilla D.E.	2	2	2
Santiago de Cali D.E.	2	2	2
Córdoba	4	4	2
Cundinamarca	4	4	2
Risaralda	2	0	2
Santander	1	1	2
Amazonas	1	0	1
Atlántico	3	1	1
Bolívar	4	3	1
Boyacá	1	2	1
Caquetá	1	0	1
Casanare	1	1	1
Guainía	0	0	1
Huila	3	5	1
Meta	3	2	1
Nariño	4	4	1
Norte de Santander	3	4	1
Quindío	1	0	1
Sucre	2	1	1
Tolima	3	0	1
Valle del Cauca	2	1	1
Vichada	1	0	1
Caldas	1	1	0
Cauca	3	2	0
Putumayo	1	1	0
Santa Marta D.T.	3	1	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE IV (datos preliminares).

Tabla 10. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 - 2024 a SE 17	Valor observado SE 17
Colombia	92	48
Dibulla (La Guajira)	0	2
Leticia (Amazonas)	0	1
Sabanalarga (Atlántico)	0	1
Chivor (Boyacá)	0	1
Coloso (Sucre)	0	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, datos preliminares 2024 - 2025.
SE: semana epidemiológica

Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 17	Número de casos y proporción a SE 17 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	79	87	100	70	100	48	100
DIRECTA	51	57	65,5	45	64,3	29	60,4
Hemorragia obstétrica	13	9	10,3	16	22,9	8	16,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	18	19	21,8	16	22,9	7	14,6
Sepsis obstétrica	8	10	11,5	5	7,1	6	12,5
Evento tromboembólico como causa básica	6	8	9,2	3	4,3	4	8,3
Embarazo ectópico	4	5	5,7	2	2,9	2	4,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	2,3	1	1,4	2	4,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,4	0	0,0
Embolia de líquido amniótico	1	2	2,3	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,4	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	26	28	32,2	24	34,3	13	27,1
Otras causas indirectas	12	15	17,2	9	12,9	4	8,3
Otras causas indirectas: neumonía	4	4	4,6	4	5,7	3	6,3
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	4,2
Sepsis no obstétrica	5	5	5,7	4	5,7	1	2,1
Otras causas indirectas: cáncer	4	4	4,6	3	4,3	1	2,1
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	2,9	1	2,1
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	2	2,9	1	2,1
Desconocida / indeterminada	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
En estudio	1	1	1,1	1	1,4	6	12,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024 - 2025. SE: semana epidemiológica

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n \leq 30$ acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ($n > 30$ acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 17 de 2025 se han notificado 1 717 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 697 corresponden a residentes en Colombia y 20 residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (214), Antioquia (204), Cundinamarca (118), Santiago de Cali (79) y La Guajira (69). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 a 2024, con corte a semana epidemiológica 17 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Santiago de Cali, Córdoba, La Guajira, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Norte de Santander, Atlántico, Valle del cauca, Huila, Sucre, Chocó,

Caldas, Risaralda, Buenaventura D.E., Caquetá, Casanare, Putumayo, Quindío, Arauca y Santa Marta D.T.. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 10).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Riosucio (Caldas), Aguazul (Casanare), Timbiquí (Cauca), El Santuario (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Altos del Rosario (Bolívar), Melgar (Tolima), La Primavera (Vichada), Sácama (Casanare) y Villapinzón (Cundinamarca) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 49,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,3 %, neonatales tardías con 18,8 % y fetales intraparto con 11,0 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,7 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 14,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,3 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 17 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 17	Acumulado de casos a SE 17	
		2024	2025
Colombia	2 657	1 975	1 697
Bogotá, D.C.	287	231	214
Antioquia	302	219	204
Cundinamarca	135	116	118
Santiago de Cali D.E.	100	84	79
La Guajira	136	96	69
Nariño	73	67	69
Córdoba	136	95	64
Cesar	94	56	62
Bolívar	75	42	53
Santander	83	48	52
Cartagena de Indias D.T.	89	62	51
Barranquilla D.E.	104	56	49
Meta	59	47	49
Cauca	94	65	48
Norte de Santander	80	61	43
Atlántico	84	65	40
Valle del Cauca	72	59	40
Huila	64	48	37
Magdalena	57	42	37
Tolima	52	37	35
Boyacá	49	44	33
Sucre	68	52	32
Chocó	67	64	31
Caldas	35	31	29
Risaralda	40	31	26
Buenaventura D.E.	29	17	23
Caquetá	26	16	16
Casanare	27	20	16
Putumayo	19	18	13
Quindío	23	19	11
Arauca	25	14	10
Santa Marta D.T.	32	18	10
Vichada	13	13	9
Guaviare	4	1	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	6	6
Amazonas	6	5	5
Guainía	7	3	5
Vaupés	5	7	3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2023, datos preliminares 2024 - 2025.
SE: semana epidemiológica

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 17 2020 - 2024	Valor observado a SE 17 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	2 657	1 697	-
Riosucio (Caldas)	1	5	5
Aguazul (Casanare)	1	5	12
Timbiquí (Cauca)	2	5	10
El Santuario (Antioquia)	1	4	14
Buritica (Antioquia)	0	4	4
Altos del Rosario (Bolívar)	1	4	3
Pueblo nuevo (Córdoba)	1	4	0
Melgar (Tolima)	1	4	3
La Primavera (Vichada)	0	3	9
Villapinzón (Cundinamarca)	0	2	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, datos preliminares 2024- 2025.
SE: semana epidemiológica

Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 17, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 17, 2023 -2025					
	2023 a SE 17	(%)	2024 a SE 17	(%)	2025 a SE 17	(%)
Colombia	2 552	100,0	1 975	100,0	1 697	100,0
Asfixia y causas relacionadas	637	25,0	473	23,9	459	27,0
Prematuridad-inmadurez	460	18,0	299	15,1	253	14,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	396	15,5	295	14,9	214	12,6
Sin información	4	0,2	97	4,9	146	8,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	303	11,9	222	11,2	142	8,4
Malformación congénita	236	9,2	168	8,5	131	7,7
Infecciones	205	8,0	165	8,4	125	7,4
Otras causas de muerte	165	6,5	130	6,6	93	5,5
Causas no específicas	51	2,0	58	2,9	84	4,9
Trastornos cardiovasculares	61	2,4	54	2,7	34	2,0
Lesión de causa externa	26	1,0	8	0,4	9	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	8	0,3	6	0,3	7	0,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024 - 2025.
SE: semana epidemiológica



EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 17 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2017 a 2024 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 2017 a 2024 (valor esperado). Adicionalmente se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

El análisis del comportamiento de la circulación viral se realizó por la metodología poisson comparando los datos del periodo anterior y actual para cada uno de los agentes virales y así mismo por grupo de edad más relevantes para el evento vigilancia centinela Código 345.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09. 18 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

A nivel nacional en el último periodo se observa 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; una tendencia de aumento en la notificación de hospitalización en sala general, hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior que no superar el 30,0 % (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 10 a SE 13 2025	SE 14 a SE 17 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	643 443	567 582	-11,79%	
Hospitalización en sala general	27 236	27 605	1,35%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 888	3 026	4,78%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 17 de 2025 se notificaron 139 147 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 Chocó, Córdoba, Guainía, Magdalena, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D.E., Caquetá, Quindío y Archipiélago de San Andrés islas y Providencia. Las 26 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (14 a 17 de 2025) en 35 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2025.

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	23 353	26 280	3 707	7 608
Antioquia	Itagüí	23 965	29 764	3 742	6 981
Atlántico	Soledad	27 700	27 463	6 025	6 379
Cundinamarca	Chía	19 027	19 252	3 531	4 841
Antioquia	Bello	23 337	21 095	3 138	4 772
La Guajira	Maicao	18 072	20 739	2 292	3 998
La Guajira	Uribia	18 006	15 682	1 542	3 439
Antioquia	Rionegro	9 609	12 746	1 522	3 062
Santander	Barrancabermeja D.E.	5 622	10 199	586	2 778
Risaralda	Dosquebradas	8 572	10 216	1 112	2 365
Santander	Floridablanca	7 370	8 403	965	2 256
Cundinamarca	Girardot	5 807	7 719	1 276	2 191
Bolívar	Magangué	4 825	6 872	775	2 125
Valle del Cauca	Palмира	8 643	10 272	1 482	2 029
Cundinamarca	Zipaquirá	5 972	7 306	1 452	1 968
Antioquia	Envigado	7 770	8 986	1 418	1 958
Magdalena	Ciénaga	7 161	7 598	960	1 710
Córdoba	Sahagún	6 413	8 198	1 398	1 705
Boyacá	Duitama	7 999	7 203	1 767	1 564
Cundinamarca	Facatativá	6 670	6 467	1 637	1 551
Boyacá	Sogamoso	4 512	5 845	985	1 441
Antioquia	Apartadó	5 395	5 471	788	1 423
Córdoba	Cereté	4 629	5 836	471	1 304
Norte de Santander	Ocaña	5 034	5 329	299	1 221
Valle del Cauca	Cartago	5 824	5 731	363	1 179
Córdoba	Lorica	4 161	4 940	871	1 166
Huila	Pitalito	3 335	4 689	364	1 158
Cundinamarca	Funza	4 052	5 591	846	1 143
Cesar	Aguachica	2 761	4 012	828	1 136
Casanare	Yopal	4 736	3 983	846	1 112
Valle del Cauca	Yumbo	3 904	5 185	805	1 089
Antioquia	Turbo D.E.	3 944	4 659	740	1 063
Cauca	Santander de Quilichao	4 457	4 080	792	1 038
Cundinamarca	Madrid	6 785	4 783	895	1 018
Valle del Cauca	Tuluá	4 882	4 781	403	943
Santander	Piedecuesta	1 638	2 844	203	791
Santander	Girón	1 975	2 597	195	748
Atlántico	Malambo	3 505	1 988	340	706
Cundinamarca	Mosquera	2 514	1 980	534	702
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	3 110	2 209	613	470
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 955	2 501	493	454
Cauca	Guapi	853	1 714	172	353
Nariño	La Florida	210	263	68	46

