



Fuente: New England Journal of Medicine; Volume 382 • Number 2 • January 9, 2020



Leishmaniasis en Colombia

Durante la última década la incidencia nacional de leishmaniasis cutánea ha descendido 5,8 % anual; así mismo, el número de casos de leishmaniasis visceral ha disminuido 16,9 % cada año. En 2024 y hasta el periodo epidemiológico VI del 2025, la letalidad de leishmaniasis visceral es 0 %. Colombia avanza hacia la eliminación de la leishmaniasis visceral como problema de salud pública.

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.

	Tema central Leishmaniasis en Colombia	3
	Situación nacional	8
	Mortalidad	10
	Eventos trazadores	17
	Brotes y alertas	36
	Tablas de mando por departamento	39

Leishmaniasis en Colombia, Semana Epidemiológica 24 del 2025

Fase inicial: Durante la última década la incidencia nacional de leishmaniasis cutánea ha descendido 5,8 % anual; así mismo, el número de casos de leishmaniasis visceral ha disminuido 16,9 % cada año. En 2024 y hasta el periodo epidemiológico VI del 2025, la letalidad de leishmaniasis visceral es 0 %. Colombia avanza hacia la eliminación de la leishmaniasis visceral como problema de salud pública.

Las leishmaniasis son enfermedades de transmisión vectorial causadas por protozoos del género *Leishmania* spp., introducidos al organismo de humanos y de animales por la picadura de un insecto flebótomo hembra, que pertenece al género *Lutzomyia* sp. (1). Las presentaciones clínicas varían de acuerdo con la especie parasitaria, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la enfermedad; la expresión clínica se relaciona con la presencia de *Leishmania* spp. en órganos y tejidos, pero los factores de virulencia, que definen cuán grave sea la enfermedad, no están plenamente aclarados (2).

Las formas de presentación clínica de la enfermedad son: leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral (3); esta última, es la forma más grave, por ende sin tratamiento es mortal en más del 95 % de los casos (4). En algunas infecciones por *Leishmania* spp. no se desarrollan signos clínicos (infección subclínica); sin embargo, las expresiones de la infección varían, algunas de las personas que desarrollan la enfermedad presentan pocas manifestaciones clínicas, pero otras tienen lesiones de mayor gravedad (1).

En América, la leishmaniasis cutánea es notificada principalmente por Brasil, Perú, Colombia, Bolivia, Venezuela y Nicaragua; leishmaniasis visceral ocurre especialmente en Brasil, Paraguay, Argentina, Venezuela, Colombia, Bolivia, México y Honduras (5). En Colombia, la leishmaniasis es una enfermedad endémica; en la estimación de la población en riesgo se excluyen las entidades territoriales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Bogotá D. C. (6).

TEMA CENTRAL

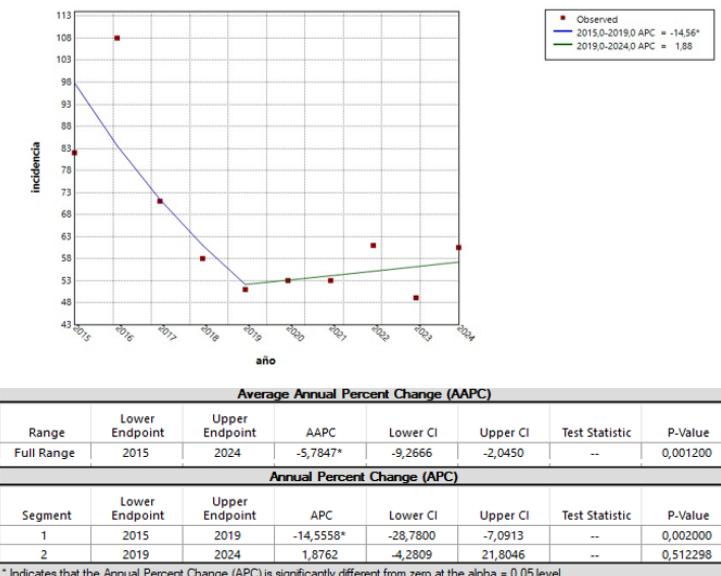
Leishmaniasis

Luis Enrique Mayorga Mogollón, lmayorga@ins.gov.co

Leishmaniasis cutánea

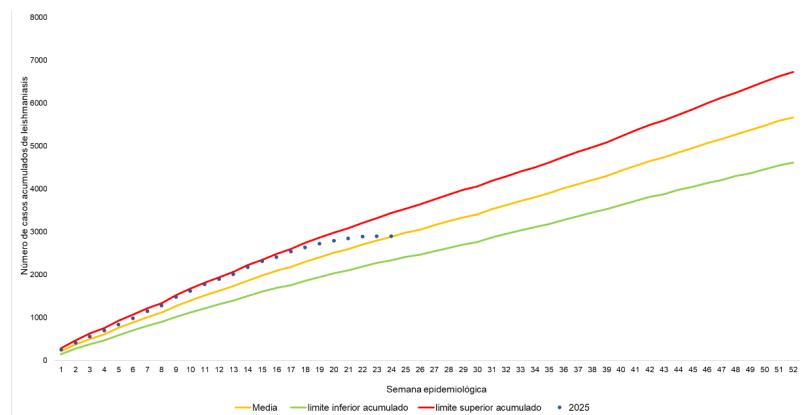
Durante la última década, en Colombia, el porcentaje promedio anual de reducción en la incidencia de leishmaniasis cutánea fue 5,78 % (IC 2,05 9,27 valor p 0,001), aunque en el periodo 2015–2019 es notoria la disminución en la tasa de incidencia y en el de 2019–2024 se aprecia incremento sin significación estadística (IC -4,28 21,80 valor p 0,512) (figura 1). Esto pudiese sugerir una inflexión en la tendencia de leishmaniasis cutánea. Sin embargo, el canal endémico acumulado señala que los casos notificados de leishmaniasis cutánea están entre el límite superior esperado y la media (figura 2).

Figura 1. Regresión Joinpoint incidencia de leishmaniasis cutánea, Colombia, 2015 a 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Figura 2. Canal endémico acumulado de leishmaniasis cutánea, Colombia, a Semana Epidemiológica 24 del 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 (datos preliminares)

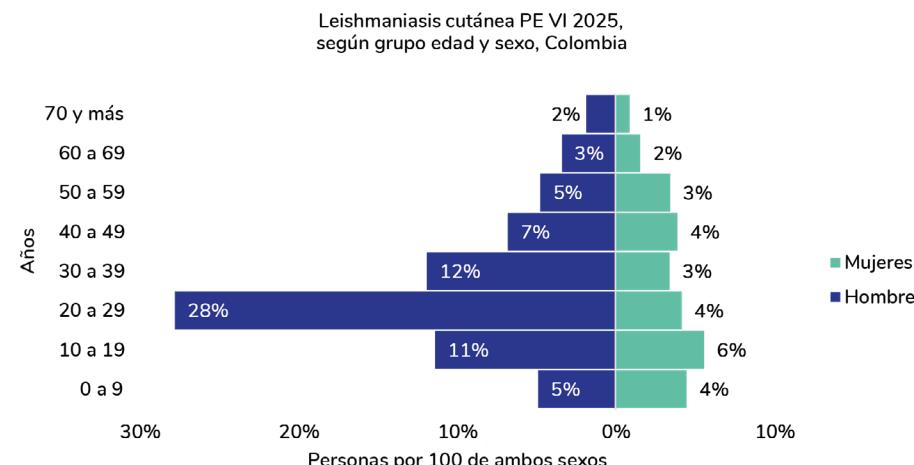
A semana epidemiológica 24 del 2025 se han notificado 2 903 casos de leishmaniasis cutánea. La incidencia nacional de leishmaniasis cutánea, sin incluir seis (6) casos procedentes del exterior, es 29,57 por 100 000 habitantes en riesgo, según la población a riesgo estimada por el Ministerio de Salud y Protección Social (6).

Del total de casos de leishmaniasis cutánea, el 5,0 % corresponde a mineros, el 18,2 % a agricultores y el 20,2 % (587) corresponde a militares. Los casos de militares ocurrieron en hombres de 18 a 44 años (promedio de edad 24,2 años). En el siguiente análisis se describe la distribución de casos por entidad territorial en población general, sin incluir militares. La incidencia de leishmaniasis cutánea en población general es 23,73 casos por 100 000 habitantes en riesgo; 13 departamentos superan esta cifra: Boyacá (157,49), Cesar (97,30), Santander (93,17), Caldas (77,56), Caquetá (45,46), Bolívar (38,59), Antioquia (43,37), Putumayo (41,91), Guaviare (40,08), Risaralda (37,52), Tolima (28,94), Cundinamarca (27,87) y Chocó (26,52).

De manera similar a lo observado en el año anterior, la leishmaniasis cutánea se presenta con mayor frecuencia en hombres (72,5 % de casos), en personas afiliadas al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (63,5 %) y en procedentes de área rural (82,7 %). El promedio de edad es 30,3 años.

El 57,9 % de los casos es del grupo de 20 a 49 años; los menores de 10 años aportan el 9,4 % (271 casos) (figura 3). Pero este porcentaje de leishmaniasis cutánea en menores de 10 años, indicador de transmisión domiciliaria y peridomiciliaria (5), es superior en Risaralda (40,0 %), Atlántico (33,3 %), Caldas (21,0 %), La Guajira (18,2 %), Santander (16,6 %), Boyacá (16,1 %), Cesar (12,3 %), Arauca (11,1 %) y Tolima (10,3 %).

Figura 3. Distribución de casos leishmaniasis cutánea, por grupo de edad y sexo, Colombia, a Semana Epidemiológica 24 del 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 (datos preliminares)

Las lesiones de leishmaniasis cutánea se localizan en extremidades superiores e inferiores (47,1 % y 37,3 % de casos, respectivamente), cara (16,0 %) y tronco (14,5 %). El porcentaje de tratamiento en el país es del 93,1 %; sin embargo, el 55,6 % de los departamentos y distritos que notifican tienen porcentajes inferiores: Barranquilla D. E. (25 %), Vaupés (33,3 %), Cartagena de Indias D. T. (50 %), Huila (71,4 %), Magdalena (71,4 %), Casanare (75 %), Santa Marta D. T. (83,3 %), Cesar (83,7 %), Bogotá D. C. (85,3 %), Nariño (85,3 %), Tolima (88,4 %), Meta (88,6 %), Valle del Cauca (90,0 %), Caldas (90,4 %), Putumayo (92,9 %) y Sucre (92,9 %).

Leishmaniasis mucosa

Hasta la semana epidemiológica 24 del 2025, se han notificado 38 casos de leishmaniasis mucosa. La incidencia nacional es 0,39 casos por 100 000 habitantes en riesgo, según la población a riesgo estimada por el Ministerio de Salud y Protección Social (6). El promedio de edad de las personas con leishmaniasis mucosa es 38,1 años.

De los 29 casos que se presentaron en población general, es decir, sin incluir militares, el mayor porcentaje correspondió a hombres (62,1 %), personas afiliadas al régimen subsidiado (69,0 %) y procedentes del área rural (69,0 %). En 16 departamentos se presentaron casos de leishmaniasis mucosa en población general (figura 4).

Figura 4. Departamentos* con casos de leishmaniasis mucosa, Colombia, a Semana Epidemiológica 24 del 2025



* se excluyen los casos de militares

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 (datos preliminares)

Los signos y síntomas de leishmaniasis mucosa más frecuentes son: ulceración mucosa (55,2 %), rinorrea (20,7 %), obstrucción nasal (17,2 %). Las mucosas con mayores porcentajes de afectación son: nasal (65,5 %), cavidad oral (17,2 %), labios (10,3 %).



Los nueve (9) casos de militares ocurrieron en hombres. Las mucosas afectadas fueron nasal (4 casos), genitales (4 casos) y labios (un caso).

Leishmaniasis visceral

Hasta la Semana Epidemiológica 24 del 2025 se han confirmado dos (2) casos de leishmaniasis visceral, procedentes de Ovejas (Sucre) y Chalán (Sucre), respectivamente. Los casos corresponden a un niño de cinco años y una niña de seis meses. Ambos son afiliados al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud; en la escala de seis estratos, el estrato socioeconómico de la vivienda se registro como 1 o bajo-bajo. Los dos (2) casos se confirmaron mediante inmunofluorescencia indirecta, recibieron tratamiento en Sincelejo y tienen condición final vivo.

Conclusiones

1. Del total de casos notificados el 98,3 % corresponde a leishmaniasis cutánea, el 1,6 % a leishmaniasis mucosa y el 0,1 % a leishmaniasis visceral.
2. Las frecuencias más altas de leishmaniasis cutánea ocurren en hombres de 20 a 49 años, en personas procedentes de área rural y en afiliados al régimen subsidiado del SGSSS.
3. Las lesiones de leishmaniasis cutánea se presentan especialmente en miembros superiores e inferiores.
4. El porcentaje de tratamiento de leishmaniasis cutánea notificado en Colombia es del 93,1 %.
5. En leishmaniasis mucosa se afectan principalmente la mucosa nasal, cavidad oral y labios.
6. Hasta el periodo epidemiológico VI la letalidad por leishmaniasis visceral es 0 %.

