



Foto: banco de imágenes OMS.



Lepra

El fortalecimiento de la vigilancia contribuyó a que Colombia mantuviera, en 2024, el cumplimiento de la meta internacional de eliminación de la lepra, con menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes y una tasa de discapacidad severa en casos nuevos inferior a 0,58 por cada 1 000 000 habitantes.

**Semana
epidemiológica**

12 al 18 de enero de 2025

03



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
Lepra

Pág.

3



Situación nacional

8



Mortalidad

10



Eventos trazadores

15



Brotes y alertas

29



Tablas de mando por departamento

32

Comportamiento de la lepra, Colombia, semana epidemiológica 52 de 2024

La lepra, también conocida como enfermedad de Hansen, es una enfermedad infecciosa crónica causada por el *Mycobacterium leprae* y el *Mycobacterium lepromatosis*, organismos intracelulares obligados que afectan principalmente los histiocitos dérmicos (macrófagos tisulares) y las células de Schwann en los nervios periféricos. Esta infección genera afectaciones en la piel y los nervios periféricos (1). Aunque no es una enfermedad altamente contagiosa, su transmisión ocurre principalmente a través de gotas respiratorias. Los síntomas pueden aparecer un rango de 3 a 5 años; sin embargo, en algunos casos pueden tardar hasta 20 años. Las manifestaciones clínicas son variables y dependen de la respuesta inmune de cada persona. Entre los síntomas más comunes se incluyen manchas hipopigmentadas en la piel, debilidad muscular, sensación de hormigueo en las extremidades y deformidades. Si no se realiza un diagnóstico oportuno, el daño nervioso puede conducir a discapacidades permanentes e incluso ceguera (2,3).

Actualmente, se considera una enfermedad tropical desatendida que aún está presente en más de 120 países, los cuales, en conjunto, notifican más de 200 000 nuevos casos al año. Su meta de eliminación, definida como menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes, se alcanzó de manera gradual a nivel mundial tras la introducción del tratamiento multimedicamentoso (3).

En 2023, 182 países reportaron un total de 182 815 casos nuevos, de los cuales 72 845 (39,8 %) correspondieron a mujeres. Además, se registraron 9 729 casos con discapacidad grado II (G2D), y de estos, el 2,7 % (266) correspondieron a casos de lepra infantil. Los países con las tasas de detección de casos nuevos más altas fueron India, Brasil e Indonesia. Según el análisis regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las regiones de África y Asia Sudoriental presentaron la mayor carga de la enfermedad (4).

En Colombia, hasta la semana epidemiológica 52 de 2024, se notificaron un total de 249 casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) bajo el evento código 450. De este total, el 87,1 % (217) correspondió a casos nuevos, el 9,2 % (23) a recaídas o recidivas, y el 3,6 % (9) a retratamientos tras la pérdida de seguimiento. En comparación con los datos de 2023, se observó una disminución promedio del 5 % en el tipo de ingreso. En cuanto a la detección de casos nuevos, con corte a la semana epidemiológica 52 de 2024, se registró una incidencia de 0,41 casos por cada 100 000 habitantes (figura 1).

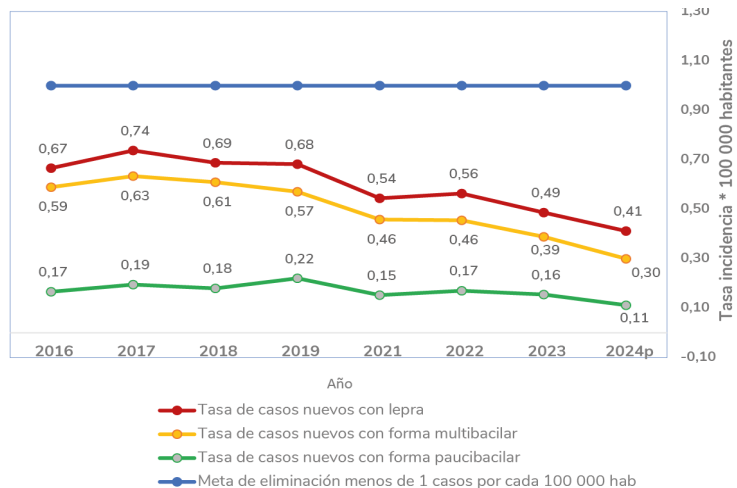


TEMA CENTRAL

Lepra

Claudia Lorena Pérez Clavijo, cperez@ins.gov.co

Figura 1. Tasa de detección de lepra, Colombia, a semana epidemiológica 52, 2016-2024



Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 52, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2016-2024

Respecto a la meta de eliminación internacional fijada por la OMS, que establece menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes, Colombia presentó en 2024 una tasa de detección de casos nuevos de 0,04 por cada 10 000 habitantes. Al comparar esta cifra con la de 2023, no se observan cambios estadísticamente significativos, lo que permite al país continuar cumpliendo con la meta de eliminación de la enfermedad.

Simultáneamente, se realizó el análisis de monitoreo de comportamientos inusuales hasta la semana epidemiológica 52 de 2024, en el que se observó un descenso del 35 % en la notificación de casos en comparación con el promedio de los cinco años anteriores. Este análisis, desagregado por lugar de residencia, evidenció un mayor decremento en las entidades territoriales de Bolívar, Cali, Huila y Norte de Santander y en los municipios de Arauca, Neiva, Girón y Piedecuesta.

Frente a la detección de casos nuevos de la enfermedad, la mayor parte de los casos continúan siendo captados y notificados en las entidades territoriales con cargas históricas de la enfermedad, tales como Huila, Valle del Cauca y Cesar; en cuanto a municipios con más de 100 000 habitantes, con corte a semana epidemiológica 52 de 2024, se observó mayor tasa de detección de casos nuevos para Tuluá, Villa del Rosario, Ciénaga, Neiva y Girardot (tablas 1 y 2)

Tabla 1. Tasa de detección de casos de lepra por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 52, 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Casos nuevos de lepra notificados a SE 52 de 2023	Casos nuevos de lepra notificados a SE 52 de 2024	"Tasa de detección por 100 000 habitantes 2023"	"Tasa de detección por 100 000 habitantes 2024"	Minigráfico
Vichada	0	2	0,00	1,59	
Huila	14	14	1,19	1,17	
Valle del Cauca	29	23	1,43	1,13	
Cesar	17	15	1,24	1,07	
Guaviare	2	1	2,05	1,00	
Arauca	8	3	2,56	0,95	
Santa Marta	3	5	0,54	0,89	
Norte de Santander	21	15	1,24	0,88	
Magdalena	7	8	0,75	0,84	
Santander	20	20	0,85	0,84	
Tolima	14	9	1,02	0,65	
Barranquilla	7	8	0,53	0,6	
Cauca	7	9	0,45	0,57	
Caquetá	1	2	0,24	0,47	
Meta	6	5	0,53	0,44	
Casanare	2	2	0,43	0,42	
Bolívar	11	5	0,93	0,41	
Sucre	6	4	0,60	0,40	
Cali	17	9	0,74	0,39	
Quindío	2	2	0,36	0,35	
Cartagena de Indias	10	3	0,94	0,28	
Atlántico	6	4	0,41	0,27	
Córdoba	1	5	0,05	0,26	
Boyacá	4	3	0,31	0,23	
Cundinamarca	8	8	0,23	0,23	
Bogotá, D.C.	13	17	0,16	0,21	
Caldas	2	2	0,19	0,19	
Nariño	5	3	0,29	0,18	
Chocó	1	1	0,17	0,17	
Antioquia	5	10	0,07	0,14	

Amazonas	1	0	1,18	0,00	
La Guajira	1	0	0,10	0,00	
Putumayo	2	0	0,52	0,00	
Risaralda	1	0	0,10	0,00	
Colombia	254	217	0,49	0,41	

Fuente: evento 450 Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024

SE: semana epidemiológica

Tabla 2. Tasa de detección de casos de lepra por municipio de residencia mayor a 100 000 habitantes, Colombia, a semana epidemiológica 52, 2023 y 2024

Departamento	Municipio	Casos nuevos a SE 52 de 2023	Casos nuevos a SE 52 de 2024	Tasa de detección 2023	Tasa de detección 2024	Minigráfico
Valle del Cauca	Tuluá	6	10	2,59	4,30	
Norte de Santander	Villa del Rosario	2	3	1,73	2,58	
Magdalena	Ciénaga	0	3	0,00	2,25	
Huila	Neiva	10	7	2,63	1,82	
Cundinamarca	Girardot	3	2	2,51	1,62	
Cesar	Aguachica	2	2	1,58	1,56	
Cesar	Valledupar	5	8	0,89	1,41	
Caquetá	Florencia	0	2	0,00	1,12	
Santander	Barrancabermeja	1	2	0,47	0,92	
Magdalena	Santa Marta	3	5	0,54	0,89	
Santander	Floridablanca	2	3	0,59	0,88	
Norte de Santander	San José de Cúcuta	11	7	1,36	0,86	
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	1	1	0,75	0,75	
Santander	Bucaramanga	4	4	0,65	0,65	
Cundinamarca	Soacha	1	5	0,13	0,62	
Atlántico	Barranquilla	7	8	0,53	0,60	
Córdoba	Montería	1	3	0,19	0,57	
Valle del Cauca	Palmira	4	2	1,11	0,56	
Casanare	Yopal	1	1	0,52	0,52	

Atlántico	Soledad	3	3	0,44	0,44	
Valle del Cauca	Cali	17	9	0,75	0,39	
Meta	Villavicencio	4	2	0,69	0,34	
Quindío	Armenia	1	1	0,32	0,32	
Bolívar	Cartagena de Indias	10	3	0,95	0,28	
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	13	17	0,16	0,21	
Antioquia	Bello	1	1	0,18	0,18	
Antioquia	Medellín	1	2	0,04	0,08	
Arauca	Arauca	2	0	2,01	0,00	
Valle del Cauca	Jamundí	3	0	1,66	0,00	
Santander	Piedecuesta	4	0	2,10	0,00	
Risaralda	Pereira	1	0	0,21	0,00	
La Guajira	Riohacha	1	0	0,45	0,00	
Valle del Cauca	Cartago	3	0	2,10	0,00	
Atlántico	Sabanalarga	1	0	0,97	0,00	
Nariño	Pasto	1	0	0,24	0,00	
Tolima	Ibagué	3	0	0,55	0,00	
Cauca	Santander de Quilichao	1	0	0,86	0,00	
Norte de Santander	Ocaña	1	0	0,74	0,00	
Colombia		254	217	0,49	0,41	

Fuente: evento 450 Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024

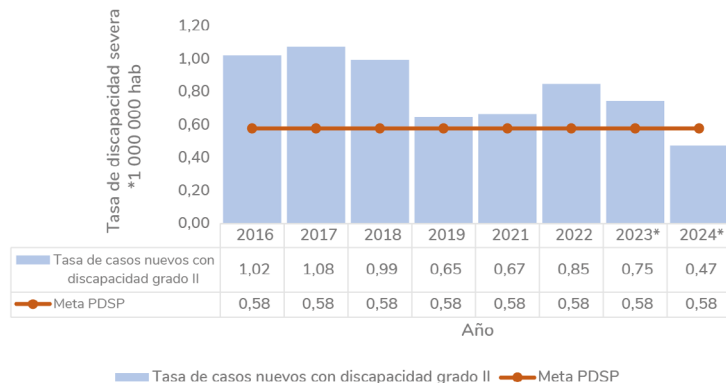
SE: semana epidemiológica

Discapacidad

De acuerdo con el ingreso de casos nuevos con algún grado de discapacidad, para el 2024, en el país el 22 % (47) de los casos reportó discapacidad grado I (GID) (signo: compromiso de la sensibilidad) y el 12 % (25) registró discapacidad GIID (síntoma alteración funcional y deformidad anatómica). En 2024, el país alcanzó una tasa de discapacidad por lepra de 0,47 por 1 000 000 de habitantes, cifra que evidencia el cumplimiento de la meta de 0,58 por 1 000 000 de habitantes, según lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP). De acuerdo con el indicador de la tasa de discapacidad por cada 100 000 habitantes en 2024, realizada por entidad territorial, las mayores

tasas de discapacidad en casos nuevos fueron registradas en Cauca (0,19), Santa Marta (0,18) y Norte de Santander (0,18) (figura 2).

