



## Vigilancia en Salud Pública de la Población Procedente del Exterior en Colombia

Colombia realiza la vigilancia en salud pública en la población procedente del exterior, convirtiéndose en una estrategia epidemiológica nacional de vanguardia, orientada y diseñada para responder eficazmente a situaciones emergentes a nivel global, históricamente, se identifican entre 75 y 125 casos diarios en individuos provenientes de otros países que ingresan a Colombia.

Semana epidemiológica

14

30 de marzo al 05 de abril de 2025

# BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

	Pág.
 <b>Tema central</b> Vigilancia en Salud Pública de la Población Procedente del Exterior en Colombia	<b>3</b>
 <b>Situación nacional</b>	<b>8</b>
 <b>Mortalidad</b>	<b>11</b>
 <b>Eventos trazadores</b>	<b>18</b>
 <b>Brotes y alertas</b>	<b>34</b>
 <b>Tablas de mando por departamento</b>	<b>37</b>



## TEMA CENTRAL

### Vigilancia en Salud Pública de la Población Procedente del Exterior en Colombia

Carlos Alberto Hernández Londoño, [chernandez@ins.gov.co](mailto:chernandez@ins.gov.co)

## Introducción

La complejidad inherente a los escenarios migratorios trasciende las esferas individuales, generando amplias repercusiones sociales, económicas, políticas y, de manera crucial, en la salud pública. Este último ámbito abarca no solo las enfermedades que afectan individualmente a las personas, sino también las necesidades de salud colectiva, lo que se traduce en un elevado consumo de servicios sanitarios, crisis recurrentes y emergencias de salud pública. En Colombia, el Instituto Nacional de Salud ha mantenido una vigilancia especial desde 2017, realizando un seguimiento epidemiológico exhaustivo de las situaciones vinculadas a la migración. (1)

El análisis de las dinámicas de movilidad humana, basado en las tendencias elaboradas por Migración Colombia, revela patrones significativos en el flujo de personas hacia el país. Históricamente, los periodos comprendidos entre julio y septiembre han concentrado el mayor tránsito poblacional dentro del territorio. En 2023, se registró un promedio superior a los 70 mil ingresos al país bajo esta condición, mientras que para 2024 se observó una reducción del 58% en estos flujos durante los mismos meses. Ante estas dinámicas, la vigilancia activa en los puntos de entrada y en las zonas de tránsito se erige como una estrategia fundamental para la identificación y mitigación temprana de cualquier riesgo sanitario asociado a estos movimientos poblacionales. (2)

La propuesta de vigilancia para esta población de interés especial se fundamenta en el análisis de las bases de datos de vigilancia basada en indicadores. Este análisis considera variables de clasificación geográfica por procedencia y residencia, así como aquellas relacionadas con las nacionalidades, siempre vinculadas a las geografías de notificación, que actúan como puntos focales para orientar los análisis según las variables mencionadas. En conjunto con la vigilancia basada en eventos y la vigilancia comunitaria implementada por el Instituto Nacional de Salud, se proporciona información valiosa sobre el comportamiento de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) a las partes interesadas y a los tomadores de decisión a nivel nacional y territorial en Colombia. (3)

## Metodología

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, utilizando datos secundarios agregados correspondientes al periodo comprendido entre 2017

y 2024 para el orden de importación y 2019 a 2024 para nacionalidades extranjeras. Este diseño permitió analizar las tendencias de los eventos de interés en salud pública (EISP) en la población procedente del exterior. Las fuentes del estudio se constituyeron por todos los casos de EISP notificados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y la integración de otras fuentes de información resultado de los seguimientos del sistema de alerta temprana (SAT) del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) en Salud Pública colombiano en donde reposan los seguimientos de la vigilancia basada en eventos.

**Análisis Descriptivo:** Se calcularon frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y dispersión para describir las características de los EISP en la población de estudio.

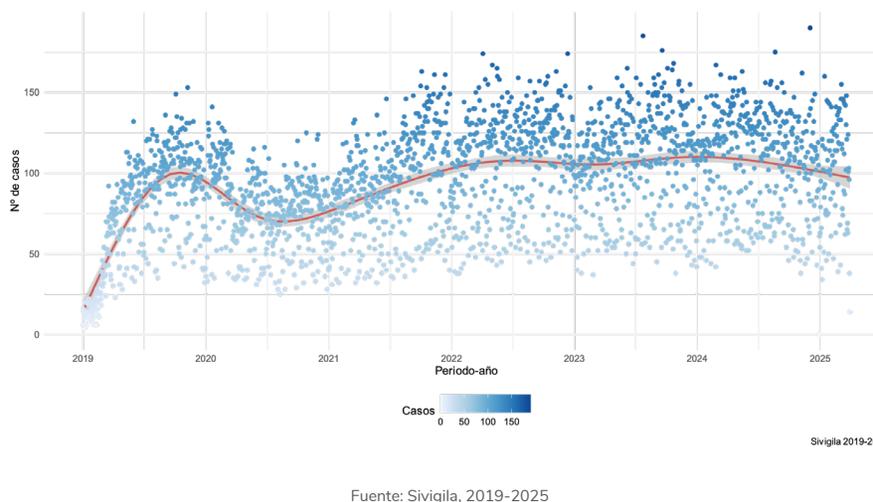
**Análisis de Tendencias Temporales:** Se utilizaron gráficos de líneas y análisis comportamientos estadísticos para identificar las tendencias anuales de los principales EISP en las diferentes categorías de población extranjera (casos importados, casos en residentes extranjeros).

**Análisis Comparativo:** Se compararon los perfiles de los EISP entre los casos importados y los ocurridos en población extranjera residente, así como entre diferentes nacionalidades y grupos de edad.

## Resultados

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional (Sivigila) demostró una notable capacidad para la detección de situaciones potencialmente riesgosas para la salud pública al captar más de 214 mil casos de eventos de interés en salud pública (EISP) en individuos con nacionalidades distintas a la colombiana desde 2019, según la variable de nacionalidad. Este sistema permitió la caracterización de las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en esta población, diferenciándolas según sus condiciones de migración (figura 1).

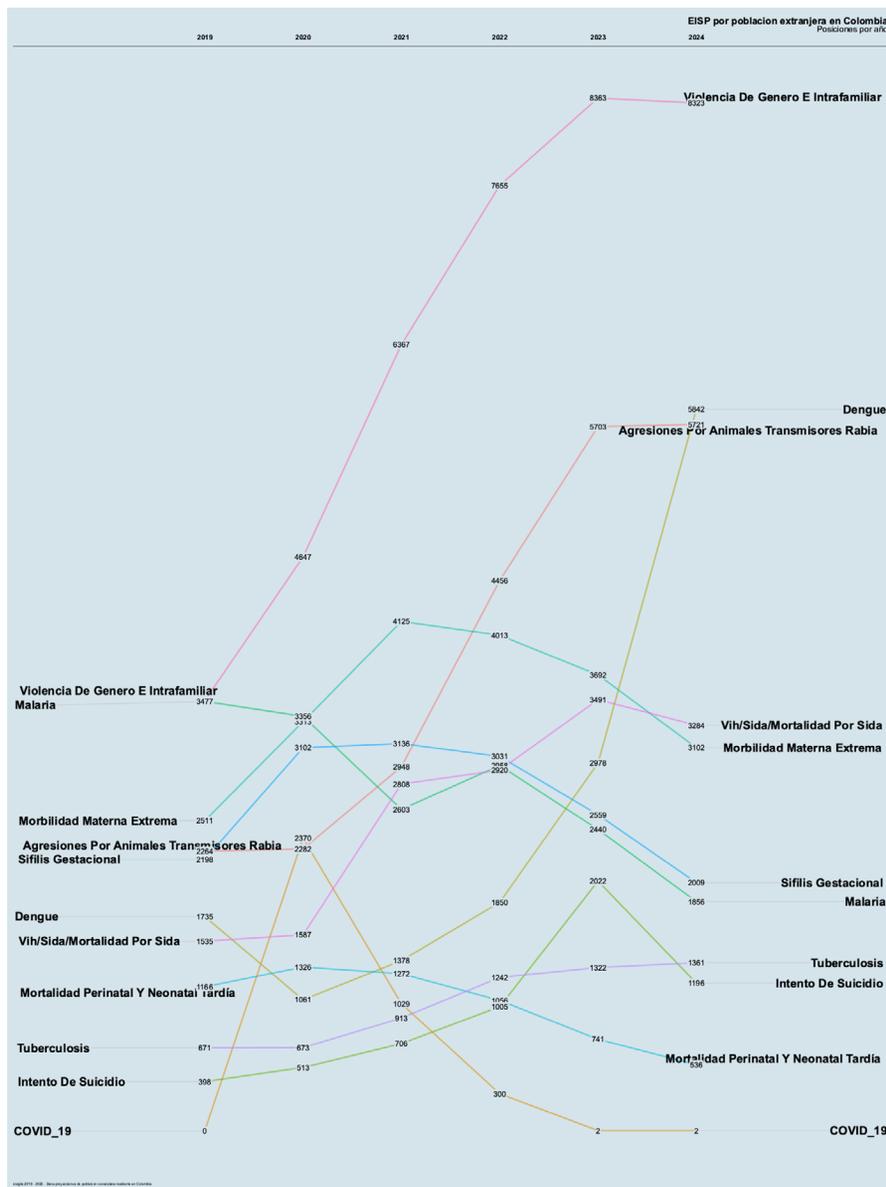
Figura 1. Curva de casos notificados por la variable nacionalidad distinta a Colombia, Colombia, 2019 a 2024



En la serie temporal comprendida entre 2019 y 2024, las variaciones anuales mostraron un comportamiento positivo hasta 2023. La variación registrada entre 2024 y 2023 se situó en torno al -0,11%. Históricamente, se notificaron diariamente entre 75 y 125 casos en extranjeros en Colombia, con una proporción de 17 casos de nacionalidad venezolana por cada caso de otra nacionalidad diferente a la colombiana.

En las tendencias por eventos, la Violencia de Género e Intrafamiliar fue el evento que exhibió el incremento más pronunciado hacia el año 2024. El Dengue y las Agresiones por Animales Transmisores de Rabia también presentaron una tendencia ascendente notable en los últimos años. Por otra parte, eventos como la Malaria, la Morbilidad Materna Extrema, la Sífilis Gestacional, el VIH/Sida y la Tuberculosis mostraron fluctuaciones a lo largo de los años, sin una tendencia claramente definida al alza o a la baja al final del periodo. La COVID-19, presente en los registros más recientes, mostró una disminución significativa hacia el año 2024 (figura 2).

Figura 2. Posiciones por Eventos de Interés en Salud Pública por la variable nacionalidad distinta a Colombia, Colombia, 2019 a 2024

