



20 años informando oportunamente a Colombia sobre los eventos de interés en salud pública



Semana Epidemiológica

29 de diciembre 2024 al
04 de enero de 2025

01



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 INS (Instituto Nacional de Salud), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud, entidades territoriales y distritos. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos.

Las cifras que publica el BES de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio.

El BES es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, 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

	Tema central BES 20 años	3
	Situación nacional	8
	Mortalidad	10
	Eventos trazadores	15
	Brotes	29
	Tablas de mando por departamento	31

20 años del boletín epidemiológico semanal (BES)

La vigilancia en salud pública en Colombia ha tenido un esfuerzo evolutivo en su primer cuarto de siglo, que es reconocido por actores de la cooperación internacional como una política de Estado. Este esfuerzo incluye diferentes estrategias, entre las cuales se encuentra la vigilancia basada en indicadores (la notificación universal obligatoria por las instituciones de salud), la cual es operada por el Instituto Nacional de Salud (INS) y a la que se ha ido vinculando el monitoreo de medios de comunicación y redes sociales, el uso de otras fuentes de información y recientemente, la vigilancia basada en comunidad.

Uno de los elementos más conocidos del sistema de vigilancia colombiano es el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), que inicia su vigésimo año de publicación. Este boletín es utilizado, referenciado y comentado por los tomadores de decisiones, los legisladores, los medios de comunicación, los especialistas y el público en general.

El BES, que celebra los 20 años de circulación, cuenta su historia, su rol en el sistema nacional de vigilancia y sus logros.

Sobre el sistema de vigilancia basada en indicadores

La vigilancia basada en indicadores tiene en su modelo operativo a los subsistemas de información, análisis y divulgación, respuesta y control, evaluación y formación del talento humano (1).

El subsistema de información conocido como aplicativo Sivigila ha tenido un proceso de modernización durante la última década para constituirse en una suite compuesta por diferentes herramientas de captura (escritorio, en línea y offline), procesos de validación en el registro y durante la disposición para el análisis de expertos, la generación de tableros de control y datos abiertos. Al mismo tiempo, ha desarrollado elementos para la captura de situaciones sindrómicas en animales (Sivigila veterinarios), para la gestión del riesgo mediante alertas tempranas (Sivigila SAT), la recolección ampliada de información sobre determinadas situaciones para su análisis a profundidad (Sivigila unidad de análisis) y las herramientas para intensificar la búsqueda activa institucional a partir del Registro Único de Afiliados (RUAF) o del Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS) (Sivigila BAI).

Para el subsistema de análisis y divulgación, se ha incorporado el uso de herramientas estadísticas para el análisis de comportamientos inusuales más allá de los canales endémicos, incluyendo los ajustes por rezago, cobertura



20 AÑOS INFORMANDO OPORTUNAMENTE A COLOMBIA SOBRE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Franklyn Edwin Prieto Alvarado - fprieto@ins.gov.co
Maritza Adegis Gonzalez Duarte - magonzalez@ins.gov.co
Hernán Quijada Bonilla - hquijada@ins.gov.co

o valores predictivos. A esto, en una historia iniciada por el análisis de la mortalidad materna por causas directas, se cuenta con el proceso de unidad de análisis, que permite confirmar la clasificación de un caso de ciertos eventos de interés, así como establecer tableros de problemas a ser gestionados sectorialmente en el territorio (2).

La detección de comportamientos inusuales y la notificación de casos individuales o agregados de eventos de salud pública de importancia internacional, en eliminación o erradicación son incorporados en el sistema de alerta temprana y evaluados en salas de análisis de riesgo (3,4). Esta información se ha venido disponiendo en informes, boletines y tableros de control en frecuencia diaria, semanal, por periodo epidemiológico, mensual o por series históricas (5,6).

En la respuesta, el INS ha organizado durante los últimos ocho años el modelo de gestión del riesgo (7) que incorpora las fases en la identificación, el análisis, la valoración y la modificación del riesgo, que tiene la estructura del manejo de incidente y cuya máximo expresión es la activación del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública, único en la región. Este centro ha sido activado ocho veces, entre estas, por la pandemia de COVID-19, la importación de múltiples casos de sarampión durante el fenómeno migratorio venezolano y por mpox.

El subsistema de evaluación incluye los documentos marco como protocolos de vigilancia (8) y los lineamientos anuales de operación. Este subsistema implementó un modelo de seguimiento al cumplimiento de indicadores que establece un ranking de desempeño por entidad territorial departamental y distrital (9,10), al que se ha incluido la autoevaluación de capacidades de la gestión del riesgo y recientemente, el monitoreo denominado 7-1-7 para los brotes y epidemias (11).

Los procesos de formación completan 32 años con el entrenamiento en epidemiología de campo como parte de la red internacional Tephinet y con el modelo de los CDC de FETP, como único programa acreditado en español para el mundo. Estos procesos cuentan además de los tres niveles de epidemiología de campo, con aula virtual, cursos de educación continuada y el reconocido curso internacional de métodos en epidemiología de campo. La formación ha desarrollado durante los últimos dos años el programa conocido como e-Vigila que incluye también la formación de entrenadores y de los actores estratégicos, así como de herramientas innovadoras como la realidad virtual (12).

Este modelo operativo, permite que Colombia tenga un nivel de preparación a brotes, epidemias y pandemias diferente de muchos países de la región, con una calificación del SPAR en el componente de vigilancia en el nivel superior (100 %) junto con Chile, para el periodo 2021-2023 (13).

Sobre el Boletín Epidemiológico Semanal

En el 2006, cuando se inicia la publicación del BES, se recogen algunos esfuerzos como el realizado por el Ministerio de Salud con el Reporte Epidemiológico Semanal donde se publicaban análisis de algunos eventos y las propuestas de protocolos de vigilancia; los informes del sistema alerta acción; algunas partes de los Boletines Epidemiológicos de Antioquia y Bogotá D.C., que enfatizaban en el análisis de algunos eventos, y las secciones de situación de los eventos del antiguo Informe Quincenal de Casos de Brotes y Epidemias que se publicó entre 1995 y 1996, y del Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) (14) que se editó desde 1997.

Durante los primeros tres años, el boletín estuvo orientado a informar sobre el comportamiento del proceso de notificación, a generar las alertas sobre brotes específicos y a producir datos sobre algunos eventos con comportamientos inusuales. Entre 2009 y 2013, se publicaba la información sobre la tendencia anual o por periodo de un conjunto de eventos de interés priorizados. En el periodo 2014-2015 se informaba de manera general la situación de todos los eventos de interés en salud pública, que en 2016 se amplió en contenidos estandarizados para todos los eventos. En 2017 se racionalizó su publicación, enfatizando en el tema central que corresponde a lo revisado en el Comité de Vigilancia Epidemiológica Nacional (COVE), en eventos priorizados, en las alertas epidemiológicas y en el análisis mediante cuadros de mando de la situación territorial departamental. A partir de este volumen 12, se incorporó el uso de herramientas ampliadas para la detección de comportamientos inusuales (15).

En 2019, adicional a estar publicado en la página web del INS, se realiza en la aplicación Publicaciones INS de la Playstore (16). En 2020 se logra la incorporación del Boletín en la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) y su disposición en la herramienta e-Blueinfo de OPS/OMS para dispositivos Android e iOS (17).

En 2023, ante la modernización del sistema de información, llevó a generar el Boletín de los sábados en la mañana a los jueves en la noche y con perspectivas de publicación incluso para el miércoles, con una oportunidad de disposición

de la información de cinco días, superior a los 8 a 9 días de Argentina (18) o México (19), a los 10 a 14 días de Paraguay (20), 2 a 3 semanas de Perú (21), entre los países que mantienen la publicación seriada.

En 2025, se publica el volumen 20 del BES, que es el reporte de situación en salud con la mayor frecuencia y oportunidad de Colombia, generando información de los eventos de interés en salud pública que ocurrieron en la semana epidemiológica anterior (sábado previo a su publicación).

Al mismo tiempo que el BES Nacional es publicado, algunos departamentos y distritos realizan sus boletines. Son largas las trayectorias de los boletines de Bogotá D.C., Antioquia, Medellín, Tolima, Huila, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Cartagena de Indias, Norte de Santander, Valle del Cauca. En algunos de estos territorios, la publicación de boletines ha sido reemplazada por tableros de control en escenarios tipo observatorio digital, como en el caso de Bogotá D.C. (SaluData–Observatorio de Salud de Bogotá) (22), Valle del Cauca (Observatorio de Información en Salud) (23) y Caldas (Observatorio Social de Salud de Caldas) (24). En algunos departamentos se publican boletines de temas específicos como COVID19, enfermedades transmitidas por vectores, entre otros.

En el caso del BES, se mantiene el boletín que informa a diferentes audiencias (población, medios de comunicación, autoridades y especialistas en salud pública) acompañado de tableros de control, informes de evento, datos abiertos y otras publicaciones como el Reporte Epidemiológico Nacional (REN) (25).

A manera de conclusión

La vigilancia en salud pública es el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública (26). El BES cumple con asegurar una cada vez más oportuna divulgación de los datos de la vigilancia en salud pública, que se complementan con los procedimientos antes mencionados de tableros de control, datos abiertos, informes de evento y otros tipos de reporte.

La utilidad es un principio esperado de la vigilancia en salud pública, entendida si contribuye a la prevención y control de eventos de interés, lo que incluye una mejor comprensión de las implicaciones de dichos eventos en la salud pública (27). El objetivo de la vigilancia es proveer información para el personal de la salud pública, los gobernantes y el público para guiar las políticas y programas

en salud pública (28).

Para exponer un ejemplo, un reciente proyecto de ley para establecer una política pública de salud y protección social a favor de las personas afectadas por la tuberculosis utiliza información del BES en sus consideraciones técnicas (29). También, ante situaciones de emergencia reportadas mediante el BES se ha soportado normativas de emergencia como en situaciones recientes por Dengue (30).

Si hiciéramos la consulta en un explorador como Google con una expresión “boletín epidemiológico del instituto nacional de salud reportó”, al tomar la sección Noticias, encontraríamos múltiples referencias producidas por medios de comunicación.