Recomendaciones

Se recomienda a las entidades territoriales:

1. Articulación entre áreas de vigilancia en salud pública, entomología y laboratorio, para la vigilancia entomológica, los estudios de foco, la vigilancia por laboratorio y el envío oportuno de muestras, respectivamente.
2. Sensibilizar y capacitar a los prestadores para la identificación de leishmaniasis.
3. Afianzar el desarrollo del proceso de asistencia técnica para optimizar la calidad de la información.
4. Durante el proceso de notificación, verificar el registro adecuado de procedencia.
5. Enviar oportunamente, al Instituto Nacional de Salud, las muestras para la realización de las pruebas confirmatorias de leishmaniasis visceral.
6. Fortalecer la capacidad de análisis que contribuya para la toma de decisiones.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para la vigilancia y el control de las Leishmaniasis en la región de las Américas. 2023. Segunda edición. Fecha de consulta 16 de mayo 2025. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57740/9789275327340_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=
2. Gómez MA, Castro MM y Saravia NG. Inmunopatogénesis de la leishmaniasis. En: Maia-Elkhouri Ana Nilce S., Hernández CA, Ovalle-Bracho C, Soto J, Valadas S, editores. Atlas interactivo de leishmaniasis en las Américas: aspectos clínicos y diagnósticos diferenciales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Fecha de consulta: 17 de mayo 2025. Disponible en: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/atlas-interactivo-de-leishmaniasis-en-las-americas.pdf>



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



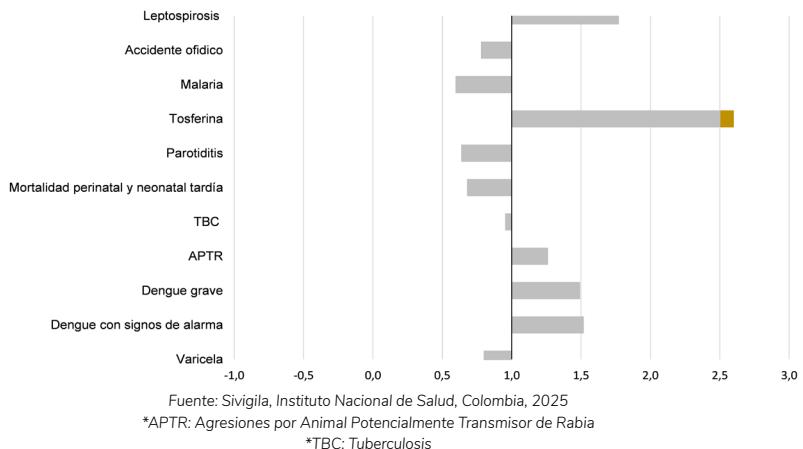
3. Rodríguez G, Arenas C, Ovalle C, Hernández C, Camargo C. Las leishmaniasis atlas y texto. 2016. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, ESE. Fecha de consulta: 16 de mayo 2025. Disponible en: <https://www.dermatologia.gov.co/publicaciones-1/boletines-publicaciones-1/libro-las-leishmaniasis-atlas-texto>
4. Organización Mundial de la Salud. Hojas informativas. Leishmaniasis. Fecha de consulta: 16 de mayo 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
5. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis: informe epidemiológico de las Américas. Número 13. Diciembre 2024. Fecha de consulta: 17 de mayo 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/leishmaniasis-informe-epidemiologico-americas-num-13-diciembre-2024>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Población en riesgo Leishmaniasis (2022-2023). Fecha de consulta: 17 de mayo 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/Sistema-vigilancia-SP.aspx>



7

Para la semana epidemiológica 26 de 2025, se identifica que el evento de Tosferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 26 del 2025.



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 conformada por 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 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 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 26 del 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	95 714	80 176	1,17	0,24

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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia 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 determinó 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.

En la Semana Epidemiológica 26 del 2025, los eventos de leishmaniasis cutánea y chicungunya se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	11	70	0,00
Chicungunya	0	3	0,05
Mortalidad por dengue	4	4	0,19
Zika	4	4	0,19
Lepra	3	5	0,16
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,32
Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	2	0,13

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 Unidades Primarias Generadoras de Datos en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.
- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 26 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 un incremento del 0,18% con relación a la Semana Epidemiológica anterior, y permaneciendo igual con respecto a la semana 26 del 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 % (4 798 / 4 798); incrementando un 0,06 % con respecto a la semana anterior y de 0,25 % comparado con la Semana Epidemiológica 26 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

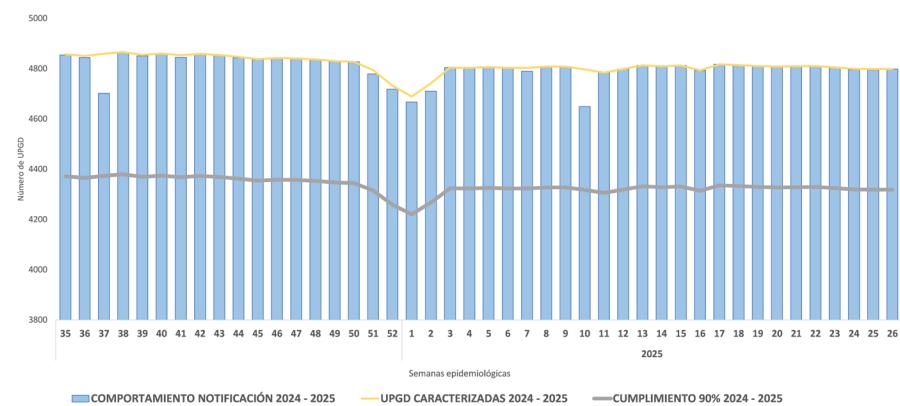


Salud



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 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, Semana Epidemiológica 26 del 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y 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://url.ins.gov.co/9130q>

A Semana Epidemiológica (SE) 26 del 2025, se han notificado 366 muertes probables en menores de cinco años: 212 por infección respiratoria aguda (IRA), 98 por desnutrición (DNT) aguda y 56 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, cinco 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 26 de 2025 se han notificado 358 fallecimientos (207 por IRA, 96 por DNT aguda y 55 por EDA); de estos, 151 casos han sido confirmados, 52 han sido descartados y 155 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. 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 26 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 26 2025			Casos en estudio a SE 26 2025			Tasa a SE 26 2024			Tasa a SE 26 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	53	70	28	32	101	22	3,46	4,81	2,53	1,48	1,96	0,78
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	21,10	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	2	7	1	3	20	0	3,54	3,07	1,18	0,48	1,68	0,24
Arauca	0	1	0	0	0	0	3,65	7,30	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	2	0	0	1	2	0	4,38	3,50	0,88	1,79	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	1	1	0	1	0	1,14	2,28	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D. C.	0	4	0	1	3	2	0,00	2,81	0,22	0,00	0,88	0,00
Bolívar	1	2	0	1	2	0	0,98	7,88	1,97	1,01	2,02	0,00
Boyacá	0	2	2	1	1	0	0,00	4,71	0,00	0,00	2,40	2,40
Buenaventura D. E.	1	0	0	0	2	2	2,89	5,77	8,66	2,96	0,00	0,00
Caldas	0	0	1	0	1	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D. E.	0	2	0	0	5	2	0,00	3,53	0,00	0,00	1,46	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	5,39	13,48	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	1	0	0	2	1	1,29	5,17	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	2	1	2	3	1	0,00	4,45	0,89	0,00	1,81	0,90
Cesar	4	2	2	2	1	1	4,15	3,32	3,32	3,38	1,69	1,69
Chocó	10	17	4	2	1	0	40,06	38,32	54,00	17,52	29,78	7,01
Córdoba	4	2	1	1	5	2	4,66	3,99	0,67	2,72	1,36	0,68
Cundinamarca	0	2	0	1	10	2	0,00	2,54	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	0	1	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	0	0	0	3	0	1,01	3,03	0,00	1,03	0,00	0,00
La Guajira	12	2	6	7	7	3	22,82	10,95	16,43	11,08	1,85	5,54
Magdalena	3	1	1	2	5	0	9,62	4,81	1,20	3,66	1,22	1,22
Meta	1	2	1	1	3	0	2,43	4,85	2,43	1,23	2,47	1,23
Nariño	1	7	0	1	4	1	1,69	2,53	0,00	0,86	6,04	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	1	3,12	0,78	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	3,18	6,36	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	1	4	4	2	1	2	12,22	12,22	8,73	1,80	7,18	7,18
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.	2	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	5,15	0,00	0,00
Santander	0	0	0	0	2	0	0,00	3,35	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	2	0	0	3	0	7,87	5,24	0,00	0,00	2,66	0,00
Tolima	0	2	0	0	1	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	3	0	0	4	0	2,23	2,98	0,74	0,77	2,30	0,00
Vaupés	1	0	2	1	0	1	30,23	15,11	15,11	14,72	0,00	29,44
Vichada	3	0	0	2	3	0	21,61	36,02	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 se han notificado 207 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 53 confirmadas por clínica y 17 por laboratorio, 36 descartadas y 101 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 26 fueron 163, para una tasa de mortalidad de 4,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la Semana Epidemiológica 26 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D. C., Cundinamarca, La Guajira y Nariño, y a nivel municipal, en Bello y 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](#).

12 Los principales agentes etiológicos identificados fueron Rhinovirus, Haemophilus influenzae B, Bordetella pertussis, Enterovirus, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, SARS-CoV2, Staphylococcus aureus, Adenovirus, Influenza B, Metapneumovirus, Escherichia coli, Influenza A, Klebsiella pneumoniae, Parainfluenza tipo 3, Virus Sincitial Respiratorio (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 26, 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
Rhinovirus	9	2	5	1	2	19	6	1	0	0	0	7
Haemophilus influenzae B	4	1	1	0	0	6	5	1	0	0	0	6
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
Enterovirus	5	2	3	1	1	12	5	0	0	0	0	5
Streptococcus pneumoniae	3	3	2	3	1	12	2	2	0	0	0	4
Moraxella catarrhalis	2	0	1	2	0	5	2	1	0	0	0	3
SARS-CoV2	5	2	0	0	0	7	2	0	0	1	0	3
Staphylococcus aureus	6	0	1	1	0	8	2	1	0	0	0	3
Adenovirus	7	3	1	0	0	11	1	0	0	1	0	2
Influenza B	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Metapneumovirus	2	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Influenza A	1	1	0	0	1	3	1	0	0	0	0	1
Klebsiella pneumoniae	2	1	1	0	0	4	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	23	0	1	1	0	25	1	0	0	0	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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 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
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	76	16	19	10	5	126	36	9	0	2	0	47

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta Semana Epidemiológica se han notificado 96 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 53 fueron confirmadas, 11 descartadas y 32 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a Semana Epidemiológica 26 fue de 125, para una tasa de mortalidad de 3,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la Semana Epidemiológica 26 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Chocó, La Guajira y Norte de Santander; y a nivel municipal;



Quibdó, Riohacha 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 por enfermedad diarreica aguda

A esta Semana Epidemiológica 26 se han notificado 55 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, dos confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli y Norovirus), 26 confirmadas por clínica, cinco descartadas y 22 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 26 fue de 87 para una tasa de mortalidad de 2,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la Semana Epidemiológica 26 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Chocó y La Guajira; 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 periodo de tiempo por analizar.

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

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 02]. Available from: <https://www.bmnhss.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/UFOZB779>

En la semana epidemiológica 26 de 2025 se notificaron al Sivigila cinco casos; dentro de los cuales tres muertes maternas tempranas, una muerte materna tardía y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 90 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 85 residen en territorio colombiano y cinco residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).


Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 26, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	134	78	37	249
2023	133	72	39	244
2024	101	68	27	196
2025p	85	55	16	156

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Bogotá D. C., Cesar, La Guajira y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Bogotá D. C., Bolívar, Cauca, Magdalena, Meta, Norte de Santander y Santa Marta D. C.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), La Jagua (Cesar), Barrancominas (Guainía) y Maicao (La Guajira); comparado con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 26 del 2025, el 61,2 % corresponden a causas directas y el 28,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 18,8 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 26	Acumulado de casos a SE 26	
		2024	2025
Colombia	155	101	85
Antioquia	15	8	10
Bogotá D. C.	14	8	9
Cesar	7	9	8
La Guajira	11	8	8
Cundinamarca	8	6	5
Chocó	8	9	4
Córdoba	8	5	4
Nariño	7	5	4
Santiago de Cali D. E.	4	2	3
Casanare	2	1	3
Atlántico	5	2	2
Barranquilla D. E.	3	3	2
Guainía	0	0	2
Huila	4	5	2
Norte de Santander	6	5	2
Risaralda	3	2	2
Santander	5	3	2
Tolima	3	0	2
Valle del Cauca	3	1	2
Bolívar	6	3	1
Boyacá	2	2	1
Caquetá	1	0	1
Cartagena de Indias D. T.	4	0	1
Cauca	5	5	1
Meta	5	2	1
Quindío	1	0	1
Sucre	3	2	1
Vichada	2	1	1
Arauca	1	0	0
Buenaventura D. E.	2	0	0
Caldas	1	1	0
Guaviare	0	0	0
Magdalena	6	1	0
Putumayo	1	1	0
Santa Marta D. T.	5	1	0
Amazonas	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 26	Valor observado SE 26
Colombia	155	85
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
La Jagua (Cesar)	0	1
Barranquinas (Guainía)	0	1
Maicao (La Guajira)	3	0

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 26	Número de casos y proporción a SE 26 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	117	133	100	101	100	85	100
DIRECTA	74	84	63,2	64	63,4	52	61,2
Hemorragia obstétrica	18	16	12,0	20	19,8	16	18,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	25	28	21,1	21	20,8	14	16,5
Sepsis obstétrica	10	14	10,5	5	5,0	7	8,2
Evento tromboembólico como causa básica	8	10	7,5	6	5,9	6	7,1
Embarazo ectópico	6	7	5,3	4	4,0	5	5,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	3,0	4	4,0	3	3,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	0	0,0	3	3,0	1	1,2
Embolia de líquido amniótico	2	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	41	47	35,3	35	34,7	24	28,2
Otras causas indirectas	16	18	13,5	14	13,9	9	10,6
Otras causas indirectas: neumonía	8	10	7,5	5	5,0	6	7,1
Sepsis no obstétrica	7	10	7,5	4	4,0	3	3,5
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	2,4
Otras causas indirectas: cáncer	6	7	5,3	5	5,0	2	2,4
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1	0,8	2	2,0	1	1,2
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	4,0	1	1,2
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	0,8	0	0,0	1	1,2
En estudio	2	1	0,8	2	2,0	8	9,4

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

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 ($n < 30$ 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/busador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

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

A Semana Epidemiológica 26 del 2025 se han notificado 2 738 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 711 corresponden a residentes en Colombia y 27 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia (325), Bogotá D. C. (307), Cundinamarca (179), Santiago de Cali D. E. (123) y La Guajira (122). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a Semana Epidemiológica 26 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Córdoba, Cartagena de Indias D. T., Norte de Santander, Huila, Atlántico, Tolima, Sucre, Chocó, Santa Marta D. T., Caquetá, Putumayo, Quindío,



Arauca y Amazonas. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.), Cesar (Agustín Codazzi), Cundinamarca (Girardot), Casanare (Villanueva), Caldas (Riosucio), Casanare (Aguazul), Chocó (El Litoral del San Juan), Córdoba (Pueblo Nuevo), Magdalena (Sabanas de San Ángel) y Nariño (Túquerres) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,8%, seguido de las neonatales tempranas con 27,6 %, neonatales tardías con 17,3 % y fetales intraparto con 10,3 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,9 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,2 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de Semana Epidemiológica 26 del 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 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 26	Acumulado de casos a SE 26	
		2024	2025
Colombia	4 098	3 070	2 711
Antioquia	459	344	325
Bogotá, D.C.	452	386	307
Cundinamarca	218	198	179
Santiago de Cali D. E.	154	124	123
La Guajira	211	156	122
Córdoba	213	147	116
Cesar	144	89	108
Nariño	112	97	107
Meta	91	67	90
Valle del Cauca	111	88	84
Bolívar	120	70	81
Santander	127	79	75
Barranquilla D. E.	158	86	74
Cartagena de Indias D. T.	134	89	73
Cauca	137	87	72
Magdalena	100	76	67
Norte de Santander	126	90	66
Boyacá	75	64	60
Huila	98	74	59
Atlántico	124	91	56
Tolima	85	63	54
Sucre	103	76	50
Chocó	102	95	48
Caldas	52	38	46
Risaralda	61	46	41
Buenaventura D. E.	44	31	36
Casanare	42	34	33
Santa Marta D. T.	51	29	24
Caquetá	36	23	22
Putumayo	32	29	20
Quindío	34	26	20
Vichada	20	21	16
Arauca	35	20	15
Amazonas	8	6	12
Guainía	10	6	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	6	7	8
Guaviare	7	6	7
Vaupés	8	12	6

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

SE: semana epidemiológica

**Salud**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 26 2020 - 2024	Valor observado a SE 26 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	4 098	2 711	-
Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.)	29	34	2
Cesar (Agustín Codazzi)	9	19	7
Cundinamarca (Girardot)	8	12	6
Casanare (Villanueva)	5	9	3
Caldas (Riosucio)	3	7	15
Casanare (Aguazul)	2	6	22
Chocó (El Litoral del San Juan)	1	5	4
Córdoba (Pueblo Nuevo)	2	5	4
Magdalena (Sabanas de San Ángel)	2	5	3
Nariño (Túquerres)	2	5	2

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 26, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 26, 2023 -2025					
	2023 a SE 26	(%)	2024 a SE 26	(%)	2025 a SE 26	(%)
Colombia	3 727	100,0	3 070	100,0	2 711	100,0
Asfixia y causas relacionadas	917	24,6	800	26,1	702	25,9
Prematuridad-inmadurez	669	18,0	508	16,5	423	15,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	594	15,9	460	15,0	357	13,2
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	408	10,9	357	11,6	251	9,3
Infecciones	331	8,9	263	8,6	222	8,2
Malformación congénita	350	9,4	278	9,1	207	7,6
Sin información	7	0,2	0	0,0	198	7,3
Otras causas de muerte	236	6,3	202	6,6	150	5,5
Causas no específicas	74	2,0	79	2,6	110	4,1
Trastornos cardiovasculares	90	2,4	93	3,0	66	2,4
Lesión de causa externa	35	0,9	14	0,5	13	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	16	0,4	16	0,5	12	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 15 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 y umbral estacional (promedio histórico) 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/busquedas-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

En el último periodo, a nivel nacional, se observa una variación porcentual con tendencia de disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias y de aumento hospitalización en sala general y hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 23 a 26 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 19 a SE 22 2025	SE 23 a SE 26 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	648 642	619 366	-4,51%	↙
Hospitalización en sala general	30 973	32 284	4,23%	↗
Hospitalización en UCI/UCIM	3 377	3 493	3,44%	↗

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 26 del 2025 se notificaron 133.517 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Guainía, La Guajira, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E. y Vichada. Las 29 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (23 a 26 del 2025) en 27 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 23 a 26 del 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	51 606	46 011	7 727	9 053
Cundinamarca	Soacha	41 801	44 136	3 535	7 741
Antioquia	Itagüí	40 256	46 333	3 899	7 055
Cundinamarca	Chía	34 768	30 838	3 665	5 441
La Guajira	Maicao	30 071	31 447	1 929	5 158
Antioquia	Bello	39 209	32 752	3 618	4 762
La Guajira	Uribia	27 428	24 661	1 652	3 810
Antioquia	Rionegro	15 436	20 705	1 538	3 201
Santander	Floridablanca	14 305	14 090	1 961	2 631
Antioquia	Envigado	12 459	14 035	1 769	2 257
Valle del Cauca	Palmira	15 834	15 273	1 794	2 254
Risaralda	Dosquebradas	13 308	15 407	1 149	2 246
Cundinamarca	Zipaquirá	10 641	11 942	1 832	2 031
Córdoba	Sahagún	10 599	12 831	1 401	1 983
Santander	Barrancabermeja D. E.	9 998	14 987	652	1 908
Boyacá	Duitama	13 422	11 313	1 871	1 817
Boyacá	Sogamoso	8 094	10 135	1 606	1 795
Casanare	Yopal	8 433	7 705	1 118	1 774
Norte de Santander	Ocaña	8 986	8 824	393	1 752
Antioquia	Apartadó	9 993	9 359	1 042	1 731
Cundinamarca	Girardot	11 316	11 401	1 462	1 705
Bolívar	Magangué	8 363	10 339	935	1 634
Magdalena	Ciénaga	12 417	11 146	967	1 604
Cundinamarca	Facatativá	11 762	9 904	1 768	1 548
Antioquia	Turbo D. E.	7 540	7 846	805	1 527
Valle del Cauca	Cartago	8 838	8 837	347	1 472
Córdoba	Cereté	8 251	9 149	511	1 460
Valle del Cauca	Yumbo	7 406	8 231	1 191	1 412
Córdoba	Lorica	7 034	7 849	953	1 335
Valle del Cauca	Tulúá	8 806	7 272	522	1 273
Cundinamarca	Madrid	10 780	7 226	995	1 249
Huila	Pitalito	6 081	7 164	592	1 092
Santander	Piedecuesta	3 225	5 186	304	1 063
Cundinamarca	Funza	7 878	8 467	981	1 039
Cesar	Aguachica	4 728	6 178	822	881
Cauca	Santander De Quilichao	6 671	6 471	1 001	875
Cundinamarca	Mosquera	4 234	3 753	511	811
Santander	Girón	3 960	4 231	281	768
Atlántico	Malambo	6 177	3 430	440	618
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	4 684	3 393	683	486
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 241	3 791	397	474
Cauca	Guapi	1 368	2 578	188	357
Nariño	La Florida	355	411	71	75

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

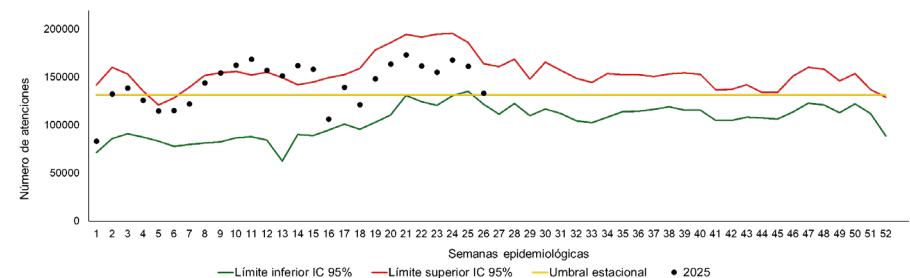
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* 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 (23 a 26 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 24,0 % (148 898) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,9 % (122 987). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año de edad con el 14,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 14,0 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados; sin embargo, entre las semanas 09 a 15 se observó una tendencia al alza que superó el límite superior. A partir de la semana 16 y hasta la 26 presenta una disminución ubicándose dentro de los límites esperados (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 26 del 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 26 del 2025 se notificaron 7.327 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guainía, Guaviare, La Guajira, Vichada y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Boyacá, Caldas, Santiago de Cali D. E., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Santander, Tolima y Valle del Cauca. En las 15 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

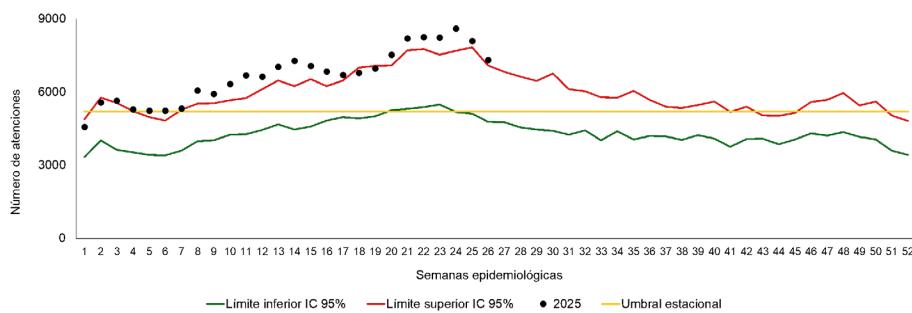


Salud

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (23 a 26 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 346) representaron el 25,8 %, seguido de los menores de un año con el 18,0 % (5.797). 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 33,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 24,8 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17, el número de hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, seguido de una disminución en las semanas epidemiológicas 18 a 19 ubicándose dentro de los límites esperados; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 20 al 26 se observó una tendencia al aumento, superando el límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 26 del 2025

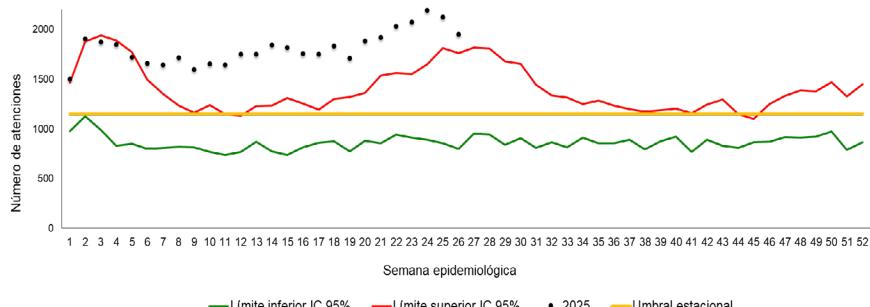


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 26 del 2025, se notificaron 1.951 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 25 se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 26 del 2025



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

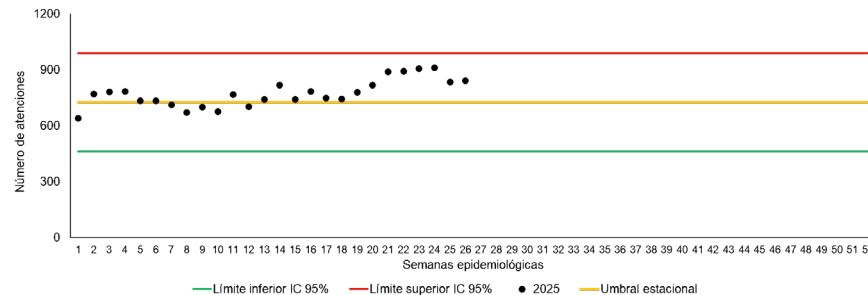
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 26 del 2025 se notificaron 842 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en ocho entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Boyacá, Santiago de Cali D. E., Cartagena de Indias D. T., Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (23 a 26 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 33,7 % (1 176), seguido de los menores de un año con el 29,3 % (1 024) 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 de un año con el 31,3 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,8 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional que desde la semana epidemiológica 01 a 13 se ubica por debajo del umbral estacional; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 14 a la 26 se observó una tendencia por encima del umbral estacional, sin alcanzar el límite superior (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 26 del 2025

