

# Día Mundial contra la Hepatitis

*28 de julio*

**20 años**  
**BES** 2005-2025

## Comportamiento epidemiológico de la Hepatitis

Vamos por partes: comprende los hechos.  
¡Actúa ya! Ha aumentado en el país la  
notificación de casos de hepatitis B, C y D  
aportando al cumplimiento de la meta de  
detección del Plan nacional de eliminación  
y la estrategia Mundial del Sector Salud  
contra el VIH y las hepatitis víricas.

Semana  
epidemiológica

**30**


20 al 26 de julio de 2025

# BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

	Pág.
 <b>Tema central</b>	<b>3</b>
Comportamiento epidemiológico de la Hepatitis	
 <b>Situación nacional</b>	<b>9</b>
 <b>Mortalidad</b>	<b>11</b>
 <b>Eventos trazadores</b>	<b>18</b>
 <b>Brotes y alertas</b>	<b>37</b>
 <b>Tablas de mando por departamento</b>	<b>40</b>

## Comportamiento epidemiológico de la Hepatitis a semana epidemiológica 28 de 2023

Las hepatitis virales son un problema de salud pública por la elevada carga de enfermedad y mortalidad a nivel mundial, por lo cual, a partir del 2010, la 63ª Asamblea Mundial de la Salud estableció el 28 de julio como el Día Mundial contra la Hepatitis. El objetivo de esta conmemoración es fomentar la implementación de acciones de información, prevención, control, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales e impulsar las iniciativas y estrategias globales para el logro de las metas de eliminación al año 2030 (1).

En la estrategia Mundial del Sector Salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2022-2030 aprobada por la 75ª Asamblea Mundial de la Salud, se tiene como objetivo poner fin a estas epidemias como problemas de salud pública para 2030. Dicha estrategia se centra en cinco orientaciones estratégicas clave: servicios de alta calidad, sistemas optimizados, datos que impulsen la acción, comunidades empoderadas, e innovación (1).

En Colombia el plan nacional de eliminación y sostenimiento de la eliminación de enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias 2025-2031 (2) se emite en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Plan Nacional de Salud Rural, las metas regionales de eliminación para el 2030 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las metas globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y plantea para el año 2025: 1- Tamizar por lo menos dos millones de personas para hepatitis B; 2- Tamizar para hepatitis C por lo menos el 25 % de las personas de 50 a 70 años (acumulativo); 3-Disminuir el porcentaje de TMI (transmisión materno infantil) del VHB (virus de hepatitis B a 2 % o menos; 4- Lograr esquemas completos de vacunación contra hepatitis B (terceras dosis), en por lo menos el 80 % de las personas pertenecientes a las poblaciones vulnerables priorizadas que recibieron una primera dosis de vacuna; 5- El 20 % de las personas con diagnóstico de hepatitis B crónica reciben tratamiento y 6- Por lo menos el 80 % de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica iniciaron tratamiento (2). Para lograr el cumplimiento de las metas, el país actualizó las guías de práctica clínica para hepatitis B (3) y para hepatitis C (4), emitió la vía de práctica clínica para tratamiento de hepatitis C crónica (5), el Lineamiento para el tamizaje y la vacunación contra el virus de la hepatitis B a



## TEMA CENTRAL

### Comportamiento epidemiológico de la Hepatitis

Lisette Andrea Bermúdez Pinzón, [lbermudez@ins.gov.co](mailto:lbermudez@ins.gov.co)

poblaciones vulnerables priorizadas 2021 (6) y la Resolución 1314 del 2020 con Lineamientos para realización de pruebas rápidas para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C (7).

Según el informe mundial sobre las hepatitis de 2024 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), va en aumento la mortalidad por hepatitis víricas, estas son la segunda causa infecciosa de muerte en el mundo, con 1,3 millones de defunciones al año, las mismas que provoca la tuberculosis, una de las principales causas infecciosas de mortalidad (8). El 57 % de los casos de cirrosis hepática y el 78 % de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a infecciones por los virus de la hepatitis B o C. En 2022, 304 millones de personas vivían con hepatitis B y C crónicas y el 45 % de los lactantes recibieron la vacuna contra la hepatitis B en las 24 horas posteriores a su nacimiento (8,9).

Para la Región de Las Américas, 10 millones de personas viven con hepatitis B o C crónica. Cada año, son notificadas más de 8 000 nuevas infecciones por hepatitis B y 20 mil muertes y 176 000 nuevas infecciones por hepatitis C (es curable), con aproximadamente 38 mil muertes asociadas. El 26 % de los casos diagnosticados con hepatitis C han accedido al tratamiento en América Latina y el Caribe y el 21 % de las personas con hepatitis B en la región fueron diagnosticadas y el 4,4 % reciben tratamiento (10,11).

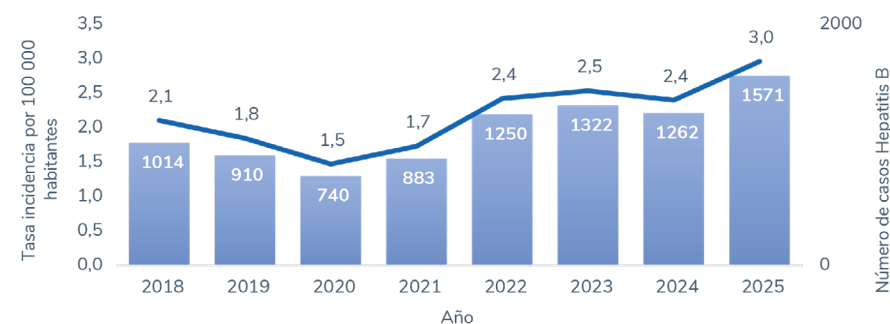
Con corte a la semana epidemiológica 28 de 2025, se han notificado 2 478 casos con la siguiente clasificación: 1 575 casos con hepatitis B, 898 de hepatitis C y 5 de hepatitis coinfección B-Delta. De los 2 478 casos, 2 473 tienen procedencia en Colombia y 5 del exterior.

## Hepatitis B

Con corte a semana epidemiológica 28 del 2025, hay 1 571 casos con procedencia de Colombia con aumento del 24,5 % en comparación con el mismo período del año anterior con registro de 1 262 casos. La distribución de los casos por clasificación está: 1 156 con hepatitis B a clasificar, 217 con hepatitis B aguda y 202 con hepatitis B crónica. La tasa de incidencia para Colombia es de 3,0 por 100 000 y presenta incremento de 23,5 % comparada con 2,4 por 100 000 en 2024 (figura 1). Presentan mayor número de casos los departamentos: Bogotá, D. C. (232), Antioquia (170), Norte de Santander (145), Santander (104), Cundinamarca (68), Córdoba (60), Tolima (49), Valle del

Cauca (48), Nariño (45) y Risaralda (43) y los municipios: Medellín D. E. (52), San José de Cúcuta (41), Bucaramanga (35), Pereira y Barranquilla D. E. (cada uno con 33), Santiago de Cali D. E. (32), Ocaña (30), Barrancabermeja D. E. (28) y San José del Guaviare (25) (tabla 1). La distribución geográfica de las tasas por departamentos y distritos se observan en el figura 2 con mayor valor en: Vaupés (46,80 por 100 000), Guaviare (33,90 por 100 000) y Amazonas (11,43 por 100 000) y menor valor en: Archipiélago de San Andrés y Providencia (0,0), Magdalena (1,04 por 100 000) y Bolívar (1,07 por 100 000) (figura 2).

Figura 1. Tasa de incidencia hepatitis B, a Semana Epidemiológica 28, 2018 a 2025, Colombia



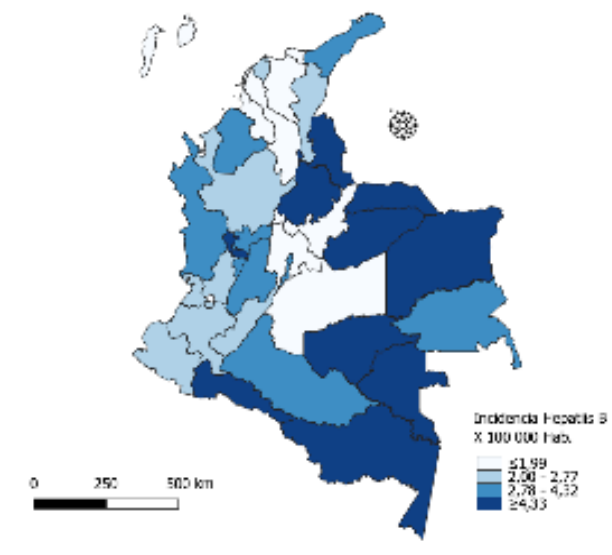
Fuente: Sivigila 2018-2025 y población DANE

Tabla 1. Departamentos de procedencia con mayor número de casos hepatitis B, a Semana Epidemiológica 28, 2018 a 2025, Colombia

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
Bogotá, D.C.	77	105	135	181	181	232	▲▲▲▲▲
Antioquia	147	135	173	143	134	170	▲▲▲▲▲
Norte de Santander	51	50	71	100	110	145	▲▲▲▲▲
Santander	38	31	48	38	58	104	▲▲▲▲▲
Cundinamarca	45	33	56	73	66	68	▲▲▲▲▲
Córdoba	16	27	73	45	40	60	▲▲▲▲▲
Tolima	18	19	38	36	28	49	▲▲▲▲▲
Valle del Cauca	11	14	27	27	33	48	▲▲▲▲▲
Nariño	22	43	35	49	31	45	▲▲▲▲▲
Risaralda	12	6	12	32	25	43	▲▲▲▲▲

Fuente: Sivigila 2018-2025

Figura 2. Tasa de incidencia hepatitis B, a Semana Epidemiológica 28 del 2025, Colombia



Fuente: Sivigila 2025 y población DANE

Los grupos de edad con mayor tasa de incidencia son: de 65 años y más con 4,87 por 100 000 y de 55 a 64 años con 4,72 por 100 000; el sexo más afectado es el masculino con tasa de 3,19 por 100 000. La mayor tasa de incidencia está ubicada en el área urbana (3,16 por 100 000) y el mayor porcentaje de los casos está concentrado en el régimen subsidiado con 52,0 % y en el contributivo con 41,5 %.

Las tasas de incidencias para los grupos poblacionales: 22,08 por 100 000 personas privadas de la libertad, 3,30 por 100 000 indígenas (los grupos étnicos con mayor ocurrencia son: cubeo, wayúu, sikuni, desano, tikuna, arhuaco, nukak), 1,58 por 100 000 afrocolombianos y 0,60 por 1 000 nacidos vivos es la razón de prevalencia en gestantes.

Se han notificado mayor número de casos en Mitú, San José del Guaviare, Leticia, Bajo Baudó, Riohacha D. E., Valledupar y Cumaribo con pertenencia étnica indígena (83); en Bogotá D. C., Medellín D. E., San José de Cúcuta, Bucaramanga, Pereira y Barranquilla D. E. con pertenencia étnica afrocolombiano (60), en Guaduas, Cartagena de Indias D. E, Bogotá D. C.

y Jamundí con condición privados de la libertad (23) y en Bogotá y el Tarra con gestación (135). Los casos en fuerzas militares (7) están en Bogotá D. C, Popayán, Neiva, Villavicencio, Bucaramanga, Cimitarra y en Ibagué.

En los mecanismos posibles de transmisión se evidencia mayor frecuencia en: sexual (87,1 %) y parenteral (6,9 %). En las complicaciones reportadas se evidencia mayor ocurrencia para: Síndrome febril icterico (7,4 %) y Cirrosis hepática (1,9 %).

### Hepatitis B coinfección Delta

La tasa de incidencia para Colombia es de 0,009 por 100 000 con 5 casos incidentes. Por entidad territorial las tasas de incidencia por 100 000 son: Quindío 0,18, Cesar 0,07, Valle del Cauca 0,05, Santiago de Cali 0,04 y Antioquia 0,01.

Los grupos de edad con mayor tasa de incidencia son: de 65 años y más y de 25 a 34 años, cada uno con 0,02 por 100 000 y tasa de 0,01 por 100 000 tanto para masculino como para femenino. La mayor tasa de incidencia está en el área urbana (0,01 por 100 000) y el mayor porcentaje de los casos está concentrado en el régimen subsidiado con 80,0 %.

En referencia a los mecanismos posibles de transmisión se evidencia mayor frecuencia en: sexual (40,0 %) y parenteral (40,0 %). No registran complicaciones al momento de la notificación.

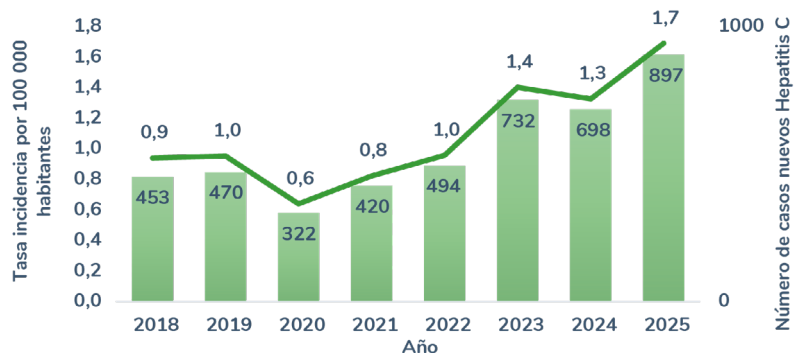
### Hepatitis C

Los 897 casos con procedencia de Colombia tienen aumento del 28,5 % en comparación con el mismo período del año anterior, con registro de 698 casos. La tasa de incidencia para Colombia es de 1,7 por 100 000 presenta incremento de 27,5 % comparada con 1,3 por 100 000 en 2024 (figura 3). Los departamentos con mayor número de casos son: Bogotá, D. C. (346), Antioquia (168), Santiago de Cali D. E. (96), Risaralda (37), Valle del Cauca (33), Cundinamarca (28), Barranquilla D. E. (22), Tolima (20), Atlántico (16) y Boyacá y Santander (cada uno con 12 casos) (tabla 2). La distribución geográfica de las tasas por departamentos y distritos se observan en el figura 2 con mayor valor en: Bogotá D. C.(4,3 por 100 000), Santiago de Cali D. E. (4,2 por 100 000) y Risaralda (3,8 por 100 000) y menor valor en: Chocó (0,16), La Guajira

(0,19 por 100 000) y Córdoba y Magdalena (cada uno con 0,21 por 100 000) (figura 4).