El BES de Colombia es hoy una de las publicaciones más oportunas para generar información confiable sobre la situación de los 107 eventos de interés en salud pública y representa un esfuerzo de los epidemiólogos del INS para ofrecer datos de alta calidad. En sus veinte años, el INS se siente orgulloso de su BES.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2025 (vigilancia basada en eventos predefinidos) [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos y documentos. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>
2. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados [Internet]. 2024 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacin%20para%20hacer%20%20unidad%20de%20anlisis%20de%20caso/MANUAL_UNIDAD_AN%20C3%81LISIS.pdf
3. Prieto Alvarado FE, Alarcón Cruz ÁP, Díaz JL. Etapa 1. Sistema de alerta temprana: identificación del riesgo en salud pública [Internet]. Scripto SA; 2022 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Noticias/ImagenesBanner/ABECE-GESTION-DEL-RIESGO-COLECTIVO/Etapa-1-Sistema-de-Alerta-Temprana_Identificacion-del-riesgo-en-salud-publica.pdf

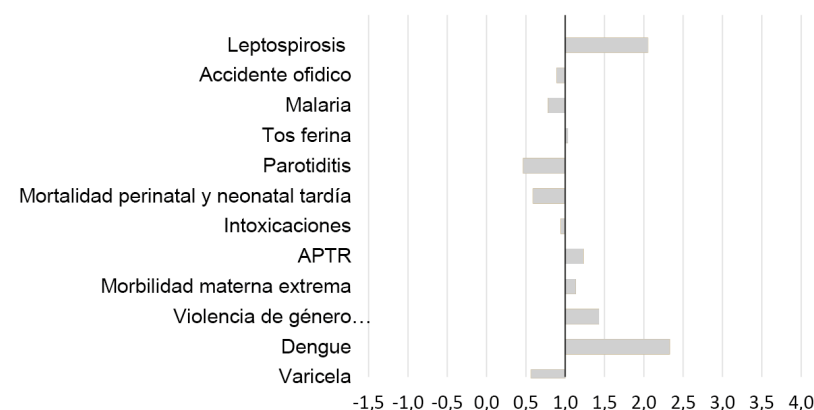
4. Velandia LM, Prieto Alvarado FE, Alarcón Cruz ÁP, Díaz JL, Salas Suspes P. Etapa 2. Valoración del Riesgo e Integración de Fuentes [Internet]. Scripto SA; 2022 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: ISSN: 2954-6060
5. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Informe de evento y tableros de control [Internet]. 2024 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
6. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Portal Sivigila – Reportes Gráficos [Internet]. [citado 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/Datos.aspx>
7. Prieto Alvarado FE, Alarcón Cruz ÁP, Díaz Moreno JL. Abecé para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública [Internet]. Scripto SAS; 2022 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/ImagenesBanner/ABECE-GESTION-DEL-RIESGO-COLECTIVO/ABECE-Gestion-del-riesgo-colectivo.pdf>
8. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Fichas y protocolos por evento [Internet]. 2024 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
9. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Evaluación de capacidades básicas en gestión de riesgo (Primer y Cuarto trimestre) [Internet]. [citado 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=155>
10. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Evaluación de desempeño para Gestión de la Vigilancia en Salud Pública [Internet]. 2024 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=128>
11. Frieden TR, Lee CT, Bochner AF, Buissonnière M, McClelland A. 7-1-7: an organising principle, target, and accountability metric to make the world safer from pandemics. The Lancet. 7 de junio de 2021;398(10300):638-40.
12. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Programa de fortalecimiento de la fuerza laboral para la vigilancia y respuesta en salud pública [Internet]. 2024 [citado 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Epidemiolog%C3%ADa-aplicada.aspx>
13. Organización Mundial de la Salud. Herramienta electrónica del RSI para la autoevaluación de los informes anuales de los Estados Partes [Internet]. e-SPAR. [citado 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://extranet.who.int/e-spar/>
14. Instituto Nacional de Salud (Colombia). IQEN [Internet]. [citado 1 de agosto de 2025]. (Informe Quincenal Epidemiológico Nacional). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/iqen.aspx>
15. Instituto Nacional de Salud (Colombia). BES [Internet]. 2025 ago. (Boletín Epidemiológico Nacional). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemiologico.aspx>
16. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Publicaciones [Internet]. Playstore; Disponible en: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.appsgalvis.publicaciones&hl=es_CO&pli=1
17. OPS/OMS, BIREME. e-Blueinfo [Internet]. Google Play, App Store; [citado 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://e-blueinfo.bvsalud.org/es/>
18. Dirección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Nacional [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud de la República de Argentina; 2024 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/boletin-epidemiologico-nacional/boletines-2024>
19. Secretaría de Salud, Gobierno de México. Boletín Epidemiológico, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información [Internet]. México; [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-355523>
20. DGVS, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]. Gobierno del Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dgvs.mspps.gov.py/boletin-epidemiologico-semanal/>
21. Ministerio de Salud, Gobierno del Perú. Boletines epidemiológicos [Internet]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/boletines-epidemiologicos/>
22. Secretaría de Salud de Bogotá. Observatorio de Salud de Bogotá. [citado 1 de julio de 2025]. SaluData. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

23. Gobernación del Valle del Cauca. Observatorio de Información de Salud [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/63350/observatorio-de-informacion-de-salud/>
24. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Observatorio Social de Salud [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <http://190.14.236.200/ossaldas/>
25. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Reporte Epidemiológico Nacional (REN) [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://epidemiologiains.org/index.php/ren/>
26. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Decreto 3518 de 2006 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
27. Robert RG, Horan JM, Lee LM, Milstein B, Pertowski CA. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems; recommendations from the Guidelines Working Group [Internet]. 2001 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/13376>
28. Hong R, Walker R, Hovan G, Henry L, Pescatore R. The Power of Public Health Surveillance. Dela J Public Health. 7 de enero de 2020;6(2):60-3.
29. Congreso de la República de Colombia. Proyecto de Ley 021/2024C. Por medio de la cual se establece una política pública de salud y protección social a favor de las personas afectadas por la tuberculosis (TB) y se dictan otras disposiciones [Internet]. Disponible en: <https://www.camara.gov.co/tuberculosis>
30. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Circular Conjunta Externa No.13 de 2023 [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Conjunta%20Externa%20No.13%20de%202023.pdf



Para la semana epidemiológica 01 de 2025, se identificó que los eventos de mayor notificación se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Figura 1. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 1 de 2025



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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2019 a 2024 (exceptuando 2020). Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

En la semana epidemiológica 01 de 2025, en los eventos de baja frecuencia, la mortalidad por dengue estuvo por encima de lo esperado, mientras que leishmaniasis cutánea se ubicó por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 1).

SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2025

Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	12	4	0,00
Leishmaniasis cutánea	7	205	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	2	0,11
Lepra	3	4	0,21
Zika	1	1	0,37
Chikunguña	1	1	0,37
Leishmaniasis mucosa	1	1	0,37

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

Cumplimiento en la notificación

Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- Identificar departamentos, municipios y UPGD en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016
- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana epidemiológica 01 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 con respecto a la semana anterior y un aumento del 0,09% con relación a la

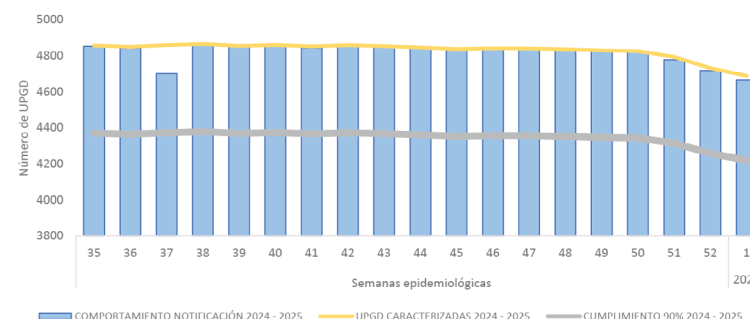
semana epidemiológica 01 del año 2024. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 99,5 % (4 667/4 689); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y aumentando un 2,6 % comparado con la semana epidemiológica 01 de 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90%).

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 01 de 2025, a nivel nacional se detectó que el 0,5 % de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (22), se identifica que de estas el 95,4 % (21) están categorizadas en el primer nivel de complejidad, mientras que el otro 4,5 % (1) esta categorizada como nivel dos.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica en 2024 y 2025, las UPGD caracterizadas y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (figura 2).

Figura 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados



MORTALIDAD

Metodología

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

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2018 y 2024; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección ajustada de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE posterior a pandemia COVID-19. Para el 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: [PRO_Mortalidad_menores 5años.pdf \(ins.gov.co\)](#).

A semana epidemiológica 01 de 2025, se han notificado nueve (9) muertes probables en menores de cinco años: siete (7) por infección respiratoria aguda (IRA), uno por desnutrición (DNT) aguda y uno por enfermedad diarreica aguda (EDA).

Todos los casos son de población residente en Colombia y se encuentran en estudio.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

En esta semana se notificaron siete (7) muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio.

Para el 2024, a semana epidemiológica 01, el número de casos confirmados fue de ocho (8), para una tasa de mortalidad de 0,21 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 01 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por IRA en las entidades territoriales, en comparación con el histórico a la semana epidemiológica 01 entre 2018 a 2024.

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se notificó una (1) muerte probable en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda la cual se encuentra en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 01 fue de cinco, para una tasa de mortalidad de 0,13 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 01 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por DNT aguda en las entidades territoriales en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 01 entre 2018 a 2024.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana se ha notificado una (1) muerte probable en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; la cual se encuentra en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados, a semana epidemiológica 01, fue de tres (3) para una tasa de mortalidad de 0,08 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 01 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por EDA en las entidades territoriales en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 01 entre 2018 a 2024.

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la OMS, se acogen las siguientes definiciones¹:

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

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

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

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

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

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

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

² Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. versión 1. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45>

En la semana epidemiológica 01 de 2025 se notificaron al Sivigila cuatro (4) casos, tres (3) muertes maternas tempranas y una muerte materna tardía residentes en territorio colombiano (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 01, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	7	4	3	14
2023	6	3	2	11
2024	6	2	0	8
2025	3	1	0	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2023, datos preliminares 2024-2025

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en tres entidades territoriales: Bogotá D.C., Cesar y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Histórico 2021 – 2021 a SE 01	Acumulado de casos a SE 01		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2024	2025	
Colombia	7	6	3	Ninguno
Bogotá D.C.	1	0	1	Ninguno
Cesar	0	1	1	Ninguno
Cundinamarca	0	0	1	Ninguno
Antioquia	1	1	0	Ninguno
Bolívar	1	1	0	Ninguno
Cali	0	1	0	Ninguno
Cauca	0	1	0	Ninguno
La Guajira	1	0	0	Ninguno
Magdalena	1	0	0	Ninguno
Meta	0	1	0	Ninguno
Tolima	1	0	0	Ninguno

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2023, datos preliminares 2024-2025. SE: semana epidemiológica

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Curumaní (Cesar) y Nilo (Cundinamarca) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021–2024, Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2025

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Cesar	Curumaní	0	1	0,00
Cundinamarca	Nilo	0	1	0,00

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

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 01 de 2025, el 66,7 % corresponden a causas directas. Las causas de muerte materna notificadas a la fecha son trastorno hipertensivo asociado al embarazo y evento tromboembólico como causa básica (tabla 10).

