



Ranking y evaluación de desempeño de las Entidades Territoriales 2025.



Desempeño de la vigilancia en salud pública

¡La clave está en fortalecer nuestros
conocimientos y compartirlos para
la mejora continua!

Semana
epidemiológica

51

14 al 20 de diciembre del 2025



BES


Boletín Epidemiológico Semanal



Pág.

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.

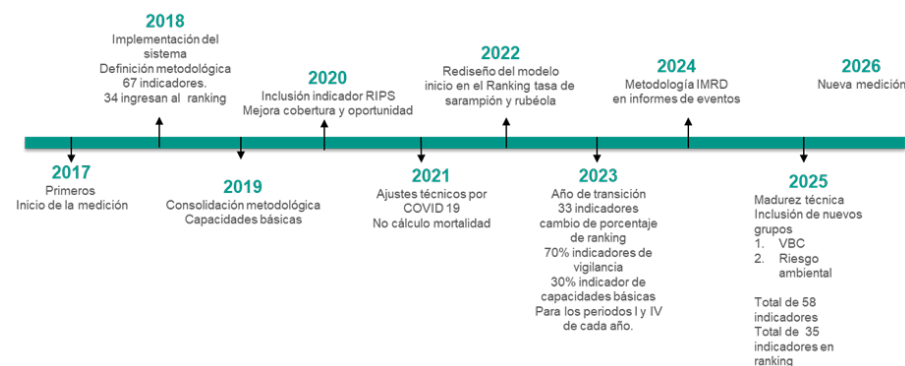
El BES es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, brotes, tablas de mando por departamento, pero debe complementarse con otras fuentes. El INS dispone para consulta abierta del BES, los **informes de evento** y Portal **Sivigila**. 

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

39

La evaluación del desempeño de las entidades territoriales en vigilancia en salud pública se ha consolidado, a lo largo de los últimos años, como una herramienta estratégica para comprender la evolución la capacidad del país para anticipar, detectar y responder a los eventos de interés en salud pública. Más allá de la presentación de cifras o posiciones en un ranking, este ejercicio permite analizar el comportamiento integral del sistema, identificar avances sostenidos en los territorios y reconocer aquellas áreas que aún requieren fortalecimiento. En este contexto, el análisis correspondiente al tercer trimestre de 2025 ofrece una visión comprensiva del estado actual del sistema de vigilancia en Colombia.

Figura 1. Línea del tiempo de la evaluación de desempeño: hitos en la historia, año 2017 a 2026



Fuente: elaboración propia

Desde el inicio de la medición formal del desempeño en el 2017, el modelo de evaluación ha transitado por un proceso continuo de aprendizaje, ajuste y consolidación. Cada periodo evaluado ha generado insumos clave para el refinamiento metodológico, la ampliación del alcance de los indicadores y la mejora en la interpretación de los resultados. Este proceso no ha sido lineal ni exento de desafíos, especialmente en contextos complejos como la pandemia por COVID 19 y la adaptación a nuevas prioridades epidemiológicas. No obstante, estos retos han contribuido al fortalecimiento del enfoque técnico de la evaluación, alcanzando en el 2025 un nivel de madurez que se refleja de manera consistente en el comportamiento de los indicadores.



TEMA CENTRAL

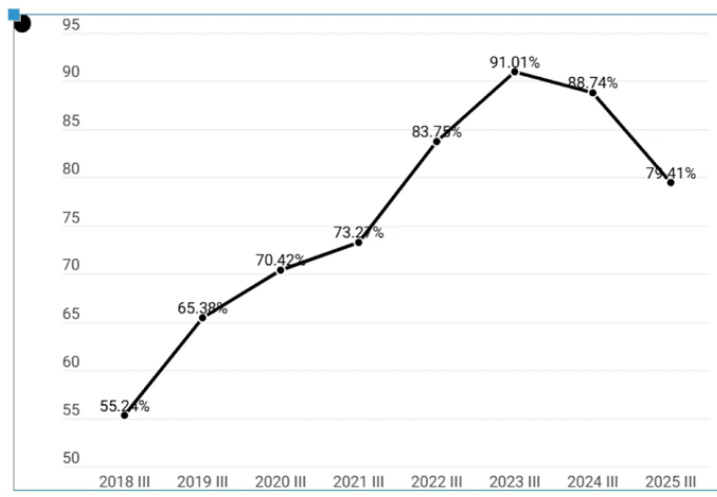
Una mirada al desempeño de la vigilancia en salud pública en Colombia: resultados del tercer trimestre del 2025

Claudia Marcella Hugett Aragón, chuguett@ins.gov.co
Gina Paola Flórez Piñeros, gfllorez@ins.gov.co

El ejercicio de evaluación con corte al tercer trimestre del 2025 se desarrolló a partir de la información oficial reportada al sistema Sivigila, considerando un conjunto amplio de indicadores que abarcan los distintos componentes de la vigilancia en salud pública. Esta aproximación integral permite comprender el desempeño no como un resultado aislado, sino como la articulación de procesos interdependientes, que incluyen el cumplimiento de lineamientos, la gestión en salud pública, la calidad y oportunidad de la información, la capacidad de análisis de los casos y el soporte diagnóstico desde el laboratorio.

En relación con los indicadores de cumplimiento de lineamientos, se evidencia que la mayoría de las entidades territoriales ha logrado consolidar los procesos básicos que sustentan la operación del sistema. La actualización de directorios, la disponibilidad de talento humano, la conformación de equipos de respuesta rutinarias en gran parte del país. Este comportamiento sugiere una apropiación progresiva de los lineamientos nacionales y una mayor estabilidad administrativa para soportar las acciones de vigilancia en salud pública.

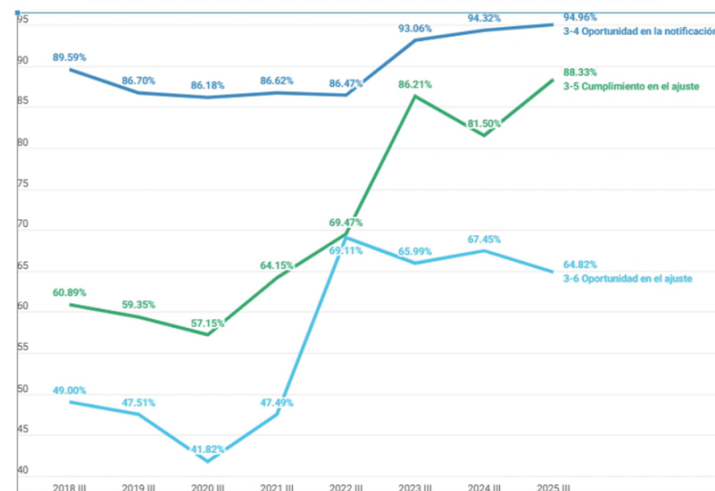
Figura 2. Comportamiento nacional del indicador de porcentaje de investigación en parálisis flácida aguda dentro de las 48 horas, promedio nacional durante los terceros periodos históricos del 2018 al 2025



Fuente: Sivigila, 2018 al 2025

En cuanto a la gestión en salud pública, los resultados del tercer trimestre del 2025 muestran avances significativos en la respuesta frente a eventos de alto impacto epidemiológico. Indicadores relacionados con la investigación de parálisis flácida aguda, la atención de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y la vigilancia de eventos priorizados reflejan una mejora sostenida en la capacidad operativa de los territorios. Este desempeño da cuenta no solo del cumplimiento de los protocolos, sino también del fortalecimiento de los equipos técnicos locales y de su articulación con el nivel nacional.

Figura 3. Comportamiento nacional de los indicadores de oportunidad en la notificación, cumplimiento en el ajuste y oportunidad en el ajuste, promedio nacional durante los terceros periodos históricos del 2018 al 2025



Fuente: Sivigila 2018 al 2025

La evolución de los indicadores del subsistema de información en salud pública entre el tercer trimestre del 2018 y el del 2025 permite evidenciar un proceso progresivo de maduración del sistema. La oportunidad en la notificación presenta un comportamiento relativamente estable hasta el 2022, con valores cercanos al 86 %, lo que indica la existencia de capacidades consolidadas, aunque con limitaciones estructurales. A partir del 2023 se observa un incremento significativo, alcanzando en el 2025 su valor más alto (94,9 %), lo que refleja una mejora sustancial en los procesos de reporte oportuno.

El cumplimiento en el ajuste muestra uno de los avances más relevantes del subsistema de información. Tras niveles moderados y un descenso observado en el 2020, a partir del 2021 se inicia una tendencia ascendente sostenida, que se consolida en el 2023 al superar el 86 %. En el 2025, este indicador alcanza el 88,3 %, evidenciando una mayor capacidad de los territorios para realizar y cerrar adecuadamente los ajustes de los casos notificados.

Por su parte, la oportunidad en el ajuste es el indicador que históricamente ha presentado mayores desafíos. Entre el 2018 y el 2020 se registran valores bajos, con un descenso notable en el 2020, lo que refleja las dificultades del sistema para realizar los ajustes dentro de los tiempos establecidos. A partir del 2021 se observa una mejora progresiva, con un aumento significativo en el 2022, cuando el indicador supera el 69 %. En los años siguientes, el comportamiento se mantiene relativamente estable, con valores que oscilan entre el 64 % y el 67 %. Aunque este indicador no alcanza aún los niveles de los otros dos, su evolución muestra un avance claro frente a los primeros años del periodo analizado.

En conjunto, la gráfica evidencia un proceso de maduración gradual del subsistema de información, en el cual la notificación oportuna se consolida como una fortaleza del sistema, el cumplimiento en el ajuste muestra avances significativos y sostenidos, y la oportunidad en el ajuste, aunque continúa siendo un reto, presenta mejoras importantes frente a los valores históricos. Estos resultados reflejan el impacto de los ajustes metodológicos, el fortalecimiento de capacidades territoriales y la mayor apropiación de los procesos de vigilancia, especialmente a partir del 2023, consolidando una gestión de la información más robusta y alineada con las necesidades del sistema de salud pública.

En el tercer trimestre del 2025, la entidad territorial que ocupó el primer lugar evidenció un desempeño sobresaliente en los indicadores del subsistema de información. La oportunidad en la notificación alcanzó un 94,9 %, reflejando la consolidación de los procesos de reporte oportuno al sistema SIVIGILA. Asimismo, el cumplimiento en el ajuste registró un 88,3 %, lo que demuestra avances significativos en la gestión y cierre adecuado de los casos. Por su parte, la oportunidad en el ajuste, con un 64,8 %, si bien continúa siendo un aspecto por fortalecer, muestra una mejora frente a periodos anteriores. En conjunto, estos resultados confirman el alto nivel de madurez técnica alcanzado por la entidad territorial de Nariño durante el año 2025.

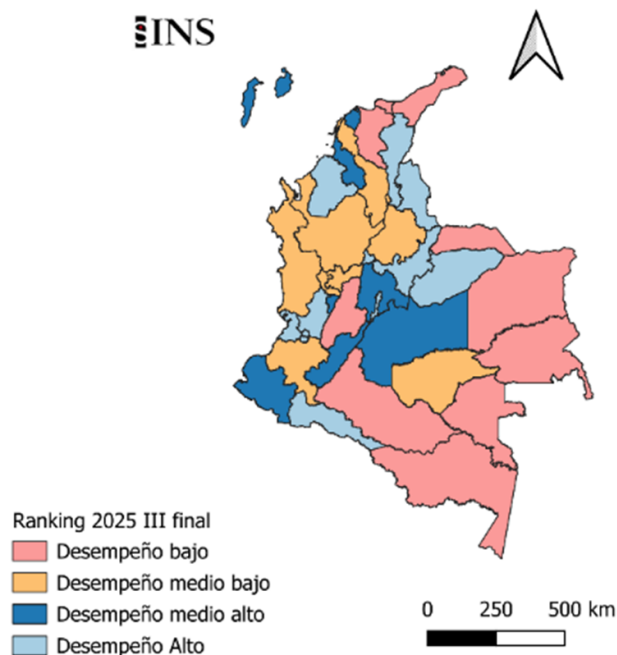
El subsistema de información continúa siendo uno de los pilares más sólidos del sistema de vigilancia. Durante el periodo evaluado, la notificación por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos se mantuvo en niveles cercanos al cumplimiento total, y se observan mejoras consistentes en la oportunidad y el ajuste de los casos. Estos resultados evidencian un mayor control sobre la calidad de la información, así como una comprensión más clara de la importancia del cierre oportuno de los eventos para la toma de decisiones en salud pública.

La unidad de análisis, por su parte, se consolida cada vez más como un componente estratégico del sistema. Los resultados del tercer trimestre del 2025 muestran un alto nivel de cumplimiento en la realización, cargue y cierre de las unidades de análisis, así como en la calidad metodológica de las mismas. En varios territorios, estos procesos han alcanzado niveles óptimos, lo que permite una comprensión más profunda de los eventos y facilita la formulación de acciones de control y prevención basadas en evidencia.

El componente de laboratorio también presenta un panorama favorable en términos generales. Los indicadores asociados a eventos de interés nacional, como meningitis meningocócica, sarampión, rubéola, Chagas agudo y VIH, muestran altos niveles de cumplimiento, lo que refleja el fortalecimiento de la red de laboratorios y de los procesos diagnósticos en el país. No obstante, el análisis detallado permite identificar que en algunos territorios persisten dificultades logísticas que afectan la oportunidad en el envío de muestras, recordando que el fortalecimiento del laboratorio sigue siendo un desafío permanente para el sistema de vigilancia.

El ranking de desempeño de las entidades territoriales correspondiente al tercer trimestre del 2025 evidencia una diferenciación clara entre los niveles de desempeño, reflejando el grado de consolidación alcanzado por los territorios en la implementación de los procesos de vigilancia en salud pública. La clasificación por grupos permite una lectura integral del comportamiento nacional y facilita la identificación de fortalezas y brechas persistentes.