Fuente: sivigila 2025p *Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

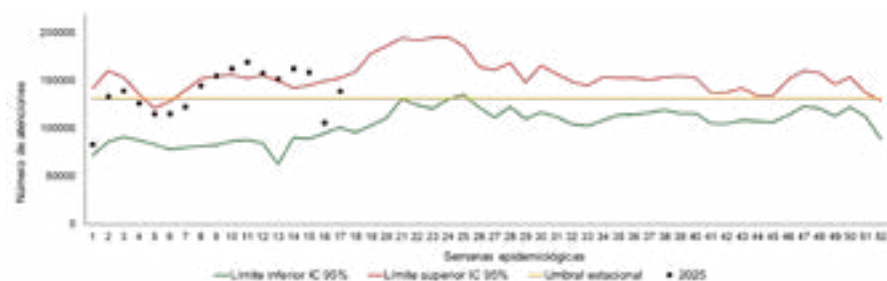
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (14 a 17 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 23,7 % (137 726) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,4 % (118 387). 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 dos a cuatro años con el 15,1 % seguido de los niños de un año con el 13,12%.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados. No obstante, a partir de la semana 08 se observó una tendencia al alza, superando el umbral estacional; en semana 10 a 15 continua la tendencia al alza, ubicándose por encima del límite superior, seguido de una leve disminución en semana 16 y 17 ubicándose dentro de los límites esperados (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico entre 2017 y 2024

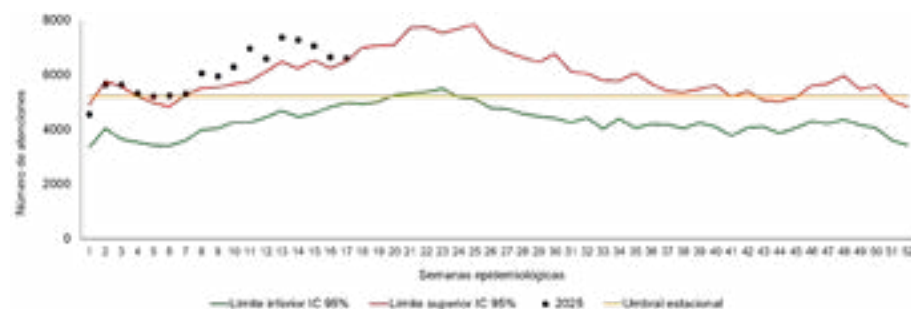
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 17 de 2025 se notificaron 6 608 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Guainía, Guaviare, La Guajira, Vaupés y Vichada e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla D.E., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre y Tolima. En las 15 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (14 a 17 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 100) representaron el 25,7 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 18,1 % (4 997). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 32,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,3 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, desde semana 05 a 16 se han mantenido por encima del límite superior, seguido de una discreta disminución en semana epidemiológica 17 ubicándose sobre el límite superior. (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2025

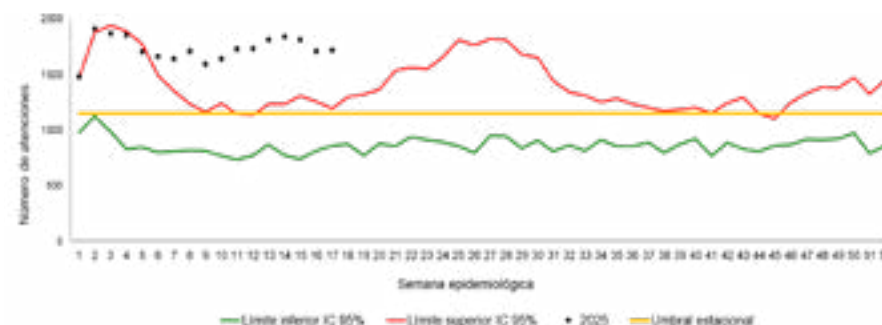


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 17 de 2025, se notificaron (1 725) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde semana epidemiológica 06 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 12).

Figura 12. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 17 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

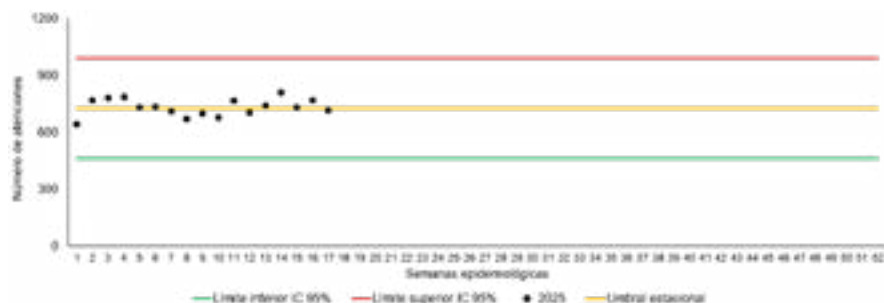
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 17 de 2025 se notificaron 716 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, Chocó, Guaviare, Meta y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Buenaventura D.E., Cartagena de Indias D.T., Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Archipiélago de San Andrés Islas y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (14 a 17 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,1 % (1 072), seguido de los menores de un año con el 22,7 % (691) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños con el 30,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 29,3 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 17 de 2025, se observa que se ubica dentro de los límites esperados (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2025

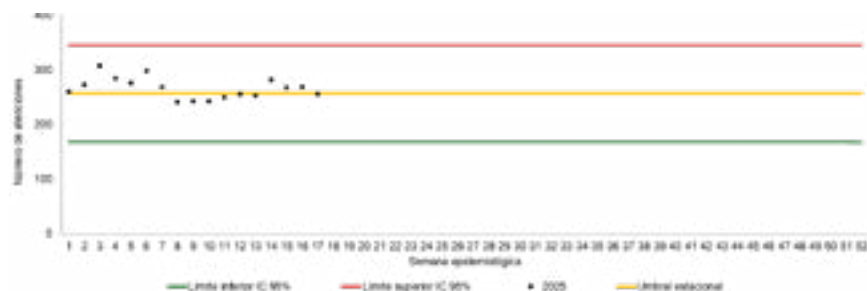


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 17 de 2025, se notificaron 256 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia para esta semana una tendencia a ubicarse por debajo del umbral estacional, dentro de lo esperado (figura 14).

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 17 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

Durante las semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, mientras que las hospitalizaciones en sala general, UCI y UCIM presentaron una tendencia al aumento en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM esta semana se ubican dentro de los límites esperados y en hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior con una tendencia hacia la disminución con respecto a la semana anterior.

En el contexto del incremento de las infecciones respiratorias agudas, correspondiente al primer pico respiratorio del año, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento)
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado aumento en América del Norte y Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1)pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región Andina y Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una marcada disminución en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 17 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 VSR y metapneumovirus y al decremento influenza A y coronavirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15).

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

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 10 a 17 de 2025

Agente viral identificado	SE 10 a SE 13			SE 014 a SE 17			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	48,7	54,9	32,0	53,5	41,6	38,1	
Rinovirus	11,3	11,8	12,5	11,1	8,9	-	
VSR	17,0	26,5	-	29,8	40,5	6,3	
Enterovirus	10,7	13,3	4,2	7,7	7,0	12,5	
Adenovirus	5,7	6,2	-	3,4	3,8	-	
Influenza B	5,1	1,9	-	3,8	2,5	-	
Influenza A	21,4	12,8	50,0	8,9	5,7	25,0	
Parainfluenza	5,7	5,7	-	8,9	10,1	12,5	
Metapneumovirus	8,1	10,9	4,2	12,3	11,4	18,8	
A(H1N1)pdm09	0,6	-	4,2	0,8	1,3	-	
SARS-CoV2	5,7	5,2	12,5	5,1	3,2	25,0	
A(H3N2)	6,0	3,8	8,3	7,7	5,1	-	
Coronavirus	2,9	1,9	4,2	0,5	0,6	-	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025.
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral. *Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 17 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

El análisis del comportamiento se realiza comparando los casos confirmados de COVID-19. Se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) y sin cambio (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

Entre el 20 y el 26 de abril de 2025 se confirmaron 155 casos en el territorio nacional; de estos el 67,1 % (104 casos) corresponde a la semana epidemiológica 17. El 65,8 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Boyacá, Antioquia y Cundinamarca (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 17 de 2025

Entidad Territorial	SE 13	SE 14	SE 15	SE 16	SE 17	Total
Colombia	2	9	7	33	104	155
Bogotá D.C.	1	4	2	10	45	62
Boyacá	0	0	0	3	12	15
Antioquia	0	1	1	2	9	13
Cundinamarca	0	2	2	2	6	12
Cauca	1	0	1	0	4	6
Santander	0	0	0	2	4	6
Quindío	0	1	0	3	1	5
Sucre	0	1	0	1	2	4
Córdoba	0	0	1	1	2	4
Huila	0	0	0	2	2	4
Nariño	0	0	0	1	2	3
Santiago de Cali D.E	0	0	0	2	1	3
Tolima	0	0	0	0	3	3
Meta	0	0	0	0	2	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	2	2
Putumayo	0	0	0	0	2	2
Amazonas	0	0	0	0	1	1
Bolívar	0	0	0	1	0	1
Arauca	0	0	0	0	1	1
Caldas	0	0	0	1	0	1
Vaupés	0	0	0	0	1	1
Cesar	0	0	0	1	0	1
Casanare	0	0	0	1	0	1
Atlántico	0	0	0	0	1	1
Valle del Cauca	0	0	0	0	1	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

En Colombia, con corte al 26 de abril de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 3 305 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (14 a 17 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 47,2 %, con 714 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semana epidemiológica 10 a 13 de 2025), en el cual se reportaron 1 353 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado una disminución del 47,2 %, pasando de 744 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 393 casos en el periodo analizado (figura 15).