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2025

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 01 2023 - 2025						Comportamiento inusual
	2023	%	2024	%	2025	%	
DIRECTA	5	83,3	3	50,0	2	66,7	
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	4	66,7	2	33,3	1	33,3	Ninguno
Sepsis obstétrica	1	16,7	1	16,7	0	0,0	Ninguno
Evento tromboembólico como causa básica	0	0,0	0	0,0	1	33,3	Ninguno
INDIRECTA	1	16,7	3	50,0	0	0,0	
Otras causas indirectas	0	0,0	1	16,7	0	0,0	Ninguno
Sepsis no obstétrica	1	16,7	1	16,7	0	0,0	Ninguno
Otras causas indirectas: dengue	0	0,0	1	16,7	0	0,0	Ninguno
En estudio	0	0,0	0	0,0	1	33,3	

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

El análisis de comportamientos inusuales a nivel departamental y distrital se realizó con el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) de los Center for Disease Control and Prevention (CDC), dado que el evento tiene una alta frecuencia y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años. Para el análisis de comportamientos inusuales en el nivel municipal se utilizó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio, teniendo en cuenta que en los municipios se comportan como evento de baja frecuencia. El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al periodo entre el 2020 y 2024 con corte del periodo a analizar y se muestran resultados estadísticamente significativos. El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

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

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

2. Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc_2#:~:text=ICD%20PM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20PM.

A semana epidemiológica 01 de 2025 se han notificado 69 casos de muerte perinatal y neonatal tardía residentes en territorio colombiano.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (9), Antioquia (7), La Guajira (6) y Cartagena de Indias (5). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 01 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Atlántico, Bolívar, Cesar y Huila. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Tabla 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024	Valor observado 2024-2025 (SE 50 a 1)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 01	
				2024	2025
Colombia	573	313	Decremento	126	69
Bogotá, D.C.	66	50	Ninguno	20	9
Antioquia	63	32	Ninguno	8	7
La Guajira	29	14	Ninguno	5	6
Cartagena de Indias	19	11	Ninguno	1	5
Caldas	8	11	Ninguno	1	4
Cundinamarca	30	27	Ninguno	8	4
Nariño	16	16	Ninguno	4	4
Buenaventura	6	3	Ninguno	1	3
Cali	23	13	Ninguno	5	3
Córdoba	27	13	Ninguno	6	3
Santander	17	9	Ninguno	5	3
Barranquilla	22	9	Ninguno	4	2
Chocó	13	4	Ninguno	6	2
Magdalena	12	10	Ninguno	1	2
Meta	15	10	Ninguno	6	2
Tolima	12	8	Ninguno	4	2
Valle del Cauca	15	12	Ninguno	6	2
Boyacá	11	6	Ninguno	2	1
Huila	13	4	Decremento	5	1
Putumayo	5	3	Ninguno	1	1
Quindío	5	2	Ninguno	1	1
San Andrés y Providencia	1	2	Ninguno	1	1
Sucre	16	6	Ninguno	3	1
Amazonas	2	0	Ninguno	1	0
Arauca	6	0	Ninguno	2	0
Atlántico	18	1	Decremento	3	0
Bolívar	16	4	Decremento	2	0
Caquetá	6	1	Ninguno	1	0
Casanare	6	2	Ninguno	2	0
Cauca	17	7	Ninguno	4	0
Cesar	19	6	Decremento	3	0
Guainía	2	2	Ninguno	0	0
Guaviare	1	1	Ninguno	0	0
Norte de Santander	18	8	Ninguno	2	0
Risaralda	9	2	Ninguno	1	0
Santa Marta	6	2	Ninguno	1	0
Vaupés	1	0	Ninguno	0	0
Vichada	3	2	Ninguno	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2025 preliminar

Respecto al análisis desagregado a nivel municipal, para la semana epidemiológica 01 de 2025 no se encontraron variaciones estadísticamente significativas con respecto al comportamiento histórico 2020 a 2024.

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 37,7 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,5 %, neonatales tardías con 18,8 % y fetales intraparto con 15,9 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 18,8 % y causas no específicas con el 14,5 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 01 de 2025 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte. En consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 01, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 01, 2023 -2025					
	2023 a SE 01	(%)	2024 a SE 01	(%)	2025 a SE 01	(%)
Colombia	140	100,0	126	100,0	69	100,0
Asfixia y causas relacionadas	36	25,7	27	21,4	17	24,6
Prematuridad-inmadurez	24	17,1	16	12,7	13	18,8
Sin información	0	0,0	5	4,0	12	17,4
Causas no específicas	2	1,4	8	6,3	10	14,5
Infecciones	10	7,1	11	8,7	4	5,8
Complicaciones del embarazo	18	12,9	15	11,9	4	5,8
Trastornos cardiovasculares	2	1,4	6	4,8	3	4,3
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	28	20,0	19	15,1	2	2,9
Malformación congénita	8	5,7	9	7,1	2	2,9
Otras causas de muerte	10	7,1	10	7,9	2	2,9
Lesión de causa externa	2	1,4	0	0,0	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 a 2025 (preliminar). SE: semana epidemiológica



EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

Metodología

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

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2016 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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 08. 18 de mayo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

A nivel nacional se identifica una variación porcentual con tendencia a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en UCI/UCIM que no es menor del 30 % (tabla 14), por lo que dichas variaciones no son significativas.

Tabla 14. Notificación morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01, 2024 y 2025

A semana epidemiológica 01 2024 - 2025				
Tipo de servicio	2024	2025	Variación porcentual >30% o < 30 %	Tendencia
Consulta externa y urgencias	109 423	82 027	⇒ -0,25%	↘
Hospitalización en sala general	4 443	4 327	⇒ -0,03%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	641	576	⇒ -0,10%	↘

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 01 de 2025 se notificaron 96 232 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Chocó, La Guajira, Santa Marta y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caquetá, Guainía y Nariño. 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 (50 a 52 de 2024 y 01 de 2025) en 11 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (50 a 52 de 2024 y 01 de 2025)

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Análisis
Antioquia	Itagüí	883	4 341	5 690	Aumento
Bolívar	Magangué	166	916	1 090	Aumento
Cundinamarca	Girardot	293	950	1 508	Aumento
Cundinamarca	Madrid	232	597	1 193	Aumento
Cundinamarca	Soacha	642	3 287	4 409	Aumento
La Guajira	Maicao	334	2 342	4 363	Aumento
La Guajira	Uribia	233	2 108	3 063	Aumento
Norte de Santander	Ocaña	208	718	973	Aumento
Santander	Girón	72	198	390	Aumento
Santander	Piedecuesta	71	227	441	Aumento
Valle de Cauca	Tuluá	312	687	1 147	Aumento
Antioquia	Apartado	140	765	888	Ninguno
Antioquia	Turbo	152	685	789	Ninguno
Antioquia	Envigado	272	1 842	1 688	Ninguno
Antioquia	Bello	848	4 161	4 613	Ninguno
Atlántico	Malambo	47	328	366	Ninguno
Atlántico	Soledad	1 111	6 289	5 999	Ninguno
Casanare	Yopal	110	660	654	Ninguno
Cundinamarca	Zipaquirá	214	1 252	1 354	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	43	277	221	Ninguno
Santander	Floridablanca	279	1 333	1 685	Ninguno
Valle de Cauca	Yumbo	238	1 061	1 029	Ninguno
Valle de Cauca	Cartago	240	890	1 152	Ninguno
Valle de Cauca	Palmira	377	1 583	2 015	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	185	959	834	Ninguno
Huila	Pitalito	92	698	525	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

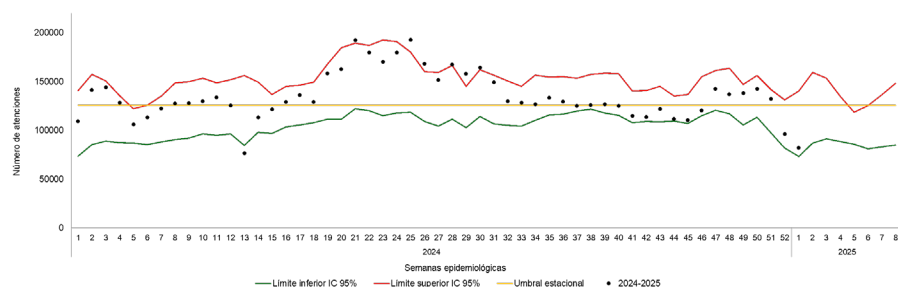
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 52 de 2024 y 01 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representan el 34,4 % (142 566) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 21,0 % (86 874). 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 11,0 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 10,1 % respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA a nivel nacional a semana epidemiológica 01 de 2025 se mantiene dentro de los límites esperados, comparado con su comportamiento histórico. Así mismo, se observó una tendencia al aumento en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 45 a 48 de 2024) ubicándose por encima del umbral estacional (figura 3).

Figura 3. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2024 y 01 de 2025 entre 2017 y 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 01 de 2025 se notificaron 4 327 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Amazonas, Cali, Guainía, La Guajira, San Andrés, Vaupés y Vichada e incremento en Arauca, Atlántico, Barranquilla, Cartagena, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta y Tolima. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

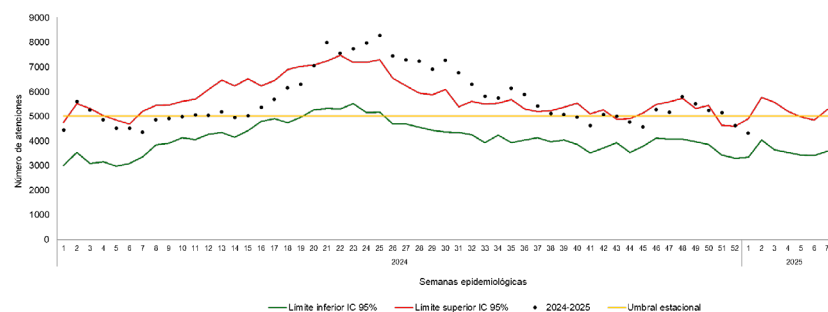
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 52 de 2024 y 01 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 603) representaron el 29,0 %, seguido de los menores de un año con el 15,7 % (3 034). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con 21,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 19,4 %.