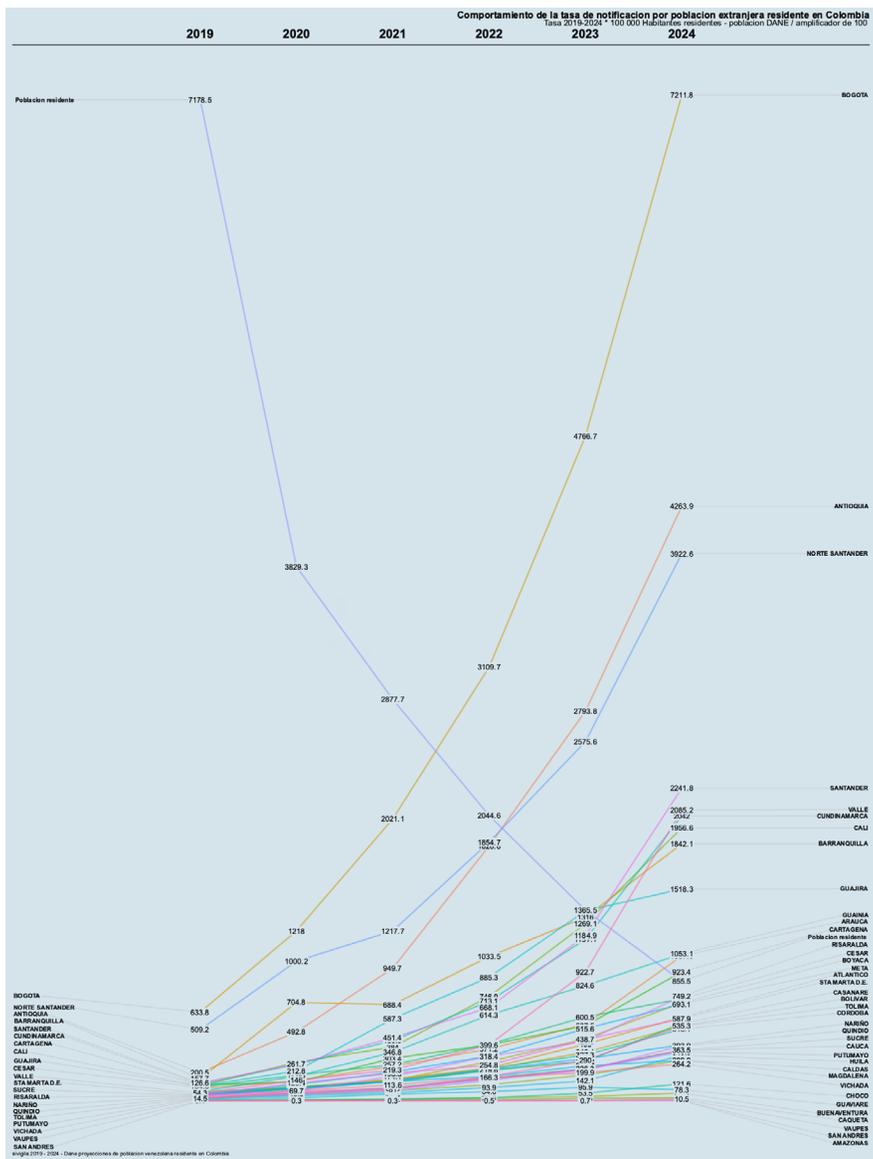


Fuente: Sivigila, 2019-2024

Desde el inicio de las observaciones en 2019 por entidades territoriales, Bogotá D.C., Norte de Santander, Antioquia y Barranquilla D.E. ocuparon los primeros lugares en la tasa de notificación de EISP por cada 100 000 residentes extranjeros en Colombia. La tasa para estas entidades territoriales se encontró en un rango desde los 200 casos por cada 100 000 hasta un máximo de 633,8. Hacia 2024, Bogotá D.C. continuó con la tasa más importante dentro de la serie, seguido de Antioquia, que tomó el segundo lugar a nivel nacional, y Norte de Santander, con tasas para estos territorios entre los 3 922 y 7 211 casos por cada 100 000 residentes extranjeros (figura 3).



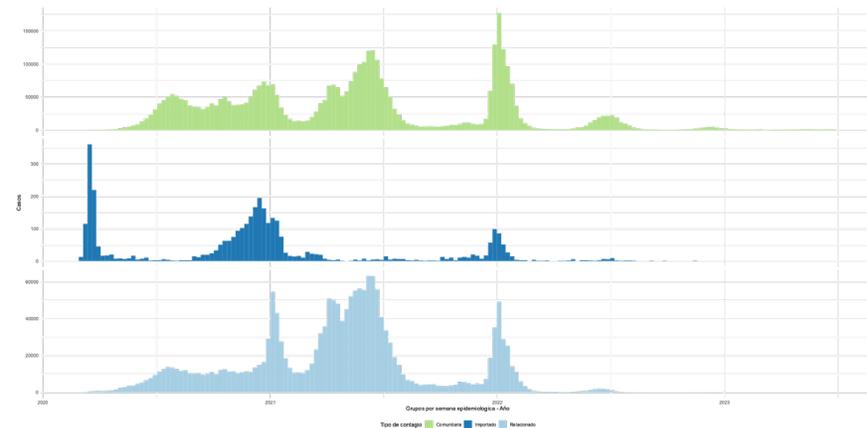
Figura 3. Comportamiento de la tasa de notificación por población venezolana residente en Colombia 2019 a 2024 - Tasa 2019-2024 \* 100 000 habitantes residentes - población DANE / amplificador de 100



Fuente: Sivigila, 2019-2024

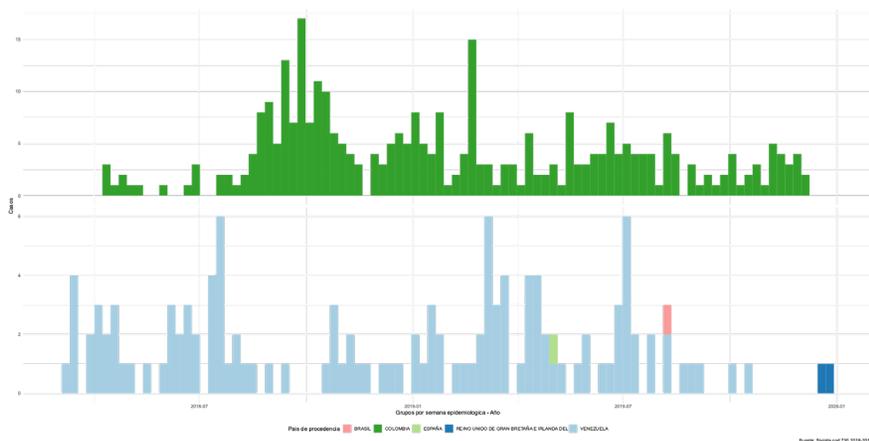
Como parte de los análisis de las condiciones de importación de enfermedades, los escenarios de COVID-19 en 2020 a 2023 y Sarampión en 2018 a 2019 mostraron un panel ejemplificado de la forma de ingreso de enfermedades emergentes y reemergentes al territorio nacional. En el escenario de COVID-19, se censaron más de tres mil casos con fuente de contagio importada y una relación de 749 casos de otras fuentes por cada caso con fuente importada. En sarampión, en el periodo 2018-2019, se evidenció otra línea generada desde la importación de casos; dentro de las frecuencias por nacionalidad, se registraron poco más de 200 casos con procedencia venezolana y una relación 1 a 1 entre casos con otra nacionalidad y casos con nacionalidad colombiana (figura 4 y 5).

Figura 4. Curva epidemiológica de COVID-19 por tipo de contagio, Colombia 2019 a 2025



Fuente: Sivigila 2019-2025

Figura 5. Curva epidemiológica de Sarampión por país de procedencia, Colombia 2018 a 2019



Fuente: Sivigila 2019-2025

## Conclusiones

- La identificación del riesgo en los escenarios de migración es fundamental para una vigilancia en salud pública efectiva de la población procedente del exterior. Esta identificación, que considera factores como flujos recurrentes, crisis humanitarias y perfiles de residencia, soportan el análisis de riesgo y nutren las estrategias de vigilancia (basada en eventos, indicadores y comunidad) las cuales forman parte de los insumos de toma de decisiones.
- Se observa una tendencia general al aumento en la notificación de varios eventos de interés en salud pública (EISP) en la población extranjera residente en Colombia entre 2019 y 2024. Específicamente, eventos como la violencia de género e intrafamiliar y el dengue muestran un incremento notable a lo largo del período analizado.
- Si bien la tendencia general anual de la notificación de EISP muestra un incremento hasta 2023 y una ligera disminución en 2024, el análisis mensual revela fluctuaciones significativas dentro de cada año. Esta dinámica subraya la importancia de una vigilancia continua y detallada a nivel mensual para comprender mejor el comportamiento de los diferentes EISP y poder implementar medidas de salud pública oportunas

y focalizadas en los momentos de mayor riesgo.

- La comparación de las curvas epidemiológicas de COVID-19 y sarampión ilustra de manera contundente la significativa amenaza que representa la introducción y propagación de enfermedades nuevas o reemergentes, especialmente en poblaciones vulnerables o con bajas coberturas de vacunación.
- La rápida y extensa diseminación del COVID-19, evidenciada por sus múltiples y pronunciadas olas epidémicas, demuestra el potencial de una enfermedad nueva para desbordar los sistemas de salud y generar un impacto. Por otro lado, la curva de sarampión, aunque con una escala diferente, muestra cómo una enfermedad reemergente, impulsada por la importación de casos y la posible existencia de susceptibles, puede generar brotes significativos y sostenidos en el tiempo.
- Ambos escenarios subrayan la crucial importancia de sistemas de vigilancia robustos, capacidades de detección temprana y respuestas de salud pública ágiles y coordinadas para mitigar el impacto de estas amenazas y proteger la salud de la población.

## Recomendaciones

- Ante las alertas internacionales de reemergencia de EISP

Fortalecer y divulgar los planes de contingencia y respuesta rápida específicos para la atención de brotes o emergencias en salud. Estos planes deben incluir la coordinación intersectorial, la garantía de acceso a servicios de salud, la disposición de recursos adecuados y la adaptación de las rutas de atención a las necesidades particulares. La simulación de escenarios y la capacitación del personal de salud en el manejo de estas situaciones son acciones preparatorias clave

## Referencias

1. Migración Colombia. Flujos Migratorios - 2025. Tableau Public. Available from: <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/FlujosMigratorios-2025/Inicio>.

2. Migración Colombia. Migración irregular en tránsito. Tableau Public. Available from: <https://public.tableau.com/app/profile/migracion.colombia/viz/MigracionIrregularEnTransito/MigracionIrregularEnTrnsito>.
3. Comprensión del Movimiento Poblacional /Angélica María Rojas, Lorena Mesa Melgarejo, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz. Bogotá, D. C., Colombia: Instituto Nacional de Salud. Available from: <https://www.ins.gov.co/Noticias/ImagenesBanner/ABECE-GESTION-DEL-RIESGO-COLECTIVO/etapa4/Transversal%20comprension%20del%20movimiento%20poblacional.pdf>



## SITUACIÓN NACIONAL

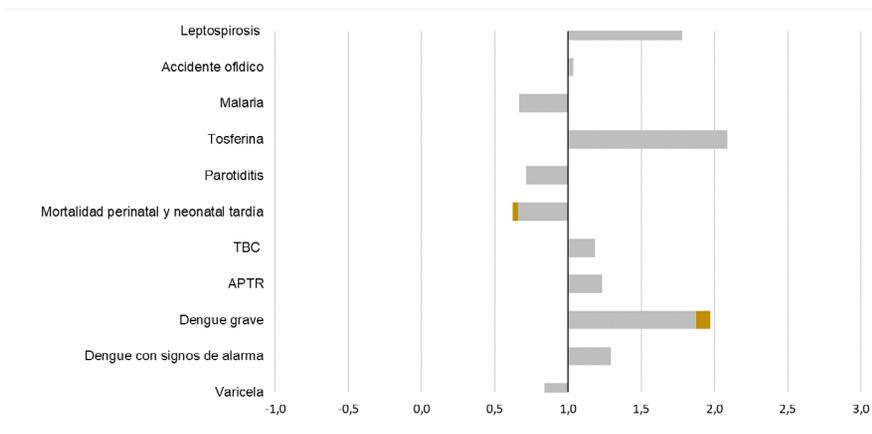
### Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 14 de 2025, se identificó que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado mientras que el evento dengue grave y tos ferina se ubicó por encima de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 6)

**Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 14 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 1).

**Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 14 de 2025.**

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	49 752	40 853	1,17	0,24

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 14 de 2025, el evento de leishmaniasis cutánea se encuentra por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 2).

**Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025**

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	14	118	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	3	0,15
Mortalidad por dengue	6	4	0,08
Lepra	5	7	0,14
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,17
Chikunguña	0	2	0,09
Zika	1	3	0,17

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

## Cumplimiento en la notificación

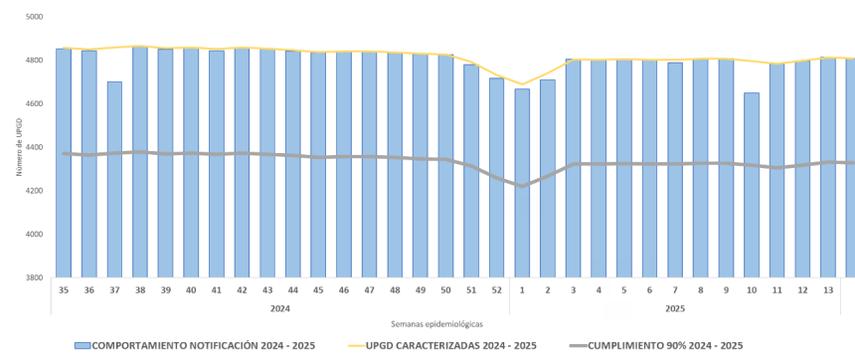
Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

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

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

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 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 14 de 2025



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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 14 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 a la semana 14 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% (4 809/ 4 809); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 2,0 % comparado con la semana epidemiológica 14 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). Por lo anterior, el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 14 de 2025 no se presentó a nivel nacional.

## Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

### Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis<sup>1</sup>.