Figura 15. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 17 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En el periodo epidemiológico actual, semanas epidemiológicas 14-17, se registró una incidencia de 1,34 casos por cada 100 000 habitantes, con la afectación en 31 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 146 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Campo de la Cruz (Atlántico) y Leticia (Amazonas).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 46 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el período observado, las muertes se registraron en Cundinamarca (tres casos), Bogotá (un caso), Cauca (un caso), Santander (un caso) y un caso procedente del exterior. El 82,6 % (38 casos) correspondió a

personas mayores de 60 años.

Tabla 17. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 17 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	46	20	7	Disminución
Cundinamarca	4	0	3	Aumento
Bogotá D.C.	11	7	1	Disminución
Cauca	5	1	1	Sin cambios
Santander	5	3	1	Disminución
Exterior	1	0	1	Aumento
Antioquia	4	2	0	Sin cambios
La Guajira	2	1	0	Sin cambios
Meta	2	1	0	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	1	0	Sin cambios
Sucre	1	1	0	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	2	0	Sin cambios
Santiago de Cali D.E.	3	1	0	Sin cambios
Arauca	1	0	0	Sin cambios

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 PE: periodo epidemiológico

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu7la>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 17 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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 (2018-2023 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 (2018-2023 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 (2018-2023 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 (2018-2023 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 17 de 2025 se notificaron 4 428 casos de dengue: 3 318 casos de esta semana y 1 110 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 62 149 casos, 38 795 (62,4 %) sin signos de alarma, 22 740 (36,6 %) con signos de alarma y 614 (1,0 %) de dengue grave.

El 56,9 % (35 393) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Meta, Córdoba, Cartagena de Indias D.T., Antioquia, Tolima, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 1); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 13 a 16, 2025) el 49,0 % (6 653) de los casos se concentran en Meta, Santander, Antioquia, Córdoba, Tolima y Norte de Santander.

Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

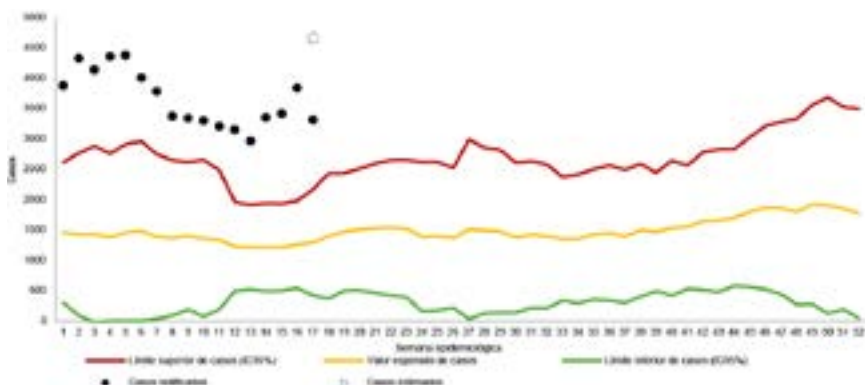
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 09-12 de 2025)	Observado (SE 13-16 de 2025)
Santander	4 625	32,2	0,7	1 056	1 200
Cartagena de Indias D.T.	4 274	23,4	1,2	666	270
Meta	4 493	40,4	1,1	1 102	1 306
Antioquia	4 190	34,1	0,9	817	1 080
Córdoba	4 286	37,1	0,3	723	1 041
Tolima	3 822	33,7	1,3	837	1 019
Norte de Santander	3 704	40,7	1,4	989	1 007
Valle del Cauca	3 066	25,8	0,5	789	575
Cundinamarca	2 933	38,5	0,6	537	537
Putumayo	2 572	26,9	0,4	580	762
Huila	2 512	34,2	2,3	582	597
Barranquilla D.E.	2 086	37,2	1,2	214	125
Santiago de Cali D.E.	2 094	36,0	0,7	468	322
Atlántico	2 012	49,6	1,4	296	139
Sucre	1 803	61,0	0,8	346	291
Caquetá	1 720	37,6	1,5	349	570
La Guajira	1 575	61,5	1,5	299	203
Bolívar	1 654	41,3	1,0	353	304
Arauca	1 127	35,6	1,3	312	265
Cesar	1 024	57,3	2,1	219	159
Cauca	823	36,8	1,0	195	125
Guaviare	713	17,1	0,3	121	406
Risaralda	754	38,5	0,9	152	139
Quindío	626	26,8	0,3	114	107
Casanare	613	30,7	0,2	148	248
Nariño	544	29,6	1,1	157	140
Boyacá	432	41,7	0,5	104	101
Magdalena	398	58,5	1,3	94	110
Chocó	347	19,3	1,2	72	72
Caldas	271	46,5	0,4	60	65
Vichada	265	39,2	0,4	58	84
Santa Marta D.T.	215	56,7	0,9	47	41
Amazonas	153	28,8	0,0	45	38
Exterior	122	42,6	4,1	23	28
Vaupés	128	10,2	0,8	38	69
Buenaventura D.E.	100	38,0	3,0	29	20
Archipiélago de San Andrés y Providencia	48	47,9	0,0	5	10
Guainía	25	40,0	0,0	5	4
Colombia	62 149	36,6	1,0	13 001	13 579

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 SE: semana epidemiológica

Nº013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 17 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 31,0 % (263) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 68,4 % (39/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 17 de 2025

Situación epidemiológica a SE 17, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Meta, Putumayo	Boyacá, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Vaupés, Vichada	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T., Sucre, Tolima, Archipiélago San Andrés y Providencia
Alerta	Caldas	Buenaventura D.E., Casanare, Santiago de Cali D.E., Huila, Valle del Cauca	Cesar
Dentro de lo esperado	-	Amazonas, Guainía	-

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

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 17 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 09-12, 2025)	Esperado (SE 13-16, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	28,9	755	26	178
	Apartadó	178,4	235	16	60
	Bello	13,2	73	3	18
	Envigado	34,7	84	1	7
	Itagüí	11,6	32	2	10
	Turbo D.E.	111,0	149	16	44
Atlántico	Barranquilla D.E.	159,0	2 086	67	125
	Malambo	157,9	227	13	26
	Soledad	182,0	1 245	21	69
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	405,1	4 274	68	270
	Magangué	172,6	248	5	49
	Turbaco	207,2	241	10	28
Caquetá	Florencia	310,7	549	56	106
Cauca	Popayán	25,8	70	1	10
Cesar	Santander de Quilichao	126,3	145	6	16
Córdoba	Aguachica	252,2	310	34	55
	Montería	443,1	2 273	48	745
	Cereté	113,6	125	3	22
Cundinamarca	Sahagún	165,4	185	5	28
	Fusagasugá	280,0	463	6	77
	Girardot	726,2	855	55	136
Huila	Pitalito	415,3	543	40	114
La Guajira	Riohacha D.E.	226,3	474	42	74
Magdalena	Maicao	216,1	415	11	47
Meta	Ciénaga	51,8	66	9	33
	Villavicencio	362,0	1 846	242	561
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	97,9	252	33	62
Norte de Santander	Cúcuta	293,4	2240	135	625
	Villa del Rosario	439,6	484	20	110
Quindío	Armenia	98,5	308	5	51
Risaralda	Pereira	79,1	384	10	75
Santander	Dosquebradas	94,7	206	2	33
	Bucaramanga	223,8	1 385	69	403
	Barrancabermeja D.E.	135,1	290	19	57
	Floridablanca	254,0	797	35	200
	Girón	239,2	419	21	94
	Piedecuesta	139,5	260	27	57
Tolima	Ibagué	246,0	1 338	98	410
Valle del Cauca	Jamundí	433,0	733	17	125

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

A semana epidemiológica 17 de 2025 se han notificado 150 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 35 casos, se descartó 47 casos y se encuentran en estudio 68 casos; de las muertes confirmadas, dos casos proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, un caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 94 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 17, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 17 2025	Letalidad por dengue a SE 17, 2024
	Confirmados	En estudio		
Vichada	1	0	0,38	0,00
Risaralda	2	2	0,27	0,05
Bolívar	2	1	0,12	0,19
Sucre	2	3	0,11	0,00
Atlántico	2	0	0,10	0,10
Barranquilla D.E.	2	0	0,10	0,00
Santiago de Cali D.E.	2	0	0,10	0,04
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,09	0,00
Arauca	1	0	0,09	0,00
Huila	2	0	0,08	0,02
Córdoba	3	1	0,07	0,00
Meta	3	2	0,07	0,12
Antioquia	2	9	0,05	0,18
Santander	2	2	0,04	0,12
Putumayo	1	2	0,04	0,31
Norte de Santander	1	2	0,03	0,13
Tolima	1	11	0,03	0,08
La Guajira	0	7	0,00	0,00
Cauca	0	5	0,00	0,03
Caquetá	0	4	0,00	0,00
Cundinamarca	0	3	0,00	0,06
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,05
Buenaventura D.E.	0	2	0,00	0,62
Guaviare	0	2	0,00	1,74
Amazonas	0	1	0,00	0,00
Boyacá	0	1	0,00	0,23
Caldas	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,30
Chocó	0	1	0,00	0,11
Quindío	0	1	0,00	0,10
Exterior	2	1	1,64	0,00
Colombia	33	67	0,05	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 % SE: semana epidemiológica

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025.