No hay casos notificados en 8 entidades territoriales: Vichada, Vaupés, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Buenaventura D. E., Arauca y Amazonas.

Figura 3. Tasa de incidencia hepatitis C, a Semana Epidemiológica 28, 2018 a 2025, Colombia



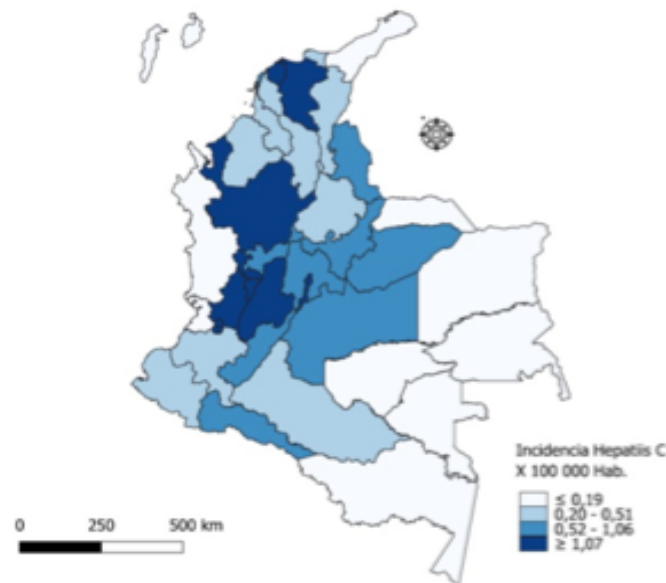
Fuente: Sivigila 2018-2025 y población DANE

Tabla 2. Departamentos de procedencia con mayor número de casos hepatitis C, a Semana Epidemiológica 28, 2018 a 2025, Colombia

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
Bogotá, D.C.	105	132	161	270	215	346	
Antioquia	73	69	97	129	87	168	
Cali	35	47	71	81	59	96	
Risaralda	9	20	27	28	21	37	
Valle del Cauca	9	15	10	22	18	33	
Cundinamarca	15	15	20	37	29	28	
Barranquilla	14	21	10	20	33	22	
Tolima	4	7	7	12	9	20	
Atlántico	4	13	8	16	28	16	
Boyacá	3	2	10	9	9	12	

Fuente: Sivigila 2018-2025

Figura 4. Tasa de incidencia hepatitis C, a Semana Epidemiológica 28 del 2025, Colombia  
Fuente: Sivigila 2018-2025 y población DANE



Fuente: Sivigila 2018-2025 y población DANE

Los grupos de edad con mayor tasa de incidencia son: de 25 a 34 años con 3,97 por 100 000 y de 35 a 44 años con 2,75 por 100 000 y el sexo más afectado es el masculino con tasa de 2,75 por 100 000.

En los mecanismos posibles de transmisión se evidencia mayor frecuencia: sexual (86,0 %) y parenteral (11,6 %). En las complicaciones reportadas se evidencia mayor ocurrencia para: Cirrosis hepática (4,3 %) y Síndrome febril icterico (2,1 %).

En los grupos poblacionales se han notificado casos para: pertenencia étnica indígena (1), afrocolombiano (7), privados de la libertad (4), gestantes (2) y fuerzas militares (3).

Las tasas de incidencia para los grupos poblacionales: 3,84 por 100 000 personas privadas de la libertad, 0,04 por 100 000 indígenas, 0,18 por 100 000 afrocolombianos y 0,01 por 1 000 nacidos vivos es la razón de prevalencia en gestantes.

Se ha notificado caso en Túquerres con pertenencia étnica indígena (1); en Medellín D. E., Santiago de Cali D. E., Medio San Juan, Marmato y Armenia con pertenencia étnica afrocolombiano (7), en Bogotá D. C., Armenia y Risaralda con condición privados de la libertad (4) y en Bogotá D. C. y Barranquilla D. E. con gestación (2). Los casos en fuerzas militares (3) están en Bogotá D. C., Medellín D. E. y Valledupar.

## Conclusiones

- Los casos y la tasa de incidencia de hepatitis B se han incrementado en el período de 2018 a 2025. Las tasas de incidencia más altas en 2025 están en Vaupés, Guaviare, Amazonas, Norte de Santander y Arauca. El mayor número de casos se ubica en: Bogotá D. C., Antioquia, Norte de Santander, Santander y Cundinamarca.
- Los grupos de 65 años o más, de 55 a 64 años y el sexo masculino presentan mayor tasa de incidencia de hepatitis B en el 2025.
- Los mecanismos de transmisión sexual y parenteral son los más frecuentes para la hepatitis B en el período de 2018 a 2025.
- Los factores de riesgo de la hepatitis B con mayor ocurrencia son: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), más de un compañero sexual, bisexual, contacto sexual con persona con diagnóstico de hepatitis B o C, antecedentes de transfusión de hemoderivados y personas que se inyectan drogas.
- En hepatitis B las complicaciones con mayor ocurrencia para síndrome febril icterico y cirrosis hepática.
- Los casos y la tasa de incidencia de hepatitis C se han incrementado en el período de 2018 a 2025. Las tasas de incidencia más altas en 2025 están en Bogotá D. C., Santiago de Cali D. E., Risaralda, Antioquia y Barranquilla D. E. El mayor número de casos está concentrado en: Bogotá D. C., Antioquia, Santiago de Cali D. E., Risaralda y Valle del Cauca.
- Se presenta mayor tasa de incidencia de hepatitis C en los grupos de edad de 25 a 34 años y 35 a 44 años y en el sexo masculino.
- Los mecanismos de transmisión sexual y parenteral son los más frecuentes para la hepatitis C en el período de 2018 a 2025.
- Los factores de riesgo de la hepatitis C con mayor ocurrencia son: más de un compañero sexual, hombres que tienen sexo con hombres (HSH),

contacto sexual con persona con diagnóstico de hepatitis B o C, convive con persona con HBsAg (+) y ser hijo de madre con HBsAg (+) o diagnóstico de hepatitis C.

- En hepatitis C las complicaciones con mayor ocurrencia para cirrosis hepática y síndrome febril icterico.

## Recomendaciones

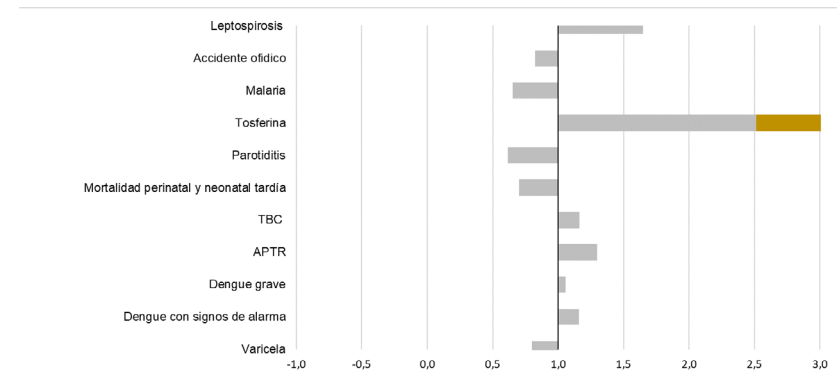
- Entidades territoriales: gestionar la articulación de las diferentes fuentes de información para fortalecer la notificación oportuna en la red de vigilancia epidemiológica de acuerdo con las pruebas realizadas contempladas en el algoritmo diagnóstico para cada una de las hepatitis B, C y D. Realizar de manera periódica asistencia técnica a las UPGD para fortalecer la calidad en los datos ingresados de laboratorio para la clasificación adecuada y configuración de caso.
- EAPB (Empresa Administradora de Planes de Beneficios en salud): garantizar en su red prestadora de servicios de salud, la notificación adecuada de los casos confirmados de hepatitis B, C y D que detectan en el monitoreo para garantizar el cumplimiento de algoritmos diagnósticos.
- UPGD (Unidad Primaria Generadora del Dato) y UI (Unidad Informadora): garantizar el registro adecuado de procedencia, pruebas de laboratorio (muestra, agente, resultado y fecha de resultado), clasificación de caso acorde con lo establecido en los algoritmos diagnósticos y en las definiciones del protocolo, calidad del dato en factores de riesgo, mecanismo probable de transmisión y complicaciones. Continuar el proceso de implementación de Lineamiento nacional de seguimiento a población multitransfundida emitido por el Instituto Nacional de Salud (11).
- Articular la gestión y la información generada desde la vigilancia epidemiológica con la información de la red de laboratorios, bancos de sangre, cuenta de alto costo y estrategia ETMI-PLUS.
- En el informe mundial de 2024, para acelerar la eliminación de las hepatitis, se recomienda: ampliar el acceso a pruebas y al diagnóstico; aplicar de manera efectiva políticas para lograr un tratamiento equitativo; reforzar los esfuerzos de prevención en la atención primaria; simplificar la prestación de servicios y optimizar la regulación y el suministro de medicamentos; utilizar datos para la acción e implicar a las comunidades afectadas y a la sociedad civil (8).

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, Colombia 2025-2030. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/plan-nacional-eliminacion-enfermedades-transmisibles-2025-2031.aspx#>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: [https://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_hepatitis/gpc\\_hepatitis\\_b\\_completa.aspx](https://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_hepatitis/gpc_hepatitis_b_completa.aspx)
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: [https://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_hepatitis/gpc\\_hepatitis\\_c\\_completa.aspx](https://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_hepatitis/gpc_hepatitis_c_completa.aspx)
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/via-clinica-tratamiento-hepatitisc.pdf>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el tamizaje y la vacunación contra el virus de la hepatitis B a poblaciones vulnerables priorizadas 2021. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-vacunacion-hepatitis-B-poblaciones-vulnerables.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1314 de 2020 con Lineamientos para realización de pruebas rápidas para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf)
8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la hepatitis 2024: medidas para el acceso en países de ingresos bajos y medios. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>
9. Organización Mundial de la Salud. Notas día mundial contra la hepatitis 2025. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-hepatitis-2025>
10. Organización Mundial de la Salud. Hoja informativa hepatitis. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>
11. Instituto Nacional de Salud. Lineamiento nacional de seguimiento a población multitransfundida. [Internet]. 2025. [Citado: 2025, julio.] Disponible: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamiento-seguimiento-pacientes-multitransfundidos.pdf>

Para la semana epidemiológica 30 del 2025, se identifica que el evento de tos ferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 30 del 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025  
 \*APTR: Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia  
 \*TBC: Tuberculosis



## SITUACIÓN NACIONAL

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

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

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

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

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

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 30 del 2025

Evento	Sección eventos última semana			
	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	11 1759	92 938	1,23	0,21

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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia 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 determinó si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

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

En la semana epidemiológica 30 del 2025, los eventos zika y mortalidad por dengue se encontraron por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

**Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025**

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	8	2,4	0,00
Mortalidad por dengue	11	5	0,01
Leishmaniasis cutánea	17	59	0,00
Lepra	3	6	0,08
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,22
Chicungunya	2	3	0,24
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,55

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 unidades primarias generadoras de datos 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.

