



Tuberculosis

24 de marzo, día mundial de la Tuberculosis.

La vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, que incluye el diagnóstico molecular, estrategias de búsqueda en poblaciones especiales y las nuevas metodologías de identificación, contribuye significativamente a una mejor detección de casos. En 2024, Colombia presenta una tasa preliminar de incidencia de 36,78 casos por cada 100 000 habitantes.

DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS

24 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**



Tema central
Tuberculosis

Pág.

3



Situación nacional

8



Mortalidad

11



Eventos trazadores

18



Brotes y alertas

34



Tablas de mando por departamento

36

Comportamiento de la tuberculosis, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025

Colombia se ha adherido a los compromisos internacionales y a las metas del plan estratégico mundial de la tuberculosis, es así como en su plan nacional 2016-2025 define como metas reducir la incidencia en un 50 % respecto al 2015 y la mortalidad por tuberculosis en un 70 % con respecto al mismo año, de igual forma plantea reducir en un 60 % los costos catastróficos asociados a la enfermedad (1). En el marco internacional la meta 3.3 de los Objetivos de desarrollo sostenible, incluye la eliminación de tuberculosis al 2030, adicionalmente la tuberculosis es una de las 30 enfermedades transmisibles contempladas dentro de la Iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la eliminación en la Américas (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OMS) conmemora el día mundial de esta enfermedad el 24 de marzo, este año hace un llamado a través del compromiso, acción y resultados, asegurando la implementación de nuevas tecnologías e innovaciones como la radiología digital con lectura asistida por inteligencia artificial, nuevos métodos de diagnóstico molecular, esquemas de tratamiento acortados y orales recomendados por la OPS/OMS para la tuberculosis resistente a los medicamentos, así como la generación de estrategias innovadoras de búsqueda de casos y el abordaje multisectorial de la enfermedad (3).

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS han expresado su objetivo de poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis para 2030 expresado en la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis, celebrada el 22 de septiembre de 2023.

En este contexto, de acuerdo con el reporte global de tuberculosis de 2024, de acuerdo con el reporte global de la OMS en 2023, se estimaron 10,8 millones de casos nuevos (95 % IC: 10,1–11,7 millón), adicionalmente la tuberculosis retomó el primer lugar como causa de mortalidad por un agente infeccioso a nivel mundial (4). El número de muertes clasificadas oficialmente como causadas por tuberculosis en 2023 (1,09 millones) fue casi el doble que el número causado por el VIH/sida (0,63 millones), y la mortalidad por tuberculosis se vio mucho más afectada por la pandemia de COVID-19 que por el VIH/sida (5). A diferencia de la tuberculosis, las muertes por VIH/sida



TEMA CENTRAL

Tuberculosis

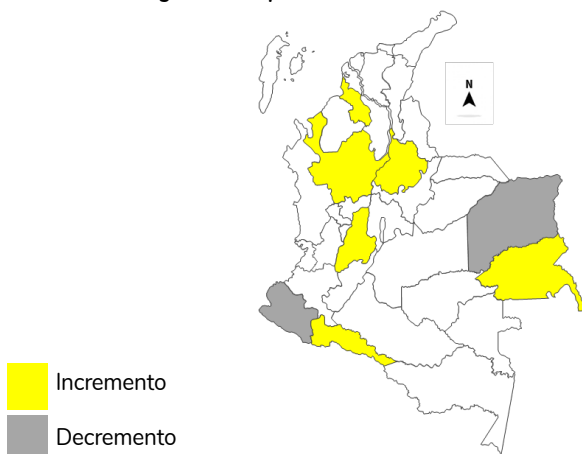
Deccy Magnolia Gonzalez Ruge, dgonzalez@ins.gov.co
Paola Pulido Dominguez, ppulido@ins.gov.co

continuaron disminuyendo entre 2019 y 2023.

En Colombia, con corte a semana epidemiológica 11 de 2024, se notificaron 4 578 casos de tuberculosis con residencia en el país y de estos 4 076 son casos incidentes (nuevos más recaída). Las entidades territoriales distritales con mayor número de casos fueron: Antioquía (1 039), Bogotá D.C. (317), Santander (315) y Cali (301). En cuanto a los municipios el mayor número de casos se presentaron en los municipios de: Medellín (670), Barranquilla (192), Bucaramanga (168), Cúcuta (143) y Villavicencio (120). Se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino (12,1 por 100 000 hombres) y en el grupo de edad de 25 a 34 años (24,9 %).

Las entidades territoriales que a semana 11 presentan comportamientos inusuales estadísticamente significativos en aumento por la metodología Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) y distribución de probabilidades de Poisson; son Santander, Tolima, Antioquia, Guainía, Putumayo y Sucre, por el contrario, las entidades de Nariño y Vichada presentan decremento (figura 1). Con relación al análisis de comportamientos inusuales en la población privada de la libertad, las entidades territoriales de Bogotá D.C., Boyacá, Caldas, Casanare, Huila, Guajira, Meta, Norte de Santander, Santander, Santa Marta D.E., Tolima y Valle del Cauca presentan incremento estadísticamente significativo.

Figura 1. Comportamientos inusuales a semana 11. Colombia 2025



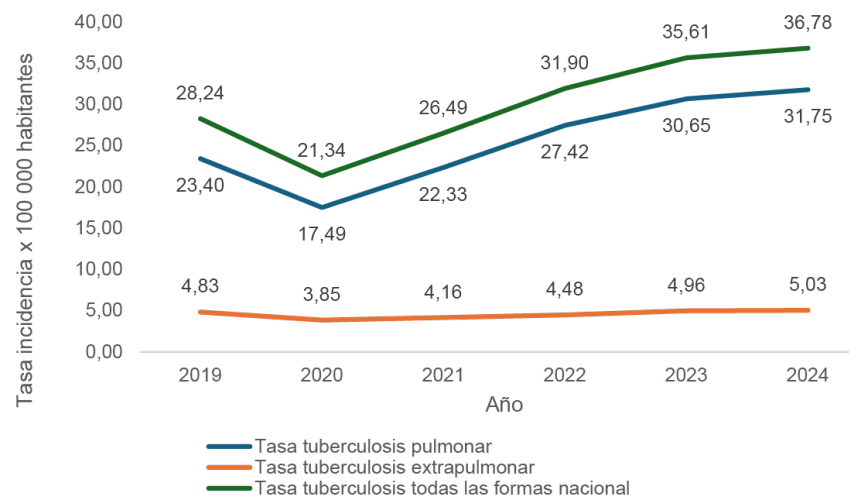
Fuente: bases de datos tuberculosis Sivigila, INS, 2025. semana epidemiológica 11 de 2025

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

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

En 2024 se notificaron 20 832 casos de acuerdo con la base preliminar, con una tendencia al incremento comparado con 14 902 casos del 2019 y un incremento de 4,5 % de los casos con respecto a 2023 (19 932). En relación con la tasa de incidencia, el 2024 con 36,78 por 100 000 habitantes presentó un incremento comparado con la tasa de 28,24 por 100 000 habitantes en 2019 y un aumento de 3,3 % comparado con la tasa de 2023 (35,61 por 100 000 habitantes). En 2020, se presentó la mayor disminución para el período de 2018 a 2023 asociada a la pandemia COVID 19 en este periodo (figura 2). Es importante mencionar que en el 2020 se expidió la Resolución 227 con algoritmos diagnósticos para el país y en 2022 se entregaron 11 equipos de biología molecular; por lo cual se esperaba tener un incremento de casos debido al fortalecimiento en el diagnóstico.

Figura 2. Incidencia de tuberculosis, Colombia, 2019-2024



Fuente: bases de datos tuberculosis Sivigila, INS, 2019-2024. Proyección población DANE post COVID-19 actualización censo 2018

Las entidades territoriales con mayor tasa de incidencia en 2024 fueron: Amazonas (82,25 x 100 000), Barranquilla (68,94 x 100 000) Caquetá (64,23 x 100 000), Cali (62,31x 100 000) y Risaralda (58,11 x 100 000); las cinco entidades han tenido un incremento comparando 2019 con 2023. Las entidades territoriales con menor tasa de incidencia fueron: Sucre (10,64 x

100 000), Nariño (12,81 x 100 000), Archipiélago de San Andrés y providencia (14,46 x 100 000), Boyacá (14,48 x 100 000) y Córdoba (15,93 x 100 000) (Tabla 1).

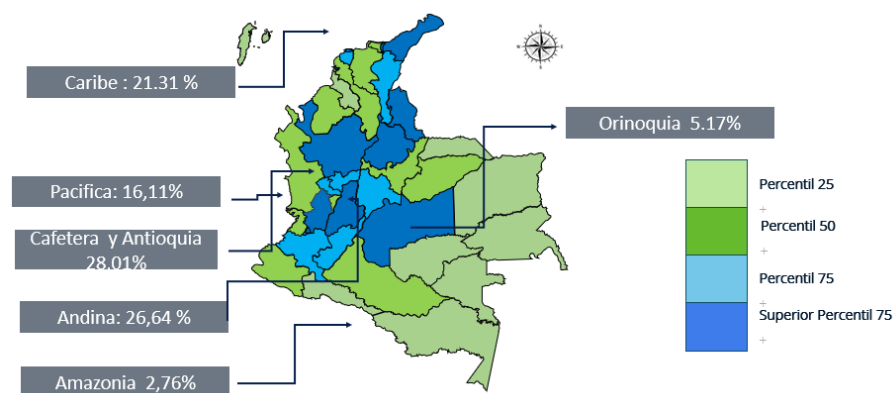
Tabla 1. Incidencia de tuberculosis por entidad territorial de residencia, Colombia, 2021-2024

Entidad territorial de residencia	2021	2022	2023	2024	Tendencia
AMAZONAS	49,90	74,08	75,24	82,25	■ ■ ■ ■ ■
BARRANQUILLA	47,05	58,47	72,00	68,94	■ ■ ■ ■ ■
CAQUETA	40,88	55,95	58,35	64,23	■ ■ ■ ■ ■
CALI	48,47	63,35	70,73	62,31	■ ■ ■ ■ ■
RISARALDA	52,77	60,20	59,65	61,51	■ ■ ■ ■ ■
HUILA	33,62	51,52	39,00	61,20	■ ■ ■ ■ ■
META	48,90	54,50	58,23	58,48	■ ■ ■ ■ ■
ANTIOQUIA	37,70	47,01	53,78	57,87	■ ■ ■ ■ ■
SANTA MARTA	36,10	38,54	46,84	55,59	■ ■ ■ ■ ■
BUENAVENTURA	39,21	45,61	50,72	50,60	■ ■ ■ ■ ■
QUINDIO	41,64	45,19	51,15	50,53	■ ■ ■ ■ ■
SANTANDER	31,96	37,76	47,93	47,54	■ ■ ■ ■ ■
TOLIMA	36,20	37,43	41,84	47,00	■ ■ ■ ■ ■
NORTE SANTANDER	32,76	40,62	42,91	46,33	■ ■ ■ ■ ■
CARTAGENA	28,48	39,21	40,30	45,11	■ ■ ■ ■ ■
ARAUCA	41,58	44,21	43,76	44,11	■ ■ ■ ■ ■
CALDAS	23,82	28,62	35,86	42,44	■ ■ ■ ■ ■
GUAVIARE	44,70	43,33	57,37	41,69	■ ■ ■ ■ ■
CHOCO	29,28	34,90	35,62	41,45	■ ■ ■ ■ ■
GUAJIRA	32,83	52,27	54,00	37,81	■ ■ ■ ■ ■
VALLE	24,49	34,97	37,76	36,19	■ ■ ■ ■ ■
ATLANTICO	25,09	33,86	32,63	34,24	■ ■ ■ ■ ■
CESAR	27,53	28,76	30,50	33,90	■ ■ ■ ■ ■
VAUPES	24,79	52,66	27,79	33,36	■ ■ ■ ■ ■
GUAINIA	29,86	34,49	30,06	32,80	■ ■ ■ ■ ■
CASANARE	35,61	23,26	34,63	32,62	■ ■ ■ ■ ■
PUTUMAYO	21,28	28,91	31,85	30,36	■ ■ ■ ■ ■
VICHADA	31,28	34,73	28,39	27,10	■ ■ ■ ■ ■
MAGDALENA	14,77	18,10	20,51	22,89	■ ■ ■ ■ ■
CAUCA	13,11	16,80	20,86	22,86	■ ■ ■ ■ ■
BOLIVAR	11,02	14,44	16,98	19,17	■ ■ ■ ■ ■
BOGOTA	13,95	15,81	17,40	17,02	■ ■ ■ ■ ■
CUNDINAMARCA	13,17	13,52	16,60	15,93	■ ■ ■ ■ ■
CORDOBA	13,36	14,88	14,27	15,09	■ ■ ■ ■ ■
BOYACA	9,59	14,09	14,86	14,48	■ ■ ■ ■ ■
SAN ANDRES	8,04	24,09	11,24	14,46	■ ■ ■ ■ ■
NARIÑO	8,34	9,83	13,06	12,81	■ ■ ■ ■ ■
SUCRE	10,34	11,62	10,86	10,64	■ ■ ■ ■ ■

Fuente: bases de datos tuberculosis Sivigila, INS, 2021-2024.

En cuanto al número de casos, la mayor carga de enfermedad en el país se concentró en las regiones Eje Cafetero y Antioquia (28,01 %), Andina (26,64 %) y Caribe (21,31 %); principalmente en los departamentos de Antioquia (21,0 %); Cali (7,28 %), Bogotá D.C. (6,8 %) y en los municipios de Medellín (13,5 %), Barranquilla (4,6 %), Bucaramanga (2,8 %), San José de Cúcuta (2,8 %) y Villavicencio (2,5 %) (figura 3).