En el canal endémico para el servicio de hospitalización por IRA en sala general a semana epidemiológica 01 de 2025, se observa una tendencia hacia la disminución ubicándose dentro de los límites esperados con respecto al histórico. Asimismo, en las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) se observó una tendencia al aumento ubicándose por encima de los límites superiores (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 de 2025 entre 2016 y 2024

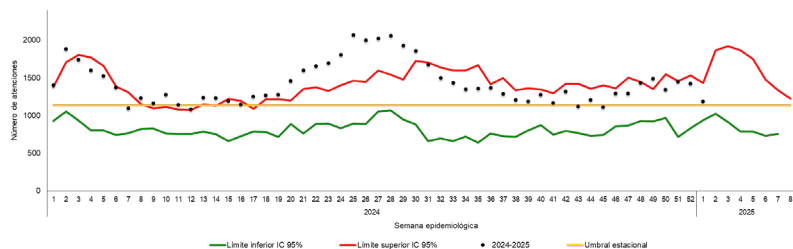


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025

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

En la semana epidemiológica 01 de 2025, se notificaron (1 384) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad se evidencia que en la semana 01 de 2025 sigue la misma tendencia de las últimas cuatro semanas de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) ubicándose por debajo del límite superior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 de 2025, entre 2017 y 2025



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

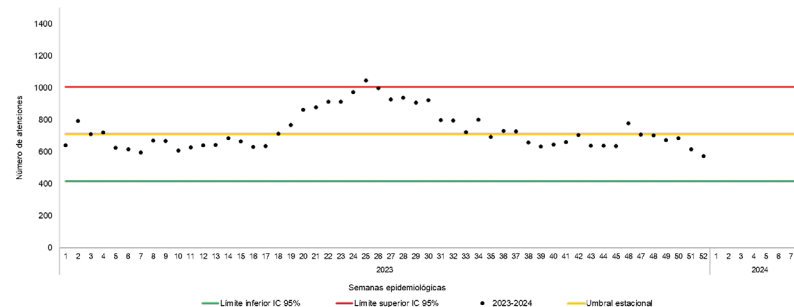
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 01 de 2025 se notificaron 576 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 13 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Cundinamarca y Meta. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá, Boyacá, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cesar, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 52 de 2024 y 01 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 38,8 % (969), seguido de los menores de un año con el 19,5 % (486) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI y UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de dos a cuatro años con el 21,7 % seguido de los niños de un año con el 19,8 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 01 de 2025, se observa que se ubica dentro de lo esperado siguiendo la misma tendencia de último periodo (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 6).

Figura 6. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 de 2025, entre 2017 y 2025

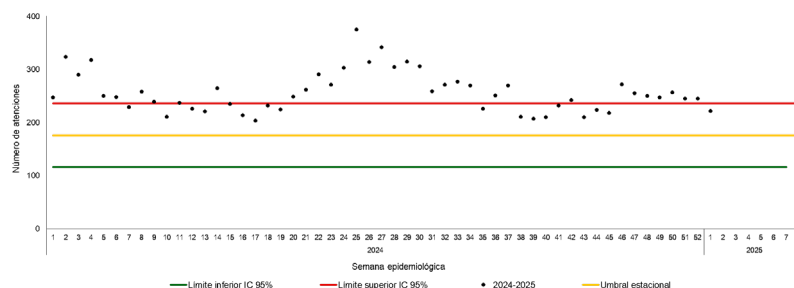


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

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

En la semana epidemiología 01 de 2025, se notificaron 222 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia que en semana epidemiológica 01 2025 se sitúa dentro los límites esperados, con tendencia a la disminución con respecto al mismo periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) donde se ubicó por encima del límite superior. (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 de 2025, entre 2019 y 2024



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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 52 en la región de las Américas la actividad de influenza en las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado ascenso en la región Norte América, Caribe y ligero ascenso en Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región, excepto en la región Andina y Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en Norte América y Brasil y Cono Sur, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 01 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para enterovirus, influenza B, parainfluenza y metapneumovirus; en decremento VSR. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (figura 8).

Figura 8. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 46 a 52 de 2024 y semana epidemiológica 01 de 2025

Agente viral identificado	Semana epidemiológica 46 a 49 de 2024			Semana epidemiológica 50 de 2024 a 01 de 2025			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	55.5	54.7	53.7	70.0	48.8	41.7	
Rinovirus	14.8	13.3	24.1	14.6	10.0	40.0	
Virus sincitial respiratorio	27.5	32.8	13.8	18.3	27.5	-	
Enterovirus	8.6	5.5	10.3	13.4	20.0	-	
Adenovirus	6.6	7.0	3.4	4.9	5.0	-	
Influenza B	9.5	9.4	6.8	17.0	7.5	30.0	
Influenza A	9.4	9.4	6.8	-	-	-	
Parainfluenza	4.1	6.3	3.4	8.5	7.5	-	
Metapneumovirus	7.0	3.9	17.2	13.4	15.0	20.0	
A(H1N1)pdm09	1.6	0.8	3.4	3.7	5.0	10.0	
SARS-CoV2	2.9	3.1	-	1.2	-	-	
A(H3N2)	5.3	4.7	6.9	3.7	-	-	
Bocavirus	1.2	2.3	-	-	-	-	
Coronavirus	1.6	1.6	3.4	1.2	2.5	-	

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

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

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.

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

COVID-19

Metodología

Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 01 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

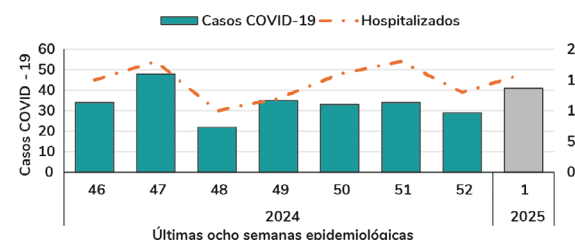
El análisis del comportamiento del evento en el tiempo se realiza comparando los casos confirmados del período del presente año con los del año anterior. Además, se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) y estable (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

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

En Colombia, para el año 2025, con corte al 04 de enero según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 41 casos de COVID-19.

Durante las últimas ocho semanas se ha presentado una disminución del 1,45 % en el número de casos. Sin embargo, las hospitalizaciones han mostrado un incremento del 12,7 %, pasando de 55 casos reportados entre las semanas epidemiológicas 46 a 49 de 2024 a 63 casos registrados entre las semanas epidemiológicas 50 a 52 de 2024 y la 01 de 2025 (figura 9).

Figura 9. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, 2023-2024



El 76,2 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cali, Cauca, Boyacá, Antioquia y Cundinamarca. Durante la primera semana epidemiológica de 2025, Bogotá D.C. reportó el mayor número de casos, con 14 notificaciones, lo que representa el 33,3 % del total. Le siguen Cali, con seis casos (14,3 %), y Cauca, con cuatro casos (9,5 %). Se reportó un caso con procedencia exterior (2,4 %).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 1 de 2025

Entidad Territorial	Semana 1	Porcentaje
Bogotá D.C.	14	33,3
Cali	6	14,3
Cauca	4	9,5
Boyacá	3	7,1
Antioquia	3	7,1
Cundinamarca	2	4,8
Caldas	1	2,4
Norte de Santander	1	2,4
Meta	1	2,4
Risaralda	1	2,4
Santander	1	2,4
Tolima	1	2,4
Barranquilla	1	2,4
Huila	1	2,4
Córdoba	1	2,4
Exterior	1	2,4
Total general	42	100

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 50 a 52 de 2024 y 01 de 2025), en Colombia se confirmaron por laboratorio 137 casos nuevos por COVID-19 en 21 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 42 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 0,26 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 46 a 49 de 2024) en este indicador no se observan cambios a nivel departamental y distrital. En los municipios se observa incremento significativo en Campamento (Antioquia); Sotaquirá y Tuta (Boyacá); Sucre (Cauca); Guaduas, Puerto Salgar, Sibaté y Suesca (Cundinamarca); Fresno y Honda (Tolima); y Monterrey (Casanare).

Para 2025 no se han reportado fallecimientos relacionados a COVID-19.

Para finalizar, los invitamos a consultar el portal Sivigila en el enlace <https://onx.la/5f2c3> en el que podrá ampliar la información de los casos de COVID-19 Colombia 2020-2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 01 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

Los indicadores del evento se calcularon de acuerdo con lo dispuesto en el protocolo de vigilancia de salud pública, sin embargo, estos pueden ir cambiando de acuerdo con el ajuste de los casos. Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación.

Las categorías usadas para los indicadores de gestión son:

Porcentaje	< 25 %	25 % - 50 %	50 % - 75 %	75 % - 99 %	100 %
Categoría indicador	No cumple con la meta				Cumple con la meta

El canal endémico nacional y el análisis del comportamiento epidemiológico por entidad territorial se construyó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), con los siguientes límites de control: **por debajo de lo esperado**, número de casos menor al límite inferior IC95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95 %; en alerta, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, y **por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2015-2023 - sin 2021)

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021)).

El porcentaje de municipios **por encima de lo esperado** para dengue se calculó teniendo en cuenta como denominador el número de municipios en riesgo para el evento por departamento, según lo indicado en el Lineamiento metodológico para la estratificación y estimación de la población en riesgo para arbovirosis en Colombia 2020-2023 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la semana epidemiológica 01 de 2025 se notificaron 3 015 casos de dengue, 1 921 (63,7 %) sin signos de alarma, 1 070 (35,5 %) con signos de alarma y 24 (0,8 %) de dengue grave. El 69,9 % (2 106) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena, Tolima, Antioquia, Barranquilla, Cundinamarca, Valle del Cauca, Huila, Norte de Santander, Meta, Córdoba, Santander y Atlántico. Durante esta semana no se reportaron casos en Buenaventura, Guainía y Vaupés (tabla 17).

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2025

Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Cartagena de indias	263	70,7	27,8	1,5
Tolima	242	57,4	40,9	1,7
Antioquia	206	68,0	31,6	0,5
Barranquilla	206	62,6	36,4	1,0
Cundinamarca	177	63,3	36,7	0,0
Valle del Cauca	169	75,1	24,9	0,0
Huila	155	69,0	30,3	0,6
Norte de Santander	143	65,7	32,9	1,4
Meta	142	64,8	33,8	1,4
Córdoba	142	57,0	42,3	0,7
Santander	133	69,2	30,8	0,0
Atlántico	128	54,7	44,5	0,8
Sucre	110	46,4	53,6	0,0
Cali	102	57,8	41,2	1,0
Putumayo	73	74,0	24,7	1,4
Quindío	72	79,2	20,8	0,0
Risaralda	67	64,2	35,8	0,0
Bolívar	66	56,1	43,9	0,0
Caquetá	66	60,6	39,4	0,0
Cesar	65	63,1	36,9	0,0
La Guajira	55	38,2	58,2	3,6
Arauca	41	46,3	48,8	4,9
Cauca	33	66,7	33,3	0,0
Guaviare	31	87,1	12,9	0,0
Caldas	20	65,0	35,0	0,0
Nariño	19	42,1	57,9	0,0
Boyacá	17	76,5	23,5	0,0
Vichada	16	75,0	25,0	0,0
Magdalena	15	53,3	46,7	0,0
Casanare	12	66,7	33,3	0,0
Chocó	9	66,7	33,3	0,0
Santa Marta	6	50,0	50,0	0,0
Archipiélago de San Andrés	5	80,0	20,0	0,0
Exterior	5	60,0	40,0	0,0
Amazonas	4	75,0	25,0	0,0
Colombia	3 015	63,7	35,5	0,8

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 45 a 48 de 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico,

Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, La Guajira, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Santa Marta, Vichada y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Buenaventura; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 36,0 % a nivel nacional; 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 49 a 52 de 2024) fueron: Cesar, La Guajira, Santa Marta y Sucre.