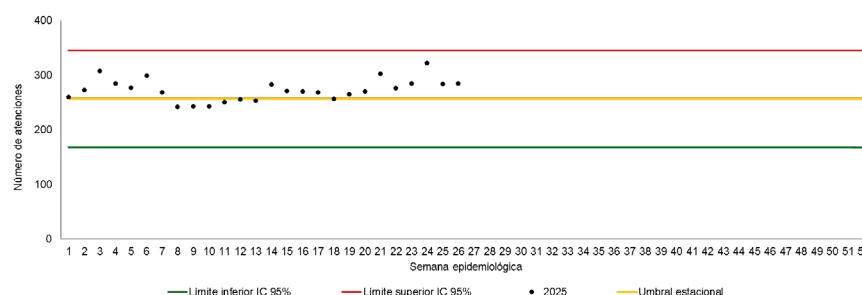


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 26 del 2025, se notificaron 285 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 evidenció para esta semana una tendencia por encima del umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 26 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 23 a 26 del 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias y aumento en las hospitalizaciones en

sala general y UCI/UCIM 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, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 26 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general presentaron una tendencia hacia el aumento ubicándose por encima del límite superior.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, 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 decremento en América del Norte, Andina y Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles sostenidos 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 bajos de circulación en la región excepto Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión caribe y disminución en el resto de subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 26 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 metapnemovirus e influenza A (H1N1)pmd09 y al decremento para adenovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

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 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 19 a 26 del 2025

Agente viral identificado	SE 19 a SE 22			SE 23 a SE 26			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	52,0	58,0	26,8	50,2	62,5	29,6	↓
Rinovirus	8,6	6,8	3,8	9,5	7,5	6,3	
VSR	40,4	53,0	11,5	40,5	53,3	6,3	
Enterovirus	8,1	6,1	7,7	6,0	6,7	-	
Adenovirus	7,4	9,0	-	2,4	2,5	-	↑
Influenza B	0,5	-	3,8	0,6	0,8	-	
Influenza A	13,7	10,0	23,0	14,3	6,7	37,5	
Parainfluenza	7,1	6,8	7,7	4,2	4,2	6,3	
Metapnemovirus	3,8	3,6	7,7	8,9	10,0	12,5	↑↑
A(H1N1)pdm09	1,5	0,4	7,7	4,2	0,8	6,3	↑↑
SARS-CoV2	1,8	1,8	7,7	2,4	1,7	12,5	
A(H3N2)	6,3	2,2	19,2	5,4	3,3	12,5	
Coronavirus	0,8	0,4	-	1,8	2,5	-	

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

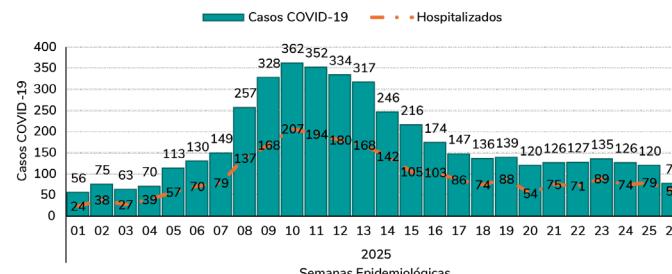
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 26 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 ($p < 0,05$)), decrecimiento (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 ($p > 0,05$)).

En Colombia, con corte al 28 de junio del 2025 y según la fecha de inicio de los síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 4 495 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 23 a 26 del 2025), se ha observado una disminución significativa del 10,4 %, con 458 casos registrados en comparación con el periodo esperado (Semanas Epidemiológicas 19 a 22 del 2025), en el cual se reportaron 511 casos. En las hospitalizaciones se presentó un aumento del 4,5 %, pasando de 288 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 301 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de COVID-19 a Semana Epidemiológica 26 del 2025, Colombia.



Fuente: Sivigila.2025

Entre el 22 y el 28 de junio del 2025 se confirmaron 125 casos en el territorio nacional; de estos el 59,2 % (74 casos) corresponde a la Semana Epidemiológica 26. El 65,6 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D. C., Santander, Tolima, Antioquia y Barranquilla D. E. (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19 en la Semana Epidemiológica 26 del 2025, Colombia.

Entidad Territorial	Otros	SE 23	SE 24	SE 25	SE 26	Total
Colombia	10	4	8	29	74	125
Bogotá D. C.	0	2	1	9	28	40
Santander	0	0	1	2	10	13
Tolima	9	0	0	1	2	12
Antioquia	0	0	4	2	3	9
Barranquilla D. E.	0	0	0	2	6	8
Córdoba	0	0	0	3	4	7
Cundinamarca	0	0	0	1	5	6
Boyacá	0	0	0	2	3	5
Norte Santander	0	0	0	1	3	4
Meta	0	1	1	1	0	3
Arauca	0	1	0	0	2	3
Valle del Cauca	0	0	0	3	0	3
Atlántico	0	0	1	1	0	2
Cauca	0	0	0	0	2	2
Santiago de Cali D. E.	0	0	0	1	1	2
Bolívar	0	0	0	0	1	1
Casanare	0	0	0	0	1	1
Risaralda	0	0	0	0	1	1
Huila	0	0	0	0	1	1
Cartagena de Indias D. T.	1	0	0	0	0	1
Sucre	0	0	0	0	1	1

Fuente: Sivigila. 2025. SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (Semanas Epidemiológicas 23-26), se registró una incidencia de 0,85 casos por cada 100 000 habitantes, con la afectación en 28 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 140 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Córdoba, La Guajira, Norte de Santander, Santander, Santiago de Cali D. E.; y a nivel municipal en Montería (Córdoba), Maicao (La Guajira), Tibú (Norte de Santander) y Barrancabermeja D. E. (Santander).

Durante el 2025, en Colombia se han reportado 74 fallecimientos relacionados con COVID-19 (procedencia Colombia 72 y exterior 2). En el período observado, las muertes se registraron en Bogotá D. C., Córdoba, Sucre y Arauca, con un caso respectivamente. El 73,0 % (54 casos) correspondió a personas de 60 o más años.



Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 a Semana Epidemiológica 26 del 2025, Colombia

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	74	9	4	Sin cambios
Bogotá, D.C.	19	4	1	Sin cambios
Córdoba	1	0	1	Aumento
Sucre	2	0	1	Aumento
Arauca	2	0	1	Aumento
Antioquia	5	0	0	Sin cambios
Boyacá	2	1	0	Sin cambios
Caldas	1	0	0	Sin cambios
Cauca	5	0	0	Sin cambios
Cundinamarca	6	1	0	Sin cambios
Chocó	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	0	Sin cambios
Magdalena	1	0	0	Sin cambios
Meta	5	1	0	Sin cambios
Nariño	3	1	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	0	0	Sin cambios
Santander	6	1	0	Sin cambios
Tolima	2	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	0	0	Sin cambios
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	Sin cambios
Exterior	2	0	0	Sin cambios

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

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 26 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 paraclinicos 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.

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 %.

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/busquedas/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

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 26 de 2025 se notificaron 2 802 casos de dengue: 1 853 casos de esta semana y 949 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 85 188 casos, 53 945 (63,3 %) sin signos de alarma, 30 419 (35,7 %) con signos de alarma y 824 (1,0 %) de dengue grave.

El 61,4 % (52 341) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Norte de Santander, Tolima, Cartagena de Indias D. T., Valle del Cauca, Cundinamarca y Putumayo (tabla 17); mientras que, en el último periodo analizado (Semanas Epidemiológicas 22 a 25 del 2025) el 52,1 % (6 481) de los casos se concentran en Meta, Norte de Santander, Santander, Antioquia, Córdoba y Tolima.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025.

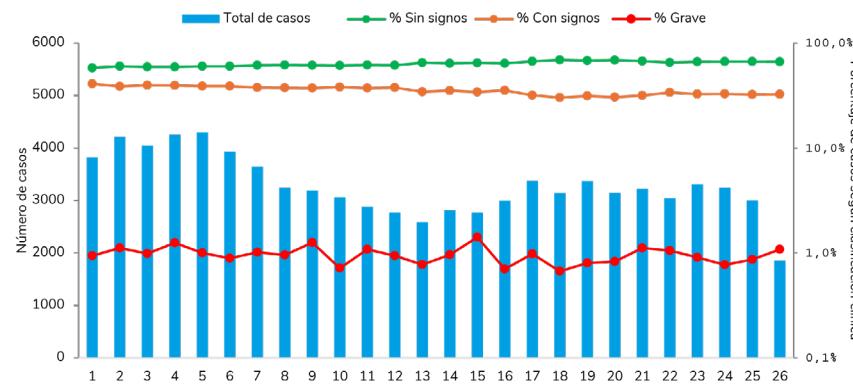
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 18-21 de 2025)	Observado (SE 22-25 de 2025)
Meta	7 309	35,3	1,2	1 498	1 391
Córdoba	7 023	32,2	0,3	1 665	884
Santander	7 012	32,1	0,6	1 274	1 145
Antioquia	6 173	33,8	0,8	1 198	990
Norte de Santander	5 639	40,0	1,2	971	1 304
Tolima	4 724	33,6	1,2	725	767
Cartagena de Indias D. T.	4 354	24,3	1,1	149	189
Valle del Cauca	3 807	26,8	0,6	434	505
Cundinamarca	3 248	39,3	0,6	344	261
Putumayo	3 052	27,4	0,5	472	316
Huila	2 907	34,0	2,9	356	330
Santiago de Cali D. E.	2 665	35,0	0,8	320	302
Atlántico	2 662	43,5	1,2	109	227
Sucre	2 633	60,5	0,8	339	485
Bolívar	2 592	38,6	0,9	329	600
Barranquilla D. E.	2 288	36,5	1,2	66	145
Caquetá	2 161	38,1	1,3	322	131
La Guajira	1 908	60,2	1,4	172	148
Arauca	1 834	34,7	1,3	294	354
Cesar	1 577	57,3	2,3	214	292
Casanare	1 292	31,0	0,4	366	315
Guaviare	1 037	17,6	0,4	179	317
Cauca	910	36,9	1,0	67	62
Risaralda	885	36,6	1,0	92	75
Magdalena	793	53,1	1,0	136	225
Quindío	749	26,6	0,1	87	91
Nariño	731	30,4	1,2	97	80
Vichada	689	30,2	0,3	180	221
Chocó	626	17,4	0,8	121	145
Boyacá	557	41,5	0,4	63	86
Caldas	331	48,3	0,0	35	44
Santa Marta D. T.	266	57,1	1,1	41	35
Amazonas	223	30,9	0,0	48	24
Exterior	175	45,1	4,0	22	30
Buenaventura D. E.	141	36,9	2,1	25	18
Vaupés	129	7,8	0,8	55	43
Archipiélago de San Andrés y Providencia	48	39,6	0,0	1	5
Guainía	38	36,8	0,0	3	14
Colombia	85 188	35,7	1,0	12 869	12 596

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

En el último periodo analizado (Semanas Epidemiológicas 22 a 25 del 2025) con respecto al periodo anterior (Semanas Epidemiológicas 18 a 21 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Norte de Santander, Atlántico, Sucre, Bolívar, Barranquilla D. E., Cesar, Guaviare, Magdalena, Boyacá, el Archipiélago de San Andrés y Providencia, y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Córdoba, Putumayo, Caquetá y Amazonas; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 13); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 22 a 25 del 2025) fueron: Cesar, Santa Marta D. E., Sucre y La Guajira.

Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 26 del 2025.



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

A semana epidemiológica 26 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 255,3 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 604,6 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Vaupés, Guaviare, Putumayo, Meta y Caquetá presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 26 del 2025 registrando tasas superiores a 600 casos por

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.

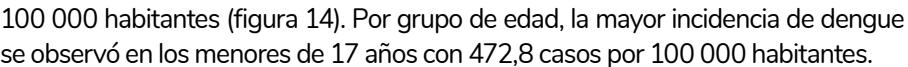
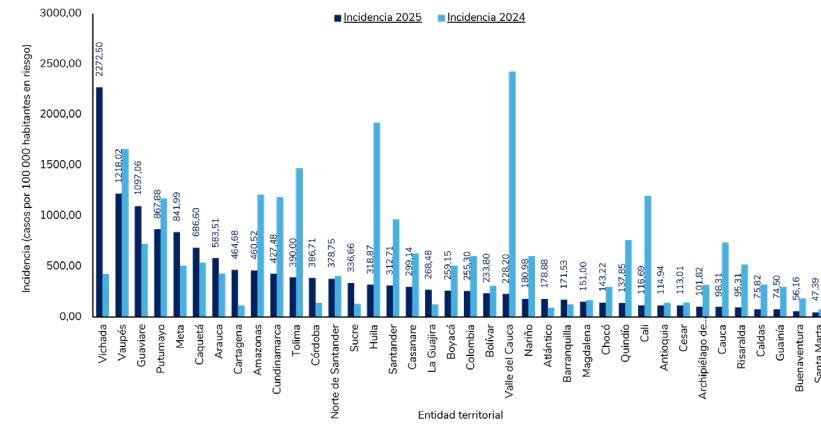


Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2024 y 2025.