Figura 3. Número de casos por entidad territorial y región Colombia 2024 p



Fuente: bases de datos tuberculosis Sivigila, INS, 2024. preliminar

Según la configuración de caso, se evidenció en el país que el 85,27 % de los casos fueron confirmados por laboratorio. En cuanto al diagnóstico bacteriológico (a un solo caso se le pueden realizar una o varias pruebas de las mencionadas), comparando el 2024 con el 2021, la realización del cultivo y la prueba molecular se incrementaron y la baciloscopia disminuyó (tabla 2).

En cuanto a los grupos de riesgo y la realización de la prueba molecular en poblaciones priorizadas, se presenta un incremento en todos los grupos priorizados (población privada de la libertad, habitante de calle, menores de 15 años, personas afectadas con VIH, e indígenas, alcanzando el 81 % en su realización en la población privada de la libertad.

Tabla 2. Realización de pruebas de laboratorio en poblaciones, Colombia, 2021 a 2024p

Características diagnósticas	Año 2021		Año 2022		Año 2023		Año 2024		Tendencia
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Realización de Baciloscopia	11740	81,6%	13954	79,8%	15295	76,7%	15609	74,9%	— — —
Baciloscopia Positiva	7179	61,1%	8098	58,0%	8705	56,9%	8671	55,6%	— — —
Cultivo	8195	57,0%	10932	62,5%	13923	69,9%	14910	71,6%	— — —
Cultivo Positivo	4005	48,9%	6016	55,0%	7542	54,2%	6834	45,8%	— — —
Cultivo en proceso	1781	21,7%	2032	18,6%	3425	24,6%	5410	36,3%	— — —
Prueba molecular	5260	36,6%	8265	47,2%	11734	58,9%	13280	63,7%	— — —
Prueba molecular Positiva	4110	78,1%	6602	79,9%	9509	81,0%	10769	81,1%	— — —

Fuente: bases de datos tuberculosis Sivigila, INS, 2020-2024 preliminar

Con relación al análisis del comportamiento de las tasas en población priorizada se identificó que hay incremento en todas las tasas de incidencias comparando 2024 con 2020. El mayor incremento se evidenció en población indígena y menores de 15 años (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de incidencia en poblaciones priorizadas con enfoque de riesgo, Colombia, 2024 p

Población priorizada con enfoque de riesgo	Tasa de Incidencia					Tendencia
	2020	2021	2022	2023	2024	
Indígena	17,8	19,5	29,9	33,6	40,6	— — —
VIH	2,8	3,1	3,8	2,9	4,47	— — —
Población privada de la libertad	774,9	1377,2	1231,7	1343,2	1599,7	— — —
Trabajadores de la Salud	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	— — —
Menores de 15 años	2,3	3,1	4,9	4,8	5,56	— — —
Habitante de calle	0,5	0,7	0,9	1,1	1,58	— — —

Fuente: bases de datos tuberculosis Sivigila, INS, 2021-2024 preliminar

Para la intervención de la población privada de la libertad se realizó articulación con la gestión de vigilancia, Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, laboratorio y con las entidades responsables de la atención integral en salud: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y operador entre otros teniendo en cuenta los factores de riesgo.

Tablero de problemas unidades de análisis mortalidad por tuberculosis

El tablero de problemas es el producto principal de la realización de unidades de análisis, permite identificar y caracterizar los problemas de los casos confirmados de los eventos objeto de la vigilancia en salud pública priorizados por el Instituto Nacional de Salud e identificar las causas raíz. Durante el año 2024 y primer trimestre de 2025 en la región andina se ha identificado el

mayor número de características del individuo y en la región pacífica el mayor número de problemas relacionados con los servicios de salud en los casos fallecidos por coinfección TB/VIH y en las poblaciones priorizadas.

Las principales características del individuo son el consumo de sustancias psicoactivas y la baja percepción de riesgo en salud para acudir a los servicios de salud, y los principales problemas son el no cumplimiento en las acciones establecidas en las guías de atención clínica y el incumplimiento en las acciones de detección temprana.

Conclusiones

1. Se observa un incremento en las incidencias de tuberculosis y el número de casos para tuberculosis sensible a nivel nacional en el 2024 comparado con el 2023; Es de anotar que el incremento en los casos puede asociarse a un aumento en la realización de pruebas moleculares de diagnóstico con mayor sensibilidad, especificidad y oportunidad que la baciloscopia convencional, producto de las recomendaciones realizadas a las entidades territoriales por el Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto Nacional de Salud en sus guías nacionales que incluye ajustes en los algoritmos diagnósticos enfatizando en la realización de la prueba de biología molecular.
2. Adicionalmente otras metodologías recientemente implementadas en algunas entidades territoriales como la radiología digital con lectura asistida por inteligencia artificial pueden haber contribuido con el aumento en el número de casos.
3. Sin embargo, existe una brecha en los casos notificados de acuerdo con las estimaciones de la OMS para el país. Para tuberculosis sensible las entidades territoriales con mayor tasa de incidencia son: Amazonas, Barranquilla, Cali, Caquetá, Huila, Meta, Antioquia y Santa Marta. Las entidades territoriales con menor tasa de incidencia son: Sucre, Archipiélago de San Andrés y providencia, Nariño y Boyacá. El mayor número de casos residió en los departamentos y distritos de: Antioquia, Cali, Bogotá D. C., Barranquilla, Santander, Meta y Atlántico.
4. Las tasas de incidencia en las poblaciones priorizadas muestran una tendencia al incremento. Según el análisis de tendencia mediante metodologías como Joint Point, se identifica un aumento estadísticamente

significativo entre los años 2020 y 2024, especialmente en menores de 15 años y en la población indígena.

5. Según el análisis de los comportamientos inusuales en población privada de la libertad, se observa un incremento estadísticamente significativo a semana 11 de 2025, en las entidades de Santander, Boyacá, Caldas, Casanare, Huila, Guajira, Meta, Norte de Santander, Bogotá D.C., Santa Marta D.E., Tolima y Valle del cauca.
6. La desnutrición se identifica como la comorbilidad de mayor riesgo, junto al VIH, siendo las entidades territoriales de Quindío, Risaralda, Bogotá D.C., Santa Marta D.E., Antioquia y Córdoba, quienes presentan mayor porcentaje de Coinfección y las entidades territoriales de Antioquia, Cali, Bogotá D.C., Santander, Norte de Santander, Risaralda, Valle del cauca, Tolima y Barranquilla quienes notificaron los mayores porcentajes de desnutrición asociados a la tuberculosis en 2024.
7. El aumento en los comportamientos inusuales en poblaciones especiales se ha abordado a través de la articulación y gestión con el Programa Nacional de prevención y control de tuberculosis y las instituciones involucradas en la atención de dicha población.

Recomendaciones para las entidades territoriales

1. Realización periódica de correspondencia entre fuentes de información: programa de tuberculosis (TB) y VIH, laboratorio, vigilancia (Código INS 813 y Código INS 850), estadísticas vitales, detección temprana y protección específica, cuenta de alto costo, investigaciones y otras fuentes de información disponibles para hacer seguimiento de la notificación de todos los casos.
2. Analizar los indicadores establecidos en el protocolo y gestionar con equipo funcional: programa (TB y VIH), laboratorio, vigilancia (Código INS 813 y Código INS 850) y actores para seguimiento a la correspondencia de la información y articulación Inter programática en el marco de la gestión del riesgo en salud pública.

3. Hacer seguimiento de los comportamientos inusuales en población general y en poblaciones de riesgo, para identificar aumento o disminución en la notificación, y gestionar la toma de conductas con respecto a las alertas y poblaciones relacionadas, con el fin de activar la gestión del grupo funcional (mínimo: programas de TB y VIH, vigilancia y laboratorio), considerando la población específica con el fin de incluir los actores necesarios en la respuesta.
4. Realizar análisis de tasas específicas por grupos de riesgo considerando los censos poblacionales específicos de habitante de calle, población privada de la libertad, indígenas y menores de 15 años de su entidad para identificar el riesgo y la necesidad del abordaje intersectorial.
5. Fortalecer la Vigilancia comunitaria y la búsqueda activa de contactos de personas afectadas por tuberculosis como estrategia principal para cortar la cadena de transmisión en todos los entornos. Esta actividad está bajo la responsabilidad de las entidades territoriales del orden municipal y distrital, en el marco de las acciones de vigilancia en salud pública durante la investigación epidemiológica de campo y de las intervenciones colectivas a cargo del Programa de Tuberculosis.
6. Realizar gestión con los tomadores de decisiones presentando el análisis de tableros de problemas resultantes del análisis de la mortalidad por Coinfección TB VIH y poblaciones priorizadas, considerando todas las fuentes posibles de identificación de problemas y generar planes de mejora intersectoriales.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia, Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis” Colombia 2016-2025 [Internet]. Minsalud; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/iniciativa-eliminacion>

3. Organización Panamericana de la Salud. día mundial de la tuberculosis [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-tuberculosis-2025>
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La tuberculosis resurge como principal causa de muerte por enfermedad infecciosa [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-11-2024-tuberculosis-resurge-como-principal-causa-muerte-por-enfermedad-infecciosa>
5. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2024 [Internet]. Geneva; 2024. Disponible en: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



SITUACIÓN NACIONAL

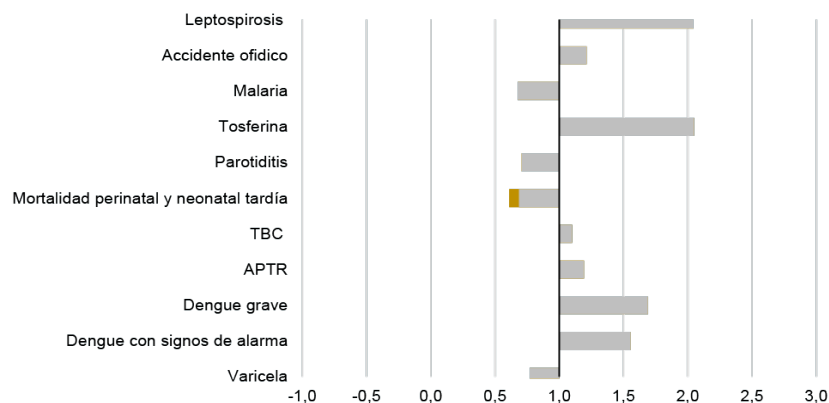
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 12 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).

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 12 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 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 12 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	4 1657	34 739	0,97	0,33

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 12 de 2025, el evento de fiebre tifoidea y paratifoidea se encuentra 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 5).

Tabla 5. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	1	0,02
Leishmaniasis cutánea	12	105	0,00
Chikungunya	1	4	0,054
Mortalidad por dengue	5	2	0,06
Lepra	4	7	0,08
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,09
Zika	3	3	0,22

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.

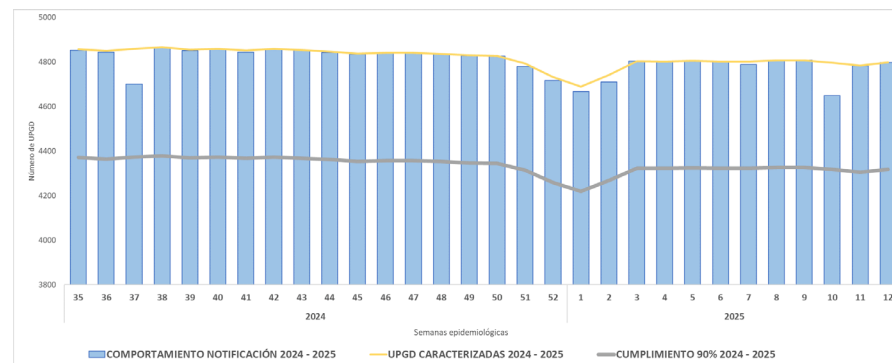
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 12 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y presentando un aumento del 0,09 % con relación a la semana 12 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 % (4 798/ 4 798); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,5 % comparado con la semana epidemiológica 12 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 12 de 2025 no se presentó a nivel nacional. A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación

por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 12 de 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados



MORTALIDAD

Metodología

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

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

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

El acumulado de muertes notificadas para los tres 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://unilima.gov.co/9A30q>

A semana epidemiológica (SE) 12 de 2025, se han notificado 168 muertes probables en menores de cinco años: 91 por infección respiratoria aguda (IRA), 46 por desnutrición (DNT) aguda y 31 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 12 de 2025 se han notificado 163 fallecimientos (89 por IRA, 44 por DNT y 30 por EDA); de estos, 28 casos han sido confirmados, 12 han sido descartados y 123 casos se encuentran en estudio (tabla 6).

Tabla 6. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a SE 12 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 12 2025			Casos en estudio a SE 12 2025			Tasa a SE 12 2024			Tasa a SE 12 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	5	15	8	37	65	21	1,73	2,06	1,57	0,14	0,42	0,22
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	0	12	0	1,89	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	0	1	0	1,75	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	1	1	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	2	1	0,00	0,22	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	2	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	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cali	0	0	0	0	1	0	0,00	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	0	0	1	1	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	1,78	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	3	7	3	7	6	3	17,42	24,39	50,52	5,26	12,26	5,26
Córdoba	0	0	0	4	1	1	2,66	1,33	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	8	6	7	8,21	5,48	2,74	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	3	2	1	6,01	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	4	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
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D.E.	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	6,56	2,62	0,00	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	2	1	0,00	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	6	1	0,74	2,98	0,74	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	0	0	0	1	30,23	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 semana epidemiológica 12 se han notificado 89 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 15 confirmadas, nueve descartadas y 65 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 semana epidemiológica 12 fueron 78, para una tasa de mortalidad de 2,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 12 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Valle del Cauca; con diferencias a nivel municipal en San Andrés de Tumaco. 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 7).