Figura 2. Tasa de discapacidad severa (grado II) de los casos nuevos de lepra, Colombia, 2016-2023



Fuente: evento 450 Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2016-20

De acuerdo con la notificación de casos de lepra, con corte a la semana epidemiológica 52 de 2024, la tasa de incidencia por sexo fue de 0,45 casos por cada 100 000 hombres y de 0,37 casos por cada 100 000 mujeres. Los casos se distribuyeron en diferentes grupos de edad, pero se concentraron principalmente en el grupo de 65 años y más, con una incidencia de 1,1 casos por cada 100 000 habitantes, seguido del grupo de 55 a 64 años, con una incidencia de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes. Adicionalmente, se reportaron cinco (5) casos en menores de 15 años, conocidos como lepra infantil, lo que corresponde a una incidencia de 0,04 por cada 100 000 menores de 15 años, aportados por Cartagena de Indias, Chocó, Norte de Santander, Santander y Tolima.

En cuanto a poblaciones especiales, del total de casos notificados hasta la semana epidemiológica 52 de 2024, se registró una tasa de 0,08 casos por cada 100 000 indígenas (2 casos), perteneciente a los pueblos embera y uwa; 0,18 casos por cada 100 000 habitantes afrocolombianos o negros (7 casos), y el 0,4 % (1 caso) en población privada de la libertad.

Según el tipo de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 62 % (155 casos) corresponde al régimen subsidiado. Al analizar el tipo de ingreso por el total de casos notificados en 2024, se observó que el 73 % (183) ingresaron como casos multibacilares (MB)¹ y el 27 % (66) fueron

clasificados como casos paucibacilares (PB)².

De igual manera, en el marco de las estrategias de eliminación y del Plan Nacional para la Eliminación de las Enfermedades Transmisibles 2024-2031, se realizó una verificación de la carga de enfermedad por municipio o distrito de residencia durante el período 2014-2024. Los resultados muestran que los municipios con mayor carga de enfermedad son Cali, Bogotá, D.C., Cúcuta, Neiva y Cartagena de Indias, los cuales han reportado casos de manera constante a lo largo de estos 10 años.

Asimismo, al analizar la carga según la clasificación clínica de los casos, específicamente aquellos con lepra MB y con un comportamiento superior al percentil 75, se identificó que la mayor carga se presentó en Cali, Bogotá, D.C., Cúcuta, Neiva y Barranquilla.

Recomendaciones

Para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la lepra se recomiendan a las entidades territoriales la realización de las siguientes actividades:

- Garantizar la realización de la investigación epidemiológica de campo dentro de los ocho días posteriores a la notificación del caso, teniendo en cuenta la búsqueda de contactos priorizando convivientes o miembros del hogar y georreferenciar los focos familiares para asegurar una intervención oportuna y cortar la cadena de transmisión.
- Optimizar la calidad del dato en notificación el evento código INS 450.
- Garantizar la concordancia entre las fuentes de información: vigilancia, programa y laboratorio.
- Mantener el análisis de los comportamientos inusuales del evento en las entidades territoriales, con el fin de priorizar acciones de vigilancia ante incrementos o decrementos estadísticamente significativos.

¹Caso multibacilar (MB): caso de lepra con más de cinco lesiones cutáneas; o con afectación nerviosa (neuritis pura o cualquier número de lesiones cutáneas y neuritis); o con la presencia demostrada de bacilos en un frotis de piel en hendidura, independientemente del número de lesiones cutánea (5).

²Caso paucibacilar (PB): caso de lepra con una a cinco lesiones cutáneas, sin presencia demostrada de bacilos en frotis cutáneo (5).

- Capacitación al talento humano en salud para la disminución de la brecha frente al conocimiento de la enfermedad en el marco de eliminación y su existencia.

Conclusiones

En 2024, Colombia mantiene el cumplimiento de la meta de eliminación de la lepra, con menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes.

- En 2024, Colombia logra el cumplimiento de la meta de discapacidad severa o grado II establecida en el PDSP 2022-2031, con menos de 0,58 casos por cada 1 000 000 de habitantes.
- Según la distribución de tasas de incidencia por sexo, Colombia en 2024 registró una mayor incidencia en hombres, especialmente en los mayores de 65 años.
- Los casos de lepra infantil presentaron un aumento superior al 100 % en comparación con 2023, alcanzando una incidencia de 0,04 por cada 100 000 menores.
- Los departamentos con mayor tasa de detección de casos nuevos fueron Vichada, Huila y Valle del Cauca.
- En 2024, la lepra, como enfermedad en eliminación, mantuvo un diagnóstico y reporte de casos.

Referencias

1. Sugawara-Mikami M, Tanigawa K, Kawashima A, Kiriya M, Nakamura Y, Fujiwara Y, et al. Pathogenicity and virulence of Mycobacterium leprae. Virulence [Internet]. 2022;13(1):1985–2011. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21505594.2022.2141987>
2. Organización Panamericana de la Salud. Lepra [Internet]. 2023 [Citado 2025 Jan 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
3. World Health Organization. Temas salud. 2023. Lepra (mal de Hansen). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>

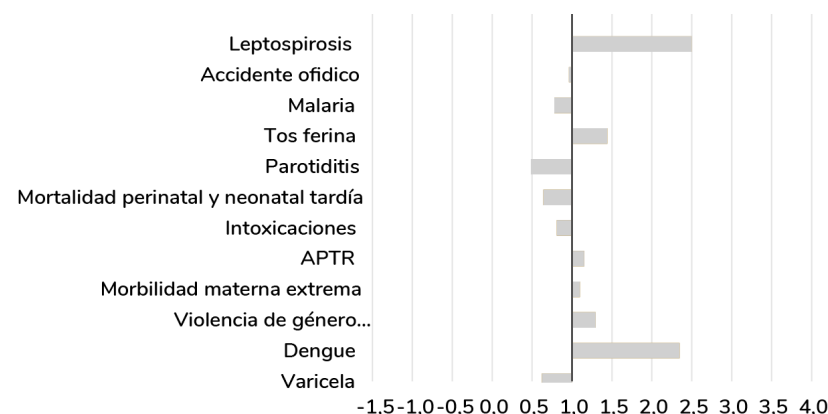
4. World Health Organization. Leprosy (Hansen disease). [Citado 2025 Jan 13]. The Global Health Observatory. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/leprosy-hansens-disease>

5. Ministerio de Salud y Protección Social . Plan estratégico nacional de prevención y control de la enfermedad de hansen: “ Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen ” [Internet]. Vol. 1, Compromisos de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen. Bogotá; 2016.Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Plan-strategico-enfermedad-hansen-2016-2025.pdf>



Para la semana epidemiológica 03 de 2025, se identificó que los eventos de mayor notificación en el país se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025



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

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

En la semana epidemiológica 03 de 2025, en los eventos de baja frecuencia, zika y mortalidad por dengue estuvieron por encima de lo esperado, mientras que leishmaniasis cutánea y Chikunguña estuvieron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 3).



SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	5	3	0,01
Mortalidad por dengue	10	4	0,04
Leishmaniasis cutánea	25	132	0,03
Chikunguña	1	3	0,05
Leishmaniasis mucosa	0	3	0,07
Lepra	0	7	0,10
Fiebre tifoidea y paratifoidea	10	2	0,27

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 03 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

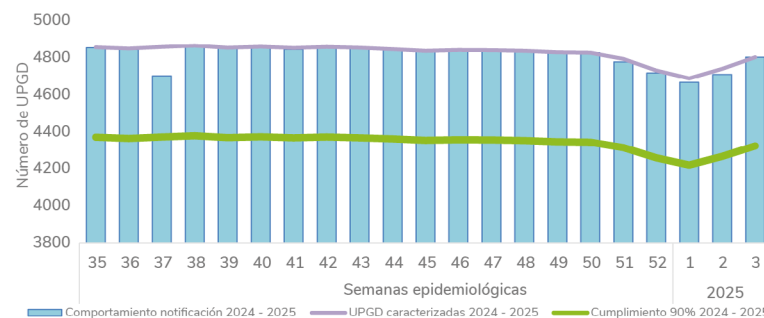
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento con respecto a la semana anterior y con relación a la semana epidemiológica

03 del año 2024. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 804/4 804); observando un aumento del 0,65 % respecto a la semana anterior y aumentando un 0,43 % comparado con la semana epidemiológica 03 de 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica en 2024 y 2025, las UPGD caracterizadas y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 03 de 2025, se han notificado 37 muertes probables en menores de cinco años: 22 por infección respiratoria aguda (IRA), ocho (8) por desnutrición (DNT) aguda y siete (7) por enfermedad diarreica aguda (EDA).

De estos, un caso de IRA residía en el exterior, por lo cual no se incluyó en el análisis. La totalidad de los casos se encuentran en estudio.



MORTALIDAD

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 22 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio.

Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 03 fue de 29, para una tasa de mortalidad de 0,79 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 03 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por IRA en las entidades territoriales, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 03 entre 2018 a 2024.

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado ocho (8) muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 03 fue de 15, para una tasa de mortalidad de 0,41 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 03 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por desnutrición aguda en las entidades territoriales en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 03 entre 2018 a 2024.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado siete (7) muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; las cuales se encuentra en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 03 fue de 21, para una tasa de mortalidad de 0,57 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 03 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por EDA en las entidades territoriales en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 03 entre 2018 a 2024.