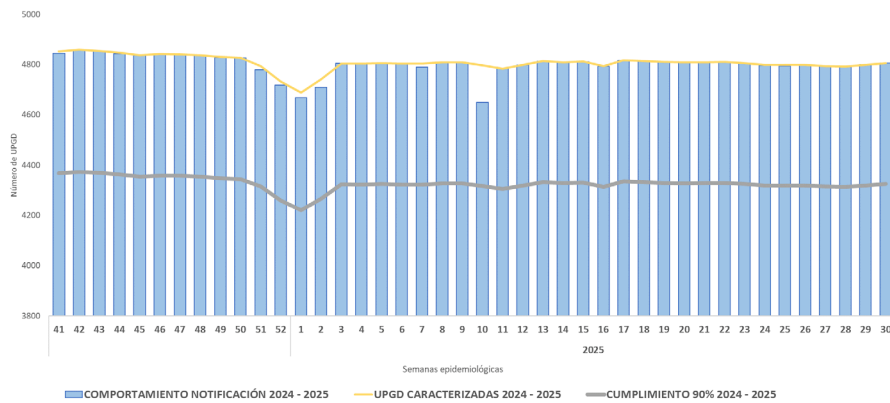
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 30 del año 2024. 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 relación a la semana epidemiológica anterior y a la semana 30 del 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 806 / 4 806); permaneciendo igual con respecto a la semana anterior y aumentando en 0,27 % con respecto a la semana 30 del año anterior. 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 para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (Figura 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, Semana Epidemiológica 30 del 2025



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



# MORTALIDAD

## Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

### Metodología

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

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

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

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

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://bit.ly/3t30q>

A semana epidemiológica 30 del 2025, se han notificado 448 muertes probables en menores de cinco años: 262 por infección respiratoria aguda (IRA), 115 por desnutrición (DNT) aguda y 71 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, siete casos de IRA, tres de DNT aguda y tres de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 30 del 2025 se han notificado 435 fallecimientos (255 por IRA, 112 por DNT aguda y 68 por EDA); de estos, 200 casos han sido confirmados, 74 han sido descartados y 161 casos se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 30, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 30 2025			Casos en estudio a SE 30 2025			Tasa a SE 30 2024			Tasa a SE 30 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	68	98	34	32	104	25	3,85	5,61	2,80	1,91	2,75	0,95
Amazonas	0	1	0	0	1	0	0,00	21,10	10,55	0,00	10,65	0,00
Antioquia	3	11	2	4	17	0	3,78	3,07	1,42	0,72	2,65	0,48
Arauca	0	1	0	1	1	0	3,65	7,30	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	2	0	0	1	2	0	4,38	5,25	0,88	1,79	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	1	1	0	2	0	2,28	3,43	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	6	0	0	7	1	0,00	3,68	0,22	0,00	1,33	0,00
Bolívar	1	3	0	1	1	0	0,98	7,88	1,97	1,01	3,03	0,00
Boyacá	0	3	2	1	2	0	0,00	4,71	0,00	0,00	3,60	2,40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	1	2	2,89	5,77	8,66	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	0	1	0	2	0	0,00	3,38	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D. E.	0	3	0	0	6	2	0,00	3,53	0,00	0,00	2,18	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	5,39	16,18	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	2	1	0	2	0	1,29	6,47	1,29	1,33	2,65	1,33
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	4	1	2	3	3	0,00	6,23	2,67	0,00	3,61	0,90
Cesar	5	3	2	2	1	1	4,98	3,32	3,32	4,22	2,53	1,69
Chocó	12	18	5	4	10	3	43,55	47,03	55,74	21,02	31,53	8,76
Córdoba	6	3	2	1	1	2	4,66	3,99	0,67	4,08	2,04	1,36
Cundinamarca	0	5	0	0	9	2	0,00	2,97	0,00	0,00	2,12	0,00
Guainía	1	1	0	1	0	0	0,00	28,32	28,32	14,02	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	0	0	10,32	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	1	0	0	2	0	1,01	4,05	0,00	1,03	1,03	0,00
La Guajira	17	3	6	7	7	3	26,47	12,78	18,25	15,70	2,77	5,54
Magdalena	4	1	1	1	8	0	10,82	6,01	1,20	4,88	1,22	1,22
Meta	1	4	1	1	2	0	6,07	4,85	3,64	1,23	4,93	1,23
Nariño	2	8	0	0	1	1	1,69	2,53	0,00	1,73	6,91	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	1	3,12	1,56	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	1	3,18	6,36	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	4	5	3	2	1	12,22	13,97	10,47	1,80	7,18	8,98
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	1	0	0	1	0	0,00	0,00	5,06	5,15	2,58	0,00
Santander	0	0	0	0	1	0	0,00	3,35	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	2	0	0	3	0	7,87	5,24	0,00	0,00	2,66	0,00
Tolima	0	2	0	0	1	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	3	0	0	4	0	2,23	5,21	0,74	0,77	2,30	0,00
Vaupés	1	0	3	0	0	1	30,23	15,11	15,11	14,72	0,00	44,16
Vichada	4	2	0	2	1	0	21,61	43,22	7,20	28,82	14,41	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: Semana Epidemiológica

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

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

En esta semana epidemiológica se han notificado 255 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 71 confirmadas por clínica y 27 por laboratorio, 53 descartadas y 104 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 30 fueron 187, para una tasa de mortalidad de 5,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 30 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las Entidades Territoriales: Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Santiago de Cali D. E., Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Nariño y Santander y, a nivel municipal, en Bojayá, Lloró y San Andrés de Tumaco D. E. Las demás Entidades Territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *Enterovirus*, *Bordetella pertussis*, *Haemophilus influenzae B*, *SARS-CoV2*, *Adenovirus*, *Moraxella catarrhalis*, *Influenza A*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Influenza B*, *Klebsiella pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Parainfluenza tipo 3* (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 30, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	9	4	5	1	2	21	8	1	2	0	0	11
<i>Enterovirus</i>	5	2	3	1	1	12	7	0	1	0	0	8
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	7
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	2	2	0	0	8	5	2	0	0	0	7
<i>SARS-CoV2</i>	6	2	0	0	0	8	3	1	0	1	0	5
<i>Adenovirus</i>	7	5	2	0	0	14	2	0	1	1	0	4
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	1	2	2	0	7	2	2	0	0	0	4
<i>Influenza A</i>	1	2	0	0	1	4	2	0	1	0	0	3
<i>Staphylococcus aureus</i>	7	0	1	1	0	9	3	0	0	0	0	3
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	4	3	3	1	14	2	1	0	0	0	3
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	28	1	1	1	0	31	1	0	2	0	0	3
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	1	1	0	0	4	1	1	0	0	0	2
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>146</b>	<b>46</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>65</b>

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

## Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 112 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 68 fueron confirmadas, 12 descartadas y 32 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 30 fue de 139, para una tasa de mortalidad de 3,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 30 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander y

Valle del Cauca y, a nivel municipal, Belén de Bajirá, Quibdó y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

### Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 30 se han notificado 68 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, dos confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli* y *Norovirus*), 32 confirmadas por clínica, nueve descartadas y 25 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 30 fue de 97 para una tasa de mortalidad de 2,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 30 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Chocó, Córdoba y La Guajira y, a nivel municipal, en Manaure, Uribia y Mitú. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad materna

### Metodología

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

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

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

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

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana<sup>2</sup>.

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

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

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

<sup>2</sup> Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33810/LF028779>

En la semana epidemiológica 30 del 2025 se notificaron al Sivigila seis casos; dentro de los cuales una es muerte materna temprana, cuatro son muertes maternas tardías y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 107 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 101 residen en territorio colombiano y seis residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

**Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 30, 2022 a 2025**

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	154	91	39	284
2023	150	88	45	283
2024	120	82	32	234
2025p	101	71	20	192

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Bogotá D. C., Cesar, La Guajira y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta y Santa Marta D. T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Santa Rosa (Bolívar), Santa Catalina (Bolívar), Maicao (La Guajira), Soledad (Atlántico) y Riohacha D. E. (La Guajira); comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 30 del 2025, el 57,4 % corresponden a causas directas y el 32,7 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 18,8 % (tabla 10).

**Tabla 8. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 30, 2024–2025**

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 30	Acumulado de casos a SE 30	
		2024	2025
Colombia	181	120	101
Antioquia	17	10	12
Bogotá D. C.	16	10	9
Cesar	8	9	8
La Guajira	13	11	8
Cundinamarca	9	7	6
Atlántico	6	3	5
Nariño	7	6	5
Barranquilla D. E.	4	4	4
Bolívar	7	3	4
Chocó	9	11	4
Córdoba	9	5	4
Norte de Santander	6	5	4
Santiago de Cali D. E.	5	3	3
Casanare	2	1	3
Santander	7	4	3
Guainía	0	0	2
Huila	4	5	2
Risaralda	3	2	2
Tolima	4	1	2
Valle del Cauca	4	1	2
Boyacá	3	2	1
Buenaventura D. E.	2	0	1
Caquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. T.	5	0	1
Cauca	5	5	1
Meta	5	2	1
Quindío	2	0	1
Sucre	3	2	1
Vichada	2	2	1
Arauca	1	0	0
Caldas	2	1	0
Guaviare	1	0	0
Magdalena	7	2	0
Putumayo	2	1	0
Santa Marta D. T.	5	2	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

**Tabla 9. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 30	Valor observado SE 30
<b>Colombia</b>	<b>181</b>	<b>101</b>
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Santa Rosa (Bolívar)	0	1
Santa Catalina (Bolívar)	0	1
Maicao (La Guajira)	4	0
Soledad (Atlántico)	4	0
Riohacha D. E. (La Guajira)	3	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

**Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025**

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 30	Número de casos y proporción a SE 30 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
<b>Colombia</b>	<b>135</b>	<b>150</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>
<b>DIRECTA</b>	<b>87</b>	<b>98</b>	<b>65,3</b>	<b>75</b>	<b>62,5</b>	<b>58</b>	<b>57,4</b>
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	27	30	20,0	23	19,2	19	18,8
Hemorragia obstétrica	23	21	14,0	24	20,0	17	16,8
Sepsis obstétrica	10	14	9,3	5	4,2	6	5,9
Evento tromboembólico como causa básica	10	13	8,7	7	5,8	6	5,9
Embarazo ectópico	8	10	6,7	5	4,2	5	5,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2,7	4	3,3	3	3,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,7	3	2,5	2	2,0
Embolia de líquido amniótico	3	3	2,0	3	2,5	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
<b>INDIRECTA</b>	<b>47</b>	<b>50</b>	<b>33,3</b>	<b>43</b>	<b>35,8</b>	<b>33</b>	<b>32,7</b>
Otras causas indirectas	19	20	13,3	17	14,2	14	13,9
Otras causas indirectas: neumonía	8	10	6,7	5	4,2	7	6,9
Sepsis no obstétrica	8	10	6,7	5	4,2	5	5,0
Otras causas indirectas: cáncer	8	8	5,3	8	6,7	3	3,0
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1	0,7	2	1,7	1	1,0
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	3,3	1	1,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,7	1	0,8	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	0,7	0	0,0	1	1,0
En estudio	2	1	0,7	2	1,7	9	8,9

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

## Mortalidad perinatal y neonatal tardía

### Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida 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 la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida<sup>1</sup>. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Mortalidad%20perinatal.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf)

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf\\_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.)

A semana epidemiológica 30 del 2025 se han notificado 3 189 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 158 corresponden a residentes en Colombia y 31 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia (379), Bogotá D. C. (367), Cundinamarca (211), La Guajira (149) y Santiago de Cali D. E (145). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 30 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Córdoba, Cartagena de Indias D. T., Norte de Santander, Atlántico, Huila, Tolima, Sucre, Chocó, Caquetá, Quindío,

Putumayo y Arauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.), Cesar (Agustín Codazzi), Cundinamarca (Girardot), Meta (Acacías), Cauca (Timbiquí), Cundinamarca (Tocancipá), Caldas (Riosucio), Casanare (Aguazul) y Cundinamarca (La Calera) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,4 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,0 %, neonatales tardías con 17,8 % y fetales intraparto con 9,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,4 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 30 del 2025 (datos preliminares) frente a 2024 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 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 30, 2024-2025**

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 30	Acumulado de casos a SE 30	
		2024	2025
<b>Colombia</b>	<b>4 736</b>	<b>3 528</b>	<b>3 158</b>
Antioquia	527	388	379
Bogotá, D.C.	520	449	367
Cundinamarca	254	234	211
La Guajira	243	177	149
Santiago de Cali D.E.	179	148	145
Córdoba	249	171	131
Nariño	127	113	124
Cesar	168	107	119
Meta	106	80	99
Valle del Cauca	127	98	98
Bolívar	139	88	90
Barranquilla D. E.	182	98	89
Cauca	158	102	88
Santander	149	98	87
Cartagena de Indias D. T.	152	96	83
Norte de Santander	148	103	83
Atlántico	145	100	76
Magdalena	116	89	76
Huila	111	76	67
Boyacá	86	73	65
Tolima	98	70	60
Sucre	119	84	58
Chocó	116	104	53
Caldas	59	43	48
Risaralda	70	53	48
Buenaventura D. E.	50	36	39
Casanare	48	37	38
Santa Marta D. T.	59	33	33
Caquetá	42	28	26
Quindío	39	31	26
Putumayo	37	33	25
Vichada	24	23	22
Arauca	41	22	16
Amazonas	10	8	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	11	9
Guainía	11	6	8
Guaviare	8	6	7
Vaupés	9	12	5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2024, datos preliminares 2025.  
SE: Semana Epidemiológica.

**Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025.**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 30 2020 - 2024	Valor observado a SE 30 de 2025	Semanas continuas en incremento
<b>Colombia</b>	<b>4 736</b>	<b>3 158</b>	-
Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.)	33	39	6
Cesar (Agustín Codazzi)	10	20	3
Cundinamarca (Girardot)	8	13	10
Meta (Acacías)	7	11	8
Cauca (Timbiquí)	4	8	4
Cundinamarca (Tocancipá)	4	8	3
Caldas (Riosucio)	3	7	19
Casanare (Aguazul)	2	7	26
Cundinamarca (La Calera)	2	6	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025. SE: Semana Epidemiológica.

**Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 30, 2023-2025.**

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 30, 2023 -2025					
	2023 a SE 30	(%)	2024 a SE 30	(%)	2025 a SE 30	(%)
<b>Colombia</b>	<b>4 291</b>	<b>100,0</b>	<b>3 528</b>	<b>100,0</b>	<b>3 158</b>	<b>100,0</b>
Asfixia y causas relacionadas	1047	24,4	927	26,3	810	25,6
Prematuridad-inmadurez	786	18,3	586	16,6	501	15,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	680	15,8	536	15,2	423	13,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	474	11,0	403	11,4	286	9,1
Infecciones	380	8,9	307	8,7	264	8,4
Malformación congénita	392	9,1	313	8,9	252	8,0
Sin información	9	0,2	0	0,0	210	6,6
Otras causas de muerte	278	6,5	231	6,5	183	5,8
Causas no específicas	86	2,0	87	2,5	122	3,9
Trastornos cardiovasculares	101	2,4	105	3,0	79	2,5
Lesión de causa externa	41	1,0	16	0,5	14	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	17	0,4	17	0,5	14	0,4

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



## EVENTOS TRAZADORES

## Infección Respiratoria Aguda

### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 15 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22<sup>1</sup>.