Figura 4. Ranking de desempeño para la gestión de la vigilancia en salud pública a corte tercer trimestre del 2025



Fuente: elaboración propia

El ranking de desempeño evidencia una diferenciación clara entre los niveles alcanzados por las entidades territoriales, reflejando el grado de consolidación de los procesos de vigilancia. En el grupo de **desempeño alto** se concentran las entidades con porcentajes superiores al 92 %, destacándose Boyacá, Valle del Cauca, Barranquilla D. E., Cartagena de Indias D. T. y Putumayo, las cuales muestran un comportamiento consistente en los diferentes grupos de indicadores.

El grupo de **desempeño medio alto**, conformado por entidades con porcentajes entre el 88 % y el 92 %, evidencia avances sostenidos, aunque con oportunidades de mejora puntuales. Por su parte, las entidades clasificadas en desempeño medio bajo reflejan un comportamiento heterogéneo, con brechas persistentes en indicadores más exigentes como la oportunidad en el ajuste, la unidad de análisis y el componente de laboratorio. Las entidades clasificadas

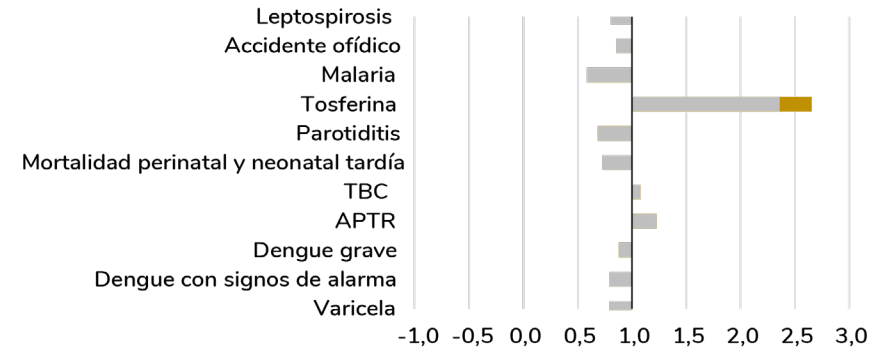
en desempeño medio bajo, con porcentajes que oscilan aproximadamente entre el 82 % y el 88 %, reflejan un desempeño heterogéneo entre los distintos grupos de indicadores. Santiago de Cali D. E. (88,6 %), Risaralda (88,5 %), Santander (87,6 %) y Cauca (86,2 %) son ejemplos de territorios que han logrado consolidar algunos procesos clave, como la notificación y el cumplimiento de lineamientos, pero que aún enfrentan dificultades en indicadores más exigentes, especialmente aquellos relacionados con la oportunidad y calidad de los ajustes, la unidad de análisis y el componente de laboratorio. Este grupo representa un escenario prioritario para acciones de acompañamiento técnico focalizado.

Finalmente, el grupo de **bajo desempeño** agrupa a las entidades territoriales con porcentajes inferiores al 81 %, entre las que se encuentran Arauca (80,1 %), La Guajira (79,4 %), Magdalena (78,6 %), Amazonas (76,0 %) y Buenaventura (57,0 %). En estos territorios se evidencian brechas persistentes en varios grupos de indicadores, lo que sugiere limitaciones estructurales, operativas y de capacidad técnica que afectan de manera transversal el desempeño en vigilancia en salud pública. La ubicación de estas entidades en el ranking resalta la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales de asistencia técnica, formación del talento humano y mejora de los procesos de gestión y análisis de la información.

En conjunto, el ranking del tercer trimestre del 2025 muestra un avance general del desempeño nacional, con una mayor concentración de entidades en los niveles y medio altos, lo que evidencia la madurez progresiva del modelo de evaluación. No obstante, la persistencia de brechas entre territorios confirma la importancia de continuar utilizando el ranking como una herramienta orientadora para la toma de decisiones, la priorización de acciones y el fortalecimiento continuo del sistema de vigilancia en salud pública.

Para la semana epidemiológica 51 del 2025, se identifica que el evento Tosferina se encontró por encima de lo esperado, 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, a Semana Epidemiológica 51 del 2025.



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia



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, a Semana Epidemiológica 51 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	195 421	162 187	1,38	0,17

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 51 del 2025, el evento de zika se encuentra por encima de lo esperado, mientras los eventos de leishmaniasis cutánea y mortalidad por dengue se encontró 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 51 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	13	5	0.00
Leishmaniasis cutánea	6	85	0.00
Mortalidad por dengue	1	5	0.03
Lepra	3	5	0.16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0.22
Chicungunya	0	1	0.37
Leishmaniasis mucosa	0	1	0.45

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.

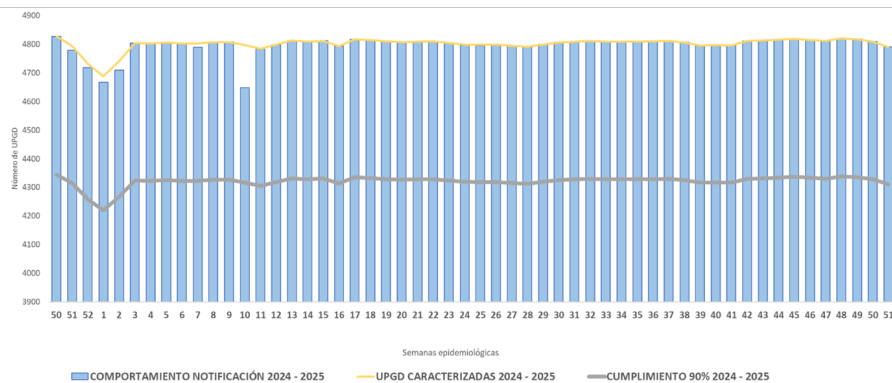
A partir de la semana 17 del 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

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 a la semana 51 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 51 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 709 / 4 709); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y un incremento del 0,3 % a la semana 51 del año 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo 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, a Semana Epidemiológica 51 del 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos 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 de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. 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://bit.ly/3130q>

A semana epidemiológica 51 del 2025, se han notificado 710 muertes probables en menores de cinco años: 423 por infección respiratoria aguda (IRA), 183 por desnutrición (DNT) aguda y 104 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, diez casos de IRA, nueve de DNT aguda y dos 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 51 del 2025 se han notificado 689 fallecimientos (413 por IRA, 174 por DNT aguda y 102 por EDA); de estos, 412 casos han sido confirmados, 130 han sido descartados y 147 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 51, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 51 2025			Casos en estudio a SE 51 2025			Tasa a SE 51 2024			Tasa a SE 51 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	127	221	64	26	99	22	5,49	8,47	3,40	3,44	5,99	1,74
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	4	28	2	4	14	2	3,95	5,57	1,86	0,94	6,59	0,47
Arauca	1	1	0	1	1	0	4,17	12,50	0,00	4,23	4,23	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	2	5,83	10,00	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	2	2	0	1	0	2,33	6,98	1,16	0,00	2,40	2,40
Bogotá D. C.	0	16	0	0	6	0	0,00	5,65	0,23	0,00	3,69	0,00
Bolívar	1	6	0	1	1	1	1,79	9,82	1,79	0,90	5,41	0,00
Boyacá	0	6	3	1	2	0	0,00	5,86	0,00	0,00	7,11	3,56
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	1	8,83	8,83	8,83	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	0	0	0,00	5,17	1,72	0,00	1,75	1,75
Santiago de Cali D. E.	0	7	1	0	2	0	0,85	5,93	0,00	0,00	6,08	0,87
Caquetá	2	2	0	1	3	1	7,47	17,44	2,49	5,03	5,03	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	7	1	0	2	0	2,52	10,10	1,26	1,30	9,09	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	7,65	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	6	4	2	3	1	0,80	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	11	6	3	1	1	0	8,14	6,66	3,70	8,16	4,45	2,23
Chocó	36	26	14	10	12	4	56,74	52,14	56,74	55,37	39,99	21,53
Córdoba	9	10	3	0	2	1	4,06	6,96	1,74	5,27	5,85	1,76
Cundinamarca	0	13	0	0	8	1	0,00	3,54	0,00	0,00	5,73	0,00
Guainía	2	2	1	0	0	0	0,00	67,82	27,13	26,72	26,72	13,36
Guaviare	0	2	1	0	0	0	11,76	11,76	0,00	0,00	23,81	11,91
Huila	1	1	0	0	3	0	0,93	4,64	0,00	0,94	0,94	0,00
La Guajira	28	18	13	1	11	1	42,62	32,86	22,20	24,95	16,04	11,58
Magdalena	7	9	1	0	1	0	14,19	12,01	1,09	7,71	9,91	1,10
Meta	2	6	1	0	1	1	8,04	5,74	3,45	2,32	6,96	1,16
Nariño	2	9	1	0	2	0	2,34	2,34	0,78	1,58	7,11	0,79
Norte de Santander	0	3	1	0	1	0	3,37	3,37	1,68	0,00	2,56	0,85
Putumayo	0	1	0	0	1	1	2,98	5,95	2,98	0,00	2,98	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	5	7	4	5	1	13,17	13,17	13,17	1,67	8,35	11,69
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. E.	2	3	0	0	2	1	0,00	2,25	4,49	4,54	6,81	0,00
Santander	0	2	0	0	0	0	0,64	3,84	4,48	0,00	1,30	0,00
Sucre	1	5	0	0	1	0	10,17	6,78	0,00	1,14	5,69	0,00
Tolima	0	2	0	0	3	0	0,00	6,39	2,13	0,00	2,15	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	2	1	2,25	7,48	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	2	4	4	0	2	1	36,48	36,48	18,24	36,42	72,83	72,83
Vichada	8	4	0	0	1	0	49,56	68,15	6,20	48,18	24,09	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 la 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 413 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 151 confirmadas por clínica y 70 por laboratorio, 93 descartadas y 99 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 51 fueron 316, para una tasa de mortalidad de 8,5. casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 51 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Bolívar, Casanare, Chocó, Cundinamarca y La Guajira, Santander y, a nivel municipal, en Cáceres, Rionegro, Soledad, Güicán de La Sierra, Valledupar, Pueblo Bello, Facatativá, Soacha, Lloró, Villavicencio, San Andrés de Tumaco D. E. y Cumaribo. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Enterovirus*, *Haemophilus influenzae B*, *Staphylococcus Aureus*, *Adenovirus*, *Bordetella pertussis*, *Influenza A*, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis* (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 51, 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	14	7	5	2	2	30	13	2	6	0	0	21
Virus Sincitial Respiratorio	37	5	1	1	0	44	17	1	2	1	0	21
Enterovirus	8	5	3	2	1	19	11	1	4	0	0	16
Haemophilus influenzae B	5	2	2	0	0	9	8	3	0	0	0	11
Staphylococcus aureus	12	2	2	2	0	18	8	1	2	0	0	11
Adenovirus	9	6	2	0	0	17	6	0	2	1	1	10
Bordetella pertussis	1	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	10
Influenza A	7	3	0	0	3	13	7	0	2	1	0	10
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	6	2	2	0	0	10
Moraxella catarrhalis	4	1	2	2	1	10	4	3	1	0	0	8
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	6	1	0	1	0	8
Influenza B	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	3
Klebsiella pneumoniae	5	1	1	0	1	8	2	1	0	0	0	3
Metapneumovirus	5	1	1	1	0	8	3	0	0	0	0	3
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Pseudomona aeruginosa	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	135	40	24	14	10	223	108	18	21	5	1	153

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 174 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 127 fueron confirmadas, 21 descartadas y 26 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 51 fue de 205, para una tasa de mortalidad de 5,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 51 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Barranquilla D. E., Bolívar, Cesar, Chocó, Cundinamarca,

La Guajira, Magdalena, Meta, Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró, Riohacha D. E., Maicao y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 102 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cinco confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli*, *Norovirus*, *Adenovirus* y *Klebsiella pneumoniae*), 59 confirmadas por clínica, 16 descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 51 fue de 127 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 51 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira, Vaupés y Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Uribe, Mistrató y Mitú. . 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, 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 <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33810/UF028779>

En la semana epidemiológica 51 del año 2025 se notificaron al Sivigila nueve casos: siete muertes maternas tempranas y dos muertes maternas tardías. El país acumula 196 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 187 residen en territorio colombiano y nueve 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 51, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	257	147	57	461
2023	225	152	74	451
2024	193	125	42	360
2025p	187	128	39	354

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

A la semana epidemiológica 51 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C., La Guajira, Antioquia, Cesar y Norte de Santander. En comparación con el promedio histórico 2021–2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional y en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D. C., Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Meta y Norte de Santander. Ver el comportamiento de las demás entidades territoriales en la tabla 6.