Tabla 7. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 12, 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	3	1	1	1	0	6	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	2	0	2	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
Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	4	1	3	1	0	9	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	2	0	2	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	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	21	6	6	9	0	42	1	2	0	0	0	3

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 12 se han notificado 44 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, cinco 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 semana epidemiológica 12 fue de 66, para una tasa de mortalidad de 1,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente la semana epidemiológica 12 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Córdoba, La Guajira, Risaralda y en el

nivel nacional; no se observaron diferencias a nivel municipal. 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 semana epidemiológica 12 se han notificado 30 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*), siete 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 SE 12 fue de 62 para una tasa de mortalidad de 1,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente la semana epidemiológica 12 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial de Antioquia, se observaron diferencias a nivel municipal en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la 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 cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF-ND 2024 y 2025 (datos preliminares).

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/10.33610/INSPC28779>

En la semana epidemiológica 12 de 2025 se notificaron al Sivigila seis casos, cinco muertes maternas tempranas y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 41 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 40 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior por lo que no se incluye en el análisis (tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 12, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	66	38	17	121
2023	57	32	16	105
2024p	53	32	14	99
2025p	40	19	6	65

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 12 de 2025 fue de 42,1 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 48,5 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2024. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 21 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Antioquia, Bogotá D.C., Cesar y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Cauca y Meta; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 9).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Nechí (Antioquia), Maní (Casanare), Belén de Bajirá (Chocó), Acevedo (Huila) y El molino (La Guajira) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 10).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 12 de 2025, el 55,0 % corresponden a causas directas y el 30,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 17,5 % (tabla 11).

Tabla 9. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 12	Acumulado de casos a SE 12		Razón de MM por 100 000 NV a SE 12	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	64	53	40	48,5	42,1
Guainía	0	0	1	0,0	595,2
Vichada	1	0	1	0,0	423,7
Chocó	3	3	3	221,1	263,2
La Guajira	5	4	5	98,6	146,6
Risaralda	2	0	2	0,0	128,4
Cesar	3	5	3	140,3	98,9
Casanare	0	0	1	0,0	97,4
Caquetá	1	0	1	0,0	93,2
Barranquilla	1	2	2	64,1	69,7
Valle del Cauca	1	0	2	0,0	66,0
Córdoba	4	4	2	91,0	53,3
Santander	1	1	2	21,4	47,7
Tolima	3	0	1	0,0	39,5
Nariño	3	1	1	35,6	39,3
Bolívar	3	2	1	71,1	38,7
Huila	2	4	1	118,1	36,4
Antioquia	4	3	4	23,0	35,4
Cundinamarca	3	4	2	59,6	33,4
Norte de Santander	3	3	1	75,1	30,4
Cali	2	2	1	48,1	27,0
Bogotá	6	7	3	50,6	24,1
Atlántico	2	1	0	33,3	0,0
Boyacá	1	2	0	78,9	0,0
Caldas	1	1	0	67,0	0,0
Cauca	3	1	0	31,2	0,0
Meta	3	2	0	68,3	0,0
Santa Marta D.E.	2	1	0	69,8	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE III (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos a marzo 2024, PE III 2025 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica. MM: mortalidad materna. NV: nacidos vivos

Tabla 10. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 12	Valor observado SE 12
Colombia	64	40
Nechí (Antioquia)	0	1
Maní (Casanare)	0	1
Belén de Bajirá (Chocó)	0	1
Acevedo (Huila)	0	1
El Molino (La Guajira)	0	1

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

Tabla 11. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 12	Número de casos y proporción a SE 12 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	55	57	100	53	100	40	100
DIRECTA	36	39	68,4	33	62,3	22	55,0
Hemorragia obstétrica	9	5	8,8	12	22,6	7	17,5
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	12	11	19,3	13	24,5	5	12,5
Sepsis obstétrica	6	9	15,8	3	5,7	4	10,0
Evento tromboembólico como causa básica	4	6	10,5	2	3,8	3	7,5
Embarazo ectópico	4	5	8,8	2	3,8	2	5,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	2	3,5	0	0,0	1	2,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,9	0	0,0
INDIRECTA	19	18	31,6	19	35,8	12	30,0
Otras causas indirectas	10	11	19,3	8	15,1	4	10,0
Otras causas indirectas: neumonía	3	3	5,3	2	3,8	2	5,0
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
Sepsis no obstétrica	3	3	5,3	3	5,7	1	2,5
Otras causas indirectas: cáncer	2	1	1,8	3	5,7	1	2,5
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	3,8	1	2,5
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	1,9	1	2,5
En estudio	1	0	0,0	1	1,9	6	15,0

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUAF - ND 2024 y 2025.

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/buscadoreventos/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=9470ccc2_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM

en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 12 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Boyacá, Cali, Cartagena de Indias, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 12).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Bosconia (Cesar), Aguazul (Casanare), Timbiquí (Cauca), El Santuario (Antioquia), Riosucio (Caldas), Altos del Rosario (Bolívar), Restrepo (Meta), La Primavera (Vichada) y Lloró (Chocó) (tabla 13).

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 27,6 %, neonatales tardías con 17,2 % y fetales intraparto con 10,0 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfisia y causas relacionadas con un 26,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 10,9 % (tabla 14). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 12 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.

A semana epidemiológica 12 de 2025 se han notificado 1 209 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 201 corresponden a residentes en Colombia y ocho a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 12,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (160), Antioquia (140), Cundinamarca (85), Cali (50) y Nariño (44). Las razones más altas se observaron en Amazonas (37,7), Vichada (33,9) y Archipiélago de San Andrés y Providencia (31,5). Teniendo

Tabla 12. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 12	Acumulado de casos a SE 12		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024 a SE 12	2025 a SE 12
Colombia	1 874	1 402	1 201	13,9	12,7
Amazonas	5	3	6	15,3	37,7
Vichada	10	8	8	26,1	33,9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	5	4	37,0	31,5
Buenaventura	20	15	16	24,2	30,7
Chocó	46	44	24	35,2	21,1
Caldas	27	19	23	13,8	18,3
Guaviare	3	1	4	4,2	18,2
Guainía	6	2	3	11,9	17,9
Nariño	53	42	44	16,3	17,3
Bolívar	52	28	40	10,7	15,5
Meta	40	32	39	11,9	15,4
Cauca	65	47	38	15,9	14,8
Cundinamarca	98	89	85	14,3	14,2
Cesar	66	36	43	10,9	14,2
Cali	71	59	50	15,4	13,5
Magdalena	38	26	26	11,8	13,2
Cartagena de indias	64	44	33	16,0	12,9
La Guajira	99	67	44	17,9	12,9
Bogotá, D.C.	195	157	160	12,3	12,9
Antioquia	208	145	140	12,1	12,4
Barranquilla	72	38	34	13,1	11,8
Casanare	18	12	12	11,4	11,7
Risaralda	28	25	18	14,6	11,6
Atlántico	64	49	29	17,6	11,3
Córdoba	97	72	42	17,7	11,2
Caquetá	19	13	12	11,1	11,2
Putumayo	14	16	8	19,2	10,7
Norte de Santander	58	48	34	12,9	10,4
Valle del Cauca	51	39	31	12,6	10,2
Sucre	48	33	20	14,9	9,9
Huila	47	36	27	11,5	9,8
Tolima	38	28	24	11,0	9,5
Quindío	16	17	8	20,5	9,5
Boyacá	38	38	21	16,2	9,3
Santander	56	36	37	8,3	8,8
Arauca	20	12	5	17,1	7,8
Santa Marta	21	15	9	11,3	7,1
Vaupés	4	6	0	48,0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE III (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos marzo 2024, PE III 2025 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica

Tabla 13. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 12 2020 - 2024	Valor observado a SE 12 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	1 266	790	-
Bosconia (Cesar)	3	7	7
Aguazul (Casanare)	1	5	8
Timbiquí (Cauca)	1	5	6
El Santuario (Antioquia)	1	4	10
Riosucio (Caldas)	1	4	1
Altos del Rosario (Bolívar)	1	3	4
Restrepo (Meta)	0	3	5
La Primavera (Vichada)	0	3	5
Lloró (Chocó)	0	2	2

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

Tabla 14. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 12, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 12, 2023 -2025					
	2023 a SE 12	(%)	2024 a SE 12	(%)	2025 a SE 12	(%)
Colombia	1 826	100,0	1 402	100,0	1 201	100,0
Asfixia y causas relacionadas	470	25,7	331	23,6	313	26,1
Prematuridad-inmadurez	327	17,9	212	15,1	179	14,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	277	15,2	204	14,6	147	12,2
Sin información	3	0,2	65	4,6	123	10,2
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	216	11,8	169	12,1	97	8,1
Infecciones	153	8,4	115	8,2	92	7,7
Malformación congénita	169	9,3	121	8,6	91	7,6
Otras causas de muerte	112	6,1	93	6,6	64	5,3
Causas no específicas	37	2,0	44	3,1	61	5,1
Trastornos cardiovasculares	39	2,1	38	2,7	23	1,9
Lesión de causa externa	17	0,9	5	0,4	8	0,7
Convulsiones y trastornos neurológicos	6	0,3	5	0,4	3	0,2

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

Infección respiratoria aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 12 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2017 a 2024 y el intervalo de confianza.

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

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

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

A nivel nacional en el último periodo 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; 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 15).



EVENTOS TRAZADORES

Tabla 15. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a SE 12 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 05 a SE 08 2025	SE 09 a SE 12 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	498 832	643 473	29,00%	
Hospitalización en sala general	21 817	25 520	16,97%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 851	2 796	-1,93%	

SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 12 de 2025 se notificaron 156 524 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 Bogotá D.C., Boyacá, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y providencia, Santa Marta D.E., Santander, Vichada y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura. Las 22 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 (09 a 12 de 2025) en 38 municipios (tabla 16).

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (09 a 12 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 25,68 % (165 216) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 17,32 % (111 433). 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 13,24 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 11,96 %.

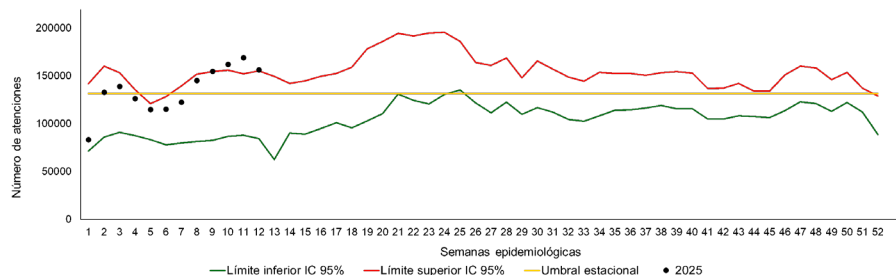
En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados. No obstante, a partir de la semana 08 se observó una tendencia al alza, superando el umbral estacional. Esta tendencia persistió entre las semanas 09 y 11, ubicándose por encima del límite superior. Sin embargo, en la semana epidemiológica 12, se observa una disminución situándose sobre el límite superior (figura 6).

Tabla 16. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 09 a 12 de 2025.

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	16 967	16 806	3 196	8 143
Antioquia	Itagüí	18 345	20 779	3 690	7 546
Atlántico	Soledad	20 376	19 446	5 408	7 015
Guajira	Maicao	13 264	15 350	2 582	6 267
Antioquia	Bello	17 110	15 282	3 312	5 397
Cundinamarca	Chía	13 227	13 059	2 755	5 369
Guajira	Uribia	13 730	11 359	1 869	4 443
Antioquia	Rionegro	6 847	9 007	1 552	3 449
Valle del cauca	Palmira	6 307	7 708	1 351	2 847
Magdalena	Ciénaga	5 122	6 052	958	2 545
Risaralda	Dosquebradas	6 173	7 214	1 134	2 403
Santander	Barrancabermeja	4 288	6 636	610	2 357
Cundinamarca	Girardot	4 090	4 962	1 117	2 261
Santander	Floridablanca	5 320	5 599	918	2 204
Córdoba	Sahagún	4 565	5 984	1 372	2 148
Boyacá	Duitama	5 763	5 174	1 355	2 115
Antioquia	Envigado	5 898	5 785	1 246	2 103
Cundinamarca	Madrid	4 803	4 721	805	2 090
Cundinamarca	Zipaquirá	4 259	4 888	1 276	1 996
Bolívar	Magangué	3 513	4 081	682	1 917
Cundinamarca	Facatativá	4 822	4 519	1 556	1 899
Cundinamarca	Funza	2 783	4 026	710	1 817
Córdoba	Cerete	3 154	4 171	492	1 607
Boyacá	Sogamoso	3 264	3 951	857	1 605
Huila	Pitalito	2 451	3 090	299	1 576
Antioquia	Apartado	3 867	3 685	870	1 556
Valle del cauca	Cartago	4 573	4 277	300	1 377
Antioquia	Turbo	2 992	3 287	664	1 337
Valle del cauca	Yumbo	2 836	3 785	757	1 307
Córdoba	Lorica	3 033	3 433	765	1 228
Valle del cauca	Tuluá	3 393	3 577	392	1 112
Cesar	Aguachica	1 841	2 565	792	1 098
Cauca	Santander De Quilichao	3 480	2 711	660	1 062
Casanare	Yopal	3 288	2 550	801	1 035
Norte Santander	Ocaña	3 784	3 348	295	903
Santander	Girón	1 447	1 653	141	790
Santander	Piedecuesta	1 085	1 839	187	694
Valle del cauca	Buenaventura	2 249	1 605	591	604
Norte Santander	Villa Del Rosario	1 323	1 698	451	598
Cundinamarca	Mosquera	1 791	1 119	450	558
Cauca	Guapi	519	1 253	165	503
Atlántico	Malambo	2 426	1 179	319	448
Nariño	La Florida	157	203	46	76

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales. Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 - 2025.

