



Fuente: gettyimages



Morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía

En Colombia ha logrado reducir en las muertes materno-perinatales. Por lo que continuar el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, incluida la morbilidad materna extrema, es fundamental para sostener y avanzar en este importante logro en salud pública.

**Semana
epidemiológica**

18 al 24 de mayo de 2025

21

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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



Tema central

morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía

Pág.

3



Situación nacional

11



Mortalidad

13



Eventos trazadores

20



Brotes y alertas

39



Tablas de mando por departamento

42

Introducción

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer atraviesa múltiples cambios fisiológicos y anatómicos que permiten el adecuado desarrollo del feto. Estos cambios, aunque adaptativos, pueden descompensarse ante ciertas condiciones clínicas o factores de riesgo, lo que predispone a la aparición de complicaciones durante la gestación, el parto o el puerperio (1,2).

Estas complicaciones pueden ser leves o progresar a condiciones graves, potencialmente mortales, que configuran lo que se conoce como morbilidad materna extrema (MME), definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, en la cual la mujer estuvo en riesgo de morir, pero sobrevivió (3). Cada caso de morbilidad materna extrema es una oportunidad para evitar una muerte materna; su vigilancia y análisis permiten anticiparse a desenlaces fatales.

Por su parte, la mortalidad materna se ha reconocido en el mundo y en la región como un indicador del nivel de desarrollo, considerándose más que un problema de salud, ante todo, una cuestión de derechos humanos, en vista de que toda mujer tiene derecho a la maternidad segura (4). Estas muertes siguen siendo una expresión de inequidad de género, etnia, raza, lugar de residencia, nivel educativo y socioeconómico, siendo evitables mediante una combinación de medidas en política pública (5).

En Colombia, la meta establecida en el Conpes 3918 de 2018 (6) y en el plan decenal de salud pública 2022 – 2031, es reducir las muertes maternas a 32 por cada 100 000 nacidos vivos (7,8). En esta misma línea, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló el plan de aceleración para la reducción de la muerte materna, que, mediante la implementación de seis líneas de acción busca disminuir la morbimortalidad materna (9).

En cuanto a la mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT), esta se define como la muerte que ocurre desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los nacidos vivos que fallecen durante los primeros 28 días de vida.



TEMA CENTRAL

Morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía

Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co
Nubia Stella Narváez Díaz, nnarvaez@ins.gov.co
Viviana Inés Pantoja Muñoz, vpantoja@ins.gov.co

El Conpes 3918 de 2018 también establece metas específicas con este evento: disminuir a 13,5 por cada 1 000 nacidos vivos la mortalidad perinatal y a 6 por cada 1 000 nidos vivos la mortalidad neonatal (6).

Bajo este contexto, se presentan los resultados más relevantes de la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia con información preliminar para 2025, como insumo clave para la toma de decisiones en salud materno perinatal.

Morbilidad materna extrema

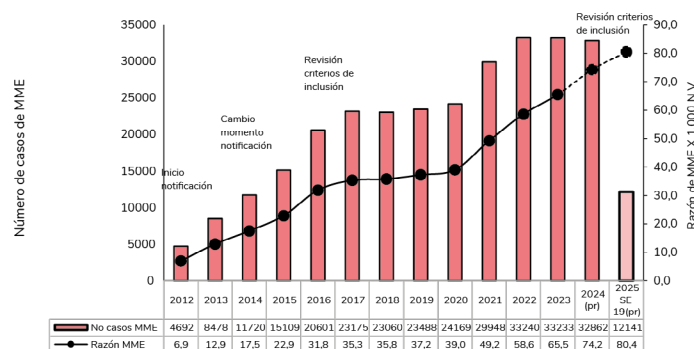
La tendencia histórica de la MME, desde el año 2012 hasta la semana epidemiológica 19 de 2025 (datos preliminares), muestra un promedio semanal de 590 casos. Entre los hitos importantes de este periodo, se destaca que en 2012 se inició la notificación del evento en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), inicialmente al egreso de la paciente. En 2014 se modificó la estrategia para realizar la notificación al momento del ingreso. Además, los criterios de inclusión del evento han sido ajustados en los años 2016 y 2024. De acuerdo con esta evolución, la razón de MME ha mostrado una tendencia ascendente, con un cambio porcentual anual (APC) estadísticamente significativo de 11,98 (IC 95%: 10,4 – 13,6) entre el 2016 y 2025. (figura 1).

De acuerdo con las características sociales y demográficas de las mujeres que cursaron con morbilidad materna extrema (MME) entre 2021 y la semana epidemiológica 19 de 2025, se identifica que, por grupo de edad, las mujeres mayores de 40 años presentaron la razón de MME más alta durante todo el periodo analizado. Este comportamiento también se observó en las regiones Andina, Caribe y Orinoquia, mientras que, en las regiones Amazónica y Pacífica, la mayor razón de MME se presentó en el grupo de edad entre 10 y 14 años.

En cuanto al régimen de afiliación en salud, se evidenció una mayor razón de MME en las mujeres no aseguradas durante los años 2020, 2021, 2023, 2024 y 2025. Asimismo, se identificó una variación estadísticamente significativa con tendencia al incremento en los regímenes contributivo, subsidiado y no asegurado.

Respecto a la pertenencia étnica, la razón de MME fue más alta en los grupos poblacionales clasificados como "otros" durante el periodo 2021–2023. Para 2024, la mayor razón se presentó en mujeres afrocolombianas, y en 2025 correspondió a mujeres con pertenencia étnica indígena. Según los grupos indígenas, los casos de MME se concentraron principalmente en los pueblos Wayuu (residentes principalmente en La Guajira), Awá (Nariño), Nasa (Cauca) y Emberá (Chocó) (tabla 1).

Figura 1. Tendencia de la razón de mortalidad materna en Colombia, 2007-2024pr, semana epidemiológica 19 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud 2015 – 2024, SE 19 2025 cifras preliminares. Nacidos vivos DANE 2015 a 2023, RUAF ND 2024 – 2025 datos preliminares.

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

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

Tabla 1. Características sociales y demográficas de la morbilidad materna extrema, Colombia, 2021– 2024, semana epidemiológica 19 2025

Año	2021	2022	2023	2024pr	2025pr	Comportamiento
Grupo de edad						
10-14 años	58,3	57,3	72,6	93,8	105,7	Incremento
15-19 años	44,6	48,6	63,2	72,3	79,8	Incremento
20-24 años	42,5	46,0	56,6	63,4	73,7	Incremento
25-29 años	45,3	51,2	60,1	64,5	72,3	Incremento
30-34 años	53,8	60,8	67,8	73,7	82,4	Incremento
35-39 años	69,5	77,0	86,3	96,0	98,9	Incremento
40 años y mas	90,4	105,6	118,6	128,7	135,2	Incremento
Régimen de afiliación SGSSS						
Contributivo	53,2	60,0	63,3	68,8	78,4	Incremento
Subsidiado	44,2	53,3	64,8	72,7	79,8	Incremento
No asegurado	62,0	40,4	75,7	75,7	88,2	Incremento
Pertenencia étnica						
Indígena	26,0	35,9	54,2	64,5	77,5	Incremento
Afrocolombiano	30,0	32,9	46,7	76,2	72,2	Incremento
Otros	51,5	56,7	66,7	70,6	70,6	Incremento

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2021- 2024, 2025 SE 19 cifras preliminares. Denominador: Nacidos vivos DANE 2021 - 2023, RUAF ND 2024- 2025 datos preliminares.

En Colombia, las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema son los trastornos hipertensivos, las complicaciones hemorrágicas y la sepsis de origen obstétrico, las cuales representan el 87,6 % del total de casos notificados. Para el año 2025, se observa un incremento en las complicaciones relacionadas con el aborto y en los casos de sepsis de origen no obstétrico, en comparación con el comportamiento histórico. Las demás causas agrupadas mantienen una tendencia estable. (Tabla 2).

Tabla 2. Causas agrupadas de morbilidad materna extrema, Colombia, 2021- 2024, semana epidemiológica 19 de 2025

Causa agrupada	Razón MME					Comportamiento inusual de la MME en 2025 pr (SE 19)
	Razón MME 2021	Razón MME 2022	Razón MME 2023	Razón MME 2024pr	Razón MME 2025pr	
Trastornos hipertensivos	72,9	72,6	45,5	47,7	52,4	Estable
Complicaciones hemorrágicas	13,8	14,3	9,9	11,9	14,7	Estable
Sepsis de origen obstétrico	4,7	5,0	3,4	3,8	3,8	Estable
Otra causa	3,2	3,3	2,2	2,8	3,1	Estable
Complicaciones de aborto	1,8	2,0	1,8	2,3	2,5	Incremento
Enfermedad preexistente que se complica	1,2	1,4	1,6	2,0	2,0	Estable
Sepsis de origen no obstétrico	0,6	0,8	0,9	1,5	1,6	Incremento
Sepsis de origen pulmonar	1,8	0,6	0,2	0,3	0,4	Estable

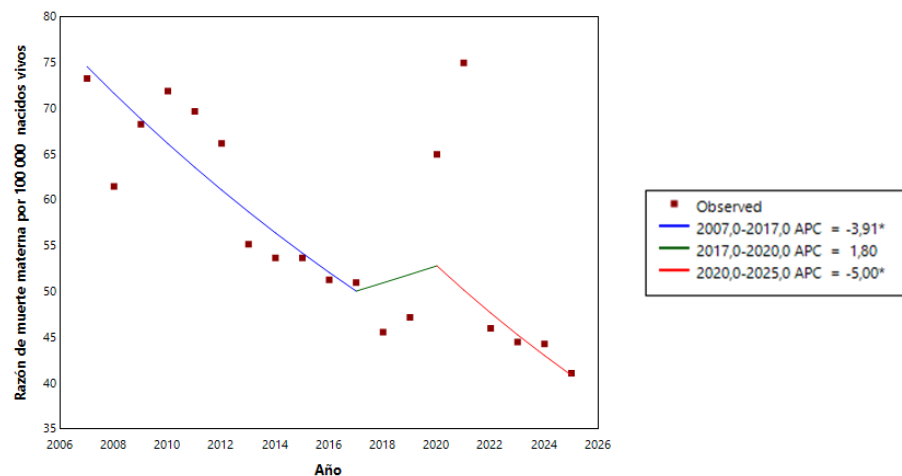
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2021 – 2024, 2025 SE 19 cifras preliminares. Denominador: Nacidos vivos DANE 2021 - 2023, RUAF- ND 2024- 2025 datos preliminares.

El análisis del comportamiento de las causas agrupadas de morbilidad materna extrema por regiones mostró que en todo el país los dos primeros lugares corresponden a los trastornos hipertensivos y a las complicaciones hemorrágicas. Sin embargo, en la región Amazónica, el tercer lugar lo ocupó la sepsis de origen pulmonar; en las regiones Caribe y Pacífica, correspondió a la sepsis de origen obstétrico; y en las regiones Andina y Orinoquia, a otras causas.

Mortalidad materna

La tendencia histórica de la muerte materna desde 2007 hasta 2024 muestra un promedio anual de 372 casos, una mediana de 361, con un rango intercuartílico de 324 (196 - 520). Se observó comportamiento hacia el descenso; con un cambio porcentual anual (APC) de -3,91 (IC 95% -7,3 a -0,4; p 0,03) estadísticamente significativo entre 2007 a 2017. En 2020 y 2021 se identificó un incremento relacionado con la pandemia por Covid-19, seguido de una nueva reducción a partir del 2021 hasta la actualidad con un APC de -5,00 (IC 95% -8,7 a -1,2; p 0,01) (figura 2).

Figura 2. Tendencia de la razón de mortalidad materna en Colombia, 2007-2024, semana epidemiológica 19 2025



Fuente: numerador: DANE - Estadísticas Vitales - Defunciones 2007 – 2018; Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2019 – 2024, SE 19 2025 cifras preliminares. Denominador: Nacidos vivos DANE 2007 a 2023, RUAF ND 2024 – 2025 datos preliminares.

Las características sociales y demográficas a semana epidemiológica 19 de 2025, muestran que las razones más altas se concentraron en el grupo de edad mayor de 40 años, afiliación al régimen subsidiado, residencia en área rural y pertenencia étnica indígena. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024 se encontraron diferencias estadísticamente significativas hacia el decremento en las variables analizadas, exceptuando el grupo de 10 a 14 años, 15 a 19 años, mayores de 40 años y pertenencia étnica indígena (tabla 3).

Tabla 3. Características sociales y demográficas de la mortalidad materna, Colombia, 2024 – 2025 semana epidemiológica 19

Edad de la madre	Histórico 2021 - 2024 SE 19	Acumulado de casos SE 19		Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024	2025
10 a 14 años	1	1	0	89,4	0,0
15 a 19 años	13	12	9	53,1	44,3
20 a 24 años	22	17	13	40,3	33,0
25 a 29 años	21	18	11	43,3	27,3
30 a 34 años	25	16	13	52,1	43,0
35 a 39 años	16	8	10	50,4	65,0
40 y más años	8	6	6	130,0	136,8
Tipo de afiliación en salud	Histórico 2021 - 2024 SE 19	Acumulado de casos SE 19		Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024	2025
Subsidiado	69	54	46	61,3	54,5
Contributivo	25	18	16	28,5	26,5
No afiliado	10	5	0	90,9	0,0
Área de residencia	Histórico 2021 - 2024 SE 19	Acumulado de casos SE 19		Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024	2025
Urbano	74	55	40	46,4	35,2
Rural	23	16	17	53,4	61,6
Pertenencia étnica	Histórico 2021 - 2024 SE 19	Acumulado de casos SE 19		Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024	2025
Indígena	15	16	14	197,1	185,8
Afrocolombiano	8	5	3	85,8	54,1
Otros	82	57	45	39,4	32,7

Fuente: numerador: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2024 - 2025 SE 19 cifras preliminares. Denominador: Nacidos vivos RUAF ND 2024 – 2025 datos preliminares.

Al realizar el análisis por pueblo indígena, se identificó que en los últimos cinco años el mayor número de casos corresponde al pueblo Wayúu (75 casos) residentes principalmente en La Guajira, seguido por el pueblo Sikuani (14 casos) residentes principalmente en Vichada y el pueblo Nasa (11 casos) residentes principalmente en Cauca.

