



Foto: Greace Alejandra Ávila Mellizo. Trabajo de campo.umaribo. Vichacha, Mayo 2024



Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

En 2024, la prevalencia de desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años en Colombia fue del 0,67% casos por cada 100 niños. La vigilancia nutricional es crucial, ya que proporciona datos esenciales para tomar decisiones informadas y garantizar un enfoque efectivo y sostenible en la prevención y tratamiento de la desnutrición. Además, se refuerza la búsqueda activa institucional como estrategia para mejorar la identificación y notificación de casos.

Semana epidemiológica

11

09 al 15 de marzo de 2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

El **Boletín Epidemiológico Semanal (BES)** es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos e interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud, entidades territoriales y distritos. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos.

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

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

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

	Pág.
 Tema central	3
	Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años
 Situación nacional	8
 Mortalidad	11
 Eventos trazadores	18
 Brotes y alertas	32
 Tablas de mando por departamento	34

Vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, Colombia, 2024

La desnutrición aguda en niños menores de cinco años es una condición de salud crítica que ocurre cuando la ingesta de alimentos es insuficiente en relación con los requerimientos nutricionales. Esta problemática está frecuentemente relacionada a condiciones socioeconómicas adversas que dificultan el acceso a una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada, lo que incrementa el riesgo de desnutrición aguda (1).

El impacto de esta problemática va más allá de la salud individual de los niños afectados, ya que impactan negativamente el desarrollo cognitivo, el desempeño escolar y, en consecuencia, a largo plazo limita sus oportunidades de crecimiento y productividad. Además, la mayor carga de enfermedad en estos niños implica un incremento en la demanda de servicios de salud y en costos asociados a su atención (2).

A nivel mundial, la seguridad alimentaria se ha visto afectada por diversos factores como la pandemia por COVID19, conflictos geopolíticos, el cambio climático y crisis económicas. Según el informe anual Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Mundo 2024, la prevalencia de desnutrición aguda a nivel global es de 6,8 %; las regiones más afectadas son África y Asia. En América la situación varía según la región: el Caribe presenta una prevalencia del 2,9 %, Suramérica del 1,3 % y Centroamérica del 0,9 % (3,4). En Colombia, la desnutrición aguda en menores de cinco años es un evento de interés en salud pública y ha sido objeto de vigilancia epidemiológica desde el año 2016 (5). Este análisis muestra el comportamiento de la notificación de casos en el año 2024, como insumo fundamental para la toma de decisiones estratégicas, la planificación de acciones de intervención y el diseño de políticas públicas que permitan abordar y mitigar esta problemática de manera efectiva.

Entre 2017 y 2019, la notificación de casos mostró un incremento sostenido, con una disminución temporal entre 2020 y 2021 atribuida a la pandemia de COVID-19, que limitó el acceso a los servicios de salud. A partir de 2022 y 2023, la notificación de casos aumentó significativamente, impulsada por diversos factores: la normalización en la asistencia a los servicios de salud, el fortalecimiento progresivo de la vigilancia epidemiológica, que incluyó la incorporación de algunas modalidades de atención del Instituto Colombiano

TEMA CENTRAL

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co
Greace Alejandra Ávila Mellizo, gavilam@ins.gov.co

de Bienestar Familiar (ICBF) notificadas desde su Dirección de Nutrición, la implementación de la búsqueda activa institucional (BAI) nutricional y el impacto de la pandemia en la seguridad alimentaria y nutricional de la población.

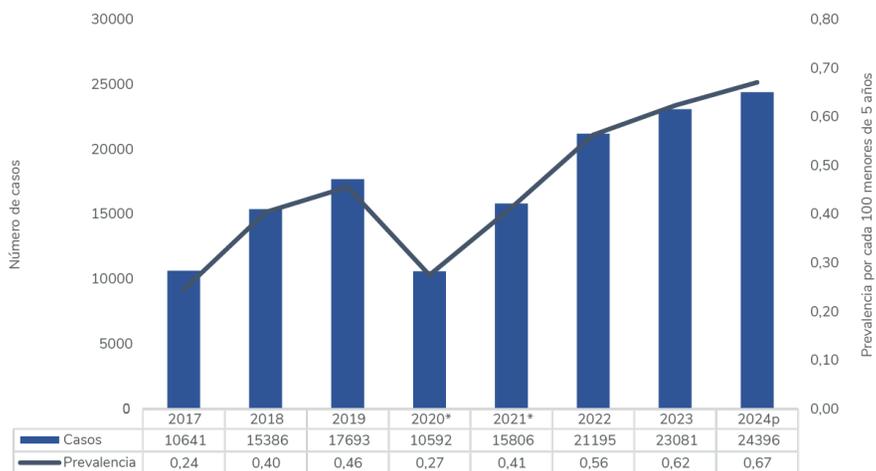
En el caso de Colombia, desde 2023 se intensificó la vigilancia del evento, incluyendo en el protocolo de vigilancia (6) nuevas estrategias específicas para BAI, con énfasis en regiones con alta prevalencia histórica de la enfermedad, como La Guajira, Chocó y Vichada.

El análisis de regresión Joinpoint indica un incremento anual significativo del 13,1 % en la notificación de casos (figura 1).

El análisis a nivel municipal, basado en la comparación entre 2019 y 2024 (figura 2), evidencia un aumento progresivo en las prevalencias municipales a lo largo del tiempo. No obstante, es fundamental examinar cada entidad en detalle, ya que un incremento en la prevalencia no siempre está vinculado exclusivamente a factores negativos, como la inseguridad alimentaria y nutricional. También puede reflejar mejoras en la vigilancia en salud pública, como el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y la intensificación de la notificación de casos. Por esto, este análisis debe complementarse con la evaluación de la mortalidad por desnutrición.

Según la clasificación municipal por número de habitantes, los municipios con las prevalencias más altas en cada categoría se muestran en la tabla 1.

Figura 1. Prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, Colombia, 2017-2024



Fuente: Base de datos Sivigila, Evento 113, 2017-2024 preliminar.

*Nota: 2020 y 2021 fueron años atípicos en la notificación del evento, porque se presentó menor asistencia a los servicios de salud a causa de las restricciones por COVID 19.

En 2024, las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron La Guajira, Vichada, Chocó, Arauca, Guaviare, Vaupés, Magdalena, Casanare, Guainía y Risaralda. Estas regiones se caracterizan por una alta presencia de población indígena y áreas rurales extensas (figura 2).

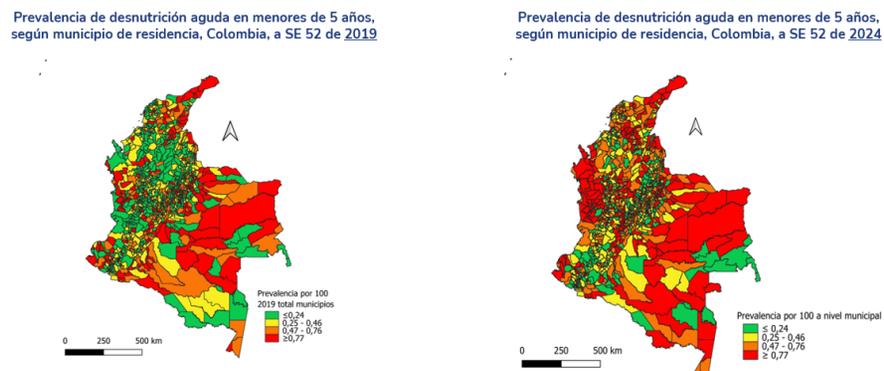
Tabla 1. Prevalencias más altas de desnutrición aguda, según categoría de municipio por número de habitantes, Colombia, 2024

Categoría municipio según número de habitantes	Departamento de residencia	Municipio de residencia	Casos	Prevalencia por 100 menores de 5 años
Menos de 20 mil	Chocó	Bagadó	150	9,53
Menos de 20 mil	Risaralda	Pueblo Rico	145	5,26
Menos de 20 mil	Chocó	El Carmen de Atrato	30	4,07
Entre 20 mil y 100 mil	Vichada	Puerto Carreño	124	6,33
Entre 20 mil y 100 mil	Cesar	Agustín Codazzi	234	3,75
Entre 20 mil y 100 mil	Chocó	Alto Baudó	113	3,40
Mayor 100 mil	La Guajira	Uribia	966	4,90
Mayor 100 mil	La Guajira	Riohacha	760	3,19
Mayor 100 mil	La Guajira	Maicao	458	2,09

Fuente: Base de datos Sivigila, evento 113, 2024 preliminar.

En 2024, la prevalencia de desnutrición aguda fue mayor en el sexo masculino, en poblaciones indígenas, en niños y niñas menores de un año y residentes de zonas rurales (tabla 2). Sin embargo, al comparar con 2023, la única diferencia estadísticamente significativa se observó en la población afrocolombiana y en el grupo de un año de edad, los cuales presentaron un aumento significativo en la prevalencia entre ambos años.

Figura 2. Comparativo del comportamiento de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, 2019 y 2024



Fuente: Base de datos Sivigila, evento 113, datos cerrados 2019 y datos preliminares 2024. SE: 52 semana epidemiológica

En el análisis por entidad territorial y sexo, se observó que en 31 de las 37 entidades territoriales, la prevalencia fue mayor en sexo masculino que en sexo femenino. Sin embargo, en Chocó, Magdalena, Cartagena de Indias, Santa Marta, Cauca y San Andrés se registró una mayor prevalencia en sexo femenino, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, se identificaron diferencias estadísticamente significativas con mayor prevalencia en sexo masculino en las siguientes entidades: La Guajira, Vichada, Risaralda, Nariño, Cesar, Bogotá D.C., Buenaventura, Antioquia, Meta, Tolima, Boyacá, Cundinamarca, Caquetá, Valle del Cauca y Cali.

El análisis por grupo de edad, centrado en los menores de un año y de un año, dado que presentan las prevalencias más altas, reveló diferencias significativas en el grupo de menores de un año en Bogotá D.C., Antioquia, Tolima, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Caquetá, Caldas, Santander, Cali, Cauca y a nivel nacional. En el grupo de un año, las diferencias estadísticamente significativas se identificaron en La Guajira y Guainía.

Esta información es clave para orientar las intervenciones en los territorios más afectados, enfocándose en estrategias específicas según el grupo de edad predominante, con énfasis en la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada.

Tabla 2. Prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa por 100 menores de cinco años según variables sociodemográficas, Colombia, 2023 y 2024

Año	2023		2024		2023	2024	Valor p
Categoría	n	%	n	%	Prevalencia*	Prevalencia*	
Total	23 081	100	24 396	100	0,62	0,67	
Sexo**							
Hombres	12 776	55,3	13 696	56,1	0,68	0,74	0,0843
Mujeres	10 305	44,7	10 700	43,9	0,57	0,60	0,0843
Pertenencia étnica***							
Ninguno	17 019	73,7	17 982	73,7	0,66	0,69	0,9464
Indígena	4 766	20,6	4 764	19,5	2,31	2,31	< 0,05
Afrocolombiano	1 189	5,2	1 610	6,6	0,51	0,69	< 0,05
Raizal	42	0,18	29	0,12	SD	SD	0,0770
ROM, Gitano	33	0,14	9	0,04	SD	SD	< 0,05
Palenquero	32	0,14	2	0,01	SD	SD	< 0,05
Edad**							
< 1 año	7 345	31,8	7 577	31,0	1,03	1,07	0,0729
1 año	6 589	28,6	7 189	29,5	0,92	1,01	< 0,05
2 años	3 965	17,2	4 328	17,7	0,54	0,61	0,1070
3 años	2 700	11,7	2 940	12,1	0,35	0,40	0,2351
4 años	2 482	10,7	2 362	9,7	0,32	0,31	< 0,05
Área de residencia**							
Urbana	15 090	65,4	15 720	64,4	0,58	0,61	0,03167
Rural	7 991	34,6	8 676	35,6	0,73	0,81	0,03167

Fuente: Base de datos Sivigila, Evento 113 preliminar 2024.