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Bagadó (Chocó), Segovia (Antioquia), Abrego (Norte de Santander) 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 51 del año 2025, el 62,0 % corresponden a causas directas y el 31,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,3 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 51, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 51	Acumulado de casos a SE 51	
		2024	2025
Colombia	282	193	187
Bogotá D. C.	27	20	19
La Guajira	24	23	17
Antioquia	23	15	16
Cesar	13	11	13
Norte de Santander	8	5	12
Chocó	14	15	9
Magdalena	11	5	9
Nariño	12	9	9
Atlántico	9	5	8
Cundinamarca	14	13	8
Barranquilla D. E.	6	4	6
Córdoba	13	7	6
Santander	8	5	6
Santiago de Cali D. E.	7	5	5
Huila	6	6	5
Bolívar	11	3	4
Casanare	3	1	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	1	0	3
Meta	8	7	3
Santa Marta D. T.	7	2	3
Tolima	7	4	3
Caquetá	3	0	2
Cartagena de Indias D. T.	8	0	2
Putumayo	3	4	2
Risaralda	4	2	2
Sucre	6	2	2
Valle del Cauca	6	3	2
Buenaventura D. E.	3	3	1
Cauca	7	7	1
Quindío	2	0	1
Vichada	4	3	1
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	1	1	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 51	Valor observado SE 51
Colombia	282	187
Dibulla (La Guajira)	0	3
Bagadó (Chocó)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Abrego (Norte de Santander)	0	2
San Rafael (Antioquia)	0	1*
Solita (Caquetá)	0	1*
Ubaté (Cundinamarca)	0	1*
Puerto Colombia (Guainía)	0	1*
Sabana de Torres (Santander)	0	1*
Maicao (La Guajira)	6	1

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

*Municipios que en el promedio histórico 2021 – 2024 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 8 Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 51	Número de casos y proporción a SE 51 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	209	225	100	193	100	187	100
DIRECTA	137	152	67,6	121	62,7	116	62,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	39	43	19,1	35	18,1	36	19,3
Hemorragia obstétrica	38	37	16,4	38	19,7	34	18,2
Sepsis obstétrica	15	19	8,4	11	5,7	13	7,0
Evento tromboembólico como causa básica	18	24	10,7	11	5,7	12	6,4
Embarazo ectópico	10	11	4,9	9	4,7	7	3,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	6	5	2,2	6	3,1	7	3,7
Embolia de líquido amniótico	4	4	1,8	4	2,1	4	2,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,3	3	1,6	3	1,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	2	1	0,4	2	1,0	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	1,8	1	0,5	0	0,0
INDIRECTA	67	69	30,7	65	33,7	59	31,6
Otras causas indirectas	28	26	11,6	29	15,0	23	12,3
Otras causas indirectas: neumonía	10	13	5,8	7	3,6	20	10,7
Sepsis no obstétrica	11	12	5,3	10	5,2	7	3,7
Otras causas indirectas: cáncer	10	10	4,4	9	4,7	5	2,7
Otras causas indirectas: malaria	1	2	0,9	0	0,0	3	1,6
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,3	4	2,1	1	0,5
Otras causas indirectas: dengue	3	2	0,9	4	2,1	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	0,9	1	0,5	1	0,5
En estudio	4	2	0,9	6	3,1	11	5,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 - 2024, datos preliminares 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 la ocurrida 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 la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

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

A semana epidemiológica 51 del 2025 se han notificado 5 601 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 544 corresponden a residentes en Colombia y 57 a residentes en el exterior. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (661), Antioquia (645), Cundinamarca (364), Santiago de Cali D. E. (259) y La Guajira (251). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 51 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Chocó, Sucre y Putumayo. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, se encontró un aumento estadísticamente significativo con respecto al comportamiento histórico en: Agustín Codazzi (Cesar), Duitama (Boyacá), Garzón (Huila), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Cota (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Puerto Triunfo (Antioquia), Restrepo (Meta), Abejorral (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Barranco de Loba (Bolívar) y Palermo (Huila), (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,7 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,4 %, neonatales tardías con 18,1 % y fetales intraparto con 9,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,5 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,6 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 51 del 2025 (datos preliminares) frente a 2024 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican 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 51, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 51	Acumulado de casos a SE 51	
		2024	2025
Colombia	7 843	5 736	5 544
Bogotá, D.C.	865	725	661
Antioquia	871	644	645
Cundinamarca	418	359	364
Santiago de Cali D. E.	302	258	259
La Guajira	417	286	251
Córdoba	405	258	249
Cesar	275	179	195
Nariño	210	185	170
Valle del Cauca	209	174	168
Barranquilla D. E.	308	183	167
Cartagena de Indias D. T.	261	169	167
Cauca	256	174	165
Bolívar	227	142	161
Meta	183	140	160
Santander	240	159	154
Norte de Santander	243	148	145
Magdalena	190	152	134
Atlántico	249	151	129
Huila	177	128	129
Tolima	166	118	114
Boyacá	141	108	113
Chocó	194	152	106
Sucre	194	135	106
Risaralda	115	90	79
Buenaventura D. E.	82	52	73
Caldas	98	82	71
Santa Marta D. T.	97	44	66
Caquetá	65	43	58
Casanare	80	56	56
Quindío	61	47	45
Arauca	65	37	39
Putumayo	61	56	38
Vichada	40	34	36
Amazonas	17	13	19
Guainía	19	15	15
Vaupés	16	15	13
Guaviare	13	10	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	14	15	12

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 51 2020 - 2024	Valor observado a SE 51 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	7 843	5 544	-
Agustín Codazzi (Cesar)	18	28	32
Duitama (Boyacá)	15	19	2
Garzón (Huila)	12	17	1
Tocancipá (Cundinamarca)	8	15	24
Timbiquí (Cauca)	6	12	25
Altos del Rosario (Bolívar)	3	8	11
Aguazul (Casanare)	4	8	47
Villapinzón (Cundinamarca)	3	8	15
Cota (Cundinamarca)	4	8	2
Tenjo (Cundinamarca)	2	7	19
Puerto Triunfo (Antioquia)	2	6	5
Restrepo (Meta)	2	6	4
Abejorral (Antioquia)	2	5	13
Buriticá (Antioquia)	1	5	13
Barranco de Loba (Bolívar)	2	5	2
Palermo (Huila)	2	5	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 51, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 51, 2023 -2025					
	2023 a SE 51	(%)	2024 a SE 51	(%)	2025 a SE 51	(%)
Colombia	6 841	100,0	5 736	100,0	5 544	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 690	24,7	1 493	26,0	1 414	25,5
Prematuridad-inmaturidad	1 230	18,0	949	16,5	939	16,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1 062	15,5	851	14,8	752	13,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	722	10,6	651	11,3	510	9,2
Infecciones	612	8,9	496	8,6	478	8,6
Malformación congénita	625	9,1	524	9,1	443	8,0
Otras causas de muerte	416	6,1	373	6,5	317	5,7
Sin información	68	1,0	0	0,0	302	5,4
Causas no específicas	161	2,4	166	2,9	169	3,0
Trastornos cardiovasculares	169	2,5	174	3,0	163	2,9
Lesión de causa externa	63	0,9	26	0,5	29	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	23	0,3	33	0,6	28	0,5

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

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

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



EVENTOS TRAZADORES



Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 51 del 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, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de 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/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual positiva en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias y hospitalizaciones en sala general; y una variación negativa en las atenciones en las hospitalizaciones en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (-30%) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 44 a 51 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 44 a SE 47 2025	SE 48 a SE 51 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	510 102	516 117	● 1,18%	
Hospitalización en sala general	21 613	21 882	● 1,24%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 924	2 698	● -7,73%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 51 del 2025 se notificaron 131 093 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2021), se observó incremento en Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Guainía y Huila. Las 29 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 a 51 del 2025) en 31 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025

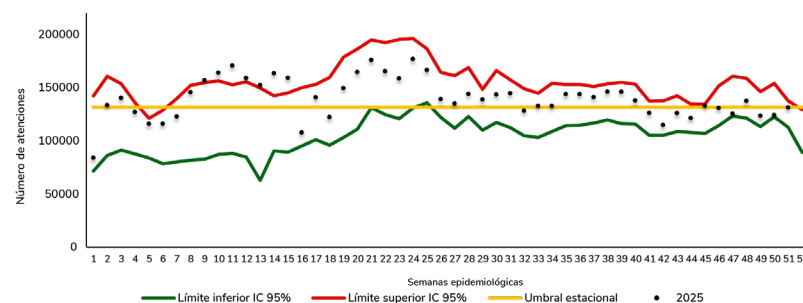
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	60 364	69 185	2 252	8 931
Atlántico	Soledad	97 012	147 247	6 766	7 026
Antioquia	Itagüí	81 688	88 851	4 307	6 619
Cundinamarca	Soacha	78 081	69 861	3 481	5 638
Antioquia	Bello	75 054	82 520	4 257	5 360
La Guajira	Uribia	56 063	44 984	1 865	4 001
Cundinamarca	Chía	64 873	47 749	2 925	3 898
Antioquia	Rionegro	29 302	58 976	2 173	3 286
Antioquia	Envigado	24 188	38 588	1 806	2 559
Valle del Cauca	Palmira	29 164	24 353	1 436	2 420
Santander	Floridablanca	28 096	29 084	1 868	2 136
Risaralda	Dosquebradas	27 892	18 005	1 142	1 949
Bolívar	Magangué	17 250	19 770	731	1 894
Santander	Barrancabermeja D. E.	19 709	25 733	562	1 662
Magdalena	Ciénaga	24 831	18 569	815	1 616
Córdoba	Sahagún	25 232	21 846	1 022	1 609
Cundinamarca	Zipaquirá	21 789	18 788	1 169	1 583
Valle del Cauca	Yumbo	13 978	13 197	1 070	1 579
Córdoba	Cerete	17 946	15 867	604	1 513
Antioquia	Turbo	14 509	30 233	653	1 456
Boyacá	Duitama	26 500	17 796	1 570	1 433
Córdoba	Lorica	15 970	14 107	941	1 346
Antioquia	Apartado	17 322	33 675	920	1 285
Boyacá	Sogamoso	16 793	17 766	1 162	1 242
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	8 951	6 845	792	1 148
Cundinamarca	Girardot	20 623	18 472	1 031	1 147
Valle del Cauca	Cartago	16 619	13 860	529	1 092
Cundinamarca	Facatativá	22 270	14 482	1 244	1 083
Norte de Santander	Ocaña	16 050	15 141	378	993
Cundinamarca	Madrid	19 154	12 655	711	967
Valle del Cauca	Tuluá	16 947	11 172	522	967
Cundinamarca	Funza	14 613	14 018	1 067	885
Casanare	Yopal	15 340	12 190	743	833
Cesar	Aguachica	9 604	9 709	852	830
Cauca	Santander de Quilichao	12 514	9 404	787	687
Huila	Pitalito	11 894	11 445	499	674
Santander	Piedecuesta	6 661	8 718	264	666
Atlántico	Malambo	9 225	24 727	380	587
Cundinamarca	Mosquera	6 309	6 381	341	453
Norte de Santander	Villa del Rosario	5 306	5 327	301	441
Santander	Girón	8 234	7 283	168	423
Cauca	Guapi	2 928	4 359	195	332
Nariño	La Florida	736	617	64	50

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 a 51 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 27,6 % (142 593) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 15,4 % (79 765). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 11,3 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,3 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas 16 a la 51 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican 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 51 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

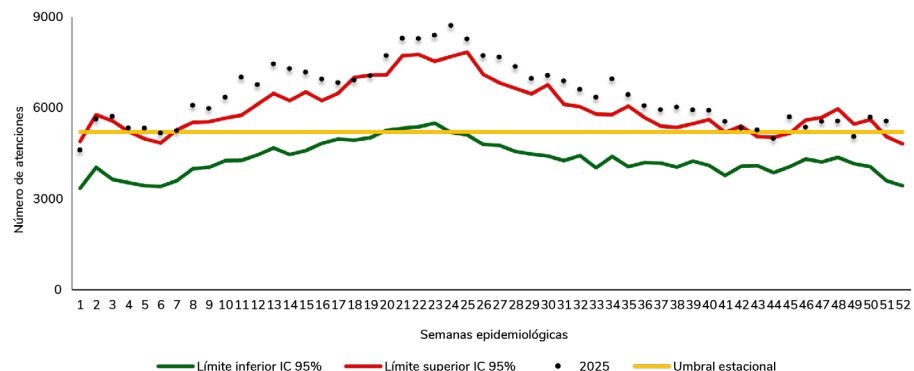
En la semana epidemiológica 51 del 2025 se notificaron 5 568 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Chocó, Guainía, Norte de Santander y Putumayo e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 a 51 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 540) representaron el 29,8 %, seguido de los menores de un año con el 17,3 % (3 790). La mayor proporción de hospitalización

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 25,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,3 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, se evidenció que las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior durante la mayoría de las semanas epidemiológicas, con excepción de las semanas 18 y 19. A partir de la semana 25 y hasta la semana 49 se observó una disminución ubicándose por debajo o sobre el límite superior; no obstante, en la semana 50 y 51 se identificó nuevamente una tendencia al incremento, 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 51 del 2025

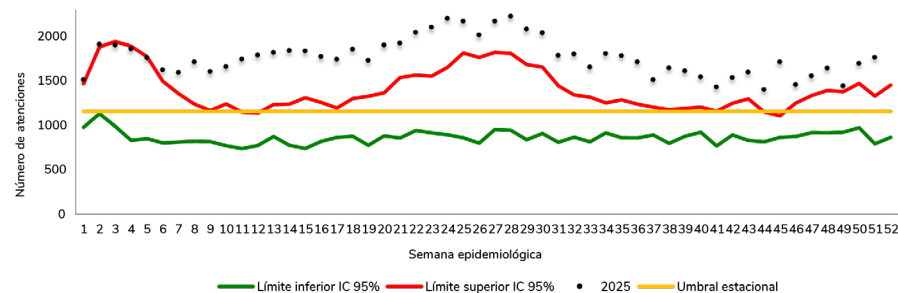


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 51 del 2025, se notificaron 1 763 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 51 se ubicó 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, Semanas Epidemiológica 01 a 51 del 2025



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

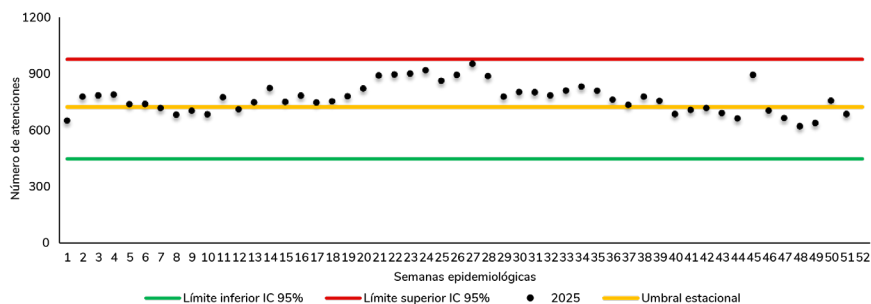
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 51 del 2025 se notificaron 685 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Caldas, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Huila, Quindío, Santa Marta D. T., Tolima y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Caquetá y Guaviare. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 a 51 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,6 % (976), seguido de los menores de un año con el 21,9 % (620) de las hospitalizaciones en este servicio. 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 menores de dos a cuatro años con el 29,6 %, seguido de los niños de un año con el 27,4 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, a nivel nacional se observa, desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39, una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior en la semana 28. Posteriormente, entre las semanas epidemiológicas 40 a 51 se evidencia una disminución, con valores que se ubican por debajo del umbral estacional, exceptuando las semanas 45 y 50, en las cuales se registran nuevamente valores por encima de dicho umbral (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 51 del 2025

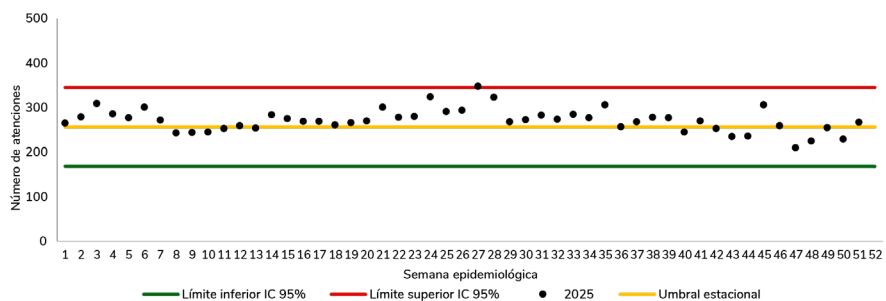


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 51 del 2025, se notificaron 267 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 que se ubica 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 51 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025 se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y hospitalizaciones en sala general y una variación negativa en las hospitalizaciones en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y 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 hospitalización en UCI/UCIM para semana 51 se encontraron dentro de los límites esperado; no obstante, el servicio de hospitalización en sala general se ubicó por encima del límite superior del canal endémico.