Entre las mujeres que se notificaron como una morbilidad materna extrema hasta la

semana epidemiológica 19 de 2025, se identificó un mayor riesgo de muerte en las gestantes afiliadas al régimen subsidiado (RR: 2,1; IC 95%: 1,2–3,9) en comparación con las afiliadas al régimen contributivo. Según el área de residencia, las mujeres del área rural dispersa presentaron mayor riesgo (RR: 2,1; IC 95%: 1,3–3,8) frente a quienes viven en cabecera municipal y centro poblado. Asimismo, las mujeres indígenas mostraron un riesgo más elevado (RR: 5,6; IC 95%: 3,1–10,2) respecto a otros grupos étnicos. Finalmente, el mayor riesgo se observó en quienes no accedieron a controles prenatales (RR: 6,3; IC 95%: 3,8–10,3), en comparación con aquellas que sí los recibieron (tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado entre muerte materna y morbilidad materna extrema, Colombia, semana epidemiológica 19 2025

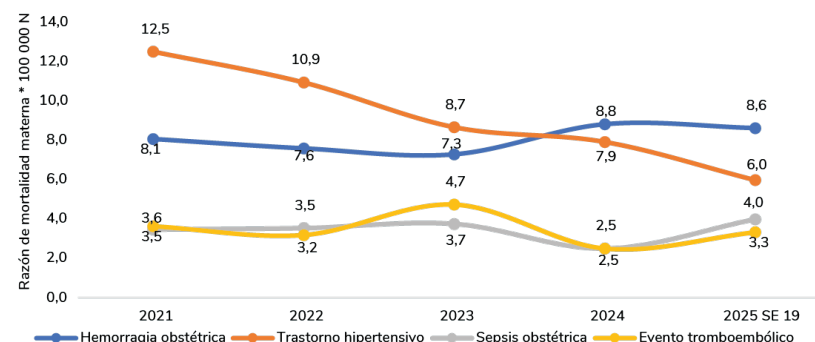
Grupos de edad	Casos MM	Casos MME	Chi 2	RR (IC 95 %)*
15 a 19 años	9	1622	0,93	1,10 (0,54 - 2,22)
20 a 24 años	13	2899	0,69	0,84 (0,45 - 1,55)
25 a 29 años	11	2913	0,31	0,68 (0,35 - 1,31)
30 a 34 años	13	2490	1,00	1,02 (0,55 - 1,89)
35 y más años	16	2115	0,11	1,64 (0,93 - 2,89)
Tipo de seguridad social	Casos MM	Casos MME	Chi 2	RR (IC 95 %)
Contributivo	16	4739	0,03	0,52 (0,29 - 0,92)
Subsidiado	46	6732	0,00	2,19 (1,24 - 3,87)
Pertenencia étnica	Casos MM	Casos MME	Chi 2	RR (IC 95 %)
Indígena	14	584	0,00	5,65 (3,13 - 10,20)
Afrocolombiano	3	406	0,76	1,46 (0,46 - 4,65)
Otros	45	11143	0,00	0,23 (0,13 - 0,41)
Área de residencia	Casos MM	Casos MME	Chi 2	RR (IC 95 %)
Cabecera municipal	40	9644	0,00	0,47 (0,28 - 0,79)
Centro poblado	5	724	0,66	1,38 (0,55 - 3,43)
Rural disperso	17	1773	0,00	2,19 (1,26 - 3,83)
Número de controles prenatales	Casos MM	Casos MME	Chi 2	RR (IC 95 %)
Sin control prenatal	30	1410	0,00	6,31 (3,84 - 10,35)
Entre 1 y 3 controles prenatales	8	1694	0,72	0,82 (0,39 - 1,72)
Cuatro o más controles prenatales	24	7967	0,00	0,24 (0,14 - 0,41)

Fuente: numerador: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2024 - 2025 SE 19 cifras preliminares

*El grupo de referencia para el cálculo del riesgo relativo en las variables grupo de edad, pertenencia étnica, área de residencia y número de controles prenatales corresponde a la suma de todas las demás categorías diferentes a la categoría en análisis.

La principal causa de muerte materna es directa por hemorragia obstétrica, seguido por trastorno hipertensivo, sepsis de origen obstétrico y evento tromboembólico, las cuales representan el 53,2 % del total de casos notificados durante SE 19 de 2025. La razón más elevada en los últimos cinco años se observó en el trastorno hipertensivo asociado al embarazo, sin embargo, se observa un descenso paulatino año tras año, con una razón a SE 19 de 6,0 casos por cada 100 000 nacidos vivos. La sepsis de origen obstétrico y el evento tromboembólico presentan aumento al compararlas con al año 2024 (figura 3).

Figura 3. Razón de las principales causas agrupada de muerte materna temprana, Colombia, 2020- 2024, semana epidemiológica 19 de 2025



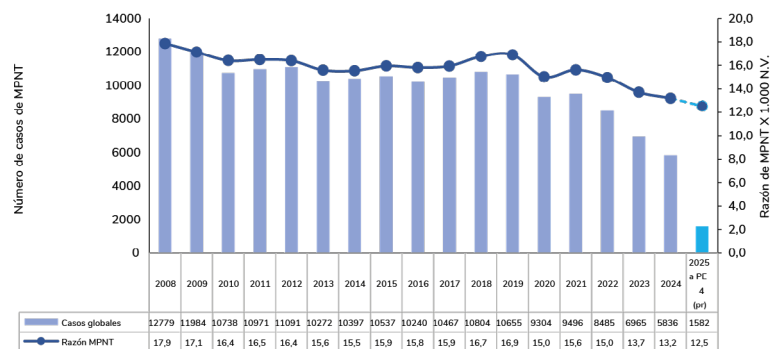
Fuente: numerador: Instituto Nacional de Salud 2021 – 2024, SE 19 2025 cifras preliminares. Denominador: Nacidos vivos DANE

2021 a 2023, RUAF ND 2024 – 2025 datos preliminares

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

En el país la tendencia tanto de los casos como de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) presentó disminución con una variación porcentual de -16,7 % frente a 2020. Con corte a semana epidemiológica 16 de 2025 se han notificado 1 582 casos de residentes en el país con una razón preliminar de 12,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos (figura 4).

Figura 4. Razones y casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según notificación al Sivigila, Colombia, 2008 a 2025

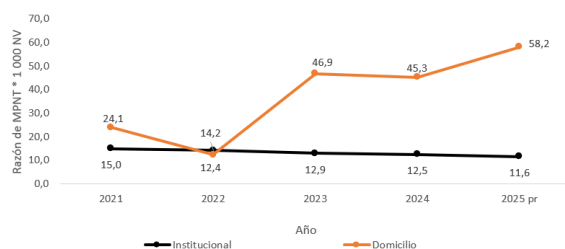


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008 – 2024, 2025 (Datos preliminares). SE: semana epidemiológica

El análisis por periodos perinatales de riesgo presentó las tasas más altas en el periodo relacionado con la salud materna con una tasa de 7,1 por 1 000 nacidos vivos, seguido de cuidados prenatales con 2,4 y atención del recién nacido 1,5.

El análisis de características sociales y demográficas muestra que las razones MPNT por 1 000 nacidos vivos más altas se concentraron en área urbana (12,6), el régimen subsidiado (13,8), población indígena (18,6), edad materna del 10 a 14 años (26,1), sin controles prenatales (104,7), grandes múltiparas (6 o más gestaciones) (29,8) y peso fetal o neonatal < 2 500 g (27,2). En cuanto a sitio de parto, la razón de parto domiciliario en 2025 es de (58,2), observando razones más altas frente al institucional en los últimos 3 años.

Figura 5. Razón por sitio de parto de mortalidad perinatal y neonatal tardía según notificación al Sivigila, Colombia, 2021 a 2025



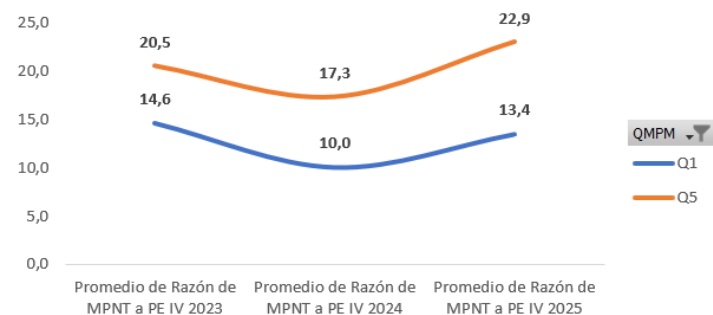
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2025, datos preliminares para 2025. DANE Nacidos vivos

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

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

Finalmente, el análisis de desigualdad de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía tomando como indicador social el índice de pobreza multidimensional (IPM) por municipios, publicado en 2019, evidenció una disminución de la brecha absoluta de 3,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos en 2025, en comparación con 2023, entre los municipios del quintil 5 (Q5), con mayor IPM, y los del quintil 1 (Q1), considerados como los menos pobres en el país (figura 6)

Figura 6. Análisis de desigualdad en la razón de mortalidad materno perinatal y neonatal tardía por índice de pobreza multidimensional en municipios, Colombia, a período epidemiológico IV de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2025, datos preliminares para 2025. DANE Nacidos vivos

Conclusiones

- Las desigualdades sociales y demográficas influyen significativamente en el comportamiento de la MME. Se identifican mayores riesgos en mujeres adolescentes y mayores de 40 años, en mujeres no aseguradas, y en ciertos grupos étnicos, especialmente indígenas y afrocolombianos.
- La mortalidad materna en Colombia desde 2021 a la fecha presenta un descenso estadísticamente significativo.
- Los factores de riesgo para la muerte materna se encuentran relacionados con determinantes sociales como el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (subsidiado), área de residencia (rural disperso), pertenencia étnica (indígena), los cuales son reflejo de las inequidades entre grupos poblacionales que perpetúan la presencia del evento a través del tiempo.

- Con corte a SE 19 de 2025 el riesgo de muerte en la morbilidad materna extrema fue cinco veces más para las gestantes que no accedieron al control prenatal en comparación con quienes accedieron a control prenatal, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el proceso de captación temprana de las gestantes al control prenatal con el fin de identificar los riesgos e intervenirlos de manera oportuna.
- La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica, trastorno hipertensivo asociado al embarazo y sepsis de origen obstétrico, por lo que se hace necesario fortalecer las capacidades del talento humano en salud frente a la identificación del riesgo obstétrico y manejo de la emergencia obstétrica.
- La mortalidad perinatal y neonatal tardía fue mayor en la población con las siguientes variables sociodemográficas: tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (régimen subsidiado), población indígena, edad materna del 10 a 14 años, sin controles prenatales, grandes múltiparas (6 o más gestaciones), parto domiciliario (66,6) y peso fetal o neonatal < 2 500 g.
- La mortalidad perinatal y neonatal tardía presenta un aumento en la razón de casos ocurridos en domicilio desde el año 2023, de los cuales para año 2025, el 51,4 % no tienen ningún control prenatal, además el 66 % de las muertes en 2025 pertenecen a otros grupos poblacionales.

Recomendaciones

- Intensificar la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema en todos los niveles del sistema para reducir desenlaces fatales y discapacidades evitables. Esta tarea requiere una acción conjunta entre secretarías de salud y entidades aseguradoras, estableciendo un monitoreo oportuno y articulado que se traduzca en medidas efectivas de prevención, atención y respuesta para mejorar la salud materna en el país.
- Establecer intervenciones en salud materna con un abordaje diferencial, intersectorial y culturalmente pertinente, responsabilidad que recae en las secretarías de salud departamentales, municipales y en las entidades aseguradoras, en articulación con otros sectores y actores comunitarios.

- Implementar las líneas de acción descritas en el Plan de Aceleración para la Reducción de la Muerte Materna, con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y la participación de las secretarías de salud territoriales y las aseguradoras, para reducir efectivamente la morbimortalidad materna.
- Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, mediante la conformación y despliegue de equipos extramurales multidisciplinarios, responsabilidad conjunta de las EPS, IPS y secretarías de salud, especialmente en áreas rurales dispersas.

Referencias

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; [Internet]. 2018. [cited 2025 May 24]. Disponible en https://www.soymedicina.com/libros-de-medicina/williams-obstetricia-25-edicion/#google_vignette
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá: Minsalud; [Internet]. 2013. [cited 2025 May 24]. Disponible en <chrome-extension://efaidnbmninnibpcapcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
3. World Health Organization (WHO). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO; [Internet]. 2011. [cited 2025 May 24]. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502221>
4. UNFPA LACRO. Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030 [Internet]. 2021 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://lac.unfpa.org/es/resources/consenso-estrat%C3%A9gico-interagencial-para-la-reducci%C3%B3n-de-la-morbi-mortalidad-materna#:~:text=La%20reducci%C3%B3n%20de%20la%20>

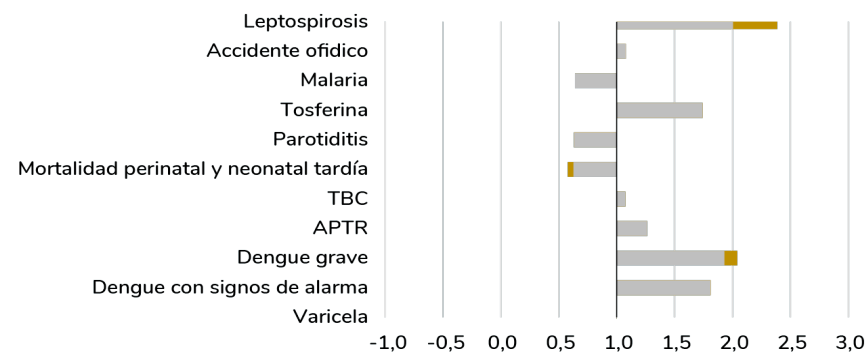
mortalidad,por%20cada%20100%2C000%20nacidos%20vivos.

5. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la mortalidad materna. Nueve pasos para reducir la mortalidad materna [Internet]. 2023 [cited 2025 May 23]. Available from: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cmm_-_9_pasos_esp_1.pdf
6. Departamento nacional de planeación. Documento CONPES 3918 [Internet]. Colombia 2018 p. 1–74. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023 [Internet]. Colombia ; 2023 p. 1–381. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022 [Internet]. 2022 p. 1–273. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
9. Ministerio de salud y protección social, Dirección de promoción y prevención. Grupo salud sexual y reproductiva. Grupo curso de vida. Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna [Internet]. 2023 p. 1–29. Available from: <https://actualisalud.com/wp-content/uploads/2023/05/Plan-Aceleracion-Reduccion-Muertes-Maternas.pdf>



Para la semana epidemiológica 21 de 2025, se identificó que los eventos leptospirosis y dengue grave se ubicaron por encima de los esperado mientras que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 7. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 21 de 2025.