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 distribución de probabilidades de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de  $p < 0,05$ , que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

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

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

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://url.liss.gov.co/9135q>



# MORTALIDAD

A semana epidemiológica (SE) 14 de 2025, se han notificado 199 muertes probables en menores de cinco años: 113 por infección respiratoria aguda (IRA), 52 por desnutrición (DNT) aguda y 34 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 14 de 2025 se han notificado 194 fallecimientos (111 por IRA, 50 por DNT y 33 por EDA); de estos, 37 casos han sido confirmados, 13 han sido descartados y 144 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

**Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a SE 14 2024-2025**

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 14 2025			Casos en estudio a SE 14 2025			Tasa a SE 14 2024			Tasa a SE 14 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	9	19	9	37	84	23	1,98	2,53	1,65	0,25	0,53	0,25
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	0	14	0	1,89	2,60	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 D.E.	0	1	1	0	2	0	0,00	1,14	0,00	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	2	1	0,00	0,65	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	0	0	1	1	0	0,00	3,94	0,98	1,01	0,00	0,00
Boyacá	0	0	1	0	3	0	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	1,20
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	2	0	2,89	0,00	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	5	2	0,00	1,41	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	2,70	5,39	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	0	0	0	0,00	1,29	1,29	1,33	1,33	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	3	2	1	0,00	1,78	0,00	0,00	0,00	0,00
Cesar	2	0	0	1	2	2	0,83	1,66	1,66	1,69	0,00	0,00
Chocó	3	8	4	7	6	3	20,90	27,87	50,52	5,26	14,01	7,01
Córdoba	0	0	0	4	1	1	3,99	1,33	0,67	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0	0	5	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	2,02	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	0	0	8	7	7	9,13	6,39	5,48	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	4	3	1	6,01	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Meta	0	0	0	1	2	1	0,00	2,43	1,21	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	1	0	0	7	0	0,84	1,69	0,00	0,00	0,86	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	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	3	3	1	2	0	10,47	5,24	1,75	0,00	5,39	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.T.	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	1	0	0,67	2,01	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	4	0	1,49	2,98	0,74	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	0	0	0	2	30,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	1	0	0	3	1	0	21,61	7,20	7,20	7,21	0,00	0,00

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

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

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 111 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 19 confirmadas, ocho descartadas y 84 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 14 fueron 92, para una tasa de mortalidad de 2,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la SE 14 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Bogotá D.C., Santiago de Cali D.E., Chocó, Cundinamarca, Nariño y Risaralda y a nivel municipal, en San Andrés de Tumaco D.E.. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Parainfluenza* tipo 3, *Rhinovirus* y *SARS-CoV2* (tabla 4).

**Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 14, 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	4	2	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	2	2	1	0	8	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	2	4	1	0	11	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	2	0	2	1	5	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>54</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

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

## Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 50 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, nueve fueron confirmadas, cuatro descartadas y 37 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 14 fue de 72, para una tasa de mortalidad de 2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la SE 14 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y Risaralda. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro

del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 33 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*), ocho confirmadas por clínica y 24 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 14 fue de 60 para una tasa de mortalidad de 1,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la SE 14 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y a nivel municipal, en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad materna

### Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones<sup>1</sup>:

**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 temprana<sup>2</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/INSP.028779>

En la semana epidemiológica 14 de 2025 se notificaron al Sivigila cuatro casos, dos muertes maternas tempranas y dos muertes maternas tardías; para un total acumulado de 47 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 43 residen en territorio colombiano y cuatro residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

De acuerdo con el análisis de los casos, para esta semana epidemiológica se ajusta a una muerte materna país de residencia extranjero.

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 14, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	79	41	18	138
2023	69	36	18	123
2024p	60	42	19	121
2025p	43	26	6	75

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 22 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; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Nechí (Antioquia), Maní (Casanare), Agustín Codazzi (Cesar), Belén de Bajirá (Chocó), Acevedo (Huila), El molino (La Guajira) y San Bernardo (Nariño) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 14 de 2025, el 58,1 % corresponden a causas directas y el 25,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 16,3 % (tabla 8).

**Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2024 – 2025**

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 14	Acumulado de casos a SE 14	
		2024	2025
<b>Colombia</b>	<b>74</b>	<b>60</b>	<b>43</b>
La Guajira	6	4	5
Antioquia	6	4	4
Bogotá D.C.	7	7	4
Cesar	3	6	4
Chocó	4	4	3
Barranquilla D.E.	2	2	2
Córdoba	4	4	2
Cundinamarca	3	4	2
Nariño	3	2	2
Risaralda	2	0	2
Santander	1	1	2
Bolívar	3	3	1
Santiago de Cali D.E.	2	2	1
Caquetá	1	0	1
Casanare	1	1	1
Guainía	0	0	1
Huila	2	4	1
Meta	3	2	1
Norte de Santander	3	3	1
Tolima	3	0	1
Valle del Cauca	2	1	1
Vichada	1	0	1
Atlántico	2	1	0
Boyacá	1	2	0
Caldas	1	1	0
Cauca	3	1	0
Santa Marta D.T.	2	1	0

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

**Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 - 2024 a SE 14	Valor observado SE 14
<b>Colombia</b>	<b>74</b>	<b>43</b>
Dibulla (La Guajira)	0	2
Nechi (Antioquia)	0	1
Maní (Casanare)	0	1
Agustín Codazzi (Cesar)	0	1
Belén de Bajirá (Chocó)	0	1
Acevedo (Huila)	0	1
El molino (La Guajira)	0	1
San Bernardo (Nariño)	0	1

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

**Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025**

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 14	Número de casos y proporción a SE 14 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
<b>Colombia</b>	<b>65</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
<b>DIRECTA</b>	<b>44</b>	<b>49</b>	<b>71,0</b>	<b>39</b>	<b>65,0</b>	<b>25</b>	<b>58,1</b>
Hemorragia obstétrica	10	7	10,1	13	21,7	7	16,3
Sepsis obstétrica	6	9	13,0	3	5,0	6	14,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	15	15	21,7	15	25,0	4	9,3
Evento tromboembólico como causa básica	6	8	11,6	3	5,0	4	9,3
Embarazo ectópico	4	5	7,2	2	3,3	2	4,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	2,9	1	1,7	2	4,7
Embolia de líquido amniótico	1	2	2,9	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,7	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,7	0	0,0
<b>INDIRECTA</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>29,0</b>	<b>20</b>	<b>33,3</b>	<b>11</b>	<b>25,6</b>
Otras causas indirectas: neumonía	3	3	4,3	2	3,3	3	7,0
Otras causas indirectas	10	12	17,4	8	13,3	2	4,7
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	4,7
Sepsis no obstétrica	4	3	4,3	4	6,7	1	2,3
Otras causas indirectas: cáncer	3	2	2,9	3	5,0	1	2,3
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	3,3	1	2,3
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	1,7	1	2,3
<b>En estudio</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>	<b>7</b>	<b>16,3</b>

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 vida<sup>1</sup>. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las entidades territoriales con baja frecuencia ( $n \leq 30$  acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ( $n > 30$  acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup> 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/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Mortalidad%20perinatal.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf)

<sup>2</sup> 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/ficd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf\\_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/ficd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.)

Cali D.E., Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santa Marta D.T., Sucre, Tolima y Valle del Cauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Bosconia (Cesar), Aguazul (Casanare), Timbiquí (Cauca), El Santuario (Antioquia), Altos del Rosario (Bolívar), Riosucio (Caldas), Melgar (Tolima), La Primavera (Vichada) y Buritica (Antioquia) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 46,4 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,0 %, neonatales tardías con 17,3 % y fetales intraparto con 9,3 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfisia y causas relacionadas con un 26,7 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 14,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,4 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 14 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 14 de 2025 se han notificado 1 429 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 415 corresponden a residentes en Colombia y catorce residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (182), Antioquia (170), Cundinamarca (95), Santiago de Cali D.E. (62) y Nariño (55). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 a 2024, con corte a semana epidemiológica 14 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Boyacá, Buenaventura D.E., Santiago de

**Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2024 y 2025**

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 14	Acumulado de casos a SE 14	
		2024	2025
<b>Colombia</b>	<b>2 179</b>	<b>1 636</b>	<b>1 415</b>
Bogotá, D.C.	230	186	182
Antioquia	249	176	170
Cundinamarca	112	97	95
Santiago de Cali D.E.	82	71	62
Nariño	62	54	55
Cesar	76	46	54
La Guajira	114	77	53
Córdoba	111	79	50
Bolívar	59	32	47
Santander	66	42	46
Cartagena de Indias D.T.	72	53	45
Barranquilla D.E.	85	44	43
Meta	47	39	43
Cauca	77	55	42
Norte de Santander	66	53	37
Valle del Cauca	59	44	36
Atlántico	72	58	33
Huila	53	39	33
Magdalena	46	36	29
Tolima	43	31	29
Sucre	57	42	28
Chocó	54	53	27
Boyacá	41	40	25
Caldas	30	23	25
Risaralda	34	27	19
Buenaventura D.E.	24	17	18
Casanare	22	14	14
Caquetá	22	14	13
Putumayo	17	17	10
Quindío	19	18	9
Santa Marta D.T.	25	15	9
Vichada	11	11	9
Amazonas	5	4	6
Arauca	21	13	5
Guainía	6	3	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	5	5
Guaviare	3	1	4
Vaupés	4	7	0

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

**Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 14 2020 - 2024	Valor observado a SE 14 de 2025	Semanas continuas en incremento
<b>Colombia</b>	<b>2 179</b>	<b>1 415</b>	-
Bosconia (Cesar)	4	7	9
Aguazul (Casanare)	1	5	10
Timbiquí (Cauca)	2	5	8
El Santuario (Antioquia)	1	4	12
Altos del Rosario (Bolívar)	1	4	1
Riosucio (Caldas)	1	4	3
Melgar (Tolima)	1	4	1
La Primavera (Vichada)	0	3	7
Buriticá (Antioquia)	0	2	2

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

**Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 14, 2023-2025**

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 14, 2023 -2025					
	2023 a SE 14	(%)	2024 a SE 14	(%)	2025 a SE 14	(%)
<b>Colombia</b>	<b>2 129</b>	<b>100,0</b>	<b>1 636</b>	<b>100,0</b>	<b>1 415</b>	<b>100,0</b>
Asfixia y causas relacionadas	531	24,9	391	23,9	378	26,7
Prematuridad-inmadurez	382	17,9	243	14,9	211	14,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	329	15,5	242	14,8	176	12,4
Sin información	4	0,2	81	5,0	136	9,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	256	12,0	197	12,0	116	8,2
Infecciones	175	8,2	131	8,0	108	7,6
Malformación congénita	193	9,1	133	8,1	105	7,4
Otras causas de muerte	139	6,5	109	6,7	79	5,6
Causas no específicas	40	1,9	51	3,1	69	4,9
Trastornos cardiovasculares	51	2,4	46	2,8	25	1,8
Lesión de causa externa	23	1,1	7	0,4	8	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	6	0,3	5	0,3	4	0,3

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 14 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 J22<sup>1</sup>.

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

<sup>1</sup> 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](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 hospitalización en sala general, hospitalización UCI en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM); sin embargo no son estadísticamente significativas en comparación con el periodo anterior (tabla 12).



# EVENTOS TRAZADORES

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 07 a SE 10 2025	SE 11 a SE 14 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	586 103	643 087	9,72%	
Hospitalización en sala general	23 387	27 777	18,77%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 755	2 961	7,48%	

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

## Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 14 de 2025 se notificaron 162 295 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Bogotá D.C., Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T., Santander, Vaupés y Vichada. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D.E.. Las 24 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 (11 a 14 de 2025) en 39 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2025.