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

En la semana epidemiológica 26 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia estable con una variación de -2,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 22 a 25 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 18 a 21 del 2025) (figura 15).

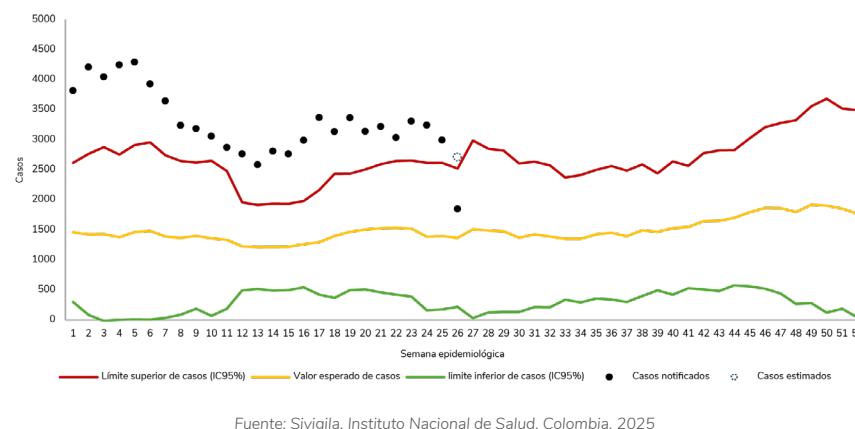
De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 8,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 51,3 % (19) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo las entidades territoriales de Arauca, Guaviare y Vichada se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de junio (tabla 18).

Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se mantiene activo el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional, y las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta

Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 26 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 24,7 % (206) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 50,9 % (29/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 15. Canal endémico de dengue, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 26 del 2025.



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, Semana Epidemiológica 26 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 26, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de junio		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Arauca, Guaviare, Vichada	Antioquia, Boyacá, Cauca, Magdalena, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Vaupés.	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Córdoba, Norte de Santander, Santa Marta D. T.
Alerta	Meta	Caldas, Chocó, Casanare, Cesar, Nariño, Tolima, Valle del Cauca.	Amazonas, Barranquilla D. E., Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Huila, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura D. E., Santiago de Cali D. E., Cauca.	-

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

Tabla 19. 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 26 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Observado (SE 17-20, 2025)		Esperado (SE 21-24, 2025)	
Antioquia	Medellín D. E.	36,5	955	131	111	
	Apartadó	280,1	369	77	68	
	Bello	16,1	89	15	9	
	Envigado	46,3	112	11	14	
	Turbo D. E.	195,9	263	50	58	
Atlántico	Barranquilla D. E.	174,4	2 288	66	145	
	Soledad	243,9	1 669	37	98	
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	412,7	4 354	149	189	
	Magangué	296,4	426	63	111	
Córdoba	Montería	772,9	3 965	1 244	359	
	Cereté	190,9	210	29	51	
Cundinamarca	Sahagún	254,7	285	47	44	
	Fusagasugá	244,3	404	28	25	
La Guajira	Riohacha	300,3	629	99	52	
	Santa Marta	48,2	266	41	35	
Meta	Santa Marta D. T.	48,2	266	41	35	
	Villavicencio	672,3	3 428	745	740	
Norte de Santander	San José de Cúcuta	446,8	3 411	589	850	
	Ocaña	196,4	233	39	48	
Quindío	Villa del Rosario	602,1	663	111	105	
	Armenia	110,4	345	33	31	
Risaralda	Pereira	93,5	454	56	39	
	Dosquebradas	109,4	238	23	16	
Santander	Bucaramanga	322,0	1993	348	320	
	Barrancabermeja D. E.	208,7	448	79	73	
Tolima	Floridablanca	368,5	1 156	188	161	
	Girón	347,1	608	99	98	
Valle del Cauca	Ibagué	251,1	1 366	186	346	
	Jamundí	497,4	842	91	113	
	Tuluá	207,1	459	50	57	

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

A semana epidemiológica 26 del 2025, se han notificado 233 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 56 casos, se descartaron 116 casos y se encuentran en estudio 61 casos. De las muertes confirmadas, dos casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 158 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 20).



Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 26, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 26 2025	Letalidad por dengue a SE 26, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,34	0,08
La Guajira	5	1	0,26	0,00
Cauca	2	1	0,22	0,06
Vichada	1	0	0,15	0,00
Huila	3	1	0,10	0,02
Putumayo	3	1	0,10	0,24
Antioquia	6	6	0,10	0,12
Meta	7	3	0,10	0,11
Cartagena de Indias	4	0	0,09	0,00
D. T.				
Barranquilla D. E.	2	2	0,09	0,00
Bolívar	2	2	0,08	0,18
Sucre	2	3	0,08	0,10
Atlántico	2	1	0,08	0,15
Santiago de Cali D. E.	2	4	0,08	0,04
Arauca	1	3	0,05	0,07
Córdoba	3	4	0,04	0,04
Norte de Santander	2	2	0,04	0,15
Cundinamarca	1	1	0,03	0,04
Santander	2	6	0,03	0,08
Tolima	1	12	0,02	0,10
Guaviare	0	2	0,00	1,75
Buenaventura D. E.	0	1	0,00	0,87
Cesar	0	1	0,00	0,20
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	2	0	1,14	0,87
Colombia	54	61	0,06	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 26 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 desde 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 indica que no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

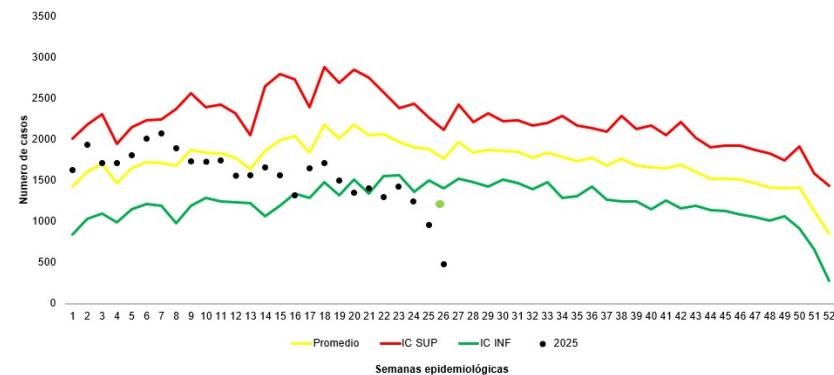
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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/busquedas-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 16).

Figura 16. Canal endémico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 26 del 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 26, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 26 del 2025 se notificaron 1.152 casos de malaria, para un acumulado de 40.877 casos, de los cuales 40.223 son de malaria no complicada y 654 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,3 % (27 515), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,6 % (12 914) e infección mixta con 1,1 % (448). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,7 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,4 %), Antioquia (15,8 %), Nariño (13,5 %), Córdoba (8,7 %), Vaupés (6,6 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,4 %), Amazonas (3,0 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,4 %), Buenaventura D. E. (2,3 %), Vichada (2,3 %), y Boyacá (1,8 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,4 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 16 a 19	Casos 2025 SE 20 a 23	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 381	284	278	98,00
Córdoba	Tierralta	2 070	175	131	20,74
Chocó	Quibdó	1 804	202	105	12,47
Risaralda	Pueblo Rico	1 436	214	104	85,53
Antioquia	El Bagre	1 302	189	173	23,12
Nariño	Roberto Payán	1 119	125	86	83,96
Nariño	El Charco	992	170	162	42,67
Nariño	Magüí	950	52	48	3,56
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	968	161	108	2,99
Guainía	Inírida	887	93	66	23,39
Chocó	Bajo Baudó	895	135	123	15,27
Vichada	Cumaribo	856	51	65	9,84
Chocó	Lloró	885	110	95	83,40
Córdoba	Puerto Libertador	771	79	35	16,98
Chocó	Tadó	795	82	95	39,45
Boyacá	Cubará	725	151	46	85,10
Cauca	Timbiquí	684	97	20	24,33
Amazonas	Tarapacá (CD)	727	110	46	166,17
Antioquia	Nechí	665	106	42	23,83
Chocó	Bagadó	670	158	90	56,57
Nariño	Olaya Herrera	706	139	87	26,67
Chocó	El Cantón del San Pablo	607	54	36	87,89
Nariño	Barbacoas	608	54	35	10,37
Chocó	Medio San Juan	641	96	84	54,49
Chocó	Istmina	606	124	73	17,92
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	571	46	68	2,14
Chocó	Alto Baudó	575	83	86	18,39
Bolívar	Montecristo	551	84	80	29,99
Cauca	Guapi	507	58	35	17,16
Chocó	Carmen del Darién	502	54	36	22,66
Antioquia	Chigorodó	492	72	58	7,91
Antioquia	Turbo	475	77	72	3,53
Antioquia	Mutatá	384	51	36	25,54
Antioquia	Zaragoza	355	46	38	13,55
Chocó	Río Quito	354	28	32	5,60

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 48,6 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia incremento en el municipio de Cumaribo y en decrecimiento en los municipios de Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Cubará, Puerto Libertador, Tarapacá, Bagadó, Carmen del Darién y Chigorodó (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,7 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia en incremento El Bagre y en decrecimiento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Magüi, Timbiquí, Buenaventura D. E., Guapi, Barbacoas, Tadó, Olaya Herrera, Tierralta, Lloró e Istmina como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 19 a 22 de 2025	Casos SE 23 a 26 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	274	262	-4%	8,4%
Córdoba	Tierralta	141	112	-21%	6,3%
Risaralda	Pueblo Rico	193	92	-52%	4,6%
Antioquia	El Bagre	157	125	-20%	3,7%
Chocó	Quibdó	117	58	-50%	3,6%
Guainía	Inírida	92	63	-32%	3,2%
Boyacá	Cubará	151	46	-70%	2,7%
Córdoba	Puerto Libertador	74	35	-53%	2,6%
Vichada	Cumaribo	42	56	33%	2,4%
Amazonas	Tarapacá (CD)	96	34	-65%	2,2%
Chocó	Bagadó	118	69	-42%	1,8%
Chocó	Lloró	60	55	-8%	1,8%
Bolívar	Montecristo	70	70	0%	1,8%
Chocó	Carmen del Darién	53	34	-36%	1,7%
Antioquia	Chigorodó	67	55	-18%	1,7%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 26 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 19 a 22 de 2025	Casos SE 23 a 26 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	156	152	-3%	7,1%
Chocó	Quibdó	82	47	-43%	6,3%
Nariño	Roberto Payán	75	56	-25%	6,0%
Nariño	Magüi	36	30	-17%	5,4%
Cauca	Timbiquí	97	20	-79%	5,3%
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	102	71	-30%	4,6%
Cauca	Guapi	49	33	-33%	3,7%
Chocó	Bajo Baudó	74	67	-9%	3,6%
Nariño	Barbacoas	34	13	-62%	3,5%
Chocó	Tadó	49	49	0%	3,3%
Nariño	Olaya Herrera	85	51	-40%	2,8%
Córdoba	Tierralta	33	18	-45%	2,7%
Chocó	Lloró	45	40	-11%	2,6%
Chocó	Istmina	65	32	-51%	2,5%
Antioquia	El Bagre	31	48	55%	2,3%

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

Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 26 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; ocho departamentos y veinte municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y tres departamentos y doce municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 25).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 26 del 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 26 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 26 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 21 A 26	Observado SE 21 A 26 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2 429	241	286
Nariño	El Charco	5	994	80	162
Boyacá	Cubará	4	730	73	46
Antioquia	Nechí	5	667	36	42
Antioquia	Cáceres	4	357	41	69
Arauca	Saravena	4	345	4	34
Antioquia	Tarazá	4	325	25	54
Amazonas	Leticia	4	306	14	47
Antioquia	Caucasia	4	241	16	33
Caquetá	Florencia	4	230	3	15
Meta	Puerto Gaitán	4	193	16	45
Meta	Puerto López	4	158	2	60
Vichada	Puerto Carreño	4	158	7	32
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	148	26	36
Chocó	Condoto	4	129	17	15
Chocó	El Carmen de Atrato	4	106	10	11
Meta	Puerto Rico	4	55	0	11
Vaupés	Taraira	5	49	2	22
Antioquia	Yondó	4	33	0	5
Arauca	Fortul	4	32	0	6

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las Semanas Epidemiológicas 01 a 26 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 26 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 26 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 21 A 26	Observado SE 21 A 26 de 2025
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	5	993	185	114
Chocó	Istmina	5	614	82	76
Bolívar	Montecristo	5	572	77	83
Antioquia	Chigorodó	5	496	107	58
Antioquia	Turbo	5	486	78	73
Chocó	Nóvita	5	184	30	37
Chocó	Sipí	4	157	8	11
Bolívar	Tiquisio	4	65	9	9
Antioquia	San Juan de Urabá	4	22	2	4
Vaupés	Carurú	4	10	2	2
Chocó	Belén de Bajirá	5	0	6	0
Meta	Puerto Concordia	4	39	2	7
Arauca	Arauquita	4	27	1	4
Chocó	Belén de Bajirá	5	0	6	0

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 la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 26 de 2025, se han notificado 11 505 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 11 405 corresponden a residentes en Colombia y 100 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas