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

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 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 5. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 21 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	76 208	64 484	1,07	0,28

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.

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.

En la semana epidemiológica 21 de 2025, el evento zika y mortalidad por dengue se encuentra por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	9	2	0,00
Mortalidad por dengue	13	3	0,00
Leishmaniasis cutánea	25	78	0,00
Chikunguña	1	2	0,27
Lepra	7	5	0,11
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,55
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,30

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

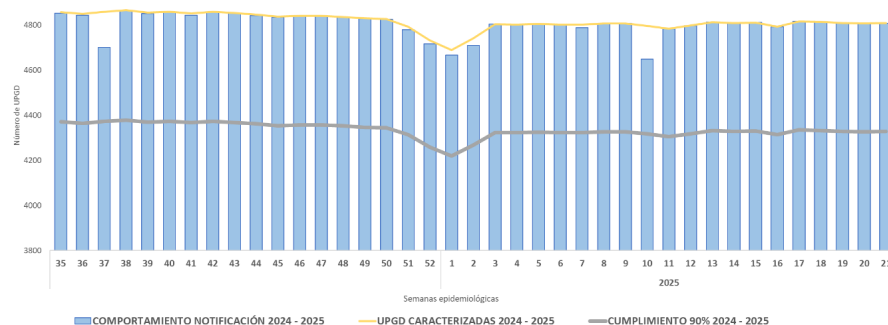
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y de la semana 21 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

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 0,16 % comparado con la semana epidemiológica 21 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %), por lo cual no se registraron incumplimientos en

la notificación de eventos de interés en salud pública a nivel nacional durante esta semana.

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 8).

Figura 8. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 21 de 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://bit.ly/3G330q>

A semana epidemiológica (SE) 21 de 2025, se han notificado 286 muertes probables en menores de cinco años: 159 por infección respiratoria aguda (IRA), 81 por desnutrición (DNT) aguda y 46 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, cuatro 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 21 de 2025 se han notificado 279 fallecimientos (155 por IRA, 79 por DNT aguda y 45 por EDA); de estos, 103 casos han sido confirmados, 28 han sido descartados y 148 casos se encuentran en estudio (tabla 7).

Tabla 7. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 21 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 21 2025			Casos en estudio a SE 21 2025			Tasa a SE 21 2024			Tasa a SE 21 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	35	47	21	37	89	22	2,75	3,60	2,20	0,98	1,32	0,59
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	21,10	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	1	2	1	2	19	0	2,83	2,83	1,18	0,24	0,48	0,24
Arauca	0	1	0	0	0	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	2	1	0	3,50	2,63	0,88	0,00	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	1	0	0,00	1,14	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	7	2	0,00	1,51	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	1	0	1	2	0	0,00	5,91	0,98	1,01	1,01	0,00
Boyacá	0	2	1	1	0	1	0,00	4,71	0,00	0,00	2,40	1,20
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	2	1	2,89	2,89	8,66	2,96	0,00	0,00
Caldas	0	0	1	0	0	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	5	2	0,00	3,53	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	2,70	8,09	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	0	0	0	1,29	2,59	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	2,65	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	1	1	2	3	1	0,00	2,67	0,00	0,00	0,90	0,90
Cesar	2	0	2	3	1	2	3,32	2,49	2,49	1,69	0,00	1,69
Chocó	8	15	4	2	3	0	31,35	33,10	52,26	14,01	26,28	7,01
Córdoba	3	1	0	3	2	2	4,66	2,00	0,67	2,04	0,68	0,00
Cundinamarca	0	2	0	1	7	1	0,00	2,12	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	0	1	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	0	0	0	1	0	1,01	2,02	0,00	1,03	0,00	0,00
La Guajira	7	1	3	8	8	5	15,52	9,13	10,95	6,47	0,92	2,77
Magdalena	2	1	1	3	2	0	8,41	2,40	1,20	2,44	1,22	1,22
Meta	1	1	1	1	2	0	1,21	3,64	1,21	1,23	1,23	1,23
Nariño	0	6	0	2	1	0	0,84	2,53	0,00	0,00	5,18	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	1	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	1	3	3	1	3	1	12,22	8,73	6,98	1,80	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	1	3	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	2	0	0,00	2,01	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	2	0	0	1	0	7,87	5,24	0,00	0,00	2,66	0,00
Tolima	0	1	0	0	3	1	0,00	6,09	2,43	0,00	1,24	0,00
Valle del Cauca	1	3	0	0	2	0	1,49	2,98	0,74	0,77	2,30	0,00
Vaupés	0	0	1	0	1	2	30,23	0,00	15,11	0,00	0,00	14,72
Vichada	3	0	0	1	3	0	21,61	21,61	7,20	21,62	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: menores de cinco años.
Factor: 100.000

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 155 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 39 confirmadas por clínica y ocho por laboratorio, 19 descartadas y 89 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 21 fue 131, para una tasa de mortalidad de 3,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la SE 21 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C., Chocó, Cundinamarca y La Guajira, y a nivel municipal, en San Andrés de Tumaco. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Enterovirus*, *Haemophilus influenzae B*, *Rhinovirus*, *Moraxella catarrhalis*, *Parainfluenza* tipo 3, SARS-CoV2, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, (tabla 8).

Tabla 8. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 21, 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
<i>Adenovirus</i>	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Enterovirus</i>	3	2	2	1	1	9	2	0	0	0	0	2
<i>Escherichia coli</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Haemophilus influenzae B</i>	3	1	0	0	0	4	2	0	0	0	0	2
<i>Influenza A</i>	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1	0	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza</i> tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza</i> tipo 3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
<i>Parainfluenza</i> tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Rhinovirus</i>	4	2	4	1	2	13	1	1	0	0	0	2
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	0	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	2	0	3	1	8	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	9	0	1	1	0	11	0	0	0	0	0	0
Total	43	13	12	10	5	83	10	2	0	0	0	12

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta SE se han notificado 79 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 35 fueron confirmadas, siete descartadas y 37 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,98 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 21 fue de 100, para una tasa de mortalidad de 2,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la SE 21 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander, y a nivel municipal, en Uribe y Quibdó. 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 SE 21 se han notificado 45 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*), 20 confirmadas por clínica, dos descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 21 fue de 80, para una tasa de mortalidad de 2,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la SE 21 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y Chocó, y a nivel municipal, en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales, tanto departamentales como 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 definiciones¹:

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

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

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

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

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/UFG028779>

En la semana epidemiológica 21 de 2025 se notificaron al Sivigila 11 casos, siete muertes maternas tempranas, dos muertes maternas tardías y dos muertes maternas coincidentes; para un total acumulado de 77 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 72 residen en territorio colombiano y cinco residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 9).

Tabla 9. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 21, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	115	58	31	204
2023	102	56	28	186
2024	82	59	26	167
2025p	72	44	13	129

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, La Guajira, Bogotá D.C., Cesar, Chocó, Córdoba y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021 – 2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bogotá, Bolívar, Cartagena, Magdalena y Santa Marta; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 10).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Yopal (Casanare), Puerto Colombia (Atlántico), Valencia (Córdoba), El Rosal y Guasca (Cundinamarca), El Tarra (Norte de Santander), Icononzo (Tolima) y Caicedonia (Valle del Cauca) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias en las muertes maternas tempranas (tabla 11).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 21 de 2025, el 62,5 % corresponden a causas directas y el 27,8 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 20,8 % (tabla 12).

Tabla 10. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 21	Acumulado de casos a SE 21	
		2024	2025
Colombia	115	82	72
Antioquia	10	6	8
La Guajira	9	6	7
Bogotá D.C.	11	8	6
Cesar	5	7	5
Chocó	6	7	4
Córdoba	5	5	4
Cundinamarca	5	4	4
Santiago de Cali D.E.	3	2	3
Casanare	1	1	3
Nariño	5	4	3
Atlántico	3	1	2
Barranquilla D.E.	3	3	2
Norte de Santander	5	4	2
Risaralda	3	1	2
Santander	2	2	2
Tolima	3	0	2
Valle del Cauca	3	1	2
Amazonas	1	0	1
Bolívar	5	3	1
Boyacá	1	2	1
Caquetá	1	0	1
Cauca	4	3	1
Guainía	0	0	1
Huila	3	5	1
Meta	3	2	1
Quindío	1	0	1
Sucre	2	2	1
Vichada	1	0	1
Arauca	1	0	0
Buenaventura D.E.	2	0	0
Caldas	1	1	0
Cartagena de Indias D.E.	3	0	0
Guaviare	0	0	0
Magdalena	5	0	0
Putumayo	1	1	0
Santa Marta D.T.	4	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

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

Tabla 11. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021- 2024, Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 21	Valor observado SE 21
Colombia	115	72
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Yopal (Casanare)	0	2
Puerto Colombia (Atlántico)	0	1
Valencia (Córdoba)	0	1
Guasca (Cundinamarca)	0	1
El Rosal (Cundinamarca)	0	1
El Tarra (Norte de Santander)	0	1
Icononzo (Tolima)	0	1
Caicedonia (Valle del Cauca)	0	1

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

Tabla 12. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 21	Número de casos y proporción a SE 21 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	92	102	100	82	100	72	100
DIRECTA	61	68	66,7	53	64,6	45	62,5
Hemorragia obstétrica	16	13	12,7	18	22,0	15	20,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	21	24	23,5	18	22,0	9	12,5
Sepsis obstétrica	8	10	9,8	5	6,1	7	9,7
Evento tromboembólico como causa básica	7	8	7,8	5	6,1	6	8,3
Embarazo ectópico	5	6	5,9	3	3,7	5	6,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	3	2,9	2	2,4	2	2,8
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,2	1	1,4
Embolia de líquido amniótico	1	2	2,0	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	30	32	31,4	28	34,1	20	27,8
Otras causas indirectas	13	15	14,7	11	13,4	7	9,7
Otras causas indirectas: neumonía	5	5	4,9	4	4,9	6	8,3
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	2,8
Otras causas indirectas: cáncer	4	5	4,9	3	3,7	2	2,8
Sepsis no obstétrica	6	7	6,9	4	4,9	1	1,4
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	2,4	1	1,4
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	4,9	1	1,4
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	1,0	0	0,0	1	1,4
En estudio	1	1	1,0	1	1,2	6	8,3

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 21 de 2025 se han notificado 2 149 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 124 corresponden a residentes en Colombia y 25 residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (258), Antioquia (253), Cundinamarca (143), La Guajira (101) y Santiago de Cali D.E. (94). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 21 de 2025, se observó un comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Boyacá, Buenaventura D.E., Santiago de Cali D.E., Caquetá, Cartagena de indias D.T., Casanare, Cauca,

Chocó, Córdoba, Huila, Putumayo, Quindío, Santa Marta D.T., Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 13).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Valledupar (Cesar), Buenaventura D.E. (Valle del Cauca), Puerto Gaitán (Meta), Palmira (Valle del Cauca), Agustín Codazzi (Cesar), Apartadó (Antioquia), Girón (Santander), Necoclí (Antioquia), Cauca (Antioquia) y Montelíbano (Córdoba) (tabla 14).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,4 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,0 %, neonatales tardías con 17,3 % y fetales intraparto con 10,3 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,4 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,9 % (tabla 15). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 21 de 2025, en comparación con 2023 y 2024 (datos preliminares), en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte. En consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 13. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 21	Acumulado de casos a SE 21	
		2024	2025
Colombia	3 305	2 480	2 124
Bogotá, D.C.	364	311	258
Antioquia	370	274	253
Cundinamarca	175	153	143
La Guajira	171	125	101
Santiago de Cali D.E.	123	104	94
Córdoba	169	121	91
Nariño	94	80	76
Cesar	116	72	75
Meta	74	59	69
Bolívar	97	52	64
Santander	103	66	64
Cauca	110	75	62
Valle del Cauca	93	76	62
Cartagena de Indias D.T.	107	71	60
Norte de Santander	100	75	59
Barranquilla D.E.	125	67	56
Atlántico	103	77	46
Magdalena	76	60	45
Huila	80	60	44
Tolima	67	51	44
Boyacá	61	55	43
Sucre	83	61	43
Caldas	42	32	35
Chocó	81	69	32
Risaralda	51	40	31
Buenaventura D.E.	36	25	29
Casanare	34	27	22
Caquetá	30	17	18
Santa Marta D.T.	39	23	18
Putumayo	24	23	16
Quindío	28	20	15
Arauca	30	17	13
Vichada	16	17	11
Amazonas	6	5	8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	5	6	8
Guaviare	6	1	7
Guainía	8	3	6
Vaupés	7	10	3

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

Tabla 14. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 21 2020 - 2024	Valor observado a SE 21 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 305	2 124	-
Valledupar (Cesar)	25	32	2
Buenaventura D.E. (Valle del Cauca)	24	29	2
Puerto Gaitán (Meta)	5	13	2
Palmira (Valle del Cauca)	6	12	2
Agustín Codazzi (Cesar)	6	11	2
Apartadó (Antioquia)	3	10	2
Girón (Santander)	5	10	2
Necoclí (Antioquia)	4	8	2
Caucasia (Antioquia)	4	8	2
Montelíbano (Córdoba)	4	8	2

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

Tabla 15. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 21, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 21, 2023 -2025					
	2023 a SE 21	(%)	2024 a SE 21	(%)	2025 a SE 21	(%)
Colombia	3 078	100,0	2 480	100,0	2 124	100,0
Asfixia y causas relacionadas	745	24,2	644	26,0	548	25,8
Prematuridad-inmadurez	553	18,0	417	16,8	328	15,4
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	499	16,2	379	15,3	274	12,9
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	352	11,4	284	11,5	196	9,2
Infecciones	256	8,3	211	8,5	171	8,1
Sin información	4	0,1	0	0,0	165	7,8
Malformación congénita	293	9,5	223	9,0	159	7,5
Otras causas de muerte	196	6,4	164	6,6	119	5,6
Causas no específicas	63	2,0	65	2,6	92	4,3
Trastornos cardiovasculares	77	2,5	69	2,8	51	2,4
Lesión de causa externa	31	1,0	12	0,5	13	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	9	0,3	12	0,5	8	0,4

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 21 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia al aumento en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 14 a SE 17 2025	SE 18 a SE 21 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	566 631	603 717	● 6,55%	
Hospitalización en sala general	27 805	29 360	● 5,59%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 084	3 185	● 3,27%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 21 de 2025 se notificaron 170 606 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 Choco, Córdoba, Guainía, La Guajira, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D.E., Quindío y Vichada. Las 27 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 (18 a 21 de 2025) en 32 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2025.