En el análisis según área de residencia, las entidades con mayor prevalencia de desnutrición aguda en zonas rurales y centros poblados, en comparación con el área urbana, fueron La Guajira, Chocó, Risaralda, Arauca, Cesar, Guaviare, Casanare, Vaupés, Amazonas, Antioquia, Meta, San Andrés, Norte de Santander, Boyacá, Cundinamarca, Caldas, Santander, Sucre y Quindío. En las demás entidades, la prevalencia fue más alta en zonas urbanas, con diferencias estadísticamente significativas, excepto en Putumayo, Santa Marta y Barranquilla.

Asimismo, se observó un incremento en la proporción de casos afiliados al régimen subsidiado, pasando de 69,4 % en 2023 a 72,0 % en 2024. A su vez, la población sin aseguramiento disminuyó de 4,1 % en 2023 a 2,6 % en 2024. En cuanto a los antecedentes clínicos, hubo una reducción en la proporción de casos de desnutrición aguda severa, así como una menor asistencia a programas de atención integral a la primera infancia. Sin embargo, se evidenció un aumento en la cobertura de esquemas de vacunación completos y una disminución en los signos clínicos de severidad, como piel reseca, cambios en el cabello, palidez palmar e hipo o hiperpigmentación cutánea. Esto es un aspecto positivo, ya que indica que los casos identificados presentan una menor gravedad.

En 2024, el 18,3 % de los casos fueron reincidentes, es decir, los menores presentaron nuevamente desnutrición después de tres meses. No obstante, es importante considerar que este indicador comenzó a medirse a finales de 2022, por lo que las cifras de 2023 podrían haber sido más bajas debido a una posible sub-notificación de reincidentes en ese periodo.

6

Finalmente, en el análisis de morbilidad por desnutrición, se identificó un aumento en la prevalencia de morbilidad junto con una reducción en la tasa de mortalidad. Esto es un aspecto positivo, ya que una mayor detección oportuna de casos permite prevenir muertes por desnutrición. Esta tendencia a la baja en la tasa de mortalidad se identificó en 2023 y 2024, en línea con la implementación de las acciones de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública.

Figura 3. Morbimortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2017 a 2024 a semana epidemiológica 52



Fuente: Base de datos Sivigila, evento 113, 2017-2024 preliminar.

Conclusiones

1. La prevalencia de desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años en Colombia en 2024 fue de 0,67 casos por cada 100 menores de cinco años, superior a la presentada en los años anteriores de la vigilancia del evento.
2. Las entidades territoriales con mayor prevalencia fueron Vichada, La Guajira, Vichada, Chocó, Arauca, Guaviare, Vaupés, Magdalena, Casanare, Guainía, y Risaralda, entidades que a lo largo del tiempo mantienen las prevalencias más altas del país.
3. Las prevalencias más altas se presentan en zona rural, sexo masculino, en niños y niñas menores de dos años y en población indígena, igual al comportamiento del evento en años anteriores.
4. La implementación de la BAI nutricional ha fortalecido la vigilancia y la captación de casos; permite contar con un panorama más amplio del estado nutricional de la población menor de cinco años en los territorios, contribuyendo a la disminución de la mortalidad por desnutrición.

5. La desnutrición aguda severa disminuyó significativamente entre 2023 y 2024 con mayor severidad de casos en 2023.
6. Se evidenció mayor proporción de reincidencia en 2024 respecto a 2023, sin embargo, es importante tener en cuenta que este indicador es relativamente nuevo y se están captando mayor número de casos mediante BAI nutricional.

Recomendaciones para las entidades territoriales

1. Fortalecimiento de prevención y control: se recomienda a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, reforzar las medidas de prevención y control para la identificación temprana de situaciones que contemplen alto riesgo nutricional. Esto contribuirá a la reducción de desenlaces fatales, como la muerte asociada a la desnutrición. Las estrategias deben incluir la capacitación del talento humano en salud y de la comunidad en temas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, porciones adecuadas y grupos de alimentos.
2. Optimización de la Búsqueda Activa Institucional (BAI): las EAPB, UPGD y entidades territoriales en salud deben fortalecer los procesos de BAI mediante la implementación de metodologías mixtas, con énfasis en la BAI nutricional, conforme a las directrices establecidas en el protocolo del evento, garantizando así una identificación más efectiva de casos en riesgo.
3. Vigilancia basada en comunidad: se insta a las secretarías de salud departamentales y municipales a fortalecer estrategias de vigilancia comunitaria que permitan la generación oportuna de reportes ante la identificación de situaciones de niños y niñas con signos de desnutrición aguda.
4. Enfoque diferencial en comunidades vulnerables: las EAPB y UPGD requieren mejorar los enfoques de captación y atención diferencial en las comunidades indígenas y rurales, quienes no acceden de manera rutinaria a los servicios de salud y suelen llegar con manifestaciones clínicas más severas de la desnutrición tipo marasmo y kwashiorkor. Es fundamental

desarrollar estrategias específicas para estas poblaciones con el fin de reducir la carga de enfermedad y la morbilidad asociada.

5. Articulación intersectorial: el sector salud debe continuar el trabajo conjunto con la articulación interinstitucional con actores clave como el ICBF, Prosperidad Social, agencias de cooperación internacional, entre otros, con el objetivo de mejorar la vigilancia en salud pública, la prevención e intervención de la desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años.
6. Calidad de los datos antropométricos: se requiere que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cuenten con equipos de antropometría con mantenimiento y calibración periódica, asegurando la calidad del dato de los casos notificados.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Malnutrición; 2021 [Internet] [citado 2025 mar. 16]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
2. Suarez N. Implicaciones de la desnutrición en el desarrollo psicomotor de los menores de cinco años [Internet]. Revista chilena de nutrición; 2017;44 (2) [citado 2025 mar. 16]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000200002
3. FAO, FIDA, OMS, PMA, UNICEF. El Estado de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Mundo 2024. [Fecha de consulta: 2025 mar. 16]. Disponible en: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000160617/download/?_ga=2.259900682.148808454.1742175620-2090110039.1742175620
4. FAO, FIDA, OPS, PMA, UNICEF. Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional para América Latina y el Caribe 2024. [Fecha de consulta: 2025 mar. 16]. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/da86242f-519f-4980-b77ace79e6f0e514/content>

5. Instituto Nacional de Salud. Circular 014 de 2016 [Internet]. Colombia: INS; 2016. [citado 2025 mar. 16]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Paginas/circulares.aspx>
6. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de desnutrición aguda en menor de 5 años, código 113. Bogotá. [Fecha de consulta: 2025 mar. 16]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>



SITUACIÓN NACIONAL

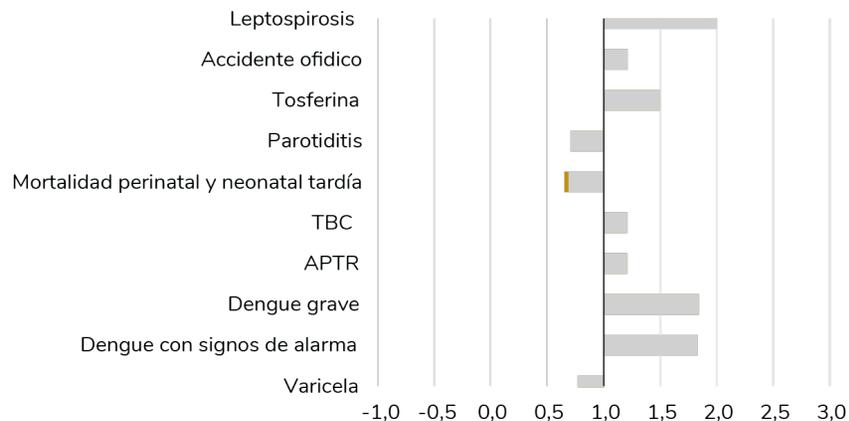
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 11 de 2025, se identificó que el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía se encuentra por debajo de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 11 de 2025.



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

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

Para esta semana se encontró el evento violencia de género e intrafamiliar dentro de su comportamiento histórico de la notificación (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 11 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	29 033	28 509	-0,07	0,94

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

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

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

En la semana epidemiológica 11 de 2025, los eventos de fiebre tifoidea – paratifoidea y mortalidad por dengue se encontraron por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encuentra por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Fiebre tifoidea y paratifoidea	12	2	0,00
Mortalidad por dengue	6	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	17	122	0,00
Zika	4	2	0,07
Chikungunya	1	4	0,10
Leptra	4	6	0,13
Leishmaniasis mucosa	2	1	0,24

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

Cumplimiento en la notificación

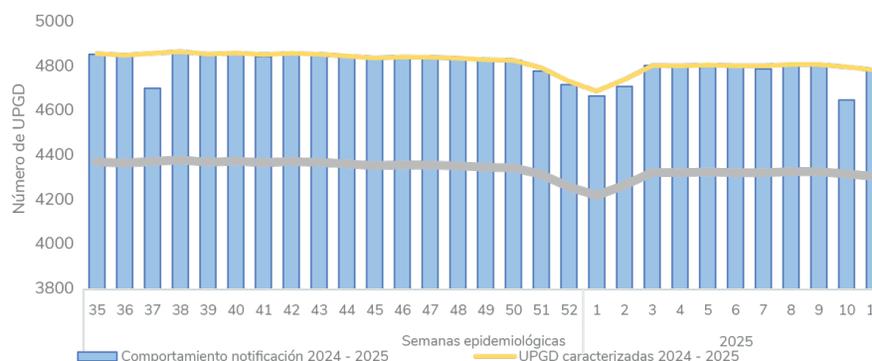
Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- 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 epidemiológica 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.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 11 de 2025



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

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 un aumento de 2,63 % con respecto a la semana anterior y del 0,03 % con relación a la semana epidemiológica 11 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando un aumento de 3,74 % con respecto a la semana anterior y con relación a la semana epidemiológica 11 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 784/ 4 784); presentando aumento del 3,09 % respecto a la semana anterior y presentando el mismo comportamiento comparado con la semana epidemiológica 11 del 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 11 de 2025 no se presentó a nivel nacional.