El comportamiento observado en las atenciones por IRA se encuentra estrechamente relacionado con factores ambientales y climáticos que influyen en la estacionalidad y la transmisión de los virus respiratorios, por lo cual resulta pertinente analizarlo en el contexto de las condiciones climáticas actuales del territorio nacional. Según el IDEAM, diciembre es un mes de transición climática, con disminución gradual de las lluvias en la región Andina y parte del Caribe; sin embargo, se mantienen condiciones de alta humedad en la región Pacífica y un aumento progresivo de las precipitaciones en la Amazonía, lo que favorece la circulación de virus respiratorios¹.

Este escenario climático adquiere especial relevancia en el contexto de la alerta epidemiológica emitida por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la cual advierte un aumento de la actividad de influenza estacional a nivel global hacia la semana epidemiológica 45 del 2025, con predominio de influenza tipo A, situación que podría incrementar la demanda de servicios hospitalarios, particularmente en los servicios de hospitalización en sala general y UCI/UCIM. Esta situación, sumada a las condiciones ambientales descritas y a la evidencia de circulación de influenza A(H3N2) en el país, podría incrementar la demanda de servicios de salud, particularmente en los servicios de hospitalización en sala general y en las unidades de cuidado intensivo (UCI/UCIM), especialmente en poblaciones de mayor riesgo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y considerando la estacionalidad del evento, así como el desarrollo del segundo pico respiratorio se insta a las entidades territoriales a:

- 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).

¹ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática y recomendación sectorial: diciembre 2025 – febrero 2026. Publicación N.º 370. Bogotá, D.C.: IDEAM; 2025.

- 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.
- 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 incremento o tendencia al alza en todas las subregiones excepto la Región Andina. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Recientemente a nivel global, se evalúa el drift antigénico que se evidenció en la cepa A(H3N2) con la aparición temprana de la temporada de gripe en el hemisferio norte. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Centroamérica y el Norte de América con tendencia al alza. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un descenso en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, la positividad para virus influenza se ha mantenido en promedio cercano al 10,0 % durante el año, con fluctuaciones semanales y mayor intensidad durante las primeras seis semanas epidemiológicas. En cuanto a los subtipos, se observa circulación concurrente de A(H1N1) y A(H3N2), con predominio de A(H1N1) durante el segundo semestre de 2025. En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 51, la actividad

viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento en la circulación de VSR y una disminución en rinovirus y adenovirus, mientras que los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 44 a 51 del 2025

Agente viral identificado	SE 44 a SE 47			SE 48 a SE 51			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	52,9	59,7	37,8	56,1	60,4	46,3	
Rinovirus	22,0	23,4	13,5	15,0	14,8	5,3	
VSR	16,6	24,0	2,7	21,8	30,9	5,3	
Enterovirus	7,7	6,5	2,7	8,3	7,4	15,8	
Adenovirus	10,4	13,6	2,7	6,0	7,4	-	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	8,9	1,9	27,0	12,8	3,7	-	
Parainfluenza	9,3	12,3	8,1	10,5	14,8	10,5	
Metapneumovirus	7,3	6,5	13,5	9,8	12,3	5,3	
A(H1N1)pdm09	9,3	3,9	18,9	6,0	-	15,8	
SARS-CoV2	2,7	2,6	8,1	1,5	1,2	5,3	
A(H3N2)	1,9	0,6	2,7	2,3	1,2	-	
Coronavirus	3,9	4,5	-	6,0	6,2	-	

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

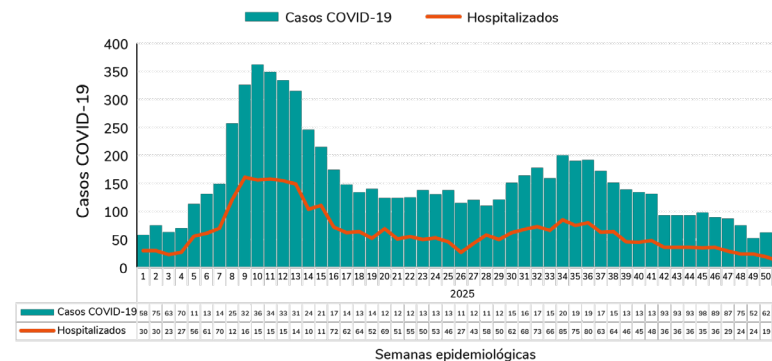
Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 51 del 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, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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

Figura 12. Comportamiento de COVID-19. Colombia, Semana Epidemiológica 01-51 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 51
*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 48-51), se registró una incidencia de 0,41 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 83 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 44-47), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel municipal en Florencia (Caquetá), Bucaramanga (Bucaramanga), Palmira (Valle del Cauca).

Entre las semanas epidemiológicas (44-47) y (48-51) se evidenció una disminución de casos de COVID-19 en la mayoría de los grupos de edad. Las reducciones más marcadas se observaron en el grupo de 10 a 19 años (-68,2 %), seguido de 5 a 9 años (-64,7 %), 90 a 99 años (-60,0 %), 20 a 29 años (-56,2 %) y 80 a 89 años (-56,2 %). En menores de un año la reducción fue del 37,4 (tabla 15).

En Colombia, con corte al 20 de diciembre de 2025 (semana epidemiológica 51) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 7 633 casos de COVID-19 (7 610 de procedencia Colombia y 23 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 a 51 del 2025), se ha observado una disminución del 41,4 %, con 215 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 44 a 47 del 2025), en el cual se reportaron 367 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 41,9 pasando de 136 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 79 casos en el periodo analizado (figura 12).

Tabla 15. Comportamiento de COVID-19 por grupos de edad en Colombia, Semana Epidemiológica 01-51 del 2025

Grupos de edad	SE 44-47	SE 48-51	Variación porcentual	Tendencia
Menor de un año	91	57	-37,36	
1 año	17	12	-29,41	
2 a 4 años	16	12	-25,00	
5 a 9 años	17	6	-64,71	
10 a 19 años	22	7	-68,18	
20 a 29 años	32	14	-56,25	
30 a 39 años	30	28	-6,67	
40 a 49 años	12	13	8,33	
50 a 59 años	20	19	-5,00	
60 a 69 años	28	17	-39,29	
70 a 79 años	26	21	-19,23	
80 a 89 años	16	7	-56,25	
90 a 99 años	5	2	-60,00	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	

Durante 2025, en Colombia se han notificado 137 fallecimientos asociados a COVID-19 (134 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,25 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. No se observan fallecimientos en las últimas cuatro semanas.

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, donde podrá ampliar 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 51 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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/buscador-eventos/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.

24

En la semana epidemiológica 51 del 2025 se notificaron 1 958 casos de dengue: 1 468 casos de esta semana y 572 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 122 634 casos, 76 070 (62,0 %) sin signos de alarma, 45 374 (37,0 %) con signos de alarma y 1 190 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,7 % (70 765) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Atlántico y Valle del Cauca (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 47 a 50 del 2025) el 57,0 % (4 780) de los casos se concentran en Cartagena de Indias D. T., Santa Marta D. T., Santander, Norte de Santander, Meta, Cesar, Barranquilla D. E., y Atlántico.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025.

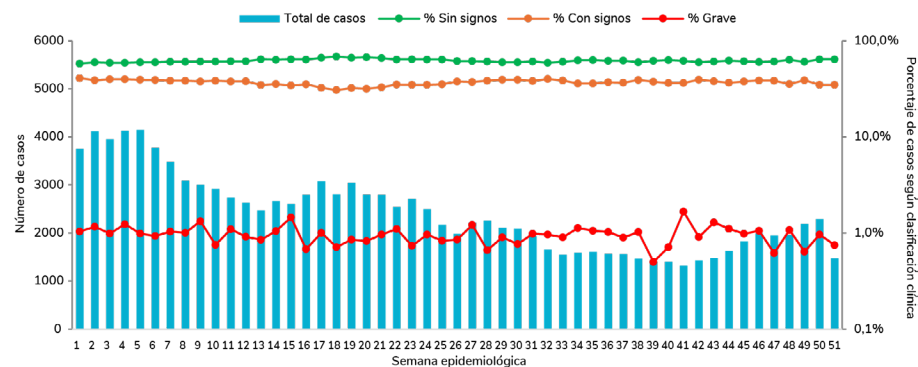
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 43-46 de 2025)	Observado (SE 47-50 de 2025)
Santander	10 987	32,9	0,6	601	590
Córdoba	10 363	37,4	0,3	326	294
Meta	10 271	33,3	1,1	439	546
Norte de Santander	8 676	40,7	1,3	589	572
Antioquia	8 372	34,5	0,8	375	379
Cartagena de Indias D. T.	7 068	23,4	1,0	635	1 023
Tolima	5 791	32,7	0,9	298	321
Atlántico	4 746	44,9	1,5	423	458
Valle del Cauca	4 491	26,0	0,5	234	256
Bolívar	4 421	38,9	0,8	379	382
Cesar	4 071	55,4	1,6	487	504
Cundinamarca	3 749	39,8	0,6	77	129
Sucre	3 658	57,2	0,8	122	138
Barranquilla D. E.	3 576	38,3	1,3	330	467
Santiago de Cali D. E.	3 352	34,5	0,7	170	202
Huila	3 252	35,7	3,1	69	143
La Guajira	3 226	58,6	1,5	244	305
Putumayo	2 986	27,9	0,7	69	103
Arauca	2 564	32,3	0,9	90	91
Magdalena	2 359	57,2	0,8	211	368
Caquetá	2 295	39,8	1,2	22	28
Santa Marta D. T.	1 547	48,0	0,8	271	620
Casanare	1 510	31,5	0,4	38	39
Chocó	1 205	17,5	1,0	117	64
Nariño	1 165	33,7	1,3	68	52
Risaralda	1 091	35,1	1,4	31	20
Guaviare	1 044	21,0	0,6	15	62
Cauca	1 019	37,4	1,5	20	26
Quindío	951	27,9	0,3	50	60
Vichada	725	31,2	0,6	10	7
Boyacá	708	45,5	0,1	15	30
Amazonas	417	27,6	0,2	43	34
Caldas	313	49,5	0,3	11	11
Exterior	296	50,7	5,1	12	21
Buenaventura D. E.	205	35,1	2,0	15	5
Vaupés	74	12,2	1,4	12	17
Archipiélago de San Andrés y providencia	54	40,7	0,0	2	3
Guainía	36	36,1	0,0	1	6
Colombia	122 634	37,0	1,0	6 921	8 376

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 SE: Semana Epidemiológica

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 47 a 50 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 43 a 46 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla D. E., Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Magdalena, Putumayo, Santa Marta D. T., y Vaupés; Buenaventura D. E., Chocó y Risaralda presentan una tendencia a al descenso superior al 30,0 %; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 15).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % 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 47 a 50 del 2025) fueron: Cesar, Magdalena, Sucre y La Guajira.

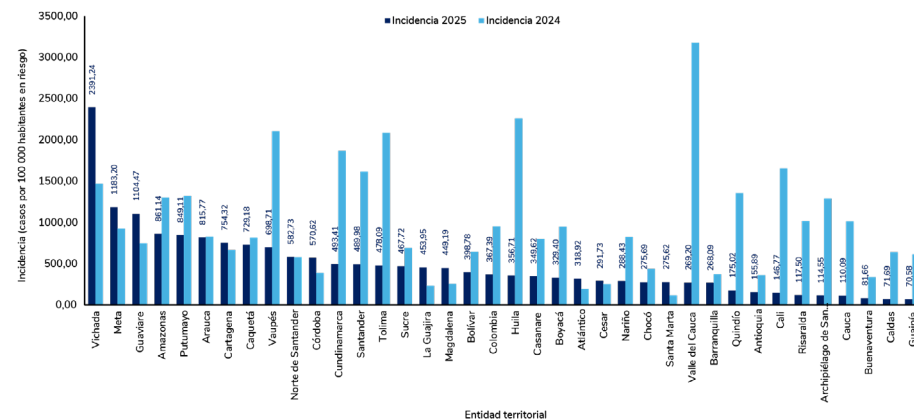
Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 51 del 2025.



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

A semana epidemiológica 51 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 367,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 952,3 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, Meta y Guaviare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 50 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 701,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 51, 2024-2025.