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 03 de 2025 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos, cuatro (4) muertes maternas tempranas y una muerte materna tardía; para un total acumulado de nueve (9) casos de muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a SE 03, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	18	11	7	36
2023	15	12	2	29
2024	14	9	5	28
2025	9	3	2	14

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en ocho entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Histórico 2021 – 2024 a SE 03	Acumulado de casos a SE 03		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2024	2025	
Colombia	18	14	9	Disminución
Cundinamarca	1	0	2	Sin cambio
Antioquia	2	1	1	Sin cambio
Barranquilla	1	1	1	Sin cambio
Bogotá, D.C.	2	4	1	Sin cambio
Cesar	1	1	1	Sin cambio
La Guajira	1	0	1	Sin cambio
Nariño	0	0	1	Sin cambio
Santander	1	0	1	Sin cambio
Bolívar	1	1	0	Sin cambio
Cali	1	1	0	Sin cambio
Cartagena de Indias	1	0	0	Sin cambio
Cauca	0	1	0	Sin cambio
Chocó	1	0	0	Sin cambio
Córdoba	2	2	0	Sin cambio
Huila	1	0	0	Sin cambio
Magdalena	1	0	0	Sin cambio
Meta	1	1	0	Sin cambio
Santa Marta	0	1	0	Sin cambio

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

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Copacabana (Antioquia), Curumaní (Cesar), Nilo y Lenguaque (Cundinamarca), Santa Bárbara (Nariño) y Málaga (Santander), comparado con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 6).

Tabla 6. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	Copacabana	0	1	0,00
Cesar	Curumaní	0	1	0,00
Cundinamarca	Nilo	0	1	0,00
	Lenguaque	0	1	0,00
Nariño	Santa Bárbara	0	1	0,00
Santander	Málaga	0	1	0,00

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

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas, a semana epidemiológica 03 de 2025, el 44,4 % corresponden a causas directas. Las causas de muerte materna notificadas a la fecha son trastorno hipertensivo asociado al embarazo, sepsis de origen obstétrico y evento tromboembólico como causa básica y hemorragia obstétrica (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 02 2023 - 2025						Comportamiento inusual
	2023	%	2024	%	2025	%	
DIRECTA	12	80,0	8	57,1	4	44,4	
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	5	33,3	4	28,6	1	11,1	Disminución
Sepsis obstétrica	2	13,3	1	7,1	1	11,1	Sin cambio
Evento tromboembólico como causa básica	3	20,0	1	7,1	1	11,1	Sin cambio
Hemorragia obstétrica	1	6,7	2	14,3	1	11,1	Sin cambio
Embarazo ectópico	1	6,7	0	0,0	0	0,0	Sin cambio
INDIRECTA	3	20,0	6	42,9	1	11,1	
Otras causas indirectas: neumonía	1	6,7	0	0,0	1	11,1	Sin cambio
Otras causas indirectas	1	6,7	2	14,3	0	0,0	Sin cambio
Sepsis no obstétrica	1	6,7	3	21,4	0	0,0	Sin cambio
Otras causas indirectas: dengue	0	0,0	1	7,1	0	0,0	Sin cambio
En estudio	0	0,0	0	0,0	4	44,4	

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/lcd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc_f_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 03 de 2025 se han notificado 264 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 262 corresponden a residentes en Colombia y dos (2) a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (41), Antioquia (33), Cali (16), Cundinamarca (16) y Cartagena de Indias (12). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 03 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Atlántico, Bolívar, Cauca, La Guajira, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Vichada. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 8).

Tabla 8. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a SE 03 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024	Valor observado 2024-2025 (SE 52 de 2024 a 03 de 2025)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 03	
				2024	2025
Colombia	584	327	Disminución	373	262
Bogotá, D.C.	67	53	Sin cambio	39	41
Antioquia	65	41	Sin cambio	28	33
Cali	23	18	Sin cambio	12	16
Cundinamarca	31	22	Sin cambio	20	16
Cartagena de Indias	19	14	Sin cambio	13	12
Córdoba	29	14	Sin cambio	21	11
Meta	15	11	Sin cambio	11	9
Nariño	17	12	Sin cambio	11	9
Barranquilla	22	10	Sin cambio	10	8
La Guajira	29	9	Disminución	17	8
Santander	17	10	Sin cambio	9	8
Atlántico	18	8	Disminución	18	7
Bolívar	16	7	Disminución	12	7
Cauca	19	9	Disminución	12	7
Chocó	14	7	Sin cambio	16	7
Huila	14	7	Sin cambio	12	7
Valle del Cauca	16	7	Sin cambio	11	7
Buenaventura	6	6	Sin cambio	6	6
Caldas	8	7	Sin cambio	3	6
Magdalena	12	8	Sin cambio	4	6
Tolima	12	8	Sin cambio	8	6
Cesar	19	8	Sin cambio	9	5
Sucre	15	5	Disminución	8	4
Boyacá	11	5	Sin cambio	7	3
Casanare	6	2	Sin cambio	7	2
Quindío	5	3	Sin cambio	7	2
Risaralda	10	2	Sin cambio	6	2
San Andrés y Providencia	1	3	Sin cambio	1	2
Amazonas	1	1	Sin cambio	1	1
Arauca	6	1	Sin cambio	6	1
Caquetá	6	1	Sin cambio	4	1
Norte de Santander	18	4	Disminución	14	1
Putumayo	5	1	Disminución	4	1
Guainía	2	0	Sin cambio	0	0
Guaviare	1	1	Sin cambio	0	0
Santa Marta	6	1	Sin cambio	5	0
Vaupés	1	0	Sin cambio	0	0
Vichada	4	1	Disminución	1	0

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

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2020 a 2024 en La Estrella (Antioquia) y Timbiquí (Cauca) (tabla 9).

Tabla 9. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 03 2020 - 2024	Valor observado a SE 02 de 2025	Semanas continuas en incremento
Antioquia	La estrella	0	2	01
Cauca	Timbiquí	0	2	02

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

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 39,3 %, seguido de las neonatales tempranas con 26,7 %, neonatales tardías con 23,3 % y fetales intraparto con 10,7 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,0 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,4 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 9,2 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 03 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 10. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 03, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 03, 2023 -2025					
	2023 a SE 03	(%)	2024 a SE 03	(%)	2025 a SE 03	(%)
Colombia	446	100,0	373	100,0	262	100,0
Asfixia y causas relacionadas	123	27,6	82	22,0	63	24,0
Prematuridad-inmadurez	72	16,1	52	13,9	43	16,4
Sin información	2	0,4	19	5,1	31	11,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	71	15,9	51	13,7	24	9,2
Causas no específicas	9	2,0	17	4,6	23	8,8
Complicaciones del embarazo	54	12,1	46	12,3	21	8,0
Infecciones	37	8,3	35	9,4	17	6,5
Otras causas de muerte	28	6,3	23	6,2	17	6,5
Malformación congénita	35	7,8	32	8,6	16	6,1
Trastornos cardiovasculares	9	2,0	13	3,5	6	2,3
Convulsiones y trastornos neurológicos	1	0,2	0	0,0	1	0,4
Lesión de causa externa	5	1,1	3	0,8	0	0,0

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



Infección respiratoria aguda

Metodología

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

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2016 a 2024 y el intervalo de confianza.

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 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 a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general; En hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) una tendencia hacia el aumento en comparación con el periodo anterior (tabla 11).

Tabla 11. Notificación de morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 48 de 2024 a 03 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 48 a 51 de 2024	SE 52 de 2024 a 03 de 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	550 317	448 585	→ -0,18%	
Hospitalización en sala general	21 707	19 812	→ -0,09%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 673	2 728	→ 0,02%	

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 03 de 2025 se notificaron 136 881 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Chocó, Santa Marta y Santander. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Guaviare, San Andrés 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 (48 de 2024 a 03 de 2025) en 14 municipios (tabla 12).

Tabla 12. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 03 de 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	4 684	4 564	4 331	5 760
Atlántico	Soledad	5 446	4 452	5 596	5 593
Antioquia	Bello	4 340	3 696	3 845	4 507
Cundinamarca	Soacha	3 554	2 678	3 059	3 626
La Guajira	Maicao	2 463	2 279	2 261	3 169
La Guajira	Uribe	3 088	1 930	1 911	2 614
Valle del Cauca	Palmira	2 058	1 879	1 678	2 351
Antioquia	Envigado	1 649	1 546	1 736	1 862
Santander	Floridablanca	1 458	1 178	1 144	1 523
Valle del Cauca	Tuluá	1 394	1 117	765	1 381
Valle del Cauca	Cartago	1 321	1 130	727	1 368
Cundinamarca	Girardot	1 259	1 035	1 018	1 302
Valle del Cauca	Yumbo	914	1 056	898	1 289
Cundinamarca	Zipaquirá	962	914	1 103	1 220
Cundinamarca	Madrid	1 082	849	617	1 108
Norte de Santander	Ocaña	886	878	502	1 053
Boyacá	Sogamoso	821	758	890	904
Antioquia	Turbo	714	679	641	856
Antioquia	Apartado	1 067	678	920	844
Bolívar	Magangué	1 000	640	791	838
Huila	Pitalito	589	568	684	686
Casanare	Yopal	881	491	726	620
Santander	Piedecuesta	251	355	222	455
Santander	Girón	369	285	168	342
Atlántico	Malambo	306	254	346	319
Cundinamarca	Mosquera	292	199	288	244

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

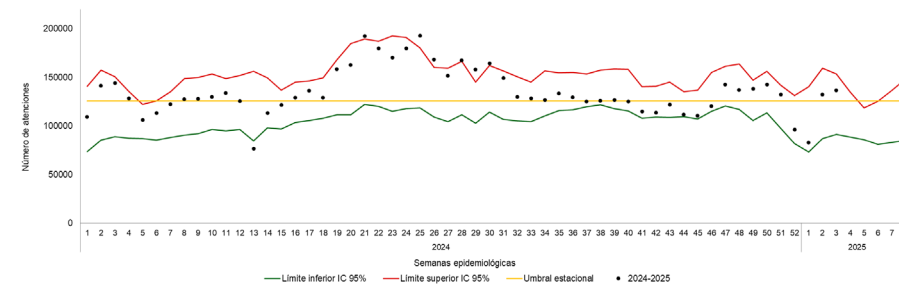
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* 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 (48 de 2024 a 03 de 2025) por grupos de edad, los de 20 a 39 años representan el 33,20 % (137 897) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 21,64 % (89 885). 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 9,96 % seguido de los menores de un año con 8,67 % respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA a nivel nacional a semana epidemiológica 03 de 2025 se mantiene dentro de los límites esperados, comparado con su comportamiento histórico. Así mismo, se observó una tendencia a ubicarse por encima del umbral estacional en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 03 de 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

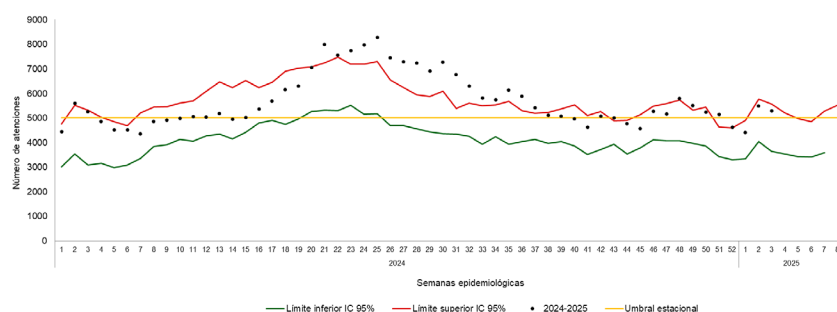
En la semana epidemiológica 03 de 2025 se notificaron 5 289 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guainía, La Guajira, Norte de Santander, San Andrés, Vaupés y Vichada e incremento en Arauca, Atlántico, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta y Tolima. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 52 de 2024 y 01 a 03 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 454) representaron el 32,58 %, seguido de los menores de un año con el 12,86 % (2 548). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con

23,30 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 18,50 %.