En la semana epidemiológica 01 de 2025, a nivel nacional se confirmó el 46,1 % (493) de los casos de dengue con signos de alarma y 37,5 % (9) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 70,4 % (753) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,8 % (23) de los casos con dengue grave (tabla 18).

Tabla 18. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2025

Entidad territorial	Casos (n)			Confirmación (%)			Hospitalización	
	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Con signos de alarma	Dengue grave
Amazonas	3	1	0	0,0%	0,0%	N/A	100,0%	N/A
Antioquia	142	65	1	35,9%	27,7%	0,0%	36,9%	0,0%
Arauca	19	21	2	0,0%	42,9%	50,0%	66,7%	100,0%
Atlántico	47	36	0	36,2%	66,7%	N/A	58,3%	N/A
Barranquilla	152	97	3	73,0%	82,5%	0,0%	87,6%	100,0%
Bolívar	34	25	0	44,1%	28,0%	N/A	88,0%	N/A
Bogotá D.C.	48	22	0	39,6%	40,9%	N/A	68,2%	N/A
Boyacá	16	7	0	56,3%	71,4%	N/A	71,4%	N/A
Buenaventura	0	0	0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Caldas	10	9	0	10,0%	33,3%	N/A	66,7%	N/A
Cali	64	51	1	18,8%	47,1%	100,0%	66,7%	100,0%
Caquetá	40	27	0	35,0%	51,9%	N/A	63,0%	N/A
Cartagena de Indias	187	81	4	57,2%	48,1%	25,0%	82,7%	100,0%
Casanare	7	4	0	0,0%	50,0%	N/A	75,0%	N/A
Cauca	20	6	0	95,0%	100,0%	N/A	66,7%	N/A
Cesar	43	21	0	32,6%	47,6%	N/A	61,9%	N/A
Chocó	6	1	0	83,3%	0,0%	N/A	0,0%	N/A
Córdoba	79	60	1	55,7%	86,7%	0,0%	66,7%	100,0%
Cundinamarca	105	67	2	29,5%	40,3%	50,0%	76,1%	100,0%
Guainía	0	0	0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Guajira	21	28	2	71,4%	96,4%	100,0%	78,6%	100,0%
Guaviare	27	4	0	7,4%	0,0%	N/A	100,0%	N/A
Huila	105	49	1	19,0%	30,6%	0,0%	85,7%	100,0%
Magdalena	8	3	0	75,0%	100,0%	N/A	0,0%	N/A
Meta	84	44	2	0,0%	4,5%	0,0%	72,7%	100,0%
Nariño	9	11	0	100,0%	90,9%	N/A	100,0%	N/A
Norte de Santander	93	48	2	18,3%	31,3%	100,0%	81,3%	100,0%
Putumayo	54	18	1	24,1%	44,4%	100,0%	88,9%	100,0%
Quindío	53	15	0	11,3%	13,3%	N/A	53,3%	N/A
Risaralda	43	24	0	39,5%	29,2%	N/A	50,0%	N/A
Archipiélago San Andrés	4	1	0	75,0%	100,0%	N/A	0,0%	N/A
Santander	88	40	0	31,8%	62,5%	N/A	77,5%	N/A
Santa Marta	2	6	0	100,0%	83,3%	N/A	66,7%	N/A
Sucre	52	58	0	32,7%	27,6%	N/A	60,3%	N/A
Tolima	122	77	2	12,3%	11,7%	0,0%	67,5%	100,0%
Valle del Cauca	121	39	0	28,1%	41,0%	N/A	59,0%	N/A
Vaupés	0	0	0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Vichada	13	4	0	23,1%	75,0%	N/A	0,0%	N/A
Colombia	1 921	1 070	24	35,2 %	46,1 %	37,5 %	70,4 %	95,8 %

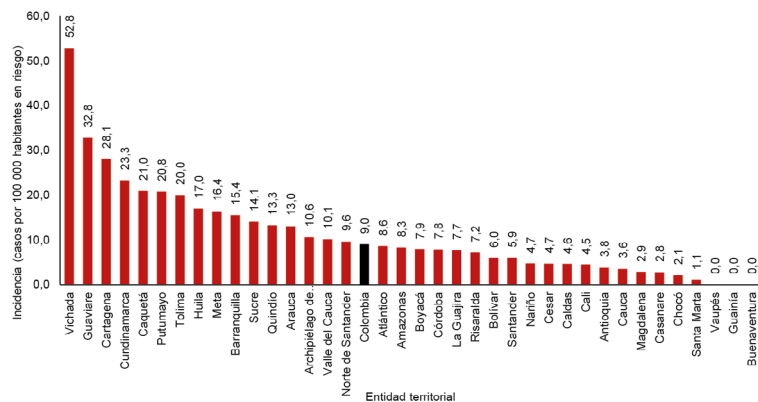
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

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

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

En la semana epidemiológica 01 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 9,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 10,5 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, Guaviare, Cartagena, Cundinamarca, Caquetá, Putumayo y Tolima presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 20 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 16,1 casos por 100 000 habitantes.

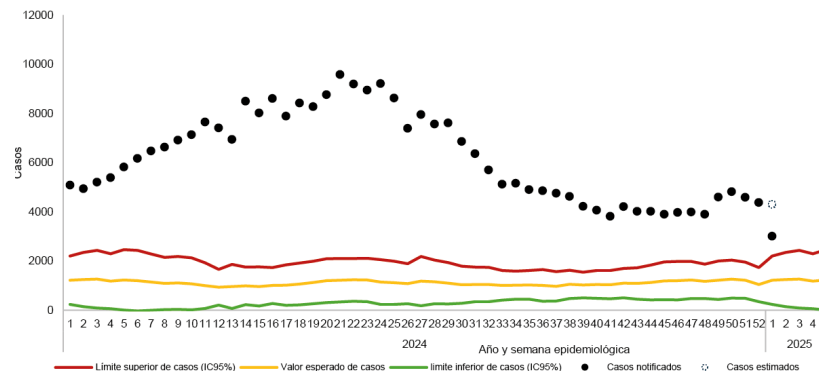
Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 01 de 2025



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

A semana epidemiológica 01 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al aumento del 16,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 45 a 48, 2024) (figura 16).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 01 de 2025



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

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue según canal endémico se observa que, el 8,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentran en situación de alerta y el 70,3 % (26) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; de estas entidades territoriales Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Caquetá, Cartagena, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Risaralda y Archipiélago de San Andrés y Providencia se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico (2015-2023), por lo que se espera un incremento de casos para el mes de noviembre (tabla 3). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el período de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2025

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 01, 2025	Período de transmisión según comportamiento histórico para el mes de diciembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia	Amazonas, Antioquia, Boyacá, Guainía, Nariño, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre	Arauca, Caldas, Chocó, Guaviare, Meta, Putumayo
Alerta	Cesar, Huila, Norte de Santander, Tolima	Buenaventura, Valle del Cauca	Cali, Casanare
Dentro de lo esperado	Magdalena, Santa Marta		Vaupés

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 01 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 38,3 % (316) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 75,4 % (43/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

A semana epidemiológica 01 de 2025 se han notificado 12 muertes probables por dengue, que a la fecha se encuentran en estudio, procedentes de las entidades territoriales de Atlántico, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Huila, Magdalena, Tolima y Valle del Cauca. Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron nueve (9) muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,18 %) (tabla 21).

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

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	2,1	56	44	336
	Apartadó	5,3	7	22	54
	Bello	0,9	5	5	24
	Envigado	3,3	8	3	54
	Itagüí	2,2	6	2	12
	Turbo	3,0	4	14	40
Atlántico	Barranquilla	15,7	206	468	1078
	Malambo	2,8	4	29	74
	Soledad	11,5	79	148	490
Bolívar	Cartagena	24,9	263	420	2091
	Magangué	12,5	18	24	120
Caquetá	Turbaco	7,7	9	23	114
	Florencia	27,7	49	22	115
Cauca	Popayán	0,7	2	1	35
	Santander de Quilichao	1,7	2	4	33
César	Valledupar	7,8	43	61	175
Córdoba	Montería	14,0	72	126	395
	Lorica	0,9	1	4	35
Cundinamarca	Sahagún	6,3	7	12	44
	Fusagasugá	12,1	20	2	255
Chocó	Girardot	51,0	60	47	197
	Quibdó	3,0	4	2	14
Huila	Neiva	15,9	59	62	158
	Pitalito	19,9	26	9	79
La Guajira	Maicao	7,8	15	21	128
Meta	Villavicencio	12,2	62	106	312
Nariño	San Andres de Tumaco	6,2	16	18	69
	Ocaña	15,2	18	12	89
Norte de Santander	Villa del Rosario	20,9	23	50	136
Quindío	Armenia	9,6	30	14	182
Risaralda	Pereira	6,6	32	14	203
	Dosquebradas	10,1	22	5	116
Santander	Bucaramanga	6,1	38	38	389
	Barrancabermeja	7,9	17	15	73
	Floridablanca	7,3	23	19	196
	Girón	9,1	16	16	129
	Piedecuesta	3,8	7	18	73
Sucre	Sincelejo	14,9	45	77	259
	Cali	4,5	102	358	814
Valle del Cauca	Buenaventura	0,0	0	14	29
	Jamundí	13,6	23	13	165
	Tuluá	1,8	4	34	76
	Yumbo	15,3	17	16	84

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

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 01, 2025	Letalidad por dengue a SE 01, 2024
	Confirmados	En estudio		
Atlántico	0	1	0,000	0,000
Bolívar	0	0	0,000	0,541
Cali	0	0	0,000	0,142
Caquetá	0	1	0,000	0,000
Cartagena de Indias	0	3	0,000	0,000
Cauca	0	1	0,000	1,149
Córdoba	0	1	0,000	0,000
Huila	0	1	0,000	0,249
Magdalena	0	1	0,000	0,000
Meta	0	0	0,000	0,633
Tolima	0	1	0,000	0,699
Valle del Cauca	0	1	0,000	0,000
Exterior	0	1	0,000	0,000
Colombia	0	12	0,000	0,177

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 01 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	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.