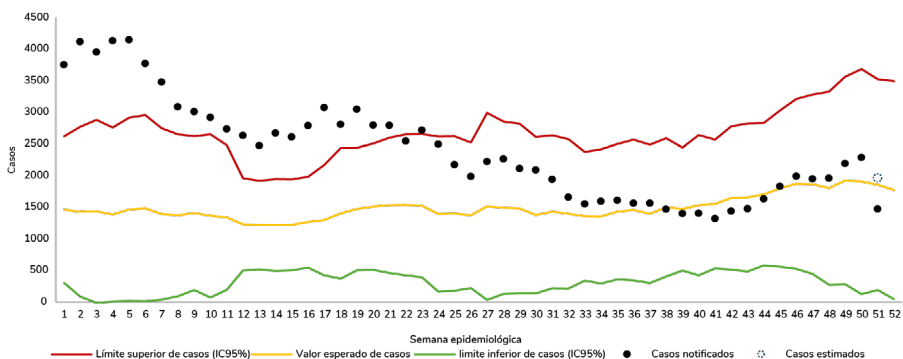
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

En la semana epidemiológica 51 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 21,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 47 a 50 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 43 a 46 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 40,5 % (15) se encuentra dentro de lo esperado, el 43,3 % (16) se encuentra en situación de alerta y el 16,2 % (6) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 51 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 9,0 % (74) 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 17,5 % (10/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 15. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 51 del 2025.



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 51, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de diciembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias D. T., Cesar	Magdalena, Santa Marta D.T., Vaupés	Guainía
Alerta	Atlántico, Bolívar,	Antioquia, Chocó, Quindío, La Guajira, Norte de Santander, Risaralda y Santander	Amazonas, Arauca, Boyacá, Guaviare, Meta, Putumayo, Vichada
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Nariño, Tolima, Sucre y Valle del Cauca	Caquetá, Casanare, Cauca, Santiago de Cali D. E. y Huila.

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

Tabla 18. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 43-46, 2025)	Observado (SE 47-50, 2025)
Antioquia	Bello	22,4	124	6	8
	Envigado	54,2	131	3	7
	Itagüí	21,5	59	2	10
Atlántico	Sabanalarga	409,5	422	58	38
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	667,7	7 044	635	1 023
Cesar	Valledupar	202,9	1 120	138	200
Santa Marta	Santa Marta D. T.	279,0	1 541	271	620
Magdalena	Ciénaga	182,0	232	27	50
Meta	Villavicencio	1036,8	5 287	294	379
Arauca	Arauca	262,0	263	20	18

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

A semana epidemiológica 51 del 2025, se han notificado 385 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 117 casos, se descartaron 234 casos y se encuentran en estudio 34 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,09 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 284 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 51, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 51, 2025	Letalidad por dengue a SE 51, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	4	0	0,37	0,13
La Guajira	10	2	0,31	0,06
Cauca	3	0	0,29	0,09
Vichada	2	0	0,28	0,22
Putumayo	5	0	0,17	0,26
Huila	5	2	0,15	0,02
Santa Marta D. T.	2	3	0,13	0,16
Magdalena	3	3	0,13	0,00
Cesar	5	0	0,12	0,23
Antioquia	10	3	0,12	0,11
Barranquilla D. E.	4	2	0,11	0,02
Quindío	1	1	0,11	0,11
Meta	10	0	0,10	0,10
Guaviare	1	0	0,10	2,69
Santander	10	4	0,09	0,09
Bolívar	4	2	0,09	0,13
Cartagena de Indias D. T.	6	0	0,08	0,11
Chocó	1	1	0,08	0,10
Sucre	3	4	0,08	0,13
Arauca	2	1	0,08	0,19
Norte de Santander	6	3	0,07	0,12
Córdoba	7	0	0,07	0,01
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,06	0,06
Cundinamarca	2	1	0,05	0,06
Tolima	3	1	0,05	0,09
Atlántico	2	0	0,04	0,07
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,35	1,01
Colombia	113	34	0,09	0,09

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 consultarse 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 51 del 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° 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).

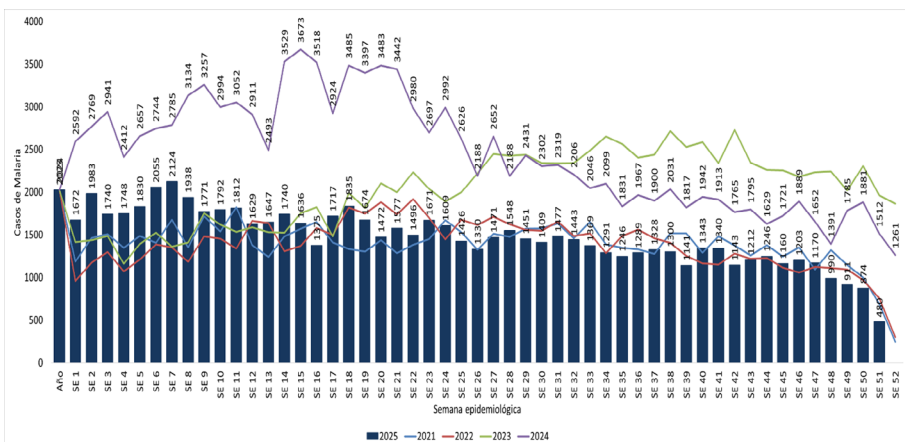
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n.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

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 16).

Figura 16. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 51 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 51 del 2025 se notificaron 1 116 casos de malaria, para un acumulado de 75 134 casos, de los cuales 73 829 son de malaria no complicada y 1 305 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 69,0 % (51 866), seguido de *Plasmodium falciparum* con 29,8 % (22 373) e infección mixta con 1,2 % (895). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,4 %), Antioquia (15,0 %), Nariño (12,1 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (5,8 %), Amazonas (5,1 %), Risaralda (4,5 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Guainía (2,7 %), Vichada (2,6 %), Bolívar (2,2 %) y Guaviare (1,6 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,6 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 19. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 44 a 47	Casos 2025 SE 48 a 51	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Córdoba	Tierralta	3 645	227	188	36,52
Vaupés	Mitú	3 636	160	76	149,66
Risaralda	Pueblo Rico	3 014	286	80	179,52
Chocó	Quibdó	2 958	131	73	20,46
Antioquia	El Bagre	2 382	195	150	42,30
Buenaventura D. E	Buenaventura D. E.	1 996	124	64	6,16
Chocó	Lloró	1 965	117	94	185,19
Chocó	Bagadó	1 857	177	156	156,80
Guainía	Inírida	1 842	229	206	48,58
Nariño	El Charco	1 722	46	33	74,07
Nariño	Roberto Payán	1 698	38	27	127,40
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 628	86	82	372,11
Chocó	Bajo Baudó	1 607	60	71	47,36
Chocó	Tadó	1 525	87	34	75,67
Nariño	Olaya Herrera	1 502	49	37	56,75
Chocó	Alto Baudó	1 351	95	54	43,21
Vichada	Cumaribo	1 330	58	28	15,28
Chocó	Istmina	1 311	82	45	38,77
Nariño	Magüí	1 311	35	21	4,91
Córdoba	Puerto Libertador	1 219	63	37	26,84
Chocó	Medio San Juan	1 210	65	40	102,86
Cauca	Timbiquí	1 144	66	26	40,70
Bolívar	Montecristo	961	67	55	52,31
Boyacá	Cubará	941	18	14	110,46
Cauca	Guapi	938	44	18	31,75
Nariño	Barbacoas	911	26	24	15,54
Antioquia	Nechí	909	25	29	32,58
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	871	21	11	3,26
Amazonas	La Pedrera (CD)	866	332	126	203,57
Chocó	El Cantón del San Pablo	860	34	22	124,53
Antioquia	Turbo	823	48	30	6,12
Chocó	Carmen del Darién	807	34	25	36,43
Antioquia	Chigorodó	785	35	18	12,61
Antioquia	Segovia	721	38	42	17,62
Antioquia	Cáceres	651	27	40	20,89

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 71,6 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 46,8 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Inírida, Quibdó, Tarapacá (CD), Bagadó, Puerto Libertador, Cumaribo, Cubará, Alto Baudó, Montecristo y La Pedrera (CD) (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,5 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Magüi, Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Lloró, Itzmina y Bagadó y en incremento el municipio de Roberto Payán, Barbaçoas y Tierralta como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 44 a 47 de 2025	Casos SE 48 a 51 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	159	74	-53 %	6,9 %
Córdoba	Tierralta	203	153	-25 %	6,0 %
Risaralda	Pueblo Rico	253	70	-72 %	5,1 %
Antioquia	El Bagre	165	128	-22 %	3,8 %
Guainía	Inírida	208	188	-10 %	3,5 %
Chocó	Quibdó	66	36	-45 %	3,1 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	76	66	-13 %	2,6 %
Chocó	Bagadó	118	109	-8 %	2,4 %
Chocó	Lloró	68	67	-1 %	2,2 %
Córdoba	Puerto Libertador	59	37	-37 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	55	24	-56 %	2,1 %
Boyacá	Cubará	18	14	-22 %	1,9 %
Chocó	Alto Baudó	58	29	-50 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	65	55	-15 %	1,7 %
Amazonas	La Pedrera (CD)	331	126	-62 %	1,7 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 44 a 47 de 2025	Casos SE 48 a 51 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	40	24	-40 %	7,1 %
Chocó	Quibdó	64	35	-45 %	6,0 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	64	34	-47 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	65	26	-60 %	5,1 %
Nariño	Roberto Payán	8	14	75 %	4,5 %
Nariño	Magüi	24	16	-33 %	4,3 %
Cauca	Guapi	40	18	-55 %	3,9 %
Chocó	Tadó	46	22	-52 %	3,7 %
Chocó	Bajo Baudó	32	29	-9 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	23	16	-30 %	3,6 %
Chocó	Lloró	45	17	-62 %	3,2 %
Chocó	Istmina	33	23	-30 %	2,9 %
Chocó	Bagadó	52	44	-15 %	2,7 %
Nariño	Barbaçoas	4	12	200 %	2,6 %
Córdoba	Tierralta	23	35	52 %	2,6 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 51 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 5 departamentos en situación de incremento y 9 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 25 municipios en incremento y 72 municipios en decremento (tabla 23)

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 51 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 51 2024	SE 51 2024	Acumulado a SE 51 2025	SE 51 2025	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	690	6	1 643	20	47	82
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	223	0	873	10	57	126
Antioquia	Frontino	4	722	4	291	2	13	20
Antioquia	Puerto Berrío	4	20	0	20	1	1	4
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	309	7	279	1	14	22
Antioquia	Cáceres	4	512	5	653	2	25	41
Antioquia	Segovia	5	591	10	731	5	37	42
Antioquia	Yondó	4	24	0	74	2	2	10
Antioquia	El Bagre	5	3214	32	2 400	25	145	150
Arauca	Tame	4	11	1	25	0	1	3
Arauca	Fortul	4	10	0	59	0	1	3
Bolívar	Montecristo	5	1179	9	999	16	47	55
Caquetá	Florencia	4	122	8	294	4	6	13
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	4	260	0	4	19
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	2	220	3	12	21
Córdoba	San Pelayo	4	9	0	5	0	0	2
Guainía	Inírida	5	4288	42	1 860	19	200	209
Guainía	San Felipe (CD)	4	26	0	20	0	1	4
Guainía	Barrancominas	4	75	1	95	0	6	10
Meta	Puerto Concordia	4	41	1	88	1	2	9
Meta	Puerto Gaitán	4	124	3	637	19	11	137
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	9	0	63	0	1	9
Risaralda	La Virginia	4	40	1	131	0	2	10
Vaupés	Taraira	5	103	1	292	5	11	27
Vichada	Puerto Carreño	4	96	2	554	11	13	78

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. 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 2025. 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/buscador-eventos/Lineamientos/FRO_DNT%20Aguda%20de%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 51 del 2025, se han notificado 20 005 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 19 857 corresponden a residentes en Colombia y 148 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (52 del 2024 a 51 del 2025) es de 0,56 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 144 municipios a nivel nacional (12,8 %) y de disminución en 35 municipios (3,1 %) (tabla 24).

El 81,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,0 % como desnutrición aguda severa. El 6,0 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (29,2 %) y de 1 año (27,3 %). Según el área de residencia, el 66,1 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 51 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Santa Marta D. T. y Sucre, y de disminución en Quindío, Guaviare y el Archipiélago de San Andrés y Providencia; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2020 a 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 18 municipios (tabla 25).

Tabla 24. 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, Semana Epidemiológica 51, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 51 de 2024	Casos a SE 51 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	23 806	19 857	0,56	12,8	3,1
La Guajira	2 830	1 744	1,63	20,0	0,0
Vichada	314	200	1,46	0,0	25,0
Chocó	1 048	794	1,41	22,6	6,5
Magdalena	699	747	0,92	37,9	3,4
Risaralda	439	444	0,81	28,6	0,0
Cesar	900	857	0,73	12,0	4,0
Amazonas	70	65	0,70	0,0	0,0
Guaviare	95	66	0,69	0,0	25,0
Cartagena de Indias D. T.	436	498	0,67	0,0	0,0
Casanare	291	233	0,63	0,0	10,5
Antioquia	2 764	2 500	0,61	27,2	1,6
Bolívar	649	598	0,61	22,2	2,2
Arauca	354	160	0,60	0,0	14,3
Boyacá	508	491	0,59	5,7	0,0
Nariño	879	651	0,57	10,9	1,6
Guainía	54	40	0,56	11,1	11,1
Bogotá D. C.	3 026	2 446	0,55	0,0	0,0
Putumayo	186	167	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	652	676	0,54	7,5	5,0
Vaupés	58	35	0,52	16,7	16,7
Sucre	293	382	0,51	38,5	3,8
Buenaventura D. E.	233	168	0,50	0,0	0,0
Cundinamarca	1 376	1 122	0,48	5,2	1,7
Santa Marta D. T.	136	178	0,47	100,0	0,0
Huila	537	446	0,47	8,1	0,0
Valle del Cauca	588	601	0,46	27,5	0,0
Meta	526	370	0,46	10,3	3,4
Tolima	466	334	0,42	8,5	2,1
Santiago de Cali D. E.	571	522	0,38	0,0	0,0
Barranquilla D. E.	254	317	0,38	0,0	0,0
Caquetá	192	133	0,37	0,0	6,3
Córdoba	603	498	0,34	13,3	3,3
Santander	636	467	0,33	6,9	3,4
Caldas	255	183	0,32	3,7	0,0
Atlántico	466	334	0,30	0,0	18,2
Cauca	326	309	0,28	7,1	7,1
Quindío	86	76	0,25	8,3	8,3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	5	0,13	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 52 de 2024 a SE 51 de 2025.