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

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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se observa una variación porcentual con tendencia de disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 23 a 30 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 23 a SE 26 2025	SE 27 a SE 30 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	624 638	556 773	-10,86%	
Hospitalización en sala general	32 801	28 685	-12,55%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 564	3 410	-4,32%	

\*SE: Semana Epidemiológica

### Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 30 del 2025 se notificaron 142 093 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, Guainía, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D. E. Las 29 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 (27 a 30 del 2025) en 27 municipios (tabla 15).

**Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 27 a 30 del 2025**

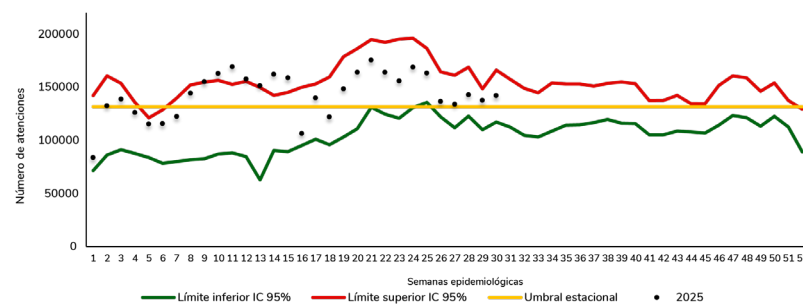
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	60 165	52 982	7 727	6 971
Antioquia	Itagüí	48 111	52 837	3 899	6 504
Cundinamarca	Soacha	48 992	50 151	3 521	5 985
Antioquia	Bello	46 787	37 873	3749	5121
Guajira	Maicao	35 407	36 070	2 268	4 623
Cundinamarca	Chía	40 695	35 105	3 665	4 267
Guajira	Uribe	31 853	28 891	1 918	4 230
Antioquia	Rionegro	18 161	23 380	1 538	2 675
Risaralda	Dosquebradas	15 920	18 021	1214	2614
Antioquia	Envigado	15 222	16 546	1 725	2 511
Magdalena	Ciénaga	14 213	13 589	890	2 443
Santander	Floridablanca	17 658	16 445	1695	2 355
Santander	Barrancabermeja	11667	17882	646	2 325
Bolívar	Magangué	9 667	12 665	935	2 212
Córdoba	Sahagún	12 735	14 902	1 401	2 071
Valle	Palmira	18 632	17 214	1 802	1 941
Boyacá	Duitama	15 768	13 226	1 780	1 913
Cundinamarca	Zipaquirá	12 473	13 817	1 780	1 875
Boyacá	Sogamoso	9 765	11 982	1 606	1 847
Cundinamarca	Girardot	13 467	13 222	1 452	1 821
Córdoba	Cerete	9 884	10 819	622	1 670
Valle del Cauca	Cartago	10 304	10 409	327	1 572
Antioquia	Apartado	11 472	10 855	1 042	1 445
Córdoba	Lorica	8 622	9 247	1 015	1 398
Antioquia	Turbo	8 856	9 169	826	1 323
Casanare	Yopal	9 963	9 027	1 187	1 322
Cundinamarca	Facatativá	14 000	11 160	1 713	1 256
Cundinamarca	Madrid	12 450	8 348	821	1 140
Cesar	Aguachica	5 505	7 259	796	1 081
Valle del Cauca	Yumbo	8 763	9 293	984	1 062
Huila	Pitalito	7 312	8 217	1018	1 023
Cundinamarca	Funza	9 170	9 489	861	976
Santander	Girón	5 074	5 183	279	952
Santander	Piedecuesta	4 102	6 124	304	938
Valle del Cauca	Tuluá	10 720	8 180	503	908
Cauca	Santander De Quilichao	8 064	7 267	988	796
Cundinamarca	Mosquera	4 701	4 412	411	659
Valle del Cauca	Buenaventura	5 390	3 966	692	555
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 638	4 253	313	462
Atlántico	Malambo	6 783	3 872	441	442
Cauca	Guapi	1 559	2 949	197	371
Nariño	La Florida	441	452	68	41

\*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (27 a 30 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,3 % (140 771) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 18,1 % (100 866). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,4 % seguido de los menores de un año con el 11,4 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados; sin embargo, entre las semanas 09 a 15 se observó una tendencia al alza que superó el límite superior. A partir de la semana 16 y hasta la 30 presenta una disminución ubicándose dentro de los límites esperados (figura 7).

**Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025**



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

### Hospitalizaciones por IRA en sala general

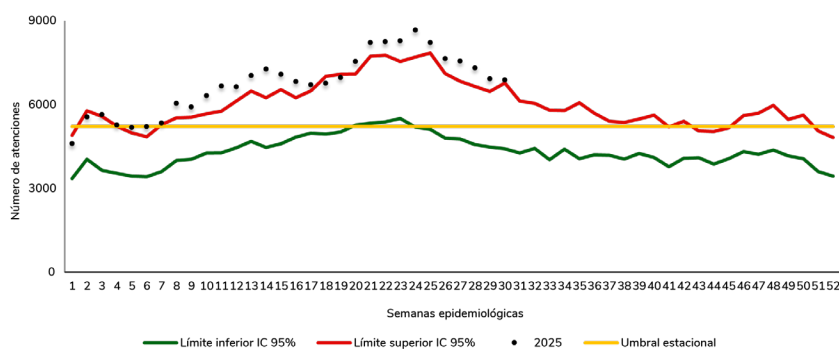
En la semana epidemiológica 30 del 2025 se notificaron 6 881 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guaviare, La Guajira y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Córdoba, Huila, Nariño, Risaralda, Santa Marta D.T., Sucre, Santander y Tolima. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (27 a 30 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 425) representaron el 29,4 %, seguido

de los menores de un año con el 18,2 % (5 214). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 31,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17 y 20 a 28 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, seguido de un descenso en semana epidemiológica 30 ubicándose sobre el límite superior (figura 8).

**Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025**

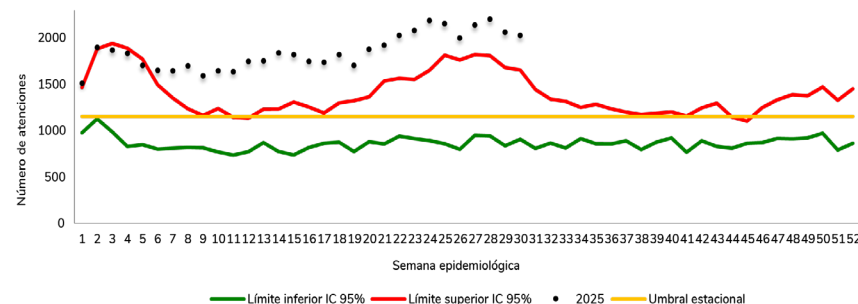


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 30 del 2025, se notificaron 2 027 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 30 se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 9).

**Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 30 del 2025**



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

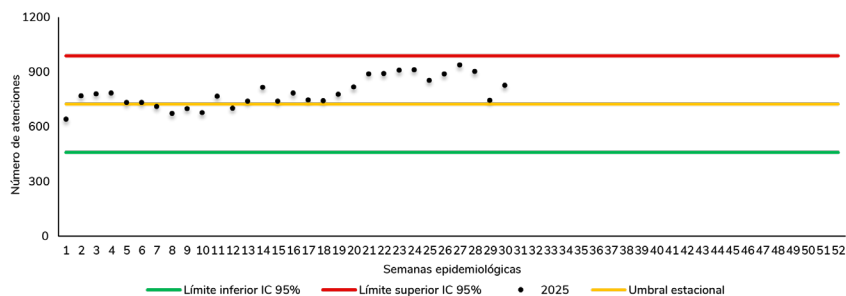
### Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 30 del 2025 se notificaron 826 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en seis entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Santiago de Cali D.E., Casanare, Cesar, La Guajira, Magdalena, Meta y Archipiélago de San Andrés y Providencia. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Buenaventura D.E., Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (27 a 30 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,4 % (1 206), seguido de los menores de un año con el 26,0 % (885) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 30,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 24,0 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde semana epidemiológica 13 a 30 una tendencia hacia el aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 10).

**Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025**

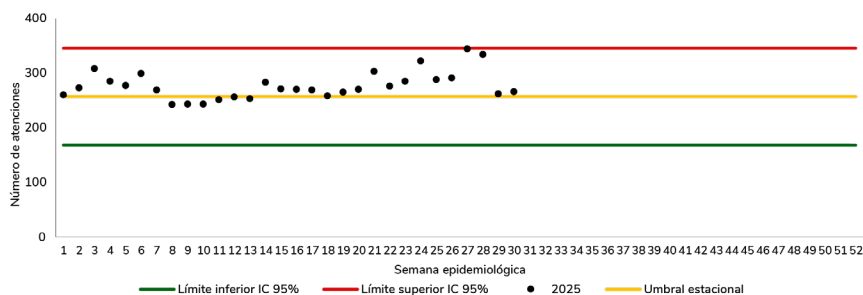


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 30 del 2025, se notificaron 266 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana una tendencia a la disminución ubicándose sobre el umbral estacional (figura 11).

**Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025**



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

Durante las semanas epidemiológicas 27 a 30 del 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, en las hospitalizaciones en sala general y hospitalización en UCI/UCIM en comparación con el periodo

anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 30 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, se insta a las entidades territoriales a:

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





## Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado decremento en América del Norte, Andina y Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles sostenidos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión caribe y disminución en el resto de las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 30 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 variación significativa al incremento para SARS-CoV2, al decremento para VSR e influenza A, los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16).

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

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 23 a 30 del 2025

Agente viral identificado	SE 23 a SE 26			SE 27 a SE 30			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
<b>Positividad general</b>	<b>55,4</b>	<b>63,4</b>	<b>35,9</b>	<b>50,6</b>	<b>60,9</b>	<b>38,8</b>	
Rinovirus	6,6	5,3	3,0	9,2	5,8	-	
VSR	41,6	56,6	6,1	38,2	51,2	15,8	
Enterovirus	6,1	6,0	-	6,9	4,7	-	
Adenovirus	5,6	5,3	3,0	4,6	5,8	-	
Influenza B	0,3	0,4	-	0,8	-	-	
Influenza A	17,5	9,4	36,3	13,7	9,3	36,8	
Parainfluenza	4,5	4,5	3,0	7,6	8,1	5,3	
Metapneumovirus	5,6	6,4	12,1	4,6	4,7	5,3	
A(H1N1)pdm09	4,0	1,5	15,2	5,3	1,2	21,1	
SARS-CoV2	2,4	1,5	6,1	5,3	4,7	10,5	
A(H3N2)	4,5	1,5	15,2	3,1	2,3	5,3	
Coronavirus	1,3	1,5	-	2,3	2,3	-	

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

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

## COVID-19

### Metodología

Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 30 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

Entre el 20 de julio y el 26 de julio de 2025 se confirmaron 158 casos en el territorio nacional; de estos el 74,68 % (118 casos) corresponde a la semana epidemiológica 30. El 65,19 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C, Antioquia, Santander, Barranquilla y Atlántico (tabla 17).

Tabla 17. Casos nuevos de COVID-19 en la Semana Epidemiológica 30 del 2025, Colombia.

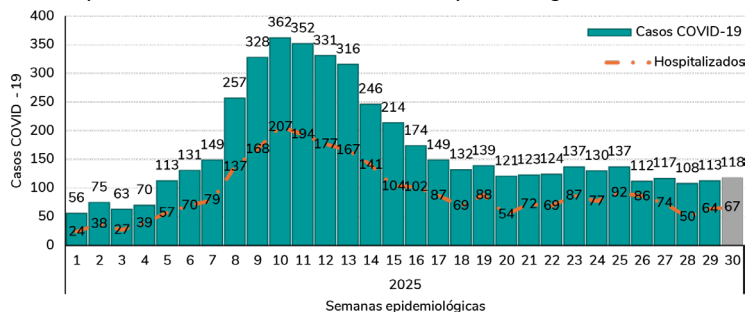
Entidad Territorial	Otros	SE 27	SE 28	SE 29	SE 30	Total
Colombia	7	1	9	23	118	158
Bogotá D.C	2	0	1	5	41	49
Antioquia	0	0	0	2	16	18
Santander	0	0	4	3	9	16
Barranquilla	0	0	0	1	12	13
Atlántico	1	0	1	1	4	7
Boyacá	0	0	0	1	6	7
Cundinamarca	1	1	2	1	1	6
Córdoba	1	0	0	0	4	5
Meta	0	0	0	1	4	5
Arauca	1	0	0	2	2	5
Sucre	0	0	1	0	2	3
Cali	0	0	0	1	2	3
Cesar	0	0	0	3	0	3
Norte de Santander	0	0	0	0	3	3
Quindío	0	0	0	2	1	3
Cauca	0	0	0	0	2	2
Santa Marta	0	0	0	0	2	2
Casanare	0	0	0	0	2	2
Putumayo	1	0	0	0	1	2
Huila	0	0	0	0	1	1
Bolívar	0	0	0	0	1	1
Magdalena	0	0	0	0	1	1
Buenaventura	0	0	0	0	1	1

Fuente: Sivigila, 2025. SE: Semana Epidemiológica

24

En Colombia, con corte al 26 de julio de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 4 997 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas (SE 27 a 30 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 11,63 %, con 456 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 23 a SE 26 de 2025), en el cual se reportaron 516 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 25,44 %, pasando de 342 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 255 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de COVID-19 a Semana Epidemiológica 30 del 2025, Colombia.



Fuente: sivigila, 2025. SE: Semana Epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (SE 27-30), se registró una incidencia de 0,85 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 31 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 119 municipios.