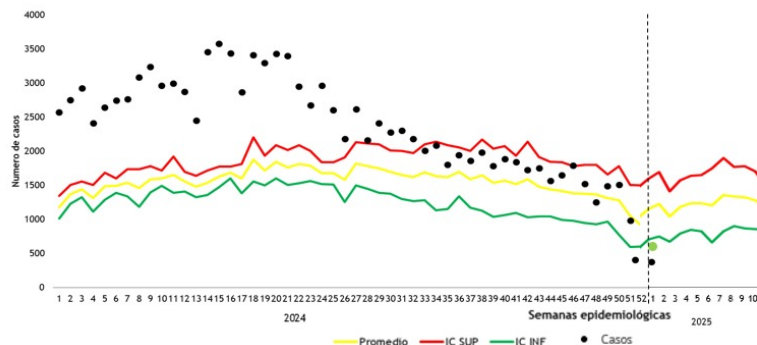
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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/buscar-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2024 y semana epidemiológica 1 de 2025



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 1, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 01 de 2025 se notificaron 528 casos de malaria, de los cuales 508 son de malaria no complicada y 2 064 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 60,8 % (321), seguido de *Plasmodium falciparum* con 38,1 % (201) e infección mixta con 1,1 % (6). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 95,7 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,4 %), Nariño (16,9 %), Antioquia (16,7 %), Córdoba (11,4 %), Vaupés (9,8 %), Cauca (3,1 %), Guainía (2,8 %), Caquetá (2,0 %), Bolívar (1,6 %), Buenaventura (1,4 %), Vichada (1,4 %) y Amazonas (1,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 81,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2025

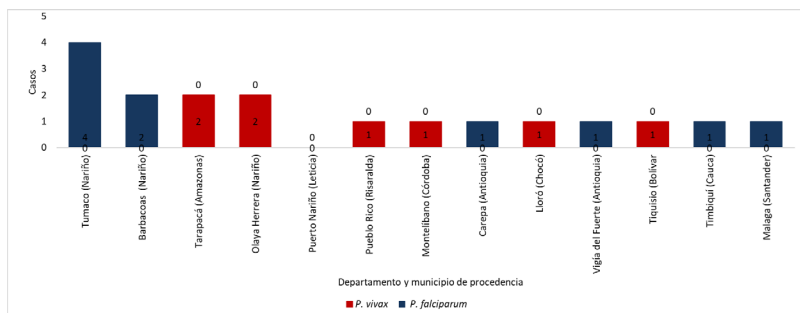
Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Amazonas	Puerto Nariño	0	0	5	5	0,77
Antioquia	El Bagre	1	1	17	19	0,34
	Mutatá	0	0	10	10	0,67
	Nechí	0	3	5	8	0,29
	Turbo	0	0	6	6	0,04
	Apartadó	0	1	5	6	0,05
	Tarazá	0	2	3	5	0,36
	Zaragoza	0	1	3	4	0,15
	Caucasia	0	3	1	4	0,39
Bolívar	Montecristo	0	1	3	4	0,22
Buenaventura	Buenaventura	0	6	1	7	0,02
Caquetá	Florencia	0	0	9	9	0,43
Cauca	López de Micay	0	7	0	7	0,38
	Timbiquí	0	5	1	6	0,21
Chocó	Quibdó	0	17	21	38	0,26
	Bagadó	0	16	10	26	2,20
	Tadó	0	8	12	20	0,99
	Río Quito	0	4	6	10	1,09
	Istmina	0	3	2	5	0,15
	Carmen del Darién	0	0	5	5	0,23
	El Cantón del San Pablo	0	3	1	4	0,58
	Nuquí	0	4	0	4	0,22
	Bajo Baudó	0	2	1	3	0,09
	Tierralta	0	5	23	28	0,28
Córdoba	Puerto Libertador	0	0	11	11	0,24
	Valencia	0	2	4	6	0,16
	Montelíbano	0	2	3	5	0,06
Guainía	Inírida	0	0	13	13	0,34
Nariño	Roberto Payán	0	31	6	37	2,78
	Magüí	0	15	6	21	0,08
	Barbacoas	0	10	1	11	0,19
	Olaya Herrera	0	3	4	7	0,26
	El Charco	0	4	0	4	0,17
Vaupés	Mitú	0	4	46	50	2,06
Vichada	Cumaribo	2	0	4	6	0,07

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 01 de 2025 se han notificado 20 casos de malaria complicada, que proceden de nueve entidades territoriales y un caso procedente del exterior. Nariño, Amazonas, Antioquia, Bolívar, Cauca, Chocó, y Córdoba notificaron el 85,0 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 95,0 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

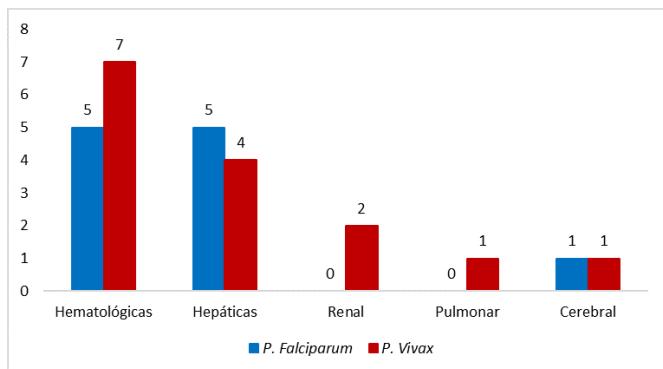
Figura 18. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2025



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 46,2 % (12) presentaron complicaciones hematológicas; 34,6 % (9) complicaciones hepáticas; 7,7 % (2) complicaciones renales y cerebral; 3,8 % (1) complicaciones pulmonares (figura 19).

Figura 19. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2025



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

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.

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 01 de 2025 el país se encuentra en situación de aumento; 11 departamentos y 12 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 23) y dos departamentos y siete municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 24).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 50 a 52 de 2024 y semana epidemiológica 1 de 2025, Colombia

Municipios en situación de brote SE 1 2025					
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	50	124	271	4
Nariño	Roberto Payán	37	77	116	5
Caquetá	Florencia	9	2	5	4
Antioquia	Nechí	8	13	24	5
Cauca	López Micay	7	6	8	4
Amazonas	Puerto Nariño	6	5	13	5
Antioquia	Tarazá	5	15	28	4
Antioquia	Caucasia	4	8	12	4
Chocó	Condoto	3	11	9	4
Arauca	Saravena	2	3	12	4
Boyacá	Cubará	1	19	74	4
Valle del Cauca	Pradera	1	3	11	4

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

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 50 a 52 de 2024 y semana 1 de 2025, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Chocó	Río Quito	10	62	51	5
Cauca	Timbiquí	7	28	36	5
Antioquia	Turbo	6	27	26	5
Chocó	El Cantón del San Pablo	4	30	31	5
Antioquia	Carepa	3	9	7	4
Risaralda	Mistrató	1	5	3	4
Meta	Villavicencio	1	3	4	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2025 Colombia

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2024. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 60 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 60, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 01 de 2025, se han notificado 165 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 161 corresponden a residentes en Colombia y cuatro (4) casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (02 de 2024 a 01 de 2025) es de 0,67 casos por 100 menores de 5 años (tabla 25).

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.

Tabla 25. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 01, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 1 de 2024	Casos a SE 1 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	317	161	0,67
La Guajira	32	14	2,57
Vichada	10	4	2,24
Chocó	20	5	1,83
Arauca	6	0	1,29
Guaviare	3	0	1,01
Vaupés	0	0	0,89
Magdalena	3	6	0,86
Casanare	3	1	0,79
Risaralda	4	5	0,78
Nariño	5	8	0,77
Guainía	1	0	0,76
Amazonas	1	1	0,75
Cesar	18	5	0,75
Bogotá D.C	53	19	0,66
Antioquia	36	22	0,66
Buenaventura	4	1	0,66
Bolívar	5	4	0,65
Meta	4	3	0,64
Tolima	7	1	0,63
Boyacá	6	4	0,61
Putumayo	2	2	0,60
Cundinamarca	24	14	0,60
Cartagena de Indias	3	4	0,58
Huila	6	3	0,58
Caquetá	1	0	0,53
Norte Santander	8	2	0,53
Caldas	2	1	0,45
Valle del Cauca	7	4	0,44
Santander	5	5	0,44
Córdoba	12	3	0,42
Cali	5	6	0,41
Atlántico	5	0	0,41
Sucre	4	6	0,41
Santa Marta	0	2	0,36
Barranquilla	4	2	0,30
Cauca	7	4	0,29
Quindío	1	0	0,29
San Andrés	0	0	0,25

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 02 de 2024 a SE 01 de 2025

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

DANE, proyecciones de población 2024

El 73,3 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 26,7 % como desnutrición aguda severa; el 12,3 % de los casos en mayores de seis 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 de 1 año (32,9 %) y de menores de 1 año (29,1 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 64,6 %.

Para la semana epidemiológica 01 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Bogotá D.C, Cundinamarca, La Guajira, Sucre, Risaralda, Córdoba, Atlántico, Norte de Santander y Arauca. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 26).

Tabla 26. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2020-2024, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2025

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Bogotá D.C	53	19
Cundinamarca	19	14
La Guajira	25	14
Sucre	2	6
Risaralda	2	5
Córdoba	10	3
Norte de Santander	8	2
Atlántico	7	0
Arauca	3	0

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

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes para la semana epidemiológica 01 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de un municipio (tabla 27).

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cundinamarca	Facatativá	0	4

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



ALERTAS NACIONALES

Actualización del brote de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en comunidades indígenas de Urrao y Betulia, Antioquia, 05 de enero de 2025

En diciembre de 2024 se identificó un brote de tos ferina en dos comunidades indígenas de la etnia Emberá en los municipios de Urrao y Betulia (Antioquia), el primer caso inició síntomas el 10 de diciembre de 2024. Se han desplegado tres equipos de respuesta inmediata de las secretarías municipales de salud. Se tomaron 69 muestras para tos ferina y 44 para panel viral.

Los resultados confirmaron ocho (8) casos para tos ferina, de los cuales tres (3) presentaron coinfección con influenza A (H3), adenovirus y virus sincitial respiratorio (VSR). Además, se identificaron 8 casos de adenovirus, seis (6) casos de virus sincitial respiratorio, tres (3) casos con coinfección de adenovirus y VSR, y un (1) caso con coinfección de influenza A (H3) y VSR. No se identificó COVID-19.