En el canal endémico para el servicio de hospitalización por IRA en sala general a semana epidemiológica 03 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional. Asimismo, en las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 49 a 52, 2023) se observó una tendencia al aumento ubicándose por encima de los límites superiores (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 a 03 de 2025 entre 2017 y 2024

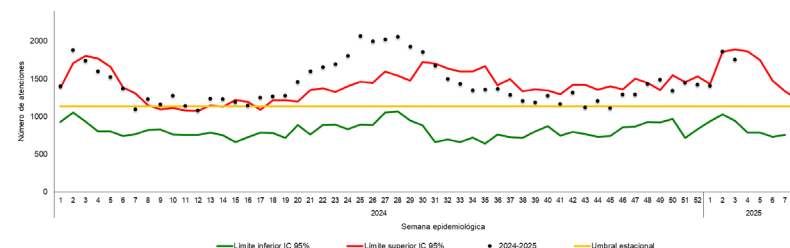


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025

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

En la semana epidemiológica 03 de 2025, se notificaron (1 758) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad en semana 03 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose sobre el límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2024 a 03 de 2025



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

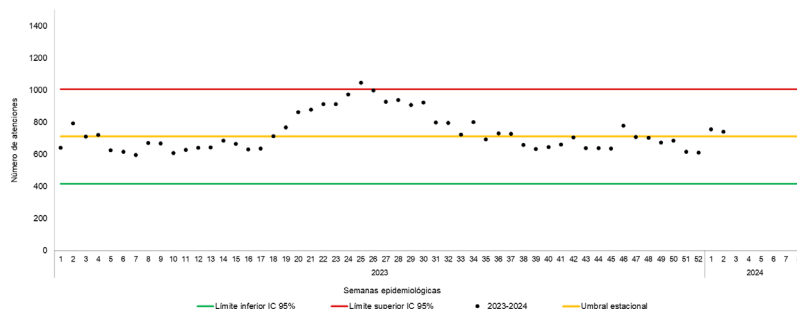
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 03 de 2025 se notificaron 741 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 12 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Meta, Putumayo y Vichada. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá, Boyacá, Cali, Casanare, Cesar, Guainía, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 de 2024 a 03 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 38,16 % (1041), seguido de los menores de un año con el 18,88 % (515) 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 dos a cuatro años con el 23,20 % seguido de los niños de un año con el 21,82 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 03 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional, con respecto al último periodo (semanas epidemiológicas 49 a 52 2024) (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 de 2024 a 03 de 2025

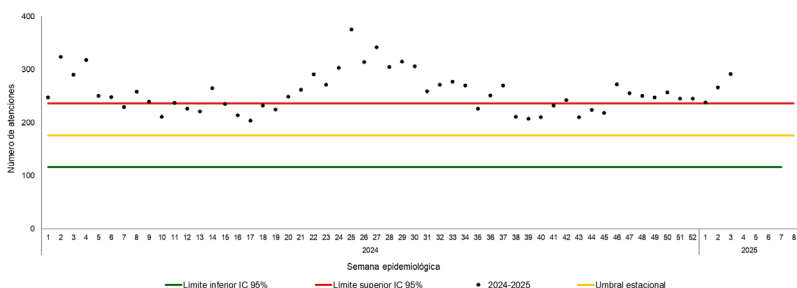


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024

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

En la semana epidemiología 03 de 2025 se notificaron 292 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia que a esta semana se sitúa por encima del límite superior, siguiendo la misma tendencia con respecto al último periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos e intermedios, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 de 2024 a 03 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 02 en la región de las Américas la actividad de influenza en las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado ascenso en la región Norte América, Caribe y ligero ascenso en Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región, excepto en la región América del Norte. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en la región Andina, Brasil y Cono Sur, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#))

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 03 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 e influenza A(H1N1)pdm09 y en decremento adenovirus e influenza B. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 13).

Tabla 13. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 48 de 2024 a 03 de 2025

Agente viral identificado	SE 48 a SE 51 de 2024			SE 52 de 2024 a SE 03 de 2025			Variación total*
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	42,9	46,5	22,0	31,2	29,8	24,0	↘
Rinovirus	15,5	14,8	23,1	26,5	21,4	16,7	↗
Virus sincitial respiratorio	13,0	23,5	7,7	11,8	21,4	-	↘
Enterovirus	9,3	7,4	7,7	8,8	7,1	-	↘
Adenovirus	7,5	11,1	-	2,9	7,1	-	↘
Influenza B	19,8	6,2	23,0	8,8	-	-	↘
Influenza A	1,9	1,2	-	2,9	7,1	-	↗
Parainfluenza	10,5	12,3	-	8,8	7,1	16,6	↘
Metapneumovirus	14,9	19,8	15,4	11,7	21,4	-	↘
A(H1N1)pdm09	1,2	-	7,7	8,8	-	33,3	↗
SARS-CoV2	-	-	-	2,9	-	16,6	↗
A(H3N2)	3,7	1,2	15,4	2,9	-	16,6	↘
Bocavirus	-	-	-	-	-	-	-
Coronavirus	2,5	2,5	-	2,9	7,1	-	↗

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

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

COVID-19

Metodología

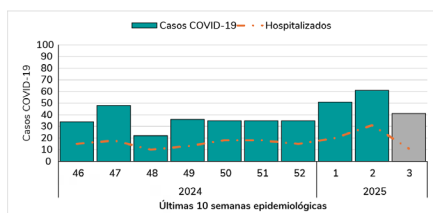
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 03 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

El análisis del comportamiento 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 ($p > 0,05$)).

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

En Colombia, con corte al 18 de enero de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 153 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (52 de 2024 a 03 de 2025), se ha observado un aumento significativo del 46,9 %, con 188 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 48 a 51 de 2024), en el cual se reportaron 125 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 23,4 %, pasando de 59 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 77 casos (figura 10).

Figura 10. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semanas epidemiológicas 46 de 2024 a 03 de 2025



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

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

Entre el 12 y el 18 de enero de 2025 se confirmaron 56 casos en el territorio nacional; de estos el 79,2 % (41 casos) corresponde a la semana epidemiológica 03. El 60,7 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Boyacá, Antioquía, Nariño y Cali (tabla 14).

Tabla 14. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 03 de 2025

Entidad Territorial	SE 01	SE 02	SE 03	Total
Bogotá, D.C.	1	2	10	13
Boyacá	0	1	6	7
Antioquia	1	0	5	6
Nariño	1	0	3	4
Cali	0	0	4	4
Cauca	1	0	3	4
Quindío	0	2	1	3
Valle del Cauca	0	0	3	3
Santander	0	2	0	2
Tolima	0	1	1	2
Sucre	0	1	1	2
Chocó	0	0	1	1
Santa Marta	0	0	1	1
Caldas	0	0	1	1
Cundinamarca	0	0	1	1
Huila	0	1	0	1
Risaralda	0	1	0	1
Total general	4	11	41	56

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 0,35 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 25 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 63 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Bogotá D.C., Boyacá, Caldas, Cauca, Quindío y Cali; a nivel municipal en Sotaquirá (Boyacá), Mercaderes (Cauca), Armenia (Quindío), Honda (Tolima), Andalucía y Cali (Valle del Cauca).

Frente a casos de muerte relacionados con COVID-19, a la semana analizada no hay notificaciones en Sivigila.

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 03 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 paracrínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

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

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

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

Las categorías usadas para los indicadores de gestión son:

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 03 de 2025 se notificaron 4 043 casos de dengue: 2 326 casos de esta semana y 1 717 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 12 740 casos, 8 058 (63,2 %) sin signos de alarma, 4 569 (35,9 %) con signos de alarma y 113 (0,9 %) de dengue grave.

El 74,4 % (9 479) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias, Tolima, Antioquia, Barranquilla, Huila, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Norte de Santander, Santander, Meta, Córdoba y Cali (tabla 15).

Tabla 15. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Cartagena de Indias	1 012	72,6	26,2	1,2
Tolima	957	62,6	36,5	0,9
Antioquia	933	64,8	34,3	0,9
Barranquilla	903	64,9	33,7	1,4
Huila	813	73,2	26,1	0,7
Valle del Cauca	736	74,2	25,3	0,5
Cundinamarca	681	65,8	33,9	0,3
Atlántico	650	53,8	45,1	1,1
Norte de Santander	584	62,3	36,6	1,0
Santander	567	70,7	28,7	0,5
Meta	550	61,8	37,5	0,7
Córdoba	548	50,2	49,1	0,7
Cali	545	63,3	36,1	0,6
Sucre	402	43,8	56,0	0,2
La Guajira	335	31,6	66,0	2,4
Putumayo	322	74,5	24,5	0,9
Bolívar	314	56,4	42,4	1,3
Caquetá	273	59,0	39,9	1,1
Quindío	242	76,0	24,0	0,0
Risaralda	207	64,3	35,7	0,0
Cesar	197	50,3	47,7	2,0
Arauca	156	50,0	47,4	2,6
Cauca	148	66,9	31,8	1,4
Guaviare	121	89,3	10,7	0,0
Nariño	74	45,9	51,4	2,7
Boyacá	68	57,4	42,6	0,0
Casanare	68	69,1	30,9	0,0
Magdalena	65	44,6	55,4	0,0
Caldas	58	56,9	43,1	0,0
Chocó	50	70,0	30,0	0,0
Santa Marta	48	50,0	50,0	0,0
Vichada	34	58,8	41,2	0,0
Amazonas	25	68,0	32,0	0,0
Exterior	19	36,8	57,9	5,3
Archipiélago de San Andrés	17	64,7	35,3	0,0
Guainía	11	81,8	18,2	0,0
Buenaventura	4	25,0	75,0	0,0
Vaupés	3	66,7	33,3	0,0
Colombia	12 740	63,2	35,9	0,9

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

En el último período analizado (semanas epidemiológicas 51, 2024 a 02, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 47 a 50, 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico, Barranquilla, Caquetá, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, Santa Marta, Vichada y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Buenaventura; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional; sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025) fueron: Cesar, La Guajira, Santa Marta y Sucre.