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2025



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

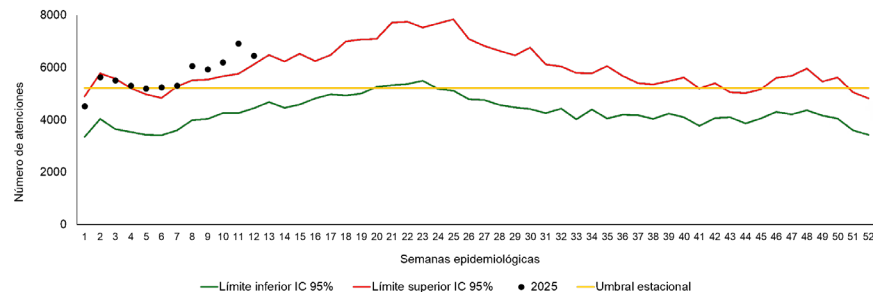
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 12 de 2025 se notificaron 6 460 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Amazonas, Cali, Guainía, Guaviare, La Guajira, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vichada e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Cartagena de indias, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta D.E., Santander y Tolima. En las 16 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (09 a 12 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 649) representaron el 26,05 %, seguido del grupo de 5 a 19 años con el 15,05 % (3 840). 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 26,03 % seguido de los niños de un año con el 24,36 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, desde semana 05 a 11 se han mantenido por encima del límite superior, alcanzando su pico máximo en la semana 11. No obstante en semana 12, aunque las hospitalizaciones aún superan el límite superior, se observa una tendencia a la disminución (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2025

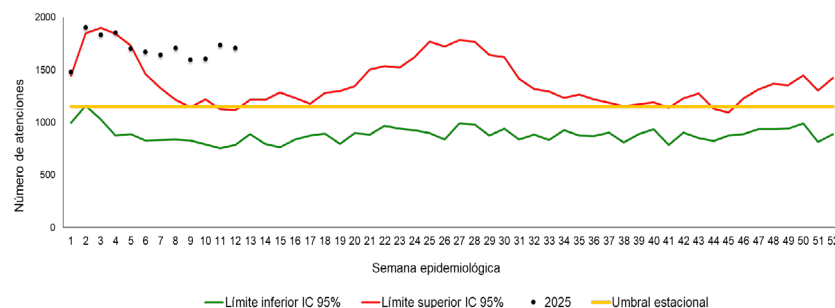


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 12 de 2025, se notificaron (1 709) 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 12 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 12 de 2025



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

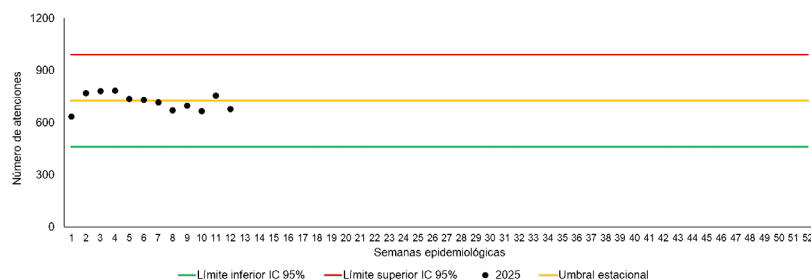
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 12 de 2025 se notificaron 677 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Arauca, Bogotá D.C., Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cartagena de Indias, Córdoba, Guainía, Huila, La Guajira, Nariño, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.E., Santander, Sucre, Tolima, Vichada y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (09 a 12 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,01 % (979), seguido de los menores de un año con el 21,92 % (613) 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 27,41 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 26,55 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 12 de 2025, se observa que se ubica dentro de los límites esperados (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2025

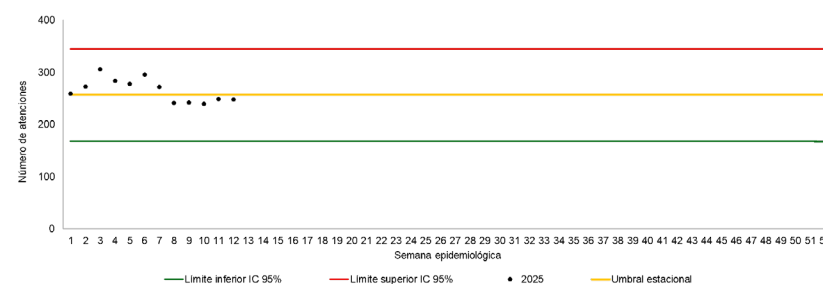


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 12 de 2025, se notificaron 248 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia para esta semana una tendencia a ubicarse por debajo del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 12 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 12 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para enterovirus y al decremento influenza B. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 17).

Tabla 17. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 05 a 12 de 2025

Agente viral identificado	SE 05 a 08			SE 09 a 12			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	38,9	42,9	28,9	55,3	62,4	45,5	
Rinovirus	12,6	8,4	20,8	16,4	18,3	15,0	
VSR	16,0	23,5	8,3	14,1	22,9	-	
Enterovirus	8,3	6,7	4,2	12,7	15,3	5,0	
Adenovirus	8,3	11,8	4,2	5,2	6,9	5,0	
Influenza B	10,2	5,0	4,2	4,2	0,8	-	
Influenza A	15,0	15,1	12,5	11,7	7,6	20,0	
Parainfluenza	7,3	8,4	12,5	10,8	11,5	5,0	
Metapneumovirus	4,9	7,6	4,2	8,0	8,4	20,0	
A(H1N1)pdm09	1,5	1,7	-	2,3	-	10,0	
SARS-CoV2	3,4	3,4	4,2	4,7	2,3	-	
A(H3N2)	6,8	4,2	4,2	6,1	3,1	5,0	
Coronavirus	5,8	4,2	20,8	3,8	3,1	10,0	

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

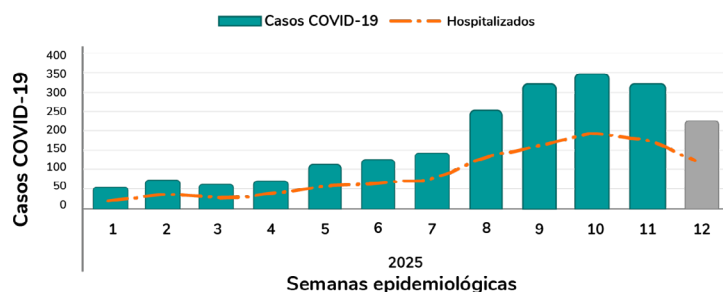
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 12 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 22 de marzo de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 1 118 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE) 09 a 12 de 2025, se ha observado un aumento significativo del 89,08 %, con 1 212 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 05 a SE 08 de 2025), en el cual se reportaron 641 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 93,51 %, pasando de 339 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 656 casos en el periodo analizado (figura 11).

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



Entre el 16 y el 22 de marzo de 2025 se confirmaron 309 casos en el territorio nacional; de estos el 72,49 % (224 casos) corresponde a la semana epidemiológica 12. El 66,02 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Cali, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 18).

Tabla 18. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 12 de 2025

Entidad Territorial	Otras	SE 09	SE 10	SE 11	SE 12	Total
Bogotá D.C.	1	1	6	21	83	112
Antioquia	1	0	3	7	21	32
Cali	0	1	2	2	21	26
Valle del Cauca	0	0	1	1	16	18
Cundinamarca	2	1	0	2	11	16
Sucre	0	0	0	1	13	14
Cauca	0	0	0	0	14	14
Boyacá	0	0	0	2	11	13
Santander	0	0	0	4	4	8
Norte Santander	1	0	0	2	3	6
Barranquilla	1	0	1	1	3	6
Quindío	1	1	0	2	2	6
Tolima	0	0	1	2	2	5
Huila	1	0	0	1	2	4
Caldas	0	0	0	0	4	4
Córdoba	0	0	0	0	4	4
Atlántico	1	0	0	1	1	3
Guajira	1	0	1	0	1	3
Santa Marta	0	0	1	1	0	2
Caquetá	0	0	1	1	0	2
Cesar	0	0	0	1	1	2
Putumayo	0	0	0	0	2	2
Meta	0	0	0	0	1	1
Bolívar	0	0	0	1	0	1
Chocó	0	0	0	0	1	1
Arauca	0	0	0	0	1	1
Risaralda	0	0	0	0	1	1
Cartagena de indias	0	0	0	1	0	1
Nariño	0	0	0	0	1	1
Total	10	4	17	54	224	309

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

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 4 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 34 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 253 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá D.C., Boyacá, Cali, Cartagena de indias, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca y en municipios con más de 500 000

habitantes en Montería (Córdoba), Soacha (Cundinamarca) y Ibagué (Tolima).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 24 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el período observado, las muertes ocurrieron en Antioquia (tres casos), Bogotá D.C. (dos casos), y en Santander, Valle del Cauca y Cali, con un caso cada uno, sumando un total de ocho fallecimientos (tabla 19).

Tabla 19. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 12 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	24	10	8	Sin cambios
Antioquia	4	0	3	Aumento
Bogotá, D.C.	5	2	2	Sin cambios
Cauca	3	3	0	Disminución
La Guajira	1	0	0	Sin cambios
Meta	1	1	0	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	1	1	0	Sin cambios
Santander	1	0	1	Aumento
Tolima	1	1	0	Sin cambios
Valle del Cauca	1	0	1	Aumento
Cali	3	1	1	Sin cambios
Arauca	1	1	0	Sin cambios

SE: semana epidemiológica

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 12 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 12 de 2025 se notificaron 3 525 casos de dengue: 2 508 casos de esta semana y 1 017 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 47 559 casos, 29 412 (61,9 %) sin signos de alarma, 17 672 (37,2 %) con signos de alarma y 475 (1,0 %) de dengue grave.

El 55,7 % (26 471) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de indias, Santander, Antioquia, Meta, Córdoba, Tolima, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 20); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 08 a 11, 2025) el 51,8 % (7 814) de los casos se concentran en Norte de Santander, Meta, Santander, Valle del Cauca, Tolima, Antioquia y Cartagena.

Tabla 20. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

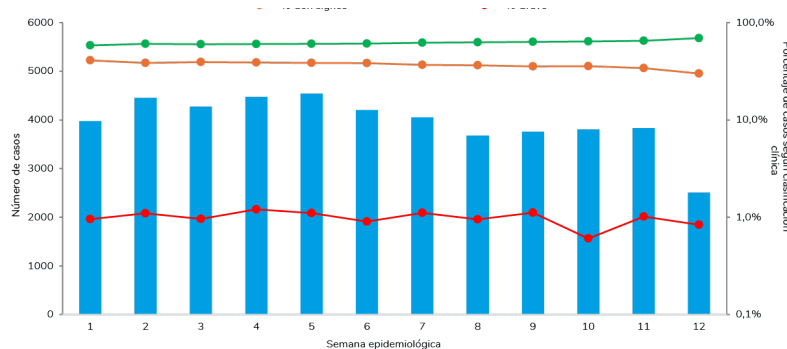
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 04-07 de 2025)	Observado (SE 08-11 de 2025)
Cartagena de Indias	4 072	24,5	1,1	1 864	866
Santander	3 127	31,3	0,8	1 150	1 081
Antioquia	3 070	34,9	1,0	1 179	889
Meta	2 895	39,7	0,9	976	1 118
Córdoba	2 813	44,1	0,4	1 146	736
Tolima	2 796	36,1	1,3	845	937
Norte de Santander	2 684	38,8	1,2	882	1 145
Valle del Cauca	2 570	25,8	0,4	812	968
Cundinamarca	2 444	37,5	0,6	845	697
Huila	2 105	33,3	2,2	696	797
Barranquilla	1 977	37,1	1,2	755	297
Atlántico	1 903	49,1	1,5	789	402
Putumayo	1 891	26,0	0,5	599	810
Cali	1 794	35,1	0,7	629	601
Sucre	1 506	59,4	0,9	576	447
La Guajira	1 335	61,2	1,7	524	308
Bolívar	1 330	41,3	0,9	533	406
Caquetá	1 005	43,3	1,6	351	379
Cesar	823	57,7	2,4	357	213
Arauca	792	37,5	1,4	263	303
Cauca	665	37,0	1,1	267	219
Risaralda	603	37,0	0,8	189	165
Quindío	552	26,8	0,2	183	170
Nariño	362	34,0	1,1	108	134
Boyacá	341	39,0	0,3	114	130
Guaviare	328	16,2	0,3	33	183
Casanare	307	35,2	0,0	95	147
Magdalena	270	61,5	1,5	91	96
Chocó	265	19,2	0,4	97	92
Caldas	211	43,1	0,0	76	74
Vichada	180	38,3	0,0	54	69
Santa Marta D.E.	170	55,9	1,2	65	47
Amazonas	116	33,6	0,0	36	48
Exterior	87	48,3	3,4	36	30
Buenaventura	64	40,6	1,6	27	21
Archipiélago de San Andrés y providencia	42	40,5	0,0	13	11
Guainía	33	45,5	0,0	10	20
Vaupés	31	19,4	3,2	5	22
Colombia	47 559	37,2	1,0	17 270	15 078

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

En el último periodo epidemiológico analizado (semanas epidemiológicas 08 a 11, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 04 a 07, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Casanare, Guaviare, Putumayo, Guainía y Vaupés; 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 21).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 12); 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 08 a 11, 2025) fueron: Atlántico, Cesar, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.E. y Sucre.

Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, SE 01 a 12, 2025

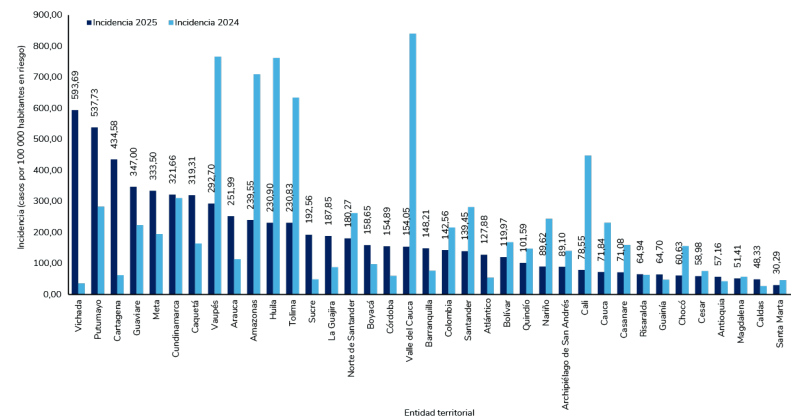


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

A semana epidemiológica 12 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 142,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 215,4 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Putumayo, Cartagena, Guaviare, Meta, Cundinamarca, Caquetá, Vaupés, Arauca, Amazonas y Huila presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 12 de 2025 registrando tasas superiores a 200 casos

por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 280,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2024 y 2025



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

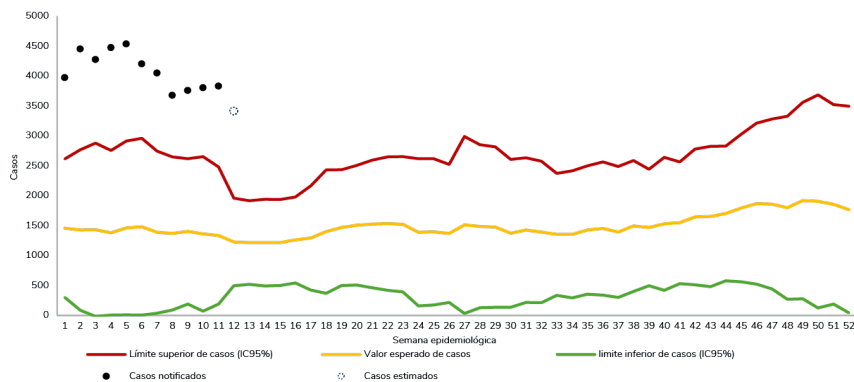
En la semana epidemiológica 12 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de -12,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 08 a 11, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 04 a 07, 2025) (figura 14).

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 29,7 % (11) se encuentran en situación de alerta y el 67,6 % (25) 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 21). 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 12 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 30,9 % (255) 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 70,2 % (40/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 22).

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2025



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

Tabla 21. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 12 de 2025

Situación epidemiológica a SE 12, 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,	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena de indias, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima, Vichada
Alerta	Cali, Guainía	Risaralda	Cesar, Magdalena, Santa Marta, Archipiélago San Andrés y providencia y Vaupés
Dentro de lo esperado	Amazonas	-	-

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

Tabla 22. 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 12 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada Casos por 100 000 habitantes	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	26,3	686	36,6	178
	Apartadó	121,4	160	26	60
	Bello	11,7	65	1,8	17
	Envigado	34,3	83	1	20
	Turbo	77,5	104	13,4	39
Atlántico	Barranquilla	150,7	1 977	129,4	297
	Malambo	133,5	192	21,8	55
	Soledad	177,9	1 217	45,6	229
Bolívar	Cartagena de indias	386,0	4 072	114,4	866
	Magangué	135,7	195	6,6	68
	Turbaco	167,6	195	14	55
Caldas	Manizales	2,4	11	1,4	4
Caquetá	Florencia	239,4	423	69,2	142
Cauca	Popayán	20,7	56	1,4	21
Cesar	Santander de Quilichao	110,6	127	8,8	43
Córdoba	Aguachica	184,7	227	36,4	58
	Montería	243,5	1 249	71,6	318
	Cereté	85,4	94	2,8	28
	Lorica	44,4	52	5,4	19
Cundinamarca	Sahagún	133,2	149	7,8	43
	Fusagasugá	272,8	451	4,6	118
Huila	Girardot	600,5	707	43,8	203
	Neiva	226,3	838	156	282
La Guajira	Pitalito	345,7	452	52	193
	Riohacha	182,3	382	68,8	121
Meta	Maicao	184,8	355	17	51
Norte de Santander	Villavicencio	226,5	1 155	197,6	444
	Cúcuta	213,4	1 629	168,4	723
	Ocaña	101,1	120	11	42
Quindío	Villa del Rosario	318,8	351	19,6	144
Risaralda	Armenia	81,6	255	8,2	78
	Pereira	62,0	301	11,8	86
Santander	Dosquebradas	75,4	164	3,2	39
	Bucaramanga	144,6	895	67	321
	Barrancabermeja	101,1	217	20,6	83
	Floridablanca	172,8	542	32,8	173
	Girón	174,7	306	25,2	100
Tolima	Piedecuesta	97,6	182	25,6	67
Valle del Cauca	Ibagué	180,9	984	145,4	355
	Jamundí	355,0	601	17,6	198

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

A semana epidemiológica 12 de 2025 se han notificado 113 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado 18 casos, se descartó 20 casos y se encuentran en estudio 75 casos; de las muertes en estudio tres casos proceden

del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,04 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 59 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 23).

Tabla 23. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 12, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 12, 2025	Letalidad por dengue a SE 12, 2024
	Confirmados	En estudio		
Exterior	1	2	1,15	0,81
Vichada	1	0	0,56	0,00
Risaralda	2	0	0,33	0,00
Arauca	1	1	0,13	0,00
Meta	3	0	0,10	0,06
Barranquilla	2	0	0,10	0,00
Córdoba	2	2	0,07	0,00
Cali	1	1	0,06	0,02
Atlántico	1	2	0,05	0,12
Cartagena de indias	2	3	0,05	0,00
Huila	1	3	0,05	0,04
Antioquia	1	9	0,03	0,20
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	0,16
Cauca	0	5	0,00	0,04
La Guajira	0	5	0,00	0,00
Cundinamarca	0	3	0,00	0,04
Caquetá	0	2	0,00	0,00
Norte de Santander	0	2	0,00	0,15
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,05
Buenaventura	0	1	0,00	0,87
Cesar	0	1	0,00	0,10
Guaviare	0	1	0,00	1,55
Putumayo	0	1	0,00	0,00
Colombia	17	73	0,04	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 12 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 endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

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

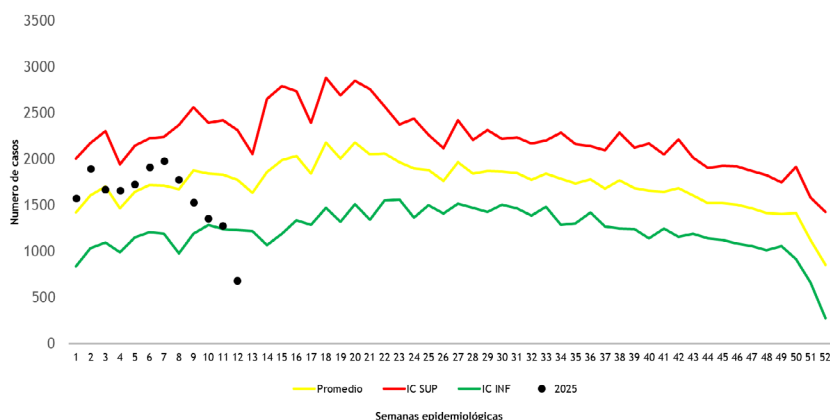
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

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 15).

Figura 15. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 12 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 12 de 2025 se notificaron 1 525 casos de malaria, para un acumulado de 19 160 casos, de los cuales 18 820 son de malaria no complicada y 340 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 65,9 % (12 633), seguido de *Plasmodium falciparum* con 33,0 % (6 318) e infección mixta con 1,1 % (209). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,0 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (29,0 %), Antioquia (14,2 %), Nariño (13,0 %), Córdoba (9,8 %), Vaupés (7,2 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,8 %), Bolívar (2,5 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,4 %), Amazonas (2,3 %), Buenaventura (2,2 %), Vichada (2,1 %) y Boyacá (1,7 %). 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 24.

Tabla 24. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 12 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	1 212	406	333	49,89
Córdoba	Tierralta	1 098	484	155	11,00
Chocó	Quibdó	1 070	388	248	7,40
Risaralda	Pueblo Rico	665	283	112	39,61
Antioquia	El Bagre	622	247	170	11,05
Nariño	Magüí	488	185	150	1,83
Nariño	Roberto Payán	485	141	131	36,39
Chocó	Bajo Baudó	459	188	104	13,53
Guainía	Inírida	449	158	131	11,84
Buenaventura	Buenaventura	411	158	118	1,27
Chocó	Tadó	403	146	104	6,88
Nariño	Barbacoas	400	171	80	6,83
Chocó	Lloró	391	156	93	36,85
Nariño	El Charco	360	172	125	15,48
Chocó	Medio San Juan	359	190	65	30,52
Vichada	Cumaribo	351	147	85	4,03
Córdoba	Puerto Libertador	342	139	55	7,53
Cauca	Timbiquí	337	137	81	11,99
Nariño	San Andrés de Tumaco	322	109	50	1,21
Chocó	El Cantón del San Pablo	316	101	147	45,76
Boyacá	Cubará	311	106	130	36,51
Antioquia	Nechí	292	97	93	10,47
Chocó	Alto Baudó	283	117	55	9,05
Chocó	Carmen del Darién	282	121	44	12,73
Cauca	Guapi	273	116	32	9,24
Amazonas	Tarapacá (CD)	265	111	51	60,57
Bolívar	Montecristo	258	102	54	14,04
Chocó	Istmina	242	103	59	7,16
Chocó	Bagadó	241	69	65	20,35
Chocó	Río Quito	220	96	63	24,02
Antioquia	Chigorodó	207	76	73	3,33
Antioquia	Turbo	199	56	100	1,48
Antioquia	Mutatá	188	81	40	12,50
Chocó	Medio Atrato	181	88	34	14,04
Nariño	Olaya Herrera	171	74	48	6,46

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 75,2 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 48,8 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Inírida, Quibdó, Tierralta, El Bagre, Pueblo Rico, Cumaribo y Puerto Libertador e incremento Cubará, El Cantón del San Pablo, Turbo, San José del Guaviare, Bagadó y Medio San Juan (tabla 25). Mientras que, 15 municipios aportan el 57,7 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Magüi, Timbiquí, Buenaventura, Tadó, Barbacoas, Bajo Baudó, Río Quito, Istmina y en incremento El Bagre, Nechí y La Tola como se muestra en la tabla 26.

Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 05 a 08 de 2025	Casos SE 09 a 12 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	392	314	-20%	9,3%
Guainía	Inírida	153	130	-15%	3,6%
Boyacá	Cubará	106	130	23%	2,5%
Chocó	Quibdó	226	128	-43%	4,5%
Córdoba	Tierralta	385	122	-68%	7,4%
Antioquia	El Bagre	199	114	-43%	3,8%
Risaralda	Pueblo Rico	241	100	-59%	4,6%
Chocó	El Cantón del San Pablo	44	96	118%	1,4%
Antioquia	Turbo	51	85	67%	1,4%
Vichada	Cumaribo	100	68	-32%	2,1%
Antioquia	Chigorodó	70	67	-4%	1,6%
Chocó	Lloró	62	62	0%	1,6%
Córdoba	Puerto Libertador	131	55	-58%	2,6%
Guaviare	San José del Guaviare	48	55	15%	1,1%
Chocó	Bagadó	50	55	10%	1,4%
Chocó	Medio San Juan	42	68	62%	1,4%

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

Tabla 26. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

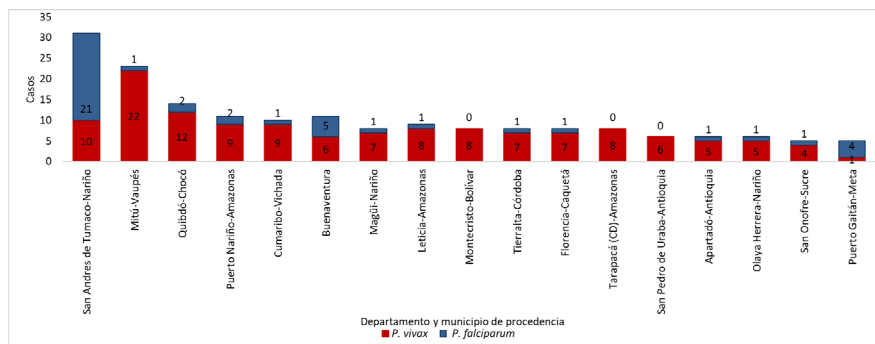
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 05 a 08 de 2025	Casos SE 09 a 12 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	163	116	-29%	5,3%
Chocó	Quibdó	152	115	-24%	7,9%
Nariño	Magüi	119	106	-11%	5,5%
Nariño	Roberto Payán	102	97	-5%	6,0%
Cauca	Timbiquí	135	81	-40%	5,3%
Buenaventura	Buenaventura	96	74	-23%	3,8%
Chocó	Tadó	77	61	-21%	3,5%
Nariño	Barbacoas	141	60	-57%	5,0%
Chocó	Bajo Baudó	91	57	-37%	3,6%
Antioquia	El Bagre	48	56	17%	2,3%
Chocó	El Cantón del San Pablo	56	51	-9%	2,3%
Chocó	Río Quito	49	38	-22%	1,9%
Antioquia	Nechí	36	38	6%	1,6%
Nariño	La Tola	15	36	140%	1,3%
Chocó	Istmina	53	33	-38%	2,3%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 12 de 2025 se han notificado 340 casos de malaria complicada, que proceden de 22 entidades territoriales y ocho casos procedentes del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Amazonas, Córdoba, Vaupés, Risaralda y Vichada notificaron el 74,4 % de los casos; en la figura 2 se muestran los municipios que aportan el 58,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional.