Se configura brote de IRAG con 26 casos. El 69 % (18 casos) corresponde a menores entre 1 y 5 años, con cuatro (4) muertes en estudio. La Secretaría de Salud Departamental continúa realizando búsquedas activas comunitarias, profilaxis antibiótica y toma de muestras en las comunidades indígenas. Dentro de los factores que pueden estar relacionados con el aumento de la transmisión y de los casos está la movilización de las comunidades por las cosechas de café.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 01 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos; sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS INTERNACIONALES

Tendencias de la infección respiratoria aguda, incluido el metapneumovirus humano, en el hemisferio norte. Fecha de publicación: 07 de enero de 2025

En muchos países del hemisferio norte, las tendencias de las infecciones respiratorias agudas aumentan en esta época del año. Estos aumentos suelen estar causados por epidemias estacionales de patógenos respiratorios como la gripe estacional, el virus sincitial respiratorio (VRS) y otros patógenos que comúnmente causan infección respiratoria, como metapneumovirus humano (hMPV), así como *mycoplasma pneumoniae*.

Actualmente, en algunos países del hemisferio norte templado, las tasas de enfermedades similares a la influenza (ESI) o infecciones respiratorias agudas (IRA) han aumentado en las últimas semanas por encima de los niveles de referencia, siguiendo las tendencias estacionales habituales. La actividad de la influenza es elevada en muchos países de Europa, América Central y el Caribe, África Occidental, África Central y muchos países de Asia, y el tipo y subtipo de influenza estacional predominante varía según la ubicación. Las tendencias de la actividad del VRS varían según la región, con tendencias a la baja en la mayoría de las subregiones de las Américas, excepto en América del Norte donde ha aumentado. Se han observado disminución en la región europea en las últimas semanas. Los datos de vigilancia y de laboratorio para el hMPV no están disponibles de forma rutinaria en todos los países.

En China, hasta el 29 de diciembre de 2024, ha habido una tendencia al alza de infecciones respiratorias agudas comunes, incluidas las debidas a los virus de la influenza estacional, el VRS y el hMPV, como se esperaba para esta época del año. La influenza es actualmente la causa más reportada de enfermedad respiratoria, con la tasa de positividad más alta entre todos los patógenos monitoreados para todos los grupos de edad, excepto los niños de 5 a 14 años, para quienes *Mycoplasma pneumoniae* tuvo la tasa de positividad más alta. Sin embargo, la actividad del SARS-CoV-2 sigue siendo baja, con un aumento de los casos graves de COVID-19 notificados. La variante predominante del SARS-CoV-2 circulante en el país es el XDV y sus sublinajes representan el 59,1 % de la detección entre las muestras secuenciadas.

Los niveles notificados de infecciones respiratorias agudas en China, incluido el hMPV, se encuentran dentro del rango esperado para la temporada de invierno, sin que se hayan registrado patrones de brotes inusuales. Las autoridades chinas confirmaron que el sistema de salud no está desbordado, que la utilización de los hospitales es actualmente más baja que en esta época del año pasado y que no se han activado declaraciones o respuestas de emergencia. Desde que se observó el aumento estacional esperado, se han transmitido mensajes de salud a la población sobre cómo prevenir la propagación de infecciones respiratorias y reducir el impacto de estas enfermedades.

Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la vigilancia de los patógenos respiratorios mediante un enfoque integrado, teniendo en cuenta el contexto, las prioridades, los recursos y las capacidades de cada país. Sobre la base de la evaluación de riesgos actual, la OMS desaconseja cualquier restricción de viaje o comercio relacionada con las tendencias actuales de las infecciones respiratorias agudas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Tendencias de la infección respiratoria aguda, incluido el metapneumovirus humano, en el hemisferio norte. Fecha de publicación: 7 de enero de 2025. Fecha de consulta: 08 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON550>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación
por departamento a semana
epidemiológica 01 de 2025

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las entidades territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas, el primero corresponde a las entidades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris y valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 01

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	4	0	4	6	27	32	4	21	36	0	0	0	0	0	0	9	68	49
Antioquia	6	15	6	346	1.310	1.562	206	261	1.393	4	41	42	1	4	5	87	379	406
Arauca	2	3	2	13	55	66	41	47	220	0	1	0	1	4	2	2	4	14
Atlántico	1	2	1	58	244	352	128	317	732	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Barranquilla	0	0	0	76	221	348	206	475	1.078	0	1	0	0	5	3	0	0	0
Bogotá	0	0	0	435	1.737	1.953	0	0	0	1	14	7	0	0	1	0	0	0
Bolívar	2	6	2	48	189	235	66	208	544	0	1	0	0	1	0	9	72	43
Boyacá	3	2	3	164	449	586	17	26	112	0	1	0	0	0	0	1	15	74
Buenaventura	2	0	2	5	11	15	0	21	29	0	0	0	0	0	0	7	48	37
Caldas	1	2	1	71	276	294	20	25	85	0	1	1	0	2	4	1	3	2
Cali	0	0	0	81	421	424	102	678	814	0	13	9	0	4	2	1	3	1
Caquetá	5	4	5	14	87	79	66	71	231	0	0	0	0	0	0	10	5	5
Cartagena	0	0	0	35	119	173	263	298	2.091	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	1	3	1	40	108	148	12	87	88	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Cauca	1	3	1	81	427	431	33	34	225	0	2	0	0	1	1	17	81	56
Cesar	4	5	4	54	176	232	65	259	289	0	1	1	0	1	0	0	2	1
Chocó	5	5	5	5	12	37	9	24	77	0	0	0	0	0	0	140	1.129	882
Córdoba	1	5	1	90	345	403	142	294	927	0	1	0	0	0	0	59	488	270
Cundinamarca	1	1	1	286	1.002	1.248	177	211	916	0	3	0	0	1	1	0	0	0
Guainía	0	0	0	3	9	10	0	3	10	0	0	0	0	0	0	14	116	108
Guaviare	2	2	2	11	25	33	31	30	135	0	0	0	0	0	0	4	41	28
Huila	3	1	3	119	418	524	155	278	493	0	3	0	0	0	0	0	1	2
La Guajira	0	3	0	29	139	176	55	162	413	0	0	0	1	0	2	0	1	2
Magdalena	0	4	0	36	178	201	15	128	60	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Meta	3	5	3	93	275	371	142	201	725	1	2	3	0	1	0	2	20	12
Nariño	2	2	2	123	493	591	19	29	150	0	1	0	0	1	1	94	417	326
Norte de Santander	3	6	3	123	376	559	143	372	823	0	7	0	0	0	0	3	66	18
Putumayo	4	3	4	24	112	114	73	92	438	0	0	0	0	0	1	0	4	3
Quindío	1	0	1	62	209	250	72	41	395	0	2	1	0	0	0	0	1	0
Risaralda	1	1	1	60	292	315	67	31	420	0	3	1	1	0	1	2	110	109
San Andrés	0	0	0	8	27	35	5	14	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	1	0	1	23	107	133	6	102	72	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Santander	1	6	1	111	499	622	133	244	1.256	0	3	0	0	1	1	1	2	0
Sucre	4	2	4	74	186	270	110	196	809	0	1	0	0	0	0	2	4	5
Tolima	2	2	2	155	461	590	242	693	1.153	0	1	0	0	3	2	0	0	0
Valle del Cauca	2	1	2	160	589	676	169	648	1.005	0	2	1	1	6	3	1	6	15
Vaupés	1	2	1	5	10	16	0	9	4	0	0	0	0	0	0	50	110	299
Vichada	0	0	0	2	17	13	16	4	67	0	0	0	0	0	0	7	76	68
Total nacional	69	91	69	3.129	11.638	14.117	3.010	6.634	18.372	6	106	66	5	32	31	528	3.297	2.864

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.

Semana Epidemiológica
29 de diciembre de 2024 al 04 de enero de 2025

01

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 01

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	1	0	89	488	270	1	9	6	0	0	0	3.413	383	224	0	2	0
Antioquia	3	19	34	12.586	82.966	67.110	631	2.498	3.021	76	831	926	396.839	34.381	31.389	7	63	32
Arauca	0	1	0	190	1.883	1.433	46	83	207	1	2	9	8.469	700	639	0	6	0
Atlántico	1	2	3	1.815	9.414	10.561	53	140	234	32	131	289	59.520	4.080	4.008	0	18	1
Barranquilla	0	3	5	2.660	14.314	17.345	158	314	747	39	174	268	82.602	6.542	6.172	2	22	9
Bogotá	6	21	47	20.193	119.673	115.816	1.132	4.640	4.900	176	1.662	1.257	801.319	56.997	53.281	9	66	50
Bolívar	0	4	1	1.550	10.227	8.452	32	221	158	10	122	79	36.012	2.810	2.952	0	16	4
Boyacá	1	3	5	1.811	10.302	8.384	80	334	395	15	98	98	56.291	4.161	4.239	1	11	6
Buenaventura	0	1	2	54	989	426	0	0	3	0	1	1	2.927	416	250	3	6	3
Caldas	0	2	3	1.215	7.854	6.871	81	287	233	25	120	186	35.831	2.749	2.564	4	8	11
Cali	0	9	6	4.352	23.941	18.875	92	612	331	8	70	70	104.402	15.226	9.283	3	23	13
Caquetá	0	4	3	310	2.819	1.492	28	112	117	0	10	3	22.362	1.653	967	0	6	1
Cartagena	1	3	4	2.362	15.735	14.308	314	358	1.168	28	193	239	58.584	4.462	4.086	5	19	11
Casanare	0	1	1	181	1.910	1.377	5	44	28	0	8	10	13.626	1.079	984	0	6	2
Cauca	1	4	8	1.325	8.875	6.790	61	171	272	6	43	66	75.917	4.853	6.134	0	17	7
Cesar	0	1	7	892	8.915	7.937	114	518	511	9	88	63	31.777	3.582	2.426	0	19	6
Chocó	0	1	1	602	1.597	2.771	27	120	158	0	5	1	14.823	929	966	2	13	4
Córdoba	0	3	6	2.071	11.501	12.787	95	416	475	8	138	232	55.277	4.102	3.751	3	27	13
Cundinamarca	2	6	9	4.746	21.326	25.629	205	680	906	17	400	215	176.007	11.554	12.197	4	30	27
Guainía	0	1	0	25	182	122	1	18	9	0	0	0	1.663	112	134	0	2	2
Guaviare	0	1	0	79	527	384	10	44	36	2	7	8	3.175	267	363	0	1	1
Huila	1	3	2	1.649	9.837	7.588	89	304	347	15	65	49	48.514	5.058	3.897	1	13	4
La Guajira	0	1	1	1.399	12.047	16.306	43	447	207	6	54	73	53.398	5.093	3.938	6	29	14
Magdalena	0	2	1	1.487	7.449	8.402	73	198	278	5	15	23	37.840	3.240	2.900	2	12	10
Meta	0	2	0	990	5.555	5.078	55	121	248	2	91	41	55.724	4.010	3.894	2	15	10
Nariño	0	5	4	1.708	13.714	8.474	82	356	397	3	36	36	55.954	6.927	3.375	4	16	16
Norte de Santander	1	5	4	2.432	13.487	11.892	126	791	680	9	125	89	54.387	5.831	4.376	0	18	8
Putumayo	0	2	0	408	2.081	2.126	15	99	88	0	9	6	11.681	1.198	928	1	5	3
Quindío	0	1	2	1.150	5.557	4.680	63	246	233	4	65	63	34.153	2.776	4.079	1	5	2
Risaralda	0	2	1	1.737	8.881	9.939	93	295	464	5	55	52	40.579	3.910	2.895	0	9	2
San Andrés	0	1	1	132	621	479	5	46	16	0	0	0	3.392	297	274	1	1	2
Santa Marta D.E.	0	1	0	811	2.320	4.396	45	133	210	4	175	144	21.068	1.223	1.477	0	6	2
Santander	2	5	10	2.891	12.818	16.233	188	873	1.004	25	372	302	84.746	7.252	8.434	3	17	9
Sucre	0	2	1	1.509	7.469	5.886	96	502	399	26	133	256	26.344	2.952	1.924	1	16	6
Tolima	0	3	2	1.990	12.288	10.788	150	359	655	9	54	75	64.189	5.336	4.535	2	12	8
Valle del Cauca	0	6	7	2.567	12.547	11.562	37	222	203	11	44	123	74.037	6.153	5.951	2	15	12
Vaupés	0	1	0	23	130	224	1	10	5	0	0	3	1.150	67	39	0	1	0
Vichada	0	1	1	36	225	161	0	5	0	0	69	0	3.255	131	130	0	3	2
Total nacional	19	156	182	82.027	482.464	453.354	4.327	16.626	19.349	576	5.458	5.355	2.711.247	223.534	174.427	69	573	313