En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Antioquia, Barranquilla, Santa Marta y a nivel municipal en Medellín y Envigado (Antioquia), Soledad (Atlántico), Armenia (Quindío) y Bucaramanga (Santander) (tabla 18).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 91 fallecimientos relacionados con COVID-19 (procedencia de Colombia 88 y del exterior 3). En el período

observado, las muertes se registraron en Bogotá, Boyacá, Magdalena, Meta, Quindío, Arauca, Casanare y Guaviare. El 72,53 % (66 casos) correspondió a personas de 60 o más años (tabla 18).

**Tabla 18. Fallecimientos por COVID-19 a Semana Epidemiológica 30 del 2025, Colombia**

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
<b>Colombia</b>	<b>88</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>0,020</b>	<b>0,015</b>
Antioquia	5	0	0	0,00	0,00
Bogotá, D.C.	22	4	1	0,05	0,01
Boyacá	3	0	1	0,00	0,08
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	2	2	0	0,10	0,00
Cundinamarca	7	1	0	0,03	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
Huila	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	0	1	0,00	0,10
Meta	6	0	1	0,00	0,09
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Quindío	3	0	1	0,00	0,18
Santander	6	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	2	0	0,20	0,00
Tolima	3	0	0	0,00	0,00
Valle del Cauca	3	1	0	0,05	0,00
Cali	4	0	0	0,00	0,00
Arauca	3	1	1	0,31	0,31
Casanare	1	0	1	0,00	0,21
Guaviare	1	0	1	0,00	0,97

Fuente: Sivigila, 2025. SE:30.

\*SE: Semana Epidemiológica

PE: Periodo Epidemiológico -PE anterior SE 23-26 y PE actual (SE 27-30)

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, donde podrá ampliar 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 30 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento<sup>1</sup>:

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

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

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

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 %.

<sup>1</sup>. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Dengue.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf)

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

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

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

En la semana epidemiológica 30 del 2025 se notificaron 2 807 casos de dengue: 2 102 casos de esta semana y 705 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 92 937 casos, 58 456 (62,9 %) sin signos de alarma, 33 590 (36,1 %) con signos de alarma y 891 (1,0 %) de dengue grave.

El 67,7 % (62 908) de los casos a nivel nacional proceden de Córdoba, Meta, Santander, Norte de Santander, Antioquia, Tolima, Cartagena de Indias D. T., Valle del Cauca, Cundinamarca, Sucre, Atlántico y Putumayo (tabla 19); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 del 2025) el 55,1 % (5 805) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Antioquia, Córdoba, Meta, Tolima y Sucre.

Tabla 19. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025.

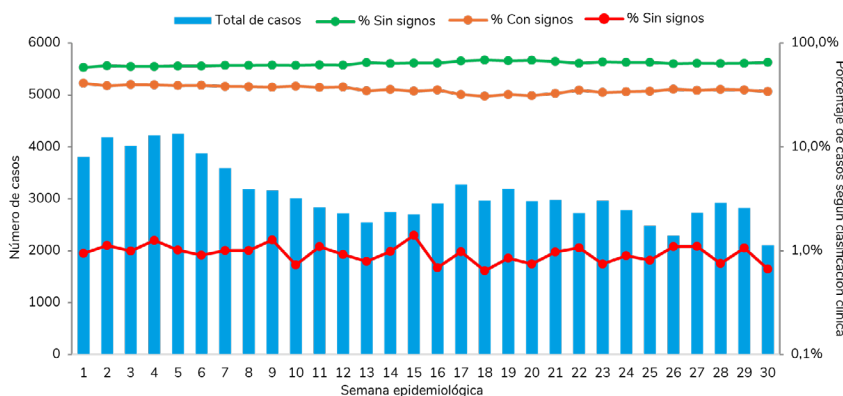
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 22-25 de 2025)	Observado (SE 26-29 de 2025)
Córdoba	7 977	33,7	0,3	899	831
Meta	7 948	35,0	1,2	1 327	798
Santander	7 911	32,7	0,6	1 118	921
Norte de Santander	6 577	39,1	1,2	1 084	1194
Antioquia	6 321	35,8	0,8	727	858
Tolima	5 112	32,6	1,2	652	633
Cartagena de Indias D. T.	4 565	23,9	1,1	141	273
Valle del Cauca	3 999	26,9	0,6	385	398
Cundinamarca	3 355	39,5	0,5	218	234
Sucre	3 091	56,8	0,7	399	570
Atlántico	3 049	42,9	1,4	349	316
Putumayo	3 003	27,5	0,5	230	186
Bolívar	2 989	39,1	0,9	493	511
Huila	2 965	35,5	2,8	211	272
Santiago de Cali D. E.	2 752	35,3	0,6	262	233
Barranquilla D. E.	2 380	36,6	1,2	98	168
Caquetá	2 209	38,5	1,3	125	78
La Guajira	2 173	59,8	1,3	168	225
Arauca	2 035	34,4	1,2	350	210
Cesar	1 949	57,1	2,0	269	382
Casanare	1 426	31,2	0,4	294	163
Magdalena	1 084	54,5	0,9	225	278
Risaralda	954	36,9	1,0	76	68
Guaviare	938	19,8	0,4	126	121
Cauca	935	37,6	1,2	52	47
Nariño	838	30,9	1,3	79	97
Quindío	822	26,2	0,1	84	105
Vichada	793	28,9	0,3	157	165
Chocó	734	16,9	0,7	140	121
Boyacá	583	42,2	0,3	64	52
Santa Marta D. T.	355	56,1	0,8	41	77
Caldas	325	48,0	0,3	28	24
Amazonas	263	29,7	0,0	24	41
Exterior	210	47,6	5,7	25	40
Buenaventura D. E.	154	37,7	1,9	18	19
Vaupés	86	9,3	1,2	5	54
Archipiélago de San Andrés y Providencia	46	41,3	0,0	4	0
Guainía	31	32,3	0,0	2	4
<b>Colombia</b>	<b>92 937</b>	<b>36,1</b>	<b>1,0</b>	<b>10 949</b>	<b>10 767</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 SE: Semana Epidemiológica

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 22 a 25 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Barranquilla D. E., Cartagena de Indias D. T., Cesar, Santa Marta D. T., Sucre, Vaupés, La Guajira y Exterior; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Arauca, Caquetá, Casanare, Cauca, Meta y el Archipiélago de San Andrés y Providencia; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 19).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 13); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 del 2025) fueron: Boyacá, Cauca, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., La Guajira y Exterior.

**Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025.**

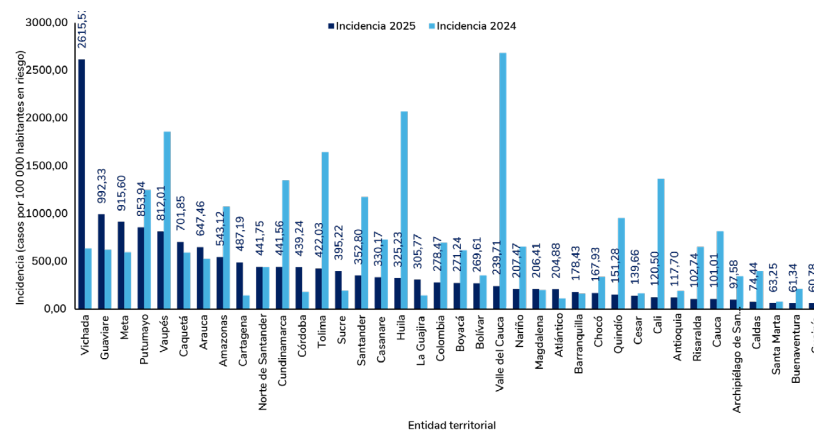


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 30 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 278,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 693,4 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare, Meta, Putumayo y Vaupés presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 30 del 2025 registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000

habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 519,3 casos por 100 000 habitantes.

**Figura 14. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a la Semana Epidemiológica 30, 2024-2025.**



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

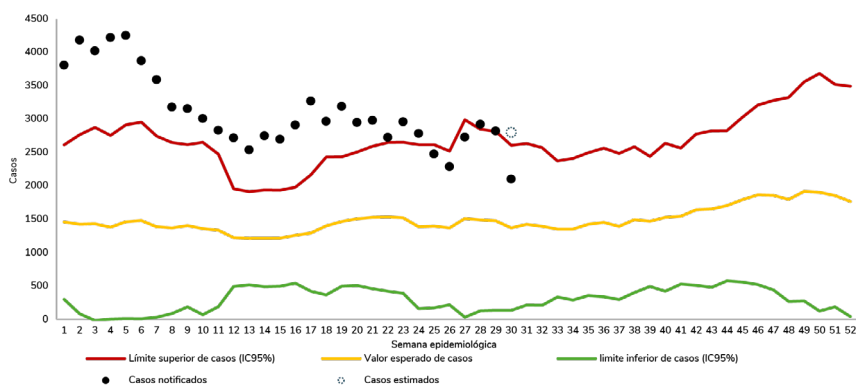
En la semana epidemiológica 30 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia estable con una variación de -1,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 22 a 25 del 2025) (figura 15).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 16,2 % (6) se encuentra dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 51,4 % (19) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo las entidades territoriales de Antioquia, Córdoba, Meta y Sucre se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de julio (tabla 20).

Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se mantiene activo el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional, y las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 "Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia".

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 30 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 22,3 % (184) se encuentra 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 49,1 % (28/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 21).

Figura 15. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025.



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

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, Semana Epidemiológica 30 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 30, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de julio		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Córdoba, Meta, Sucre	Amazonas, Bolívar, Guaviare, Magdalena, Quindío, Santa Marta D.T., Santander, Vichada	Atlántico, Norte de Santander, Cartagena de Indias D. T., La Guajira, Putumayo, Risaralda, Vaupés
Alerta	Arauca, Chocó,	Caquetá, Boyacá, Cesar, Guainía, Tolima	Barranquilla D. E., Cundinamarca, Huila, Nariño, Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	Caldas,	Buenaventura D. E., Casanare, Archipiélago de San Andrés y Providencia	Santiago de Cali D. E., Cauca

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

Tabla 21. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue. Colombia, Semana Epidemiológica 30 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado	Esperado
Antioquia	Medellín D. E.	38,6	1 009	88	96
	Apartadó	310,4	409	59	67
	Bello	17,5	97	6	10
	Envigado	47,5	115	10	9
	Itagüí	16,7	46	3	8
	Turbo D. E.	232,4	312	57	39
Atlántico	Sabanalarga	139,7	144	31	46
	Soledad	270,2	1 849	230	100
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	432,7	4 565	141	273
	Magangué	354,2	509	79	106
Cauca	Popayán	32,8	89	7	4
Córdoba	Montería	833,5	4 276	363	260
	Cereté	239,0	263	52	48
	Sahagún	301,2	337	46	42
Cundinamarca	Fusagasugá	263,1	435	23	29
Santa Marta D.T.	Santa Marta D. T.	64,3	355	41	77
Meta	Villavicencio	744,6	3 797	719	441
	San José de Cúcuta	518,4	3 958	688	751
Norte de Santander	Ocaña	225,9	268	27	49
	Villa del Rosario	662,1	729	94	81
Quindío	Armenia	112,0	350	28	26
Risaralda	Pereira	100,7	489	39	38
	Dosquebradas	117,6	256	18	15
Santander	Bucaramanga	357,7	2 214	316	237
	Barrancabermeja D. E.	247,8	532	71	91
Tolima	Ibagué	293,6	1 597	304	313
Valle del Cauca	Jamundí	508,6	861	86	53
	Tuluá	233,8	518	48	63

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

A semana epidemiológica 30 del 2025, se han notificado 264 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 69 casos, se descartaron 144 casos y se encuentran en estudio 51 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,07 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 194 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 22).

**Tabla 21. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a la Semana Epidemiológica 30, 2024-2025.**

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 30, 2025	Letalidad por dengue a SE 30, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,31	0,08
La Guajira	5	0	0,23	0,00
Cauca	2	1	0,21	0,07
Putumayo	4	1	0,13	0,23
Antioquia	8	3	0,13	0,11
Vichada	1	0	0,13	0,00
Meta	10	2	0,13	0,12
Huila	3	2	0,10	0,02
Bolívar	3	1	0,10	0,15
Arauca	2	0	0,10	0,18
Cartagena de Indias D. T.	4	1	0,09	0,00
Barranquilla D. E.	2	1	0,08	0,00
Santiago de Cali D. E.	2	3	0,07	0,04
Atlántico	2	2	0,07	0,12
Sucre	2	2	0,06	0,07
Cesar	1	0	0,05	0,22
Santander	4	4	0,05	0,09
Córdoba	3	3	0,04	0,03
Norte de Santander	2	2	0,03	0,15
Cundinamarca	1	0	0,03	0,04
Tolima	1	12	0,02	0,11
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,06
Guaviare	0	2	0,00	2,73
Buenaventura D. E.	0	1	0,00	0,76
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Nariño	0	1	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	0	1	0,00	0,23
Exterior	4	0	1,90	0,78
<b>Colombia</b>	<b>65</b>	<b>51</b>	<b>0,07</b>	<b>0,08</b>

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica.

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse 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 30 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 desde 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 indica que no presentó cambios.