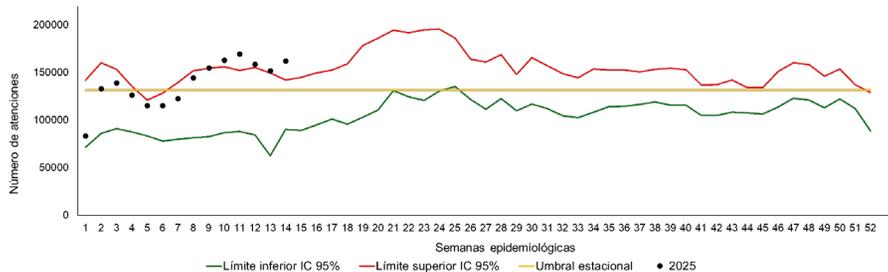
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	19 017	20 852	3 507	8 409
Atlántico	Soledad	22 882	23 134	5 645	7 291
Antioquia	Itagüí	20 597	24 719	3 907	7 253
La Guajira	Maicao	14 881	17 977	2 732	5 678
Cundinamarca	Chía	15 068	15 858	3 120	5 575
Antioquia	Bello	18 829	17 717	2 733	4 877
La Guajira	Uribia	15 527	13 402	1 728	4 433
Antioquia	Rionegro	7 785	10 610	1 536	3 275
Santander	Barrancabermeja D.E.	4 567	8 257	612	2 851
Antioquia	Envigado	6 551	7 576	1 207	2 763
Bolívar	Magangué	3 949	5 524	701	2 611
Valle del Cauca	Palmira	6 954	8 813	1 416	2 546
Risaralda	Dosquebradas	6 945	8 560	1 071	2 461
Cundinamarca	Girardot	4 615	6 121	1 219	2 399
Santander	Floridablanca	5 869	6 785	945	2 263
Córdoba	Sahagún	6 274	7 051	1 392	2 220
Cundinamarca	Zipaquirá	4 815	5 886	1 389	1 985
Boyacá	Duitama	6 535	6 070	1 412	1 920
Magdalena	Ciénaga	5 886	6 325	971	1 754
Boyacá	Sogamoso	3 670	4 816	978	1 739
Cundinamarca	Facatativá	5 398	5 375	1 557	1 721
Huila	Pitalito	2 722	3 897	259	1 716
Cundinamarca	Funza	3 142	4 732	851	1 671
Antioquia	Apartadó	4 358	4 433	816	1 528
Córdoba	Cereté	3 646	4 799	441	1 488
Cundinamarca	Madrid	5 371	4 070	688	1 443
Córdoba	Lórica	3 414	4 191	784	1 398
Norte de Santander	Ocaña	4 285	4 423	306	1 327
Valle del Cauca	Yumbo	3 169	4 443	778	1 323
Valle del Cauca	Cartago	5 001	4 885	303	1 323
Casanare	Yopal	3 805	3 211	786	1 289
Cesar	Aguachica	2 138	3 186	818	1 240
Cauca	Santander De Quilichao	3 777	3 326	777	1 198
Antioquia	Turbo D.E.	3 331	3 875	682	1 172
Valle del Cauca	Tuluá	3 855	4 077	429	1 070
Santander	Piedecuesta	1 271	2 260	217	810
Santander	Girón	1 586	2 049	165	786
Cundinamarca	Mosquera	1 969	1 462	465	659
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 522	2 123	525	539
Cauca	Guapi	666	1 466	175	501
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	2 551	1 861	587	489
Atlántico	Malambo	2 798	1 450	309	487
Nariño	La Florida	173	225	47	73

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (11 a 14 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 24,64 % (158 426) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,49 % (131 755). 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 dos a cuatro años con el 14,45 % seguido de los niños de un año con el 14,22 %.

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; en semana epidemiológica 12 y 13 se observa una discreta disminución situándose sobre el límite superior y en semana 14 un leve aumento ubicándose nuevamente por encima del límite superior (figura 8)

**Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 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 14 de 2025 se notificaron 7 089 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Guainía, Guaviare, La Guajira y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Boyacá, Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada. En las 13 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

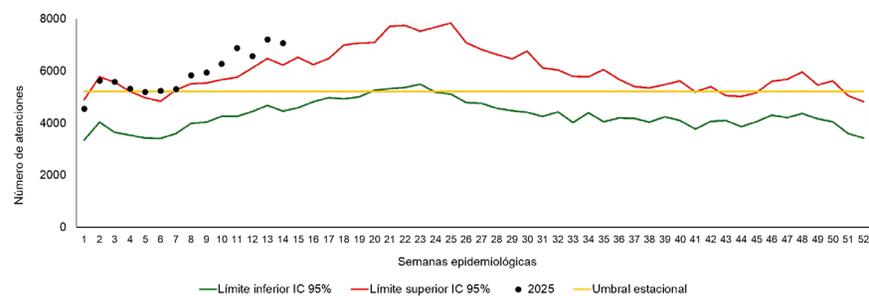
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (11 a 14 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 074) representaron el 25,47 %, seguido del grupo de 5 a 19 años con el 14,46 % (4 016). 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 26,43 % seguido de los niños de un año con el 26,1 %.

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 13 (figura 9).

**Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2025**

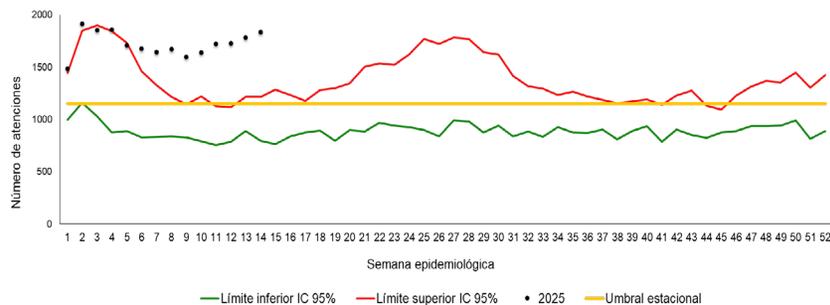


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 14 de 2025, se notificaron (1 835) 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 14 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 10).

**Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2025**



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

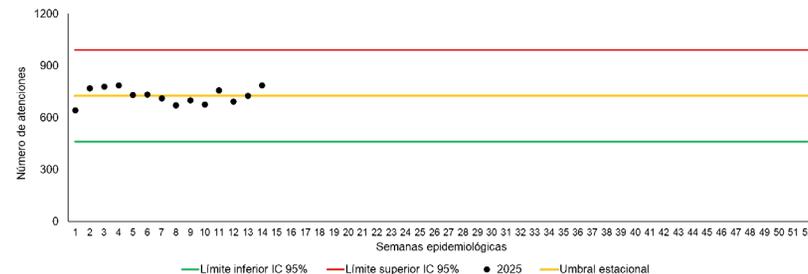
### Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 14 de 2025 se notificaron 785 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, Guainía, Guaviare, La Guajira, Nariño, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (11 a 14 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,79 % (1 030), seguido de los menores de un año con el 22,22 % (658) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños con el 31,67 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 29,80 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 14 de 2025, se observa que se ubica dentro de los límites esperados, con una tendencia ala alza en semana 14 ubicándose por encima del umbral estacional (figura 11).

**Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2025**

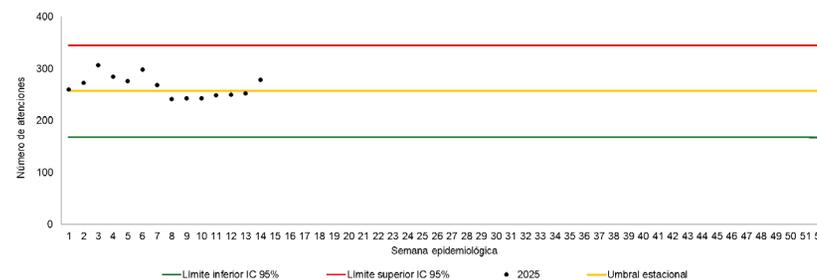


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 14 de 2025, se notificaron 279 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, sin embargo en semana 14 se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 12).

**Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 14 de 2025**



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

Durante las semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2025, se observó un aumento en las consultas externas y hospitalizaciones por infección respiratoria aguda (IRA) en Colombia, con predominio en los grupos de edad de 20 a 39 años y los niños entre 2 y 4 años. En este periodo, las consultas por IRA superaron el umbral estacional desde la semana 08 con ligeras fluctuaciones y un nuevo aumento en la semana 14. Las hospitalizaciones en sala general también se incrementaron, especialmente en los menores de cinco años y mayores de 60 años, alcanzando su punto más alto en la semana 13. Asimismo, se notificaron 785 hospitalizaciones en UCI/UCIM por IRA en la semana 14, destacando los mayores de 60 años y los menores de un año como los grupos más afectados. Aunque las cifras en UCI se mantuvieron dentro de los límites esperados hasta la semana 13, en la semana 14 se registró una tendencia al alza, particularmente en los adultos mayores, lo que sugiere un repunte en la severidad de los casos.

En el contexto del incremento de las infecciones respiratorias agudas, correspondiente al primer pico respiratorio del año, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento)
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

## Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado ascenso en la región América Central, Caribe y Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región América Central y Andina. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en Andina y Brasil y Caribe, 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 14 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 paraenterovirus y metapneumovirus, al decremento coronavirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 07 a 14 de 2025

Agente viral identificado	SE 07 a 10			SE 11 a 14			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	43,8	48,2	30,5	48,2	52,1	42,9	
Rinovirus	13,1	13,1	12,0	11,5	11,0	16,7	
VSR	14,8	23,8	4,0	14,7	22,8	-	
Enterovirus	7,2	7,1	4,0	12,9	15,4	5,6	
Adenovirus	9,0	10,7	4,0	5,1	5,9	-	
Influenza B	7,2	2,4	4,0	6,5	2,9	-	
Influenza A	17,6	15,5	20,0	18,0	9,6	33,3	
Parainfluenza	5,5	6,5	8,0	6,5	7,4	-	
Metapneumovirus	6,2	7,1	20,0	11,5	15,4	-	
A(H1N1)pdm09	2,4	1,2	4,0	0,5	-	5,6	
SARS-CoV2	6,6	5,4	8,0	6,0	5,1	27,7	
A(H3N2)	5,5	4,2	-	5,1	2,2	5,5	
Coronavirus	4,8	3,0	12,0	1,8	2,2	5,5	

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

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

\*Se muestra la variación con significancia estadística

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

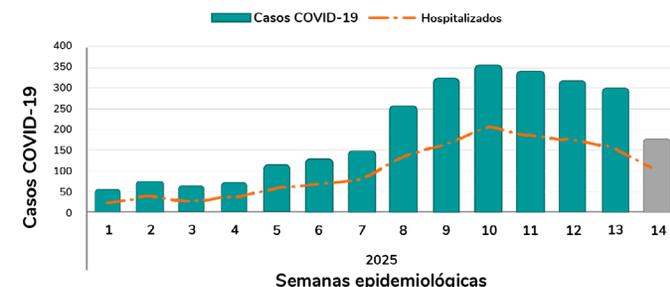
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 14 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 05 de abril de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 2 717 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE) 11 a 14 de 2025, se ha observado un aumento significativo del 4,53 %, con 1 131 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 07 a SE 10 de 2025), en el cual se reportaron 1 082 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 3,92 %, pasando de 586 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 609 casos en el periodo analizado (figura 13).

Figura 13. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 14 de 2025



Entre el 30 de marzo y el 05 de abril de 2025 se confirmaron 263 casos en el territorio nacional; de estos el 66,92 % (176 casos) corresponde a la semana epidemiológica 14. El 67,30 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Valle del Cauca, Cundinamarca, Antioquia y Santiago de Cali D.E. (Tabla 15).

**Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 14 de 2025**

Entidad Territorial	SE 10	SE 11	SE 12	SE 13	SE 14	Total
Bogotá D.C.	2	2	6	22	67	99
Valle del Cauca	0	2	3	7	12	24
Cundinamarca	0	0	0	4	15	19
Antioquia	1	1	0	2	14	18
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	4	13	17
Santander	1	2	0	3	8	14
Cauca	0	2	0	1	10	13
Boyacá	0	1	1	0	8	10
Quindío	1	0	2	2	2	7
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	5	5
Putumayo	0	0	1	1	3	5
Bolívar	0	0	0	2	3	5
Caquetá	0	0	0	1	2	3
Sucre	0	0	0	0	3	3
La Guajira	0	0	2	1	0	3
Huila	0	0	0	1	2	3
Córdoba	0	0	1	0	2	3
Tolima	0	0	0	0	3	3
Meta	0	0	0	0	2	2
Caldas	0	0	0	1	1	2
Risaralda	0	0	0	1	0	1
Nariño	0	0	0	0	1	1
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	1	0	1
Amazonas	0	0	0	1	0	1
Atlántico	1	0	0	0	0	1
<b>Colombia</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>55</b>	<b>176</b>	<b>263</b>

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

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 2,13 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 38 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 285 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Bogotá D.C., Cartagena de Indias D.T., Boyacá, Caldas, Cauca, Córdoba, Chocó, Santander, Sucre, Valle del Cauca y Putumayo y en municipios con más de 500 000 habitantes en Montería (Córdoba) y Santander (Bucaramanga).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 36 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el período observado, las muertes ocurrieron en Bogotá (cuatro casos), Cauca y Santander (dos casos) y en La Guajira, Meta, Quindío, Sucre y Valle del Cauca con un caso para un total de 13 casos. El 83,33 % (30 casos) corresponden a personas mayores de 60 años.

**Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 14 de 2025**

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
<b>Colombia</b>	<b>36</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>Sin cambios</b>
Antioquia	4	3	0	Sin cambios
Bogotá, D.C.	7	2	4	Aumento
Cauca	5	2	2	Sin cambios
Cundinamarca	1	1	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	1	Aumento
Meta	2	1	1	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	1	1	Sin cambios
Santander	3	1	2	Aumento
Sucre	1	0	1	Aumento
Tolima	1	1	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	1	1	Sin cambios
Santiago de Cali D.E.	3	1	0	Sin cambios
Arauca	1	1	0	Sin cambios

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

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

## Dengue

### Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 14 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 evento<sup>1</sup>:

**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.

<sup>1</sup>. 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](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 14 de 2025 se notificaron 3 485 casos de dengue: 2 671 casos de esta semana y 814 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 52 886 casos, 32 837 (62,1 %) sin signos de alarma, 19 528 (36,9 %) con signos de alarma y 521 (1,0 %) de dengue grave.

El 56,1 % (29 674) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias D.T., Santander, Antioquia, Meta, Córdoba, Norte de Santander, Tolima, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 1); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 10 a 13, 2025) el 59,2 % (8 256) de los casos se concentran en Meta, Santander, Norte de Santander, Antioquia, Tolima, Putumayo, Valle del Cauca, Huila y Córdoba.

**Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025**

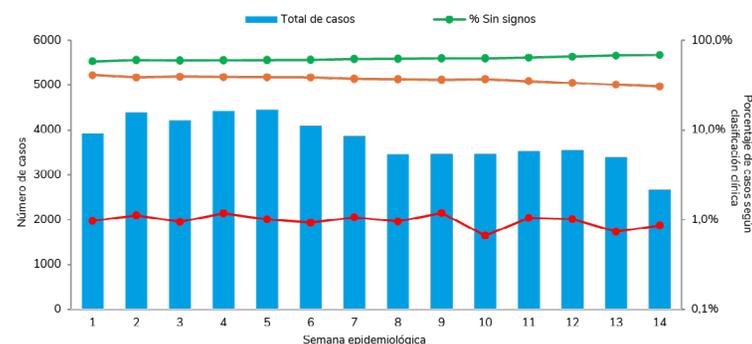
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 06-09 de 2025)	Observado (SE 10-13 de 2025)
Cartagena de Indias D.T.	4 127	23,8	1,1	1 264	556
Santander	3 702	32,1	0,7	1 058	1 114
Antioquia	3 527	34,1	0,8	959	937
Meta	3 469	40,4	1,0	1 066	1 161
Córdoba	3 209	42,6	0,3	956	700
Norte de Santander	3 157	38,8	1,2	959	1 112
Tolima	3 099	34,9	1,5	758	906
Valle del Cauca	2 710	24,8	0,4	753	762
Cundinamarca	2 674	37,7	0,6	702	619
Huila	2 256	34,8	2,2	653	731
Putumayo	2 150	26,7	0,4	529	833
Barranquilla D.E.	1 987	37,0	1,2	441	203
Atlántico	1 935	49,4	1,2	538	259
Santiago de Cali D.E.	1 853	35,1	0,6	630	382
Sucre	1 624	59,4	0,9	472	368
La Guajira	1 463	61,2	1,6	381	291
Bolívar	1 416	41,6	1,1	443	322
Caquetá	1 307	41,6	1,6	354	428
Arauca	941	35,7	1,4	268	317
Cesar	928	56,7	2,2	270	216
Cauca	738	35,9	0,9	251	195
Risaralda	683	37,6	1,0	166	151
Quindío	552	27,2	0,4	150	122
Guaviare	516	16,9	0,0	50	288
Nariño	421	31,6	1,2	102	165
Casanare	411	32,8	0,0	116	176
Boyacá	372	40,3	0,5	97	124
Magdalena	307	60,6	1,6	90	88
Chocó	291	17,9	1,0	90	81
Caldas	225	42,7	0,0	66	66
Vichada	195	40,0	0,0	50	60
Santa Marta D.T.	192	56,3	1,0	56	52
Amazonas	128	28,1	0,0	38	42
Exterior	97	46,4	4,1	30	28
Buenaventura D.E.	82	36,6	2,4	30	22
Vaupés	64	10,9	1,6	9	48
Archipiélago de San Andrés y Providencia	49	38,8	0,0	9	11
Guainía	29	44,8	3,4	9	9
<b>Colombia</b>	<b>52 886</b>	<b>36,9</b>	<b>1,0</b>	<b>14 863</b>	<b>13 945</b>

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 10 a 13, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 06 a 09, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Casanare, Guaviare, Nariño, Putumayo y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en el Atlántico, Barranquilla D.E., Santiago de Cali D.E. y Cartagena de Indias D.T.; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 14); 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 10 a 13, 2025) fueron: Atlántico, La Guajira, Magdalena y Sucre.

**Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14, 2025**

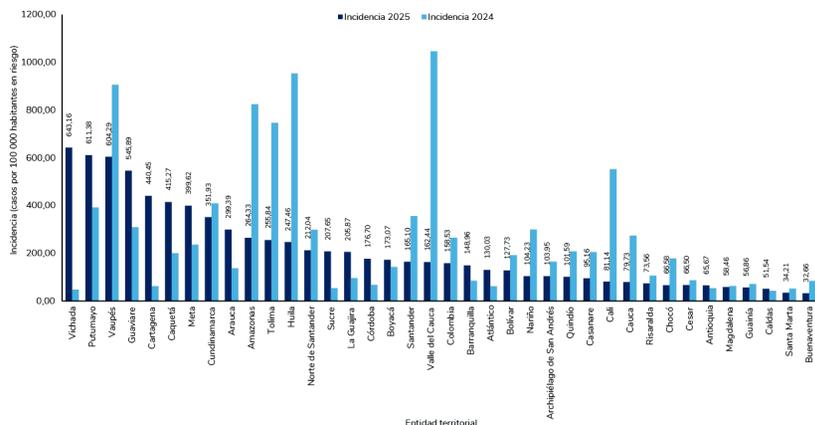


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 14 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 158,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 264,5 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Putumayo, Vaupés, Guaviare, Cartagena de Indias D.T., Caquetá, Meta, Cundinamarca, Arauca y Amazonas presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 14 de 2025 registrando tasas superiores

a 260 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 311,1 casos por 100 000 habitantes.

**Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2024 y 2025**



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

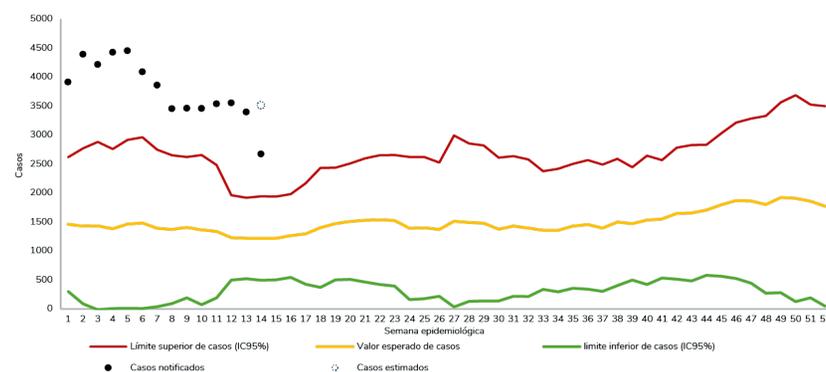
En la semana epidemiológica 14 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de -6,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 10 a 13, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 06 a 09, 2025) (figura 16).

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 5,4 % (2) se encuentra dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Meta 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 abril (tabla 18). 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 14 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 30,8 % (254) 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 68,4 % (39/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

**Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2025**



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

**Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 14 de 2025**

Situación epidemiológica a SE 14, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Meta, Putumayo	Boyacá, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Vaupés, Vichada	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Magdalena Sucre, Tolima
Alerta	Caldas	Buenaventura D.E., Casanare, Guainía, Valle del Cauca	Cesar, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T.
Dentro de lo esperado	-	Amazonas, Cali	-

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

**Tabla 19. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 14 de 2025**

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada Casos por 100 000 habitantes	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín D.E.	27,8	727	32	161
	Apartadó	135,1	178	20	51
	Bello	10,8	60	2	17
	Envigado	36,8	89	1	19
	Turbo D.E.	86,4	116	15	35
Atlántico	Barranquilla D.E.	151,5	1 987	95	203
	Malambo	141,2	203	18	42
	Soledad	180,2	1 233	35	151
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	391,2	4 127	91	556
	Magangué	144,7	208	7	66
	Turbaco	179,6	209	12	34
Caquetá	Florencia	277,9	491	67	108
Cauca	Popayán	22,9	62	1	14
	Santander de Quilichao	127,1	146	9	45
Cesar	Aguachica	217,2	267	44	68
	Montería	282,3	1 448	57	338
Córdoba	Cereté	101,8	112	2	24
	Lorica	51,2	60	5	10
	Sahagún	146,6	164	7	31
	Fusagasugá	296,4	490	4	108
Cundinamarca	Girardot	638,7	752	45	162
	Pitalito	378,6	495	45	176
Huila	Riohacha D.E.	207,6	435	53	122
	Maicao	202,5	389	13	57
La Guajira	Villavicencio	271,8	1 386	203	441
	Cúcuta	250,4	1 912	159	700
Norte de Santander	Ocaña	119,7	142	17	43
	Villa del Rosario	370,6	408	21	136
	Armenia	89,3	279	6	69
Quindío	Pereira	70,9	344	10	78
	Dosquebradas	87,3	190	3	43
Risaralda	Bucaramanga	175,5	1 086	69	341
	Barrancabermeja D.E.	114,6	246	18	69
	Floridablanca	206,2	647	33	189
	Girón	202,1	354	25	89
Santander	Piedecuesta	115,3	215	27	65
	Sincedejo	145,8	439	54	102
Tolima	Ibagué	192,1	1 045	115	357
Valle del Cauca	Jamundí	387,5	656	22	179

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

A semana epidemiológica 14 de 2025 se han notificado 126 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado 29 casos, se descartó 34 casos y se encuentran en estudio 63 casos; de las muertes en estudio un caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,05 %, inferior a la

meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 73 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 20).

**Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 14, 2024-2025**

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 14 2025	Letalidad por dengue a SE 14, 2024
	Confirmados	En estudio		
Exterior	2	1	2,06	0,00
Vichada	1	0	0,51	0,00
Risaralda	2	2	0,29	0,10
Santiago de Cali D.E.	2	0	0,11	0,04
Arauca	1	0	0,11	0,00
Barranquilla D.E.	2	0	0,10	0,00
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,10	0,00
Huila	2	1	0,09	0,02
Meta	3	2	0,09	0,16
Bolívar	1	3	0,07	0,14
Córdoba	2	1	0,06	0,00
Sucre	1	4	0,06	0,00
Antioquia	2	8	0,06	0,19
Atlántico	1	2	0,05	0,11
Tolima	1	8	0,03	0,09
Norte de Santander	1	0	0,03	0,13
Santander	1	4	0,03	0,11
La Guajira	0	6	0,00	0,00
Cauca	0	5	0,00	0,03
Cundinamarca	0	3	0,00	0,05
Putumayo	0	3	0,00	0,30
Buenaventura D.E.	0	2	0,00	0,75
Caquetá	0	2	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,05
Cesar	0	1	0,00	0,17
Chocó	0	1	0,00	0,00
Guaviare	0	1	0,00	1,49
Quindío	0	1	0,00	0,17
<b>Colombia</b>	<b>27</b>	<b>62</b>	<b>0,05</b>	<b>0,08</b>

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

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

## Malaria

### Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 14 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ( $> 37,5^{\circ} C$ ) 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)<sup>1</sup>.

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.

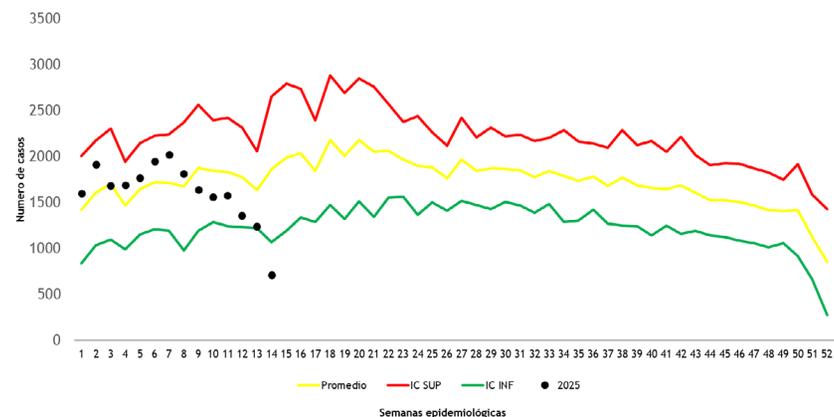
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

<sup>1</sup> 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](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 17).