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	31 263	34 441	4 321	8 161
Antioquia	Itagüí	31 558	37 539	4 074	7 775
Atlántico	Soledad	36 175	34 979	6 485	7 485
Antioquia	Bello	30 252	26 734	3 319	5 555
Cundinamarca	Chía	25 821	24 021	3 720	4 768
La Guajira	Maicao	23 190	25 004	2 237	4 609
La Guajira	Uribia	21 511	19 567	1 536	3 812
Antioquia	Rionegro	12 396	16 329	1 616	3 581
Santander	Barrancabermeja	7 359	12 654	666	2 445
Risaralda	Dosquebradas	10 631	12 668	1 112	2 429
Santander	Floridablanca	9 896	10 702	1 651	2 297
Antioquia	Envigado	9 821	11 238	1 581	2 252
Valle del Cauca	Palmira	11 257	12 447	1 608	2 175
Córdoba	Sahagún	8 778	10 320	1 332	2 122
Cundinamarca	Zipaquirá	7 975	9 384	1 668	2 078
Boyacá	Sogamoso	6 044	7 781	1 299	1 936
Boyacá	Duitama	10 325	8 984	1 872	1 781
Antioquia	Apartado	7 322	7 184	953	1 684
Cundinamarca	Girardot	7 981	9 382	1 473	1 663
Bolívar	Magangué	6 041	8 449	874	1 575
Cundinamarca	Facatativá	9 119	7 930	1 744	1 543
Córdoba	Cerete	6 118	7 372	530	1 536
Magdalena	Ciénaga	9 107	9 123	960	1 525
Casanare	Yopal	6 302	5 425	846	1 442
Cundinamarca	Funza	5 607	7 014	1 038	1 364
Norte de Santander	Ocaña	6 321	6 666	324	1 337
Antioquia	Turbo	5 541	5 914	764	1 255
Valle del Cauca	Yumbo	5 338	6 434	950	1 249
Cauca	Santander De Quilichao	5 376	5 298	829	1 218
Córdoba	Lorica	5 204	6 125	781	1 185
Valle del Cauca	Cartago	7 001	6 914	363	1 183
Huila	Pitalito	4 356	5 765	459	1 076
Cundinamarca	Madrid	8 590	5 676	1 025	1 040
Santander	Piedecuesta	2 147	3 857	315	1 013
Cesar	Aguachica	3 610	5 011	828	999
Valle del Cauca	Tuluá	6 452	5 710	500	932
Cundinamarca	Mosquera	3 383	2 806	569	826
Santander	Girón	2 684	3 370	278	773
Atlántico	Malambo	4 711	2 610	398	622
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	3 775	2 781	654	572
Norte de Santander	Villa del Rosario	2 792	3 168	486	551
Cauca	Guapi	1 024	2 153	188	439
Nariño	La Florida	278	317	68	54

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

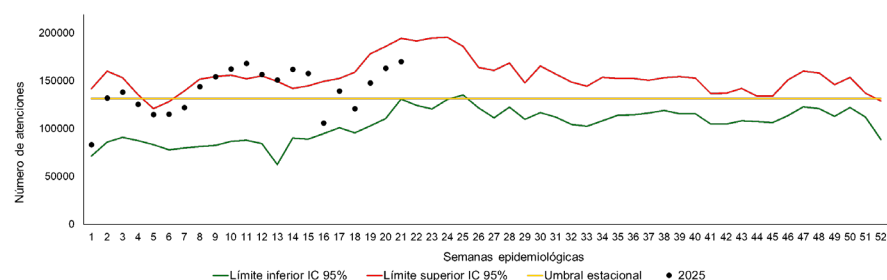
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (18 a 21 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 23,8 % (144 054) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 21,1 % (127 737). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 14,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 13,9 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados; sin embargo, entre las semana 09 a 15 se observó una tendencia al alza que superó el límite superior. A partir de la semana 16 y hasta la 21, la atenciones se encuentran dentro de lo esperado (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 21 de 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

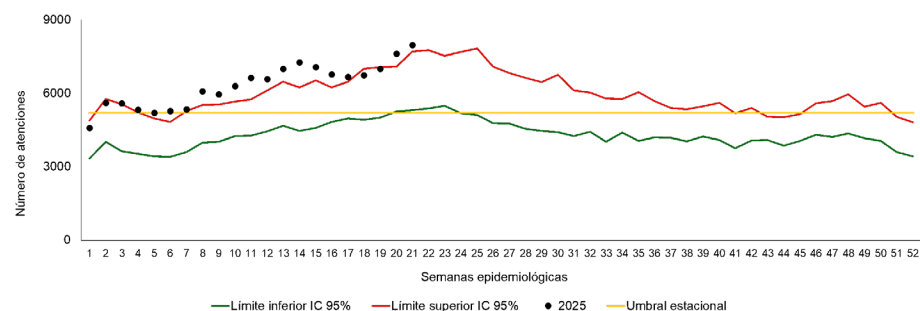
En la semana epidemiológica 21 de 2025 se notificaron 7 979 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Guaviare, La Guajira, Quindío, Vaupés y Vichada e incremento en Antioquia, Arauca, Barranquilla D.E., Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D.T., Santander y Tolima. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (18 a 21 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 286) representaron el 24,8 %, seguido del

grupo de dos a cuatro años con el 17,4 % (5 121). 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 los niños de un año con 32,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,8 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17, el número de hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, seguido de una disminución en las semanas epidemiológicas 18 a 19 ubicándose dentro de los límites esperados, sin embargo en las semanas epidemiológicas 20 y 21 se observó una tendencia al aumento, superando el límite superior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 21 de 2025

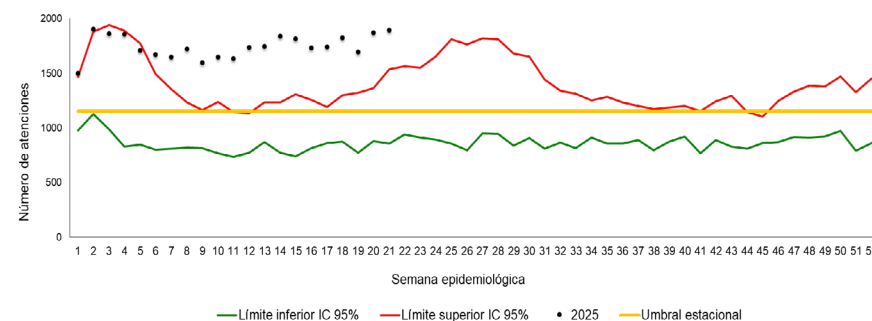


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 21 de 2025, se notificaron (1 894) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 21 se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 11).

Figura 11. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 21 de 2025



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

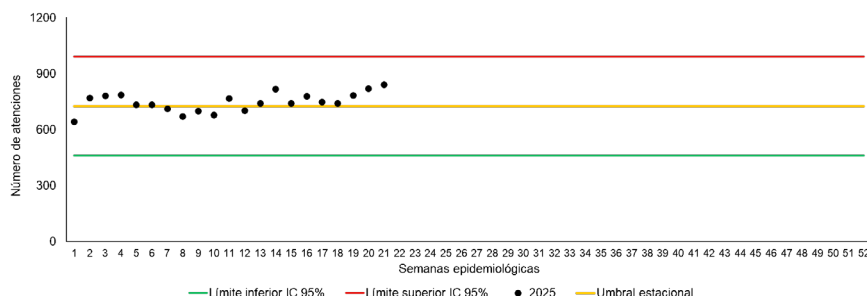
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 21 de 2025 se notificaron 841 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 11 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Meta, Nariño y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Casanare, Cesar, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (18 a 21 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,0 % (1 084), seguido de los menores de un año con el 26,3 % (838) 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 de un año con el 32,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,4 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional que desde la semana epidemiológica 01 a 13 se ubica por debajo del umbral estacional, sin embargo en las semanas epidemiológicas 14 a la 21 se observó una tendencia por encima del umbral estacional pero sin superar el límite superior (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 21 de 2025

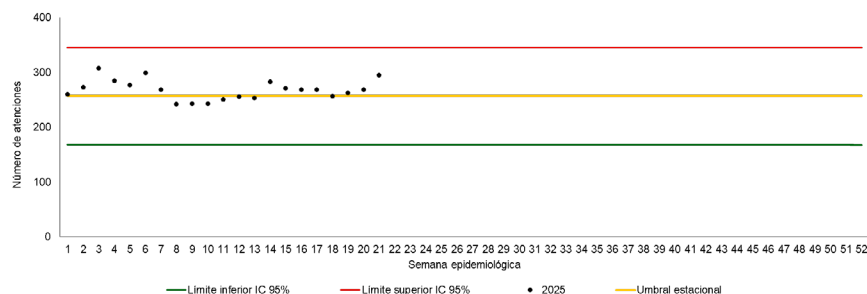


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 21 de 2025, se notificaron 295 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana una tendencia por encima del umbral estacional (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 21 de 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2025 se observó un aumento en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, hospitalizaciones en sala general y UCI/UCIM en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 21 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general presentaron una tendencia hacia el aumento con respecto a la semana anterior.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, 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 aumento en América del Norte 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(H1N1)pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región Andina y Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una marcada disminución en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 21, la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para rinovirus y enterovirus. Al decremento influenza A sin subtipo e influenza B y SARS-CoV2. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

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](#)).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 14 a 21 de 2025

Agente viral identificado	SE 14 a SE 17			SE 18 a SE 21			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	49,1	54,7	33,3	50,4	54,5	32,4	
Rinovirus	8,1	6,8	3,7	12,7	11,8	4,3	
VSR	33,7	44,6	11,1	34,3	47,3	8,7	
Enterovirus	5,3	4,4	7,4	10,8	10,1	4,3	
Adenovirus	5,3	5,2	3,7	4,4	4,1	8,7	
Influenza B	3,9	2,8	-	-	-	-	
Influenza A	16,0	12,9	18,5	11,2	8,9	21,7	
Parainfluenza	5,9	6,4	7,4	9,6	8,9	8,7	
Metapneumovirus	9,8	8,4	18,5	6,4	4,7	21,7	
A(H1N1)pdm09	1,1	1,6	-	2,4	1,2	8,7	
SARS-CoV2	4,7	2,8	25,9	0,8	1,2	-	
A(H3N2)	5,6	3,6	3,7	6,8	1,2	13,0	
Coronavirus	0,3	0,4	-	0,8	0,6	-	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025.
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral. *Se muestra la variación con significancia estadística.

COVID-19

Metodología

Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 21 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 ($p > 0,05$)).

Entre el 18 y el 24 de mayo de 2025 se confirmaron 115 casos en el territorio nacional; de estos el 73,9 % (85 casos) corresponde a la semana epidemiológica 21. El 56,5 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá, Antioquia, Cundinamarca y Cauca (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19 en Colombia, en la semana epidemiológica 21 de 2025

Entidad Territorial	Otros	SE 18	SE 19	SE 20	SE 21	Total
Colombia	4	1	9	16	85	115
Bogotá D.C.	1	0	2	5	31	39
Antioquia	3	0	1	1	8	13
Cundinamarca	0	0	0	1	6	7
Cauca	0	0	1	0	5	6
Boyacá	0	0	1	0	4	5
Tolima	0	1	0	0	4	5
Santander	0	0	0	0	4	4
Barranquilla D.E.	0	0	1	1	3	5
Huila	0	0	0	1	3	4
Putumayo	0	0	0	0	3	3
Nariño	0	0	0	0	3	3
Meta	0	0	0	1	2	3
Norte Santander	0	0	1	0	2	3
Quindío	0	0	0	0	2	2
Arauca	0	0	0	1	1	2
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	1	1
Bolívar	0	0	0	0	1	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	1	1
Valle del Cauca	0	0	0	0	1	1
Guajira	0	0	0	2	0	2
Risaralda	0	0	0	1	0	1
Sucre	0	0	1	0	0	1
Vichada	0	0	0	1	0	1
Vaupés	0	0	1	0	0	1
Atlántico	0	0	0	1	0	1

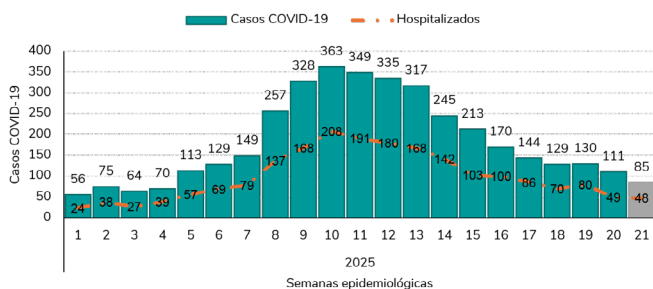
Fuente: Sivigila, Covid19, 2025. SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (SE 18-21), se registró una incidencia de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 31 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 134 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Meta y Nariño, y a nivel municipal en Patía (Cauca).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 59 fallecimientos relacionados con COVID-19 (Procedencia Colombia 58 y exterior 1). En el período observado, las muertes se registraron en Bogotá (3 casos), y Santander (2 casos) y Meta, Nariño y Cali un caso respectivamente. El 77,9 % (46 casos) correspondió a

En Colombia, con corte al 24 de mayo de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 3 832 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas (SE 18 a 21 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 41,0 %, con 455 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 14 a SE 17 de 2025), en el cual se reportaron 772 casos. En las hospitalizaciones también se presentó una disminución del 42,6 %, pasando de 431 casos con requerimiento de hospitalización a 247 casos en el periodo analizado (figura 14).

Figura 14. Comportamiento de COVID-19 en Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2025.



Fuente: Sivigila. Covid19, 2025

personas mayores de 60 o más años.