A semana epidemiológica 03 de 2025, a nivel nacional se confirmó el 49,9 % (2 278) de los casos de dengue con signos de alarma y 58,4 % (66) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 73,5 % (3 358) de los casos de dengue con signos de alarma y el 92,9 % (105) de los casos con dengue grave (tabla 16).



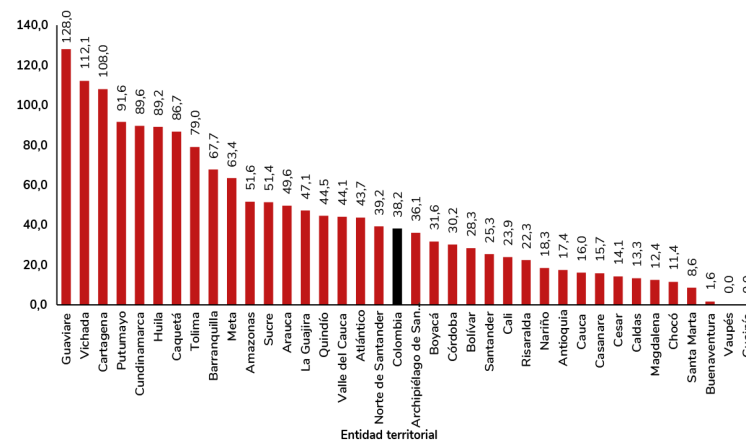
Tabla 16. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Entidad territorial	Casos (n)			Confirmación (%)			Hospitalización	
	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Con signos de alarma	Dengue grave
Amazonas	16	5	0	0,0%	20,0%	N/A	100,0%	N/A
Antioquia	622	329	7	28,9%	32,5%	57,1%	38,0%	71,4%
Arauca	78	67	3	9,0%	44,8%	66,7%	61,2%	100,0%
Atlántico	242	182	1	30,6%	54,9%	100,0%	73,1%	100,0%
Barranquilla	696	419	20	66,1%	76,1%	55,0%	88,3%	100,0%
Bolívar	140	107	0	42,1%	50,5%	N/A	83,2%	N/A
Bogotá	388	190	1	56,4%	53,2%	0,0%	61,6%	100,0%
Boyacá	44	38	0	54,5%	52,6%	N/A	60,5%	N/A
Buenaventura	1	3	0	100,0%	100,0%	N/A	33,3%	N/A
Caldas	30	23	0	10,0%	26,1%	N/A	87,0%	N/A
Cali	388	250	7	22,7%	38,4%	57,1%	72,8%	100,0%
Caquetá	158	107	3	42,4%	54,2%	66,7%	82,2%	100,0%
Cartagena de Indias	749	286	16	54,5%	60,1%	43,8%	87,8%	75,0%
Casanare	45	25	0	13,3%	52,0%	N/A	96,0%	N/A
Cauca	82	22	1	69,5%	77,3%	100,0%	54,5%	100,0%
Cesar	99	94	5	53,5%	72,3%	100,0%	90,4%	100,0%
Chocó	25	3	0	92,0%	66,7%	N/A	0,0%	N/A
Córdoba	268	267	5	61,2%	88,4%	60,0%	79,0%	100,0%
Cundinamarca	334	202	4	30,2%	50,0%	75,0%	82,2%	100,0%
Guainía	10	3	0	0,0%	0,0%	N/A	66,7%	N/A
La Guajira	98	205	7	71,4%	89,3%	71,4%	75,6%	100,0%
Guaviare	111	16	0	4,5%	18,8%	N/A	93,8%	N/A
Huila	579	210	6	15,5%	29,0%	66,7%	81,4%	100,0%
Magdalena	22	28	0	68,2%	60,7%	N/A	35,7%	N/A
Meta	305	193	4	5,2%	9,8%	0,0%	80,3%	100,0%
Nariño	36	37	2	80,6%	81,1%	100,0%	86,5%	50,0%
Norte de Santander	363	215	6	20,1%	40,5%	83,3%	80,5%	100,0%
Putumayo	240	78	3	28,8%	41,0%	66,7%	93,6%	100,0%
Quindío	177	61	0	12,4%	29,5%	N/A	59,0%	N/A
Risaralda	130	75	1	38,5%	36,0%	0,0%	53,3%	100,0%
Archipiélago de San Andrés	7	6	0	85,7%	66,7%	N/A	33,3%	N/A
Santander	377	149	3	24,7%	58,4%	66,7%	71,1%	66,7%
Santa Marta D.E.	11	28	0	72,7%	53,6%	N/A	78,6%	N/A
Sucre	172	216	1	42,4%	28,7%	0,0%	76,4%	100,0%
Tolima	485	258	6	9,7%	24,0%	50,0%	68,2%	100,0%
Valle del Cauca	507	160	1	18,9%	36,3%	0,0%	49,4%	100,0%
Vaupés	1	0	0	100,0%	N/A	N/A	N/A	N/A
Vichada	22	12	0	59,1%	75,0%	N/A	25,0%	N/A
Colombia	8 058	4 569	113	34,4 %	49,9 %	58,4 %	73,5 %	92,9 %

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

A semana epidemiológica 03 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 38,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 43,5 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Guaviare, Vichada, Cartagena de Indias, Putumayo, Cundinamarca, Huila y Caquetá presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 80 casos por 100 000 habitantes (figura 11). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 68,5 casos por 100 000 habitantes.

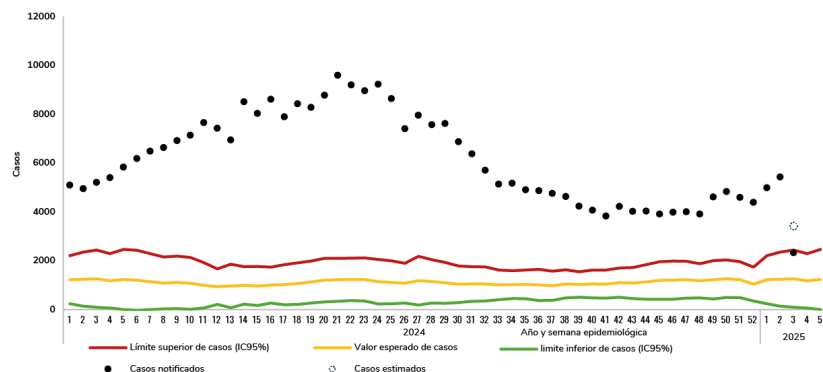
Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025



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

A semana epidemiológica 03 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al aumento del 11,9 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 51 de 2024 a 02 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 47 a 50 de 2024) (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 03 de 2025



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

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue según canal endémico se observa que, el 5,4 % (2) se encuentra dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira y Putumayo se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico (2015-2023), por lo que se espera un incremento de casos para el mes de enero (tabla 17). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el período de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Situación epidemiológica a SE 03, 2025	Período de transmisión según comportamiento histórico para el mes de enero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira, Putumayo	Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andres y Providencia, Santander y Sucre	Bolívar, Boyacá, Chocó, Guainía, Nariño, Vichada
Alerta	Tolima, Valle del Cauca	Amazonas, Cali, Magdalena, Santa Marta	Casanare, Cesar
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura, Vaupés	-

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 03 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 37,1 % (301) 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 80,7 % (46/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

A semana epidemiológica 03 de 2025 se han notificado 30 muertes probables por dengue, que a la fecha se encuentran en estudio, procedentes del exterior y de las entidades territoriales de Bolívar, Córdoba, Cauca, Huila, La Guajira, Atlántico, Valle del Cauca, Cartagena de Indias, Sucre, Risaralda, Cesar, Barranquilla, Santander, Cali, Tolima, Caquetá, Antioquia y Magdalena. Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 16 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 19).

Tabla 18. Municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue por encima de lo esperado según canal endémico de dengue, Colombia, semana epidemiológica 03 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Casos acumulados	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	9,4	245	89	369
	Apartadó	27,3	36	18	53
	Bello	3,2	18	6	29
	Envigado	13,2	32	3	43
	Itagüí	5,8	16	7	21
	Turbo	14,9	20	11	33
Atlántico	Barranquilla	68,8	903	324	1262
	Malambo	29,9	43	23	66
	Soledad	64,9	444	121	599
Bolívar	Cartagena de Indias	95,9	1 012	256	1 894
	Magangué	43,1	62	21	94
	Turbaco	34,4	40	13	80
Caquetá	Florencia	89,4	158	25	180
Cauca	Popayán	5,9	16	1	31
César	Santander de Quilichao	16,5	19	5	26
Córdoba	Valledupar	17,9	99	74	171
	Montería	43,5	223	97	391
	Cereté	16,4	18	5	22
	Lorica	7,7	9	5	28
Cundinamarca	Sahagún	38,4	43	6	53
	Fusagasugá	64,7	107	3	227
	Girardot	164,8	194	42	284
Chocó	Quibdó	7,5	10	3	17
Huila	Neiva	97,2	360	85	341
	Pitalito	68,8	90	17	104
La Guajira	Maicao	53,1	102	23	160
Meta	Villavicencio	44,5	227	100	355
Nariño	San Andres de Tumaco	17,9	46	16	65
	Cúcuta	40,3	308	117	521
Norte de Santander	Ocaña	58,2	69	15	106
	Villa del Rosario	55,4	61	30	113
Quindío	Armenia	38,4	120	15	197
Risaralda	Pereira	17,7	86	10	147
	Dosquebradas	34,9	76	3	105
Santander	Bucaramanga	24,7	153	39	302
	Barrancabermeja	17,7	38	16	65
	Floridablanca	31,6	99	21	187
	Girón	31,4	55	18	102
Sucre	Piedecuesta	22,5	42	19	59
	Sincedejo	46,2	139	63	230
Valle del Cauca	Cali	23,9	545	359	798
	Guadalajara de Buga	16,8	22	24	39
	Jamundí	79,2	134	8	181
	Palmira	17,6	63	35	53
	Tuluá	21,7	48	19	72
	Yumbo	40,4	45	18	85

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

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 03, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 03, 2025	Letalidad por dengue a SE 03, 2024
	Confirmados	En estudio		
Bolívar	0	3	0,00	0,19
Córdoba	0	3	0,00	0,00
Atlántico	0	2	0,00	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0,00	0,00
Cauca	0	2	0,00	0,29
La Guajira	0	2	0,00	0,00
Huila	0	2	0,00	0,16
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,00
Exterior	0	2	0,00	0,00
Antioquia	0	1	0,00	0,39
Barranquilla	0	1	0,00	0,00
Cali	0	1	0,00	0,05
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,34
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Risaralda	0	1	0,00	0,00
Santander	0	1	0,00	0,08
Sucre	0	1	0,00	0,00
Tolima	0	1	0,00	0,29
Colombia	0	28	0,00	0,10

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

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

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

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

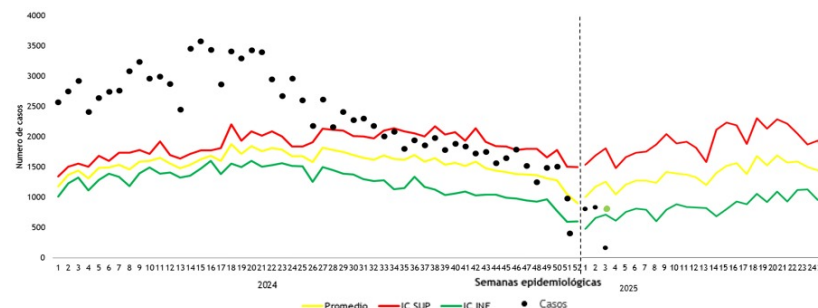
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de alerta por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 13).