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

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

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

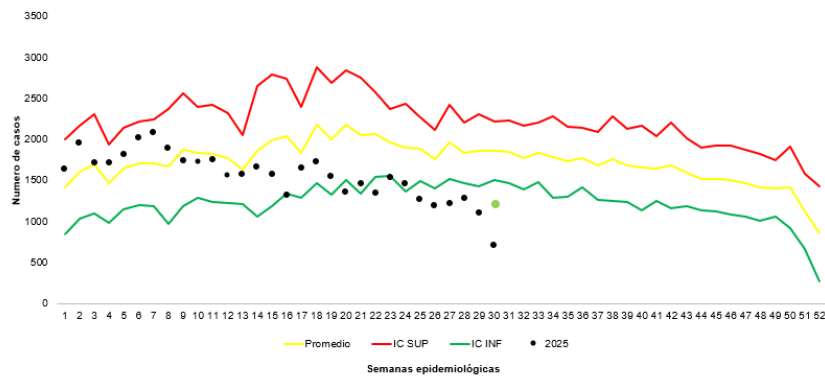
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Malaria%202022.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf)

## Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 16. Canal endémico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025.



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

\*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 30, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 30 del 2025 se notificaron 1 556 casos de malaria, para un acumulado de 46 874 casos, de los cuales 46 115 son de malaria no complicada y 759 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,1 % (31 457), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,8 % (14 892) e infección mixta con 1,1 % (525). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

### Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,4 %), Antioquia (15,8 %), Nariño (13,7 %), Córdoba (8,6 %), Vaupés (6,4 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,4 %), Amazonas (3,1 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,5 %), Buenaventura D. E. (2,4 %), Vichada (2,3 %) y Boyacá (1,8 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 23 a 26	Casos 2025 SE 27 a 30	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 633	337	191	108,38
Córdoba	Tierralta	2 323	169	211	23,28
Chocó	Quibdó	1 997	156	132	13,81
Risaralda	Pueblo Rico	1 655	162	155	98,58
Antioquia	El Bagre	1 445	187	122	25,66
Nariño	Roberto Payán	1 230	117	79	92,29
Nariño	El Charco	1 224	193	201	52,65
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 132	149	120	3,49
Chocó	Lloró	1 059	134	107	99,80
Nariño	Magüí	1 056	76	29	3,95
Chocó	Bajo Baudó	1 031	154	102	30,39
Guainía	Inírida	975	77	75	25,71
Vichada	Cumaribo	973	93	89	11,18
Chocó	Tadó	931	159	72	46,19
Nariño	Olaya Herrera	922	171	99	34,83
Córdoba	Puerto Libertador	866	70	47	19,07
Cauca	Timbiquí	826	75	26	29,38
Boyacá	Cubará	818	77	53	96,02
Amazonas	Tarapacá (CD)	811	89	39	185,37
Chocó	Bagadó	800	97	108	67,55
Chocó	Istmina	789	129	110	23,33
Chocó	Medio San Juan	745	115	72	63,33
Antioquia	Nechí	740	48	67	26,52
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	665	73	84	2,49
Chocó	El Cantón del San Pablo	662	48	43	95,86
Chocó	Alto Baudó	658	90	78	21,04
Nariño	Barbacoas	652	43	36	11,12
Bolívar	Montecristo	639	87	81	34,78
Cauca	Guapi	586	62	49	19,84
Antioquia	Chigorodó	581	79	64	9,34
Chocó	Carmen del Darién	546	45	31	24,65
Antioquia	Turbo	540	80	57	4,01
Antioquia	Segovia	443	74	60	10,83
Antioquia	Mutatá	438	38	50	29,13
Antioquia	Cáceres	426	76	62	13,67

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 73,3 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,9 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia incremento el municipio de Bagadó y en decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Cubará, Puerto Libertador, Cumaribo, Tarapacá (CD), Lloró, Montecristo, Chigorodó y Carmen del Darién (tabla 24). Mientras que, 15 municipios aportan el 62,1 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en incremento en el municipio de El Charco y Tierralta y en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Roberto Payán, Magüi, Buenaventura D. E., Guapi, Bajo Baudó, Tadó, Olaya Herrera, Barbacoas, Istmina, Lloró y Medio San Juan, como se muestra en la tabla 25.

**Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025.**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 23 a 26 de 2025	Casos SE 27 a 30 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	320	181	-43%	8,1%
Córdoba	Tierralta	146	186	27%	6,3%
Risaralda	Pueblo Rico	144	134	-7%	4,7%
Antioquia	El Bagre	137	108	-21%	3,7%
Chocó	Quibdó	80	71	-11%	3,4%
Guainía	Inírida	74	70	-5%	3,1%
Boyacá	Cubará	77	53	-31%	2,6%
Córdoba	Puerto Libertador	63	43	-32%	2,6%
Vichada	Cumaribo	78	64	-18%	2,4%
Amazonas	Tarapacá (CD)	72	35	-51%	2,2%
Chocó	Lloró	78	61	-22%	1,9%
Chocó	Bagadó	68	71	4%	1,8%
Bolívar	Montecristo	75	70	-7%	1,8%
Antioquia	Chigorodó	74	56	-24%	1,7%
Chocó	Carmen del Darién	42	30	-29%	1,7%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

**Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 30 del 2025**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 23 a 26 de 2025	Casos SE 27 a 30 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	183	198	8%	7,7%
Chocó	Quibdó	73	60	-18%	6,1%
Cauca	Timbiquí	74	26	-65%	5,6%
Nariño	Roberto Payán	67	35	-48%	5,5%
Nariño	Magüi	46	18	-61%	5,2%
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	98	88	-10%	4,8%
Cauca	Guapi	60	42	-30%	3,7%
Chocó	Bajo Baudó	81	43	-47%	3,5%
Chocó	Tadó	82	37	-55%	3,4%
Nariño	Olaya Herrera	101	57	-44%	3,3%
Nariño	Barbacoas	16	15	-6%	3,1%
Chocó	Istmina	59	48	-19%	2,7%
Chocó	Lloró	54	41	-24%	2,7%
Córdoba	Tierralta	22	25	14%	2,6%
Chocó	Medio San Juan	46	33	-28%	2,3%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

## Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 28 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; ocho departamentos y veinte municipios se encuentran en situación de brote (tabla 26) y cuatro departamentos y once municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 27).

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 30 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 30 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 27 A 30	Observado SE 27 A 30 de 2025
Nariño	El Charco	5	1 228	84	203
Boyacá	Cubará	4	823	48	53
Antioquia	Segovia	5	448	47	60
Antioquia	Cáceres	4	427	32	62
Arauca	Saravena	4	406	6	45
Amazonas	Leticia	4	396	11	49
Antioquia	Tarazá	4	366	23	35
Caquetá	Florencia	4	244	2	10
Meta	Puerto Gaitán	4	235	11	38
Meta	Puerto López	4	188	1	19
Vichada	Puerto Carreño	4	180	7	18
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	175	25	26
Chocó	El Carmen de Atrato	4	123	5	15
Risaralda	La Virginia	4	77	1	12
Vaupés	Taraira	5	66	5	17
Meta	Puerto Rico	4	60	1	5
Arauca	Fortul	4	41	0	9
Córdoba	San José de Uré	4	33	2	6
Risaralda	Pereira	4	31	1	6
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	18	1	5

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

Tabla 27. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las Semanas Epidemiológicas 01 a 30 del 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 30 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 30 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 27 A 30	Observado SE 27 A 30 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2 682	253	192
Chocó	Lloró	5	1 063	110	107
Vichada	Cumaribo	5	991	63	89
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	666	46	43
Bolívar	Montecristo	5	660	65	81
Antioquia	Mutatá	5	447	48	51
Antioquia	Caucasia	4	265	17	29
Valle del Cauca	Pradera	4	45	0	5
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	29	2	6
Bolívar	San Jacinto del Cauca	4	14	0	3
Antioquia	Vegachí	4	6	1	2

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

## Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

### Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad, cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE, y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas<sup>1</sup>.

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2025. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/PRO\\_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf)

A semana epidemiológica 30 del 2025, se han notificado 13 070 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 12 961 corresponden a residentes en Colombia y 109 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (31 de 2024 a 30 de 2025) es de 0,61 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 170 municipios a nivel nacional (15,1 %) y de disminución en 22 municipios (2,0 %) (tabla 28).

El 80,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,2 % como desnutrición aguda severa. El 6,2 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,9 %) y de 1 año (28,0 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales el 67,0 %.

Para la semana epidemiológica 30 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T. y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 19 municipios (tabla 29).

**Tabla 28. 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 30, 2024-2025.**

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 30 de 2024	Casos a SE 30 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
<b>Colombia</b>	<b>15 276</b>	<b>12 961</b>	<b>0,61</b>	<b>15,1</b>	<b>2,0</b>
La Guajira	1 672	976	1,99	13,3	0,0
Vichada	222	140	1,69	0,0	0,0
Chocó	717	534	1,54	9,7	3,2
Magdalena	435	508	0,95	48,3	0,0
Amazonas	37	46	0,85	18,2	0,0
Guaviare	61	47	0,84	0,0	0,0
Arauca	249	114	0,82	0,0	28,6
Risaralda	283	286	0,80	21,4	7,1
Cesar	567	579	0,78	12,0	4,0
Antioquia	1 730	1 799	0,69	31,2	0,8
Casanare	207	165	0,68	5,3	5,3
Cartagena de Indias D. T.	257	317	0,67	0,0	0,0
Guainía	38	30	0,64	11,1	11,1
Bolívar	385	367	0,64	20,0	2,2
Putumayo	119	124	0,62	0,0	0,0
Nariño	595	425	0,62	18,8	1,6
Vaupés	35	19	0,62	16,7	16,7
Boyacá	314	317	0,62	8,9	0,8
Bogotá D.C	2 055	1 691	0,60	0,0	0,0
Meta	343	252	0,54	10,3	0,0
Norte Santander	414	419	0,53	15,0	2,5
Buenaventura D.E.	171	110	0,51	0,0	0,0
Tolima	261	198	0,51	8,5	0,0
Huila	339	287	0,51	18,9	0,0
Cundinamarca	935	698	0,49	5,2	1,7
Sucre	169	230	0,47	34,6	0,0
Valle	383	391	0,46	20,0	0,0
Santa Marta D.T.	72	102	0,44	0,0	0,0
Caquetá	128	91	0,43	6,3	6,3
Santiago de Cali D.E.	364	368	0,42	0,0	0,0
Santander	408	325	0,38	16,1	2,3
Córdoba	375	285	0,35	13,3	3,3
Caldas	170	111	0,34	14,8	0,0
Barranquilla D. E.	171	185	0,32	0,0	0,0
Atlántico	319	204	0,32	9,1	13,6
Quindío	55	48	0,26	0,0	0,0
Cauca	213	169	0,26	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	4	0,15	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, \*Casos acumulados de SE 30 de 2024 a SE 29 de 2025.

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

**Tabla 29. 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 30 del 2025.**

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Chocó	Quibdó	47	91
Antioquia	Turbo	35	88
Sucre	Sincelejo	26	56
Antioquia	Itagüí	26	53
Tolima	Ibagué	34	53
Boyacá	Sogamoso	21	41
Risaralda	Dosquebradas	22	41
Valle del Cauca	Jamundí	22	40
Antioquia	Rionegro	20	33
Cesar	Aguachica	17	31
Norte de Santander	Ocaña	24	30
Cundinamarca	Chía	16	29
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	12	27
Cundinamarca	Fusagasugá	41	26
Norte de Santander	Villa del Rosario	37	21
Antioquia	Envigado	9	20
Bolívar	Turbaco	9	18
Cundinamarca	Girardot	32	15
Santander	Floridablanca	19	9

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

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

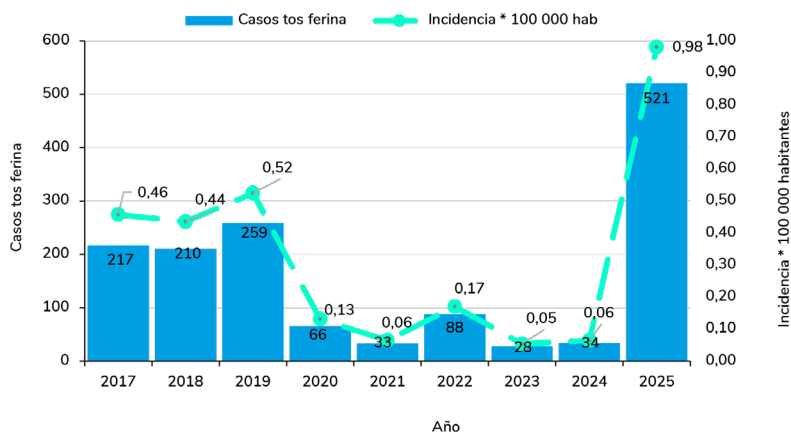
## Tos ferina

**Nota:** el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexa epidemiológico o criterio clínico. Las tasas de incidencia se calcularon únicamente con base en los casos cuya procedencia corresponde a Colombia.

Durante el periodo analizado (semana epidemiológica 29) a nivel nacional se han reportado en Sivigila un total de 4 163 casos de tos ferina. De estos, el 12,6 %, equivalente a 526 casos han sido confirmados (521 procedentes de Colombia y 5 del exterior); el 77,0 % (3 206 casos) fueron descartados y el 10,3 % (431 casos) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 0,98 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,52 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 29, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

## Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 29, de 2019 a 2025

El mayor número de casos se reporta en Bogotá D. C. con 191 casos y una incidencia de 2,41 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 1,87 (130 casos), Cundinamarca con 0,79 (29 casos) y Huila con 1,91 (23 casos).