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 en Colombia a semana epidemiológica 21 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	58	8	8	Sin cambios
Bogotá, D.C.	17	3	3	Sin cambios
Santander	6	0	2	Aumento
Meta	3	0	1	Aumento
Nariño	3	0	1	Aumento
Cali	4	0	1	Aumento
Antioquia	5	1	0	Sin cambios
Cauca	5	1	0	Sin cambios
Cundinamarca	4	3	0	Sin cambios
Chocó	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	0	0	Sin cambios
Sucre	1	0	0	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	0	0	Sin cambios
Arauca	1	0	0	Sin cambios

Fuente: Sivigila, Covid19, 2025. PE: periodo epidemiológico

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 21 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

Definición de período 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 21 de 2025 se notificaron 3 851 casos de dengue: 2 742 casos de esta semana y 1 109 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 73 742 casos, 46 685 (63,3 %) sin signos de alarma, 26 340 (35,7 %) con signos de alarma y 717 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,7 % (42 574) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D.T., Norte de Santander, Tolima, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 17 a 20, 2025) el 54,0 % (8 083) de los casos se concentran en Córdoba, Meta, Santander, Antioquia, Tolima y Norte de Santander.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2025

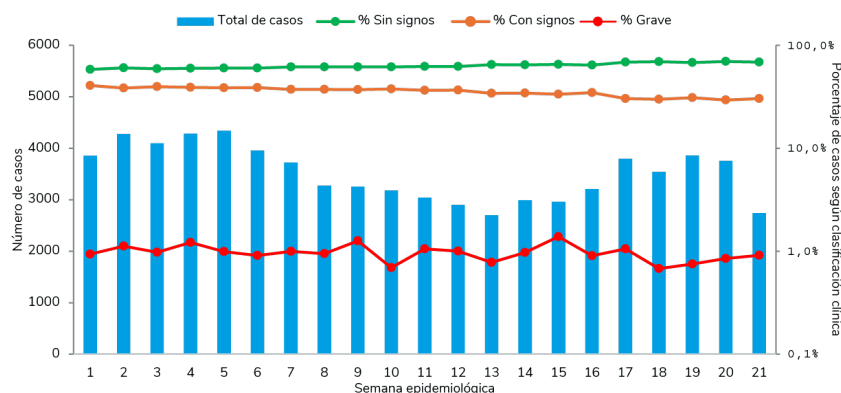
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 13-16 de 2025)	Observado (SE 17-20 de 2025)
Meta	6 005	37,9	1,2	1 229	1 664
Córdoba	5 913	31,3	0,2	1 022	1 865
Santander	5 769	31,4	0,6	1 128	1 313
Antioquia	5 062	34,8	0,8	947	1 205
Cartagena de Indias D.T.	4 386	23,5	1,2	230	179
Norte de Santander	4 368	41,0	1,3	815	1 017
Tolima	4 339	35,2	1,4	724	1 019
Valle del Cauca	3 418	26,0	0,4	534	530
Cundinamarca	3 314	36,9	0,6	436	582
Putumayo	3 076	25,3	0,4	624	761
Huila	2 809	33,7	2,6	473	520
Santiago de Cali D.E.	2 364	35,9	0,9	290	359
Atlántico	2 195	48,0	1,4	135	146
Barranquilla D.E.	2 168	36,7	1,1	89	132
Sucre	2 102	61,2	0,8	231	342
Caquetá	2 039	37,4	1,3	534	441
Bolívar	1 951	40,6	0,9	275	324
La Guajira	1 722	60,7	1,5	202	156
Arauca	1 432	35,3	1,2	265	291
Cesar	1 239	57,3	2,1	149	225
Casanare	972	31,7	0,4	236	379
Cauca	885	35,8	1,0	112	98
Risaralda	845	36,9	0,8	124	111
Guaviare	844	17,9	0,4	243	301
Quindío	671	27,1	0,3	78	102
Nariño	644	28,3	1,2	137	114
Magdalena	513	56,5	1,4	95	123
Boyacá	493	40,8	0,4	95	89
Vichada	481	32,2	0,2	78	189
Chocó	465	17,0	1,3	65	131
Caldas	306	48,4	0,0	60	54
Santa Marta D.T.	231	55,4	0,9	35	32
Amazonas	196	30,1	0,0	42	42
Vaupés	187	8,0	0,5	69	63
Exterior	145	41,4	4,1	27	30
Buenaventura D.E.	118	36,4	2,5	22	26
Archipiélago de San Andrés y Providencia	49	44,9	0,0	9	2
Guainía	26	34,6	0,0	2	3
Colombia	73 742	35,7	1,0	11 861	14 960

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 17 a 20, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 13 a 16, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Meta, Córdoba, Tolima, Cundinamarca, Barranquilla D.E., Sucre, Cesar, Casanare, Quindío, Vichada y Chocó; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en el Archipiélago de San Andrés y Providencia; 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 37,0 % a nivel nacional (figura 15); 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 17 a 20, 2025) fueron: Caldas, Cesar, La Guajira, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Sucre.

Figura 15. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 21, 2025

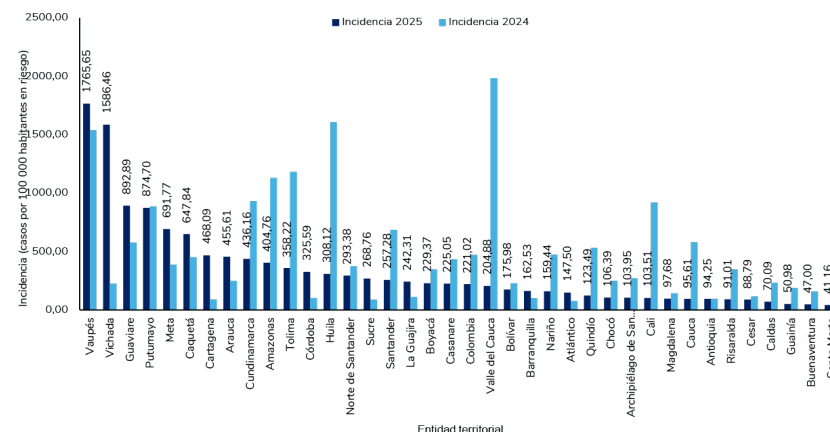


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 21 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 221,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 470,9 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vaupés, Vichada, Guaviare, Putumayo, Meta y Caquetá presentaron las mayores incidencias a semana epidemiológica 21 de 2025 registrando tasas superiores a 600 casos por 100 000

habitantes (figura 16). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 419,8 casos por 100 000 habitantes.

Figura 16. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2024 y 2025



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

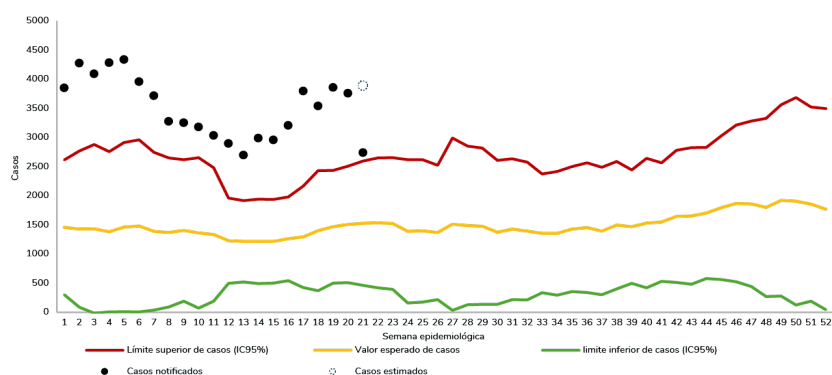
En la semana epidemiológica 21 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento con una variación de 26,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 17 a 20, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 13 a 16, 2025) (figura 17).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico se observa que, el 2,7 % (1) se encuentra dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentran en situación de alerta y el 75,7 % (28) se encuentran por encima del límite superior. De este último grupo, las entidades territoriales de Arauca, Boyacá, Chocó, Guaviare, Meta, Nariño, Putumayo y Vichada 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 mayo (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 21 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 29,7 % (238) 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 66,7 % (38/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 17. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 21 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 21 de 2025

Situación epidemiológica a SE 21, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de mayo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Arauca, Boyacá, Chocó, Guaviare, Meta, Nariño, Putumayo, Vichada	Antioquia, Buenaventura D.E., Caquetá, Cundinamarca, Quindío, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés	Atlántico, Bolívar, Barranquilla D.E., Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T.
Alerta	Casanare, Cauca	Amazonas, Caldas, Santiago de Cali D.E., Huila, Valle del Cauca	Barranquilla D.E., Cesar
Dentro de lo esperado	-	Guainía	-

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, a semana epidemiológica 21 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 13-16, 2025)	Esperado (SE 17-20, 2025)
Antioquia	Medellín	33,5	876	150	180
	Apartadó	220,1	290	43	77
	Bello	16,1	89	17	21
	Envigado	43,8	106	8	17
	Itagüí	15,6	43	8	15
	Turbo D.E.	151,2	203	40	54
Atlántico	Barranquilla D.E.	165,3	2 168	89	132
	Malambo	173,2	249	26	21
	Sabanalarga	59,2	61	9	23
	Soledad	194,8	1 333	64	58
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	415,7	4 386	230	179
Caldas	Manizales	208,1	299	43	56
	Manizales	3,3	15	3	8
Caquetá	Florencia	354,3	626	86	108
Cauca	Popayán	28,0	76	10	7
Córdoba	Montería	678,0	3 478	717	1477
	Cereté	137,2	151	21	25
	Sahagún	209,1	234	28	40
Cundinamarca	Fusagasugá	298,2	493	56	63
	Girardot	834,0	982	114	180
La Guajira	Maicao	222,8	428	46	15
Santa Marta D.T.	Santa Marta D.T.	41,8	231	35	32
Magdalena	Ciénaga	54,1	69	17	18
Meta	Villavicencio	511,1	2 606	543	750
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	119,7	308	64	59
Norte de Santander	Cúcuta	339,8	2 594	498	626
	Ocaña	182,9	217	30	76
	Villa del Rosario	511,3	563	92	106
Quindío	Armenia	104,6	327	39	43
Risaralda	Pereira	89,6	435	65	64
	Dosquebradas	106,6	232	29	30
Santander	Bucaramanga	276,6	1 712	387	375
	Barrancabermeja D.E.	170,9	367	55	79
	Floridablanca	311,7	978	195	203
	Girón	280,3	491	79	89
Tolima	Ibagué	236,2	1 285	170	360
Valle del Cauca	Jamundí	493,3	835	111	125
Arauca	Arauca	90,7	91	19	32

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

A semana epidemiológica 21 de 2025 se han notificado 188 muertes probables por dengue, de las cuales 40 se han sido confirmadas, 69 descartadas y 79 se

encuentran en estudio. De las muertes confirmadas, dos casos proceden del Exterior (Venezuela) y 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 120 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 21, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 21 2025	Letalidad por dengue a SE 21, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	2	1	0,24	0,12
Vichada	1	0	0,21	0,00
Bolívar	2	1	0,10	0,24
Putumayo	3	1	0,10	0,26
Sucre	2	3	0,10	0,15
Barranquilla D.E.	2	0	0,09	0,00
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,09	0,00
Atlántico	2	0	0,09	0,18
Santiago de Cali D.E.	2	1	0,08	0,03
Huila	2	4	0,07	0,01
Arauca	1	0	0,07	0,00
Meta	4	6	0,07	0,12
La Guajira	1	6	0,06	0,00
Córdoba	3	2	0,05	0,00
Norte de Santander	2	2	0,05	0,14
Antioquia	2	12	0,04	0,14
Santander	2	5	0,03	0,10
Tolima	1	15	0,02	0,08
Cauca	0	5	0,00	0,02
Cundinamarca	0	3	0,00	0,04
Cesar	0	2	0,00	0,25
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,05
Boyacá	0	1	0,00	0,27
Buenaventura D.E.	0	1	0,00	0,51
Caldas	0	1	0,00	0,00
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Guaviare	0	1	0,00	1,47
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Quindío	0	1	0,00	0,07
Exterior	2	1	1,38	0,00
Colombia	38	78	0,05	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 21 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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

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

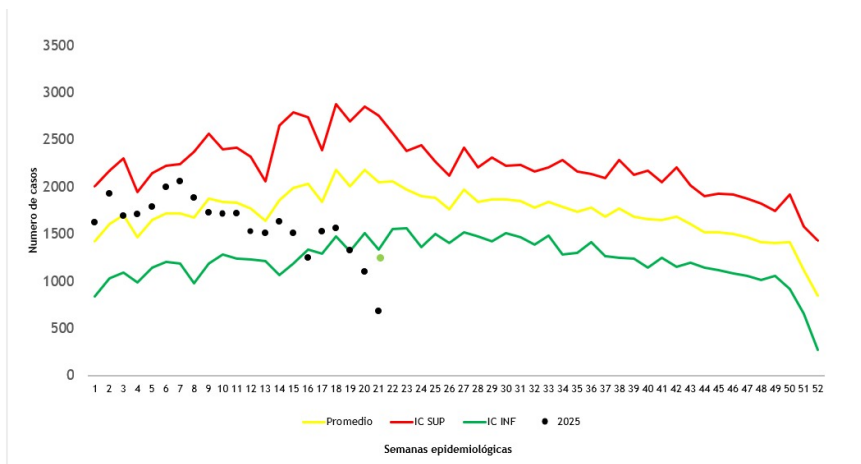
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 18).