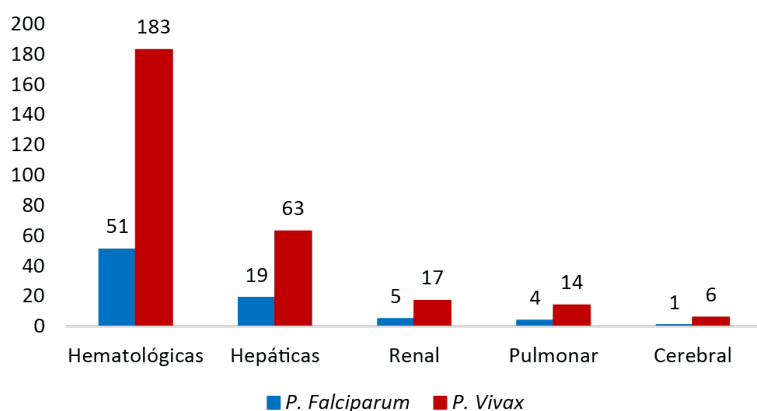
Figura 16. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum* el 64,5 % (234) presentaron complicaciones hematológicas; el 22,6 % (82) complicaciones hepáticas; el 6,1 % (22) complicaciones renales, el 5,0 % (18) complicaciones pulmonares y el 1,9 % (7) complicaciones cerebrales (figura 17).

Figura 17. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 12 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; ocho departamentos y 19 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 27) y seis departamentos y diez municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 28).

Tabla 27. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 12 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 12 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 12 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 09 A 12	Observado SE 09 A 12 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 235	169	338
Nariño	El Charco	5	361	93	125
Cauca	Timbiquí	5	338	52	81
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	318	78	147
Boyacá	Cubará	4	315	2	132
Antioquia	Nechí	5	292	23	93
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	273	23	54
Antioquia	Turbo	5	203	54	102
Arauca	Saravena	4	162	1	31
Caquetá	Florencia	4	127	1	49
Antioquia	Tarazá	4	113	12	52
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	94	1	24
Amazonas	Leticia	4	74	10	27
Chocó	Condoto	4	61	18	34
Chocó	El Carmen de Atrato	4	49	11	22
Bolívar	Arenal	4	36	8	12
Risaralda	Mistrató	4	35	11	9
Meta	Puerto Rico	4	31	4	11
Meta	Puerto Concordia	4	15	2	9

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

Tabla 28. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las a semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 12 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 12 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 09 A 12	Observado SE 09 A 12 de 2025
Antioquia	El Bagre	5	624	170	171
Cauca	López Micay	4	88	13	16
Chocó	Acandí	4	49	12	14
Meta	Puerto López	4	47	1	20
Vichada	Puerto Carreño	4	44	8	10
Bolívar	Arenal	4	25	7	12
Sucre	San Onofre	4	17	0	4
Bolívar	Achí	4	7	3	4
Chocó	San José del Palmar	4	6	2	4
Putumayo	Mocoa	4	5	0	2

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

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 12 de 2025, se han notificado 5 419 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 5 371 corresponden a residentes en Colombia y 48 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (13 de 2024 a 12 de 2025) es de 0,65 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual al aumento en 182 municipios a nivel nacional (16,2 %) y de disminución en 10 municipios (0,9 %) (tabla 29).

El 79,3 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 20,7 % como desnutrición aguda severa; el 6,9 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,2 %) y de 1 año (29,5 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,4 %.

Para la semana epidemiológica 12 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, Atlántico, Cali, Casanare, Guainía, Guaviare, Quindío, Santa Marta D.E., Sucre, y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 10 municipios (tabla 30).

Para más información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de 5 años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Tabla 29. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 12, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 12 de 2024	Casos a SE 12 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	6 037	5 371	0,65	16,2	0,9
La Guajira	638	415	2,39	13,3	0,0
Vichada	73	41	2,05	0,0	25,0
Chocó	322	259	1,75	19,4	0,0
Arauca	95	61	1,19	0,0	0,0
Guaviare	29	27	1,02	0,0	0,0
Magdalena	140	156	0,88	24,1	0,0
Vaupés	14	8	0,80	16,7	16,7
Risaralda	105	114	0,80	21,4	0,0
Cesar	202	238	0,79	20,0	4,0
Amazonas	14	14	0,75	18,2	0,0
Guainía	13	9	0,72	0,0	11,1
Casanare	85	56	0,72	0,0	0,0
Nariño	215	157	0,72	15,6	1,6
Antioquia	647	850	0,71	28,0	0,0
Buenaventura	58	52	0,65	0,0	0,0
Bolívar	131	127	0,65	24,4	2,2
Bogotá D.C.	915	746	0,63	0,0	0,0
Putumayo	47	54	0,62	7,7	0,0
Meta	128	99	0,61	13,8	0,0
Boyacá	133	129	0,61	13,0	0,0
Cartagena de indias	101	116	0,60	0,0	0,0
Tolima	138	88	0,58	12,8	0,0
Cundinamarca	371	282	0,56	7,8	0,0
Huila	150	124	0,56	10,8	0,0
Norte Santander	167	186	0,55	15,0	0,0
Caquetá	61	39	0,48	18,8	0,0
Sucre	60	106	0,47	42,3	0,0
Valle del cauca	133	145	0,45	27,5	0,0
Santander	162	148	0,43	18,4	0,0
Cali	145	159	0,42	100,0	0,0
Caldas	77	39	0,39	11,1	0,0
Córdoba	187	115	0,38	3,3	6,7
Santa Marta D.E.	23	33	0,38	100,0	0,0
Atlántico	105	49	0,37	4,5	0,0
Barranquilla	41	42	0,30	0,0	100,0
Cauca	82	77	0,29	14,3	0,0
Quindío	26	10	0,24	0,0	8,3
Archipiélago de San Andrés y providencia	4	1	0,17	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 13 de 2024 a SE 12 de 2025

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

Tabla 30. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	176	356
Chocó	Quibdó	22	52
Antioquia	Turbo	10	40
Santander	Barrancabermeja	15	34
Valle del Cauca	Palmira	18	30
Bolívar	Magangué	16	27
Santander	Girón	12	21
Sucre	Sincelejo	11	19
Antioquia	Rionegro	8	16
Valle del Cauca	Jamundí	9	16

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



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 26 marzo 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, Dolores y Ataco de Tolima. Este brote inicio en octubre de 2024, se han confirmado 44 casos de fiebre amarilla (43 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico); último caso reportado con inicio de síntomas del 18 de marzo de 2025. De los 44 casos, 36 son hombres, con edades entre 13 y 80 años y ocho son mujeres, con edades entre 11 y 89 años. Se han registrado 19 fallecidos para una letalidad preliminar del 43,18 %. 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 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

Brote de varicela en población de interés especial, Tolima, 25 de marzo de 2025

Se trata de brote de varicela en población militar. Brote detectado el 10 de marzo de 2025 con un caso y 10 expuestos para una tasa de ataque del 10 %, no se reportó hospitalizados, muertes ni población de alto riesgo. Fecha de inicio de exantema de último caso el 8 de marzo. Se han adelantado acciones como investigación epidemiológica de campo (IEC), aislamiento del caso y seguimiento a contactos, búsqueda activa comunitaria, educación sobre la enfermedad, acciones de limpieza y desinfección. Situación sujeta a cambios y en seguimiento por referente del evento.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 12 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

Brote mundial de Cólera. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 20 de marzo de 2025.

En el año 2025, hasta el 23 de febrero, se notificaron un total de 70 488 casos de cólera y 808 muertes a nivel mundial en tres regiones de la OMS. La región con el mayor número de casos notificados fue la Región de África (37 406 casos; 15 países), seguida de la Región del Mediterráneo Oriental (32 149 casos; seis países) y la Región de Asia Sudoriental (933 casos; cuatro países). Durante este período, se notificaron muertes por cólera en la Región de África (667) y la Región del Mediterráneo Oriental (141). No se notificaron muertes en la Región de Asia Sudoriental.

En febrero de 2025 (semanas epidemiológicas 5 a 8), se notificaron un total de 32 613 casos nuevos de cólera en 21 países, lo que representa una disminución del 14 % con respecto a enero de 2025: la mayoría de los casos fueron notificados por la Región de África. En el mismo período, también se registraron 459 muertes relacionadas con el cólera a nivel mundial, lo que representa un aumento del 32 % en comparación con enero de 2025. El mayor número de muertes se registró en la Región de África.

Los conflictos, los desplazamientos masivos, los desastres naturales y el cambio climático han intensificado los brotes, especialmente en zonas rurales y afectadas por inundaciones, donde la infraestructura deficiente y el acceso limitado a la atención médica retrasan el tratamiento. Estos factores transfronterizos han hecho que los brotes de cólera sean cada vez más complejos y difíciles de controlar.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Brote mundial de Cólera. Fecha de publicación: 20 de marzo de 2025. Fecha de consulta: 26 de marzo de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-cholera-outbreak--external-situation-report--24--20-march-2025>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12 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 12

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Defectos Congénitos			Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, 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 confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico		
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	16	0	0	124	25	34	0	0	0	39	26	17	3	1	0	0	0	0	8	1	4
Antioquia	150	8	9	4.832	1.292	1.436	30	2	7	1.071	95	312	329	103	115	241	34	58	791	319	271
Arauca	16	1	0	200	55	67	11	0	3	297	14	92	19	5	7	1	0	1	17	8	3
Atlántico	15	2	1	1.009	266	313	28	3	3	934	70	213	9	5	1	0	0	0	113	49	34
Barranquilla	3	0	0	1.083	237	371	23	3	1	733	78	113	22	6	5	4	1	0	141	54	51
Bogotá	1	0	0	5.869	1.676	1.967	0	0	0	0	0	0	1.003	147	293	30	9	10	908	289	310
Bolívar	56	3	5	783	209	249	12	3	3	549	66	154	36	9	12	1	0	0	55	27	21
Boyacá	17	1	0	1.732	452	547	1	0	0	133	17	50	155	33	41	1	0	0	98	41	33
Buenaventura	6	0	0	39	12	15	1	0	0	26	9	9	3	2	1	0	0	0	6	2	2
Caldas	14	0	3	977	272	318	0	0	0	91	10	33	15	7	8	2	0	0	112	45	36
Cali	1	0	0	1.262	406	389	12	6	5	629	326	183	124	50	39	34	12	8	221	85	59
Caquetá	53	3	6	256	84	72	16	2	6	435	86	162	14	8	0	1	0	0	23	11	7
Cartagena de Indias	4	0	1	481	129	148	44	3	7	996	52	206	35	14	9	1	0	1	59	31	24
Casanare	30	2	4	416	111	141	0	2	0	108	88	48	23	6	8	1	0	0	39	10	15
Cauca	24	2	3	1.253	427	366	7	1	3	246	30	84	70	28	19	11	1	0	59	31	21
Cesar	43	5	3	742	181	234	20	4	7	475	140	112	22	11	9	3	0	0	83	24	37
Chocó	50	3	7	69	11	24	1	1	0	51	9	14	32	5	7	0	0	0	5	2	1
Córdoba	46	5	4	1.209	360	386	10	2	3	1.240	77	305	52	27	18	2	0	0	139	50	51
Cundinamarca	15	2	0	3.521	969	1.123	14	2	5	917	105	245	276	41	83	4	2	0	257	91	90
Guainía	4	0	0	38	10	11	0	0	0	15	4	10	2	1	1	0	0	0	1	1	0
Guaviare	30	2	3	101	25	35	1	0	0	53	8	31	11	3	2	0	0	0	10	2	4
Huila	34	2	2	1.599	406	513	46	12	20	700	197	240	103	29	34	3	1	1	64	35	14
La Guajira	25	1	2	506	153	168	23	3	7	817	95	154	16	7	7	0	0	0	45	13	17
Magdalena	27	2	4	657	190	184	4	1	1	166	47	62	14	3	5	0	0	0	46	20	18
Meta	62	5	6	1.119	269	315	27	3	10	1.149	212	444	37	17	10	21	1	3	84	29	32
Nariño	21	2	2	1.796	493	615	4	1	0	123	16	42	73	20	16	2	1	0	144	56	66
Norte de Santander	68	7	2	1.562	376	534	33	2	12	1.041	147	432	93	26	33	9	8	2	135	50	49
Putumayo	45	3	7	458	113	138	10	1	4	491	65	210	18	8	5	0	0	0	31	7	8
Quindío	5	0	0	757	202	221	1	0	1	148	9	41	18	7	5	10	1	1	48	24	13
Risaralda	9	1	0	1.048	291	329	5	0	2	223	12	66	43	15	25	2	1	0	141	54	45
San Andrés	0	0	0	120	23	42	0	0	0	17	4	4	2	1	0	0	0	0	3	1	1
Santa Marta	5	0	0	556	119	206	2	1	0	95	24	24	9	2	1	0	0	0	45	17	16
Santander	50	3	8	1.966	482	640	26	2	12	979	143	325	51	20	16	40	2	10	184	70	76
Sucre	21	1	1	744	193	261	13	4	3	895	113	276	11	5	3	2	0	1	76	31	24
Tolima	35	1	2	1.680	447	519	35	4	8	1.009	245	328	47	18	11	1	1	1	98	43	28
Valle del Cauca	16	1	1	2.150	567	631	11	5	5	664	297	240	68	25	13	12	2	2	177	62	57
Vaupés	12	1	2	44	11	11	1	0	0	6	2	1	3	1	2	2	0	2	1	0	0
Vichada	7	1	1	59	19	14	0	0	0	69	2	30	5	2	2	0	0	0	1	1	0
Total nacional	1.036	71	89	42.817	11.563	13.587	472	73	138	17.630	2.940	5.312	2.866	721	866	441	77	101	4.468	1.687	1.538