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 17 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	2 años	> 2 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	1-2 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (fuente INS por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altura menor o igual a 1 600 msnm, sin vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	sin focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	sin focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	0	sin focos activos y resistentes
5	SI	SI	SI	SI	SI	+	sin focos activos y resistentes

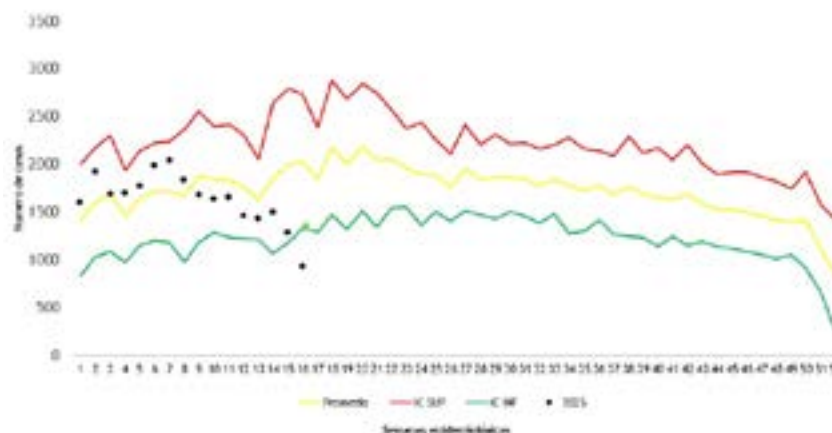
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros reflejan un menor riesgo.

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 16, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 17 de 2025 se notificaron 1 798 casos de malaria, para un acumulado de 27 117 casos, de los cuales 26 664 son de malaria no complicada y 453 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,9 % (18 131), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,0 % (8 688) e infección mixta con 1,1 % (298). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,5 %), Antioquia (15,3 %), Nariño (13,7 %), Córdoba (9,0 %), Vaupés (6,9 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,7 %), Guainía (2,7 %), Amazonas (2,6 %), Bolívar (2,4 %), Buenaventura D.E. (2,2 %), Vichada (2,2 %) y Boyacá (1,8 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 74,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 10 a 13	Casos 2025 SE 14 a 17	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	1 671	381	317	68,78
Córdoba	Tierralta	1 411	237	63	14,14
Chocó	Quibdó	1 305	272	85	9,02
Risaralda	Pueblo Rico	942	225	102	56,11
Antioquia	El Bagre	845	173	160	15,01
Nariño	Roberto Payán	837	222	183	62,80
Nariño	Magüí	671	185	92	2,51
Guainía	Inírida	667	155	131	17,59
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	591	157	104	1,82
Nariño	El Charco	581	182	140	24,99
Chocó	Bajo Baudó	556	118	49	9,49
Chocó	Lloró	552	140	76	52,02
Chocó	Tadó	548	132	84	27,19
Vichada	Cumaribo	533	124	93	6,13
Córdoba	Puerto Libertador	508	138	50	11,19
Chocó	El Cantón del San Pablo	500	142	134	72,40
Boyacá	Cubará	478	130	125	56,11
Cauca	Timbiquí	469	109	60	16,68
Nariño	Barbacoas	464	78	43	7,92
Antioquia	Nechí	451	120	111	16,16
Chocó	Medio San Juan	427	78	28	36,30
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	423	67	70	1,58
Amazonas	Tarapacá (CD)	421	57	46	96,23
Cauca	Guapi	385	54	49	13,03
Nariño	Olaya Herrera	378	96	126	14,28
Chocó	Bagadó	373	119	56	31,50
Chocó	Carmen del Darién	371	68	41	16,75
Chocó	Istmina	365	77	69	10,79
Bolívar	Montecristo	363	55	83	19,76
Chocó	Alto Baudó	362	58	50	11,58
Antioquia	Chigorodó	334	84	77	5,37
Antioquia	Turbo	300	114	63	2,23
Antioquia	Mutató	281	47	72	18,69
Chocó	Río Quito	268	66	30	29,26
Antioquia	Zaragoza	235	76	53	3,72

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 73,4 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 49,6 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia incremento en los municipios de Montecristo y El Bagre y decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Inírida, Puerto Libertador, Cubará, El Cantón de San Pablo, Lloró, Carmen del Darién y Tarapacá (tabla 23). Mientras que, 15 municipios aportan el 62,3 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia incremento en el municipio de Guapi y en decremento en los municipios de Roberto Payán, Quibdó, El Charco, Magüí, Timbiquí, Barbacoas, Buenaventura D.E., Tadó, Bajo Baudó, Tierralta, Lloró, Medio San Juan, San Andrés de Tumaco D.E. y El Cantón del San Pablo como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 10 a 13 de 2025	Casos SE 14 a 17 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	359	309	-14%	9,0%
Córdoba	Tierralta	181	52	-71%	6,5%
Risaralda	Pueblo Rico	185	87	-53%	4,5%
Chocó	Quibdó	141	46	-67%	3,8%
Guainía	Inírida	150	129	-14%	3,7%
Antioquia	El Bagre	119	131	10%	3,7%
Boyacá	Cubará	130	125	-4%	2,7%
Córdoba	Puerto Libertador	124	47	-62%	2,6%
Vichada	Cumaribo	85	82	-4%	2,2%
Amazonas	Tarapacá (CD)	50	39	-22%	2,0%
Chocó	Carmen del Darién	64	39	-39%	1,9%
Bolívar	Montecristo	51	76	49%	1,8%
Antioquia	Chigorodó	76	68	-11%	1,7%
Chocó	El Cantón del San Pablo	94	104	11%	1,7%
Chocó	Lloró	87	47	-46%	1,6%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 10 a 13 de 2025	Casos SE 14 a 17 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	Roberto Payán	144	111	-23%	6,9%
Chocó	Quibdó	125	36	-71%	6,9%
Nariño	El Charco	170	122	-28%	6,2%
Nariño	Magüi	134	70	-48%	5,6%
Cauca	Timbiquí	109	60	-45%	5,4%
Nariño	Barbacoas	57	31	-46%	4,2%
Cauca	Guapi	44	47	7%	4,2%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	97	67	-31%	4,1%
Chocó	Tadó	80	41	-49%	3,4%
Chocó	Bajo Baudó	68	26	-62%	3,3%
Córdoba	Tierralta	55	11	-80%	2,8%
Chocó	Lloró	42	21	-50%	2,4%
Chocó	Medio San Juan	36	12	-67%	2,4%
Nariño	San Andrés de Tumaco	28	23	-18%	2,3%
Chocó	El Cantón del San Pablo	48	30	-38%	2,3%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 17 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; ocho departamentos y diecinueve municipios se encuentran en situación de brote (tabla 25) y seis departamentos y catorce municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 26).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 17 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 17 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 14 A 17	Observado SE 14 A 17 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 705	315	321
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	502	52	134
Boyacá	Cubará	4	483	22	126
Antioquia	Nechí	5	451	29	111
Arauca	Saravena	4	219	1	39
Antioquia	Tarazá	4	200	18	70
Caquetá	Florencia	4	170	2	32
Amazonas	Leticia	4	150	34	71
Antioquia	Caucasia	4	139	16	36
Chocó	Riosucio	1	91	15	21
Meta	Puerto Gaitán	4	82	15	41
Chocó	Sipí	4	72	9	30
Meta	Puerto López	4	60	2	9
Risaralda	La Virginia	4	38	2	8
Chocó	Unguía	4	29	2	8
Meta	Villavicencio	4	25	1	6
Arauca	Tame	4	10	1	5
Caquetá	El Paujil	4	9	0	5
Valle del Cauca	Pradera	4	36	0	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 17 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 17 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 14 A 17	Observado SE 14 A 17 de 2025
Nariño	El Charco	5	583	89	141
Antioquia	Turbo	5	307	63	66
Antioquia	Mutatá	5	286	62	73
Antioquia	Segovia	5	192	40	50
Cauca	López Micay	4	106	12	15
Amazonas	Puerto Nariño	5	83	13	16
Córdoba	Tuchín	4	38	4	6
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	28	1	3
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	9	1	2
Guainía	San Felipe	4	8	2	2
Bolívar	Morales	4	7	2	3
Sucre	Sincelejo	4	6	1	4
Vaupés	Carurú	4	4	1	3
Meta	San Martín	4	3	0	2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2025 Colombia. SE: semana epidemiológica

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2024. 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 2020 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC) donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

¹ Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/investigaciones/PROQ_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 17 de 2025, se han notificado 7 617 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 7 537 corresponden a residentes en Colombia y 79 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (18 de 2024 a 17 de 2025) es de 0,64 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 181 municipios a nivel nacional (16,1%) y de disminución en 13 municipios (1,2 %) (tabla 27).

El 79,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 20,1 % como desnutrición aguda severa; el 6,4 % 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 (27,3 %) y de 1 año (29,1 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,9 %.

Para la semana epidemiológica 17 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Antioquia, Caquetá, Cesar, Magdalena, Quindío, Santa Marta D.T., Sucre y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 14 municipios (tabla 28).

Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de cinco años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Tabla 27. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 17, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 17 de 2024	Casos a SE 17 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	8 582	7 538	0,64	16,1	1,2
La Guajira	859	542	2,30	6,7	0,0
Vichada	122	61	1,84	0,0	25,0
Chocó	423	350	1,73	25,8	0,0
Arauca	149	75	1,04	0,0	14,3
Guaviare	41	37	1,00	0,0	0,0
Magdalena	223	259	0,90	31,0	0,0
Amazonas	19	26	0,82	9,1	0,0
Risaralda	149	168	0,82	21,4	0,0
Cesar	301	330	0,78	16,0	0,0
Vaupés	20	12	0,77	33,3	16,7
Guainía	22	21	0,76	11,1	11,1
Antioquia	911	1 137	0,71	33,6	0,8
Nariño	335	250	0,69	18,8	0,0
Casanare	126	81	0,68	5,3	10,5
Bolívar	210	188	0,63	22,2	0,0
Bogotá D.C	1 240	1 046	0,63	0,0	0,0
Boyacá	180	187	0,62	13,0	0,0
Putumayo	66	71	0,62	7,7	0,0
Cartagena de Indias D.T.	139	164	0,61	0,0	0,0
Buenaventura D.E.	88	69	0,61	0,0	0,0
Meta	176	147	0,61	10,3	0,0
Tolima	191	122	0,55	6,4	0,0
Cundinamarca	533	403	0,55	7,8	0,9
Norte Santander	237	242	0,54	17,5	2,5
Huila	211	168	0,54	10,8	0,0
Sucre	86	129	0,47	34,6	0,0
Valle del Cauca	197	225	0,46	30,0	0,0
Santa Marta D.T.	32	64	0,43	100,0	0,0
Caquetá	90	51	0,43	12,5	6,3
Santiago de Cali D.E.	210	218	0,42	0,0	0,0
Santander	245	195	0,40	14,9	1,1
Córdoba	247	156	0,37	6,7	3,3
Caldas	111	59	0,37	11,1	0,0
Atlántico	158	81	0,35	0,0	4,5
Barranquilla D.E.	65	82	0,32	0,0	0,0
Cauca	125	95	0,27	4,8	0,0
Quindío	41	25	0,24	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	2	0,20	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 18 de 2024 a SE 17 de 2025

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 y 2025 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2024.

Tabla 28. 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 17 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	239	460
Chocó	Quibdó	28	63
Antioquia	Turbo	16	52
Santander	Barrancabermeja D.E.	22	50
Sucre	Sincelejo	14	27
Valle del Cauca	Jamundí	13	26
Antioquia	Itagüí	14	25
Santander	Girón	16	25
Cesar	Aguachica	11	21
Antioquia	Rionegro	11	20
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	6	13
Bolívar	Turbaco	4	10
Norte de Santander	Villa del Rosario	24	9
Santander	Floridablanca	13	5

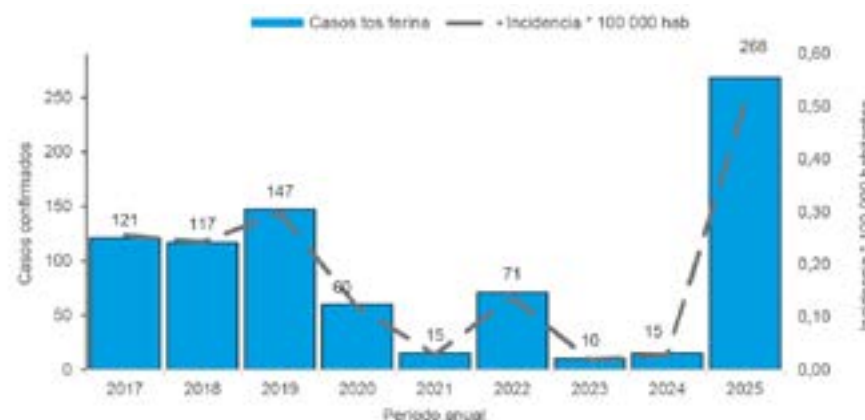
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2025 (Información preliminar)

Tos ferina

Nota: El presente informe descriptivo corresponde exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexa epidemiológico o criterio clínico, con sorte a semana epidemiológica 16.

Hasta el 24 de abril de 2025, a nivel nacional se han reportado en SIVIGILA un total de 1 535 casos de tos ferina. De estos, el 17,5 % (268 casos) han sido confirmados, el 45,7 % (701 casos) fueron descartados y el 36,9 % (566 casos) se encuentran en estudio. La incidencia nacional es de 0,50 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento con respecto a los años 2017 y 2024, cuando la incidencia no superó los 0,30 casos por cada 100 000 habitantes (figura 18).

Figura 18. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana epidemiológica 16, Colombia, 2025



Fuente: sivigila 2019 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia. Semana Epidemiológica 16, Colombia, 2025

La mayor incidencia se concentra en el distrito de Bogotá, con 121 casos confirmados y una incidencia de 1,52 casos por cada 100 000 habitantes, seguida por Huila, con 15 casos y una incidencia de 1,24 casos por cada 100 000 habitantes.

En la tabla 29 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparada con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 29. Incidencia de tos ferina hasta la semana epidemiológica 16p, por departamento de procedencia. Colombia, 2025

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Microgrupos	Casos 2025
Colombia	0,27	0,11	0,02	0,14	0,02	0,02	0,02		268
Bogotá	0,36	0,08	0,01	0,03	0,01	0,00	1,52		121
Huila	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,10	1,24		15
Risaralda	0,52	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,13		11
La Guajira	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84		9
Chocó	0,00	0,18	0,17	0,00	0,00	0,33	0,81		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,78		1
Antioquia	0,27	0,17	0,04	0,07	0,03	0,01	0,78		64
Caldas	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67		6
Cundinamarca	0,23	0,13	0,03	0,00	0,00	0,00	0,58		13
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54		4
Cauca	0,07	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51		5
Cartagena	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50		3
Caqueta	0,25	0,10	0,00	0,00	0,00	0,47	0,23		1
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18		1
Santander	0,00	0,13	0,17	0,00	0,00	0,00	0,17		4
Bolívar	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16		2
Valle del Cauca	0,10	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,15		3
Cali	0,04	0,26	0,00	0,00	0,00	0,04	0,13		3
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		1
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		2
Sucre	0,22	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		1
Boyacá	0,24	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,08		1
Barranquilla	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,07		1
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07		1

Fuente: sivigila 2025p

La incidencia más alta en las últimas cuatro semanas se registró en Vichada, con 0,78 casos por cada 100 000 habitantes (un caso). Se observa una tendencia creciente en los departamentos de Vichada, La Guajira, Bolívar, Caldas, Meta, Boyacá, Córdoba, Valle del Cauca, Santander y en el distrito de Cartagena.

Tabla 30. Tendencia de casos de tos ferina por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas 09 a 16, Colombia, 2025

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior	Casos PE actual	Incidencia PE anterior	Incidencia PE actual	Tendencia de la incidencia
Colombia	268	0,50	119	58	0,22	0,11	
Bogotá, D.C.	122	1,54	78	32	0,98	0,40	
Huila	15	1,24	1	0	0,98	-	
Risaralda	11	1,13	5	4	0,92	0,41	
La Guajira	9	0,84	2	1	0,19	0,55	
Chocó	5	0,81	1	0	0,16	-	
Vichada	1	0,78	0	1	-	0,78	
Antioquia	64	0,78	16	1	0,23	0,01	
Caldas	6	0,67	1	1	0,10	0,10	
Cundinamarca	13	0,58	5	2	0,14	0,25	
Cauca	5	0,51	4	0	0,25	-	
Cartagena	3	0,50	0	3	-	0,26	
Meta	3	0,50	1	1	0,30	0,30	
Caqueta	1	0,23	0	0	-	-	
Quindío	1	0,18	1	0	0,18	-	
Santander	4	0,17	1	1	0,34	0,34	
Bolívar	2	0,16	0	2	-	0,16	
Valle del Cauca	3	0,15	0	1	-	0,35	
Cali	3	0,13	1	0	0,34	-	
Magdalena	1	0,10	0	0	-	-	
Córdoba	2	0,10	0	1	-	0,50	
Sucre	1	0,10	1	0	0,10	-	
Boyacá	1	0,08	0	1	-	0,38	
Barranquilla	1	0,07	0	0	-	-	
Atlántico	1	0,07	0	0	-	-	

Fuente: sivigila 2025p. PE: periodo epidemiológico

Seguimiento de brotes en población indígena a semana epidemiológica 16

Urrao y Betulia (Antioquia): 38 casos confirmados (12 de 2024 y 26 de 2025), cinco fallecimientos (cuatro de 2024 y uno de 2025), cierre el 24-04-2025, estado: abierto

Bagadó y Carmen de Atrato (Chocó): seis casos (un caso Carmen de Atrato y cinco de Bagadó), sin fallecimientos, en seguimiento, estado: abierto.

Manizales (Caldas): dos casos confirmados, sin fallecimientos, en seguimiento, estado: abierto.

Caloto (Cauca): un caso confirmado, sin fallecimientos, estado: cerrado

La Rioja (Bogotá D.C.): seis casos confirmados, sin fallecimientos, en seguimiento, estado: abierto.

La Guajira: nueve casos, Riohacha (3), Maicao (2), Uribia (4), sin fallecimientos, estado: abierto.