Figura 18. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 21 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 20, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 21 de 2025 se notificaron 1 736 casos de malaria, para un acumulado de 33 777 casos, de los cuales 33 228 fueron de malaria no complicada y 549 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,3 % (22 725), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,6 % (10 680) e infección mixta con 1,1 % (372). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,5 %), Antioquia (15,3 %), Nariño (13,6 %), Córdoba (9,1 %), Vaupés (6,7 %), Risaralda (4,0 %), Cauca (3,7 %), Amazonas (2,8 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,3 %), Buenaventura (2,3 %), Vichada (2,3 %) y Boyacá (1,9 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 74,0 % 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 21 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 14 a 17	Casos 2025 SE 18 a 21	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	1986	385	260	81,75
Córdoba	Tierralta	1710	262	58	17,13
Chocó	Quibdó	1589	178	188	10,99
Risaralda	Pueblo Rico	1208	191	174	71,95
Antioquia	El Bagre	1060	179	174	18,83
Nariño	Roberto Payán	986	209	134	73,98
Nariño	Magüí	830	171	97	3,11
Guainía	Inírida	787	157	92	20,76
Nariño	El Charco	780	171	164	33,55
Buenaventura	Buenaventura	756	154	111	2,33
Córdoba	Puerto Libertador	716	122	104	12,22
Chocó	Lloró	697	160	73	65,69
Vichada	Cumaribo	675	175	49	7,76
Chocó	Tadó	672	112	94	33,34
Chocó	Bajo Baudó	642	112	51	18,92
Boyacá	Cubará	635	113	145	74,54
Cauca	Timbiquí	634	91	119	22,55
Amazonas	Tarapacá (CD)	587	97	70	134,17
Antioquia	Nechí	576	136	100	20,64
Nariño	Barbacoas	558	89	54	9,52
Chocó	El Cantón del San Pablo	553	195	47	80,08
Chocó	Bagadó	530	114	127	44,75
Chocó	Medio San Juan	515	60	72	43,78
Nariño	Olaya Herrera	511	149	83	19,31
Nariño	San Andrés de Tumaco	478	73	31	1,79
Chocó	Istrmina	472	78	81	13,96
Chocó	Alto Baudó	465	63	76	14,87
Bolívar	Montecristo	451	72	86	24,55
Chocó	Carmen del Darién	431	57	37	19,45
Cauca	Guapi	427	71	22	14,45
Antioquia	Chigorodó	383	76	46	6,15
Antioquia	Turbo	375	84	65	2,79
Antioquia	Mutató	328	69	43	21,82
Chocó	Río Quito	308	50	20	33,63
Arauca	Saravena	279	34	45	4,41

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 74,0% de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observó que, 15 municipios aportan el 49,3 % de los casos por *P. vivax*; con incremento en los municipios de Quibdó, Cubará y Bagadó y en decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, El Bagre, Inírida, Cumaribo, Tarapacá, Carmen del Darién, Lloró y Nechí (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 62,2 % de los casos por *P. falciparum*, con incremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Tadó, Istmina y El Bagre; y decremento en los municipios de Roberto Payán, Magüi, Barbacoas, Guapi, Bajo Baudó, Tierralta, Lloró y Olaya Herrera 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 211 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 14 a 17 de 2025	Casos SE 18 a 21 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	345	252	-27%	8,5%
Córdoba	Tierralta	168	50	-70%	6,3%
Risaralda	Pueblo Rico	151	149	-1%	4,6%
Chocó	Quibdó	75	113	51%	3,8%
Antioquia	El Bagre	165	134	-19%	3,7%
Guainía	Inírida	156	92	-41%	3,5%
Córdoba	Puerto Libertador	95	96	1%	2,9%
Boyacá	Cubará	137	145	6%	2,8%
Vichada	Cumaribo	116	39	-66%	2,2%
Amazonas	Tarapacá (CD)	96	58	-40%	2,2%
Chocó	Carmen del Darién	56	36	-36%	1,8%
Bolívar	Montecristo	77	75	-3%	1,8%
Chocó	Bagadó	64	93	45%	1,8%
Chocó	Lloró	91	41	-55%	1,7%
Antioquia	Nechí	83	59	-29%	1,6%

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 21 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 14 a 17 de 2025	Casos SE 18 a 21 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	65	72	11%	6,7%
Nariño	El Charco	157	147	-6%	6,7%
Nariño	Roberto Payán	117	81	-31%	6,5%
Cauca	Timbiquí	102	119	17%	5,9%
Nariño	Magüi	119	78	-34%	5,7%
Buenaventura	Buenaventura	92	67	-27%	4,3%
Nariño	Barbacoas	53	32	-40%	4,0%
Cauca	Guapi	63	20	-68%	3,8%
Chocó	Tadó	53	57	8%	3,5%
Chocó	Bajo Baudó	31	25	-19%	3,0%
Córdoba	Tierralta	37	8	-78%	2,8%
Chocó	Lloró	40	30	-25%	2,5%
Chocó	Istmina	37	49	32%	2,4%
Nariño	Olaya Herrera	96	44	-54%	2,3%
Antioquia	El Bagre	37	39	5%	2,2%

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

Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales mostró que a semana epidemiológica 21 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; nueve departamentos y veintiún municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y tres departamentos y once 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 21 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 21 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 21 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 18 A 21	Observado SE 18 A 21 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2025	277	262
Nariño	El Charco	5	782	98	164
Boyacá	Cubará	4	640	51	145
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	595	20	70
Antioquia	Nechí	5	578	31	102
Arauca	Saravena	4	284	3	47
Antioquia	Cáceres	4	264	59	86
Antioquia	Tarazá	4	256	23	54
Amazonas	Leticia	4	215	31	53
Caquetá	Florencia	4	211	2	38
Antioquia	Caucasia	4	183	17	39
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	147	0	31
Chocó	Sipí	4	130	11	40
Chocó	El Carmen de Atrato	4	93	8	15
Vichada	Puerto Carreño	4	90	7	12
Meta	Puerto López	4	75	1	12
Risaralda	La Virginia	4	58	0	16
Arauca	Fortul	4	25	0	14
Risaralda	Pereira	4	20	0	5
Putumayo	Puerto Leguízamo	4	19	1	8
Putumayo	Orito	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 21 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 21 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 21 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 18 A 21	Observado SE 18 A 21 de 2025
Cauca	Timbiquí	5	635	93	119
Chocó	Bagadó	5	534	259	127
Bolívar	Montecristo	5	465	97	91
Antioquia	Turbo	5	383	70	67
Antioquia	Segovia	5	271	57	66
Meta	Puerto Gaitán	4	116	14	28
Chocó	Condoto	4	109	20	20
Chocó	Juradó	4	101	29	34
Antioquia	Frontino	4	91	27	21
Meta	Puerto Rico	4	42	2	3
Nariño	Policarpa	4	17	4	10

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

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 21 de 2025, se han notificado 9 392 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 9 300 corresponden a residentes en Colombia y 92 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (22 de 2024 a 21 de 2025) es de 0,63 casos por 100 menores

de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Guaviare. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 180 municipios a nivel nacional (16,0%) y de disminución en 15 municipios (1,3%) (tabla 26).

El 80,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 19,9 % como desnutrición aguda severa; el 6,4 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,4 %) y de 1 año (28,7 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 67,2 %.

Para la semana epidemiológica 21 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Caquetá, Cesar, Santa Marta D.E, Sucre y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 16 municipios (tabla 27).

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 21, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 21 de 2024	Casos a SE 21 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	10825	9300	0,63	16,0	1,3
La Guajira	1055	634	2,21	13,3	0,0
Vichada	164	82	1,69	0,0	0,0
Chocó	512	410	1,68	22,6	3,2
Guaviare	49	41	0,96	0,0	0,0
Arauca	191	85	0,92	0,0	28,6
Magdalena	292	330	0,91	31,0	0,0
Guainía	24	28	0,84	11,1	0,0
Amazonas	29	35	0,81	18,2	0,0
Risaralda	203	215	0,80	28,6	0,0
Cesar	384	400	0,77	24,0	4,0
Antioquia	1149	1383	0,72	32,8	0,8
Casanare	158	118	0,69	5,3	5,3
Vaupés	30	16	0,68	33,3	16,7
Nariño	436	317	0,66	20,3	1,6
Putumayo	82	97	0,65	15,4	0,0
Bolívar	271	243	0,63	17,8	0,0
Boyacá	219	227	0,62	9,8	0,0
Cartagena	172	199	0,62	0,0	0,0
Bogotá D.C	1565	1272	0,60	0,0	0,0
Meta	222	186	0,60	10,3	0,0
Buenaventura	111	83	0,59	0,0	0,0
Norte Santander	298	312	0,55	12,5	2,5
Tolima	220	135	0,53	8,5	0,0
Huila	265	208	0,52	16,2	0,0
Cundinamarca	677	490	0,52	6,9	2,6
Sucre	116	160	0,47	30,8	0,0
Valle	257	284	0,46	30,0	0,0
Caquetá	106	65	0,43	6,3	6,3
Cali	262	262	0,41	0,0	0,0
Santander	309	252	0,40	13,8	1,1
Santa Marta D.E	49	67	0,40	100,0	0,0
Córdoba	295	202	0,37	6,7	3,3
Caldas	137	74	0,35	14,8	0,0
Atlántico	207	116	0,34	4,5	0,0
Barranquilla	103	116	0,31	0,0	0,0
Cauca	152	123	0,27	7,1	0,0
Quindío	50	31	0,23	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	2	0,20	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 22 de 2024 a SE 21 de 2025

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	289	548
Antioquia	Bello	48	90
Chocó	Quibdó	33	71
Antioquia	Turbo	21	65
Córdoba	Montería	82	54
Sucre	Sincedejo	17	35
Antioquia	Itagüí	17	33
Valle del Cauca	Jamundí	15	32
Risaralda	Dosquebradas	17	29
Antioquia	Rionegro	14	27
Boyacá	Sogamoso	15	26
Cesar	Aguachica	13	21
Cundinamarca	Fusagasugá	30	19
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	8	16
Norte de Santander	Villa del Rosario	28	15
Cundinamarca	Girardot	25	13

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

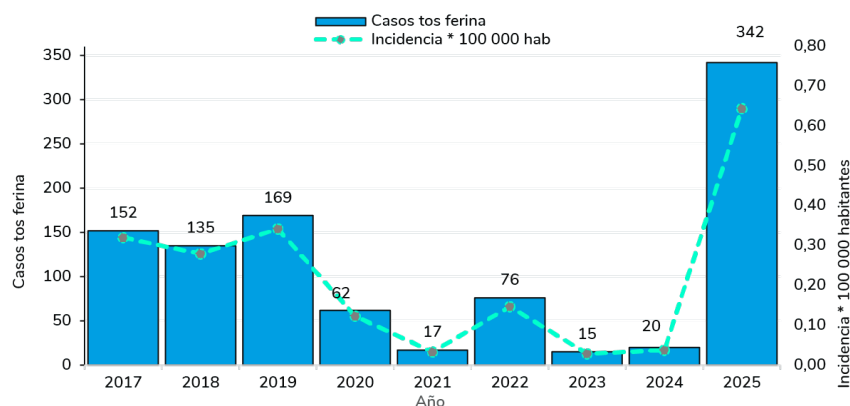
Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de cinco años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Tos ferina

Nota: El presente informe descriptivo corresponde exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexa epidemiológico o criterio clínico.

Hasta el 23 de mayo de 2025, a nivel nacional se han reportado en SIVIGILA un total de 2 245 casos de tos ferina. De estos, el 15,2 % (342 casos) han sido confirmados, el 56,3 % (1 264 casos) fueron descartados y el 28,5 % (639 casos) se encuentran en estudio. La incidencia nacional es de 0,64 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento con respecto a los años 2017 y 2024, cuando la incidencia no superó los 0,34 casos por cada 100 000 habitantes

Figura 19. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana epidemiológica 20, Colombia, 2017 - 2025



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 20, 2019 -2025

La mayor incidencia se presenta en Vichada, con 2,3 casos por cada 100.000 habitantes (3 casos), seguido de Bogotá, con 1,8 casos por cada 100.000 habitantes (147 casos), y Huila, con 1,58 casos por cada 100.000 habitantes (19 casos).

En la tabla 28 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparado con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 20. Periodo 2019–2025

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrografico	2025
Colombia	0,31	0,11	0,03	0,15	0,03	0,04	0,64		341
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35		3
Bogotá D.C.	0,41	0,09	0,01	0,03	0,01	0,01	1,85		147
Huila	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,10	1,58		19
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,23		14
Chocó	0,00	0,18	0,17	0,00	0,00	0,33	1,46		7
Antioquia	0,37	0,17	0,06	0,12	0,03	0,01	0,94		65
Cartagena de Indias D.T.	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66		7
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,65		7
Cundinamarca	0,23	0,13	0,03	0,00	0,03	0,14	0,57		21
Caldas	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57		6
Cauca	0,14	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Meta	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,43		5
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33		5
Valle del Cauca	0,15	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,29		6
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,25		3
Caquetá	0,49	0,48	0,00	0,00	0,00	0,70	0,23		1
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,21		4
Sucre	0,22	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20		2
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18		1
Santander	0,09	0,13	0,17	0,00	0,00	0,00	0,17		4
Santiago de Cali D.E.	0,04	0,31	0,00	0,00	0,04	0,04	0,13		3
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,10		1
Boyacá	0,24	0,00	0,08	0,00	0,23	0,00	0,08		1
Barranquilla D.E.	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,07		1
Norte de Santander	0,7666	0,1237	0	0	0	0,0585	0,06		1

Fuente: sivigila 2019-2025p

La incidencia más alta en las últimas cuatro semanas se registró en Chocó, con 0,49 casos por cada 100.000 habitantes (3 casos). Se observa una tendencia creciente en los departamentos de Atlántico, Córdoba, Meta y Cauca.

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, en las últimas ocho semanas epidemiológicas (SE 13 a 20) de 2025.

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 13-16)	Casos PE actual (SE 17-20)	Incidencia PE anterior (SE 13-16)	Incidencia PE actual (SE 17-20)	Tendencia de la incidencia
Colombia	341	0,64	96	21	0,18	0,04	
Chocó	9	1,46	0	3	0,00	0,49	
Atlántico	5	0,33	1	3	0,07	0,20	
Cartagena	7	0,66	5	2	0,47	0,19	
Córdoba	4	0,21	1	2	0,05	0,10	
Risaralda	12	1,23	5	1	0,51	0,10	
Meta	4	0,34	1	1	0,09	0,09	
Huila	19	1,58	3	1	0,25	0,08	
Cauca	7	0,44	0	1	0,00	0,06	
Cundinamarca	21	0,57	5	2	0,14	0,05	
Bogotá, D.C.	148	1,86	48	4	0,60	0,05	
Antioquia	65	0,94	7	1	0,10	0,01	
Barranquilla	1	0,07	0	0	0,00	0,00	
Bolívar	3	0,25	3	0	0,25	0,00	
Boyacá	1	0,08	1	0	0,08	0,00	
Caldas	6	0,57	1	0	0,10	0,00	
Caquetá	1	0,23	0	0	0,00	0,00	
La Guajira	7	0,65	6	0	0,56	0,00	
Magdalena	1	0,10	0	0	0,00	0,00	
Norte de Santander	1	0,06	1	0	0,06	0,00	
Quindío	1	0,18	0	0	0,00	0,00	
Santander	4	0,17	1	0	0,04	0,00	
Sucre	2	0,20	1	0	0,10	0,00	
Valle del Cauca	6	0,29	4	0	0,20	0,00	
Cali	3	0,13	0	0	0,00	0,00	
Vichada	3	2,35	2	0	1,57	0,00	

Fuente: sivigila 2025p. SE: semana epidemiológica. PE: periodo epidemiológico

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena, por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		57	Abierto
Antioquia	Betulia	28	Cerrado
	Urrao	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	2	Cerrado
Chocó	Bagadó	8	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Abierto
	Riohacha D.E.	2	Abierto
	Uribia	4	Abierto
Córdoba	Tierralta	1	Abierto
Meta	Puerto Gaitán	1	Abierto
Risaralda	Mistrató	1	Cerrado

Fuente: Sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena a semana epidemiológica 20 de 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 57 casos de tos ferina en población indígena distribuidos en 13 municipios de ocho entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Betulia (Antioquia) con 28 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con ocho casos y Bogotá D.C. con seis casos.