Figura 13. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 03 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 03, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 03 de 2025 se notificaron 1 014 casos de malaria, para un acumulado de 2 947 casos, de los cuales 2 877 son de malaria no complicada y 70 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 64,2 % (1 893), seguido de *Plasmodium falciparum* con 34,8 % (1 027) e infección mixta con 0,9 % (27). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,4 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,8 %), Nariño (16,6 %), Antioquia (15,4 %), Córdoba (9,6 %), Vaupés (6,8 %), Bolívar (3,2 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura (2,4 %), Amazonas (2,2 %), Risaralda (1,9 %), Guainía (1,8 %), Vichada (1,4 %) y Guaviare (1,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 75,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. vivax	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Amazonas	Tarapacá (CD)	0	2	34	36	8,23
Antioquia	El Bagre	1	25	77	103	1,83
	Nechí	1	16	49	66	2,37
	Mutatá	0	1	39	40	2,66
	Turbo	0	2	25	27	0,20
	Tarazá	0	3	22	25	1,79
Bolívar	Montecristo	0	5	49	54	2,94
Buenaventura	Buenaventura	1	40	27	68	0,21
Cauca	Timbiquí	0	34	2	36	1,28
	Guapi	0	28	5	33	1,12
Chocó	Quibdó	3	78	101	182	1,26
	Tadó	1	48	39	88	4,37
	Bagadó	3	28	50	81	6,84
	Bajo Baudó	2	36	23	61	1,80
	Carmen del Darién	1	4	43	48	2,17
	Istmina	1	30	11	42	1,24
	Medio Atrato	0	27	11	38	2,95
	Lloró	0	15	21	36	3,39
	Río Quito	0	17	17	34	3,71
	El Cantón del San Pablo	0	13	16	29	4,20
	Alto Baudó	0	7	21	28	0,90
	Medio San Juan	0	13	12	25	2,13
Córdoba	Tierralta	0	12	112	124	1,24
	Puerto Libertador	0	3	54	57	1,26
	Montelíbano	0	4	27	31	0,36
	Valencia	0	5	20	25	0,65
Guainía	Inírida	0	0	50	50	1,32
Nariño	Roberto Payán	1	118	22	141	10,58
	Magüí	0	90	18	108	0,40
	Tumaco	0	49	58	107	0,40
	Barbacoas	1	39	15	55	0,94
	El Charco	0	25	2	27	1,16
Risaralda	Pueblo Rico	0	10	33	43	2,56
Vaupés	Mitú	1	11	178	190	7,82
Vichada	Cumaribo	3	2	29	34	0,39

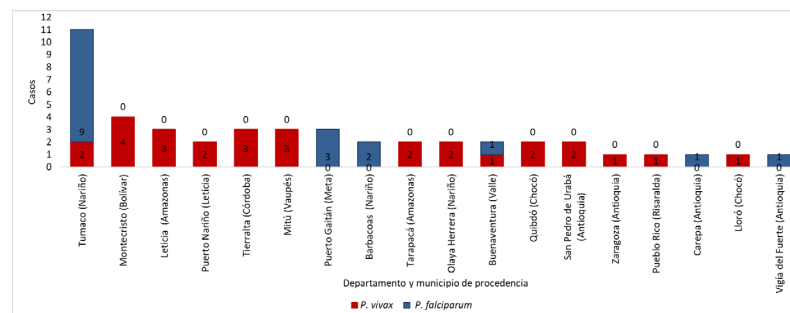
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 75,5 % de los casos.

Malaria complicada

A semana epidemiológica 03 de 2025 se han notificado 46 casos de malaria complicada, que proceden de 16 entidades territoriales y cuatro casos procedentes del exterior. Nariño, Amazonas, Antioquia, Bolívar, Cauca, Chocó, y Córdoba notificaron el 75,7 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 67,1 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 14).

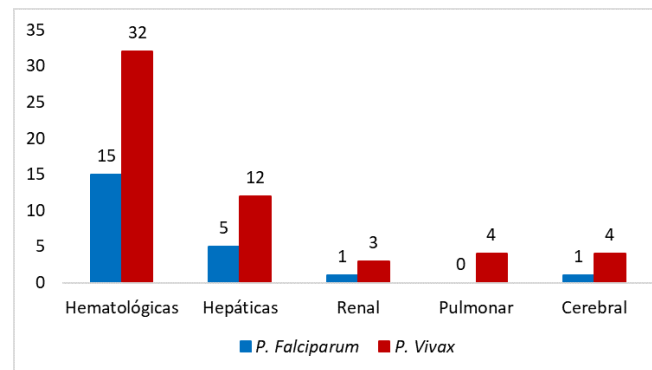
Figura 14. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum* el 61,0 % (47) presentaron complicaciones hematológicas; el 22,1 % (17) complicaciones hepáticas; el 6,5 % (5) complicaciones cerebrales y el 5,2 % (4) complicaciones renales y pulmonares (figura 15).

Figura 15. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 03 de 2025 el país se encuentra en situación de aumento; diez departamentos y 14 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 21) y siete municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 22).

Tabla 21. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 51 de 2024 y 03 de 2025

Municipios en situación de brote SE 03 2025					
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	193	75	209	4
Nariño	Magüi	109	26	37	5
Chocó	Bagadó	81	108	266	5
Tolima	Buenaventura	70	50	79	5
Antioquia	Nechí	66	16	33	5
Bolívar	Montecristo	58	36	57	5
Antioquia	Mutatá	40	20	47	5
Chocó	Río Quito	34	53	136	5
Caquetá	Florencia	23	1	1	4
Cauca	López Micay	18	6	7	4
Risaralda	Mistrató	8	8	23	4
Chocó	Sipí	8	10	34	4
Antioquia	Dabeiba	7	14	35	4
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	2	3	4

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

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 51 de 2024 y 03 de 2025

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Antioquia	San Pedro de Uraba	17	18	21	4
Antioquia	Caucasia	16	7	16	4
Antioquia	Cáceres	14	18	34	4
Chocó	Cértégui	11	6	15	4
Chocó	Condoto	8	7	18	4
Córdoba	Planeta Rica	5	13	32	4
Córdoba	Ayapel	3	2	4	4
Chocó	Condoto	6	9	12	4
Antioquia	Frontino	6	12	18	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2025 Colombia

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños menores de 5 años 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 60 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 60, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 03 de 2025, se han notificado 830 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 818 corresponden a residentes en Colombia y 12 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (04 de 2024 a 03 de 2025) es de 0,66 casos por 100 menores de 5 años. Las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 103 municipios a nivel nacional (9,2 %) y de disminución en cuatro municipios (0,4 %) (tabla 23).

El 75,6 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 24,4 % como desnutrición aguda severa; el 9,1 % 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 menores de 1 año (34,4 %) y de 1 año (31,3 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 61,4 %.

Para la semana epidemiológica 03 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Cartagena de Indias, Casanare, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Tolima y Vichada. 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 4 municipios (tabla 24).

Tabla 23. 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 03, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 03 de 2024	Casos a SE 03 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	1 256	818	0,66	9,2	0,4
La Guajira	153	91	2,53	6,7	0,0
Vichada	20	8	2,20	0,0	0,0
Chocó	63	45	1,83	19,4	3,2
Arauca	24	11	1,26	0,0	0,0
Guaviare	7	2	0,99	0,0	0,0
Vaupés	2	1	0,88	16,7	0,0
Magdalena	24	21	0,86	20,7	0,0
Casanare	8	6	0,79	5,3	0,0
Risaralda	31	30	0,78	21,4	0,0
Nariño	46	31	0,75	7,8	1,6
Amazonas	3	3	0,75	0,0	0,0
Cesar	45	23	0,74	8,0	0,0
Guainía	3	0	0,74	0,0	0,0
Buenaventura	13	12	0,66	100,0	0,0
Bogotá, D.C	174	122	0,66	0,0	0,0
Antioquia	123	95	0,65	14,4	0,0
Bolívar	21	20	0,65	15,6	0,0
Meta	27	14	0,63	6,9	0,0
Tolima	31	13	0,62	14,9	0,0
Putumayo	7	10	0,61	23,1	0,0
Cundinamarca	67	61	0,60	8,6	0,0
Boyacá	35	18	0,59	5,7	0,0
Cartagena de Indias	22	19	0,58	100,0	0,0
Huila	32	17	0,57	0,0	0,0
Norte Santander	34	18	0,52	2,5	0,0
Caquetá	9	3	0,52	6,3	0,0
Valle del Cauca	34	27	0,44	10,0	0,0
Santander	34	20	0,43	1,1	0,0
Caldas	18	3	0,43	3,7	0,0
Cali	20	21	0,41	0,0	0,0
Sucre	15	12	0,41	11,5	0,0
Atlántico	21	8	0,41	13,6	0,0
Córdoba	48	12	0,40	10,0	3,3
Santa Marta	10	5	0,34	0,0	0,0
Cauca	17	13	0,29	11,9	0,0
Barranquilla	9	3	0,29	0,0	100,0
Quindío	6	0	0,27	0,0	0,0
San Andrés	0	0	0,25	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 04 de 2024 a SE 03 de 2025

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

Tabla 24. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 03 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Uribe	34	47
Cundinamarca	Facatativá	3	9
Valle del Cauca	Jamundí	2	6
Córdoba	Montería	13	5

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



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, enero 22 de 2025

Situación con ocurrencia en área rural de veredas colindantes en la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, que incluye áreas de cuatro municipios del Tolima: Cunday, Prado, Villarrica y Purificación. Desde el inicio del brote, en octubre de 2024, se han confirmado 14 casos de fiebre amarilla (13 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico), con fecha de inicio de síntomas del último caso del 06 de enero de 2025, el cual se encuentra actualmente hospitalizado. Los casos, diez hombres y cuatro mujeres entre 18 y 63 años, se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Se han registrado seis (6) fallecidos. La Secretaría Departamental de Salud de Tolima con acompañamiento técnico y operativo en terreno del Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social han implementado acciones de respuesta, incluyendo la intensificación de la vacunación contra fiebre amarilla (la mayoría de los casos no tenían antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla), investigación epidemiológica, vigilancia intensificada y control vectorial. Situación en seguimiento.