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

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Siviigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a Semana Epidemiológica 51 del 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	55	127
Tolima	Ibagué	67	99
Sucre	Sincelejo	42	89
Boyacá	Sogamoso	38	67
Antioquia	Rionegro	34	49
Huila	Pitalito	33	45
Cauca	Popayán	31	44
Valle del Cauca	Yumbo	39	41
Norte de Santander	Ocaña	40	40
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	19	40
Cundinamarca	Chía	27	39
Santander	Piedecuesta	45	38
Cesar	Aguachica	26	35
Antioquia	Envigado	16	29
Atlántico	Sabanalarga	42	28
Cundinamarca	Girardot	50	25
Bolívar	Turbaco	14	23
Santander	Floridablanca	32	19

Fuente: Siviigila. 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

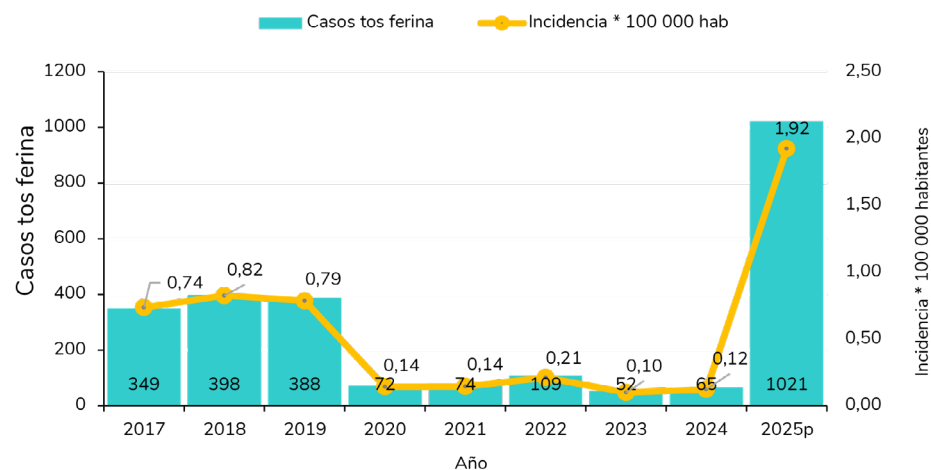
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 50 del 2025

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexos epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 50), a nivel nacional se notificaron en Siviigila 7 099 casos de tos ferina. De estos, el 14,5 % (1 033 casos) fueron confirmados (1 021 con procedencia nacional y 12 importados), el 82,1 % (5 826 casos) fueron descartados y el 3,4 % (240 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,92 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,79 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina en Colombia, a SE 50, 2017 - 2025.

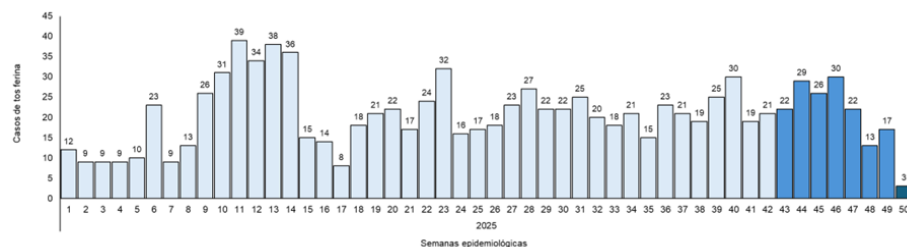


Fuente: Siviigila 2017 a 2025p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 18 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante el 2025 (semanas epidemiológicas SE 01 a 50). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (39 casos). Posteriormente, los casos disminuyen, aunque se presentan repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (30 casos), 44 (29 casos) y 46 (30 casos). En las últimas cuatro semanas se observa una tendencia descendente, con una disminución del 48,6 %, al pasar de 107 casos (semanas epidemiológicas 43 a 46) a 55 casos (semanas epidemiológicas 47 a 50). Esta información está sujeta a cambios.

Figura 18. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 50 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 50, de 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D.C. con 304 casos y una incidencia de 3,83 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 254 casos (3,67), Cundinamarca con 73 casos (2,07) y Cartagena de Indias D. T. con 35 casos (3,46).

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 26. Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 50, de 2019 al 2025

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	0,72	0,13	0,14	0,21	0,10	0,12	1,92		1021
Bogotá D. C.	0,97	0,09	0,01	0,06	0,04	0,13	3,83		304
Antioquia	1,02	0,21	0,30	0,19	0,09	0,19	3,67		254
Cundinamarca	0,58	0,16	0,06	0,00	0,12	0,34	2,07		73
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,46		35
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,71		34
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,75		29
Huila	0,90	0,35	0,09	0,00	0,08	0,42	2,23		27
Santiago de Cali D. E.	0,45	0,31	0,04	0,00	0,18	0,13	1,19		27
Risaralda	0,94	0,10	0,00	0,62	0,00	0,10	2,09		21
Cesar	0,72	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	1,36		20
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	3,20		19
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,08	0,00	0,00	1,30		16
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	1,24		16
Meta	0,38	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,30		15
Valle del Cauca	0,26	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,71		15
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	1,22		13
Barranquilla D. E.	0,32	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	1,02		13
Atlántico	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82		13
Santander	0,45	0,13	0,87	0,04	0,04	0,04	0,46		11
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,12	0,53		9
Norte de Santander	1,15	0,12	0,00	0,00	0,47	0,06	0,47		8
Cauca	0,54	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,08		6
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,62		6
Tolima	0,15	0,07	0,15	0,07	0,36	0,14	0,43		6
Santa Marta D. E.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,86		5
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,48		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80		3
Arauca	1,07	0,34	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Caquetá	2,95	0,73	0,00	0,00	0,47	0,93	0,47		2
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
Putumayo	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,10 casos por cada 100 000 habitantes (55 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas (47 - 50) en Atlántico, Barranquilla D. E., Boyacá, Cesar y Nariño (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (47 a 50) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 43-46)	Casos PE actual (SE 47-50)	Incidenca PE anterior (SE 43-46)	Incidenca PE actual (SE 47-50)	Tendencia
Colombia	106	55	0,20	0,10	
Atlántico	1	2	0,06	0,13	
Barranquilla D. E.	2	4	0,16	0,31	
Boyacá	1	2	0,08	0,15	
Cesar	3	6	0,20	0,41	
Nariño	0	1	0,00	0,06	
Antioquia	28	7	0,40	0,10	
Bogotá D. C.	20	10	0,25	0,13	
Cartagena de Indias D. T.	8	5	0,79	0,49	
Caldas	2	1	0,19	0,09	
Córdoba	8	7	0,40	0,35	
Cundinamarca	9	3	0,25	0,08	
Chocó	2	1	0,34	0,17	
Huila	3	1	0,25	0,08	
La Guajira	1	0	0,09	0,00	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Risaralda	1	0	0,10	0,00	
Santander	2	1	0,08	0,04	
Tolima	2	0	0,14	0,00	
Valle del Cauca	3	0	0,14	0,00	
Santiago de Cali D. E.	6	2	0,26	0,09	
Amazonas	1	0	1,18	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 50 del 2025

Durante el 2025 se confirmaron 122 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 28 municipios de 13 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Tierralta (Córdoba) con 16 casos y Bagadó (Chocó) con 16 casos.

En población indígena se han confirmado en 2025 ocho fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios Bagadó (Chocó), Tierralta (Córdoba), Pueblo Rico (Risaralda), Dabeiba y Frontino (Antioquia) (tabla 28).

Tabla 28. Casos de tos ferina en población indígena, por departamento de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 50 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		122	8	Abierto		
Chocó	Bagadó	16	2	Abierto	06/12/2025	17/01/2026
Antioquia	Frontino	1	0	Abierto	12/11/2025	24/12/2025
Córdoba	Tierralta	7	2	Abierto	01/11/2025	13/12/2025
Risaralda	Pueblo Rico	1	0	Abierto	29/10/2025	10/12/2025
Antioquia	Dabeiba	3	0	Abierto	20/10/2025	01/12/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, diciembre 22 del 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, lo que correspondió a una letalidad del 56,5 %.

En lo corrido del 2025, con corte al 22 de diciembre, se han notificado 2 207 casos de fiebre amarilla. De estos, 115 casos han sido confirmados con procedencia de Colombia y tres (3) casos corresponden a procedencia exterior: Venezuela: Estado Apure dos (2) casos y Estado Amazonas un (1) caso. Adicionalmente, se han descartado 2 087 casos. En este periodo se han registrado 47 fallecimientos, de los cuales 42* fueron confirmados como causa de muerte por fiebre amarilla y cinco (5) con causa de fallecimiento diferente a fiebre amarilla), con una letalidad del 36,5 % (42/115) **.

En el acumulado de los años 2024 y 2025 se han registrado 138 casos confirmados de fiebre amarilla, la distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (118 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (22), Prado (17), Chaparral (8), Rioblanco (8), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).

*Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales. Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1)

El último caso confirmado humano, es un masculino 55 años, con ocupación agricultor, con aseguramiento Asmet Salud, con procedencia Cunday Tolima (vereda revés parcela 24 la esmeralda), quien consulta a Hospital de Cunday el 12/12/2025, con FIS 10/12/2025.

Se han confirmados 75 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 58 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (18), Ataco (10), Cunday (8), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (1); ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio. En Cunday se han notificado con este, cinco casos de PNH positivos, en las veredas Bethel, La Virginia, La Hoya, San Isidro y este último en vereda Camelia. A la fecha, se llevan 0 días sin tener confirmación del virus en Primates No Humanos (PNH).

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por licor adulterado con metanol, temporada 2025 – 2026, diciembre 22 del 2025.

A corte 22 de diciembre del 2025, se han notificado 642 casos de lesiones por pólvora pirotécnica en el territorio nacional, con una variación (positiva) del 11,7 % en comparación con el mismo periodo de la temporada 2024–2025. Del total de casos, el 33 % (n = 212) corresponde a menores de 18 años; de estos, 24 casos fueron en presencia de un adulto bajo los efectos del alcohol. A la fecha, no se han notificado fallecimientos asociados a este evento.

Las entidades territoriales con mayor número de casos notificados son Antioquia (93), Bogotá D. C. (54), Cauca (40), Atlántico (36), Barranquilla D. E. (35), Norte de Santander (33), Cundinamarca (30), Valle del Cauca (26), Santiago de Cali D. E. (23), Nariño (22), Santander (22), Córdoba y Magdalena (20 casos cada uno), Caldas y Boyacá (19 casos cada uno)

El tipo de lesión más frecuente corresponde a quemaduras (88,9 %), seguido de laceraciones (55 %) y contusiones (18,8 %). Los artefactos pirotécnicos principalmente asociados a las lesiones son los totes (31,7 %), seguidos de otros artefactos (20,2 %) y voladores (16,7 %).

Con relación a las intoxicaciones por fósforo blanco, se han notificado cuatro (4) casos, todos en menores de cinco años, en Barranquilla (2), Magdalena y Santander (1) caso cada uno. A la fecha, no se han reportado fallecimientos y actualmente, no se encuentra ningún menor hospitalizado.

Respecto a las intoxicaciones por licor adulterado con metanol, no se han notificado casos a la fecha.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Seguimiento y valoración del riesgo – Volcán Puracé, diciembre 23 del 2025

El 29/11/2025 el Servicio Geológico Colombiano declaró alerta naranja del volcán Puracé. Al 23/12/2025 el volcán Puracé mantiene la ocurrencia de sismos asociados con el movimiento de fluidos dentro del edificio volcánico, tipo Largo Periodo (LP), pulsos de Tremor (TR) y tremor continuo. Esta sismicidad se localizó a menos de 1 km de profundidad, de estas señales siete (7) se asociaron con emisiones de ceniza alcanzando alturas de hasta 1 600 m sobre la cima del volcán.

El incremento en la actividad sísmica relacionada con procesos de fracturamiento de roca (tipo VT) localizados al suroccidente del cráter del volcán Puracé y reportado en el boletín del día de ayer cesó, y se mantuvo el registro de señales sísmicas de baja magnitud ubicadas bajo los volcanes Puracé y PicoCollo, con profundidades entre 1 y 3 km. Se continúan detectando valores importantes de emisión de dióxido de azufre (SO₂) hacia la atmósfera y se siguen registrando niveles de temperatura similares a los presentados en días anteriores en la zona del cráter, posiblemente asociados con la emisión de gases calientes desde el interior del volcán.

El departamento cuenta con cuatro alojamientos temporales de emergencia (ATE) habilitados en Puracé; sin embargo, no se cuenta con información sobre personas evacuadas y ubicadas en estos. Se mantiene activa la vigilancia basada en comunidad (VBC) en los municipios con riesgo ante la posible erupción del volcán Puracé, tanto a nivel comunitario como al interior de los ATE que sean activados. Las acciones establecidas corresponden al reporte de cambios ambientales relevantes, la identificación de signos y síntomas asociados a variaciones en el entorno o en las condiciones de salud de las poblaciones cercanas al volcán.

Seguimiento de eventos de interés en salud pública priorizados a SE 50: Popayán: incremento de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda (IRA) en hospitalización. Santander de Quilichao: aumento de IRA en hospitalización.