A la fecha del corte, seis municipios mantienen brotes abiertos, lo que representa el 46,15 % de los municipios afectados. Estos municipios son: Bagadó (Chocó), Maicao, Riohacha y Uribia (La Guajira), Tierralta (Córdoba) y Puerto Gaitán (Meta). Los restantes siete municipios han cerrado sus brotes tras implementar acciones de vigilancia y control.

ALERTAS NACIONALES

Actualización de brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 27 de mayo de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 97 casos de fiebre con 44 defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), lo que representa una letalidad acumulada preliminar del 45,3 % (44/97).

Durante el año 2024, se registraron 23 casos con 13 fallecimientos. Desde enero de 2025 hasta la fecha, se han confirmado 74 casos de fiebre amarilla, de los cuales 31 resultaron en defunción (cifra preliminar). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- Tolima (78 casos): Prado (17 casos), Cunday (15 casos), Villarrica (15 casos), Ataco (15 casos), Purificación (5 casos), Chaparral (3 casos), Dolores (2 casos), Ibagué (1 caso), Palocabildo (1 caso), Valle de San Juan (1 caso), Rioblanco (2 casos) y Espinal (1 caso).
- Putumayo (8 casos): Orito (4 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso).
- Caquetá (2 casos): Cartagena del Chaira (1 caso) y El Doncello (1 caso).
- Nariño: Ipiales (2 casos).
- Meta (2 casos): Granada (1 caso) y La Macarena (1 caso).
- Vaupés: Mitú (1 caso).
- Caldas: Neira (1 caso).
- Cauca: Piamonte (1 caso).
- Huila: Campoalegre (1 caso).
- Guaviare: San José del Guaviare (1 caso).

Las 44 defunciones acumuladas 2024-2025p, se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (30), Putumayo (6), Meta (2), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

Entre los 97 casos confirmados, la edad promedio es de 45,2 años (con una edad mínima de 2 años y máxima de 89 años), con una distribución por sexo de



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

19 mujeres y 78 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 (20 casos) y las personas entre 60 y 64 años (12 casos).

Se ha confirmado la presencia del virus de la fiebre amarilla en 51 primates no humanos (PNH). De estos, 37 corresponden al departamento de Tolima, con la siguiente distribución por municipio: Chaparral (15), Ataco (10), Planadas (6), Rioblanco (3), Cunday (1), Purificación (1) y Villarrica (1); ocho (8) casos procedentes de Huila: Neiva (3), Palermo (3), Aipe (2); cinco (5) procedentes de Mocoa, Putumayo y uno (1) procedente de Villavicencio, Meta. Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional de fiebre amarilla – INS

Actualización de brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 27 de mayo de 2025

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Prado, Purificación, Villarrica, Valle de San Juan, Rioblanco y Espinal. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 78 casos acumulados de fiebre amarilla (77 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico). Los últimos dos casos fueron confirmados el 23 de mayo de 2025: el primer caso es un hombre, agricultor, procedente de Ataco, vereda José María Oviedo, con inicio de síntomas el 18 de mayo de 2025 y con condición final fallecido. El segundo caso es una mujer, ama de casa, procedente de Prado, vereda Vegones, con inicio de síntomas el 20 de mayo de 2025 y actualmente viva. Ambos casos sin antecedente vacunal. Se han registrado 30 fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 38,46 % (30/78).

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Tolima, Sala de Análisis del Riesgo Nacional de fiebre amarilla – INS

Brote de parotiditis en población de interés especial en salud pública (fuerzas militares), Bogotá – 27 de mayo de 2025

El 15 de mayo de 2025 se notificó un brote de parotiditis afectando a un soldado de un batallón del ejército en Bogotá. A partir de la investigación epidemiológica de campo realizada el 16 de mayo se ha identificado un (1) caso entre cuarenta (40) expuestos, lo que representa una tasa de ataque general del 2,5%, sin registrarse hospitalizaciones ni defunciones. El caso detectado inició síntomas el 14 de mayo de 2025, y la situación actual se encuentra en seguimiento

por un periodo de 50 días, con una fuente de contagio aún desconocida. Las acciones implementadas incluyen el aislamiento del caso hasta el 23 de mayo, la recomendación de cuarentena para contactos estrechos hasta el 8 de junio, y la indicación de no permitir la rotación entre espacios o alojamientos ni recibir visitas durante el periodo de aislamiento. Adicionalmente, se realiza Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) diaria y se ha recomendado seguimiento por psicología para salvaguardar la salud mental del personal en cuarentena. Se remitió una muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) para su análisis, dado que el caso había sido vacunado contra la triple viral un mes atrás. Se encuentran pendientes el resultado del laboratorio y la continuación del seguimiento hasta el cierre del brote, el cual permanece en estado abierto. Esta situación está sujeta a cambios y se mantiene en seguimiento por el referente del evento.

Fuente: Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, Sistema de Alerta Temprana – INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 21 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado 1b, 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

Situación mundial sobre COVID-19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: mayo 28 de 2025

Desde mediados de febrero de 2025, según los datos disponibles, la actividad mundial del SARS-CoV-2 ha ido en aumento, y la tasa de positividad de las pruebas ha alcanzado el 11 %, estos niveles no se observaban desde julio de 2024. Este nivel coincide con el pico observado en julio de 2024 (12 %) y marca un aumento desde el 2 % reportado por 110 países a mediados de febrero de 2025. Este aumento se observa principalmente en los países de las regiones del Mediterráneo Oriental, el Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental. Los países en la Región de África, de Europa y de las Américas actualmente reportan niveles bajos de actividad del SARS-CoV-2 con porcentaje de positividad centinelas o

sitios de vigilancia virológica sistemática entre el 2 % y el 3 %.

Con respecto a las variantes, la circulación de LP.8.1 ha ido disminuyendo, y los informes de NB.1.8.1, una variante bajo vigilancia (VUM por sus siglas en inglés), están aumentando, alcanzando el 10,7 % de las secuencias globales notificadas a mediados de mayo. Se han demostrado mutaciones que podrían aumentar la transmisibilidad de la variante.

La OMS aconseja a todos los Estados Miembros que sigan aplicando un enfoque integrado y basado en el riesgo para gestionar la COVID-19. Como parte de los programas integrales de control de la COVID-19, la vacunación sigue siendo una intervención clave para prevenir la enfermedad grave y la muerte por COVID-19, en particular entre los grupos de riesgo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). COVID-19 – Situación global. Fecha de publicación: 28 de mayo de 2025. Fecha de consulta: 28 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON572>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 21 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 entidad territorial a semana epidemiológica 21

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	27	1	1	222	28	44	0	0	0	59	18	14	0	0	0	2	0	0	988	84	142
Antioquia	269	13	4	8.603	1.266	1.482	43	4	7	1.762	109	390	393	28	39	37	8	5	5.158	1.100	871
Arauca	39	1	5	363	54	78	17	1	2	505	33	97	2	0	0	25	4	10	351	3	67
Atlántico	38	5	6	1.858	261	333	30	3	3	1.053	39	57	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	9	0	2	2.017	223	346	24	1	0	796	27	37	9	1	3	8	1	2	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	10.175	1.636	1.796	0	0	0	0	0	0	56	10	8	5	1	0	0	0	0
Bolívar	120	6	8	1.377	202	233	18	4	1	793	98	123	1	0	0	2	1	0	797	117	142
Boyacá	27	1	2	3.001	452	557	2	0	0	201	17	34	2	1	0	0	0	0	640	0	145
Buenaventura D.E.	10	1	0	56	11	6	3	0	1	43	8	9	0	0	0	0	0	0	773	171	113
Caldas	34	2	3	1.722	263	309	0	0	0	148	15	28	5	1	0	22	4	4	12	2	3
Santiago de Cali D.E.	4	0	0	2.184	392	377	21	5	6	848	186	121	52	23	4	28	5	2	1	1	0
Caqueté	114	6	7	492	85	102	26	2	5	763	66	137	1	0	0	2	1	0	266	7	44
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	849	125	177	51	1	2	1.031	18	38	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	74	5	4	739	105	138	4	4	3	308	139	119	16	0	11	1	0	1	4	3	2
Cauca	52	3	1	2.304	417	371	9	1	2	317	31	27	15	0	1	5	1	1	1.232	397	170
Cesar	123	5	8	1.356	184	234	26	5	3	710	123	128	3	0	0	3	1	0	13	2	4
Chocó	102	3	1	123	13	25	6	1	1	79	15	22	2	0	0	3	1	0	9.222	2.655	1.278
Córdoba	111	9	5	2.216	362	414	14	3	2	1.848	81	300	3	1	1	3	1	1	3.038	867	239
Cundinamarca	38	2	2	6.327	946	1.152	21	2	3	1.223	105	163	8	2	2	15	1	10	0	0	0
Guainía	13	0	0	77	11	15	0	0	0	9	4	0	0	0	0	0	0	0	845	286	94
Guaviare	54	3	0	173	22	31	3	0	1	151	9	46	1	0	1	1	0	0	497	126	84
Huila	70	4	7	2.874	402	526	73	9	14	946	175	140	5	0	0	2	1	0	2	0	2
La Guajira	51	4	1	960	158	166	25	3	1	1.045	61	90	1	1	0	4	1	0	29	1	6
Magdalena	53	4	1	1.161	190	179	7	2	1	290	42	61	0	0	0	2	0	1	3	1	0
Meta	139	8	8	1.906	259	329	70	5	24	2.275	253	584	33	2	4	6	0	3	364	59	59
Nariño	50	3	3	3.183	500	580	8	1	3	182	19	36	2	1	0	11	3	1	4.585	1.105	621
Norte de Santander	138	6	3	2.828	395	543	58	4	11	1.789	129	371	18	7	5	0	0	0	243	197	31
Putumayo	90	4	3	790	112	145	13	0	1	777	48	153	0	0	0	1	0	0	39	5	12
Quindío	11	0	1	1.312	202	261	2	0	0	182	6	25	24	1	4	3	1	0	4	2	1
Risaralda	19	1	1	1.859	293	341	7	0	0	312	12	34	5	0	1	0	0	0	1.349	315	198
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	216	23	34	0	0	0	22	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	10	1	1	1.001	109	181	2	1	0	128	11	13	1	0	1	2	0	0	0	0	0
Santander	113	4	6	3.439	483	614	34	4	5	1.813	210	372	65	4	2	7	1	5	8	1	2
Sucre	43	2	3	1.303	193	231	16	5	4	1.287	99	209	2	0	0	2	1	0	44	5	6
Tolima	74	4	4	3.111	451	595	61	5	15	1.526	245	316	4	1	2	11	2	3	0	0	0
Valle del Cauca	42	2	0	3.842	564	721	15	3	3	889	195	159	14	3	0	25	5	2	42	4	1
Vaupés	20	0	0	89	11	15	1	0	0	15	3	1	9	0	2	1	0	0	2.262	231	308
Vichada	20	1	2	116	18	24	1	0	0	155	5	50	0	0	0	0	0	0	787	154	63
Total nacional	2.209	114	103	76.224	11.421	13.705	711	79	124	26.280	2.657	4.506	755	87	91	240	39	51	33.601	7.996	4.708

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 21

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	2	4	1	2.374	773	473	55	13	12	0	0	0	2.328	388	396	8	6	8	0	0	0
Antioquia	112	31	44	414.559	82.269	84.149	20.261	2.799	4.222	2.479	841	884	151.882	35.329	27.781	253	370	253	5	6	0
Arauca	5	0	0	10.922	2.282	2.401	1.381	128	187	32	3	22	3.489	751	667	13	30	13	1	0	0
Atlántico	8	4	2	63.087	11.427	13.479	1.268	217	275	800	146	271	29.032	4.633	5.715	46	103	46	2	2	0
Barranquilla D.E.	18	4	5	91.375	18.299	19.322	5.120	343	1.015	881	244	303	38.096	6.375	7.792	56	125	56	1	1	0
Bogotá D.C.	115	42	40	802.025	161.459	167.424	36.644	8.426	8.910	3.748	1.800	1.697	351.956	61.888	51.260	258	364	258	4	6	1
Bolívar	6	3	2	55.290	11.985	11.117	1.063	220	194	197	105	68	12.348	3.070	2.346	64	97	64	1	1	0
Boyacá	18	4	6	61.400	15.148	12.864	3.210	647	756	201	74	82	23.324	4.608	3.770	43	61	43	0	1	0
Buenaventura D.E.	2	2	1	2.781	1.181	572	52	0	18	8	2	4	1.224	505	223	29	36	29	0	0	0
Caldas	10	2	2	38.821	8.420	7.337	1.490	340	275	594	145	221	13.536	2.904	2.838	35	42	35	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	30	12	9	116.358	29.194	21.941	3.507	686	1.123	335	70	136	47.153	12.966	7.849	94	123	94	0	2	0
Caquetá	5	0	0	12.521	3.780	2.674	768	172	190	15	14	6	5.991	1.783	1.085	18	30	18	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	8	4	1	87.497	17.046	17.481	5.493	328	1.047	700	204	265	24.282	4.518	4.425	60	107	60	3	1	0
Casanare	3	0	0	10.547	2.684	2.663	166	71	36	13	15	11	4.770	1.224	873	22	34	22	0	1	0
Cauca	16	4	5	54.117	10.727	10.210	2.087	254	449	270	90	117	17.913	4.752	2.758	62	110	62	2	1	0
Cesar	9	6	4	56.976	11.181	12.200	2.861	565	624	207	72	84	12.461	4.903	2.974	75	116	75	2	2	0
Chocó	6	2	1	12.519	1.845	3.034	998	155	211	10	8	4	5.867	990	1.136	32	81	32	0	1	0
Córdoba	15	4	4	90.487	13.080	18.139	3.155	450	555	612	170	268	26.611	4.941	4.601	91	169	91	2	2	0
Cundinamarca	31	5	9	176.371	32.229	38.151	6.356	1.150	1.517	732	435	337	71.657	12.582	11.735	143	175	143	6	3	0
Guainía	0	0	0	1.055	164	214	48	19	15	1	0	1	645	197	166	6	8	6	0	0	0
Guaviare	0	0	0	2.913	716	848	113	44	24	26	7	5	1.421	332	344	7	6	7	0	0	0
Huila	9	3	1	48.175	12.575	10.556	2.561	451	571	265	95	119	20.474	3.982	2.951	44	80	44	2	1	0
La Guajira	4	4	3	93.800	12.555	17.954	1.049	552	247	126	41	33	15.558	4.177	3.053	101	171	101	1	1	0
Magdalena	2	3	1	47.241	7.970	9.166	1.643	178	247	59	11	13	14.402	3.541	2.732	45	76	45	0	1	0
Meta	11	2	3	35.043	7.742	8.814	1.510	229	369	90	76	32	21.214	4.757	4.136	69	74	69	4	1	1
Nariño	26	9	13	65.665	16.758	13.864	3.650	630	822	71	46	24	22.100	7.248	3.660	76	94	76	2	2	0
Norte de Santander	29	7	12	77.334	14.420	14.199	3.961	871	834	345	134	166	24.710	5.401	4.336	59	100	59	3	2	1
Putumayo	5	2	2	14.917	3.170	3.599	591	166	151	15	6	8	5.229	1.106	1.128	16	24	16	0	0	0
Quindío	2	0	0	25.926	6.466	4.330	1.313	326	204	188	67	69	11.364	2.743	1.943	15	28	15	0	0	0
Risaralda	12	3	3	54.284	9.231	9.444	2.520	296	551	189	50	83	15.791	3.641	2.626	31	51	31	6	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3.593	782	580	389	71	79	1	0	1	1.299	270	243	8	5	8	0	0	0
Santa Marta D.T.	4	1	1	30.621	2.868	6.118	1.313	160	236	369	143	123	8.605	1.336	1.506	18	39	18	2	1	0
Santander	41	6	16	103.078	15.840	22.908	7.226	1.001	1.518	946	396	374	39.051	7.841	6.695	64	103	64	0	2	0
Sucre	7	3	2	36.720	7.851	7.236	2.890	507	567	625	194	240	9.256	2.953	1.744	43	83	43	3	1	0
Tolima	15	3	6	66.903	14.584	14.429	4.398	542	973	170	81	66	28.880	5.371	4.345	44	67	44	3	1	0
Valle del Cauca	29	7	9	71.800	14.403	12.994	1.600	295	330	359	96	129	29.430	6.682	5.284	62	93	62	0	2	0
Vaupés	8	2	3	1.866	238	591	20	12	5	3	34	3	809	98	188	3	7	3	0	0	0
Vichada	2	1	1	1.548	427	242	9	5	1	1	0	0	684	144	203	11	16	11	1	0	0
Total nacional	625	189	212	2.942.509	583.769	603.717	132.739	23.319	29.360	15.683	5.904	6.269	1.114.842	239.719	187.507	2.124	3.305	2.124	57	46	3