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
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	7	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	0	0	0	2	0	1
Antioquia	139	74	50	2	1	0	2	10	1	18	9	6	160	82	54	64	13	13	249	113	81
Arauca	26	8	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	13	2	5	0	0	0	2	1	0
Atlántico	19	9	9	0	0	0	0	0	0	20	4	11	46	13	15	2	1	0	30	7	20
Barranquilla	29	13	11	1	2	1	0	0	0	20	5	11	63	12	21	2	0	0	79	25	33
Bogotá	57	18	13	1	1	0	4	0	0	29	10	11	251	64	100	57	25	34	544	177	228
Bolívar	25	9	6	1	1	0	1	0	0	11	3	1	26	15	10	36	1	36	27	30	4
Boyacá	41	16	10	0	1	0	0	1	0	1	1	1	18	6	4	8	5	2	11	7	4
Buenaventura	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	1	0
Caldas	34	17	13	0	0	0	0	0	0	4	2	2	16	5	9	20	2	8	22	27	8
Cali	19	16	10	0	0	0	1	1	0	8	2	2	61	23	11	1	2	0	36	51	11
Caquetá	16	13	5	0	0	0	0	0	0	3	1	0	10	3	4	1	0	1	7	3	2
Cartagena de Indias	16	8	4	0	0	0	1	0	0	2	2	0	23	8	6	0	0	0	5	28	3
Casanare	12	7	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	10	2	2	0	0	0	4	4	1
Cauca	64	27	21	0	1	0	0	0	0	6	2	2	25	11	4	1	1	1	9	7	5
Cesar	48	16	9	0	0	0	0	0	0	14	6	5	31	12	13	2	1	0	12	19	3
Chocó	14	4	8	0	2	0	0	0	0	2	0	0	7	2	0	0	0	0	1	2	0
Córdoba	56	22	15	0	1	0	2	1	0	21	5	9	51	20	16	4	1	1	91	34	19
Cundinamarca	63	30	19	0	1	0	1	0	1	12	4	3	61	17	22	10	13	4	86	24	28
Guainía	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0
Guaviare	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	0	1	0	1	14	3	2
Huila	76	34	26	0	0	0	0	0	0	4	2	1	25	11	14	4	4	4	25	19	8
La Guajira	20	8	4	0	0	0	0	0	0	6	2	6	21	9	10	8	0	3	2	2	1
Magdalena	26	9	9	0	0	0	0	0	0	5	3	1	19	8	7	0	0	0	3	4	2
Meta	52	21	21	0	0	0	0	0	0	8	3	1	39	11	15	3	1	1	35	18	11
Nariño	107	35	31	0	0	0	1	0	0	9	3	2	53	20	18	1	3	0	33	19	10
Norte de Santander	83	26	30	0	0	0	1	0	0	8	4	2	47	14	15	7	2	4	30	9	15
Putumayo	46	21	13	0	0	0	0	0	0	7	1	0	24	8	8	2	1	0	4	4	1
Quindío	21	9	7	0	0	0	0	0	0	1	1	0	15	10	2	6	1	0	23	21	5
Risaralda	38	20	16	2	0	1	9	0	9	1	2	0	45	16	18	7	11	1	24	15	9
San Andrés	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	3
Santa Marta	23	4	3	0	0	0	0	0	0	4	1	1	10	4	2	0	6	0	11	4	5
Santander	79	22	13	1	0	0	0	0	0	10	4	6	34	18	12	3	3	1	21	11	9
Sucre	20	8	4	0	0	0	0	0	0	7	3	1	25	9	9	1	2	1	4	4	0
Tolima	76	25	21	3	0	2	0	0	0	8	3	2	15	9	6	4	10	3	21	11	12
Valle del Cauca	68	27	13	4	1	0	0	0	0	9	0	1	46	15	19	0	1	0	160	22	46
Vaupés	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Total nacional	1.434	582	424	15	15	4	23	14	11	261	89	88	1.306	461	455	255	111	119	1.631	727	590

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12

Decremento
Incremento

	IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad Materna Externa			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Casos sospechosos, Casos probables y 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		
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	0	0	0	0	455	98	102	1	0	1	20	9	20	1.121	548	510	21	8	9
Antioquia	14	6	7	62	9	23	2.720	874	809	62	27	41	490	483	490	234.456	70.042	85.781	10.780	2.538	3.833
Arauca	9	3	2	1	1	1	192	2	45	5	2	5	14	20	14	5.803	2.235	2.537	815	97	365
Atlántico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5	3	132	156	132	34.656	9.844	12.675	656	194	248
Barranquilla	3	1	1	1	1	1	0	0	0	12	8	11	171	241	171	52.239	15.085	18.578	2.863	291	1.043
Bogotá	5	1	1	87	1	37	0	0	0	57	32	43	852	728	852	427.395	127.590	193.927	17.279	5.738	7.244
Bolívar	1	0	0	0	1	0	464	88	118	4	6	4	110	135	110	30.388	10.579	11.336	594	205	245
Boyacá	0	0	0	1	0	1	315	0	132	10	4	6	103	87	103	33.001	10.168	13.445	1.565	445	636
Buenaventura	0	0	0	2	1	2	422	133	120	1	0	0	21	22	21	1.605	1.078	604	20	0	11
Caldas	10	4	1	1	7	1	4	3	0	8	2	5	94	84	94	23.132	7.882	7.667	793	272	229
Calí	19	7	4	31	6	15	7	1	1	19	14	13	283	216	283	67.537	22.777	24.001	1.529	586	675
Caquetá	1	0	1	0	0	0	162	7	52	5	3	4	32	34	32	6.790	3.487	2.574	392	142	130
Cartagena de Indias	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7	4	5	181	153	181	49.607	15.509	19.259	3.271	280	1.265
Casanare	0	0	0	0	0	0	4	3	0	3	1	2	49	40	49	5.135	2.175	2.024	82	48	25
Cauca	4	1	2	1	1	1	714	267	132	10	4	5	160	142	160	30.901	10.281	11.095	1.129	251	453
Cesar	2	1	1	0	1	0	4	2	2	5	2	4	138	115	138	30.354	9.546	12.838	1.512	553	593
Chocó	2	0	2	0	0	0	5.516	2.454	1.419	5	3	3	33	41	33	9.305	1.678	3.236	513	151	234
Córdoba	1	0	0	1	6	1	1.856	877	297	7	4	4	174	144	174	51.261	12.650	19.194	1.911	407	523
Cundinamarca	2	1	0	0	1	0	0	0	0	18	12	9	356	254	356	92.854	26.835	39.993	3.186	850	1.173
Guainía	0	0	0	0	0	0	473	288	136	0	0	0	2	3	2	481	158	192	19	19	7
Guaviare	1	0	0	0	1	0	272	126	82	0	0	0	5	4	5	1.387	607	537	53	34	13
Huila	2	1	0	1	0	0	0	0	0	5	4	4	121	123	121	25.942	10.941	10.696	1.374	423	546
La Guajira	2	0	3	0	1	1	20	4	5	1	0	0	196	182	196	53.767	12.091	20.798	523	518	170
Magdalena	1	1	0	0	1	0	2	2	0	1	0	0	89	96	89	27.534	7.708	10.370	1.075	153	312
Meta	0	1	0	8	7	8	169	44	76	6	3	5	77	41	77	17.876	6.052	7.365	759	168	219
Nariño	4	1	4	0	5	0	2.510	1.126	661	10	6	8	245	159	245	35.698	14.581	11.762	1.815	493	625
Norte de Santander	0	0	0	3	0	3	156	194	40	15	9	7	114	78	114	43.502	14.021	16.051	1.965	818	615
Putumayo	1	1	0	1	0	1	18	4	2	3	2	3	56	48	56	7.467	2.540	2.719	281	136	114
Quindío	2	0	0	2	1	2	0	3	0	2	1	2	19	15	19	16.142	6.046	5.345	763	252	251
Risaralda	0	0	0	1	1	1	744	270	126	5	4	4	82	82	82	32.942	7.915	11.087	1.366	293	469
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	2.286	843	1.176	191	56	97
Santa Marta	2	1	0	0	1	0	0	0	0	3	2	1	62	71	62	16.910	2.741	6.985	711	161	241
Santander	2	1	1	0	2	0	5	1	1	18	7	12	162	109	162	54.471	13.181	20.355	3.804	929	1.301
Sucre	0	0	1	0	0	0	29	5	10	3	2	2	76	84	76	20.617	7.689	7.818	1.484	400	575
Tolima	7	3	2	5	2	5	0	0	0	6	4	3	129	117	129	36.290	12.163	12.864	2.403	418	734
Valle del Cauca	17	4	5	5	3	5	42	3	11	21	7	13	150	121	150	42.642	11.908	15.244	828	250	289
Vaupés	0	0	0	0	0	0	1.374	163	369	3	1	3	4	2	4	688	209	389	8	7	4
Vichada	0	0	0	0	0	0	412	145	99	0	2	0	8	10	8	862	322	446	4	3	4
Total nacional	116	35	38	214	28	83	19.063	7.222	4.847	347	187	235	5.012	4.450	5.012	1.625.044	491.705	643.473	68.337	18.587	25.520

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico		
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	0	0	0	1.258	454	497	6	5	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	1.451	855	961	91.682	35.750	26.207	140	208	140	1	3	0	167	60	57	7	2	0	372	37	118
Arauca	10	7	6	2.013	683	699	5	20	5	0	0	0	11	2	5	1	0	1	2	1	1
Atlántico	487	128	320	17.547	4.124	5.575	29	64	29	1	1	0	16	6	8	0	0	0	3	1	0
Barranquilla	551	225	327	21.743	6.148	6.186	34	72	34	1	1	0	35	8	9	0	0	0	7	2	2
Bogotá	1.853	1.350	1.259	234.028	75.647	75.337	160	195	160	2	3	0	305	97	118	151	2	17	168	73	118
Bolívar	120	115	82	7.449	3.077	2.308	40	52	40	0	1	0	17	3	3	1	0	0	1	2	0
Boyacá	113	62	67	14.712	5.262	5.227	21	38	21	0	1	0	43	13	18	6	0	0	7	3	2
Buenaventura	4	3	3	758	491	282	16	20	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	345	112	210	7.546	3.235	2.629	23	27	23	0	0	0	19	6	6	0	0	0	7	2	1
Cali	181	65	122	24.578	13.739	7.965	50	71	50	0	1	0	41	21	10	0	1	0	3	4	1
Caquetá	9	9	4	3.603	1.743	1.071	12	19	12	0	0	0	7	3	3	0	0	0	1	2	0
Cartagena de Indias	418	198	243	15.068	4.121	4.433	33	64	33	2	1	0	11	7	4	0	0	0	0	1	0
Casanare	2	11	1	2.880	1.248	898	12	18	12	0	0	0	6	2	1	2	0	0	0	1	0
Cauca	133	61	94	11.528	4.949	3.098	38	65	38	1	1	0	17	8	1	0	0	0	10	2	9
Cesar	117	51	68	6.934	4.274	1.927	43	66	43	2	1	0	11	5	3	0	1	0	0	1	0
Chocó	1	10	0	3.184	1.145	1.167	24	46	24	0	0	0	3	0	0	1	0	0	66	4	46
Córdoba	314	247	207	16.706	4.615	4.450	42	97	42	1	1	1	33	11	7	1	1	0	2	1	0
Cundinamarca	358	397	255	46.138	14.711	15.123	85	98	85	5	2	0	101	29	27	56	1	6	35	17	13
Guainía	0	0	0	282	155	111	3	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	20	6	10	744	307	219	4	3	4	0	0	0	4	0	1	1	0	0	0	0	0
Huila	134	68	83	13.223	4.368	3.856	27	47	27	1	1	0	37	15	11	1	0	0	21	4	4
La Guajira	88	54	68	9.065	4.286	2.650	44	99	44	0	1	0	6	3	1	0	1	0	0	6	0
Magdalena	42	12	31	9.053	3.451	3.353	26	38	26	0	1	0	7	1	4	0	0	0	1	1	0
Meta	55	75	39	13.076	4.505	4.690	39	40	39	2	1	0	18	6	6	3	0	0	10	1	5
Nariño	46	36	27	13.630	7.388	3.840	44	53	44	2	1	1	36	12	17	1	0	0	13	9	6
Norte de Santander	162	162	111	15.423	5.523	4.360	34	58	34	2	1	1	47	16	16	1	1	0	3	4	2
Putumayo	6	5	5	2.930	1.327	889	8	14	8	0	0	0	9	5	2	0	0	0	2	1	1
Quindío	109	64	76	7.144	3.314	1.937	8	16	8	0	0	0	4	3	2	0	0	0	1	1	1
Risaralda	97	48	66	9.761	4.886	3.329	18	28	18	2	0	0	11	5	2	0	0	0	4	1	3
San Andrés	0	0	0	814	299	205	4	3	4	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0
Santa Marta	214	130	146	5.304	1.314	1.320	9	21	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0
Santander	528	392	351	23.046	7.900	7.038	37	56	37	0	1	0	23	7	5	0	1	0	10	7	3
Sucre	353	211	213	5.629	2.704	1.588	20	48	20	1	1	0	21	6	8	0	0	0	13	6	3
Tolima	96	45	58	17.986	6.063	5.699	24	38	24	0	1	0	11	6	6	3	0	0	1	4	0
Valle del Cauca	200	74	134	17.368	7.315	5.341	31	51	31	0	1	0	36	11	10	0	0	0	3	2	1
Vaupés	0	0	0	420	93	200	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0
Vichada	0	0	0	289	124	128	8	10	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	8.617	5.280	5.647	694.542	248.947	241.608	1.201	1.874	1.201	27	26	3	1.118	394	373	238	15	24	767	207	340