El volcán se mantiene en alerta naranja, con puesto de mando unificado activo. Valoración del riesgo en salud pública: bajo (verde). Situación en seguimiento por GFRA-INS en conjunto con la entidad territorial.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud de Cauca, Servicio Geológico Colombiano (SGC), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana.

Focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves, en Sucre. Diciembre 02 al 21 del 2025

Se notifican cinco focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves domésticas de traspaso en el departamento de Sucre (4) municipio de Guaranda, vereda Las Mercedes, y en el municipio de Majagual, vereda El Corozal y Magdalena (1) foco en la vereda La Guajirita- municipio el Reten.

El evento involucra una población aviar susceptible distribuida de la siguiente manera: en Guaranda se reportan 100 aves susceptibles, de las cuales ocho presentaron sintomatología clínica y se registraron dos mortalidades; mientras que en Majagual se identificaron 197 aves susceptibles, con 157 animales sintomáticos y 135 mortalidades asociadas.

En el Reten, 70 aves susceptibles de las cuales 35 sintomáticas y 35 mortalidades. A la fecha, no se ha evidenciado afectación en fauna silvestre. El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) adelanta de manera continua las labores de despoblamiento sanitario en los predios afectados, conforme a los protocolos establecidos.

Con relación con la población humana potencialmente expuesta, se han realizado acciones permanentes de seguimiento a casos humanos en los predios afectados, intensificación de la vigilancia epidemiológica en UPGD municipales, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en un radio perifocal de 1 km, así como la vacunación continua de grupos poblacionales de riesgo y del personal involucrado en las actividades de despoblamiento. Hasta el momento, no se han identificado por laboratorio casos de influenza A(H5) en humanos. La situación permanece activa y en monitoreo epidemiológico constante.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Caso confirmado de influenza A H3N2 subclado k. Medellín, Antioquia. Diciembre 25 del 2025

Antecedentes: en agosto de 2025 se confirmó la circulación de Influenza AH3N2 subclado K en algunos países de Europa y posteriormente en las Américas (Canadá, Estados Unidos, México, Costa Rica, Guatemala, Panamá, Perú, Brasil, Chile, Paraguay, Argentina y Ecuador).

Situación actual: paciente menor de 5 años identificado por vigilancia centinela, con antecedente de viaje internacional (crucero a Miami). Cursó con infección respiratoria aguda leve, con fiebre, rinorrea y tos, fecha consulta 16/10/2025, con manejo ambulatorio. Se realizaron pruebas diagnósticas (hospitalarias) que confirmaron infección por Influenza A(H3) mediante FilmArray.

La secuenciación genómica realizada por el LDSP Antioquia y confirmada en el Laboratorio Nacional de Referencia – Centro Nacional de Influenza (CNI) identificó el subtipo H3, subclado K. Hasta la fecha, el INS no ha detectado nuevos casos asociados a este subclado. Se mantiene activa la vigilancia epidemiológica y virológica en el país, con fortalecimiento de la vigilancia de Infección Respiratoria Aguda ante el segundo pico respiratorio y la detección del subclado K.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta epidemiológica por Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: diciembre 22 del 2025.

En 2025, hasta la semana epidemiológica 47, la Región de las Américas ha registrado una intensificación de la actividad del síndrome pulmonar por hantavirus (SPH). Se han confirmado 229 casos y 59 defunciones en ocho países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Estados Unidos, Panamá, Paraguay y Uruguay), lo que representa una tasa de letalidad regional del 25,7 %. Argentina se mantiene como el país con mayor número de contagios (66 casos), mientras que Brasil presenta la letalidad más elevada (55 %).

El perfil epidemiológico actual destaca por aumentos significativos en la incidencia y mortalidad en puntos específicos. Bolivia y Paraguay han duplicado sus promedios históricos; en el caso paraguayo, el incremento está vinculado a un brote de exposición laboral en el departamento de Boquerón. Por otro lado, Argentina, Brasil y Bolivia muestran tasas de letalidad que superan ampliamente sus registros de los últimos cuatro años, lo que evidencia una mayor severidad en los cuadros clínicos presentados este periodo.

Aunque la transmisión es predominantemente zoonótica persiste el riesgo de transmisión persona a persona. Este fenómeno se asocia históricamente al virus Andes en el Cono Sur, bajo condiciones de contacto estrecho y prolongado. Los síntomas más persistentes en la región incluyen fiebre, mialgias y cefalea, evolucionando en casos graves hacia la disnea e insuficiencia respiratoria. Ante este escenario, la OPS/OMS enfatiza la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, diagnóstico, manejo clínico y comunicación de riesgo.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica por Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de Las Américas. Fecha de publicación: diciembre 22 de 2025. Fecha de consulta: diciembre 22 de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-12/2025-12-19-alerta-epidemiologica-hantavirus-esfinal.pdf>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
Semana Epidemiológica 51 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.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 51

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
	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	61	1	1	522	32	36	417	32	34	115	15	8	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	605	13	12	21294	1395	1617	8372	222	379	2886	103	119	66	3	1	575	49	11	82	3	6
Arauca	119	2	3	921	61	69	2564	45	91	827	13	32	24	0	0	4	1	0	73	8	4
Atlántico	124	3	1	4357	270	296	4746	421	458	2130	235	212	72	10	5	3	1	0	9	0	2
Barranquilla D.E.	23	1	0	4758	253	401	3576	736	467	1371	352	197	45	13	8	24	2	1	27	2	2
Bogotá D.C.	2	0	0	24818	1789	1978	0	0	0	0	0	0	0	0	0	133	20	8	13	1	2
Bolívar	297	3	4	3194	204	232	4421	342	382	1719	181	141	35	7	5	3	1	0	4	0	0
Boyacá	75	2	0	7444	481	533	708	18	30	322	6	12	1	0	0	12	1	2	8	1	1
Buenaventura D.E.	26	0	1	132	12	6	205	23	5	72	9	2	4	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	81	2	3	4324	283	344	313	15	11	155	9	1	1	0	0	13	1	0	53	4	1
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	5526	415	403	3352	659	202	1156	267	51	24	8	0	64	25	0	70	2	15
Caquetá	209	5	3	1272	91	110	2295	77	28	913	46	14	28	1	0	2	0	0	9	1	0
Cartagena de Indias D.T.	24	0	2	2170	134	210	7068	461	1023	1655	212	225	73	10	9	8	0	0	0	0	0
Casanare	192	1	9	1998	117	171	1510	106	39	475	44	7	6	1	0	47	0	0	9	1	0
Cauca	107	3	4	6112	443	438	1019	79	26	381	34	8	15	1	0	30	2	1	10	1	1
Cesar	329	5	3	3322	192	247	4071	235	504	2255	153	268	65	4	5	8	2	0	34	2	3
Chocó	213	4	5	320	14	18	1205	51	64	211	14	16	12	0	1	3	0	0	57	1	4
Córdoba	302	8	2	5560	373	452	10363	374	294	3872	175	146	31	3	1	6	1	0	14	1	0
Cundinamarca	91	2	2	16039	1062	1261	3749	194	129	1492	95	42	24	1	0	24	4	2	19	1	0
Guainía	22	0	1	238	10	30	36	3	6	13	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	99	1	1	415	27	32	1044	30	62	219	7	13	6	0	0	1	0	0	2	0	0
Huila	163	2	5	7179	472	579	3252	329	143	1160	134	49	101	9	3	12	2	1	10	0	2
La Guajira	159	2	3	2423	153	167	3226	247	305	1889	179	193	48	5	5	6	1	0	11	0	0
Magdalena	163	4	2	2641	183	162	2359	115	368	1349	75	190	20	2	1	1	2	0	12	1	0
Meta	272	5	5	4756	305	363	10271	321	546	3419	132	154	115	2	4	116	5	1	14	1	1
Nariño	121	2	2	8121	533	704	1165	77	52	393	23	18	15	1	0	6	1	1	17	1	1
Norte de Santander	355	12	5	7236	442	546	8676	448	572	3528	247	193	113	5	6	31	17	1	27	0	0
Putumayo	161	3	9	1959	124	152	2986	78	103	832	28	17	21	1	0	0	0	0	5	1	0
Quindío	20	0	1	3220	222	242	951	34	60	265	12	24	3	0	0	30	2	0	5	0	1
Risaralda	64	0	1	4612	305	324	1091	26	20	383	14	6	15	0	0	11	3	3	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	436	30	27	54	13	3	22	7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Santa Marta D.T.	47	2	1	2391	119	145	1547	105	620	742	64	247	12	2	5	6	0	0	39	7	3
Santander	239	5	3	8456	542	695	10987	426	590	3618	201	218	67	4	4	87	3	0	18	1	2
Sucre	100	3	1	3117	205	256	3658	303	138	2091	170	76	30	4	4	2	0	0	3	0	0
Tolima	165	3	5	7844	495	586	5791	676	321	1891	319	101	55	5	1	8	1	0	37	3	2
Valle del Cauca	78	0	0	9703	619	757	4491	640	256	1168	250	72	22	4	0	25	5	0	47	2	3
Vaupés	56	0	0	304	11	18	74	6	17	9	1	0	1	0	0	13	0	0	4	1	0
Vichada	61	1	3	283	18	19	725	8	7	226	2	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	5,231	100	103	189,417	12,435	14,626	122,338	7,975	8,355	45,224	3,829	3,080	1,175	106	68	1,315	152	32	747	47	57

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 51

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Malaria			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		
	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
	Departamento	Acumulado 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
Amazonas	3931	132	265	6	1	1	7193	449	556	264	6	40	0	0	0	4650	280	206	19	17	19
Antioquia	11272	616	553	249	40	33	962151	82685	80364	45165	2778	3027	5228	826	666	367797	23639	28975	645	871	645
Arauca	657	7	10	15	1	3	26844	1867	1454	3732	97	190	109	6	19	7944	518	518	39	65	39
Atlántico	2	0	1	20	3	3	174194	10177	12682	3705	171	214	2339	198	391	72159	3236	4145	129	249	129
Barranquilla D.E.	0	0	0	37	5	6	246229	14891	18200	15427	383	1186	2031	180	241	89179	4721	6246	167	308	167
Bogotá D.C.	0	0	0	285	38	35	1837181	123466	125189	85094	4786	5493	9845	1407	1367	739075	41359	50567	661	865	661
Bolívar	1680	80	84	22	5	5	148194	10536	12223	3076	220	261	524	110	77	32613	2048	2495	161	227	161
Boyacá	947	0	14	43	4	7	146563	11099	8483	8337	418	554	532	95	73	50438	2853	3116	113	141	113
Buenaventura D.E.	2050	81	66	7	1	3	7920	981	1148	110	8	2	11	0	0	2808	347	200	73	82	73
Caldas	22	2	1	20	2	2	94572	7968	7869	3619	267	257	1315	119	184	28519	1996	2072	71	98	71
Santiago de Cali D.E.	7	2	2	112	14	23	273801	23636	23873	9535	594	398	649	73	73	100881	11346	6805	259	302	259
Caquetá	452	13	17	14	4	4	34483	2763	2207	2250	126	175	34	9	1	14751	1084	1311	58	65	58
Cartagena de Indias D.T.	7	0	0	30	4	7	218253	15892	13892	13243	381	1049	1811	222	267	51844	3177	3653	167	261	167
Casanare	5	2	0	7	2	2	29038	1865	1722	587	48	26	58	13	10	10659	715	627	56	80	56
Cauca	2357	180	51	42	6	8	119851	8315	9142	4174	165	280	672	66	97	43214	3965	3041	165	256	165
Cesar	20	2	3	35	4	7	147700	9277	10397	7388	526	451	548	58	79	29506	2476	2178	195	275	195
Chocó	21216	1829	846	21	2	4	54364	1805	3461	2157	132	45	51	2	10	16858	666	1303	106	194	106
Córdoba	5946	708	286	37	7	5	223309	13111	15026	11174	459	783	1721	156	270	57157	2934	3270	249	405	249
Cundinamarca	0	0	0	86	9	10	417129	23629	27418	15216	834	998	1640	266	196	159353	8461	11011	364	418	364
Guainía	2017	214	224	0	0	0	2810	197	110	140	23	7	1	0	0	1697	80	137	15	19	15
Guaviare	1164	80	49	0	0	0	7288	496	373	421	30	42	42	9	0	3519	183	260	12	13	12
Huila	0	0	0	33	2	9	108153	9259	4874	5714	365	296	887	53	118	45435	3378	3603	129	177	129
La Guajira	38	2	0	16	1	3	275065	14395	25338	3860	555	398	345	74	87	48113	3869	4483	251	417	251
Magdalena	8	1	2	10	0	0	137274	7524	11607	4291	228	287	80	14	2	36592	2382	2625	134	190	134
Meta	1168	33	159	13	0	0	91591	5630	5725	3585	163	205	285	54	35	46861	2845	3301	160	183	160
Nariño	9097	707	207	77	7	8	148103	13265	10174	8384	439	505	193	40	23	49665	4543	3351	170	210	170
Norte de Santander	610	133	30	73	9	9	170623	13324	10731	10104	815	567	850	103	120	57504	3767	3753	145	243	145
Putumayo	94	5	11	10	1	3	36261	2067	2344	1387	93	60	39	5	8	12578	831	1003	38	61	38
Quindío	3	1	0	13	0	0	61992	5606	5007	3106	231	281	471	64	90	27329	1811	2006	45	61	45
Risaralda	3328	180	109	42	3	10	123767	9120	8556	5734	262	343	468	56	62	46392	2718	3140	79	115	79
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	1	1	7900	535	578	1011	63	84	1	0	0	2887	219	170	12	14	12
Santa Marta D.T.	0	0	0	14	2	2	84183	2591	5268	3777	154	200	1129	135	358	21802	943	1450	66	97	66
Santander	9	1	0	109	6	14	270302	13610	17850	18037	931	1334	2338	366	318	90976	4952	6649	154	240	154
Sucre	108	4	2	24	3	8	99514	7396	7376	9878	547	776	1645	228	179	22752	2028	1592	106	194	106
Tolima	0	0	0	26	6	1	155428	12700	11090	10411	421	756	476	53	88	64946	4000	5172	114	166	114
Valle del Cauca	61	7	1	63	8	7	165014	12368	13033	3978	242	288	851	65	113	67495	4687	5168	168	209	168
Vaupés	4371	155	109	17	2	2	8841	174	552	122	8	21	5	1	0	2712	53	141	13	16	13
Vichada	1923	149	106	6	1	2	4035	270	225	23	4	3	2	0	0	1772	106	116	36	40	36
Total nacional	74.573	5.365	3.208	1.658	207	251	7.127.113	494.939	516.117	328.216	17.973	21.882	39.226	5.126	5.622	2.530.432	159.219	179.859	5.544	7.843	5.544