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 29 de abril de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, se han notificado 1 114 casos entre 2024 y la fecha actual de 2025. De estos, 881 casos han sido descartados y 150 son considerados probables. Se han confirmado 83 casos y 37 defunciones, lo que representa una letalidad acumulada del 44,5 % (37/83). Durante el año 2024, se registraron 23 casos con 13 fallecimientos. Desde enero de 2025 hasta la fecha, se han confirmado 60 casos, de los cuales 24 resultaron en defunción (cifra preliminar). La distribución geográfica de los casos confirmados abarca diez (10) departamentos:

- Tolima (65 casos): Cunday (15 casos), Villarrica (15 casos), Prado (13 casos), Ataco (11 casos), Purificación (5 casos), Dolores (2 casos), Chaparral (1 caso), Ibagué (1 caso), Palocabildo (1 caso) y Valle de San Juan (1 caso).
- Putumayo (7 casos): Orito (3 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso).
- Caquetá (dos casos): Cartagena del Chaira (un caso) y El Doncello (un caso).
- Nariño: Ipiales (dos casos).
- Vaupés: Mitú (un caso).
- Caldas: Neira (un caso).
- Cauca: Piamonte (un caso).
- Huila: Campoalegre (un caso).
- Guaviare: San José del Guaviare (un caso).
- Meta: Granada (un caso) y La Macarena (un caso).

Las 37 defunciones se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (24), Putumayo (5), Meta (2), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

Entre los 83 casos confirmados, la edad promedio es de 43,6 años (con un rango entre 2 y 89 años), con una distribución por sexo de 17 mujeres y 66 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (15 casos) y las personas entre 60 y 64 años (11 casos).



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 29 abril de 2025

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Prado, Purificación, Villarrica y Valle de San Juan. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 65 casos de fiebre amarilla (64 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico). El último caso fue confirmado el 23 de abril del 2025 en una mujer ama de casa, procedente de la vereda “El Castillo” del municipio de Villarrica. Se han registrado 24 fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 36,9 % (24/65). Se ha confirmado la presencia de 29 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). De estos, 27 corresponden al departamento de Tolima, con la siguiente distribución por municipio: Purificación (1), Cunday (1), Ataco (8), Chaparral (12), Planadas (4) y Villarrica (1). Los dos casos restantes se registraron en el departamento de Huila, en los municipios de Aipe y Palermo. Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Tolima, Sistema de Alerta Temprana – INS

Brote de Varicela en población de interés especial (Población Privada de la Libertad), Santiago de Cali D.E., 21 de abril de 2025

Situación con ocurrencia en una estación de policía la cual fue detectada el 21 de abril de 2025, fecha en la que se inició la investigación epidemiológica de campo.

A la fecha, se han registrado cinco casos de un total de 103 personas expuestas, lo que representa una tasa de ataque del 4,9 %. No se han reportado hospitalizaciones, fallecimientos, ni población con alto riesgo de complicaciones por varicela. El último caso fue detectado el 22 de abril y se mantiene bajo seguimiento durante 42 días.

Las acciones implementadas incluyen el aislamiento de los casos, la sensibilización de los expuestos, el uso de elementos de protección personal y el refuerzo de la importancia de la higiene de manos. Se recomienda la búsqueda activa de casos, la desinfección de áreas comunes y la restricción de traslados de población entre centros hasta el cierre del brote. Se está gestionando el envío de muestras para el diagnóstico diferencial de Mpox. Este reporte es preliminar.

Fuente: Secretaría de Salud Distrital de Santiago de Cali

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 17 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado lb, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Enfermedad por el virus de Sudan en Uganda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 26 de abril de 2025

El 30 de enero de 2025 se declaró un brote por la enfermedad por el virus del Sudán en Uganda. En total, hasta el 8 de marzo de 2025, se notificaron 12 casos confirmados y dos probables, incluidas cuatro muertes (dos confirmadas y dos probables) con una letalidad del 29 %. El rango de edad de los casos confirmados es de 1,5 a 55 años, con una edad media de 27 años. Los hombres representaron el 55 % del total de casos. Los casos se notificaron en siete distritos del país, que comprenden Fort Portal City, Jinja, Kampala, Kyegegwa, Mbale, Ntoroko y Wakiso.

Diez de los casos confirmados recibieron atención en centros de tratamiento especializados, incluidos los dos últimos casos que fueron dados de alta el 15 de marzo de 2025. Hasta el 24 de abril, se identificó y se dio seguimiento a 534 contactos.

El 26 de abril de 2025, el Ministerio de Salud de Uganda declaró el fin del brote, después de dos periodos de incubación consecutivos (42 días) desde que la última persona confirmada dio negativo al virus por segunda vez el 14 de marzo de 2025, según las recomendaciones de la OMS.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Sudan virus disease - Uganda. Fecha de publicación: 26 de abril de 2025.

Fecha de consulta: 28 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON566>

Sarampión en la Región de Las Américas. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 28 de abril de 2025

Entre el 1 de enero y el 18 de abril de 2025, se confirmaron 2318 casos de sarampión, incluidas tres muertes, en la Región de las Américas, un aumento de 11 veces en comparación con los 205 casos notificados en el mismo período de 2024. Los casos se han reportado en: Argentina (21 casos), Belice (2), Brasil (5), Canadá (1069), México (421 casos incluyendo una muerte) y Estados Unidos (800 casos, incluyendo dos muertes). La mayoría de los casos se han presentado en personas entre 1 y 29 años, que no están vacunadas o cuyo estado de vacunación se desconoce.

La evaluación de riesgos para la salud pública en la Región de Las Américas clasificó el riesgo como "Alto", especialmente en países con baja cobertura de vacunación. La OMS brinda recomendaciones a los países para la preparación y respuesta ante este evento.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Sarampión – Región de las Américas. Fecha de publicación: 28 de abril de 2025. Fecha de consulta: 28 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON566>

Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 24 de abril de 2025

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 15, se han notificado 189 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, incluidos 74 fallecidos. Los casos han sido reportados por el Estado Plurinacional de Bolivia (2 casos, incluyendo una muerte), Brasil (102 casos, incluyendo 41 muertes); Colombia (53 casos, incluyendo 21 muertes) y Perú (32 casos, incluyendo 11 muertes). La mayoría de los casos no tenían antecedente de vacunación.

En 2024, los casos en humanos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú; en cambio, en 2025, la mayoría de los casos se han identificado por fuera de la región amazónica, como en el estado de São Paulo (Brasil) y el departamento de Tolima (Colombia).

Se brindan recomendaciones a los países de la región en cuanto a prevención, atención de los casos y vigilancia y control del evento.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 24 de abril de 2025. Fecha de consulta: 26 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-america-24-abril-2025>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 17 de 2025

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 entidades 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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 17

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	1	1	173	26	36	0	0	0	44	25	9	0	0	0	2	1	0	736	80	142
Antioquia	10	16	10	6.977	1.269	1.583	37	3	11	1.427	94	330	331	31	49	29	7	10	4.131	998	921
Arauca	4	2	4	279	57	62	15	0	4	401	21	76	1	0	0	26	4	23	266	3	49
Atlántico	2	2	2	1.501	267	339	28	2	3	997	40	67	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	1.650	231	438	24	1	0	776	35	41	6	2	1	3	1	3	0	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	8.340	1.651	1.926	0	0	0	0	0	0	42	10	8	5	1	0	0	0	0
Bolívar	5	6	5	1.146	210	272	16	3	3	683	68	126	1	0	0	1	0	0	643	104	134
Boyacá	2	1	2	2.432	453	547	2	0	1	180	16	40	2	1	1	0	0	0	483	0	126
Buenaventura D.E.	0	0	0	49	11	6	3	0	1	38	8	7	0	0	0	0	0	0	609	155	107
Caldas	1	1	1	1.402	267	335	1	0	0	126	11	32	4	1	2	15	4	1	11	2	6
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	1.791	391	393	15	5	3	754	238	115	46	21	2	21	4	4	1	0	1
Cauquetá	8	7	8	386	88	96	26	3	8	646	77	170	1	0	0	2	1	0	217	6	41
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	682	128	139	50	2	6	999	25	43	3	0	2	0	0	0	0	0	0
Casanare	6	3	6	605	113	140	1	2	0	188	119	66	4	0	2	0	0	0	4	2	1
Cauca	1	4	1	1.887	419	424	8	1	1	303	33	45	13	1	0	4	1	0	988	353	132
Cesar	3	6	3	1.105	183	272	21	4	1	587	113	86	3	0	0	3	1	0	8	2	3
Chocó	6	5	6	101	11	27	4	1	2	67	13	16	2	0	1	2	0	1	7.408	2.646	1.035
Córdoba	1	5	1	1.771	369	425	12	3	1	1.590	71	243	2	1	0	2	0	1	2.432	842	174
Cundinamarca	3	1	3	5.086	958	1.169	18	2	5	1.129	105	199	6	2	1	4	1	1	0	0	0
Guainía	0	0	0	62	10	11	0	0	0	10	5	0	0	0	0	0	0	0	718	300	141
Guaviare	4	1	4	144	23	34	2	0	2	122	8	67	0	0	0	1	0	0	404	129	61
Huila	2	3	2	2.313	406	556	57	10	10	860	185	182	5	1	2	2	1	0	0	0	0
La Guajira	4	3	4	775	157	203	23	2	1	969	65	122	1	1	0	4	1	0	21	3	1
Magdalena	4	3	4	952	197	217	5	1	1	233	39	53	0	0	0	1	1	0	3	1	1
Meta	8	6	8	1.555	265	322	50	4	16	1.813	239	524	23	2	2	1	0	1	293	54	83
Nariño	3	2	3	2.575	503	602	6	1	1	161	17	33	2	1	0	10	2	3	3.736	1.155	714
Norte de Santander	7	9	7	2.238	385	500	51	3	13	1.506	136	419	13	8	1	0	0	0	203	173	22
Putumayo	1	4	1	639	113	129	10	1	2	692	58	214	0	0	0	1	1	0	25	4	4
Quindío	0	0	0	1.049	199	221	2	0	1	168	7	29	18	1	6	3	1	1	0	2	0
Risaralda	1	1	1	1.478	293	318	7	0	2	290	11	58	4	1	0	0	0	0	1.052	300	125
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	176	25	41	0	0	0	23	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	809	114	189	2	1	0	122	13	24	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Santander	9	5	9	2.772	488	581	32	3	8	1.488	175	419	61	3	9	4	1	1	8	1	3
Sucre	1	3	1	1.063	200	251	14	3	3	1.099	86	177	2	0	0	2	0	1	38	5	6
Tolima	2	3	2	2.473	448	622	51	4	14	1.289	245	295	2	1	1	7	2	1	0	0	0
Valle del Cauca	0	1	0	3.104	562	701	14	4	1	791	256	150	12	2	0	22	7	4	54	4	8
Vaupés	1	3	1	72	10	16	1	0	0	13	3	6	7	0	4	1	0	1	1.883	214	335
Vichada	2	1	2	91	19	26	1	0	1	104	4	29	0	0	0	0	0	0	603	156	97
Total nacional	102	109	102	61.703	11.519	14.169	609	69	126	22.688	2.667	4.519	617	92	94	181	38	57	26.981	7.757	4.474