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

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

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

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

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

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



MORTALIDAD

A semana epidemiológica 11 de 2025, se han notificado 152 muertes probables en menores de cinco años: 79 por infección respiratoria aguda (IRA), 44 por desnutrición (DNT) aguda y 29 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, dos casos de IRA, dos de DNT aguda y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a SE 11 de 2024 se han notificado 147 fallecimientos (77 por IRA, 42 por DNT y 28 por EDA); de estos, 23 casos han sido confirmados, 11 han sido descartados y 113 casos se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 11 2025			Casos en estudio a SE 11 2025			Tasa a SE 11 2024			Tasa a SE 11 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	3	14	6	37	55	21	1,54	1,95	1,54	0,08	0,39	0,17
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	0	11	0	1,65	1,89	1,18	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	1	0	0	1	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	1	2	0	1,75	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	1	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00	0,00	1,17	0,00
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	1	1	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	0	0	0	2	2	0	0,00	1,97	0,98	0,00	0,00	0,00
Boyacá	0	0	1	0	1	0	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	1,20
Buenaventura	0	0	0	1	0	0	2,89	0,00	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cali	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	0	0	1	0	0	2,70	2,70	0,00	0,00	0,00	0,00
Cartagena de indias	0	0	0	1	1	0	0,00	1,29	1,29	0,00	0,00	0,00
Casanare	0	0	0	0	1	0	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Cauca	0	0	0	2	0	1	0,00	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	0	0	1	2	2	0,83	1,66	1,66	0,84	0,00	0,00
Chocó	1	6	2	8	5	4	17,42	24,39	48,77	1,75	10,51	3,50
Córdoba	0	0	0	3	1	1	2,66	0,67	0,67	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0	0	3	0	0,00	1,70	0,00	0,00	0,42	0,00
Guainía	0	1	0	0	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	0	0	0	1,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	0	0	7	4	5	7,30	5,48	2,74	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	3	2	1	2,40	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Meta	0	0	0	1	1	1	0,00	2,43	1,21	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	1	0	0	3	0	0,84	1,69	0,00	0,00	0,86	0,00
Norte de Santander	0	0	0	1	0	0	3,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	0,00	3,18	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	1	3	0	3	0	10,47	5,24	1,75	0,00	1,80	5,39
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	0	0	0,00	1,34	2,68	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	0	0	0	3	0	5,24	2,62	0,00	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	0	1	0,00	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	5	1	0,74	2,98	0,74	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	0	0	0	1	15,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	1	0	0	2	0	0	7,20	7,20	7,20	7,21	0,00	0,00

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

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 77 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 14 confirmadas, ocho descartadas y 55 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 11 fueron 71, para una tasa de mortalidad de 1,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente la semana epidemiológica 11 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C., Chocó, Cundinamarca y Tolima. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Parainfluenza tipo 3, Rhinovirus y SARS-CoV2 (tabla 6).



Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 11 2024–2025

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Adenovirus	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterobacter cloacae	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus	2	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae B	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Moraxella catarrhalis	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pseudomona aeruginosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	3	1	3	0	0	7	0	1	0	0	0	1
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
Staphylococcus aureus	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pneumoniae	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	19	6	6	4	0	35	1	2	0	0	0	3

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 42 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, tres fueron confirmadas, dos descartadas y 37 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a para la misma semana fue de 56, para una tasa de mortalidad de 1,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente la semana epidemiológica 11 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, La Guajira y Risaralda. Las demás entidades territoriales

departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 28 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una fue confirmada por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli y Norovirus), cinco confirmadas por clínica y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 11 fue de 56 para una tasa de mortalidad de 1,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente la semana epidemiológica 11 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en Antioquia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la organización panamericana de la salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

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

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

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

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

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33619/BJFC289779>

En la semana epidemiológica 11 de 2025 se notificaron al Sivigila seis casos, tres muertes maternas tempranas y tres muertes maternas tardías; para un total acumulado de 36 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 35 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior por lo que no se incluye en el análisis (tabla 7).

De acuerdo con el seguimiento de los casos, para esta semana epidemiológica se ajusta a la entidad territorial de Caquetá un caso de muerte materna tardía a muerte materna temprana.

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 11, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	61	35	17	113
2023	50	31	14	95
2024p	50	29	13	92
2025p	35	19	5	59

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 20 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Antioquia, Bogotá D.C. y Cesar. Al comparar con el promedio histórico 2021 – 2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Meta; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Maní (Casanare), La Guadalupe (Guainía), Dibulla (La Guajira), El molino (La Guajira) y Sevilla (Valle del Cauca) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 11 de 2025, el 54,3 % corresponden a causas directas y el 28,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo y hemorragia obstétrica con el 14,3 % cada una (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 11	Acumulado de casos a SE 11	
		2024	2025
Colombia	59	50	35
La Guajira	5	4	4
Antioquia	4	2	3
Bogotá D.C	6	7	3
Cesar	2	5	3
Barranquilla	1	2	2
Córdoba	4	4	2
Cundinamarca	2	3	2
Risaralda	2	0	2
Santander	1	1	2
Valle del Cauca	1	0	2
Bolívar	3	2	1
Cali	2	2	1
Caquetá	1	0	1
Casanare	0	0	1
Chocó	2	2	1
Guainía	0	0	1
Nariño	3	1	1
Norte de Santander	3	3	1
Tolima	2	0	1
Vichada	0	0	1
Atlántico	2	1	0
Boyacá	1	2	0
Caldas	1	1	0
Cauca	2	1	0
Huila	2	4	0
Meta	3	2	0
Santa Marta D.E.	2	1	0

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 11	Valor observado SE 11
Colombia	59	35
Maní (Casanare)	0	1
La Guadalupe (Guainía)	0	1
Dibulla (La Guajira)	0	1
El molino (La Guajira)	0	1
Sevilla (Valle del Cauca)	0	1

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 11	Número de casos y proporción a SE 11 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	50	50	100	50	100	35	100
DIRECTA	33	34	68,0	31	62,0	19	54,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	11	10	20,0	12	24,0	5	14,3
Hemorragia obstétrica	8	4	8,0	11	22,0	5	14,3
Sepsis obstétrica	6	8	16,0	3	6,0	4	11,4
Evento tromboembólico como causa básica	4	6	12,0	2	4,0	3	8,6
Embarazo ectópico	4	5	10,0	2	4,0	2	5,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	1	2,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	2,0	0	0,0
INDIRECTA	17	16	32,0	18	36,0	10	28,6
Otras causas indirectas	9	9	18,0	8	16,0	5	14,3
Otras causas indirectas: neumonía	3	3	6,0	2	4,0	1	2,9
Sepsis no obstétrica	3	3	6,0	3	6,0	1	2,9
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Otras causas indirectas: cáncer	2	1	2,0	2	4,0	1	2,9
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	4,0	1	2,9
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	2,0	0	0,0
En estudio	1	0	0,0	1	2,0	6	17,1

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscaador-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%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 11 de 2025 se han notificado 1 118 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 112 corresponden a residentes en Colombia y seis a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (146), Antioquia (134), Cundinamarca (82), Córdoba (40) y La Guajira (39). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 11 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Córdoba, La Guajira, Cali, Atlántico, Cauca, Norte de Santander, Cartagena de indias, Chocó, Huila, Boyacá, Sucre, Caquetá y Arauca. Las demás entidades

territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 10).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Bosconia (Cesar), Acacías (Meta), Aguazul (Casanare), El Santuario (Antioquia), Nechí (Antioquia), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Restrepo (Meta), La primavera (Vichada) y Regidor (Bolívar) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,1 %, neonatales tardías con 17,0 % y fetales intraparto con 9,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 14,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 11,9 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 11 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte (tabla 12).

Tabla 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 11	Acumulado de casos a SE 11	
		2024	2025
Colombia	1716	1277	1112
Bogotá, D.C.	177	140	146
Antioquia	190	133	134
Cundinamarca	88	83	82
Córdoba	89	67	40
La Guajira	91	60	39
Cali	65	53	44
Atlántico	58	47	27
Cauca	62	43	37
Norte de Santander	51	43	29
Cartagena de Indias	58	40	31
Chocó	41	39	22
Nariño	49	39	41
Valle del Cauca	47	36	29
Cesar	62	35	43
Santander	53	34	34
Huila	42	33	22
Boyacá	34	32	21
Sucre	46	32	18
Barranquilla	64	31	31
Meta	38	29	33
Bolívar	47	27	36
Tolima	34	25	21
Magdalena	34	21	24
Risaralda	25	21	16
Caldas	24	18	22
Putumayo	13	16	8
Quindío	15	15	8
Buenaventura	18	14	16
Caquetá	19	13	9
Santa Marta	19	13	9
Arauca	19	12	5
Casanare	17	12	12
Vichada	8	7	8
Vaupés	4	6	0
Amazonas	4	3	5
San Andrés y Providencia	3	3	4
Guainía	5	1	3
Guaviare	2	1	3

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

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

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 11 2020 - 2024	Valor observado a SE 11 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	1716	1112	-
Bosconia (Cesar)	3	7	5
Acacías (Meta)	3	6	1
Aguazul (Casanare)	1	5	6
El Santuario (Antioquia)	1	4	8
Nechí (Antioquia)	1	4	2
Timbiquí (Cauca)	1	4	4
Altos del Rosario (Bolívar)	1	3	2
Restrepo (Meta)	0	3	3
La Primavera (Vichada)	0	3	3
Regidor (Bolívar)			

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 11, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 11, 2023 -2025					
	2023 a SE 11	(%)	2024 a SE 11	(%)	2025 a SE 11	(%)
Colombia	1 671	100,0	1 277	100,0	1 112	100,0
Asfixia y causas relacionadas	433	25,9	303	23,7	283	25,4
Prematuridad-inmadurez	296	17,7	184	14,4	165	14,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	256	15,3	186	14,6	132	11,9
Sin información	3	0,2	61	4,8	124	11,2
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	202	12,1	153	12,0	91	8,2
Infecciones	144	8,6	110	8,6	86	7,7
Malformación congénita	154	9,2	107	8,4	85	7,6
Otras causas de muerte	97	5,8	87	6,8	59	5,3
Causas no específicas	32	1,9	42	3,3	55	4,9
Trastornos cardiovasculares	36	2,2	34	2,7	21	1,9
Lesión de causa externa	14	0,8	5	0,4	8	0,7
Convulsiones y trastornos neurológicos	4	0,2	5	0,4	3	0,3

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

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 2017 a 2024 y el intervalo de confianza.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2017 a 2024 (valor esperado). Adicionalmente se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

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

A nivel nacional en el último periodo epidemiológico se observa una variación porcentual con tendencia al aumento en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general, siendo estadísticamente significativa el incremento de consulta externa y urgencias; sin embargo, frente a las atenciones en hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) se evidencia una tendencia hacia la disminución en comparación con el periodo anterior (tabla 14).



EVENTOS TRAZADORES

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 04 a SE 07 2025	SE 08 a SE 11 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	481 880	633 352	31,43%	
Hospitalización en sala general	21 133	23 019	18,39%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 972	2 863	-3,67%	

SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 11 de 2025 se notificaron 169 050 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Bogotá D.C., Boyacá, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta, Santander, Vichada y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura y Caquetá. Las 20 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 (08 a 11 de 2025) en 37 municipios (tabla 15).

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (08 a 11 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 25,70 % (162 764) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 17,37 % (110 016). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,59 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 12,43 %.

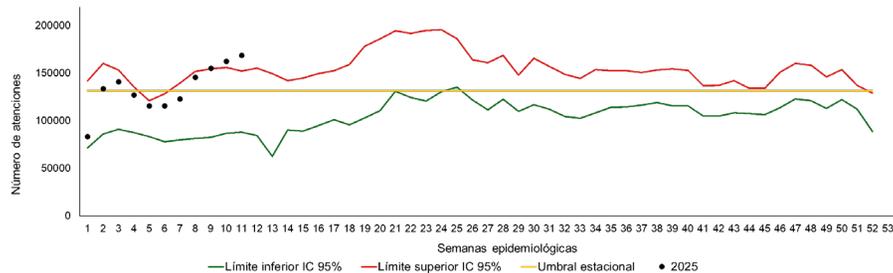
En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, a semana epidemiológica 11 de 2025, se observa una tendencia al aumento, ubicándose por encima del límite superior (figura 7).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 08 a 11 de 2025.