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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 01

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	0	0	0
Antioquia	0	0	0	5	56	32	0	0	0	11	31	64	13	184	73	3	32	11
Arauca	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	8	2	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	5	8	0	0	0	0	0	1	2	47	24	0	8	4
Barranquilla	0	0	0	4	8	12	0	0	0	1	1	2	6	43	21	1	2	2
Bogotá	0	0	0	10	95	71	7	0	7	2	40	15	47	274	201	14	47	49
Bolívar	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	2	0	2	20	15	0	0	1
Boyacá	0	0	0	2	11	10	0	0	0	0	2	1	5	42	24	3	4	5
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Caldas	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0	1	0	5	33	23	1	1	2
Cali	0	0	0	3	21	9	0	0	0	0	3	0	7	92	33	6	9	24
Caquetá	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	1	0	1	12	5	0	0	0
Cartagena	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1	0	2	29	15	0	0	0
Casanare	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	18	9	0	0	1
Cauca	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0	2	0	3	16	22	4	3	6
Cesar	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	2	1	1	27	12	0	0	0
Chocó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	3	3	0	0	0
Córdoba	0	0	0	1	11	6	0	0	0	1	0	1	12	64	49	1	1	1
Cundinamarca	1	0	1	4	30	20	1	0	1	3	10	7	0	0	1	2	7	9
Guainía	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	20	134	72	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	4	4	0	0	0
Huila	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	39	18	1	2	1
La Guajira	0	0	0	2	11	10	0	0	0	0	1	0	0	21	7	0	2	0
Magdalena	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	13	10	0	1	1
Meta	0	0	0	0	8	1	0	0	0	1	1	1	6	35	21	1	1	3
Nariño	0	0	0	0	11	4	0	0	0	0	5	2	4	55	19	0	2	0
Norte de Santander	0	0	0	0	15	6	0	0	0	0	6	0	6	69	37	1	1	2
Putumayo	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0	2	11	13	0	2	0
Quindío	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	1	0	4	24	13	0	3	2
Risaralda	0	0	0	1	6	3	0	0	0	0	1	0	4	33	20	1	0	1
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	6	3	0	0	0	0	0	0	0	8	4	0	0	0
Santander	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	1	3	60	25	1	3	4
Sucre	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	6	0	7	34	23	0	1	0
Tolima	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	3	0	7	67	23	1	3	4
Valle del Cauca	0	0	0	0	10	6	0	0	0	0	1	0	4	72	32	0	4	4
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Total nacional	1	2	1	33	358	232	8	0	8	19	139	100	181	1.552	876	41	139	137

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

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 01

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Antioquia	0	0	0	0	23	22	0	0	0	0	88	53	35	4	11	5	1	0
Arauca	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4	3	1	0	0	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	15	9	0	0	1	0	0	0
Barranquilla	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	13	13	0	0	2	8	0	0
Bogotá	0	0	0	0	53	19	0	0	0	2	60	42	0	0	2	2	1	1
Bolívar	0	0	0	0	5	8	0	0	0	0	10	7	14	0	4	3	1	0
Boyacá	0	0	0	0	7	4	0	0	0	0	20	14	4	1	0	0	0	0
Buenaventura	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	1	0	0
Caldas	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	32	7	6	0	3	1	0	0
Cali	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0	26	20	0	0	1	0	0	0
Caquetá	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	4	9	0	3	3	0	0
Cartagena	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	8	5	0	0	7	1	0	0
Casanare	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	4	3	0	0	0	1	0	0
Cauca	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	17	5	1	0	2	0	0	0
Cesar	0	0	0	0	9	5	0	0	0	0	11	4	4	0	1	0	0	1
Chocó	0	0	0	0	9	5	0	0	0	0	2	4	10	0	1	3	0	0
Córdoba	0	0	0	0	10	3	0	0	0	0	18	12	6	0	1	4	0	0
Cundinamarca	0	0	0	0	19	14	0	0	0	0	28	29	5	0	2	2	0	1
Guainía	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4	3	16	0	0	0	0	0
Huila	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0
La Guajira	0	0	0	0	25	14	0	0	0	0	15	8	1	0	0	1	1	0
Magdalena	0	0	0	0	7	8	0	0	0	0	7	8	0	0	0	0	1	0
Meta	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	16	8	8	0	0	1	0	0
Nariño	0	0	0	0	5	8	0	0	0	0	19	10	8	0	0	1	0	0
Norte de Santander	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	24	16	6	0	1	2	0	0
Putumayo	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	7	9	10	0	0	1	0	0
Quindío	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	11	5	0	0	1	1	0	0
Risaralda	0	0	0	0	2	5	0	0	0	0	21	10	2	0	4	0	0	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	1	0	1	0	0	0
Santander	0	0	0	0	6	5	0	0	0	0	24	7	20	0	2	1	0	0
Sucre	0	0	0	0	2	6	0	0	0	0	8	6	5	0	1	1	0	0
Tolima	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	22	14	8	0	7	8	1	0
Valle del Cauca	0	0	0	0	7	4	0	0	0	0	25	10	0	0	3	2	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Total nacional	0	0	0	0	257	161	0	0	1	2	575	578	188	6	68	55	7	3

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.

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 01

Decremento
Incremento

	Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	6	8
Antioquia	0	0	1	0	0	0	3	1	2	1	17	12	3	0	58	32	1	2	269	211
Arauca	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	3	2	0	0	18	18
Atlántico	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	2	1	0	7	3	0	0	37	33
Barranquilla	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	9	3	0	0	14	7	0	1	39	65
Bogotá	0	0	1	0	0	0	3	3	3	1	14	16	0	0	20	16	0	1	285	274
Bolívar	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	1	1	0	1	1	0	0	46	36
Boyacá	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	3	1	0	0	53	76
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	1	0	0	6	12
Caldas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	6	3	0	0	40	47
Cali	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	6	0	0	28	10	0	1	105	97
Caquetá	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	4	0	0	0	13	12
Cartagena	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	9	0	0	7	5	0	0	26	23
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	3	6	0	1	14	8
Cauca	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2	0	0	3	2	0	0	55	55
Cesar	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	4	1	0	6	5	0	0	32	33
Chocó	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	3	0	1	0	4	0	0	0	3	7
Córdoba	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	2	1	0	3	4	0	1	65	54
Cundinamarca	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	4	4	0	0	10	10	0	0	122	155
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	3
Huila	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	0	0	5	2	0	0	109	103
La Guajira	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	4	4	0	0	8	6	0	0	18	13
Magdalena	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	2	1	0	0	19	29
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	20	9	0	0	33	30
Nariño	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	3	3	1	0	2	1	0	0	59	92
Norte de Santander	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1	1	0	10	12	0	0	46	62
Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	19	32
Quindío	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	3	1	0	1	36	33
Risaralda	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	1	0	0	7	8	0	0	46	56
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	5	1	0	0	11	17
Santander	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	3	0	0	15	11	0	1	89	99
Sucre	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1	0	0	34	38
Tolima	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	6	7	0	0	41	45
Valle del Cauca	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	4	0	0	13	8	0	0	103	126
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6	3
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3
Total nacional	3	1	7	7	5	1	20	5	27	12	131	95	12	0	285	180	5	9	1.917	2.012

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.





INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana Epidemiológica 01

29 de diciembre 2024 al 04 de
enero de 2025

Tema central

**20 Años informando oportunamente a Colombia sobre los eventos
de interés en salud pública**

Franklyn Edwin Prieto Alvarado - fprieto@ins.gov.co

Maritza Adegnis Gonzalez Duarte - magonzalez@ins.gov.co

Hernán Quijada Bonilla - hquijada@ins.gov.co

Director General INS

Dr. Tomas Gilberto Prasca Cepeda (E)

Expertos temáticos

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

<https://doi.org/10.33610/23576189.2025.01>

2025



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, ychaparro@ins.gov.co

Gerhard Misael Acero Parra, gacero@ins.gov.co

Natalí Paola Cortés Molano, ncortes@ins.gov.co

Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co

Viviana Ines Pantoja Muñoz, vpantoja@ins.gov.co

Eventos trazadores

Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co

Andrea Jineth Rodríguez Reyes, arodriguezr@ins.gov.co

Jessica María Pedraza Calderón, jpedraza@ins.gov.co

María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co

Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co

Brotes

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

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

Tablas de mando

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

Editor

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

Correctora de estilo

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

Diseño y diagramación

Wilbert Saul Daza