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

\*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 13, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país

En la semana epidemiológica 14 de 2025 se notificaron 1 695 casos de malaria, para un acumulado de 22 663 casos, de los cuales 22 269 son de malaria no complicada y 394 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,0 % (14 953), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,9 % (7 450) e infección mixta con 1,1 % (260). 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 (28,7 %), Antioquia (14,6 %), Nariño (13,3 %), Córdoba (9,5 %), Vaupés (6,9 %), Risaralda (4,0 %), Cauca (3,6 %), Guainía (2,5 %), Amazonas (2,4 %), Bolívar (2,3 %), Vichada (2,2 %), Buenaventura D.E. (2,2 %) y Boyacá (1,7 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 75,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

**Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025**

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 07 a 10	Casos 2025 SE 11 a 14	Tasa por 1 000 habitantes
Vaupés	Mitú	1 385	307	389	57,01
Córdoba	Tierralta	1 249	147	418	12,51
Chocó	Quibdó	1 220	183	397	8,44
Risaralda	Pueblo Rico	819	123	274	48,78
Antioquia	El Bagre	715	170	218	12,70
Nariño	Roberto Payán	644	176	175	48,32
Nariño	Magüí	560	102	230	2,10
Guainía	Inírida	527	126	164	13,90
Chocó	Bajo Baudó	507	94	144	14,94
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	491	118	161	1,51
Chocó	Tadó	481	112	158	8,21
Chocó	Lloró	471	115	136	44,39
Nariño	El Charco	470	179	168	20,22
Vichada	Cumaribo	444	95	131	5,10
Córdoba	Puerto Libertador	429	76	120	9,45
Nariño	Barbacoas	426	74	95	7,27
Cauca	Timbiquí	405	75	150	14,41
Chocó	El Cantón del San Pablo	405	153	138	58,64
Chocó	Medio San Juan	393	69	127	33,41
Boyacá	Cubará	374	115	141	43,90
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	356	56	86	1,33
Antioquia	Nechí	353	112	75	12,65
Amazonas	Tarapacá (CD)	346	15	111	79,09
Chocó	Bagadó	335	113	89	28,29
Chocó	Alto Baudó	318	56	96	10,17
Chocó	Carmen del Darién	317	39	102	14,31
Cauca	Guapi	298	27	87	10,09
Bolívar	Montecristo	298	63	89	16,22
Chocó	Istmina	291	59	97	8,61
Antioquia	Chigorodó	270	73	104	4,34
Chocó	Río Quito	252	60	80	27,52
Antioquia	Turbo	249	99	70	1,85
Antioquia	Mutatá	231	57	56	15,36
Nariño	Olaya Herrera	229	55	91	8,65
Guaviare	San José del Guaviare	196	50	73	3,10

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 50,7 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, El Bagre, Inírida, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Tarapacá (CD), Carmen del Darién, Montecristo y Chigorodó e incremento en Bagadó y Medio San Juan (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 63,0 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Timbiquí, Magüí, Barbacoas, Buenaventura D.E., Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Tierralta, Medio San Juan, Lloró, El Cantón del San Pablo y San Andrés de Tumaco D.E. y en incremento El Charco como se muestra en la tabla 23.

**Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 07 a 10 de 2025	Casos SE 11 a 14 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	371	285	-23%	9,0%
Córdoba	Tierralta	303	111	-63%	7,0%
Risaralda	Pueblo Rico	218	109	-50%	4,8%
Chocó	Quibdó	213	102	-52%	4,4%
Antioquia	El Bagre	163	121	-26%	3,7%
Guainía	Inírida	162	122	-25%	3,5%
Córdoba	Puerto Libertador	116	70	-40%	2,7%
Boyacá	Cubará	141	115	-18%	2,6%
Vichada	Cumaribo	94	66	-30%	2,2%
Amazonas	Tarapacá (CD)	100	15	-85%	2,1%
Chocó	Carmen del Darién	98	38	-61%	2,0%
Bolívar	Montecristo	78	58	-26%	1,8%
Chocó	Bagadó	69	90	30%	1,7%
Antioquia	Chigorodó	98	64	-35%	1,7%
Chocó	Lloró	72	69	-4%	1,7%
Chocó	Medio San Juan	42	68	62%	1,4%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 07 a 10 de 2025	Casos SE 11 a 14 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	171	78	-54%	7,5%
Nariño	Roberto Payán	129	110	-15%	6,4%
Nariño	El Charco	158	166	5%	5,9%
Cauca	Timbiquí	149	75	-50%	5,4%
Nariño	Magüi	149	83	-44%	5,4%
Nariño	Barbacoas	75	51	-32%	4,5%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	103	73	-29%	3,9%
Cauca	Guapi	81	24	-70%	3,8%
Chocó	Tadó	86	69	-20%	3,6%
Chocó	Bajo Baudó	67	59	-12%	3,5%
Córdoba	Tierralta	112	36	-68%	3,0%
Chocó	Medio San Juan	49	34	-31%	2,6%
Chocó	Lloró	48	37	-23%	2,5%
Chocó	El Cantón del San Pablo	65	51	-22%	2,4%
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	45	21	-53%	2,4%

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

### Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 14 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; nueve departamentos y 25 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y cinco departamentos y 10 municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 25).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 14 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 14 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 11 A 14	Observado SE 11 A 14 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 417	228	315
Nariño	Roberto Payán	5	645	147	176
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	407	66	153
Boyacá	Cubará	4	378	2	117
Antioquia	Nechí	5	353	27	112
Antioquia	Chigorodó	5	274	57	74
Arauca	Saravena	4	184	2	31
Caquetá	Florencia	4	145	2	43
Antioquia	Tarazá	4	143	12	61
Antioquia	Caucasia	4	108	15	37
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	100	1	14
Cauca	López Micay	4	96	10	14
Amazonas	Leticia	4	86	16	27
Chocó	Condoto	4	68	15	26
Chocó	Acandí	4	62	12	16
Chocó	El Carmen de Atrato	4	60	8	11
Meta	Puerto López	4	53	0	17
Meta	Puerto Gaitán	4	49	15	35
Chocó	Sipí	4	44	8	19
Córdoba	Tuchín	4	34	2	6
Meta	Puerto Concordia	4	22	4	12
Meta	Villavicencio	4	19	1	9
Risaralda	Pereira	4	14	1	9
Arauca	Fortul	4	11	0	3
Arauca	Tame	4	5	1	4

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 14 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 14 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 11 A 14	Observado SE 11 A 14 de 2025
Antioquia	El Bagre	5	720	173	174
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	5	507	129	124
Nariño	El Charco	5	472	90	180
Cauca	Timbiquí	5	406	51	75
Bolívar	Montecristo	5	307	52	65
Antioquia	Turbo	5	253	51	101
Vaupés	Pacoa	4	41	3	8
Risaralda	La Virginia	4	31	1	3
Chocó	Unguía	4	22	3	7
Córdoba	Pueblo Nuevo	4	5	1	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 infecciosas<sup>1</sup>.

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 del Morbidity and Mortality Weekly Report 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.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/PRO\\_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%201024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%201024.pdf)

A semana epidemiológica 14 de 2025, se han notificado 6 366 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 6 314 corresponden a residentes en Colombia y 52 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (15 de 2024 a 14 de 2025) es de 0,66 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 de aumento en 190 municipios a nivel nacional (16,9 %) y de disminución en nueve municipios (0,8 %) (tabla 26).

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

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de un año (27,5 %) y de un año (29,4 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,9 %.

Para la semana epidemiológica 14 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Antioquia, Santiago de Cali, Quindío, Santa Marta D.T., 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 14 municipios (tabla 27).

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 26. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 14, 2024-2025**

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 14 de 2024	Casos a SE 14 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
<b>Colombia</b>	<b>6 798</b>	<b>6 314</b>	<b>0,66</b>	<b>16,9</b>	<b>0,8</b>
La Guajira	718	477	2,37	13,3	0,0
Vichada	86	47	2,00	0,0	25,0
Chocó	352	301	1,77	22,6	0,0
Arauca	112	66	1,14	0,0	14,3
Guaviare	35	30	0,99	0,0	0,0
Magdalena	159	197	0,91	27,6	0,0
Risaralda	112	141	0,83	28,6	0,0
Amazonas	15	19	0,79	18,2	0,0
Cesar	232	268	0,79	28,0	0,0
Vaupés	17	9	0,77	16,7	16,7
Guainía	15	13	0,75	11,1	11,1
Antioquia	726	996	0,72	31,2	0,0
Nariño	256	200	0,72	15,6	1,6
Casanare	97	65	0,71	0,0	5,3
Buenaventura D.E.	65	62	0,66	0,0	0,0
Bolívar	152	156	0,66	26,7	0,0
Bogotá D.C.	1 004	865	0,64	0,0	0,0
Putumayo	53	62	0,63	7,7	0,0
Cartagena de Indias D.T.	113	139	0,62	0,0	0,0
Boyacá	149	151	0,61	13,0	0,0
Meta	143	117	0,61	13,8	0,0
Tolima	157	106	0,58	12,8	0,0
Cundinamarca	419	329	0,56	8,6	0,9
Huila	168	149	0,56	10,8	0,0
Norte Santander	186	213	0,56	17,5	2,5
Caquetá	66	45	0,48	12,5	0,0
Sucre	67	113	0,47	34,6	0,0
Valle del Cauca	152	171	0,46	25,0	0,0
Santander	188	171	0,43	18,4	0,0
Santiago de Cali D.E.	168	185	0,42	100,0	0,0
Santa Marta D.T	25	53	0,42	100,0	0,0
Córdoba	207	135	0,38	3,3	3,3
Caldas	88	41	0,37	11,1	0,0
Atlántico	114	63	0,37	4,5	0,0
Barranquilla D.E.	50	54	0,30	0,0	0,0
Cauca	99	86	0,28	11,9	0,0
Quindío	29	18	0,26	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y providencia	4	1	0,17	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, \*Casos acumulados de SE 15 de 2024 a SE 14 de 2025  
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 y 2025 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2024.

**Tabla 28. 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 14 de 2025**

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D.E.	198	411
Cesar	Valledupar	39	64
Chocó	Quibdó	24	56
Antioquia	Turbo D.E.	12	45
Santander	Barrancabermeja D.E.	17	41
Bolívar	Magangué	18	29
Cundinamarca	Facatativá	19	29
Santander	Girón	14	25
Tolima	Ibagué	16	25
Sucre	Sincelejo	12	23
Valle del Cauca	Jamundí	10	19
Antioquia	Rionegro	10	18
Cesar	Aguachica	10	18
Norte de Santander	Villa del Rosario	18	9

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, 09 abril 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 inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 54 casos de fiebre amarilla (53 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico); último caso confirmado el 8 de abril del 2025, masculino de 38 años. Se han registrado 22 fallecidos para una letalidad preliminar del 40,7 %. 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 cinco casos en primates no humanos el 14 y 28 de febrero de 2025, uno por patología el 28 de febrero de 2025 y tres el 07 de abril de 2025. Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

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

### Actualización casos confirmados por laboratorio de infección por virus Oropouche (OROV) en el departamento de Vaupés, 08 de abril de 2025

El 8 de abril de 2025 se confirmaron por vigilancia por laboratorio siete nuevos casos de OROV en el país procedentes del departamento de Vaupés. De los siete casos, cinco son femeninas y dos masculinos, edades entre 16 y 42 años. Cuatro de los casos pertenecen a comunidades indígenas con fecha de inicio de síntomas entre el 15 de febrero de 2025 y 06 de marzo de 2025. Todos los casos se encuentran vivos, sin complicaciones y con pruebas para dengue y malaria negativas. Se ha brindado asistencia técnica permanente al equipo de vigilancia del departamento de Vaupés por el referente nacional del INS para OROV. Está pendiente ampliación de la información clínica y de seguimiento de los casos así como de las acciones de prevención, vigilancia y control implementadas.

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

## Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 14 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 de Sarampión en Texas. Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS). Fecha de publicación: 08 de abril de 2025.