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	17 120	19 279	4 164	8 066
Atlántico	Soledad	18 620	17 968	5 232	7 721
Cundinamarca	Soacha	15 299	14 650	3 059	7 586
La Guajira	Maicao	12 039	13 678	2 411	6 262
Antioquia	Bello	1 050	14 095	3 351	5 594
Cundinamarca	Chía	12 140	11 909	2 735	5 317
La Guajira	Uribia	12 653	10 174	1 876	4 290
Antioquia	Rionegro	6 442	8 224	1 594	3 394
Valle del Cauca	Palmira	5 788	7 066	1 452	2 807
Magdalena	Ciénaga	4 689	5 652	915	2 592
Risaralda	Dosquebradas	5 753	6 753	1 111	2 569
Boyacá	Duitama	5 247	4 940	1 313	2 358
Santander	Barrancabermeja	2 883	5 718	653	2 299
Córdoba	Sahagún	4 050	5 493	1 407	2 282
Santander	Floridablanca	4 941	5 099	934	2 140
Antioquia	Envigado	5 505	5 311	1 221	2 092
Cundinamarca	Zipacquirá	3 946	4 497	1 202	2 077
Cundinamarca	Madrid	4 448	4 224	729	2 065
Cundinamarca	Girardot	3 709	4 229	1 172	2 029
Cundinamarca	Facatativá	4 410	4 028	1 483	1 980
Cundinamarca	Funza	2 460	3 606	711	1 632
Boyacá	Sogamoso	2 977	3 495	890	1 551
Bolívar	Magangué	3 229	3 297	624	1 514
Córdoba	Cerete	2 836	3 734	466	1 504
Antioquia	Apartado	3 626	3 329	879	1 492
Valle del Cauca	Cartago	4 278	3 922	296	1 388
Norte de Santander	Ocaña	3 405	3 428	286	1 343
Valle del Cauca	Yumbo	2 630	3 470	748	1 338
Huila	Pitalito	2 267	2 622	306	1 333
Antioquia	Turbo	2 827	2 973	676	1 314
Córdoba	Lorica	2 786	3 144	826	1 254
Valle del Cauca	Tuluá	3 146	3 291	440	1 070
Cauca	Santander De Quilichao	3 181	2 475	578	1 060
Cesar	Aguachica	1 573	2 267	798	1 019
Casanare	Yopal	3 026	2 211	788	924
Santander	Piedecuesta	964	1 667	213	737
Santander	Girón	1 338	1 451	166	724
Valle del Cauca	Buenaventura	2 056	1 506	558	651
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 180	1 571	445	637
Cundinamarca	Mosquera	1 742	982	392	490
Cauca	Guapi	450	1 127	163	481
Atlántico	Malambo	2 226	1 078	315	475
Nariño	La Florida	144	169	45	48

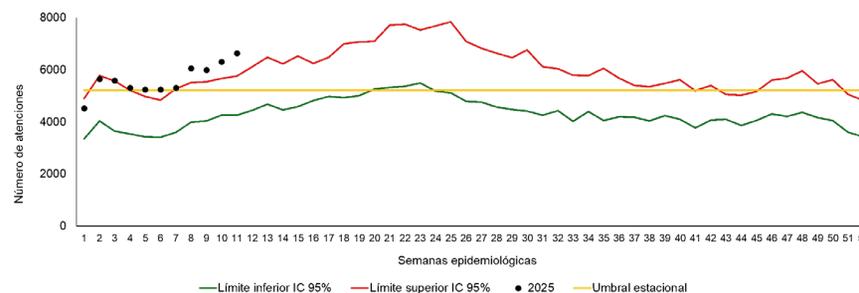
*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2025



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

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 11 de 2025 se notificaron 6 644 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali, Guainía, Guaviare, La Guajira y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Barranquilla, Boyacá, Cartagena de indias, Cauca, Choco, Córdoba, Magdalena, Meta, Risaralda, Archipiélago de San Andrés, Santa Marta, Santander y Tolima. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

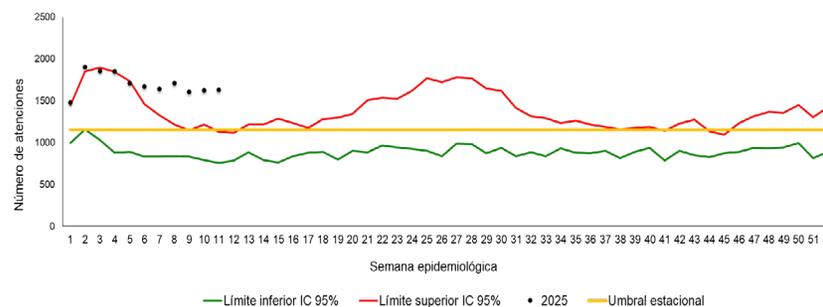
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (08 a 11 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 565) representaron el 26,24 %, seguido del grupo de 5 a 19 años con el 15,45 % (3 866). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de dos a cuatro años con 25,99 % seguido de los niños de un año con el 24,61 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, a semana epidemiológica 11 de 2025, se observa una tendencia al aumento, ubicándose por encima del límite superior (figura 8).

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

En la semana epidemiológica 11 de 2025, se notificaron (1 627) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad en semana 11 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 11 de 2025



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

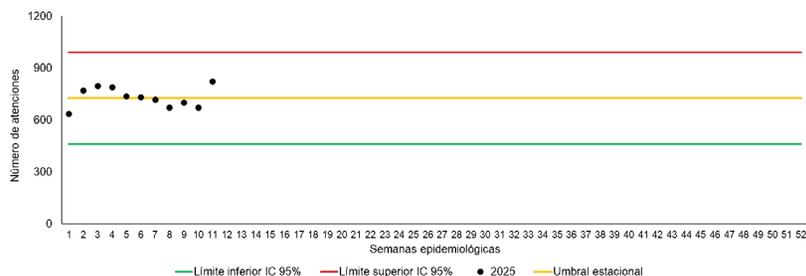
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 11 de 2025 se notificaron 822 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 12 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Casanare, Chocó y Meta. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Arauca, Bogotá D.C., Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cartagena, Córdoba, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta, Santander, Sucre, Vichada y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (08 a 11 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,33 % (983), seguido de los menores de un año con el 21,38 % (612) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de niños de un año con el 27,04 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 25,29 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 11 de 2025, se observa una tendencia al incremento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2025

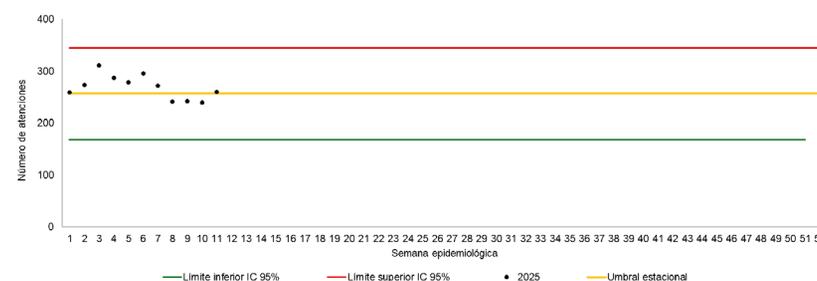


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 11 de 2025, se notificaron 260 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 a esta semana una tendencia al incremento ubicándose sobre el umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 11 de 2025



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

Teniendo en cuenta el fenómeno climático caracterizado por un aumento de las precipitaciones, alta humedad, bajas temperaturas y el incremento de las infecciones respiratorias agudas que indica el inicio del primer pico respiratorio del año, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria en sus estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Propiciar una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación frente a las medidas de prevención (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento)
- Educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma, facilitando una atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades

preexistentes).

- Impulsar la vacunación de COVID-19 e influenza estacional.
- Evaluar la capacidad instalada de los servicios de salud ante un posible incremento en la ocupación debido al aumento de infecciones respiratorias agudas.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado 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 bajos de circulación en la región, excepto en la región América del Norte. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en Andina y Brasil y Cono Sur, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 11 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 rinovirus y al decremento adenovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16).

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 04 a 11 de 2025

Agente viral identificado	SE 04 a 07			SE 08 a 11			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	36,7	42,4	24,7	49,5	55,2	32,4	
Rinovirus	12,3	6,7	19,0	18,6	18,1	8,3	
VSR	17,3	26,0	9,5	17,3	27,7	-	
Enterovirus	7,8	6,7	9,5	9,6	10,6	-	
Adenovirus	10,0	14,4	4,8	4,5	5,3	8,3	
Influenza B	10,6	5,8	4,8	7,1	1,1	-	
Influenza A	12,3	12,5	9,5	14,1	11,7	33,3	
Parainfluenza	8,4	10,6	14,3	9,0	10,6	8,3	
Metapneumovirus	4,5	6,7	-	3,2	2,1	25,0	
A(H1N1)pdm09	1,1	1,0	-	3,2	1,1	8,3	
SARS-CoV2	2,2	1,9	4,8	3,2	2,1	-	
A(H3N2)	7,3	3,8	4,8	6,4	5,3	-	
Coronavirus	6,1	3,8	19,0	3,8	4,3	8,3	

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

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral. *Se muestra la variación con significancia estadística

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



COVID-19

Metodología

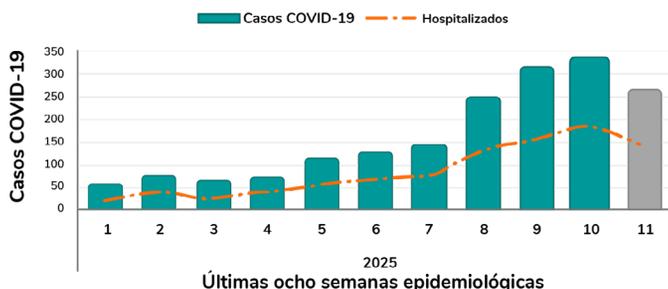
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 11 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 15 de marzo de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 1 813 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (08 a 11 de 2025), se ha observado un aumento significativo del 154,27 %, con 1 162 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 04 a SE 07 de 2025), en el cual se reportaron 457 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 158,75 %, pasando de 240 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 621 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 11 de 2025



SE: semana epidemiológica

Entre el 09 y el 15 de marzo de 2025 se confirmaron 369 casos en el territorio nacional; de estos el 72,36% (267 casos) corresponde a la semana epidemiológica 11. El 67,48 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá, Antioquia, Cali, Cauca y Valle del Cauca (tabla 17).

Tabla 17. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 11 de 2025

Entidad Territorial	Otras	SE 08	SE 09	SE 10	SE 11	Total
Bogotá	2	1	5	18	110	136
Antioquia	1	1	3	11	26	42
Cali	0	0	1	4	27	32
Cauca	0	0	1	4	15	20
Valle del cauca	0	0	1	4	14	19
Cundinamarca	1	1	1	4	9	16
Barranquilla	1	0	0	2	9	12
Boyacá	1	0	0	4	7	12
Sucre	0	0	0	2	9	11
Córdoba	0	0	0	1	8	9
Putumayo	0	0	0	4	5	9
Santander	1	0	0	3	3	7
Tolima	0	1	1	3	2	7
Atlántico	0	0	1	4	1	6
Nariño	0	0	0	1	5	6
Cartagena de Indias	0	0	0	0	4	4
Huila	0	0	0	1	3	4
Meta	0	1	0	2	0	3
Caldas	0	0	0	1	2	3
Caquetá	0	0	0	0	2	2
Risaralda	0	0	0	0	2	2
Guajira	0	0	0	0	1	1
Amazonas	1	0	0	0	0	1
Arauca	1	0	0	0	0	1
Bolívar	0	0	0	0	1	1
Chocó	0	0	0	0	1	1
Santa Marta	0	0	1	0	0	1
Quindío	0	0	0	0	1	1
Total	9	5	15	73	267	369

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 2,18 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 34 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 226 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Antioquia, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Huila, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, y Putumayo y en municipios con más de 1 000 000 de habitantes en Medellín (Antioquia), Barranquilla (Atlántico), Cartagena de Indias y Cali.