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 21

Decremento
Incremento

	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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	Observado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	28	3	4	13	4	2
Antioquia	306	62	46	15	3	2	711	42	109	946	223	181	373	57	31
Arauca	14	2	1	3	0	0	4	0	0	78	11	9	17	6	6
Atlántico	28	6	6	0	1	0	15	0	6	297	66	78	60	13	6
Barranquilla D.E.	65	7	14	0	1	0	14	3	3	300	52	77	104	11	10
Bogotá D.C.	624	116	124	307	3	19	988	105	309	2.029	402	497	1.376	294	168
Bolívar	25	3	3	1	1	0	12	2	4	234	33	56	24	13	3
Boyacá	83	13	13	10	1	0	13	5	1	338	81	82	186	53	31
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12	3	4	5	1	0
Caldas	35	5	4	0	0	0	18	2	0	216	33	48	26	8	1
Santiago de Cali D.E.	65	20	6	0	1	0	8	4	5	462	95	90	315	28	8
Caquetá	19	2	2	0	0	0	3	3	1	114	17	22	11	4	0
Cartagena de Indias D.T.	27	5	1	1	1	0	13	1	3	201	31	31	13	1	1
Casanare	12	3	4	5	0	0	1	1	1	65	21	14	3	1	2
Cauca	30	7	5	0	1	0	18	4	3	291	32	67	175	35	24
Cesar	25	6	2	0	1	0	2	2	1	130	24	24	11	2	0
Chocó	7	1	1	3	0	0	82	7	5	27	3	9	14	0	1
Córdoba	69	13	4	1	1	0	8	1	2	431	77	82	59	21	7
Cundinamarca	179	29	17	102	1	6	199	24	50	997	171	260	253	59	34
Guainía	3	0	1	0	0	0	0	0	0	49	0	16	0	0	0
Guaviare	8	0	2	2	0	0	0	0	0	45	2	9	1	0	0
Huila	66	14	4	1	1	0	51	10	11	325	40	64	50	10	8
La Guajira	12	3	2	0	1	0	9	1	0	211	36	68	22	5	5
Magdalena	18	2	2	0	1	0	2	1	1	144	16	18	11	3	2
Meta	36	6	6	5	1	0	34	4	9	240	49	68	34	8	13
Nariño	71	13	10	1	1	0	38	14	11	271	77	56	52	7	13
Norte de Santander	101	14	14	1	1	0	11	5	4	351	62	63	33	3	5
Putumayo	14	6	1	1	0	0	10	1	1	94	14	33	63	15	13
Quindío	17	4	2	0	0	0	9	1	2	132	29	23	52	13	5
Risaralda	21	6	3	0	0	0	30	2	6	324	52	71	22	3	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	5	0	1	0	0	0	0	0	0	11	3	5	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	2	1	0	0	0	2	1	0	58	8	7	15	2	0
Santander	41	9	5	0	1	0	23	11	5	279	71	83	103	30	21
Sucre	35	9	3	1	1	0	19	8	0	193	44	27	97	20	6
Tolima	20	6	1	5	1	1	11	6	4	473	61	117	53	14	10
Valle del Cauca	64	11	9	1	1	1	11	6	3	532	91	146	165	23	5
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	1	0	6	2	3	9	3	6
Vichada	1	0	0	0	0	0	3	0	0	5	4	0	5	1	3
Total nacional	2.151	423	320	468	26	29	2.372	278	560	10.939	2.174	2.512	3.825	771	453

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 21

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	22	35	0	0	0	0	24	32	5	6
Antioquia	0	0	0	0	729	1.383	1	0	0	3	2.172	2.045	532	497
Arauca	1	0	0	0	126	85	0	0	0	0	70	85	9	9
Atlántico	0	0	0	0	141	116	0	0	0	0	358	381	0	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	81	116	0	0	0	0	356	389	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.398	1.272	1	1	0	1	1.949	2.113	0	0
Bolívar	0	0	0	0	169	243	0	0	0	0	230	210	177	198
Boyacá	1	0	0	0	201	227	0	0	0	0	403	422	59	121
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	55	83	0	0	0	0	38	31	6	5
Caldas	0	0	0	0	72	74	0	0	0	0	496	413	82	89
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	194	262	1	0	1	0	675	754	0	0
Caquetá	0	0	0	0	89	65	0	0	0	0	101	87	109	95
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	95	199	0	0	0	0	227	234	1	0
Casanare	5	1	0	0	146	118	0	0	0	0	115	135	3	0
Cauca	0	0	0	0	119	123	0	0	0	0	348	305	23	33
Cesar	3	0	0	0	277	400	0	0	0	0	249	245	44	173
Chocó	0	0	0	0	306	410	0	0	0	1	44	67	114	101
Córdoba	0	0	0	0	249	202	0	0	0	0	403	405	73	71
Cundinamarca	0	0	0	1	531	490	0	0	0	0	860	1.007	77	73
Guainía	0	0	0	0	26	28	0	0	0	0	11	11	6	7
Guaviare	0	0	0	0	52	41	0	0	0	0	24	26	152	47
Huila	0	0	0	0	188	208	0	1	0	3	334	279	4	4
La Guajira	0	0	0	0	674	634	1	0	0	0	105	150	13	11
Magdalena	0	0	0	0	224	330	0	0	0	0	143	147	3	2
Meta	0	0	0	0	174	186	0	0	0	0	288	266	90	43
Nariño	0	0	0	0	287	317	0	0	0	0	411	484	114	94
Norte de Santander	0	0	0	0	284	312	1	0	1	0	556	657	104	85
Putumayo	0	0	0	0	84	97	0	0	0	0	129	120	107	102
Quindío	0	0	0	0	45	31	0	0	0	0	220	191	0	0
Risaralda	0	0	0	0	161	215	0	0	0	0	478	503	50	62
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	9	8	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	35	67	0	0	0	0	121	131	5	3
Santander	1	1	0	0	189	252	0	0	0	0	612	675	292	349
Sucre	0	0	0	0	94	160	0	2	0	1	197	209	48	32
Tolima	0	0	0	0	148	135	0	0	0	0	489	440	140	94
Valle del Cauca	0	0	0	0	168	284	0	0	1	0	532	535	7	4
Vaupés	0	0	0	0	35	16	0	0	0	0	23	35	23	2
Vichada	0	0	0	0	115	82	0	0	0	0	10	7	16	7
Total nacional	11	2	1	1	7.991	9.300	6	4	3	9	13.811	14.234	2.487	2.421

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 21

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 nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1	0
Antioquia	10	5	10	8	6	1	13	21	6	3	56	96
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	3	5
Atlántico	2	0	3	2	1	0	2	1	2	2	12	8
Barranquilla D.E.	1	2	3	2	0	1	1	2	1	0	11	19
Bogotá D.C.	3	3	11	6	0	2	19	7	0	1	64	228
Bolívar	1	0	5	1	1	0	4	3	3	2	9	1
Boyacá	0	0	1	1	0	2	2	2	0	1	11	7
Buenaventura D.E.	1	0	2	0	0	1	1	2	1	1	3	2
Caldas	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	8	2
Santiago de Cali D.E.	3	1	3	3	0	2	5	5	1	0	18	29
Caquetá	4	7	1	1	0	0	3	2	1	1	3	0
Cartagena de Indias D.T.	2	4	3	0	0	0	4	1	1	1	9	8
Casanare	1	0	1	3	1	0	0	0	0	1	4	7
Cauca	1	0	4	1	1	2	3	4	1	2	13	8
Cesar	1	1	5	5	3	4	4	1	7	5	11	11
Chocó	2	1	6	4	12	4	13	18	18	10	5	4
Córdoba	1	4	5	4	1	2	4	3	2	6	16	15
Cundinamarca	1	2	5	4	0	1	5	9	1	1	30	25
Guainía	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Guaviare	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Huila	0	2	0	1	0	0	3	1	2	1	10	8
La Guajira	0	0	9	7	9	8	17	9	24	15	9	0
Magdalena	0	0	5	0	1	1	5	3	7	5	8	1
Meta	0	1	3	1	1	1	3	3	3	2	9	5
Nariño	1	2	5	3	0	0	5	7	2	2	14	6
Norte de Santander	0	0	5	2	1	0	2	0	4	0	14	12
Putumayo	0	2	1	0	0	0	1	2	1	0	3	2
Quindío	2	0	1	1	0	0	2	0	0	0	5	4
Risaralda	4	5	3	2	4	4	4	6	4	2	8	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	5	6
Santander	0	0	2	2	1	0	3	2	1	1	19	7
Sucre	0	0	2	1	0	0	3	3	0	0	8	16
Tolima	8	23	3	2	2	1	6	4	1	0	11	8
Valle del Cauca	4	4	3	2	1	0	5	5	2	1	16	25
Vaupés	0	1	0	0	2	3	1	1	0	0	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	3	3	4	1	0
Total nacional	58	72	115	72	56	43	139	133	105	71	431	578

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 entidad territorial a semana epidemiológica 21

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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	2	7	10	0	0	27	30	1	0	213	280
Antioquia	70	54	483	542	0	0	1.424	1.879	45	67	8.932	6.935
Arauca	20	11	71	82	0	0	58	58	1	0	447	522
Atlántico	19	8	141	159	0	0	169	231	6	11	971	1.066
Barranquilla D.E.	36	8	178	152	0	0	312	357	7	10	988	1.076
Bogotá D.C.	61	25	372	380	0	0	644	622	17	10	11.326	12.974
Bolívar	17	12	116	136	1	0	64	105	2	1	940	998
Boyacá	7	13	41	38	0	0	61	85	1	0	1.564	1.844
Buenaventura D.E.	10	8	59	44	0	0	70	93	2	2	161	122
Caldas	7	13	51	81	0	0	133	109	2	0	1.163	1.207
Santiago de Cali D.E.	12	4	192	225	0	1	621	620	21	18	3.164	2.840
Caquetá	4	7	35	50	0	0	94	121	2	1	444	424
Cartagena de Indias D.T.	32	22	116	194	0	1	158	198	1	6	547	594
Casanare	14	16	54	66	0	1	61	87	1	4	332	373
Cauca	8	7	78	61	0	2	112	115	1	0	1.314	1.293
Cesar	19	10	146	118	0	0	144	184	1	3	853	882
Chocó	25	17	99	103	0	0	77	105	1	1	161	181
Córdoba	13	7	133	115	1	0	97	127	2	4	1.483	1.264
Cundinamarca	29	22	148	202	0	0	219	255	6	2	5.087	6.046
Guainía	3	4	7	6	0	0	1	6	0	0	76	63
Guaviare	2	1	10	7	0	0	19	18	1	0	123	138
Huila	5	6	64	58	0	0	152	197	4	5	2.498	2.518
La Guajira	29	13	151	174	0	0	185	272	3	1	526	575
Magdalena	14	12	94	96	0	1	61	86	1	1	572	640
Meta	22	21	103	141	0	0	253	339	7	8	927	983
Nariño	6	3	100	94	0	0	83	84	2	2	1.621	2.078
Norte de Santander	37	22	201	229	0	0	262	325	6	4	1.534	1.601
Putumayo	3	2	40	47	0	1	39	59	1	2	506	632
Quindío	5	1	40	48	0	0	114	129	1	1	1.062	1.014
Risaralda	11	12	71	89	0	0	245	312	11	6	1.500	1.524
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	3	7	0	0	2	10	0	0	78	109
Santa Marta D.T.	8	4	46	59	0	0	89	138	2	3	283	309
Santander	27	26	173	204	0	0	342	559	12	7	2.511	2.718
Sucre	11	8	89	78	1	0	39	46	0	0	786	761
Tolima	13	16	71	60	0	1	223	336	5	7	1.164	1.324
Valle del Cauca	11	20	118	157	0	0	290	363	9	11	2.714	2.908
Vaupés	1	0	1	2	0	0	5	9	0	0	79	170
Vichada	2	4	15	16	0	0	15	7	0	1	93	89
Total nacional	631	442	4.143	4.330	3	8	6.969	8.676	185	199	58.744	61.075



Semana epidemiológica 21

18 al 24 de mayo de 2025

TEMA CENTRAL

Morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

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

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Ana María García Bedoya, Nubia Stella Narváez Díaz, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **Situación nacional:** Grupo Sivigila. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montañón 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.

49# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.21>