Se reporta un brote de sarampión en las regiones de South Plains y Panhandle de Texas. Con corte a 04 de abril de 2025, se han identificado 505 casos desde finales de enero, 57 casos han requerido hospitalización. Se presentaron dos muertes entre niños en edad escolar que vivían en el área del brote. Los niños no estaban vacunados y no tenían afecciones subyacentes conocidas. El 65 % de los casos confirmados pertenecen al Condado de Gaines. Del total de casos, 495 no tenían antecedente de vacunación o este es desconocido, mientras siete casos habían recibido dos dosis de vacuna y tres casos una dosis. El DSHS está trabajando con los departamentos de salud locales para investigar el brote.

Fuente: Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS). Brote de Sarampión en Texas. Fecha de publicación: 08 de abril de 2025. Fecha de consulta: 09 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.dshs.texas.gov/news-alerts/measles-outbreak-2025>

### Caso humano de influenza A (H5N1) en México. Secretaría de Salud del Estado de México. Fecha de publicación: 04 de abril de 2025.

Se reporta primer caso en niña de 3 años, residente en el estado de Durango, confirmado el 01 de abril de 2025. Desarrolló un cuadro respiratorio grave que requirió manejo con oseltamivir y hospitalización en tercer nivel en la ciudad de Torreón. El 08 de abril, se reporta el fallecimiento del caso por complicaciones respiratorias derivadas de la infección.

Las autoridades en Salud, Medio Ambiente y Agricultura, locales, estatales y federales continúan con las acciones de prevención y control en el contexto de Una Salud. Hasta el momento se han muestreado 38 contactos humanos del caso con resultados negativos. No se reporta hasta la fecha transmisión de persona a persona. No se han identificado más casos en humanos y se considera que existe un bajo riesgo para que esto ocurra.

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de México. Secretaría de Salud informa la detección del primer caso humano de influenza aviar A (H5N1) Fecha de publicación: 04 de abril de 2025. Fecha de consulta: 04 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/secretaria-de-salud-informa-la-deteccion-del-primer-caso-humano-de-influenza-aviar-a-h5n1>





# TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 14 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 14

Decremento  
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
	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	19	1	1	143	24	35	0	0	0	36	26	5	0	0	0	1	0	0	571	92	68
Antioquia	191	14	12	5.749	1.280	1.579	28	3	6	1.202	90	313	276	18	46	24	7	4	3.298	929	871
Arauca	23	2	1	229	54	64	13	0	2	336	16	92	1	0	1	46	10	8	222	2	42
Atlántico	21	2	1	1.202	268	328	24	2	2	956	54	134	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	3	0	0	1.306	235	384	24	2	2	735	54	67	5	0	1	23	4	6	0	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	6.845	1.663	1.976	0	0	0	0	0	0	33	5	8	7	2	2	0	0	0
Bolívar	73	5	3	930	211	249	15	3	4	589	62	134	1	0	0	2	1	0	530	93	114
Boyacá	19	1	0	1.991	451	538	2	0	1	150	17	53	1	0	0	2	0	1	378	0	117
Buenaventura D.E.	7	0	1	44	12	11	2	0	0	30	10	9	0	0	0	0	0	0	507	141	124
Caldas	20	2	2	1.137	273	307	0	0	0	96	10	23	2	0	0	23	6	4	6	2	1
Santiago de Cali D.E.	2	0	1	1.474	399	376	12	6	1	651	290	132	43	4	8	22	9	3	0	0	0
Caquetá	71	4	2	306	86	82	21	3	6	544	81	156	1	0	0	2	0	1	182	6	46
Cartagena de Indias D.T.	5	0	0	567	129	158	47	2	6	983	37	141	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Casanare	40	2	0	488	112	148	0	2	0	135	99	47	2	0	0	1	0	0	5	2	1
Cauca	42	2	5	1.482	422	389	7	1	3	265	31	74	13	0	1	5	2	0	818	301	121
Cesar	62	5	3	886	184	268	20	4	4	526	127	106	3	0	0	3	1	0	6	2	2
Chocó	66	4	2	78	11	18	3	1	2	52	10	15	1	0	1	2	0	0	6.446	2.553	1.400
Córdoba	70	4	5	1.423	367	395	10	2	1	1.367	69	271	2	0	0	1	0	0	2.140	854	302
Cundinamarca	25	2	1	4.109	956	1.125	16	2	5	1.008	109	220	5	1	1	3	1	0	0	0	0
Guainía	8	0	0	52	10	18	1	0	1	13	4	3	0	0	0	0	0	0	563	290	130
Guaviare	36	4	2	118	24	34	0	0	0	87	8	50	0	0	0	4	1	0	341	127	79
Huila	50	1	2	1.908	409	545	49	12	13	785	192	243	4	0	2	7	2	2	0	0	0
La Guajira	31	1	1	628	156	196	23	2	6	895	78	153	1	0	1	6	1	3	20	4	3
Magdalena	36	4	2	778	193	201	5	1	1	186	41	49	0	0	0	3	1	1	2	1	0
Meta	77	5	7	1.296	269	314	33	3	18	1.400	220	483	21	0	0	1	0	0	222	47	100
Nariño	28	2	1	2.097	493	577	5	1	1	133	16	36	2	0	0	9	2	4	3.016	1.136	721
Norte de Santander	84	4	5	1.858	376	535	39	2	12	1.226	139	425	11	5	2	0	0	0	174	173	40
Putumayo	60	3	3	537	111	139	8	1	1	573	65	220	0	0	0	1	1	0	21	4	5
Quindío	6	0	0	864	201	214	2	0	0	150	8	28	12	0	3	2	0	0	0	3	0
Risaralda	10	1	0	1.222	289	341	7	0	0	257	12	59	3	0	0	0	0	0	911	288	143
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	145	23	47	0	0	0	19	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	5	0	0	665	120	206	2	1	0	108	19	25	0	0	0	11	2	3	0	0	0
Santander	73	5	4	2.299	485	651	27	3	5	1.187	148	323	49	1	6	3	1	1	5	1	1
Sucre	24	2	1	857	200	249	14	3	4	964	95	218	2	0	0	1	0	0	34	5	10
Tolima	55	4	4	1.987	447	546	45	4	12	1.081	240	261	1	0	1	8	4	0	0	0	0
Valle del Cauca	26	1	1	2.528	568	662	12	4	2	673	289	170	12	1	3	20	6	2	45	3	2
Vaupés	16	1	0	52	10	13	1	0	0	7	3	2	3	0	2	0	0	0	1.577	186	340
Vichada	12	2	2	71	19	18	0	0	0	78	3	26	0	0	0	0	0	0	509	151	102
<b>Total nacional</b>	<b>1.397</b>	<b>90</b>	<b>75</b>	<b>50.351</b>	<b>11.540</b>	<b>13.936</b>	<b>517</b>	<b>70</b>	<b>121</b>	<b>19.483</b>	<b>2.775</b>	<b>4.768</b>	<b>511</b>	<b>35</b>	<b>87</b>	<b>247</b>	<b>58</b>	<b>45</b>	<b>22.551</b>	<b>7.437</b>	<b>4.885</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 14

Decremento  
Incremento

Departamento	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	1	1.317	640	439	24	11	8	0	0	0	1.447	451	471	6	5	6	0	0	0
Antioquia	73	30	38	276.808	73.124	81.900	12.827	2.546	4.029	1.704	853	952	105.571	35.931	25.415	170	249	170	2	4	0
Arauca	5	1	4	7.090	2.253	2.615	977	106	371	12	5	5	2.299	651	637	5	21	5	0	0	0
Atlántico	6	4	2	42.254	9.478	13.842	815	200	286	572	126	327	19.880	4.100	5.092	33	72	33	1	1	0
Barranquilla D.E.	13	7	10	61.726	15.805	19.019	3.384	293	1.034	611	225	282	25.405	5.787	6.560	43	85	43	1	1	0
Bogotá D.C.	75	32	47	522.572	138.573	195.157	21.370	6.412	7.926	2.234	1.428	1.357	265.151	68.078	65.598	182	230	182	2	4	0
Bolívar	5	4	4	36.421	10.858	12.362	694	206	229	135	120	72	8.510	2.867	2.226	47	59	47	1	1	0
Boyacá	13	3	7	39.924	10.931	13.627	1.917	427	677	126	68	59	16.777	5.208	4.696	25	41	25	0	1	0
Buenaventura D.E.	1	0	0	1.861	1.190	489	26	0	12	5	2	4	863	466	227	18	24	18	0	0	0
Caldas	8	3	5	26.745	7.973	7.522	947	313	282	392	107	197	8.828	3.140	2.496	25	30	25	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	22	14	16	78.780	23.383	21.969	2.066	627	971	206	72	126	29.023	14.199	7.927	62	82	62	0	1	0
Caquetá	5	3	2	8.455	3.638	3.042	498	160	178	10	8	3	4.134	1.841	1.069	13	22	13	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	7	3	5	56.499	16.309	17.513	3.705	287	1.107	469	192	219	16.874	4.123	4.008	45	72	45	2	1	0
Casanare	3	1	1	6.381	2.333	2.383	105	53	38	2	7	1	3.322	1.221	898	14	22	14	0	0	0
Cauca	11	3	5	36.524	9.744	11.231	1.335	268	441	173	61	118	13.004	5.016	3.139	42	77	42	1	1	0
Cesar	6	1	5	36.594	9.860	12.871	1.780	540	593	131	52	67	7.956	3.983	2.032	54	76	54	2	1	0
Chocó	5	3	1	11.193	1.790	3.717	626	145	234	6	10	2	3.925	1.064	1.321	27	54	27	0	1	0
Córdoba	11	4	7	60.494	12.788	19.049	2.199	397	547	394	239	224	18.967	4.466	4.298	50	111	50	1	1	0
Cundinamarca	22	9	9	111.716	27.385	40.588	3.843	997	1.242	437	428	273	51.528	14.068	12.895	95	112	95	5	2	0
Gualinía	0	0	0	585	159	197	21	16	6	0	0	0	345	180	118	5	6	5	0	0	0
Guaviare	0	0	0	1.648	627	552	74	40	26	21	5	6	873	296	236	4	3	4	0	0	0
Huila	8	3	5	30.717	11.523	11.077	1.627	420	551	160	61	92	15.136	4.118	3.822	33	53	33	2	1	0
La Guajira	1	0	0	65.130	12.233	20.739	637	583	175	93	58	58	10.284	4.173	2.496	53	114	53	0	1	0
Magdalena	1	0	0	32.702	7.739	10.517	1.220	160	238	49	10	32	9.661	3.645	2.547	29	46	29	0	1	0
Meta	7	3	4	21.540	6.426	7.703	953	178	330	59	74	30	14.948	4.524	4.459	43	47	43	2	1	0
Nariño	15	7	8	42.461	15.582	12.813	2.222	520	735	54	35	30	15.716	7.302	3.809	55	62	55	2	1	0
Norte de Santander	19	6	9	52.337	14.540	15.589	2.474	883	754	192	166	114	17.426	5.471	4.165	37	66	37	2	1	0
Putumayo	3	2	3	8.906	2.912	2.950	324	141	109	8	6	5	3.290	1.200	806	10	17	10	0	0	0
Quindío	2	1	2	18.509	6.420	5.017	927	274	301	123	60	69	8.027	2.970	1.777	9	19	9	0	0	0
Risaralda	8	5	5	38.170	8.451	10.410	1.615	284	485	119	50	72	11.347	4.647	3.132	19	34	19	2	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2.542	758	917	236	54	91	1	0	1	897	294	154	5	3	5	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	2	1	20.359	2.833	7.178	870	147	257	259	120	146	6.009	1.222	1.265	9	25	9	1	0	0
Santander	23	8	12	64.959	13.687	21.175	4.532	974	1.296	624	398	357	26.659	7.665	7.215	46	66	46	0	1	0
Sucre	4	2	3	24.415	7.240	7.674	1.913	413	750	414	215	224	6.428	2.707	1.569	28	57	28	2	1	0
Tolima	8	3	4	42.864	12.413	13.450	2.926	460	1.126	115	52	60	20.649	5.583	5.378	29	43	29	0	1	0
Valle del Cauca	22	8	11	49.725	11.823	14.883	1.005	257	333	245	71	131	20.134	7.266	5.339	36	59	36	0	1	0
Vaupés	5	2	5	912	200	463	10	11	4	0	1	0	505	92	198	0	4	0	0	0	0
Vichada	1	1	1	1.043	333	448	8	3	5	1	0	1	368	117	130	9	11	9	0	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>422</b>	<b>178</b>	<b>242</b>	<b>1.942.878</b>	<b>513.954</b>	<b>643.087</b>	<b>82.732</b>	<b>19.806</b>	<b>27.777</b>	<b>10.156</b>	<b>5.377</b>	<b>5.716</b>	<b>792.166</b>	<b>242.801</b>	<b>224.248</b>	<b>1.415</b>	<b>2.179</b>	<b>1.415</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>0</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 14