Durante 2025, en Colombia se han reportado 17 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el período observado, las muertes ocurrieron en Bogotá D.C. (3 casos), Cauca (2 casos) y en Antioquia, Meta, Cali y Santander, con 1 caso cada uno, sumando un total de 9 fallecimientos (tabla 18).

Tabla 18. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 11 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	17	4	9	Aumento
Antioquia	2	0	1	Aumento
Bogotá, D.C.	4	0	3	Aumento
Cauca	3	1	2	Sin cambios
La Guajira	1	1	0	Sin cambios
Meta	1	0	1	Aumento
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Santander	1	0	1	Aumento
Cali	3	1	1	Sin cambios
Arauca	1	1	0	Sin cambios

PE: periodo epidemiológico

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 11 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

24

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

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

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2018-2023 sin 2021).

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2018-2023 sin 2021).

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

En la semana epidemiológica 11 de 2025 se notificaron 3 810 casos de dengue: 2 816 casos de esta semana y 1 040 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 42 197 casos, 27 792 (61,9 %) sin signos de alarma, 16 699 (37,2 %) con signos de alarma y 441 (1,0 %) de dengue grave.

El 55,9 % (25 117) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de indias, Antioquia, Santander, Tolima, Córdoba, Meta, Córdoba, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 19).

Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

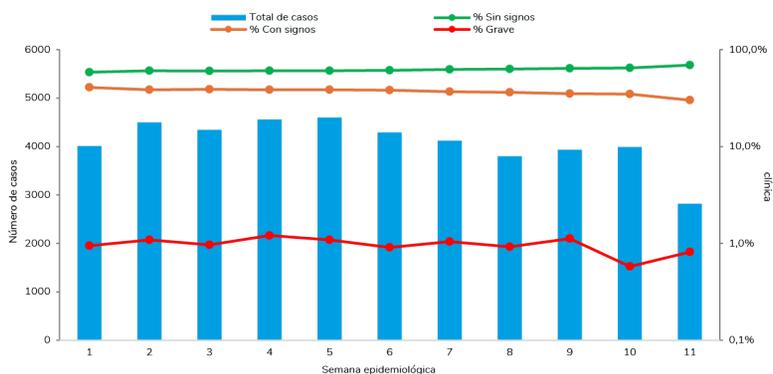
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 03-06 de 2025)	Observado (SE 07-10 de 2025)
Cartagena de indias	4035	24,2	1,1	1987	1121
Antioquia	3040	33,8	0,8	1257	1023
Santander	2889	31,9	0,9	1127	1051
Tolima	2712	36,0	1,1	941	994
Meta	2654	39,8	0,7	923	1144
Córdoba	2648	44,8	0,4	1199	824
Norte de Santander	2485	38,0	1,2	793	1140
Valle del Cauca	2336	25,9	0,5	852	899
Cundinamarca	2318	37,6	0,6	946	742
Huila	1961	32,6	2,2	667	828
Barranquilla	1930	36,9	1,1	882	368
Atlántico	1851	49,5	1,5	881	459
Putumayo	1745	26,3	0,6	609	759
Cali	1700	35,4	0,6	627	650
Sucre	1431	59,9	0,8	604	469
La Guajira	1272	60,5	1,7	560	341
Bolívar	1244	40,8	0,9	532	459
Caquetá	932	44,1	1,7	331	387
Cesar	801	56,7	2,4	360	234
Arauca	724	37,0	1,4	249	294
Cauca	618	35,6	1,1	243	238
Risaralda	571	37,1	0,9	202	180
Quindío	529	26,5	0,2	196	177
Boyacá	321	41,4	0,3	112	121
Nariño	312	35,3	1,3	113	108
Casanare	270	37,4	0,0	79	132
Chocó	250	17,6	0,4	87	102
Magdalena	245	62,4	1,6	89	100
Guaviare	243	16,9	0,0	31	132
Caldas	206	46,1	0,0	73	91
Santa Marta	157	56,7	1,3	65	53
Vichada	153	39,2	0,0	51	59
Amazonas	105	34,3	0,0	31	41
Exterior	80	46,3	3,8	29	33
Buenaventura	60	40,0	1,7	24	27
Archipiélago de San Andrés y Providencia	50	46,0	0,0	14	19
Guainía	41	46,3	0,0	7	28
Vaupés	13	38,5	7,7	5	5
Colombia	44 932	37,2	1,0	17 778	15 832

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 07 a 10, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 03 a 06, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Casanare, Guaviare, Norte de Santander, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en el Atlántico, Barranquilla, Cartagena de indias, Cesar, Córdoba y La Guajira; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 19).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 13); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 07 a 10, 2025) fueron: Atlántico, Cesar, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Sucre, Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia.

Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semana epidemiológica 01 a 11, 2025

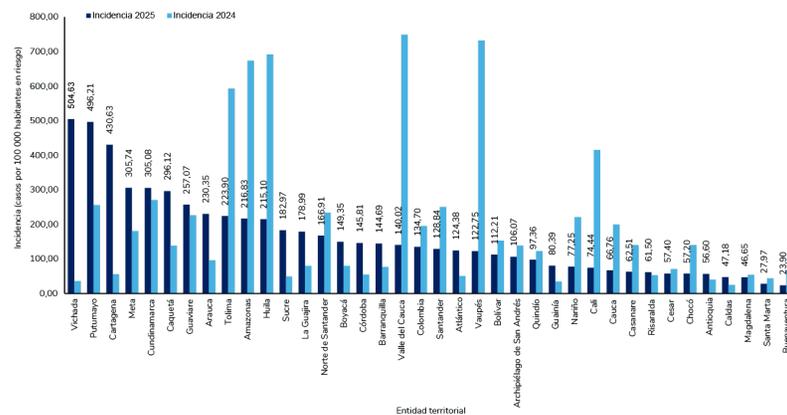


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

A semana epidemiológica 11 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 134,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 195,4 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Putumayo, Cartagena de indias, Meta, Cundinamarca, Caquetá,

Guaviare, Arauca, Tolima, Amazonas y Huila presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 11 de 2025 registrando tasas superiores a 200 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 265,4 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2024 y 2025



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

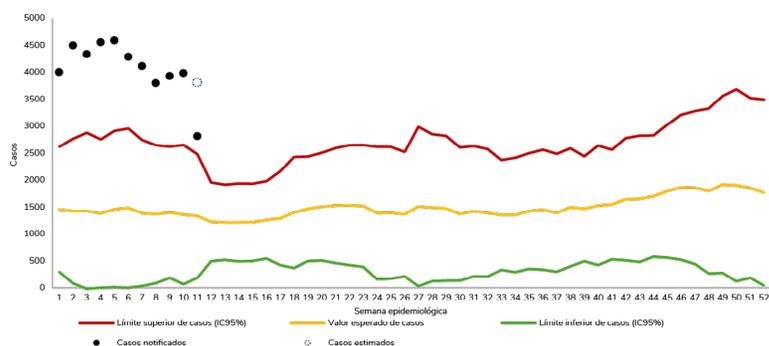
En la semana epidemiológica 11 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de -11,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 07 a 10, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 03 a 06, 2025) (figura 15).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico se observa que, el 2,7 % (1) se encuentra dentro de lo esperado, el 27,0 % (10) 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 este último grupo las entidades territoriales de Boyacá, Caquetá y Putumayo se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de febrero (tabla 20). 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”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 11 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 30,5 % (252) 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 71,9 % (41/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 21).

Figura 15. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2025



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

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 11 de 2025

Situación epidemiológica a SE 11, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Boyacá, Caquetá, Putumayo	Caldas, Cauca, Chocó, Meta, Guaviare, Nariño, Quindío, Risaralda	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena de indias, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte De Santander, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Vichada
Alerta	Calí, Guainía	Buenaventura, Casanare, Huila y Valle del Cauca	Cesar, Magdalena, Santa Marta y Vaupés
Dentro de lo esperado	Amazonas	-	-

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

Tabla 21. 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 11 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	25,2	658	41,4	200
	Apartadó	110,8	146	28,2	59
	Bello	11,0	61	2,2	22
	Envigado	33,1	80	1	20
	Itagüí	11,6	32	2,2	14
Atlántico	Turbo	70,0	94	14,8	40
	Barranquilla	147,1	1930	154,4	368
	Malambo	127,3	183	22,8	55
Bolívar	Soledad	172,8	1182	56	259
	Cartagena de indias	382,5	4035	133,4	1121
	Magangué	113,4	163	6,8	69
Caldas	Turbaco	162,5	189	17,4	70
	Manizales	2,2	10	1	4
Caquetá	Florencia	233,7	413	65,4	166
Cauca	Popayán	19,9	54	1,4	22
	Santander de Quilichao	101,9	117	9	44
Cesar	Aguachica	169,2	208	36	61
	Montería	228,1	1170	81,6	360
Córdoba	Cereté	82,7	91	2,6	35
	Lorica	43,5	51	6,8	17
	Sahagún	126,9	142	7,8	45
Cundinamarca	Fusagasugá	265,5	439	5,2	135
	Girardot	562,2	662	42,8	203
Huila	Neiva	221,7	821	153,4	335
	Pitalito	310,5	406	54,2	189
La Guajira	Riohacha	172,8	362	76,8	127
	Maicao	176,0	338	17,4	68
Meta	Villavicencio	205,1	1046	192,8	472
	Cúcuta	197,5	1508	170,6	726
Norte de Santander	Ocaña	93,6	111	9	39
	Villa del Rosario	291,5	321	19,8	129
Quindío	Armenia	79,0	247	9,8	74
Risaralda	Pereira	58,1	282	10,8	87
	Dosquebradas	73,5	160	2,8	43
Santander	Bucaramanga	132,8	822	66,4	291
	Barrancabermeja	95,0	204	21,6	82
	Floridablanca	164,5	516	33,4	175
	Girón	162,1	284	27,6	109
Tolima	Piedecuesta	93,3	174	24,4	69
	Ibagué	190,8	1038	152	412
Valle del Cauca	Jamundí	334,4	566	17,2	196

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

A semana epidemiológica 11 de 2025 se han notificado 107 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado 14 casos, se descartaron 16 casos y se encuentran en estudio 77 casos; de las muertes en estudio tres casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,03 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 55 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 22).

Tabla 22. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 11, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 11, 2025	Letalidad por dengue a SE 11, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	2	0	0,35	0,00
Arauca	1	2	0,14	0,00
Meta	3	2	0,11	0,07
Barranquilla	2	0	0,10	0,00
Córdoba	2	2	0,08	0,00
Atlántico	1	2	0,05	0,13
Cartagena de indias	2	3	0,05	0,00
Antioquia	1	7	0,03	0,22
Tolima	0	9	0,00	0,11
Santander	0	8	0,00	0,14
Sucre	0	6	0,00	0,00
Bolívar	0	5	0,00	0,18
Cauca	0	4	0,00	0,05
La Guajira	0	4	0,00	0,00
Huila	0	4	0,00	0,04
Exterior	0	3	0,00	0,98
Cali	0	2	0,00	0,02
Caquetá	0	2	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0,00	0,04
Norte de Santander	0	2	0,00	0,17
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,04
Buenaventura	0	1	0,00	0,93
Cesar	0	1	0,00	0,10
Guaviare	0	1	0,00	1,53
Putumayo	0	1	0,00	0,00
Quindío	0	1	0,00	0,29
Colombia	14	74	0,03	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 11 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° 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 endemicidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales.
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales.