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

Actualización de focos de influenza altamente patógena subtipo H5N1 en aves en Colombia, 22 de enero de 2025

Entre el 01 y el 22 de enero de 2025 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) no ha reportado focos de influenza altamente patógena en animales, sin embargo, en 2024 se notificaron ocho (8) focos ubicados en Chocó (2) y Magdalena (6), con fecha de reporte del último foco el 30 de diciembre. Hasta la fecha, no se ha declarado el levantamiento de la medida sanitaria por parte del ICA para los departamentos antes mencionados. No se han reportado casos de influenza A(H5N1) en humanos en Colombia. Las acciones coordinadas bajo el enfoque de “Una Sola Salud” continúan en marcha para mitigar los riesgos y proteger la salud humana. Situación en seguimiento.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). Sistema de Alerta Temprana (SAT), INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 03 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Fiebre hemorrágica del Chapare: estado plurinacional de Bolivia. Fecha de publicación: enero 20 de 2025

El 07 de enero de 2025, Bolivia notificó a la OMS una infección humana por el virus del Chapare (CHAPV) en un municipio del departamento de La Paz. El caso de sexo masculino, entre los 50 y 60 años, con ocupación agricultor, inició síntomas el 19 de diciembre de 2024. Consulta el 24 de diciembre y fallece el 30 de diciembre, mismo día que se colectaron las muestras. El 02 de enero de 2025 se confirma por PCR la detección de CHAPV. La investigación epidemiológica de campo reveló factores de riesgo significativos para la transmisión de enfermedades zoonóticas, incluida la infestación grave de roedores en el hogar del paciente y sus alrededores; además, es probable que la ocupación del paciente como agricultor implicara la exposición a madrigueras de roedores, lo que aumentaba aún más el riesgo de infección.

Hasta el 13 de enero de 2025, no se han notificado casos secundarios y todos los contactos identificados siguen asintomáticos. Se recogieron muestras de sangre de dos contactos estrechos del caso, que resultaron negativas.

En la actualidad, la fiebre hemorrágica del Chapare solo se reporta en Bolivia. Este es el quinto brote documentado de fiebre hemorrágica del Chapare (ICC) en Bolivia y en todo el mundo desde que se identificó el virus por primera vez en 2003.

No existe un riesgo significativo de propagación internacional de la enfermedad, ya que la transmisión del virus del Chapare de persona a persona es posible, pero sigue siendo poco frecuente en la población general.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Chapare haemorrhagic fever - the Plurinational State of Bolivia. Fecha de publicación: 20 de enero de 2025. Fecha de consulta: 21 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON553>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 03 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	7	0	0	33	26	44	25	28	39	0	0	0	0	0	0	70	72	50
Antioquia	42	15	11	1.075	1.314	1.537	933	237	1.135	28	46	32	1	5	2	451	453	759
Arauca	5	4	1	40	55	63	156	34	163	0	1	0	3	3	4	29	3	1
Atlántico	4	4	2	219	250	304	650	306	657	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Barranquilla	2	0	1	203	227	295	903	401	1.089	1	1	1	0	4	1	0	0	0
Bogotá	0	0	0	1.272	1.714	1.736	0	0	0	2	14	2	1	1	1	0	0	0
Bolívar	12	8	5	159	193	208	314	158	756	0	1	0	0	1	0	97	75	108
Boyacá	5	2	0	391	445	540	68	25	79	1	1	1	0	0	0	25	0	1
Buenaventura	4	1	1	10	11	13	4	17	20	0	0	0	0	0	0	70	50	79
Caldas	2	2	0	203	276	268	58	24	82	0	2	0	3	2	3	1	3	12
Cali	0	0	0	257	419	369	545	541	1.673	3	15	4	12	4	15	4	1	1
Caquetá	16	3	4	55	88	77	273	46	256	0	0	0	0	0	0	30	5	10
Cartagena	1	1	1	96	121	142	1.012	337	1.008	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	10	3	6	103	106	139	68	96	105	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Cauca	7	2	2	287	428	402	148	35	282	4	3	4	0	1	0	91	97	93
Cesar	10	6	2	152	176	207	197	251	399	0	1	0	0	1	0	1	3	5
Chocó	13	5	3	11	11	14	50	18	99	0	0	0	0	0	0	834	1.277	2.332
Córdoba	7	6	2	265	348	387	548	329	692	1	1	1	0	0	0	281	606	777
Cundinamarca	5	1	0	718	989	1.041	681	185	854	0	3	0	1	1	1	0	0	0
Guainía	1	0	0	13	10	14	11	5	10	0	0	0	0	0	0	52	156	122
Guaviare	8	1	4	24	25	32	121	16	124	0	0	0	0	0	0	39	60	56
Huila	11	4	3	399	416	541	813	310	1.208	0	2	0	1	0	1	1	0	0
La Guajira	4	4	1	101	140	155	335	168	398	0	1	0	1	1	1	2	2	1
Magdalena	4	3	3	144	178	204	65	69	215	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Meta	15	5	7	292	274	398	550	213	659	8	2	8	1	1	1	12	27	8
Nariño	4	2	1	416	494	585	74	30	153	0	1	0	1	0	2	494	513	505
Norte de Santander	19	7	3	330	374	470	584	200	984	0	8	0	0	0	0	18	138	98
Putumayo	12	2	4	102	113	128	322	82	369	0	0	0	0	0	0	4	3	3
Quindío	2	0	0	195	209	254	242	32	290	1	1	1	2	0	2	0	2	3
Risaralda	3	1	2	207	291	301	207	27	213	0	3	0	1	0	1	57	132	359
San Andrés	0	0	0	27	26	36	17	12	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	3	1	1	89	111	130	48	87	103	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Santander	9	5	4	379	492	558	567	243	1.285	0	3	0	0	1	0	1	1	1
Sucre	6	2	0	185	187	242	402	252	450	0	1	0	0	0	0	11	4	7
Tolima	8	3	3	394	453	541	957	556	1.764	0	1	0	1	3	1	0	0	1
Valle del Cauca	3	1	1	498	582	661	736	380	2.203	2	2	2	10	4	12	6	3	5
Vaupés	2	1	1	8	10	9	3	8	20	0	0	0	0	0	0	198	72	222
Vichada	3	1	2	9	17	15	34	4	32	0	0	0	0	0	0	42	103	41
Total nacional	269	99	81	9.361	11.599	13.060	12.721	5.762	19.899	51	116	56	39	31	48	2.947	3.900	5.676

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	1	0	254	448	285	6	9	7	0	0	0	3.413	336	247	1	1	1
Antioquia	6	27	31	54.696	78.467	68.556	2.460	2.575	3.171	322	873	882	396.839	35.704	34.715	33	65	41
Arauca	0	1	0	950	1.763	1.229	168	80	210	4	3	9	8.469	725	738	1	6	1
Atlántico	2	3	4	7.348	9.152	9.492	168	153	224	122	135	305	59.520	3.817	4.332	7	18	8
Barranquilla	1	5	5	12.550	14.504	16.080	649	326	860	142	172	271	82.602	6.481	6.346	8	22	10
Bogotá	11	23	41	79.354	114.860	104.196	3.551	4.386	4.748	474	1.569	1.253	801.319	60.352	53.015	41	67	53
Bolívar	0	5	1	6.105	10.357	7.959	139	195	177	32	127	80	36.012	2.708	3.272	7	16	7
Boyacá	3	4	7	6.772	9.650	8.405	328	323	410	39	93	94	56.291	4.176	4.716	3	11	5
Buenaventura	1	1	2	356	981	431	2	0	2	1	1	2	2.927	422	191	6	6	6
Caldas	0	2	2	6.164	7.704	7.547	233	266	265	90	129	213	35.831	2.828	2.556	6	8	7
Cali	3	11	5	18.195	23.636	21.900	378	626	451	36	82	78	104.402	14.545	9.937	16	23	18
Caquetá	1	3	3	1.611	2.942	1.983	115	109	139	5	11	7	22.362	1.776	1.556	1	6	1
Cartagena	2	5	3	11.373	15.662	14.673	846	328	1.108	139	194	294	58.584	4.575	4.265	12	19	14
Casanare	2	1	3	926	1.946	1.206	28	41	34	1	7	7	13.626	1.003	982	2	6	2
Cauca	4	5	10	6.661	8.418	8.231	192	173	264	27	51	67	75.917	4.664	4.869	7	19	9
Cesar	1	2	7	5.125	8.967	6.445	325	481	430	29	74	73	31.777	3.533	2.273	5	19	8
Chocó	0	2	1	2.821	1.650	3.130	98	132	124	1	8	1	14.823	989	1.326	7	14	7
Córdoba	2	3	5	10.757	11.791	13.374	436	356	534	73	160	218	55.277	4.058	5.905	11	29	14
Cundinamarca	4	8	9	17.886	22.059	23.546	647	753	866	76	396	212	176.007	10.998	12.616	16	31	22
Guainía	0	1	0	97	172	127	6	20	6	0	0	0	1.663	120	164	0	2	0
Guaviare	0	1	0	268	532	339	20	30	29	8	8	12	3.175	279	347	0	1	1
Huila	1	4	1	6.340	9.719	8.289	275	380	375	42	64	64	48.514	5.171	4.964	7	14	7
La Guajira	1	1	1	9.156	12.070	12.714	114	434	157	18	38	61	53.398	4.578	2.867	8	29	9
Magdalena	0	4	1	5.925	7.184	7.837	250	191	316	10	19	24	37.840	3.270	3.137	6	12	8
Meta	0	3	0	3.870	5.559	4.814	191	123	247	11	99	35	55.724	4.150	4.122	9	15	11
Nariño	0	6	4	9.912	13.511	11.743	470	421	523	13	39	33	55.954	6.492	3.643	9	17	12
Norte de Santander	3	7	6	9.765	13.102	12.622	361	815	568	36	127	93	54.387	5.884	5.144	1	18	4
Putumayo	0	1	0	1.676	2.086	2.273	46	93	72	1	10	6	11.681	1.275	958	1	5	1
Quindío	0	1	2	4.545	5.783	5.611	219	229	283	23	68	68	34.153	3.271	3.979	2	5	3
Risaralda	0	3	1	8.437	8.581	10.608	322	263	440	19	52	52	40.579	3.864	2.863	2	10	2
San Andrés	0	1	1	294	671	394	17	44	19	0	0	0	3.392	364	185	2	1	3
Santa Marta D.E.	1	1	1	3.688	2.207	4.638	192	143	258	51	181	156	21.068	1.247	1.692	0	6	1
Santander	4	7	10	13.547	12.255	17.303	802	845	1.053	98	372	284	84.746	8.141	8.203	8	17	10
Sucre	1	2	1	4.205	7.170	5.188	339	452	426	97	142	259	26.344	2.812	2.033	4	15	5
Tolima	2	4	3	9.313	11.714	11.358	596	395	765	25	70	76	64.189	5.307	5.307	6	12	8
Valle del Cauca	4	7	9	11.212	11.749	13.810	198	242	247	42	57	111	74.037	6.560	6.560	7	16	7
Vaupés	0	1	0	70	129	93	2	6	4	0	0	1	1.150	61	39	0	1	0
Vichada	0	1	1	129	255	156	0	3	0	0	51	0	3.255	108	159	0	4	1
Total nacional	60	153	181	352.353	469.406	448.585	15.189	16.441	19.812	2.107	5.471	5.401	2.711.247	230.990	210.223	262	584	327