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12

Decremento
Incremento

	Varicela			Covid 19			Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica. Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	17	4	11	6	3	0	117	153
Antioquia	482	187	159	250	89	129	4.801	3.666
Arauca	49	8	12	3	1	2	255	294
Atlántico	127	48	54	38	14	22	525	553
Barranquilla	156	36	48	75	32	38	488	574
Bogotá	970	391	324	735	205	454	5.978	6.690
Bolívar	127	33	61	6	2	4	513	510
Boyacá	145	51	46	77	19	42	863	987
Buenaventura	8	3	3	3	2	0	88	78
Caldas	124	32	34	14	2	7	645	660
Cali	197	103	65	258	91	134	1.733	1.506
Caquetá	49	17	23	7	3	4	243	206
Cartagena de Indias	96	34	33	8	2	6	283	320
Casanare	32	23	16	0	0	0	173	202
Cauca	97	28	49	98	22	53	684	688
Cesar	54	26	21	5	0	4	456	477
Chocó	14	3	8	7	3	3	84	117
Córdoba	204	69	87	26	5	18	808	683
Cundinamarca	453	154	164	118	43	64	2.672	3.176
Guainía	3	0	2	0	0	0	39	20
Guaviare	19	5	6	1	0	1	74	75
Huila	121	49	62	27	10	15	1.426	1.446
La Guajira	53	42	23	7	2	4	264	309
Magdalena	58	18	26	5	5	0	307	348
Meta	97	34	22	11	3	3	492	504
Nariño	144	90	57	28	8	11	860	1.078
Norte de Santander	184	79	76	19	6	9	825	869
Putumayo	29	12	10	25	5	18	281	336
Quindío	73	35	30	22	5	12	574	491
Risaralda	128	45	43	12	3	6	816	809
San Andrés	3	2	1	0	0	0	37	67
Santa Marta	37	7	12	8	3	4	142	159
Santander	113	73	25	33	8	19	1.390	1.400
Sucre	102	38	31	53	11	39	430	426
Tolima	210	55	112	21	6	13	604	672
Valle del Cauca	200	80	73	107	26	72	1.492	1.561
Vaupés	2	1	1	0	0	0	44	77
Vichada	4	5	1	1	0	1	49	52
Total nacional	4.981	1.947	1.831	2.114	639	1.211	31.556	32.239

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12

Decremento
Incremento

	Cáncer en menores de 18 años		Chagas agudo		Chagas crónico		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio/Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		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	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	12	14	0	0	0	0
Antioquia	52	48	0	0	0	0	0	0	426	850	0	0	0	1
Arauca	3	2	0	0	0	0	0	0	70	61	0	0	0	0
Atlántico	8	2	0	0	0	0	0	0	80	49	0	0	0	0
Barranquilla	10	7	0	0	0	0	0	0	43	42	0	0	0	0
Bogotá	79	55	0	0	0	0	0	0	844	746	0	0	0	0
Bolívar	10	7	0	0	0	0	0	0	92	127	0	0	0	0
Boyacá	11	11	1	0	0	1	0	0	124	129	0	0	0	0
Buenaventura	2	1	0	0	0	0	0	0	27	52	0	0	0	0
Caldas	4	1	0	0	0	0	0	0	41	39	0	0	0	0
Cali	18	9	0	0	0	0	1	0	117	159	0	0	0	0
Caquetá	3	7	0	0	0	0	0	0	54	39	0	0	0	0
Cartagena de Indias	12	7	0	0	0	0	0	0	49	116	0	0	0	0
Casanare	6	3	4	0	6	6	0	0	84	56	0	0	0	1
Cauca	11	8	0	0	0	0	0	1	69	77	0	0	0	0
Cesar	7	4	1	0	1	2	0	0	155	238	0	0	0	0
Chocó	3	2	0	0	0	0	0	0	180	259	0	0	0	0
Córdoba	15	9	0	0	0	0	0	0	156	115	0	0	0	0
Cundinamarca	27	19	0	0	0	1	0	0	301	282	0	0	0	1
Guainía	0	1	0	0	0	0	0	0	15	9	0	0	0	0
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	34	27	0	0	0	0
Huila	12	13	0	0	0	0	0	0	112	124	0	0	0	0
La Guajira	7	3	0	0	0	0	0	0	414	415	0	0	0	0
Magdalena	6	5	0	0	0	1	0	0	134	156	0	0	0	0
Meta	15	5	0	0	0	1	0	0	101	99	0	0	0	0
Nariño	14	4	0	0	0	0	0	0	164	157	0	0	0	0
Norte de Santander	13	16	0	0	0	0	0	0	171	186	0	0	0	0
Putumayo	4	1	0	0	0	0	0	0	51	54	0	0	1	0
Quindío	3	4	0	0	0	0	0	0	25	10	0	0	0	0
Risaralda	7	8	0	0	0	0	0	0	93	114	0	0	0	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0
Santa Marta	3	3	0	0	0	0	0	0	21	33	0	0	0	0
Santander	27	8	1	1	1	5	0	0	114	148	0	0	0	0
Sucre	6	7	1	0	0	2	0	0	54	106	0	0	0	0
Tolima	12	11	0	0	0	0	0	0	92	88	0	0	0	0
Valle del Cauca	13	6	0	0	0	0	1	0	94	145	0	0	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	23	8	0	0	0	0
Vichada	2	0	0	0	0	0	0	0	63	41	0	0	0	0
Total nacional	426	297	8	1	8	19	2	1	4.702	5.371	0	0	3	3

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12

Decremento
Incremento

	Hepatitis B, C y B-D		Enfermedades huérfanas		Fiebre amarilla		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Lepra	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica; Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica; Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	1	1	0	1	0	11	18	3	3	0	0	0	0
Antioquia	115	155	833	809	0	0	1.233	1.171	332	188	7	2	2	3
Arauca	2	5	5	8	0	0	41	49	6	2	0	0	1	1
Atlántico	17	13	26	31	0	0	196	192	0	0	0	0	2	2
Barranquilla	29	20	51	41	0	0	202	212	0	0	2	7	1	1
Bogotá	102	240	659	671	0	0	1.093	1.159	0	0	2	0	4	4
Bolívar	8	8	30	30	0	0	125	108	114	62	1	0	3	5
Boyacá	8	15	71	99	0	0	224	231	32	55	0	0	1	0
Buenaventura	3	1	11	11	0	0	24	20	3	3	1	0	0	0
Caldas	14	15	83	86	0	0	279	219	54	40	1	0	1	0
Cañ	50	54	271	206	0	0	395	402	0	0	1	0	7	3
Caquetá	5	4	8	10	0	0	57	48	70	40	1	7	1	0
Cartagena de Indias	5	10	81	129	0	0	133	105	1	0	1	2	1	1
Casanare	4	12	10	16	0	0	62	78	1	0	0	0	1	1
Cauca	12	21	68	79	0	1	204	170	14	16	0	0	2	2
Cesar	15	18	25	24	0	0	148	136	24	54	1	0	5	6
Chocó	11	18	15	23	0	0	29	31	71	38	1	0	0	0
Córdoba	18	24	48	48	0	0	228	256	45	27	1	2	1	1
Cundinamarca	34	41	135	176	0	0	481	542	48	22	1	0	1	1
Guainía	1	0	1	1	0	0	7	7	3	3	0	0	0	0
Guaviare	9	17	2	1	0	0	14	17	110	22	1	1	0	0
Huila	11	18	40	61	0	0	195	139	3	1	1	1	6	4
La Guajira	7	18	9	12	0	0	57	75	9	4	0	1	0	2
Magdalena	9	8	8	9	0	0	80	81	2	0	0	1	3	1
Meta	4	19	24	30	0	0	163	137	63	13	1	0	2	5
Nariño	19	27	57	52	0	0	319	334	71	33	0	1	1	0
Norte de Santander	34	63	87	62	0	0	224	267	64	24	0	1	3	6
Putumayo	8	9	7	9	1	1	74	66	66	38	0	3	0	0
Quindío	12	16	41	36	0	0	128	114	0	0	1	1	1	1
Risaralda	16	24	75	64	0	0	279	258	22	46	4	3	0	0
San Andrés	0	0	2	2	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0
Santa Marta	6	8	10	8	0	0	62	67	2	0	2	1	1	3
Santander	20	54	102	124	0	0	338	353	183	121	1	1	8	8
Sucre	9	7	17	17	0	0	114	103	30	13	1	0	0	0
Tolima	16	36	58	70	0	31	282	225	74	32	8	10	3	1
Valle del Cauca	15	33	119	152	0	0	307	298	4	1	5	2	7	6
Vaupés	2	10	1	4	0	0	13	17	14	0	0	2	0	0
Vichada	1	5	1	0	0	0	5	5	11	2	0	0	0	0
Total nacional	654	1.047	3.094	3.211	2	33	7.832	7.715	1.550	903	37	49	76	68

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 12

Decremento
Incremento

	Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Antioquia	4	4	3	0	8	12	4	0	32	44	37	28
Arauca	1	0	1	0	0	2	1	0	1	4	10	9
Atlántico	2	0	0	0	1	1	1	0	7	2	12	4
Barranquilla	1	2	0	1	1	2	0	0	6	8	20	6
Bogotá	6	3	0	1	8	2	0	1	37	92	34	15
Bolívar	3	1	0	0	2	2	1	2	6	1	10	6
Boyacá	1	0	0	1	1	2	0	0	6	1	7	7
Buenaventura	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	5	4
Caldas	1	0	0	0	0	1	0	0	5	1	4	6
Cali	2	1	0	0	1	1	0	0	11	15	9	3
Caquetá	1	1	0	0	1	1	1	1	2	0	2	4
Cartagena de Indias	2	0	0	0	1	1	0	1	5	6	20	8
Casanare	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2	8	9
Cauca	3	0	1	1	2	0	0	2	7	5	6	4
Cesar	3	3	2	2	3	2	4	2	6	6	9	5
Chocó	3	3	6	6	9	13	10	10	3	1	13	8
Córdoba	4	2	1	1	3	1	1	4	9	4	10	4
Cundinamarca	3	2	0	0	1	4	0	0	17	7	15	14
Guainía	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1
Guaviare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Huila	2	1	0	0	1	0	1	0	6	3	2	3
La Guajira	5	5	7	7	6	6	14	8	5	0	15	9
Magdalena	2	0	0	1	2	2	5	3	4	0	7	6
Meta	3	0	1	1	2	1	0	1	5	1	11	9
Nariño	3	1	0	0	2	5	1	0	8	2	3	4
Norte de Santander	3	1	0	0	2	0	3	1	8	6	19	15
Putumayo	0	0	0	0	1	1	1	0	2	2	1	1
Quindío	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1	2	0
Risaralda	2	2	3	3	2	4	3	0	4	1	6	7
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	2
Santander	1	2	1	0	1	0	0	1	11	2	16	13
Sucre	1	0	0	0	1	3	0	0	5	8	6	5
Tolima	3	1	1	1	4	2	0	0	6	2	12	8
Valle del Cauca	1	2	1	1	3	7	2	1	9	17	8	10
Vaupés	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Vichada	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	1	2
Total nacional	64	40	33	29	80	80	65	42	242	244	333	241

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 12

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tétanos neonatal		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica, 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 confirmados por clínica, 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 confirmados por laboratorio	Casos confirmados por laboratorio
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	6	0	0	0	0	17	17	0	0	4	7
Antioquia	282	320	0	0	1	0	836	1.121	26	33	687	623
Arauca	41	57	0	0	0	0	34	30	1	0	27	26
Atlántico	81	95	0	0	0	0	91	135	4	4	114	100
Barranquilla	104	68	0	0	0	0	173	202	4	8	177	149
Bogotá	221	208	0	0	0	0	346	352	10	3	924	830
Bolívar	64	80	0	0	0	0	33	54	1	0	66	48
Boyacá	21	19	0	0	0	0	34	48	1	0	48	48
Buenaventura	34	25	0	0	0	0	43	48	1	0	39	32
Caldas	32	47	0	0	0	0	74	67	1	0	80	61
Cali	112	133	0	1	0	0	359	335	13	13	316	334
Caquetá	21	33	0	0	0	0	52	71	1	0	26	17
Cartagena de Indias	65	109	0	1	0	0	86	109	1	3	208	109
Casanare	30	37	0	1	0	0	34	47	0	3	42	23
Cauca	49	36	0	0	0	0	57	72	1	0	89	71
Cesar	89	80	0	0	0	0	85	110	0	0	102	99
Chocó	60	60	0	0	1	1	44	67	1	1	26	18
Córdoba	75	60	1	0	0	0	55	69	1	4	160	158
Cundinamarca	85	117	0	0	0	0	123	146	3	2	229	199
Guainía	3	2	0	0	0	0	1	3	0	0	2	2
Guaviare	7	4	0	0	0	0	12	13	0	0	11	10
Huila	36	30	0	0	0	0	77	121	2	2	89	109
La Guajira	88	92	0	0	0	0	112	162	2	1	78	71
Magdalena	58	61	0	0	0	0	31	46	1	2	50	45
Meta	57	75	0	0	0	0	147	187	5	5	87	67
Nariño	60	60	0	0	0	0	45	36	1	1	93	71
Norte de Santander	115	131	0	0	0	0	160	205	3	3	161	125
Putumayo	23	27	0	1	0	0	21	30	1	0	27	22
Quindío	23	31	0	0	0	0	60	68	1	0	91	59
Risaralda	39	49	0	0	0	0	151	187	6	3	119	126
San Andrés	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	6	2
Santa Marta	27	32	0	0	0	0	51	79	1	0	87	60
Santander	99	117	0	0	0	0	197	357	6	5	167	182
Sucre	54	46	1	0	0	0	21	27	0	0	70	46
Tolima	38	36	0	0	0	0	115	206	3	4	112	131
Valle del Cauca	67	97	0	0	0	0	168	195	4	7	166	165
Vaupés	0	2	0	0	0	0	3	5	0	0	2	1
Vichada	9	11	0	0	0	0	10	4	0	0	6	3
Total nacional	2.390	2.497	8	4	2	1	3.962	5.034	105	107	4.788	4.249



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 12
16 al 22 de marzo de 2025

TEMA CENTRAL Tuberculosis

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: Decy Magnolia Gonzalez Ruge, Paola Pulido Dominguez. **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, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctora de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.12>