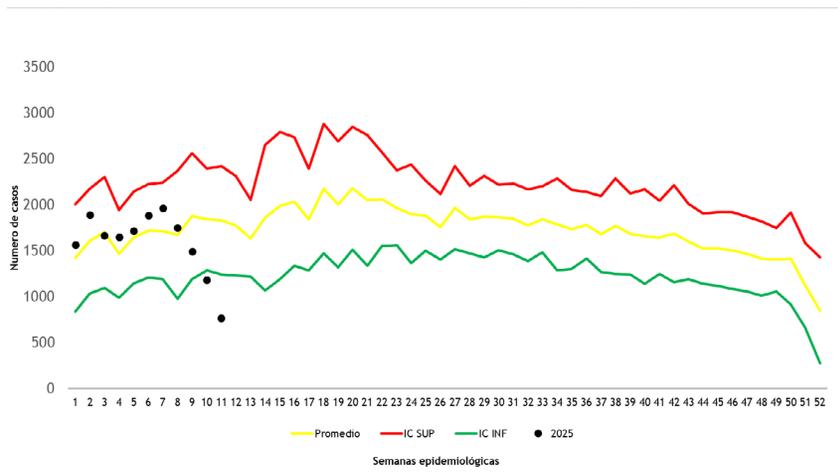
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 16. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 11 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 11, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 11 de 2025 se notificaron 1 530 casos de malaria, para un acumulado de 17 635 casos, de los cuales 17 328 son de malaria no complicada y 307 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,0 % (11 641), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,9 % (5 794) e infección mixta con 1,1 % (200). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (29,1 %), Antioquia (13,9 %), Nariño (12,9 %), Córdoba (10,1 %), Vaupés (7,2 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,7 %), Bolívar (2,5 %), Guainía (2,4 %), Amazonas (2,3 %), Vichada (2,2 %), Buenaventura (2,2 %) y Boyacá (1,6 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 75,2 % de los casos son los que se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 04 a 07	Casos 2025 SE 08 a 11	Tasa por 1 000 habitantes
Vaupés	Mitú	1 113	397	339	45,81
Córdoba	Tierralta	1 063	453	265	10,65
Chocó	Quibdó	1 017	400	286	7,03
Risaralda	Pueblo Rico	616	273	144	36,69
Antioquia	El Bagre	562	220	173	9,98
Nariño	Magüí	466	159	182	1,75
Nariño	Roberto Payán	448	158	131	33,61
Chocó	Bajo Baudó	418	196	100	12,32
Guainía	Inírida	396	168	119	10,44
Chocó	Tadó	376	150	124	18,66
Buenaventura	Buenaventura	373	155	115	6,36
Chocó	Lloró	366	146	109	34,49
Chocó	Medio San Juan	344	160	89	29,24
Nariño	Barbacoas	342	184	59	5,84
Vichada	Cumaribo	331	167	86	3,80
Córdoba	Puerto Libertador	316	168	53	6,96
Nariño	El Charco	306	117	138	13,16
Nariño	San Andrés de Tumaco	305	117	58	1,14
Cauca	Timbiquí	286	129	68	10,17
Boyacá	Cubará	281	103	129	32,99
Chocó	Carmen del Darién	277	122	58	12,50
Chocó	Alto Baudó	268	115	67	8,57
Antioquia	Nechí	258	103	75	9,25
Cauca	Guapi	257	118	51	8,70
Amazonas	Tarapacá (CD)	257	95	80	58,74
Bolívar	Montecristo	250	102	70	13,61
Chocó	El Cantón del San Pablo	239	80	108	34,61
Chocó	Istmina	228	85	74	6,74
Chocó	Bagadó	223	63	72	18,83
Chocó	Río Quito	204	95	68	22,28
Antioquia	Mutatá	178	93	40	11,84
Chocó	Medio Atrato	173	71	56	13,42
Antioquia	Chigorodó	172	57	80	2,76
Antioquia	Turbo	156	55	65	1,16
Arauca	Saravena	155	74	31	9,57

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 75,1 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 16 municipios aportan el 52,9 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Quibdó, El Bagre, Pueblo Rico, Inírida, Tarapacá (CD), Cumaribo, Montecristo y Medio San Juan (tabla 24). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,9 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Buenaventura, Tadó, Bajo Baudó, Barbacoas, Guapi y Medio Atrato e incremento en los municipios de Magüi, El Charco y El Cantón del San Pablo como se muestra en la tabla 25.

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 04 a 07 de 2025	Casos SE 08 a 11 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	387	324	-16%	10,2%
Córdoba	Tierralta	377	197	-48%	8,5%
Chocó	Quibdó	234	151	-35%	5,1%
Boyacá	Cubará	103	129	25%	2,7%
Antioquia	El Bagre	174	128	-26%	4,2%
Risaralda	Pueblo Rico	243	117	-52%	5,1%
Guainía	Inírida	164	117	-29%	3,7%
Amazonas	Tarapacá (CD)	89	79	-11%	2,3%
Antioquia	Chigorodó	54	74	37%	1,6%
Vichada	Cumaribo	115	65	-43%	2,3%
Bolívar	Montecristo	84	63	-25%	2,1%
Chocó	Lloró	58	61	5%	1,7%
Chocó	El Cantón del San Pablo	40	60	50%	1,2%
Chocó	Bagadó	48	59	23%	1,6%
Chocó	Medio San Juan	65	56	-14%	1,6%
Chocó	Medio San Juan	42	68	62%	1,4%

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

Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 04 a 07 de 2025	Casos SE 08 a 11 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	Magüi	93	130	40%	6,2%
Chocó	Quibdó	157	128	-18%	8,8%
Nariño	El Charco	110	128	16%	5,4%
Nariño	Roberto Payán	117	102	-13%	6,7%
Buenaventura	Buenaventura	90	74	-18%	4,1%
Chocó	Tadó	80	72	-10%	3,9%
Cauca	Timbiquí	127	68	-46%	5,4%
Córdoba	Tierralta	73	67	-8%	3,4%
Chocó	Bajo Baudó	96	52	-46%	4,0%
Nariño	Barbacoas	151	49	-68%	5,3%
Cauca	Guapi	115	48	-58%	4,7%
Chocó	El Cantón del San Pablo	38	48	26%	2,2%
Antioquia	El Bagre	46	45	-2%	2,4%
Chocó	Medio Atrato	53	42	-21%	2,5%
Chocó	Río Quito	48	41	-15%	2,1%

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

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 11 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; diez departamentos y 18 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 26) y cuatro departamento y diez municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 27).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 11 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 11 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 08 a 11 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 08 A 11	Observado SE 08 A 11 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 135	151	347
Nariño	Magüi	5	477	113	186
Boyacá	Cubará	4	283	1	130
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	265	25	83
Antioquia	Nechí	5	258	19	75
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	241	79	108
Antioquia	Chigorodó	5	176	55	82
Antioquia	Turbo	5	159	55	66
Arauca	Saravena	4	156	1	32
Caquetá	Florencia	4	119	1	50
Antioquia	Tarazá	4	94	13	39
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	91	1	25
Antioquia	Caucasia	4	79	16	32
Amazonas	Leticia	4	69	9	34
Chocó	Condoto	4	45	19	24
Chocó	El Carmen de Atrato	4	43	9	32
Meta	Puerto López	4	36	0	12
Valle del Cauca	Pradera	4	29	0	12

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

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las a semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 11 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 08 a 11 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 08 A 11	Observado SE 08 A 11 de 2025
Nariño	El Charco	5	307	88	138
Chocó	Acandí	4	45	11	16
Meta	Puerto Rico	4	26	2	18
Bolívar	Arenal	4	21	7	9
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	19	3	6
Amazonas	La Victoria (CD)	4	15	1	4
Arauca	Arauquita	4	12	1	7
Meta	Puerto Concordia	4	12	2	9
Arauca	Fortul	4	8	0	3
Bolívar	Achí	4	6	3	4

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

ALERTAS NACIONALES

Caso confirmado de rabia humana en zona rural de Jericó, Antioquia, 17 de marzo de 2025

El 15 de marzo se confirma un caso de rabia humana procedente de zona rural de Jericó, Antioquia, gracias a la prueba de inmunofluorescencia directa realizada en la muestra de tejido encefálico. El caso es una mujer de 24 años que inició síntomas neurológicos el 1 de marzo, consultó en IPS de Medellín el 3 de marzo y falleció el 13 de marzo posterior a deterioro progresivo con cuadro de encefalopatía grave y síndrome convulsivo. Desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en cabeza del equipo de respuesta inmediata, se está adelantando la investigación epidemiológica de campo. Se han identificado contactos que iniciaron esquema con vacuna e inmunoglobulina; se está realizando búsqueda activa comunitaria humana y animal en foco (5 km) y perifoco (10 km); búsqueda adicional de contactos; búsqueda activa institucional para rabia humana y agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR), completando esquemas de vacunación humano y a su vez se está realizando vacunación y revacunación del 100% de perros y gatos en las áreas antes mencionadas. Información preliminar y sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del Tolima. Marzo 19 de 2025

Situación con ocurrencia en el área rural de las veredas colindantes con la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, que abarca los municipios de Cunday, Prado, Villarrica, Purificación y Dolores de Tolima. Este brote inicio en octubre de 2024, se han confirmado 42 casos de fiebre amarilla (41 por laboratorio y uno por nexa epidemiológico); último caso reportado con inicio de síntomas del 12 de marzo de 2025. De los 42 casos, 34 son hombres, con edades entre 13 y 80 años y seis (8) son mujeres, con edades entre 11 y 89 años. Se han registrado 18 fallecidos para una letalidad preliminar del 42,8 %. Los casos se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático, donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Además, se han confirmado dos casos



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

confirmados en primates no humanos el 14 y 28 de febrero de 2025. Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 11 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.

ALERTAS INTERNACIONALES

Reporte de situación mundial sobre Mpox clado Ib. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 10 de marzo de 2025.

El clado Ib del virus de Mpox (MPXV), desde su primera detección en septiembre de 2023, se ha detectado en 10 provincias de la República Democrática del Congo (RDC). La RDC continúa experimentando una alta carga de mpox, con circulación de ambos subclados del clado I del MPXV. Muchas provincias reportan un número constante de casos semana a semana y la situación en el país sigue siendo preocupante, con una transmisión sostenida en muchas zonas.

Además, en África se ha notificado transmisión comunitaria en Burundi, Kenia, Ruanda, Uganda y Zambia; se han notificado casos esporádicos o relacionados con viajes en Angola, Sudáfrica, Zimbabue y en la República del Congo. En las últimas seis semanas, Uganda ha reportado el mayor número de casos confirmados, que representan más del 40 % de todos los casos confirmados notificados en el continente durante este período.