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	20	3	9	7	3	1
Antioquia	197	63	53	10	2	1	445	38	94	569	192	157	297	125	97
Arauca	12	1	4	2	0	0	3	1	0	55	7	9	4	2	2
Atlántico	16	7	3	0	1	0	4	1	1	156	52	52	39	29	3
Barranquilla D.E.	40	8	7	0	1	0	9	2	3	183	38	49	88	45	26
Bogotá D.C.	387	101	131	189	2	19	333	85	213	1.214	395	394	964	372	441
Bolívar	19	4	2	1	1	0	2	2	1	151	34	59	11	4	7
Boyacá	50	14	17	7	0	0	7	4	0	188	57	57	110	36	50
Buenaventura D.E.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8	3	2	4	2	1
Caldas	22	7	4	0	0	0	17	2	11	143	30	28	18	1	10
Santiago de Cali D.E.	42	23	7	0	1	0	3	4	0	265	106	98	291	143	81
Caquetá	9	3	4	0	0	0	1	2	0	62	15	19	10	3	6
Cartagena de Indias D.T.	16	8	4	0	1	0	1	1	1	123	36	39	9	2	6
Casanare	7	3	1	4	0	2	0	1	0	38	25	14	0	0	0
Cauca	18	8	1	0	0	0	12	3	7	156	34	81	123	37	54
Cesar	12	5	4	0	1	0	1	1	1	82	29	37	7	2	4
Chocó	4	1	1	2	0	1	69	6	30	17	4	5	13	4	8
Córdoba	41	14	13	1	1	0	2	1	0	253	75	74	33	10	18
Cundinamarca	126	26	37	66	1	6	70	20	35	558	158	156	163	68	66
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	6	0	0	0
Guaviare	4	0	0	1	0	0	0	0	0	27	5	11	1	1	0
Huila	45	14	10	1	0	0	29	5	7	172	51	95	33	18	12
La Guajira	5	3	0	0	1	0	7	6	7	65	38	23	10	3	5
Magdalena	8	2	1	0	0	0	1	0	0	82	20	28	6	2	1
Meta	21	6	4	3	0	0	13	2	3	122	45	32	13	4	3
Nariño	43	13	13	1	0	0	17	12	7	171	75	57	33	9	11
Norte de Santander	58	15	14	1	1	0	3	5	0	226	73	79	23	9	9
Putumayo	12	5	4	0	0	0	4	1	3	38	11	14	38	15	20
Quindío	6	3	1	0	0	0	1	1	0	85	37	23	33	11	15
Risaralda	14	6	5	0	0	0	13	1	10	191	52	92	15	5	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	0	2	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	0	0	0	1	2	0	40	6	8	10	5	3
Santander	29	7	5	0	1	0	12	7	4	141	76	37	59	11	36
Sucre	24	6	5	0	0	0	16	6	5	121	42	27	71	24	41
Tolima	13	5	4	3	0	0	2	4	1	274	57	124	31	13	16
Valle del Cauca	39	10	7	0	1	0	3	2	0	264	87	88	149	62	71
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	2	0	5	1	4	0	0	0
Vichada	1	0	1	0	0	0	3	0	3	5	4	1	1	0	1
<b>Total nacional</b>	<b>1.346</b>	<b>400</b>	<b>370</b>	<b>294</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>1.104</b>	<b>231</b>	<b>447</b>	<b>6.281</b>	<b>2.023</b>	<b>2.089</b>	<b>2.717</b>	<b>1.080</b>	<b>1.131</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 14

Decremento  
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	14	19	0	0	0	0	15	21	4	3
Antioquia	0	0	0	0	482	996	0	0	0	0	1.431	1.386	381	265
Arauca	0	0	0	0	81	66	0	0	0	0	46	54	7	6
Atlántico	0	0	0	0	91	63	0	0	0	0	226	243	0	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	49	54	0	0	0	0	235	252	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	953	865	0	0	0	0	1.280	1.354	0	0
Bolívar	0	0	0	0	104	156	0	0	0	0	150	129	130	97
Boyacá	1	0	0	0	141	151	0	0	0	0	260	285	38	66
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	32	62	0	0	0	0	27	21	4	3
Caldas	0	0	0	0	47	41	0	0	0	0	326	264	61	51
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	131	185	0	0	2	0	456	486	0	0
Caquetá	0	0	0	0	62	45	0	0	0	0	69	59	83	53
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	56	139	0	0	0	0	154	130	1	0
Casanare	4	0	0	0	96	65	0	0	0	0	70	96	2	0
Cauca	0	0	0	0	80	86	0	0	0	0	235	196	17	22
Cesar	2	0	0	0	180	268	0	0	0	0	173	160	29	78
Chocó	0	0	0	0	203	301	0	0	0	0	33	40	80	55
Córdoba	0	0	0	0	173	135	0	0	0	0	268	305	53	36
Cundinamarca	0	0	0	0	348	329	0	0	0	0	561	651	55	25
Guainía	0	0	0	0	17	13	0	0	0	0	8	9	3	4
Guaviare	0	0	0	0	39	30	0	0	0	0	17	19	120	31
Huila	0	0	0	0	128	149	0	0	0	0	229	175	3	1
La Guajira	0	0	0	0	463	477	0	0	0	0	67	95	9	4
Magdalena	0	0	0	0	152	197	0	0	0	0	90	101	2	0
Meta	0	0	0	0	117	117	0	0	0	0	188	179	70	20
Nariño	0	0	0	0	189	200	0	0	0	0	373	404	81	47
Norte de Santander	0	0	0	0	189	213	0	0	0	0	266	323	73	33
Putumayo	0	0	1	0	57	62	0	0	0	1	89	84	74	49
Quindío	0	0	0	0	28	18	0	0	0	0	148	131	0	0
Risaralda	0	0	0	0	103	141	0	0	0	0	325	324	29	53
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	6	6	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	23	53	0	0	0	0	75	89	3	1
Santander	1	1	0	0	130	171	0	0	1	0	397	422	213	164
Sucre	1	0	0	0	59	113	0	0	0	0	129	135	35	22
Tolima	0	0	0	0	104	106	0	0	0	0	328	266	88	46
Valle del Cauca	0	0	0	0	110	171	0	0	0	0	354	349	5	1
Vaupés	0	0	0	0	25	9	0	0	0	0	16	22	15	2
Vichada	0	0	0	0	72	47	0	0	0	0	6	6	13	5
<b>Total nacional</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5.335</b>	<b>6.314</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9.127</b>	<b>9.271</b>	<b>1.782</b>	<b>1.244</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 14

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		
	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Antioquia	6	7	6	4	3	0	10	14	4	0	37	56	56
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	2	5	5
Atlántico	2	0	2	0	0	0	1	1	1	0	8	2	2
Barranquilla D.E.	1	1	2	2	0	1	1	3	1	0	7	8	8
Bogotá D.C.	1	1	7	4	0	1	8	2	0	1	43	128	128
Bolívar	1	1	3	1	1	0	4	1	1	2	7	1	1
Boyacá	0	0	1	0	0	1	1	3	0	0	7	2	2
Buenaventura D.E.	1	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2	0	0
Caldas	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	6	1	1
Santiago de Cali D.E.	3	1	2	1	0	2	2	5	0	0	12	19	19
Caquetá	1	2	1	1	0	0	2	2	1	1	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	1	1	2	0	0	0	2	1	1	1	6	7	7
Casanare	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	3	3
Cauca	2	0	3	0	1	1	2	2	0	3	9	6	6
Cesar	1	0	3	4	2	2	3	2	5	3	8	6	6
Chocó	1	0	4	3	7	7	9	14	12	10	3	4	4
Córdoba	1	0	4	2	1	1	3	1	1	4	10	6	6
Cundinamarca	2	0	3	2	0	0	2	6	0	0	20	9	9
Guainía	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
Guaviare	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Huila	2	1	2	1	0	0	2	0	1	0	6	4	4
La Guajira	0	0	6	5	7	7	7	7	17	8	6	0	0
Magdalena	1	1	2	0	0	1	3	3	5	4	5	0	0
Meta	1	0	3	1	1	1	2	2	2	1	6	1	1
Nariño	1	1	3	2	0	0	4	8	1	0	9	2	2
Norte de Santander	0	0	3	1	0	0	2	0	3	0	9	8	8
Putumayo	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	2	2
Quindío	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1	1
Risaralda	4	3	2	2	3	3	2	5	3	1	5	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2
Santander	1	2	1	2	1	0	2	1	0	1	13	2	2
Sucre	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	5	12	12
Tolima	6	18	3	1	1	1	4	2	0	0	7	3	3
Valle del Cauca	5	1	2	1	1	0	3	5	2	1	11	18	18
Vaupés	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	1	2	4	1	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>58</b>	<b>44</b>	<b>74</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>97</b>	<b>102</b>	<b>73</b>	<b>46</b>	<b>286</b>	<b>319</b>	<b>319</b>

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 14

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	1	4	6	0	0	18	19	1	0	135	189
Antioquia	44	35	321	367	0	0	969	1.324	30	42	5.592	4.439
Arauca	13	9	47	59	0	0	40	36	1	0	301	338
Atlántico	13	4	92	107	0	0	105	152	4	4	625	677
Barranquilla D.E.	26	6	119	98	0	0	197	230	4	8	598	669
Bogotá D.C.	37	18	253	249	0	0	408	418	13	6	7.001	8.095
Bolívar	13	9	74	91	0	0	43	69	1	0	594	604
Boyacá	8	7	26	25	0	0	40	59	1	0	1.003	1.201
Buenaventura D.E.	5	5	40	33	0	0	49	61	2	1	105	91
Caldas	4	7	37	53	0	0	87	75	1	0	748	781
Santiago de Cali D.E.	11	3	127	152	0	1	411	400	15	13	2.040	1.823
Caquetá	3	5	23	38	0	0	60	87	1	0	282	250
Cartagena de Indias D.T.	24	13	76	126	0	1	104	135	1	3	335	385
Casanare	9	12	35	46	0	1	40	60	0	3	202	237
Cauca	8	5	57	40	0	0	65	88	1	0	804	826
Cesar	10	5	100	88	0	0	95	123	0	0	528	591
Chocó	16	10	66	78	0	0	51	76	1	1	104	134
Córdoba	12	5	87	71	1	0	62	81	2	5	946	818
Cundinamarca	19	17	96	135	0	0	145	167	4	3	3.148	3.804
Guainía	3	2	4	3	0	0	6	3	0	0	45	33
Guaviare	1	0	8	5	0	0	13	15	0	0	86	83
Huila	3	4	42	41	0	0	91	138	3	2	1.647	1.696
La Guajira	20	10	101	108	0	0	129	184	2	1	320	377
Magdalena	7	6	66	65	0	0	40	51	1	1	363	428
Meta	12	10	66	86	0	0	175	224	5	7	585	627
Nariño	3	4	65	70	0	0	53	44	1	2	1.012	1.308
Norte de Santander	24	16	132	154	0	0	181	228	4	4	971	1.033
Putumayo	1	1	25	28	0	1	25	35	1	1	331	408
Quindío	3	0	25	33	0	0	72	88	1	0	677	618
Risaralda	8	9	44	63	0	0	168	211	7	3	959	1.002
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	2	4	0	0	1	5	0	0	47	79
Santa Marta D.T.	6	3	30	37	0	0	59	89	1	2	172	187
Santander	18	18	110	138	0	0	229	395	7	6	1.616	1.677
Sucre	7	6	60	55	1	0	24	32	0	0	505	504
Tolima	13	10	46	40	0	0	139	224	3	4	722	812
Valle del Cauca	9	11	78	109	0	0	194	244	6	8	1.723	1.865
Vaupés	1	0	1	2	0	0	4	6	0	0	49	91
Vichada	1	3	10	14	0	0	11	5	0	0	59	59
<b>Total nacional</b>	<b>394</b>	<b>290</b>	<b>2.756</b>	<b>2.917</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4.601</b>	<b>5.881</b>	<b>125</b>	<b>130</b>	<b>36.977</b>	<b>38.839</b>



Salud



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Semana epidemiológica **14**  
30 de marzo al 05 de abril de 2025

### TEMA CENTRAL

Vigilancia en Salud Pública de la Población  
Procedente del Exterior en Colombia

#### 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](http://www.ins.gov.co)



### Boletín epidemiológico semanal

**Autores:** Tema central: Carlos Alberto Hernández Londoño. **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 Jineith 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. **Corrector de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

44# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.14>