Tabla 26. 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 26, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 26 de 2024	Casos a SE 26 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	13 652	11 405	0,61	15,0	1,9
La Guajira	1 397	832	2,08	6,7	0,0
Vichada	211	117	1,61	0,0	0,0
Chocó	654	488	1,57	12,9	3,2
Magdalena	388	431	0,91	37,9	0,0
Guaviare	56	43	0,91	0,0	0,0
Amazonas	32	41	0,84	18,2	0,0
Arauca	233	101	0,83	0,0	28,6
Risaralda	248	258	0,80	28,6	7,1
Cesar	486	510	0,78	16,0	0,0
Guainía	31	29	0,75	11,1	11,1
Antioquia	1 461	1 619	0,70	29,6	0,8
Casanare	187	146	0,69	5,3	5,3
Vaupés	35	18	0,63	16,7	16,7
Cartagena de Indias D. T.	227	259	0,62	0,0	0,0
Putumayo	104	109	0,62	7,7	0,0
Boyacá	277	276	0,61	7,3	0,8
Nariño	566	380	0,61	20,3	3,1
Bolívar	349	303	0,61	20,0	2,2
Bogotá D. C.	1 876	1 514	0,59	0,0	0,0
Meta	299	223	0,55	6,9	0,0
Norte Santander	375	379	0,54	15,0	2,5
Buenaventura D. E.	148	100	0,53	0,0	0,0
Tolima	271	175	0,52	10,6	0,0
Huila	324	251	0,51	18,9	0,0
Cundinamarca	854	615	0,50	6,0	1,7
Sucre	155	205	0,48	30,8	0,0
Valle del Cauca	337	350	0,45	27,5	0,0
Caquetá	126	82	0,42	6,3	6,3
Santiago de Cali D. E.	323	319	0,41	0,0	0,0
Santa Marta D. T.	62	83	0,40	100,0	0,0
Santander	370	295	0,39	13,8	1,1
Córdoba	361	245	0,35	10,0	3,3
Caldas	165	99	0,34	18,5	0,0
Atlántico	272	165	0,32	4,5	13,6
Barranquilla D. E.	145	150	0,30	0,0	0,0
Cauca	184	151	0,27	2,4	0,0
Quindío	55	41	0,25	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,12	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 27 de 2024 a SE 26 de 2025.

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

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

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a Semana Epidemiológica 26 de 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Chocó	Quibdó	41	87
Antioquia	Turbo D. E.	30	79
Sucre	Sincelejo	23	48
Tolima	Ibagué	28	46
Antioquia	Itagüí	21	43
Risaralda	Dosquebradas	19	39
Valle del Cauca	Jamundí	20	38
Nariño	Pasto	49	37
Boyacá	Sogamoso	19	36
Antioquia	Rionegro	18	31
Valle del Cauca	Yumbo	21	31
Cesar	Aguachica	15	26
Cundinamarca	Chía	14	25
Cundinamarca	Fusagasugá	36	23
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	11	21
Norte de Santander	Villa del Rosario	33	19
Bolívar	Turbaco	8	16
Cundinamarca	Girardot	29	15
Santander	Floridablanca	16	7
Córdoba	Lorica	15	6

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

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>

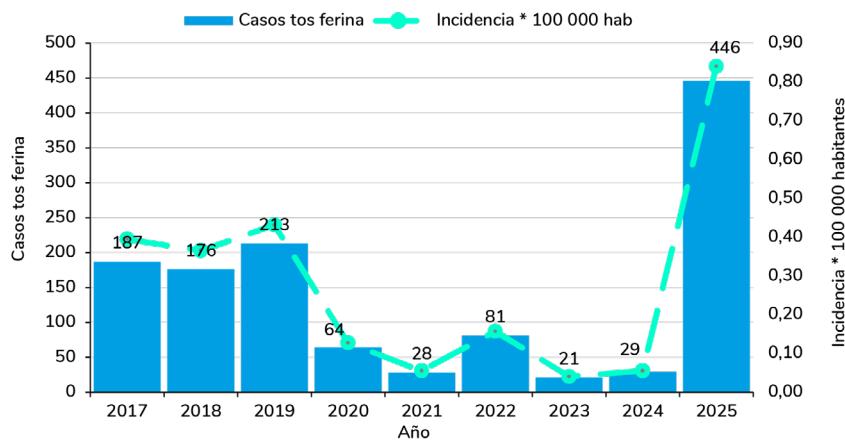
Tos ferina

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las tasas de incidencia se calcularon únicamente con base en los casos cuya procedencia corresponde a Colombia.

Hasta el 27 de junio del 2025, a nivel nacional se han reportado en Sivigila un total de 3 343 casos de tos ferina. De estos, el 13,3 %; equivalente a 446 casos, han sido confirmados (445 procedentes de Colombia y 1 del exterior), el 64,6 % (2 161 casos) fueron descartados, y el 22,0 % (736 casos) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional actual es de 0,84 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,43 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 25, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia. Semana epidemiológica 25, 2019-2025, Colombia.

El mayor número de casos se reporta en Bogotá D. C., con 174 casos y una incidencia de 2,19 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 1,48 (103 casos), Cundinamarca con 0,71 (26 casos) y Huila con 1,83 (22 casos).

En la tabla 28 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparados con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 28. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 25 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrográfico	2025
Colombia	0,39	0,12	0,05	0,15	0,04	0,05	0,84	—	446
Bogotá D. C.	0,54	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,19	—	174
Antioquia	0,47	0,17	0,09	0,12	0,03	0,04	1,48	—	103
Cundinamarca	0,29	0,13	0,03	0,00	0,03	0,14	0,71	—	26
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,00	0,17	1,83	—	22
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44	—	14
Chocó	0,00	0,18	1,57	0,17	0,00	0,33	1,79	—	11
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	—	11
Cartagena de Indias D. T.	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	—	7
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,65	—	7
Cauca	0,20	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	—	7
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,36	—	7
Valle del Cauca	0,15	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,34	—	7
Cesar	0,16	0,31	0,00	0,00	0,07	0,07	0,42	—	6
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	—	6
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,41	—	5
Santiago de Cali D. E.	0,09	0,31	0,00	0,00	0,13	0,09	0,22	—	5
Santander	0,22	0,13	0,17	0,04	0,00	0,00	0,21	—	5
Meta	0,10	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,34	—	4
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35	—	3
Nariño	0,25	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,17	—	3
Caquetá	0,74	0,48	0,00	0,00	0,00	0,93	0,46	—	2
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,35	—	2
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,20	—	2
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,31	—	1
Santa Marta	0,00	0,19	0,00	0,36	0,54	0,00	0,18	—	1
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,10	—	1
Bogotá	0,41	0,08	0,08	0,00	0,23	0,00	0,08	—	1
Barranquilla	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,07	—	1
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,12	0,06	0,06	—	1
Exterior	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Fuente: sivigila 2019-2025p

En las últimas cuatro semanas, la incidencia fue de 0,09 casos por cada 100 000 habitantes (47 casos). La mayor incidencia se registró en el departamento de Cesar con 0,28 casos por cada 100 000 habitantes (4 casos), seguido de Antioquia con 0,27 (19 casos), Risaralda con 0,21 (2 casos) y Bogotá D. C. con 0,15 (12 casos) (tabla 29).

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (18 a 25) del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 18-21)	Casos PE actual (SE 22-25)	Incidencia PE anterior (SE 18-21)	Incidencia PE actual (SE 22-25)	Tendencia de la Incidencia
Colombia	446	0,84	68	47	0,13	0,09	↓
Cesar	6	0,42	2	4	0,14	0,28	↑
Antioquia	103	1,48	17	19	0,24	0,27	↑
Risaralda	14	1,44	1	2	0,10	0,21	↑
Bogotá, D. C.	174	2,19	27	12	0,34	0,15	↓
Cundinamarca	26	0,71	1	4	0,03	0,11	↑
Caldas	11	1,05	0	1	0,00	0,10	↑
Bolívar	5	0,41	1	1	0,08	0,08	↓
Nariño	3	0,17	2	1	0,12	0,06	↓
Córdoba	7	0,36	2	1	0,10	0,05	↓
Valle del Cauca	7	0,34	0	1	0,00	0,05	↑
Santiago de Cali D. E.	5	0,22	1	1	0,04	0,04	↓
Atlántico	6	0,40	3	0	0,20	0,00	↓
Barranquilla D. E.	1	0,07	0	0	0,00	0,00	
Cartagena de Indias D. T.	7	0,66	1	0	0,09	0,00	↓
Boyacá	1	0,08	0	0	0,00	0,00	
Caquetá	2	0,46	1	0	0,23	0,00	↓
Cauca	7	0,44	1	0	0,06	0,00	↓
Chocó	11	1,79	3	0	0,49	0,00	↓
Huila	22	1,83	2	0	0,17	0,00	↓
La Guajira	7	0,65	0	0	0,00	0,00	
Magdalena	1	0,10	0	0	0,00	0,00	
Santa Marta D. T.	1	0,18	1	0	0,18	0,00	↓
Meta	4	0,34	1	0	0,09	0,00	↓
Norte de Santander	1	0,06	0	0	0,00	0,00	
Quindío	2	0,35	0	0	0,00	0,00	
Santander	5	0,21	1	0	0,04	0,00	↓
Sucre	2	0,20	0	0	0,00	0,00	
Arauca	1	0,31	0	0	0,00	0,00	
Vichada	3	2,35	0	0	0,00	0,00	
Exterior	1	-	-	-	-	-	

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena semana epidemiológica 25 del 2025.

Durante el periodo analizado se notificaron 59 casos de tos ferina en población indígena distribuidos en 15 municipios de nueve entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Betulia (Antioquia) con 28 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 8 casos y Bogotá D. C. con 6 casos (tabla 30).

A la fecha, continúan en seguimiento los brotes en población indígena en Bagadó y Tadó (Chocó) y Ciénaga (Magdalena) (tabla 30).

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena, por departamento de procedencia, en Semana Epidemiológica 25 del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		59	Abierto
Antioquia	Betulia	28	Cerrado
	Urrao	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	2	Cerrado
Chocó	Bagadó	8	Abierto
	Tadó	1	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha D. E.	2	Cerrado
	Uribia	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Cerrado
Meta	Puerto Gaitán	1	Cerrado
Risaralda	Mistrató	1	Cerrado
Magdalena	Ciénaga	1	Abierto

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 01 de julio de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 116 casos de fiebre con 50** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), lo que representa una letalidad acumulada preliminar del 43 % (50/116).

Durante el año 2024, se registraron 23 casos con 13 fallecimientos. Desde enero de 2025 hasta la fecha, se han confirmado 93 casos de fiebre amarilla, de los cuales 37 resultaron en defunción (cifra preliminar). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (96 casos):** Ataco (22 casos), Villarrica (18), Prado (17), Cunday (16), Chaparral (7), Purificación (6), Dolores (4), Rioblanco (2), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Caldas:** Neira (1 caso).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1 caso) y El Doncello (1 caso).
- **Cauca:** Piamonte (1 caso).
- **Guaviare:** San José del Guaviare (1 caso).
- **Huila:** Campoalegre (1 caso).
- **Meta (3 casos):** Granada (1 caso), La Macarena (1 caso).) y San Martín (1 caso).
- **Nariño:** Ipiales (2 casos).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso).
- **Vaupés:** Mitú (1 caso).

Las 50** defunciones acumuladas 2024-2025p, se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (35), Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

**Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a los que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y análisis epidemiológico.



Entre los 116 casos confirmados, la edad promedio es de 45,3 años (con una edad mínima de 2 años y una máxima de 92 años), con una distribución por sexo de 23 mujeres y 93 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 (25 casos) y las personas entre 60 y 64 años (12 casos).

Se ha confirmado la presencia del virus de la fiebre amarilla en 56 primates no humanos (PNH). De estos, 39 corresponden al departamento de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), Rioblanco (3), Cunday (1), Purificación (1), Villarrica (1). Ocho de ellos (8) se registraron en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) Aipe (2); uno (1) procedente del departamento del Meta en el municipio de Villavicencio y ocho (8) procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6) y Orito (2). La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional–INS

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 01 de julio de 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Prado, Purificación, Villarrica, Valle de San Juan, Rioblanco y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en octubre de 2024, y hasta la fecha se han confirmado 96 casos acumulados de fiebre amarilla (95 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico).

El último caso confirmado de fiebre amarilla, registrado el 29 de junio de 2025, corresponde a un hombre de 59 años, agricultor y afiliado a Nueva EPS, procedente de la vereda Carrusel en el municipio de Ataco. El paciente consultó inicialmente el 27 de junio de 2025 al Hospital María Inmaculada de Rioblanco, presentando fiebre, mialgias, artralgias, cefalea y falla hepática. Fue remitido y hospitalizado en la UCI del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué el 28 de junio de 2025. No se encontró antecedente vacunal en los registros de vacunación para la fiebre amarilla en PAI Web. Con resultado positivo para PCR de fiebre amarilla y PCR negativo para dengue y NS1.

Se han registrado 35** fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 35,4 %** (34/96).

** Las procedencias de los casos pueden variar según acuerdos a los que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y análisis epidemiológico.

** Sin excluir causa de fallecimiento

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.