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 17

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	3	1	1.811	721	475	43	11	20	0	0	0	1.816	388	456	5	6	5	0	0	0
Antioquia	96	29	47	330.151	75.532	73.976	15.943	2.764	4.014	2.025	782	937	124.560	35.329	26.053	204	302	204	2	4	0
Arauca	5	1	2	8.843	2.244	2.427	1.194	116	308	21	3	13	2.822	694	674	10	25	10	0	0	0
Atlántico	6	2	2	49.558	10.063	11.819	993	214	261	680	123	315	23.290	4.359	4.357	40	84	40	2	1	0
Barranquilla D.E.	17	5	8	73.189	15.494	16.308	4.098	293	972	734	238	279	30.179	6.228	6.390	49	104	49	1	1	0
Bogotá D.C.	93	35	51	638.021	156.686	165.693	27.701	7.541	8.383	2.849	1.532	1.523	301.513	63.161	52.366	214	287	214	2	5	0
Bolívar	5	5	2	44.171	11.538	11.044	969	204	228	161	106	60	10.001	2.940	2.023	53	75	53	1	1	0
Boyacá	16	4	6	48.480	13.139	11.956	2.454	501	711	157	63	69	19.611	5.183	3.840	33	49	33	0	1	0
Buenaventura D.E.	2	2	1	2.209	1.183	470	34	0	13	5	2	2	997	499	189	23	29	23	0	0	0
Caldas	8	3	2	32.181	8.269	7.386	1.215	297	342	480	119	212	10.698	3.245	2.521	29	35	29	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	25	16	12	93.653	25.661	19.685	2.561	633	689	262	71	120	39.241	13.403	12.178	79	100	79	0	2	0
Caquetá	5	0	0	9.847	3.601	2.331	578	172	132	11	8	2	4.906	1.846	1.022	16	26	16	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	7	0	0	70.014	16.940	17.157	4.446	289	990	543	188	221	19.857	4.339	3.974	51	89	51	2	1	0
Casanare	3	0	0	7.834	2.378	2.130	130	55	34	6	9	4	3.884	1.221	789	16	27	16	0	0	0
Cauca	12	4	4	43.828	10.486	9.906	1.638	254	423	203	82	112	15.076	5.026	2.801	48	94	48	1	1	0
Cesar	7	4	3	44.750	10.701	11.422	2.159	529	507	159	56	65	9.470	4.546	1.994	62	94	62	2	1	0
Chocó	6	2	1	13.315	1.747	2.907	787	155	203	8	8	2	4.712	1.043	1.138	31	67	31	0	1	0
Córdoba	12	3	6	72.410	12.589	16.557	2.775	426	557	478	209	230	21.983	4.329	4.109	64	136	64	1	2	0
Cundinamarca	25	7	7	138.203	28.985	37.202	4.836	1.104	1.344	568	434	311	59.911	13.701	11.414	118	135	118	6	3	0
Guainía	0	0	0	838	158	300	33	20	12	0	0	0	479	177	155	5	7	5	0	0	0
Guaviare	0	0	0	2.065	628	541	89	42	27	21	6	3	1.077	324	278	6	4	6	0	0	0
Huila	10	4	7	37.604	12.114	9.701	1.990	437	505	205	63	114	17.523	4.156	3.385	37	64	37	2	1	0
La Guajira	1	0	0	75.988	13.906	16.105	790	609	192	109	50	35	12.064	4.248	2.134	69	136	69	0	1	0
Magdalena	1	0	0	39.523	7.718	10.057	1.399	171	256	55	9	20	11.692	3.541	2.656	37	57	37	0	1	0
Meta	9	3	2	26.555	7.264	6.877	1.141	202	284	71	74	31	17.077	4.505	3.646	49	59	49	2	1	0
Nariño	18	6	9	51.781	15.724	12.556	2.825	553	779	61	37	27	18.360	7.248	3.464	69	73	69	2	1	0
Norte de Santander	23	6	10	62.674	14.760	13.979	3.026	871	751	246	138	120	20.254	5.434	3.694	43	80	43	3	1	0
Putumayo	3	1	2	11.307	2.954	3.175	440	166	136	12	6	7	4.098	1.178	883	13	19	13	0	0	0
Quindío	2	1	1	21.619	6.387	4.319	1.156	291	308	148	56	77	9.430	2.889	1.853	11	23	11	0	0	0
Risaralda	9	4	5	44.817	8.504	9.245	1.969	279	463	148	54	75	13.165	4.703	2.602	26	40	26	6	1	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3.013	786	549	310	65	97	1	0	1	1.056	294	200	6	4	6	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	0	0	24.573	2.868	5.739	1.077	162	264	308	135	125	7.105	1.285	1.371	10	32	10	2	0	0
Santander	30	7	14	80.445	14.592	20.244	5.746	948	1.549	780	394	385	32.173	7.807	6.818	52	83	52	0	2	0
Sucre	6	2	3	29.409	7.420	6.846	2.323	419	604	494	211	229	7.477	2.917	1.509	32	68	32	2	1	0
Tolima	11	3	6	52.370	13.716	12.958	3.745	507	883	141	61	65	24.532	5.631	5.288	35	52	35	0	1	0
Valle del Cauca	26	8	12	58.786	12.983	12.723	1.270	277	355	284	72	121	24.139	6.863	5.380	40	72	40	0	1	0
Vaupés	5	2	4	1.275	235	445	15	11	7	1	4	1	621	95	145	3	5	3	0	0	0
Vichada	1	1	1	1.306	363	372	8	4	2	1	0	1	481	134	155	9	13	9	1	0	0
Total nacional	509	173	231	2.348.416	551.037	567.582	103.806	21.592	27.605	12.436	5.396	5.914	927.330	245.776	183.904	1.697	2.657	1.697	41	37	2

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 17

Decremento
Incremento

	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	23	3	4	11	1	4
Antioquia	244	62	45	11	2	1	566	41	113	718	215	163	332	122	49
Arauca	13	2	1	2	0	0	4	1	1	66	7	13	9	3	4
Atlántico	19	6	2	0	1	0	8	1	5	206	64	58	52	12	11
Barranquilla D.E.	49	7	9	0	1	0	11	2	2	217	51	43	94	33	11
Bogotá D.C.	481	98	116	241	2	16	607	98	284	1.498	402	369	1.185	512	274
Bolívar	22	3	3	1	1	0	6	2	5	173	33	26	19	5	11
Boyacá	69	12	18	7	0	0	11	5	3	241	65	67	151	54	49
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	0	4	1	0
Caldas	27	7	4	0	0	0	18	2	2	165	37	24	24	10	7
Santiago de Cali D.E.	52	22	6	0	1	0	3	4	0	355	105	95	306	114	27
Caquetá	15	3	6	0	0	0	2	3	0	87	17	25	11	5	4
Cartagena de Indias D.T.	24	5	4	0	1	0	9	1	5	159	31	34	12	8	1
Casanare	8	3	1	4	0	0	0	1	0	49	22	10	1	0	0
Cauca	22	7	2	0	1	0	15	3	3	213	31	68	150	54	35
Cesar	20	6	5	0	1	0	1	2	0	103	32	27	9	5	1
Chocó	5	1	1	3	0	0	69	6	0	18	3	1	13	9	0
Córdoba	56	14	10	1	1	0	4	1	1	316	77	69	52	19	21
Cundinamarca	156	28	38	79	1	3	137	23	64	710	171	172	214	88	56
Guainía	2	0	2	0	0	0	0	0	0	33	0	28	0	0	0
Guaviare	4	0	0	2	0	0	0	0	0	33	2	10	1	0	0
Huila	61	14	17	1	1	0	36	7	5	247	44	98	40	13	9
La Guajira	10	3	2	0	1	0	10	5	2	100	46	33	14	8	2
Magdalena	13	2	2	0	1	0	1	1	0	110	20	28	9	1	3
Meta	25	6	3	3	1	0	21	2	8	158	49	45	19	5	6
Nariño	53	11	8	1	1	0	23	14	7	211	78	41	39	13	7
Norte de Santander	70	13	13	1	1	0	7	5	4	279	82	65	27	11	3
Putumayo	13	5	3	1	0	0	7	1	4	52	13	18	50	23	15
Quindío	10	3	3	0	0	0	2	1	1	108	33	24	46	18	12
Risaralda	17	5	3	0	0	0	23	1	12	249	54	89	19	9	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	0	1	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	0	0	0	1	1	0	48	9	9	15	5	2
Santander	34	7	2	0	1	0	16	10	4	181	71	44	80	33	28
Sucre	30	9	7	1	0	0	19	6	3	157	36	42	87	52	19
Tolima	15	6	1	3	1	0	5	5	3	336	56	71	43	20	14
Valle del Cauca	48	10	6	0	1	0	7	2	2	359	91	108	159	86	22
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5	1	0	2	0	2
Vichada	1	0	0	0	0	0	3	0	0	5	5	0	1	1	0
Total nacional	1.695	372	344	364	21	20	1.651	260	543	8.002	2.174	2.021	3.300	1.353	712