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3	1	1	2
Antioquia	0	1	0	23	55	31	1	0	1	85	31	96	63	139	74	12	20	15
Arauca	0	0	0	3	1	5	0	0	0	0	0	0	5	8	5	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	14	43	19	1	7	1
Barranquilla	1	0	0	10	6	13	0	0	0	2	1	2	20	36	22	3	2	3
Bogotá	0	1	0	49	91	71	36	0	16	5	36	7	158	261	192	53	47	63
Bolívar	0	0	0	2	4	2	0	0	0	0	2	0	16	20	18	0	1	0
Boyacá	0	0	0	3	14	4	0	0	0	0	2	1	23	36	25	11	5	11
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1
Caldas	0	0	0	1	7	1	0	0	0	2	1	2	15	30	19	4	1	5
Cali	0	0	0	6	21	9	0	0	0	0	3	0	29	90	34	18	10	28
Caquetá	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	4	11	5	0	0	0
Cartagena	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	15	34	17	0	0	0
Casanare	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	5	14	8	0	1	0
Cauca	0	0	0	2	6	3	0	0	0	0	2	0	10	17	16	10	1	12
Cesar	0	0	0	3	4	3	0	0	0	0	1	0	4	20	8	0	0	0
Chocó	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	2	2	2	3	1	0	1
Córdoba	0	0	0	6	9	8	0	0	0	1	0	1	24	55	33	1	1	1
Cundinamarca	2	0	1	14	29	15	9	0	4	5	9	8	0	0	0	5	8	6
Guainía	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	63	123	67	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0
Huila	0	0	0	6	14	7	0	0	0	5	3	5	19	41	23	2	0	2
La Guajira	0	0	0	2	3	3	0	0	0	0	1	0	7	20	8	0	2	0
Magdalena	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	14	9	0	0	1
Meta	2	0	0	4	9	5	0	0	0	2	1	2	24	26	25	1	4	1
Nariño	0	0	0	2	12	3	0	0	0	6	5	7	21	58	26	4	0	4
Norte de Santander	0	0	0	4	13	5	0	0	0	0	5	0	35	61	40	2	2	3
Putumayo	0	0	0	1	5	1	0	0	0	0	1	0	7	10	8	0	0	0
Quindío	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	1	0	11	19	12	4	2	6
Risaralda	1	0	0	3	6	3	0	0	0	1	1	1	20	29	25	2	0	2
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	7	9	1	0	1
Santander	0	0	0	3	5	3	0	0	0	2	7	2	14	45	15	4	5	4
Sucre	0	0	0	1	6	2	0	0	0	7	6	7	13	35	15	2	0	2
Tolima	0	0	0	0	6	0	1	0	0	0	3	0	19	57	20	4	4	6
Valle del Cauca	0	0	0	1	10	3	0	0	0	0	1	0	26	66	31	5	3	6
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0
Total nacional	7	6	2	152	348	211	47	4	21	124	130	143	706	1.414	836	152	127	187

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	3	5	1	1	2	0	0	0
Antioquia	0	0	0	1	82	95	0	0	0	1	253	226	92	17	35	36	2	1
Arauca	0	0	0	0	14	11	0	0	0	0	11	12	3	0	1	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	19	8	0	0	0	0	45	34	0	0	3	5	0	0
Barranquilla	0	0	0	0	9	3	0	0	0	1	37	41	0	0	8	30	1	1
Bogotá	0	0	0	0	169	122	0	0	0	2	211	142	0	0	7	12	2	1
Bolívar	0	0	0	0	20	20	0	0	0	0	27	18	34	13	8	6	1	0
Boyacá	0	0	0	0	27	18	0	0	0	0	48	50	10	3	1	1	0	0
Buenaventura	0	0	0	0	6	12	0	0	0	0	6	4	1	0	3	6	0	0
Caldas	0	0	0	1	7	3	0	0	0	1	71	47	18	2	4	6	0	0
Cali	0	0	1	0	21	21	0	0	2	0	84	83	0	0	7	8	1	0
Caquetá	0	0	0	0	9	3	0	0	0	0	12	12	23	2	8	28	0	0
Cartagena	0	0	1	1	11	19	0	0	0	1	25	27	0	0	21	11	1	0
Casanare	0	0	1	0	12	6	0	0	0	0	13	10	1	0	1	3	0	0
Cauca	0	0	0	0	17	13	0	0	0	0	50	31	4	2	3	6	0	0
Cesar	0	0	0	0	35	23	0	0	0	0	34	20	7	1	5	2	1	1
Chocó	0	0	0	0	36	45	0	0	0	0	8	9	26	1	4	9	1	0
Córdoba	0	0	0	1	35	12	0	0	0	0	50	49	14	0	3	12	2	0
Cundinamarca	0	0	2	1	64	61	0	0	1	1	89	95	14	2	7	5	1	2
Guainía	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	2	7	38	0	1	1	0	0
Huila	0	0	0	0	24	17	0	0	0	0	41	32	1	0	7	7	1	0
La Guajira	0	0	0	0	94	91	0	0	0	0	13	9	2	0	0	1	1	1
Magdalena	0	0	0	0	25	21	0	0	0	0	18	21	0	0	2	1	1	0
Meta	0	0	1	0	21	14	0	0	0	1	37	33	20	0	1	2	1	0
Nariño	0	0	0	0	26	31	0	0	0	0	69	71	21	4	1	5	0	1
Norte de Santander	0	0	0	0	29	18	0	0	0	0	48	57	17	1	4	2	0	0
Putumayo	0	0	0	0	9	10	0	0	1	0	20	22	25	1	1	4	0	0
Quindío	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	28	27	0	0	6	10	0	0
Risaralda	0	0	1	0	20	30	0	0	0	0	57	47	8	5	8	9	0	0
San Andrés	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	13	7	1	0	3	3	0	0
Santander	1	0	0	1	22	20	0	0	0	1	68	58	50	5	6	6	1	1
Sucre	0	0	0	0	10	12	0	0	0	0	25	23	11	1	3	2	1	0
Tolima	0	0	2	0	19	13	0	0	0	0	58	52	20	3	24	32	1	0
Valle del Cauca	0	0	0	0	23	27	0	0	1	1	65	59	1	0	11	13	1	0
Vaupés	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4	2	4	0	1	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	14	8	0	0	0	0	1	3	4	0	0	0	0	0
Total nacional	1	0	9	6	956	818	0	0	5	10	1.647	1.449	476	65	210	284	18	9

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

	Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo 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	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	5	0	0	22	15
Antioquia	1	0	2	3	0	0	8	3	10	5	60	50	3	0	197	199	6	7	916	603
Arauca	0	0	0	2	0	0	0	0	3	2	10	7	0	0	8	12	0	0	51	61
Atlántico	0	0	0	1	0	0	2	0	3	0	18	14	1	0	21	18	0	1	108	87
Barranquilla	0	0	0	0	0	0	2	0	5	2	25	10	0	0	43	35	1	1	101	118
Bogotá	0	0	3	1	0	1	9	10	9	5	49	46	0	0	66	70	2	1	1.067	1.012
Bolívar	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1	14	16	2	0	7	4	0	0	112	101
Boyacá	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	3	1	0	7	9	0	0	163	221
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	2	0	0	7	7	0	0	17	24
Caldas	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	8	9	0	0	17	8	0	0	137	129
Cali	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	22	23	0	1	80	62	3	2	308	258
Caquetá	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	7	0	0	10	12	1	0	51	35
Cartagena	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	16	25	0	0	19	26	0	0	61	64
Casanare	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	6	13	0	0	7	10	0	2	32	39
Cauca	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	8	7	0	0	10	11	1	0	149	152
Cesar	0	0	0	1	0	2	2	2	1	0	15	10	1	0	21	18	0	0	104	81
Chocó	3	2	2	4	3	0	1	0	2	3	12	5	2	0	11	10	0	0	14	30
Córdoba	0	0	1	0	0	0	2	0	2	2	15	8	1	0	12	14	0	1	174	150
Cundinamarca	0	0	0	2	0	0	4	1	1	1	16	15	0	0	29	29	1	0	461	520
Guainía	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	3	0	0	9	2
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	16	14
Huila	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	7	7	0	0	19	18	1	1	303	287
La Guajira	2	1	2	2	3	3	1	0	5	1	15	17	0	0	27	30	0	0	55	47
Magdalena	0	1	0	0	1	2	1	0	2	3	11	7	1	0	6	7	1	0	64	74
Meta	0	0	1	0	0	0	1	0	4	2	11	14	0	0	38	33	1	2	98	104
Nariño	0	0	1	1	0	0	2	0	1	1	11	8	1	0	11	5	0	0	167	216
Norte de Santander	0	0	0	0	0	0	2	1	6	2	22	11	1	0	38	39	1	0	177	159
Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5	2	0	0	6	3	0	0	52	76
Quindío	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	7	8	0	0	12	13	0	1	115	93
Risaralda	0	2	2	2	0	0	1	0	1	2	10	9	0	0	28	32	1	0	164	144
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	6
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	5	8	0	0	14	11	0	0	31	30
Santander	0	0	0	0	0	0	3	0	4	5	19	14	0	0	50	43	1	1	276	298
Sucre	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	11	4	0	0	5	4	0	0	89	98
Tolima	0	0	2	0	0	0	1	0	2	0	8	2	0	0	24	36	1	1	121	132
Valle del Cauca	0	0	0	0	1	0	2	0	1	3	16	18	0	0	43	30	0	0	273	303
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	12	4
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	3	0	0	0	7	13
Total nacional	10	7	22	22	13	8	60	21	84	51	479	403	14	1	902	867	23	21	6.086	5.800



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 12 al 18 de enero de 2025

03

Tema central Lepra

Claudia Lorena Pérez Clavijo, cperez@ins.gov.co

Director General INS

Dr. Tomas Gilberto Prasca Cepeda (E)

Expertos temáticos

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Luis Carlos Gómez Ortega

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata (E)

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2025

Citación:

Instituto Nacional de Salud (Colombia). Boletín Epidemiológico Semanal (BES), semana epidemiológica 03 de 2025 [Internet]. p. 1-38.

Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.03>



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Héctor Eduardo Pachón Melo, hpachon@ins.gov.co

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

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

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

Eventos trazadores

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

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

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

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

Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co

Angélica María Rico Turca, arico@ins.gov.co

Brotos y alertas

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

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

Claudia Marcela Montaña Fuertes, cmontano@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcella Huguet Aragón, chuguet@ins.gov.co

Editor

Luis Carlos Gómez Ortega, lcgomez@ins.gov.co

Correctora de estilo

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

Diseño y diagramación

Wilbert Saul Daza