Se ha identificado el virus de la fiebre amarilla en 39 primates no humanos (PNH) con la siguiente distribución por municipio: Purificación (1), Cunday (1), Ataco (10), Chaparral (17), Planadas (6), Rioblanco (3) y Villarrica (1).

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

Brote de varicela en población de interés especial, Valledupar, 24 de junio de 2025

Se ha identificado un brote de varicela en una institución penitenciaria de Valledupar. El primer caso se detectó el 23 de mayo del 2025, y el 19 de junio del 2025 se inició la investigación epidemiológica de campo. Actualmente, se registran 6 casos de varicela entre 166 personas expuestas, resultando en una tasa de ataque del 3,6 %, sin casos hospitalizados ni defunciones hasta la fecha. Se ha identificado población de alto riesgo de complicaciones, incluyendo 4 personas con VIH y 2 con tuberculosis en tratamiento. El último caso conocido presentó erupción el 16 de junio de 2025 y está bajo seguimiento por 42 días, con la hipótesis de un contagio de origen comunitario.

Las acciones de control implementadas incluyen el aislamiento de casos, educación y comunicación a los expuestos, suspensión de visitas en el patio 2 hasta el 7 de julio, promoción del lavado de manos periódico, desinfección de áreas y utensilios, restricción de traslados internos y de ingreso de visitas de alto riesgo. Se realizó una búsqueda activa comunitaria el 10 de junio, incluyendo una prueba de diagnóstico diferencial para Mpox con resultado negativo, y se establecieron reuniones de coordinación entre las entidades territoriales, el establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario y representantes de derechos humanos. La situación permanece en seguimiento hasta su cierre y está sujeta a posibles cambios.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 26 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, 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: Sala de Análisis del Riesgo Nacional–INS



ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización Epidemiológica sobre Sarampión en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 01 de julio de 2025

En lo corrido del año 2025 hasta la Semana Epidemiológica 24, se han confirmado 7 132 casos de sarampión en la Región de las Américas, incluyendo 13 defunciones. Los casos se distribuyen en: Argentina (34), Belice (34), Bolivia (60), Brasil (5), Canadá (3170, incluyendo una defunción), Costa Rica (1), Estados Unidos (1 227, incluyendo tres defunciones), México (2 597, incluyendo nueve defunciones) y Perú (4). En el mismo periodo de 2024 se notificaron 244 casos en toda la Región. Por semana epidemiológica se presentó un incremento de casos a partir de la semana epidemiológica 3 del 2025, el número máximo de casos se registró en la semana epidemiológica 18 (brotes en comunidades renuentes a la vacunación).

De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (24 %), el grupo de 1-4 años (22 %) y al grupo de 20- 29 años (19 %). Sin embargo, la tasa de incidencia es mayor en menores de 1 año (2,9 casos por 100 000 habitantes). Con relación al antecedente de vacunación, el 30 % de los casos no estaban vacunados y en el 65 % de los casos dicha información era desconocida o ausente.

La Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) recomienda intensificar los esfuerzos para sostener la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita. En la actualización adjunta se ofrecen recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida.

Fuente: Actualización Epidemiológica sobre Sarampión en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 01 de julio de 2025. Fecha de consulta: 02 de julio de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-07/2025-jul-01-phe-actualizacion-epi-sarampion-es.pdf>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
Semana Epidemiológica 26 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, el segundo disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris, y el tercero valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 26

Decreto
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 confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados 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	34	1	1	259	30	25	0	0	0	69	13	8	0	0	0	2	0	0	1.270	94	112
Antioquia	317	13	8	10.639	1.282	1.523	51	4	7	2.087	137	309	441	33	17	48	7	12	6.446	1.066	815
Arauca	53	2	0	449	52	67	23	2	3	637	48	124	2	0	0	32	5	5	428	5	47
Atlántico	53	3	3	2.281	257	313	32	4	3	1.157	67	78	2	1	1	2	1	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	9	0	0	2.418	230	304	28	2	3	835	45	41	10	2	1	14	2	5	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	12.532	1.657	1.831	0	0	0	0	0	0	64	11	3	6	0	1	0	0	0
Bolívar	157	5	3	1.649	196	197	24	6	5	1.001	139	195	1	0	0	3	0	1	963	114	123
Boyacá	35	1	1	3.727	455	559	2	0	0	231	16	36	4	1	1	1	0	0	730	0	46
Buenaventura D.E.	12	0	0	62	11	2	3	0	0	52	8	7	0	0	0	0	0	0	993	173	114
Caldas	41	1	1	2.144	270	319	0	0	0	160	21	20	8	1	2	28	4	4	17	2	3
Santiago de Cali D.E.	5	0	0	2.725	394	373	21	5	2	934	187	90	57	26	2	36	3	6	6	1	0
Caquetá	132	2	1	606	84	96	28	1	3	823	58	58	2	0	1	2	1	0	292	7	18
Cartagena de Indias D.T.	8	0	1	998	123	115	49	2	1	1.056	30	33	3	0	0	0	0	0	1	0	1
Casanare	90	4	5	923	100	149	5	4	1	401	144	95	24	0	7	2	0	1	3	3	0
Cauca	62	3	1	2.943	416	429	9	1	1	336	31	19	16	1	1	5	1	0	1.370	349	58
Cesar	165	9	5	1.647	179	232	36	7	9	903	164	156	3	0	0	12	0	9	14	2	1
Chocó	119	4	3	156	14	24	5	1	0	109	18	34	2	0	0	0	0	0	11.130	2.561	1.124
Córdoba	149	10	6	2.768	352	420	20	4	5	2.260	123	359	3	2	0	5	1	2	3.531	926	220
Cundinamarca	47	1	1	7.919	961	1.233	20	1	1	1.278	94	96	9	2	0	13	3	0	0	0	0
Guainía	16	0	1	97	10	16	0	0	0	14	3	4	0	0	0	0	0	0	952	294	70
Guaviare	62	3	1	205	23	24	4	0	1	183	9	42	1	0	0	1	0	0	600	112	70
Huila	87	2	1	3.513	411	486	84	11	12	987	182	73	6	0	1	3	0	1	2	0	0
La Guajira	64	4	1	1.194	157	159	26	3	2	1.149	71	79	2	0	1	3	1	0	30	1	0
Magdalena	72	3	6	1.389	182	171	8	2	0	421	60	103	0	0	0	3	1	0	3	1	0
Meta	164	8	5	2.366	264	357	90	5	17	2.578	232	382	41	2	3	2	0	0	563	52	134
Nariño	68	2	4	4.002	496	648	9	1	2	222	21	35	2	1	0	12	3	2	5.503	1.022	575
Norte de Santander	184	4	7	3.509	398	531	68	4	9	2.257	135	447	20	10	0	1	0	1	295	224	31
Putumayo	103	2	5	974	113	138	15	0	2	837	34	75	0	0	0	1	0	0	52	5	5
Quindío	11	0	0	1.629	209	233	1	0	0	199	7	21	25	0	1	4	0	1	5	2	2
Risaralda	26	0	0	2.356	299	381	9	0	1	324	11	25	5	1	0	0	0	0	1.589	306	116
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	262	25	36	0	0	0	19	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Santa Marta D.T.	18	0	4	1.227	104	171	3	1	0	152	14	24	1	0	0	4	0	1	0	0	0
Santander	131	6	2	4.193	480	556	41	5	4	2.252	249	387	69	4	1	8	2	2	10	2	1
Sucre	52	3	2	1.601	186	235	22	6	3	1.592	145	280	2	0	0	3	1	1	51	6	4
Tolima	103	1	9	3.863	460	583	55	5	7	1.588	250	200	4	1	0	16	3	3	0	0	0
Valle del Cauca	45	2	1	4.781	570	704	23	2	8	1.019	150	139	15	3	0	35	5	6	48	5	4
Vaupés	25	1	1	114	12	20	1	0	0	10	3	0	11	0	1	1	0	0	2.709	210	315
Vichada	26	0	2	134	17	10	2	0	1	208	7	56	0	0	0	0	0	0	1.040	151	99
Total nacional	2.747	100	92	94.254	11.477	13.670	817	89	113	30.340	2.928	4.130	855	102	44	308	38	64	40.649	7.797	4.108

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 26

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Casos confirmados por clínica	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	
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	3	4	1	3.343	830	420	103	15	18	0	0	0	2.944	358	523	12	8	12	0	0	0
Antioquia	142	28	41	512.369	83.319	75.906	26.188	3.173	4.599	3.073	953	944	178.280	34.578	26.344	325	459	325	6	7	0
Arauca	7	2	2	13.890	2.513	2.378	1.931	164	490	49	2	26	4.234	810	745	15	35	15	1	0	0
Atlántico	8	5	1	83.472	11.948	16.804	1.744	279	393	1.036	195	328	36.576	5.125	7.540	56	124	56	3	2	0
Barranquilla D.E.	23	10	5	121.576	19.967	24.782	6.686	372	1.243	1.060	290	281	46.812	7.745	8.716	74	158	74	2	1	0
Bogotá D.C.	140	38	37	1.015.995	167.330	168.147	48.410	7.482	9.211	5.074	2.075	2.012	397.731	57.577	45.138	307	452	307	6	7	1
Bolívar	7	4	2	70.198	12.025	11.935	1.378	220	235	238	129	67	15.476	3.215	3.130	81	120	81	2	2	0
Boyacá	26	4	9	77.956	15.086	12.789	4.341	634	893	259	111	89	27.637	4.194	4.322	60	75	60	1	1	0
Buenaventura D.E.	3	2	1	3.400	938	486	74	0	20	8	1	2	1.439	434	215	36	44	36	0	1	0
Caldas	14	3	4	48.890	8.530	7.968	2.045	340	444	747	177	242	16.091	2.752	2.491	46	52	46	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	44	13	16	149.166	27.466	22.178	5.645	694	1.263	388	107	107	53.490	11.389	6.004	123	154	123	0	2	0
Caquetá	7	2	1	16.320	3.942	3.007	999	183	162	20	16	9	7.077	1.787	1.086	22	36	22	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	8	4	1	113.441	17.551	21.154	7.033	390	1.213	878	270	283	30.137	4.764	5.855	73	134	73	3	1	0
Casanare	4	2	1	15.073	3.219	3.544	243	82	70	16	19	8	5.828	1.203	1.046	33	42	33	1	1	1
Cauca	19	6	5	65.970	11.093	9.168	2.725	237	489	351	85	131	20.802	4.675	2.860	72	137	72	3	2	0
Cesar	11	3	4	72.630	12.116	12.262	3.674	623	598	256	70	89	15.036	4.701	2.570	108	144	108	2	2	0
Chocó	10	2	4	15.535	1.880	2.299	1.223	161	145	12	5	4	7.285	981	1.362	48	102	48	0	1	0
Córdoba	20	3	5	112.501	14.842	17.920	3.533	538	559	758	213	232	31.283	5.155	4.494	116	213	116	2	2	0
Cundinamarca	44	9	11	224.288	34.035	37.815	8.070	1.200	1.655	928	432	316	82.555	11.918	10.647	179	218	179	6	4	0
Guainía	0	0	0	1.408	191	292	65	27	16	1	0	1	918	150	273	9	10	9	0	0	0
Guaviare	0	0	0	3.838	752	722	150	54	30	30	7	9	1.738	306	312	7	7	7	0	0	0
Huila	10	3	2	62.686	12.847	11.311	3.255	479	554	372	118	160	23.328	3.912	2.860	59	98	59	3	2	0
La Guajira	6	2	4	118.131	12.465	18.656	1.376	555	232	147	67	37	18.808	4.494	3.250	122	211	122	1	2	0
Magdalena	4	4	3	59.857	8.244	10.125	2.174	197	444	65	16	10	17.398	3.998	2.996	67	100	67	0	1	0
Meta	11	3	1	48.441	9.031	10.686	2.029	253	418	120	114	45	25.237	4.221	4.036	90	91	90	5	1	0
Nariño	35	9	14	83.383	15.256	13.951	4.760	560	912	89	50	25	25.882	6.795	3.716	107	112	107	2	2	0
Norte de Santander	38	6	15	95.394	13.114	14.014	5.124	950	945	445	145	178	28.770	5.609	4.162	66	126	66	5	2	1
Putumayo	5	2	1	19.624	3.152	3.678	802	142	167	22	10	10	6.249	1.106	1.020	20	32	20	1	1	0
Quindío	5	1	3	31.816	6.347	4.706	1.690	336	313	240	71	81	13.291	2.521	1.919	20	34	20	0	1	0
Risaralda	18	2	7	66.304	9.746	9.800	3.115	345	462	249	59	95	18.073	3.443	2.282	41	61	41	6	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4.342	757	626	507	84	99	1	2	0	1.477	315	178	8	6	8	0	0	0
Santa Marta D.T.	4	2	1	39.965	2.895	7.343	1.676	184	257	478	135	161	10.365	1.657	1.704	24	51	24	2	1	0
Santander	54	7	19	133.421	16.918	23.794	9.088	1.056	1.525	1.205	429	375	45.622	7.627	6.454	75	127	75	0	2	0
Sucre	8	3	3	47.714	8.328	8.598	3.776	595	715	813	226	292	11.559	3.104	2.243	50	103	50	3	1	0
Tolima	17	4	5	85.812	14.853	14.983	5.758	571	1.029	235	94	87	32.840	4.992	3.947	54	85	54	3	1	0
Valle del Cauca	35	9	5	89.944	15.634	14.277	2.192	306	455	444	122	129	34.268	6.051	4.839	84	111	84	0	2	0
Vaupés	11	2	5	2.702	317	664	34	16	11	6	25	5	1.112	92	290	6	8	6	0	0	0
Vichada	3	2	2	1.907	492	278	9	4	0	1	0	0	889	174	201	16	20	16	1	0	0
Total nacional	804	205	241	3.732.702	599.969	619.366	173.625	23.501	32.284	20.114	6.832	6.870	1.298.537	231.782	181.770	2.711	4.098	2.711	71	57	3