En la tabla 30 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparados con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 30. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 29 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrografico	2025
Colombia	0,47	0,12	0,06	0,17	0,05	0,06	0,98		521
Bogotá D. C.	0,58	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,41		191
Antioquia	0,63	0,17	0,09	0,13	0,03	0,07	1,87		130
Cundinamarca	0,39	0,13	0,03	0,00	0,09	0,14	0,79		29
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,08	0,25	1,91		23
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,54		15
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	1,24		13
Chocó	0,19	0,18	1,57	0,17	0,00	0,33	1,95		12
Cartagena de Indias D. T.	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,13		12
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,74		8
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,66		8
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,39		8
Cesar	0,32	0,31	0,00	0,00	0,07	0,07	0,49		7
Cauca	0,27	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Cordoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,36		7
Atlantico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40		6
Nariño	0,31	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,35		6
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,13	0,09	0,26		6
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,23	0,00	0,38		5
Santander	0,27	0,13	0,39	0,04	0,00	0,00	0,21		5
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,34		4
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35		3
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,30		3
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,62		2
Caquetá	0,74	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,46		2
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,35		2
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,11	0,11	0,00	0,21		2
Barranquilla D. E.	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,22	0,15		2
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,12	0,06	0,12		2
Tolima	0,15	0,00	0,07	0,07	0,07	0,14	0,07		1
Exterior	-	-	-	-	-	-	-		5

Fuente: sivigila 2019-2025p

En las últimas cuatro semanas, la incidencia fue de 0,05 casos por cada 100 000 habitantes (25 casos). La mayor incidencia se registró en el distrito de Cartagena de Indias D. T. con 0,47 casos por cada 100 000 habitantes (5 casos), seguido de Arauca con 0,31 (1 caso) (tabla 31).

**Tabla 31. Tendencia de casos de tos ferina por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (22 a 29) del 2025, Colombia.**

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 22-25)	Casos PE actual (SE 26-29)	Incidencia PE anterior (SE 22-25)	Incidencia PE actual (SE 26-29)	Tendencia de la incidencia
Colombia	521	0,98	77	27	0,14	0,05	■
Cartagena de Indis D. T.	12	1,13	0	5	0,00	0,47	■
Arauca	2	0,62	0	1	0,00	0,31	■
Boyacá	5	0,38	0	4	0,00	0,30	■
Caldas	13	1,24	1	2	0,10	0,19	■
Bolívar	8	0,66	2	2	0,16	0,16	■
Nariño	6	0,35	1	2	0,06	0,12	■
La Guajira	8	0,74	0	1	0,00	0,09	■
Barranquilla D. E.	2	0,15	0	1	0,00	0,07	■
Bogotá, D.C.	191	2,41	18	5	0,23	0,06	■
Antioquia	130	1,87	34	4	0,49	0,06	■
Atlántico	6	0,40	0	0	0,00	0,00	■
Caquetá	2	0,46	0	0	0,00	0,00	■
Cauca	7	0,44	0	0	0,00	0,00	■
Cesar	7	0,49	4	0	0,28	0,00	■
Córdoba	7	0,36	1	0	0,05	0,00	■
Cundinamarca	29	0,79	7	0	0,19	0,00	■
Chocó	12	1,95	0	0	0,00	0,00	■
Huila	23	1,91	0	0	0,00	0,00	■
Magdalena	2	0,21	1	0	0,10	0,00	■
Meta	4	0,34	0	0	0,00	0,00	■
Norte de Santander	2	0,12	1	0	0,06	0,00	■
Quindío	2	0,35	0	0	0,00	0,00	■
Risaralda	15	1,54	3	0	0,31	0,00	■
Santander	5	0,21	0	0	0,00	0,00	■
Sucre	3	0,30	1	0	0,10	0,00	■
Tolima	1	0,07	1	0	0,07	0,00	■
Valle del Cauca	8	0,39	1	0	0,05	0,00	■
Santiago de Cali D. E.	6	0,26	1	0	0,04	0,00	■
Vichada	3	2,35	0	0	0,00	0,00	■
Exterior	5	-	-	-	-	-	■

Fuente: siviigila 2019-2025p

**Tabla 32. Casos de tos ferina en etnia indígena, por departamento de procedencia, en Semana Epidemiológica 29 del 2025, Colombia.**

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
<b>Colombia</b>		<b>64</b>	<b>Abierto</b>
Antioquia	Urrao	28	Cerrado
	Betulia	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	5	Cerrado
Chocó	Bagadó	9	Abierto
	Tadó	1	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha D.E.	2	Cerrado
	Uribia	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Cerrado
Meta	Puerto Gaitán	1	Cerrado
Risaralda	Mistrató	1	Cerrado
Magdalena	Ciénaga	1	Cerrado
Vichada	Cumaribo	1	Abierto

Fuente: Siviigila 2025p

### Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 29 del 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 64 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 15 municipios de nueve entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 28 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 9 casos y Bogotá D.C. con 6 casos (tabla 32).

A la fecha, continúan en seguimiento los brotes en población indígena en Bagadó y Tadó (Chocó) y Cumaribo (Vichada) (tabla 32).

## ALERTAS NACIONALES

### Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, julio 30 de 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 125 casos de fiebre amarilla y dos (2) de procedencia del exterior, con 53\*\* defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), de las cuales cinco (5) se excluyen del cálculo de letalidad porque se determinó que la causa de muerte no fue fiebre amarilla (Cunday 2, Dolores 1, Vale de San Juan 1, Chaparral 1) y una (1) casos más se encuentran en estudio (Tolima); la letalidad acumulada preliminar es del 37,6 % (47/125)\*\*

**Durante el año 2024** se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. **En lo corrido del 2025**, se han confirmado 102 casos de fiebre amarilla, de los cuales 35 resultaron en defunción (cifra preliminar\*\*).

La distribución geográfica de los casos confirmados acumulado del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (105 casos):** Ataco (23), Villarrica (19), Prado (17), Cunday (17), Chaparral (8), Rioblanco (7), Purificación (6), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso), Valle del Guamuez (1 caso).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1 caso), Granada (1 caso), La Macarena (1 caso)
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1 caso), El Doncello (1 caso)
- **Nariño (2 casos):** Ipiales (área rural) (2 casos)
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1 caso)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1 caso)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1 caso)
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1 caso)
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1 caso)
- **Exterior (2 casos)** procedentes del estado de Apure-Venezuela.

\*\* Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y análisis epidemiológico.



# BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Las mortalidades presentadas se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (33\*\*), Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad promedio de los casos es de 45 años (rango entre 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (101 hombres y 24 mujeres). Los grupos etarios más afectados son los mayores de 65 años (26 casos) y los de 60 a 64 años (14 casos).

Se ha confirmado la presencia de virus de la fiebre amarilla en 65 primates no humanos (PNH). De estos, 48 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Cunday (2), Purificación (1); ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

\*\* Se excluye del cálculo de letalidad cinco (5) casos que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un (1) caso de mortalidad en estudio.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS

## Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima. Julio 30 de 2025

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Villarrica, Prado, Cunday, Chaparral, Rioblanco, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Purificación, Valle de San Juan, y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en octubre de 2024, y hasta la fecha se han confirmado 105 casos acumulados (104 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico). El último caso confirmado de fiebre amarilla por PCR fiebre amarilla, se presentó el 28 de julio de 2025, corresponde a un masculino de 73 años, ocupación agricultor, con procedencia Rioblanco (Tolima), con fecha de inicio de síntomas el 21 de julio de 2025, sin antecedente vacunal para fiebre amarilla en PAI web.

\*\* Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y análisis epidemiológico.

Se han registrado 33\*\* fallecimientos acumulados 2024-2025p, lo que corresponde a una letalidad acumulada del 30 %\*\* (32 /105) (32 casos confirmados y un (1) caso en estudio).

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS

## Brote de enfermedad transmitida por alimentos – ETA, Alojamiento Temporales de Emergencia (ATE) en Cúcuta, Norte de Santander. Julio 30 de 2025

Brote en población desplazada del conflicto armado del Catatumbo, alojada en ATE. Con inicio de síntomas el 15 de julio de 2025, detectado el 18 de julio e intervenido el 19 de julio. Se han identificado 23 casos, 61 expuestos, para una tasa de ataque del 37,7 %, no se han reportado muertes. Dentro de las acciones se activó el equipo de respuesta inmediata (ERI) municipal, se realizó investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria e institucional y coordinación intersectorial, visitas de inspección, vigilancia y control a tres establecimientos involucrados, verificación de la ruta de alimentos, evaluación del estado de salud de los residentes, activación de vigilancia basada en la comunidad y habilitación de línea de reporte coordinada con líderes comunitarios. Se identificaron coliformes totales en muestras de agua del dispensador con filtro ubicado en el establecimiento de alojamiento. Se recomendó suspender el uso del filtro de agua. Se continúa seguimiento epidemiológico a los casos y personas expuestas. Información sujeta a cambios, en seguimiento por el referente del evento.

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

## Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 30 del 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: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS

## ALERTAS INTERNACIONALES

### Actualización del comportamiento mundial del Chikungunya. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: junio de 2025.

El virus Chikungunya (CHIKV), se transmite principalmente por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, se identificó en Tanzania en 1952. Su propagación se aceleró a partir de 2004 tras un brote en Kenia, y en 2013 llegó a las Américas.

Hasta diciembre de 2024, se ha documentado transmisión autóctona en 119 países y territorios. La reemergencia del virus es frecuente, especialmente en zonas con poblaciones no inmunizadas y presencia estable de vectores. En América, tras una disminución de casos entre 2018 y 2021, se ha observado un incremento sostenido desde 2022, alcanzando un pico en 2024. Entre los países más afectados en 2024 se encuentran Brasil, Paraguay y Argentina. Durante 2025, brotes significativos continúan activos en territorios como La Reunión (Francia), Mayotte (Francia) y Mauricio.

De acuerdo con el informe de la OMS de junio de 2025, el riesgo de transmisión mundial de Chikungunya se mantiene elevado, debido a la expansión geográfica de los vectores impulsada por el cambio climático, la urbanización no planificada, las deficiencias en vigilancia y diagnóstico, y la movilidad humana. Incluso en países sin brotes registrados, la presencia de vectores competentes constituye una amenaza constante de introducción o reintroducción del virus. La OMS advierte que muchos países podrían estar experimentando transmisión no detectada debido a sistemas de vigilancia limitados y falta de capacidad diagnóstica, lo que subraya la necesidad de fortalecer los sistemas de alerta temprana y respuesta integrada frente a enfermedades arbovirales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Chikungunya epidemiology update. Fecha de publicación: junio de 2025. Fecha de consulta: 29 de julio de 2025. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/ezh/chikungunya-epidemiology-update\\_11june2025.pdf?sfvrsn=ffddcf60\\_4&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/ezh/chikungunya-epidemiology-update_11june2025.pdf?sfvrsn=ffddcf60_4&download=true)

### Brote multipaís de Cólera. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 24 de julio de 2025.

Del 1 de enero al 29 de junio de 2025, se notificaron un total acumulado de 305 903 casos de cólera y 3 522 muertes en 28 países de tres regiones de la OMS. La Región del Mediterráneo Oriental registró las cifras más altas (159 414 casos; seis países), seguida de la Región de África (143 762 casos; 19 países) y la

Región de Asia Sudoriental (2 727 casos; cinco países). No se notificaron casos en otras regiones de la OMS.

En junio de 2025, se notificaron 62 330 nuevos casos de cólera y diarrea aguda en 20 países de tres regiones de la OMS, lo que representa una disminución del 8 % con respecto al mes anterior. La Región del Mediterráneo Oriental registró el mayor número de casos, seguida de la Región de África y la Región del Sudeste Asiático. En el mismo período, se registraron 527 muertes relacionadas con el cólera, lo que representa una disminución del 8 % en comparación con mayo. El mayor número de muertes se registró en la Región de África (347 muertes; 10 países).

Los datos generales sobre el cólera siguen siendo incompletos debido a la falta de notificación y a los retrasos en la misma. Además, los fenómenos meteorológicos extremos y los conflictos, como los experimentados en varios países afectados por el cólera, han dado lugar a una notificación escasa o nula en algunas zonas. Dadas estas complejidades, es probable que los datos presentados subestimen la verdadera carga del cólera y deban interpretarse con cautela.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Brote multipaís de Cólera. Fecha de publicación: 24 de julio de 2025. Fecha de consulta: 29 de julio de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--28--24-july-2025>



# TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la  
notificación por Entidad Territorial a  
Semana Epidemiológica 30 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, el segundo disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris, y el tercero valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 30