Fuera de África, 14 países han notificado el clado Ib MPXV: el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (10 casos), Alemania (8), China (7), Bélgica (5), Tailandia (4), Estados Unidos de América (4), Francia (2), Qatar (2), Canadá, India, Omán, Pakistán, Suecia y Emiratos Árabes Unidos (1 caso cada uno). En

ninguno de estos países se ha documentado transmisión comunitaria sostenida ni se han notificado muertes asociadas con el clado Ib MPXV.

Tras la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) el 25 de febrero de 2025, el director general de la OMS determinó que el repunte continuo de mpox sigue constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). La evaluación rápida del riesgo general para la salud pública que representa el mpox se actualizó el 24 de febrero de 2025, y el riesgo general para la salud pública que representa el mpox se evaluó como moderado a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Mpox, multi-country external situation report no. 48. Fecha de publicación: 10 de marzo de 2025. Fecha de consulta: 14 de marzo de 2025. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencias/mpox-sitrep_-48.pdf?sfvrsn=41abc9e9_1&download=true

The icon consists of a white magnifying glass with a black handle, positioned over a white document with a black border and a small black square in the top right corner. The icon is set against a red circular background.

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 11 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 11

Decremento
 Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	17	1	1	112	24	31	0	0	0	36	25	17	0	0	0	1	0	0	433	104	137
Antioquia	155	14	4	4.429	1.286	1.469	25	2	7	1.026	100	328	212	34	64	16	6	4	2.452	840	783
Arauca	17	1	1	183	56	68	10	0	3	268	14	93	0	0	0	8	3	2	182	2	45
Atlántico	17	1	2	931	266	334	27	4	5	916	81	233	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Barranquilla	3	0	0	1.002	236	385	22	4	2	712	94	142	4	1	0	2	2	1	1	0	0
Bogotá	1	0	0	5.330	1.688	1.883	0	0	0	0	0	0	28	9	9	4	1	3	0	0	0
Bolívar	60	1	2	720	208	247	11	3	3	508	67	175	1	0	1	1	0	0	442	86	137
Boyacá	17	1	0	1.580	447	557	1	0	0	133	16	46	1	0	0	0	0	0	283	0	130
Buenaventura	6	1	0	35	12	13	1	0	1	24	9	9	0	0	0	0	0	0	382	126	117
Caldas	15	1	1	899	278	336	0	0	0	95	10	41	2	0	1	9	4	1	3	4	1
Cali	1	0	0	1.169	410	432	11	7	5	601	335	209	31	12	9	18	8	2	14	1	1
Caquetá	59	5	6	242	83	88	16	2	7	411	88	180	1	0	1	1	0	1	153	7	62
Cartagena de Indias	4	0	0	441	129	144	44	3	11	975	62	246	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Casanare	32	4	2	387	111	145	0	2	0	101	81	49	1	0	0	0	0	0	4	5	1
Cauca	28	2	3	1.155	426	383	7	1	2	220	30	93	10	1	1	4	1	2	642	250	138
Cesar	50	4	7	676	178	231	19	4	7	454	150	132	3	0	0	2	1	0	3	3	2
Chocó	58	3	8	61	11	26	1	0	1	44	9	12	0	0	0	2	0	2	5.096	2.362	1.548
Córdoba	57	6	10	1.103	358	393	10	2	3	1.186	80	352	2	0	0	1	0	0	1.773	885	423
Cundinamarca	18	2	2	3.195	968	1.100	13	2	3	872	104	268	4	2	0	3	1	0	0	0	0
Guainía	5	0	1	35	9	10	0	0	0	19	4	15	0	0	0	0	0	0	418	286	123
Guaviare	30	3	0	93	25	36	0	0	0	41	8	23	0	0	0	1	0	0	236	122	65
Huila	37	2	2	1.486	403	528	43	11	23	640	203	244	2	1	0	2	1	0	2	0	0
La Guajira	28	2	3	467	149	166	21	4	3	769	105	179	0	0	0	3	1	2	18	4	5
Magdalena	29	3	2	608	191	200	4	1	2	153	50	64	0	0	0	1	1	0	2	2	0
Meta	64	8	2	1.038	266	341	19	3	10	1.056	204	466	21	1	3	1	0	0	130	42	65
Nariño	22	2	1	1.656	490	640	4	1	0	110	16	38	2	1	1	4	1	2	2.293	1.101	697
Norte de Santander	70	7	2	1.440	372	532	29	2	10	944	151	392	9	8	3	0	0	0	140	203	42
Putumayo	50	4	5	425	112	133	10	1	4	459	63	198	0	0	0	1	1	0	16	4	2
Quindío	5	0	0	705	204	237	1	0	1	140	9	44	9	1	3	2	0	0	1	3	0
Risaralda	10	1	1	973	292	361	5	0	3	212	12	71	2	1	0	0	0	0	694	259	162
San Andrés	0	0	0	107	22	40	0	0	0	23	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta	5	0	0	503	119	204	2	1	0	89	29	31	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Santander	54	6	4	1.796	482	644	26	2	10	922	142	339	37	2	22	2	1	1	4	1	0
Sucre	22	0	1	664	194	237	12	4	3	857	120	292	2	0	1	0	0	0	24	5	6
Tolima	39	3	4	1.548	442	533	31	5	10	975	251	339	1	1	1	6	3	3	0	0	0
Valle del Cauca	18	1	2	1.988	566	636	12	5	5	606	297	242	10	2	1	18	3	6	42	3	14
Vaupés	13	1	1	40	11	10	1	0	0	5	3	1	1	0	1	0	0	0	1.273	148	386
Vichada	8	1	1	56	19	15	0	0	0	60	2	24	0	0	0	0	0	0	388	145	102
Total nacional	1.124	91	81	39.278	11.543	13.768	438	76	144	16.662	3.028	5.637	397	77	123	105	37	33	17.547	7.033	5.194

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 11

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	1	1.021	566	513	19	9	9	0	0	0	1.153	435	509	5	4	5	0	0	0
Antioquia	54	26	39	216.492	71.989	88.683	9.860	2.487	3.810	1.334	870	1.007	85.923	36.184	29.577	134	190	134	1	3	0
Arauca	4	2	4	5.207	2.147	2.470	732	94	365	10	7	6	1.822	702	658	5	19	5	0	0	0
Atlántico	6	4	3	32.072	9.915	13.565	600	215	248	446	133	321	15.874	4.071	5.911	27	58	27	1	1	0
Barranquilla	10	6	9	47.696	15.357	18.518	2.575	306	991	528	215	361	20.440	6.171	7.144	31	64	31	1	1	0
Bogotá	52	30	39	377.309	116.568	183.042	15.320	5.507	6.893	1.679	1.328	1.208	216.952	75.053	90.665	146	177	146	2	3	0
Bolívar	4	7	4	27.327	10.557	10.896	530	203	229	113	118	81	6.925	3.182	2.446	36	47	36	0	1	0
Boyacá	9	4	5	30.046	10.603	14.003	1.420	417	605	109	62	70	13.546	5.477	5.153	21	34	21	0	1	0
Buenaventura	1	0	0	1.515	985	651	19	0	11	4	4	3	690	484	278	16	18	16	0	0	0
Caldas	8	2	7	21.315	7.874	7.521	730	283	218	313	122	223	6.974	3.220	2.747	22	24	22	0	0	0
Cali	17	15	13	62.144	22.396	23.513	1.089	592	314	177	66	126	22.849	14.545	8.428	44	65	44	0	1	0
Caquetá	5	3	4	6.216	3.493	2.434	350	147	118	9	11	4	3.341	1.887	1.189	9	19	9	0	0	0
Cartagena de Indias	6	4	4	45.602	16.298	19.510	3.096	276	1.407	389	208	249	13.978	4.142	4.836	31	58	31	2	1	0
Casanare	4	1	2	4.534	2.174	1.871	75	44	25	2	12	1	2.660	1.283	968	12	17	12	0	0	0
Cauca	10	4	4	28.571	10.109	10.998	1.020	246	437	120	63	93	10.543	4.924	3.137	37	62	37	1	1	0
Cesar	5	2	4	27.411	9.530	12.803	1.350	555	569	116	49	87	6.352	4.093	1.931	43	62	43	2	1	0
Chocó	5	3	3	8.411	1.697	3.356	468	147	233	1	10	0	2.862	1.167	1.129	22	41	22	0	0	0
Córdoba	6	4	3	47.367	12.938	19.082	1.835	377	639	287	246	211	15.808	4.547	5.433	40	89	40	0	1	0
Cundinamarca	18	12	12	82.949	26.258	38.283	2.921	873	1.106	329	382	253	42.745	14.489	18.073	82	88	82	5	2	2
Guainía	0	0	0	439	165	194	19	23	11	0	0	0	263	154	112	3	5	3	0	0	0
Guaviare	0	0	0	1.250	594	564	50	27	15	20	6	12	691	303	267	3	2	3	0	0	0
Huila	4	4	3	22.959	11.008	9.646	1.223	407	481	124	77	82	12.357	4.602	4.428	22	42	22	1	1	0
La Guajira	1	0	0	49.179	12.385	21.610	502	549	181	89	47	66	8.369	4.226	2.888	39	91	39	0	1	0
Magdalena	1	0	0	25.059	7.815	10.359	1.044	177	407	38	13	28	8.407	3.614	3.680	24	34	24	0	1	0
Meta	6	2	6	15.878	6.165	6.976	718	163	264	50	75	39	12.150	4.542	4.342	33	38	33	2	1	0
Nariño	9	6	7	32.756	14.866	11.123	1.630	520	571	43	35	30	12.719	7.080	4.239	41	49	41	1	1	0
Norte de Santander	14	8	8	40.668	13.794	16.731	1.853	840	622	154	161	116	14.246	5.561	4.557	29	51	29	1	1	1
Putumayo	2	2	2	6.724	2.513	2.624	251	127	104	6	4	5	2.719	1.398	916	8	13	8	0	0	0
Quindío	2	1	2	14.954	6.038	5.383	684	252	223	94	69	71	6.731	3.404	2.300	8	15	8	0	0	0
Risaralda	5	5	5	30.927	8.294	11.669	1.271	287	482	93	43	71	9.077	4.738	3.548	16	25	16	2	0	0
San Andrés	0	0	0	1.949	796	1.045	169	54	115	0	0	0	780	296	277	4	3	4	0	0	0
Santa Marta.	3	1	1	15.419	2.735	6.929	667	152	244	205	126	154	5.086	1.264	1.612	9	19	9	1	0	0
Santander	15	8	10	49.951	13.333	20.105	3.526	926	1.336	486	397	359	21.289	7.698	7.015	34	53	34	0	1	0
Sucre	3	2	2	18.996	7.485	7.935	1.330	404	519	324	208	227	5.288	2.802	1.717	18	46	18	1	1	1
Tolima	6	4	4	33.373	11.914	13.129	2.208	395	919	154	54	129	16.674	6.789	6.288	21	34	21	0	1	0
Valle del Cauca	16	7	11	38.838	11.456	14.871	763	249	291	191	71	142	16.084	7.543	5.543	29	47	29	0	1	0
Vaupés	2	1	2	566	178	342	8	7	4	0	0	0	360	80	129	0	4	0	0	0	0
Vichada	0	2	0	729	306	405	3	3	3	0	0	0	257	128	121	8	8	8	0	0	0
Total nacional	314	182	223	1.473.819	483.294	633.352	61.928	18.340	25.019	8.037	5.286	5.835	644.984	250.233	241.632	1.112	1.716	1.112	24	24	4