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 26

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados 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	1	0	1	0	1	29	6	1	14	3	0
Antioquia	361	58	28	18	3	1	973	42	148	1.238	204	165	405	34	22
Arauca	15	2	1	3	1	0	9	0	4	83	12	4	40	13	14
Atlántico	40	5	6	0	1	0	18	1	1	415	69	82	66	5	5
Barranquilla D.E.	89	7	19	0	1	0	20	3	3	407	57	78	127	16	16
Bogotá D.C.	788	117	116	378	3	12	1.497	89	337	2.601	381	428	1.580	176	150
Bolívar	28	2	2	1	1	0	16	2	2	317	28	60	32	3	6
Boyacá	110	15	18	11	1	0	19	6	5	443	63	77	228	34	29
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	22	2	6	5	0	0
Caldas	40	5	2	0	0	0	20	2	1	257	34	26	30	1	2
Santiago de Cali D.E.	80	20	4	0	1	0	16	4	4	588	74	57	334	6	16
Caquetá	21	2	0	0	0	0	5	4	1	143	13	20	13	0	2
Cartagena de Indias D.T.	30	4	1	1	1	0	14	2	0	244	39	23	15	2	1
Casanare	15	2	3	5	0	0	1	2	0	81	13	10	6	2	3
Cauca	37	7	2	1	1	0	20	3	0	339	37	30	196	23	14
Cesar	31	5	4	0	1	0	10	4	3	162	31	20	19	3	5
Chocó	8	0	1	3	0	0	86	4	4	30	5	3	14	1	0
Córdoba	84	14	9	1	1	0	26	1	2	557	95	78	79	8	16
Cundinamarca	227	31	34	125	2	1	330	22	87	1.292	185	198	301	40	25
Guainía	4	0	0	1	1	0	1	0	1	63	1	10	0	0	0
Guaviare	8	1	0	2	1	0	0	0	0	47	2	2	3	2	0
Huila	83	14	12	2	1	0	59	10	6	372	38	26	65	10	11
La Guajira	15	2	2	0	1	0	10	1	0	260	27	17	35	4	11
Magdalena	23	2	2	0	1	0	15	2	12	189	16	28	12	0	0
Meta	43	7	4	6	1	0	46	6	8	302	47	39	51	13	12
Nariño	86	14	11	1	1	0	56	12	10	324	60	41	58	11	4
Norte de Santander	108	16	3	2	1	0	15	6	3	457	70	65	51	5	16
Putumayo	14	6	0	1	1	0	13	1	1	129	20	10	74	14	7
Quindío	20	4	2	1	1	0	10	1	0	171	29	27	54	6	0
Risaralda	24	6	2	0	1	0	41	1	6	388	40	41	28	5	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	0	3	0	1	0	0	0	0	15	3	2	0	0	0
Santa Marta D.T.	5	1	1	0	0	0	3	2	0	78	7	16	18	0	2
Santander	53	9	9	0	1	0	37	11	10	355	61	54	149	30	35
Sucre	42	8	5	2	1	0	27	10	5	248	30	40	109	10	7
Tolima	30	6	6	6	1	0	18	4	3	560	72	59	78	14	8
Valle del Cauca	77	10	8	2	1	0	14	6	2	660	91	66	176	8	10
Vaupés	1	0	1	3	1	0	0	2	0	7	1	0	9	3	0
Vichada	1	0	0	0	1	0	3	0	0	6	6	0	8	6	0
Total nacional	2.653	408	321	576	32	14	3.449	266	670	13.879	1.961	1.909	4.482	511	453

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 26

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		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 confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados 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	26	41	0	0	0	0	34	39	6	7
Antioquia	0	0	0	0	909	1.619	1	0	0	1	2.642	2.549	612	635
Arauca	1	0	0	0	156	101	0	0	0	0	84	99	10	10
Atlántico	0	0	0	0	188	165	0	0	0	0	445	477	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	100	150	0	0	0	0	436	478	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.667	1.514	1	1	0	2	2.425	2.692	0	0
Bolívar	0	0	0	0	214	303	0	0	0	0	277	271	211	253
Boyacá	1	0	0	0	246	276	0	0	0	0	494	511	68	152
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	70	100	0	0	0	0	46	40	8	7
Caldas	0	0	0	0	88	99	0	0	0	0	607	514	100	104
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	237	319	1	0	0	0	817	937	1	0
Caquetá	0	0	0	0	107	82	0	0	0	0	124	110	129	125
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	124	259	0	0	0	0	273	284	1	0
Casanare	5	1	0	0	177	146	0	0	0	0	142	166	3	0
Cauca	0	0	0	0	154	151	0	0	0	0	423	395	30	38
Cesar	3	0	0	0	356	510	0	0	0	0	299	319	60	257
Chocó	0	0	0	0	378	488	0	0	0	0	53	72	134	120
Córdoba	0	0	0	0	300	245	0	0	0	0	494	527	91	87
Cundinamarca	0	0	0	0	644	615	0	0	0	0	1.056	1.275	94	93
Guainía	0	0	0	0	32	29	0	0	0	0	13	16	7	12
Guaviare	0	0	0	0	59	43	0	0	0	0	29	31	181	68
Huila	0	0	0	0	227	251	0	1	0	1	419	346	5	5
La Guajira	0	0	0	0	887	832	1	0	0	0	136	196	14	11
Magdalena	0	0	0	0	283	431	0	0	0	0	176	190	3	6
Meta	0	0	0	0	213	223	0	0	0	0	351	323	107	54
Nariño	0	1	0	0	359	380	0	0	0	0	698	804	136	120
Norte de Santander	0	0	0	0	345	379	2	0	0	0	517	595	126	101
Putumayo	0	0	0	0	102	109	0	0	0	0	162	145	134	142
Quindío	0	0	0	0	53	41	0	0	0	0	270	223	0	0
Risaralda	0	0	0	0	197	258	0	0	0	0	580	627	62	73
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	11	14	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	46	83	0	0	0	0	141	170	5	9
Santander	1	1	0	0	231	295	0	0	0	0	764	868	335	437
Sucre	0	0	0	0	117	205	0	2	1	0	237	256	56	43
Tolima	0	0	0	0	180	175	0	0	1	0	605	555	159	122
Valle del Cauca	0	0	0	0	214	350	0	0	0	0	650	681	8	6
Vaupés	0	0	0	0	41	18	0	0	0	0	33	48	28	6
Vichada	0	0	0	0	153	117	0	0	0	0	12	12	21	11
Total nacional	11	3	1	0	9.884	11.405	5	4	4	4	16.976	17.855	2.947	3.117



Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 26

 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	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados 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 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 en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Casos sospechosos	Casos sospechosos
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
Amazonas	0	0	0	0	2	0	3	1	0	0	1	0
Antioquia	15	5	15	10	5	1	15	27	7	5	70	138
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	3	5
Atlántico	1	4	5	2	1	0	4	2	4	3	15	16
Barranquilla D.E.	2	5	3	2	1	1	2	2	1	0	13	28
Bogotá D.C.	0	1	14	9	0	2	26	7	0	1	79	296
Bolívar	2	2	6	1	1	0	6	4	6	2	12	1
Boyacá	1	0	2	1	1	2	3	3	0	1	13	11
Buenaventura D.E.	2	0	2	0	0	2	2	2	2	1	3	2
Caldas	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	11	2
Santiago de Cali D.E.	5	0	4	3	0	2	5	7	1	0	23	35
Caquetá	4	2	1	1	0	0	5	2	2	1	4	0
Cartagena de Indias D.T.	2	5	4	1	0	1	4	3	2	1	11	10
Casanare	0	0	2	3	1	0	0	0	1	1	5	7
Cauca	0	0	5	1	2	2	5	5	1	2	16	9
Cesar	2	0	7	8	4	3	4	3	9	6	14	14
Chocó	0	0	8	4	16	4	18	18	23	12	6	4
Córdoba	0	2	8	4	1	3	7	7	3	5	19	19
Cundinamarca	1	1	8	5	0	2	8	12	2	1	37	35
Guainía	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	0
Guaviare	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0
Huila	2	2	4	2	0	0	5	3	2	1	12	11
La Guajira	1	0	11	8	14	9	20	9	27	19	11	0
Magdalena	0	3	6	0	1	1	7	6	8	5	10	2
Meta	0	1	5	1	1	1	4	5	4	2	12	7
Nariño	1	0	7	4	1	1	7	11	3	2	17	6
Norte de Santander	1	1	6	2	1	1	3	1	4	0	17	14
Putumayo	0	2	1	0	0	0	2	1	1	0	4	3
Quindío	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	6	5
Risaralda	3	4	3	2	5	6	5	5	5	3	10	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	5	0	1	0	2	0	0	0	6	9
Santander	1	0	5	2	1	0	5	2	1	0	24	9
Sucre	1	2	3	1	0	0	3	5	1	0	10	21
Tolima	7	12	3	2	2	0	6	3	1	0	14	8
Valle del Cauca	2	2	3	2	1	0	7	7	4	1	20	31
Vaupés	0	0	0	0	2	3	2	0	0	2	1	0
Vichada	0	0	2	1	1	0	1	3	5	1	0	0
Total nacional	274	433	155	85	71	50	205	169	126	83	533	760

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 Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 26

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados 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	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	3	9	13	0	0	33	36	1	0	270	345
Antioquia	88	68	592	666	0	0	1.731	2.345	54	79	11.183	9.803
Arauca	24	11	89	94	0	0	69	66	1	0	546	629
Atlántico	24	10	171	186	0	0	212	284	8	16	1.191	1.330
Barranquilla D.E.	40	9	219	186	0	0	402	461	9	14	1.230	1.366
Bogotá D.C.	86	33	463	469	0	0	781	748	19	11	14.298	16.507
Bolívar	22	16	145	164	1	0	80	119	2	1	1.163	1.251
Boyacá	11	14	52	47	0	0	76	105	1	3	1.964	2.322
Buenaventura D.E.	12	11	72	59	0	0	82	125	2	2	197	150
Caldas	8	15	63	97	0	0	160	135	2	0	1.474	1.532
Santiago de Cali D.E.	15	7	227	268	0	1	756	758	25	26	3.901	3.574
Caquetá	4	8	44	54	0	0	118	144	2	1	537	541
Cartagena de Indias D.T.	37	23	151	221	0	2	201	262	2	6	681	740
Casanare	19	18	64	80	0	1	74	112	2	5	424	462
Cauca	8	8	98	78	0	2	136	150	2	1	1.654	1.600
Cesar	22	11	175	135	0	0	182	240	1	3	1.047	1.064
Chocó	26	19	118	126	0	0	96	127	1	1	205	237
Córdoba	15	7	163	135	1	0	124	156	2	5	1.844	1.603
Cundinamarca	36	23	183	251	0	0	275	304	7	4	6.438	7.659
Guainía	3	4	8	8	0	0	9	10	0	0	98	95
Guaviare	2	2	13	11	0	0	24	20	1	0	145	180
Huila	7	5	81	72	0	0	191	240	5	6	3.139	3.159
La Guajira	38	18	182	208	0	0	241	331	4	4	670	697
Magdalena	17	14	115	121	0	2	76	100	1	1	716	787
Meta	27	24	124	165	0	0	303	440	10	13	1.185	1.250
Nariño	9	8	122	118	0	0	97	107	2	3	2.033	2.628
Norte de Santander	50	31	250	287	0	0	330	389	8	4	1.929	1.999
Putumayo	4	2	49	53	0	1	48	71	2	2	629	792
Quindío	5	1	49	59	0	0	135	164	1	1	1.295	1.260
Risaralda	14	13	88	103	0	0	299	388	13	8	1.866	1.867
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	3	7	0	0	3	12	0	0	97	133
Santa Marta D.T.	10	6	55	84	0	0	111	164	2	3	346	386
Santander	34	31	213	254	0	0	435	699	15	7	3.105	3.363
Sucre	13	13	107	103	1	0	49	59	0	0	949	962
Tolima	16	17	86	76	0	1	273	400	7	8	1.484	1.655
Valle del Cauca	14	20	148	184	0	0	350	435	10	14	3.442	3.675
Vaupés	1	0	2	2	0	0	6	12	0	0	101	204
Vichada	2	7	21	25	0	0	18	8	0	1	115	102
Total nacional	781	531	5.071	5.269	3	10	8.588	10.726	224	253	73.592	77.909



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 26
22 al 28 de junio de 2025

TEMA CENTRAL

Leishmaniasis en Colombia

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director 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: Sandra Milena Rivera Vargas. Situación nacional: Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. 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 María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. Brote y alertas: Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaño Fuentes. Tablas de mando: Gina Paola Flórez Piñeros, 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.

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.26>