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 17

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	19	26	0	0	0	0	19	27	4	4
Antioquia	0	0	0	0	586	1.137	0	0	0	0	1.746	1.674	452	366
Arauca	1	0	0	0	100	75	0	0	0	0	57	70	8	8
Atlántico	0	0	0	0	112	81	0	0	0	1	279	294	0	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	58	82	0	0	0	0	288	300	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.148	1.046	1	0	0	2	1.561	1.662	0	0
Bolívar	0	0	0	0	133	188	0	0	0	0	183	164	151	148
Boyacá	1	0	0	1	166	187	0	0	0	0	322	342	49	87
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	43	69	0	0	0	0	33	24	5	4
Caldas	0	0	0	0	58	59	0	0	0	2	397	319	72	71
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	161	218	0	0	0	3	547	611	0	0
Caquetá	0	0	0	0	76	51	0	0	0	0	85	73	94	69
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	74	164	0	0	0	0	185	179	1	1
Casanare	5	0	0	0	120	81	0	0	0	0	91	112	2	0
Cauca	0	0	0	0	96	95	0	0	0	0	283	239	20	30
Cesar	3	0	0	0	219	330	0	0	0	0	208	195	34	110
Chocó	0	0	0	0	247	350	0	0	0	0	38	49	94	74
Córdoba	0	0	0	0	205	156	0	0	0	1	325	346	60	53
Cundinamarca	0	0	0	0	431	403	0	0	0	0	677	780	65	44
Guainía	0	0	0	0	23	21	0	0	0	0	9	9	4	6
Guaviare	0	0	0	0	45	37	0	0	0	0	20	22	133	40
Huila	0	0	0	0	154	168	0	0	0	0	276	225	3	1
La Guajira	0	0	0	0	543	542	0	0	0	0	83	115	11	5
Magdalena	0	0	0	0	181	259	0	0	0	1	112	125	3	0
Meta	0	0	0	0	142	147	0	0	1	0	232	213	80	32
Nariño	0	0	0	0	235	250	0	0	0	0	449	514	94	68
Norte de Santander	0	0	0	0	229	242	1	0	0	0	323	395	85	51
Putumayo	0	0	0	0	70	71	0	0	1	0	106	102	91	70
Quindío	0	0	0	0	35	25	0	0	0	0	178	156	0	0
Risaralda	0	0	0	0	129	168	0	0	0	0	386	400	36	54
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	7	7	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	27	64	0	0	0	0	92	105	4	4
Santander	1	1	1	0	153	195	0	0	0	0	490	517	248	239
Sucre	0	0	0	0	72	129	0	1	0	0	160	166	41	26
Tolima	0	0	0	1	124	122	0	0	1	2	395	334	110	57
Valle del Cauca	0	0	0	0	134	225	0	0	0	0	426	422	5	2
Vaupés	0	0	0	0	30	12	0	0	0	0	19	25	18	2
Vichada	0	0	0	0	88	61	0	0	0	0	8	6	14	6
Total nacional	11	1	1	2	6.473	7.538	3	1	4	12	11.096	11.318	2.091	1.734

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 17

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Antioquia	9	4	8	4	3	0	12	18	4	1	45	72	52	42
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	5	16	10
Atlántico	1	2	3	1	1	0	1	1	2	0	10	4	16	6
Barranquilla D.E.	0	1	2	2	0	1	1	3	1	0	9	12	30	6
Bogotá D.C.	1	1	9	4	0	2	12	6	0	1	52	166	47	23
Bolívar	2	1	4	1	1	0	4	1	3	2	8	1	14	7
Boyacá	0	0	1	1	0	1	1	2	0	0	9	3	8	7
Buenaventura D.E.	2	1	1	0	0	0	1	2	1	1	2	1	8	8
Caldas	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	7	1	6	9
Santiago de Cali D.E.	2	1	2	2	0	2	3	5	0	0	15	26	13	4
Caqueté	3	4	1	1	0	0	2	2	1	1	3	0	3	6
Cartagena de Indias D.T.	1	1	2	0	0	0	3	1	1	1	7	7	29	19
Casanare	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	5	12	15
Cauca	1	1	3	0	1	2	3	2	0	3	10	7	8	6
Cesar	1	0	4	4	2	2	3	3	5	4	9	6	13	5
Chocó	1	3	5	3	8	6	10	15	16	9	4	4	20	14
Córdoba	1	2	4	2	1	1	4	1	2	4	13	11	12	6
Cundinamarca	2	4	4	2	0	1	3	7	1	0	24	17	25	17
Guainía	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	3	2
Guaviare	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0
Huila	0	2	3	1	0	0	2	0	1	1	8	6	4	4
La Guajira	0	0	7	5	7	7	12	9	20	11	7	0	23	11
Magdalena	0	0	3	0	0	1	4	3	6	4	6	0	11	8
Meta	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	8	3	18	14
Nariño	0	0	4	1	0	0	4	6	1	0	11	2	5	3
Norte de Santander	2	0	3	1	0	0	2	1	3	0	11	11	29	20
Putumayo	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	3	2	3	2
Quindío	2	2	1	1	0	0	2	0	0	0	4	4	4	0
Risaralda	3	4	2	2	3	3	3	5	4	1	6	1	10	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Santa Marta D.T.	0	2	3	0	0	0	1	0	0	0	4	4	7	3
Santander	1	1	1	2	1	0	3	2	0	1	16	6	20	21
Sucre	1	0	2	1	0	0	2	2	0	0	7	14	9	7
Tolima	7	22	3	1	1	1	5	3	0	0	9	4	13	10
Valle del Cauca	2	3	2	1	1	0	4	4	2	1	13	21	9	17
Vaupés	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	1	2	4	1	0	1	4
Total nacional	46	67	92	48	45	36	112	111	89	53	350	426	487	350

Nota: para el evento de leptospirosis, en entidades territoriales con menos de 30 casos, se utiliza la distribución de Poisson (solo semana), mientras que en aquellas con 30 o más casos se aplica la metodología MMWR (con período móvil), comparando el comportamiento observado con el histórico de 2019 a 2024 para la semana analizada (excluyendo 2020)

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 17

Decremento
Incremento

	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	5	9	0	0	22	24	1	0	166	223
Antioquia	389	430	0	0	1.172	1.587	36	51	6.976	5.390
Arauca	58	69	0	0	49	48	1	0	365	421
Atlántico	111	130	0	0	134	192	5	5	777	861
Barranquilla D.E.	140	115	0	0	247	286	6	9	771	843
Bogotá D.C.	304	297	0	0	517	502	14	7	8.846	10.023
Bolívar	88	112	0	0	53	77	1	0	730	777
Boyacá	32	29	0	0	52	70	1	0	1.227	1.443
Buenaventura D.E.	47	36	0	0	58	74	2	2	125	104
Caldas	43	65	0	0	106	91	2	0	916	952
Santiago de Cali D.E.	155	185	0	1	499	508	18	15	2.525	2.213
Caquetá	28	41	0	0	72	100	2	0	349	316
Cartagena de Indias D.T.	93	151	0	1	126	160	1	4	426	487
Casanare	41	52	0	1	51	67	0	3	258	288
Cauca	65	55	0	0	81	94	1	0	1.022	1.024
Cesar	120	102	0	0	114	157	1	2	664	704
Chocó	83	90	0	0	59	92	1	1	131	150
Córdoba	104	84	1	0	76	102	2	4	1.182	1.000
Cundinamarca	117	165	0	0	174	199	5	2	3.945	4.701
Guainía	5	4	0	0	7	5	0	0	57	43
Guaviare	8	5	0	0	16	16	0	0	104	101
Huila	53	45	0	0	114	162	3	4	2.016	2.000
La Guajira	120	126	0	0	151	215	3	1	412	464
Magdalena	79	79	0	0	47	63	1	1	452	515
Meta	85	113	0	0	210	280	6	8	743	758
Nariño	80	76	0	1	65	60	1	2	1.276	1.617
Norte de Santander	158	186	0	0	213	270	5	4	1.209	1.266
Putumayo	31	39	0	1	30	47	1	1	410	501
Quindío	32	39	0	0	91	97	1	0	844	753
Risaralda	54	75	0	0	203	257	9	3	1.182	1.204
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	5	0	0	1	7	0	0	55	92
Santa Marta D.T.	38	45	0	0	70	111	2	3	219	232
Santander	139	165	0	0	279	478	10	6	1.986	2.083
Sucre	71	67	1	0	31	34	0	0	627	610
Tolima	56	47	0	0	169	269	4	5	913	1.011
Valle del Cauca	95	125	0	0	229	288	7	8	2.139	2.309
Vaupés	1	2	0	0	5	8	0	0	59	123
Vichada	12	16	0	0	12	6	0	0	71	74
Total nacional	3.345	3.476	0	5	5.604	7.103	152	151	46.178	47.676



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 17

20 al 26 de abril de 2025

TEMA CENTRAL Malaria

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director (E) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Jessica Marí Pedraza Calderón, Mónica Marcela Benavides Ruíz. **Situación nacional:** Grupo Sivigila. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica Marí Pedraza Calderón, Marí Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica Marí Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Corrector de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

Bogotá, D.C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; publicación en línea/2025.

47# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.17>