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 11

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID 19		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12	4	9	6	1	2
Antioquia	149	60	55	7	1	1	340	35	125	446	186	173	218	67	129
Arauca	9	1	4	0	0	0	2	1	1	47	9	16	2	1	1
Atlántico	14	8	6	0	0	0	3	1	2	109	41	51	35	12	22
Barranquilla	33	9	9	0	0	0	7	2	2	142	33	53	69	21	44
Bogotá	267	91	111	133	1	14	133	68	90	879	359	331	627	140	425
Bolívar	17	4	5	1	0	0	1	2	0	97	33	42	5	1	4
Boyacá	37	12	18	6	0	2	6	3	1	132	48	55	64	18	34
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	2	3	0	2
Caldas	19	6	6	0	0	0	6	2	0	117	28	34	10	2	3
Cali	35	22	8	0	0	0	1	4	1	167	106	57	232	62	147
Caquetá	6	3	4	0	0	0	1	2	0	44	15	30	5	2	3
Cartagena de Indias	11	8	5	0	0	0	0	1	0	91	35	38	7	2	5
Casanare	5	2	1	2	0	0	0	1	0	26	22	14	0	0	0
Cauca	17	7	4	0	0	0	5	2	5	78	29	41	84	21	50
Cesar	9	5	1	0	1	0	0	1	0	44	27	17	3	1	2
Chocó	3	0	0	1	0	0	37	4	24	12	3	7	6	1	4
Córdoba	28	13	9	1	1	0	2	1	0	188	57	89	22	5	16
Cundinamarca	90	29	27	50	1	8	30	15	12	421	150	175	102	22	72
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	3	0	1	1	0	0	0	0	0	17	5	8	1	0	1
Huila	36	14	12	1	0	0	18	4	1	94	44	39	23	4	17
La Guajira	6	3	1	0	1	0	0	6	0	45	27	20	4	2	2
Magdalena	6	2	3	0	0	0	1	1	0	41	15	15	5	4	1
Meta	18	7	8	3	0	1	9	1	4	91	40	24	10	3	4
Nariño	33	12	18	1	0	0	10	10	3	126	70	49	27	9	12
Norte de Santander	46	15	19	1	1	1	2	4	2	161	71	75	13	3	6
Putumayo	8	5	2	0	0	0	1	1	0	28	13	9	23	5	18
Quindío	4	3	2	0	0	0	1	1	1	66	34	26	16	3	8
Risaralda	8	6	1	0	0	0	2	1	1	113	32	42	11	1	7
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0
Santa Marta	1	1	0	0	0	0	1	1	0	36	7	14	6	2	3
Santander	22	8	7	0	1	0	5	7	1	107	72	30	25	8	13
Sucre	19	5	7	0	0	0	12	6	3	97	34	36	39	9	28
Tolima	9	6	5	3	0	0	1	3	0	174	55	97	16	3	11
Valle del Cauca	31	10	11	0	0	0	3	2	1	177	76	72	89	21	63
Vaupés	0	0	0	2	0	2	0	2	0	1	1	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	1	0	1
Total nacional	1.000	383	370	213	14	29	640	197	280	4.440	1.894	1.791	1.809	456	1.160

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 11

Decremento
 Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
	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	11	12	0	0	0	0	11	17	3	3
Antioquia	0	0	0	0	393	769	0	0	0	0	1.120	1.060	308	164
Arauca	0	0	0	0	65	58	0	0	0	0	38	43	6	1
Atlántico	0	0	0	0	70	38	0	0	0	0	178	166	0	0
Barranquilla	0	0	0	0	40	34	0	0	0	0	183	192	0	0
Bogotá	0	0	0	0	772	663	0	0	0	2	992	1.081	0	0
Bolívar	0	0	0	0	81	112	0	0	0	0	113	94	105	53
Boyacá	1	0	0	0	114	118	0	0	0	0	201	206	27	46
Buenaventura	0	0	0	0	24	36	0	0	0	0	23	18	2	3
Caldas	0	0	0	0	37	35	0	0	0	0	254	204	51	33
Cali	0	0	0	0	103	151	0	0	0	0	363	368	0	0
Caquetá	0	0	0	0	48	35	0	0	0	0	52	43	65	36
Cartagena de Indias	0	0	0	0	46	105	0	0	0	0	121	97	1	0
Casanare	4	0	0	0	75	49	0	0	0	0	57	71	1	0
Cauca	0	0	0	0	62	72	0	0	0	1	187	158	14	13
Cesar	1	0	0	0	144	218	0	0	0	0	138	126	22	49
Chocó	0	0	0	0	159	241	0	0	0	0	27	28	67	32
Córdoba	0	0	0	0	145	108	0	0	0	0	204	234	42	24
Cundinamarca	0	0	0	0	272	257	0	0	0	1	435	492	45	19
Guainía	0	0	0	0	13	8	0	0	0	0	7	7	3	2
Guaviare	0	0	0	0	33	24	0	0	0	0	13	16	105	18
Huila	0	0	0	0	101	111	0	0	0	0	178	126	3	1
La Guajira	0	0	0	0	385	386	0	0	0	0	51	70	8	4
Magdalena	0	0	0	0	123	134	0	0	0	0	74	71	2	0
Meta	0	0	0	0	91	95	0	0	0	0	147	121	59	11
Nariño	0	0	0	0	145	142	0	0	0	0	290	309	66	31
Norte de Santander	0	0	0	0	155	168	0	0	0	0	203	238	60	19
Putumayo	0	0	0	0	46	51	0	0	1	0	66	62	63	30
Quindío	0	0	0	0	22	9	0	0	0	0	117	107	0	0
Risaralda	0	0	0	0	85	101	0	0	0	0	253	231	20	43
San Andrés	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	5	5	0	0
Santa Marta	0	0	0	0	19	29	0	0	0	0	56	63	2	0
Santander	1	1	0	0	105	132	0	0	0	0	309	312	171	110
Sucre	1	0	0	0	49	96	0	0	0	0	104	95	29	11
Tolima	0	0	1	1	83	81	0	0	0	0	257	209	68	29
Valle del Cauca	0	0	0	0	86	128	0	0	0	0	275	270	4	1
Vaupés	0	0	0	0	23	8	0	0	0	0	13	15	12	0
Vichada	0	0	0	0	57	39	0	0	0	0	5	5	10	2
Total nacional	8	1	1	1	4.288	4.853	0	0	1	4	7.117	7.030	1.447	788

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 11

Decremento
Incremento

Departamento	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita	
	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	
	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	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Antioquia	10	4	4	3	3	0	7	11	4	0	29	35	34	25
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	1	4	9	9
Atlántico	1	1	2	0	0	0	1	2	1	1	6	2	10	3
Barranquilla	1	5	1	2	0	1	1	0	0	0	6	8	19	6
Bogotá	1	0	6	3	0	1	8	1	0	1	34	79	33	16
Bolívar	1	0	3	1	0	0	2	2	1	2	5	1	9	5
Boyacá	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	6	1	6	7
Buenaventura	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	4	2
Caldas	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	4	1	3	5
Cali	4	1	2	1	0	0	1	1	0	0	10	13	9	3
Caquetá	3	5	1	1	0	0	1	0	1	1	2	0	2	4
Cartagena de Indias	1	3	1	0	0	0	1	1	0	1	5	4	18	8
Casanare	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	8	9
Cauca	1	0	2	0	1	1	1	0	0	2	7	4	5	4
Cesar	2	0	2	3	2	2	3	2	3	2	6	5	9	5
Chocó	1	0	2	1	4	6	6	11	10	9	3	1	12	8
Córdoba	1	1	4	2	1	1	3	1	1	3	8	3	9	4
Cundinamarca	1	3	2	2	0	0	1	4	0	0	15	4	12	11
Guainía	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1
Guaviare	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Huila	0	4	2	0	0	0	1	0	1	0	5	2	2	3
La Guajira	0	0	5	4	6	5	6	4	14	7	5	0	14	8
Magdalena	0	1	2	0	0	1	2	2	4	3	4	0	7	6
Meta	0	0	3	0	0	1	2	1	0	1	5	1	11	8
Nariño	0	1	3	1	0	0	2	4	1	0	7	2	3	4
Norte de Santander	0	6	3	1	0	0	1	0	2	1	7	6	18	12
Putumayo	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	1	1	1
Quindío	3	2	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	2	0
Risaralda	5	2	2	2	3	3	2	4	3	0	4	1	6	6
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5	2
Santander	0	1	1	2	1	0	1	0	0	1	10	2	15	10
Sucre	1	0	1	0	0	0	1	3	0	0	4	8	4	4
Tolima	5	6	2	1	0	1	3	0	0	0	6	2	10	8
Valle del Cauca	3	1	1	2	1	1	3	6	1	1	9	15	7	8
Vaupés	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Vichada	0	0	0	1	1	0	1	0	1	3	0	0	1	2
Total nacional	40	55	59	35	29	27	73	69	57	40	222	207	305	219

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 11

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	3	6	0	0	15	13	0	0	110	127
Antioquia	257	286	0	0	764	1.039	24	32	4.315	3.280
Arauca	39	56	0	0	31	28	1	0	235	271
Atlántico	73	83	0	0	85	118	4	4	469	505
Barranquilla	96	60	0	0	156	184	3	7	439	523
Bogotá	203	194	0	0	311	317	9	3	5.393	5.942
Bolívar	61	72	0	0	30	49	1	0	458	453
Boyacá	19	17	0	0	29	46	1	0	785	890
Buenaventura	31	18	0	0	40	41	1	0	82	75
Caldas	29	43	0	0	66	64	1	0	583	600
Cali	102	122	0	1	334	301	12	13	1.579	1.364
Caquetá	20	31	0	0	47	59	1	0	224	192
Cartagena de Indias	60	100	0	1	78	105	1	3	253	293
Casanare	28	35	0	1	31	43	0	3	154	188
Cauca	45	34	0	0	51	69	1	0	623	623
Cesar	81	76	0	0	78	98	0	0	416	430
Chocó	55	54	0	0	41	55	1	1	79	106
Córdoba	68	54	1	0	49	65	1	3	730	612
Cundinamarca	78	111	0	0	110	133	3	1	2.415	2.857
Guainía	3	2	0	0	1	4	0	0	36	13
Guaviare	6	4	0	0	12	10	0	0	238	280
Huila	33	27	0	0	71	110	1	2	67	68
La Guajira	78	88	0	0	104	151	2	1	1.295	1.318
Magdalena	53	59	0	0	28	43	1	1	273	312
Meta	53	68	0	0	136	169	4	5	444	471
Nariño	56	54	0	0	42	33	1	1	776	965
Norte de Santander	109	117	0	0	148	182	3	3	742	784
Putumayo	21	23	0	1	20	27	1	0	249	304
Quindío	19	28	0	0	54	62	0	0	527	451
Risaralda	37	43	0	0	143	169	6	3	737	722
San Andrés	1	4	0	0	1	3	0	0	32	60
Santa Marta	25	29	0	0	46	75	1	1	132	138
Santander	90	107	0	0	182	315	5	5	1.262	1.300
Sucre	49	43	1	0	19	27	0	0	388	389
Tolima	34	32	0	0	104	185	3	4	538	607
Valle del Cauca	62	89	0	0	158	179	4	7	1.347	1.402
Vaupés	0	2	0	0	3	4	0	0	41	69
Vichada	9	8	0	0	9	3	0	0	43	49
Total nacional	2.188	2.279	8	4	3.634	4.578	96	103	28.509	29.033



Semana epidemiológica 11

09 al 15 de marzo de 2025

TEMA CENTRAL

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

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

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

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

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

41# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.11>