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 51

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos probables y descartados			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	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	2	1	0	5	0	0	45	3	2	27	1	0
Antioquia	11	13	0	677	54	37	31	7	1	2064	29	90	2633	144	143	720	16	10
Arauca	1	1	0	24	1	4	5	1	0	33	1	3	125	6	6	83	2	1
Atlántico	8	4	1	68	3	2	1	2	0	36	0	2	973	44	38	112	1	0
Barranquilla D.E.	2	3	0	181	5	11	0	2	0	70	2	10	1071	52	50	221	1	3
Bogotá D.C.	15	14	0	1523	89	89	838	6	27	2737	44	94	5115	260	258	2886	157	79
Bolívar	3	3	0	40	4	1	1	2	0	37	3	3	607	22	22	47	1	0
Boyacá	5	3	1	189	13	9	34	1	0	61	2	3	946	35	34	346	11	10
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	25	2	0	8	0	1
Caldas	4	2	1	76	6	6	1	1	0	60	1	4	412	30	14	53	1	2
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	153	20	4	0	2	0	55	3	5	1061	86	57	511	35	18
Caquetá	0	1	0	41	3	1	1	1	0	5	1	1	240	7	4	27	2	5
Cartagena de Indias D.T.	4	2	1	71	4	3	2	2	0	64	1	12	590	33	23	17	0	0
Casanare	2	1	0	27	2	2	13	1	0	2	0	1	242	19	7	29	4	4
Cauca	4	4	0	86	6	4	2	2	0	27	2	0	465	21	16	298	22	15
Cesar	4	4	0	72	4	1	2	2	0	48	2	12	559	20	30	35	2	2
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	172	2	19	56	3	1	16	0	0
Córdoba	4	5	0	166	11	6	2	2	0	65	0	3	1159	70	35	121	4	0
Cundinamarca	6	7	0	429	28	25	266	3	7	591	10	22	2502	122	125	496	29	10
Guainía	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	0	94	0	2	2	0	0
Guaviare	0	0	0	11	0	0	3	1	0	7	0	1	92	3	5	4	0	0
Huila	5	3	0	160	11	11	11	2	0	81	3	2	651	35	38	104	4	6
La Guajira	2	3	0	34	3	1	0	2	0	40	0	0	524	17	29	41	0	3
Magdalena	0	3	0	39	2	1	0	1	0	33	1	3	388	17	13	18	0	0
Meta	6	3	0	94	7	7	12	1	1	182	2	6	687	35	22	102	3	3
Nariño	10	4	0	171	13	11	4	1	0	95	5	4	705	49	33	96	8	7
Norte de Santander	8	4	1	207	11	5	4	2	0	75	6	8	1209	61	93	87	1	1
Putumayo	2	1	0	35	3	2	1	1	0	21	0	0	224	10	12	145	20	5
Quindío	2	1	0	39	3	1	3	1	0	24	1	1	298	19	13	102	10	4
Risaralda	8	2	0	58	4	2	0	1	0	96	1	22	651	33	27	39	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	15	0	1	0	1	0	1	0	0	30	1	2	1	0	1
Santa Marta D.T.	3	1	0	14	1	0	0	1	0	8	0	0	219	10	6	39	0	1
Santander	3	5	0	105	6	5	1	2	0	102	7	8	816	49	42	297	4	7
Sucre	5	2	0	69	5	1	2	1	0	75	6	4	754	36	21	136	1	1
Tolima	7	3	0	87	3	3	7	1	0	47	3	1	910	57	35	86	4	3
Valle del Cauca	2	4	0	164	10	3	2	2	0	26	6	1	1272	61	70	237	19	13
Vaupés	0	0	0	3	0	0	3	1	0	71	0	3	10	0	0	12	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	0	0	32	2	3	9	0	0
Total nacional	140	112	5	5,148	332	259	1,260	63	36	7,135	142	348	28,392	1,414	1,331	7,610	365	215

42

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 51

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		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
Amazonas	0	0	0	0	60	65	0	0	0	0	75	98	14	13
Antioquia	0	0	0	0	1749	2500	1	1	0	5	5234	5496	1031	1115
Arauca	2	0	0	0	290	160	1	0	0	0	176	224	14	17
Atlántico	0	1	0	0	389	334	0	0	0	0	874	958	1	4
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	213	317	0	0	0	0	886	987	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2983	2446	3	1	1	2	4977	5675	0	0
Bolívar	0	0	0	0	408	598	0	0	0	0	526	562	365	489
Boyacá	2	0	0	0	470	491	0	0	0	0	1007	1139	122	224
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	118	168	0	0	0	0	90	87	14	20
Caldas	0	0	0	0	173	183	0	0	0	2	1163	1074	267	175
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	445	522	1	0	0	0	1580	2051	2	3
Caquetá	1	0	0	0	182	133	0	0	0	0	243	228	201	224
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	258	498	0	0	0	0	527	592	1	2
Casanare	5	2	0	0	297	233	0	0	0	0	288	339	7	6
Cauca	0	0	0	0	300	309	0	0	0	0	839	869	50	65
Cesar	6	7	0	0	681	857	1	0	0	0	576	635	72	460
Chocó	0	0	0	0	682	794	1	1	0	0	104	153	254	215
Córdoba	1	0	0	0	533	498	0	0	0	0	996	1096	177	178
Cundinamarca	0	0	0	0	1167	1122	0	0	0	3	2154	2698	197	160
Guainía	0	0	0	0	53	40	0	0	0	0	27	29	14	21
Guaviare	0	0	0	0	99	66	0	0	0	0	60	66	436	155
Huila	0	0	0	0	417	446	0	1	0	1	831	748	9	14
La Guajira	0	0	0	0	1979	1744	2	0	0	0	271	379	20	24
Magdalena	0	0	0	0	546	747	0	0	0	0	342	404	7	12
Meta	1	0	0	0	397	370	0	0	0	0	717	699	249	142
Nariño	0	1	0	0	629	651	0	0	0	0	1378	1613	256	170
Norte de Santander	2	0	0	0	676	676	4	0	0	0	1054	1163	198	201
Putumayo	0	0	0	0	182	167	0	0	0	0	316	307	201	203
Quindío	0	0	0	0	90	76	0	0	0	0	523	481	1	0
Risaralda	0	0	0	0	343	444	0	0	0	0	1168	1353	139	104
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	10	5	0	0	0	0	23	32	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	100	178	0	0	0	0	274	350	9	15
Santander	3	1	0	0	445	467	1	0	0	0	1519	1728	550	782
Sucre	1	0	0	0	218	382	0	2	0	0	489	482	110	70
Tolima	0	0	0	0	350	334	0	0	0	0	1182	1148	310	218
Valle del Cauca	0	0	0	0	428	601	1	0	1	0	1295	1426	18	15
Vaupés	0	0	0	0	70	35	0	0	0	0	67	112	39	36
Vichada	0	0	0	0	283	200	0	0	0	0	26	29	40	17
Total nacional	24	12	1	0	18,716	19,857	14	6	3	13	33,878	37,510	5,395	5,569

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 51

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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/Rubéola	
	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	2	0	1	0	2	0	3	2	2	0	2	0
Antioquia	13	4	23	16	8	4	29	42	13	8	134	276
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	2	2	5	5
Atlántico	1	2	9	8	1	2	12	3	7	3	31	31
Barranquilla D.E.	1	0	6	6	1	2	6	3	3	0	25	31
Bogotá D.C.	1	2	27	19	1	0	45	22	0	0	155	721
Bolívar	3	0	11	4	2	1	13	7	8	2	24	2
Boyacá	0	1	4	3	1	3	5	8	0	1	25	38
Buenaventura D.E.	1	0	3	1	0	1	4	3	3	1	6	2
Caldas	0	0	3	0	0	1	3	1	0	0	20	2
Santiago de Cali D.E.	4	0	7	5	1	1	7	9	2	0	44	54
Caquetá	6	0	3	2	0	1	6	5	3	3	8	4
Cartagena de Indias D.T.	8	3	8	2	0	1	11	9	3	1	20	24
Casanare	0	1	3	4	1	0	3	0	3	1	9	10
Cauca	0	0	7	1	4	5	10	9	1	2	31	11
Cesar	1	0	13	13	7	3	11	7	22	12	28	24
Chocó	0	0	14	9	33	18	29	38	37	46	11	11
Córdoba	1	0	13	6	1	4	15	12	7	9	38	36
Cundinamarca	4	1	14	8	0	1	11	21	3	0	69	82
Guainía	0	0	1	3	1	1	4	2	1	2	2	0
Guaviare	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	2	2	6	5	0	0	6	4	3	1	23	23
La Guajira	0	0	24	17	25	14	44	29	60	29	21	0
Magdalena	0	0	11	9	3	1	12	10	13	7	19	3
Meta	1	1	8	3	2	2	11	7	7	2	22	14
Nariño	1	0	12	9	2	1	10	11	5	2	33	12
Norte de Santander	0	0	8	12	2	1	6	4	4	0	33	33
Putumayo	0	0	3	2	1	1	3	2	1	0	8	14
Quindío	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	11	6
Risaralda	3	3	4	2	8	8	8	10	7	5	19	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	3	0	7	3	2	1	4	5	2	2	11	12
Santander	1	0	8	6	1	0	7	2	1	0	46	29
Sucre	2	0	6	2	1	0	6	6	3	1	20	36
Tolima	6	0	7	3	2	0	9	5	2	0	27	11
Valle del Cauca	4	4	6	2	2	1	11	7	5	1	40	53
Vaupés	1	0	1	0	2	5	4	6	1	2	2	0
Vichada	0	0	4	1	3	0	4	5	9	8	3	0
Total nacional	335	268	282	187	127	86	399	320	218	153	1,029	1,613

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)

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

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 51

Decremento
Incremento

Departamento	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	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	
	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	3	4	17	26	0	0	64	78	1	0	599	761
Antioquia	169	121	1148	1309	0	0	3351	4607	116	137	22606	21883
Arauca	47	15	175	139	0	0	140	140	3	0	1162	1363
Atlántico	51	29	354	351	0	2	504	552	16	25	2388	2650
Barranquilla D.E.	70	16	424	331	0	0	786	954	17	44	2541	2931
Bogotá D.C.	175	74	937	902	0	0	1417	1445	34	30	30159	34503
Bolívar	44	25	305	287	1	3	175	221	3	2	2386	2593
Boyacá	21	18	100	81	0	0	183	224	1	3	3987	4583
Buenaventura D.E.	23	20	141	103	0	0	155	217	6	5	398	297
Caldas	18	23	142	166	0	0	315	315	6	5	3096	3315
Santiago de Cali D.E.	32	30	457	522	0	1	1497	1538	45	56	7904	7354
Caquetá	8	12	93	99	0	0	248	311	6	8	1131	1193
Cartagena de Indias D.T.	77	45	340	374	0	2	420	493	2	6	1463	1718
Casanare	38	37	134	162	0	1	156	204	4	9	899	997
Cauca	23	20	195	194	0	2	259	310	3	5	3423	3515
Cesar	37	22	338	256	0	0	408	459	2	13	2074	2247
Chocó	50	32	225	238	0	0	207	266	1	4	429	500
Córdoba	34	16	326	252	1	1	274	311	5	10	3626	3432
Cundinamarca	73	61	378	476	0	0	542	632	12	16	13203	15877
Guainía	7	7	17	15	0	0	18	43	0	0	211	254
Guaviare	4	2	26	16	0	0	39	42	2	2	300	382
Huila	22	11	155	153	0	1	430	471	13	13	6317	6366
La Guajira	74	44	363	352	0	0	544	649	3	10	1328	1525
Magdalena	33	30	230	257	0	3	173	197	2	4	1413	1527
Meta	49	47	260	298	0	0	631	845	21	31	2528	2686
Nariño	15	20	234	232	0	1	164	216	6	6	4229	5528
Norte de Santander	92	55	502	490	0	1	718	861	14	16	3921	4337
Putumayo	7	7	88	97	0	1	111	132	3	6	1349	1677
Quindío	14	11	96	104	0	0	267	342	2	7	2600	2659
Risaralda	25	19	181	194	0	0	628	702	26	14	3686	3796
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	6	11	0	0	7	17	0	0	198	268
Santa Marta D.T.	21	21	116	178	0	1	215	333	3	3	649	778
Santander	74	58	425	503	0	2	949	1524	31	20	6383	6932
Sucre	22	22	197	193	1	3	109	98	1	0	1851	1981
Tolima	34	31	180	154	0	1	559	741	14	18	3107	3470
Valle del Cauca	36	40	317	370	0	0	737	862	18	29	7119	7607
Vaupés	1	0	4	3	0	0	15	26	0	0	231	494
Vichada	10	13	37	39	0	0	35	34	0	2	258	253
Total nacional	1,656	1,062	9,900	9,927	3	26	17,450	21,412	442	559	151,152	164,232



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 51

14 al 20 de diciembre del 2025

TEMA CENTRAL

Desempeño de la vigilancia en salud pública en Colombia

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Directora (e) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

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: Claudia Marcella Hugett Aragón, Gina Paola Flórez Piñeros. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Nidia Esperanza González Tolosa. **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. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Lady Alexandra Castillo Vargas, Claudia Marcela Montañó Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Correctores 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/10.33610/23576189.2025.51>