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	38	0	0	288	30	29	0	0	0	78	9	13	0	0	0	3	0	1	1,520	118	126
Antioquia	371	10	10	12,299	1,289	1,549	50	4	4	2,262	139	282	488	40	33	55	9	2	7,403	955	799
Arauca	67	1	4	530	49	80	24	1	1	700	43	62	2	0	0	37	5	5	504	7	59
Atlántico	66	3	2	2,619	258	295	44	6	7	1,307	103	128	2	1	0	4	0	2	0	0	0
Barranquilla D.E.	11	0	2	2,798	231	368	28	3	0	871	76	53	14	2	3	15	3	1	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	14,515	1,706	1,923	0	0	0	0	0	0	73	13	8	7	0	1	0	0	0
Bolívar	187	7	8	1,889	193	216	26	7	3	1,169	157	178	1	0	0	3	1	0	1,125	102	129
Boyacá	40	1	0	4,375	460	605	2	0	0	246	14	27	4	1	0	1	0	0	823	0	53
Buenaventura D.E.	13	0	0	77	12	11	3	0	0	58	10	6	0	0	0	0	0	0	1,159	166	121
Caldas	42	2	1	2,498	274	335	1	0	1	156	20	10	9	1	0	33	5	6	18	1	1
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	3,175	404	402	17	5	0	972	207	74	58	26	1	39	5	3	4	1	1
Caquetá	139	4	4	717	85	100	28	0	0	851	45	35	2	0	0	3	0	1	312	6	15
Cartagena de Indias D.T.	10	0	0	1,156	125	137	51	4	2	1,093	54	51	4	0	0	0	0	0	3	0	0
Casanare	103	3	4	1,087	110	161	5	3	0	445	119	48	37	0	11	3	1	1	4	5	1
Cauca	69	3	2	3,474	430	489	11	1	2	352	23	22	20	2	3	5	0	0	1,602	291	84
Cesar	189	6	9	1,908	181	247	39	10	4	1,112	190	220	4	0	1	19	0	6	13	2	1
Chocó	135	3	5	179	17	19	5	1	0	124	17	21	2	0	0	1	0	0	12,757	2,432	1,174
Córdoba	183	10	2	3,235	354	427	23	6	3	2,685	158	391	3	2	0	8	1	2	3,972	934	338
Cundinamarca	50	2	1	9,223	985	1,219	18	1	1	1,326	82	87	12	2	2	16	3	1	0	0	0
Guainía	17	0	0	121	10	22	0	0	0	10	2	1	0	0	0	0	0	0	1,049	337	82
Guaviare	71	3	4	242	24	34	4	0	0	186	9	26	1	0	0	1	0	0	661	97	42
Huila	105	2	2	4,054	422	513	84	11	6	1,054	162	98	7	0	1	4	0	2	3	0	2
La Guajira	86	4	2	1,399	160	191	29	3	2	1,299	77	128	2	0	0	10	1	4	30	1	0
Magdalena	90	5	1	1,602	179	169	10	2	3	591	75	160	0	1	0	7	1	2	5	1	1
Meta	182	6	4	2,749	275	354	96	4	16	2,784	191	251	48	3	4	12	2	2	656	41	73
Nariño	76	3	3	4,627	495	594	11	1	2	259	20	39	4	0	2	14	2	1	6,445	982	638
Norte de Santander	206	6	8	4,134	405	591	80	4	11	2,572	148	380	21	10	0	2	0	1	363	213	52
Putumayo	113	2	1	1,140	115	159	16	0	2	825	24	45	0	0	0	3	1	0	54	5	2
Quindío	12	0	1	1,898	217	255	1	0	0	215	8	28	28	0	2	4	1	0	3	2	0
Risaralda	35	0	0	2,717	303	344	10	0	1	352	11	25	6	1	1	1	0	1	1,832	308	175
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	299	25	36	0	0	0	19	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	28	1	1	1,454	106	207	3	1	0	199	20	40	1	0	0	6	1	1	0	0	0
Santander	147	4	1	4,893	475	645	47	6	7	2,583	251	316	70	4	1	12	3	2	10	1	1
Sucre	64	1	4	1,846	180	239	23	6	4	1,757	172	241	2	0	0	3	1	0	60	7	7
Tolima	108	2	3	4,460	472	565	63	5	14	1,666	252	167	5	2	0	20	3	2	0	0	0
Valle del Cauca	52	0	0	5,600	586	756	24	1	5	1,075	135	96	17	4	1	38	5	1	52	5	7
Vaupés	33	1	1	146	11	24	1	0	0	8	2	0	12	0	1	2	0	1	3,003	207	223
Vichada	28	2	2	164	20	30	2	0	0	229	6	47	0	0	0	0	0	0	1,182	146	108
<b>Total nacional</b>	<b>3.174</b>	<b>97</b>	<b>92</b>	<b>109.587</b>	<b>11.675</b>	<b>14.340</b>	<b>879</b>	<b>96</b>	<b>101</b>	<b>33.490</b>	<b>3.033</b>	<b>3.796</b>	<b>959</b>	<b>115</b>	<b>75</b>	<b>391</b>	<b>48</b>	<b>52</b>	<b>46.630</b>	<b>7.456</b>	<b>4.315</b>

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 30

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
	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
Amazonas	3	4	1	3.871	752	441	120	14	17	0	0	0	3.069	357	277	11	10	11
Antioquia	162	27	39	590.469	77.955	74.853	30.523	3.036	4.218	3.509	915	870	219.023	34.880	32.844	379	527	379
Arauca	9	2	3	15.810	2.631	1.907	2.180	174	249	57	3	22	5.105	752	696	16	41	16
Atlántico	9	4	1	97.471	11.948	13.981	2.073	281	329	1.239	232	392	45.060	4.404	6.869	76	145	76
Barranquilla D.E.	25	11	6	142.107	20.305	20.725	7.992	470	1.262	1.237	306	324	56.612	7.031	7.929	89	182	89
Bogotá D.C.	171	36	49	1.153.149	139.282	135.658	55.964	5.917	7.505	5.958	1.870	1.928	456.806	53.007	47.208	367	520	367
Bolívar	9	3	3	82.469	11.967	12.134	1.623	272	239	275	136	69	19.000	2.977	2.810	90	139	90
Boyacá	28	4	8	89.483	13.246	12.027	5.166	560	825	309	121	101	31.040	3.999	3.485	65	86	65
Buenaventura D.E.	4	2	1	3.993	938	575	82	0	8	9	1	1	1.744	490	208	39	50	39
Caldas	17	2	5	55.428	8.530	6.821	2.389	316	344	862	181	228	18.812	2.531	2.124	48	59	48
Santiago de Cali D.E.	54	13	17	168.664	25.059	18.502	6.364	646	653	432	132	86	63.487	11.651	8.089	145	179	145
Caquetá	9	5	3	20.327	3.942	4.007	1.231	163	232	24	9	8	8.520	1.197	2.620	42	42	26
Cartagena de Indias D.T.	11	3	3	129.906	17.217	16.593	8.112	406	1.085	1.037	287	306	33.968	4.283	4.238	83	152	83
Casanare	4	1	1	17.761	3.270	2.670	296	88	53	18	16	5	6.929	1.068	883	38	48	38
Cauca	22	4	4	75.068	10.624	8.715	2.575	195	295	418	72	131	25.193	4.515	3.300	88	158	88
Cesar	14	5	5	83.258	11.472	10.562	4.288	670	569	289	93	60	18.387	3.677	2.600	119	168	119
Chocó	11	2	2	18.047	1.880	2.828	1.501	159	173	13	4	3	9.156	948	1.490	53	116	53
Córdoba	26	4	9	132.032	15.179	18.403	4.401	542	752	919	278	268	37.150	4.878	4.715	131	249	131
Cundinamarca	52	8	13	257.544	30.372	33.193	9.324	1.012	1.254	1.082	372	326	95.452	11.316	10.669	211	254	211
Guainía	0	0	0	1.746	202	338	83	25	18	1	0	0	1.031	146	121	8	11	8
Guaviare	0	0	0	4.526	740	688	183	53	33	34	7	7	2.036	293	228	7	8	7
Huila	14	6	4	74.117	12.341	11.354	3.843	444	583	448	128	166	27.131	4.148	3.169	67	111	67
La Guajira	7	2	2	137.290	11.869	18.462	1.599	558	195	158	77	25	23.260	4.685	3.091	149	243	149
Magdalena	4	4	1	70.886	8.640	11.460	2.487	242	313	74	22	13	21.177	3.505	3.116	76	116	76
Meta	11	0	0	56.838	9.031	8.359	2.326	253	297	164	123	67	29.938	4.237	3.773	99	106	99
Nariño	46	8	18	95.051	14.481	11.752	5.517	454	756	117	58	44	30.344	7.163	3.630	124	127	124
Norte de Santander	45	6	13	110.909	12.538	13.868	6.059	800	902	530	145	166	34.306	6.088	4.384	83	148	83
Putumayo	6	1	1	22.232	2.774	2.607	900	130	98	23	8	7	7.459	1.103	982	25	37	25
Quindío	9	4	6	36.913	6.278	5.097	1.947	298	257	278	70	80	15.823	2.530	2.123	26	39	26
Risaralda	22	2	8	75.895	9.221	9.471	3.832	313	717	360	77	167	20.951	3.346	2.378	48	70	48
Archipléago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5.089	711	747	610	91	103	1	4	0	1.786	302	264	9	8	9
Santa Marta D.T.	6	2	2	46.260	3.101	5.978	2.063	183	327	554	136	156	12.637	1.618	1.746	33	59	33
Santander	62	8	15	159.821	17.337	25.118	10.678	1.220	1.627	1.407	470	416	55.042	7.080	6.471	87	149	87
Sucre	9	2	3	55.786	9.031	8.020	4.830	633	1.054	954	259	283	14.125	3.160	2.040	58	119	58
Tolima	20	4	3	100.372	13.543	14.483	6.798	509	1.013	289	85	106	38.355	4.660	4.372	60	98	60
Valle del Cauca	44	5	13	102.693	13.481	12.748	2.507	287	315	507	122	138	40.243	5.999	4.932	98	127	98
Vaupés	12	1	3	4.024	355	1.247	45	16	11	9	1	5	1.442	96	200	5	9	5
Vichada	3	1	1	2.288	443	381	13	4	4	1	0	0	1.080	173	151	22	24	22
<b>Total nacional</b>	<b>960</b>	<b>196</b>	<b>266</b>	<b>4.299.593</b>	<b>552.686</b>	<b>556.773</b>	<b>202.524</b>	<b>21.434</b>	<b>28.685</b>	<b>23.596</b>	<b>6.813</b>	<b>6.974</b>	<b>1.532.679</b>	<b>232.607</b>	<b>188.802</b>	<b>3.158</b>	<b>4.736</b>	<b>3.158</b>

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 30

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados 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
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	37	6	4	14	0	0
Antioquia	7	8	0	412	56	31	19	4	1	1.262	36	161	1.468	199	180	453	26	43
Arauca	1	1	0	17	2	1	4	1	0	12	1	3	99	15	13	54	15	12
Atlántico	6	2	2	43	5	4	0	1	0	20	1	2	505	74	75	88	12	15
Barranquilla D.E.	2	2	0	103	9	12	0	1	0	23	3	2	494	62	64	169	19	39
Bogotá D.C.	11	8	3	902	111	106	446	4	16	1.789	71	212	3.048	397	422	1.746	167	149
Bolívar	2	2	0	30	3	2	1	1	0	20	3	4	371	28	48	39	8	5
Boyacá	1	2	0	118	16	6	14	1	1	34	5	13	530	60	81	253	30	25
Buena Ventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	23	2	1	6	0	1
Caldas	1	1	0	45	7	3	0	0	0	30	2	10	284	34	24	32	3	1
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	90	22	5	0	1	0	20	3	2	691	74	65	344	20	6
Caquetá	0	1	0	21	3	0	0	0	0	4	3	0	162	12	14	13	2	0
Cartagena de Indias D.T.	3	1	0	37	4	4	1	1	0	26	3	9	294	58	35	15	0	0
Casanare	1	1	0	19	2	4	5	0	0	1	2	0	95	13	11	8	2	3
Cauca	3	2	0	42	6	6	1	1	0	20	2	0	368	40	18	203	15	6
Cesar	2	2	0	37	4	3	0	1	0	16	6	1	198	31	25	25	5	6
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	0	0	95	3	5	32	5	2	15	0	1
Córdoba	3	3	1	99	14	7	2	1	0	27	1	1	640	126	51	93	20	9
Cundinamarca	6	4	0	258	33	22	145	2	5	391	18	41	1.537	157	219	332	31	19
Gualinía	0	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	68	2	2	0	0	0
Guaviare	0	0	0	8	1	0	2	1	0	3	0	3	53	2	4	4	0	1
Huila	3	2	0	98	13	10	3	1	1	63	9	3	403	39	27	71	11	6
La Guajira	1	2	0	18	2	0	0	1	0	13	1	3	287	21	22	29	9	1
Magdalena	0	2	0	24	2	0	0	1	0	19	1	4	217	20	25	14	1	1
Meta	5	2	0	49	8	5	8	1	0	70	6	24	368	47	52	69	15	15
Nariño	3	2	1	94	16	2	2	1	0	66	8	9	375	60	40	61	4	3
Norte de Santander	6	2	0	127	16	17	2	1	0	23	6	8	543	70	66	70	17	18
Putumayo	1	1	0	17	6	0	1	1	0	16	1	3	141	25	9	77	7	3
Quindío	1	1	0	23	5	2	1	1	0	14	1	3	190	31	18	61	0	7
Risaralda	6	1	0	33	6	6	0	1	0	42	1	1	437	39	39	28	3	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	13	0	3	0	0	0	0	0	0	22	2	6	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	7	1	0	0	0	0	3	2	3	115	8	20	26	2	8
Santander	1	3	0	61	8	9	0	2	1	47	11	6	426	58	58	190	42	34
Sucre	3	1	0	50	8	8	2	1	0	33	12	3	295	30	44	121	9	9
Tolima	5	2	0	40	5	6	6	1	0	24	3	5	615	65	48	63	5	3
Valle del Cauca	0	3	0	92	10	9	2	1	0	18	6	4	731	91	54	179	11	2
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	1	2	1	7	1	0	9	0	0
Vichada	1	0	0	1	0	0	0	1	0	10	1	6	7	3	1	6	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>7</b>	<b>3.044</b>	<b>411</b>	<b>293</b>	<b>675</b>	<b>37</b>	<b>24</b>	<b>4.259</b>	<b>231</b>	<b>557</b>	<b>16.176</b>	<b>1.881</b>	<b>1.887</b>	<b>4.980</b>	<b>511</b>	<b>452</b>

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 30

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
	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
Amazonas	0	0	0	0	31	46	0	0	0	0	40	46	9	8
Antioquia	0	0	0	0	1.042	1.799	1	0	0	0	3.036	3.020	664	713
Arauca	1	0	0	0	181	114	0	0	0	0	100	119	11	11
Atlántico	0	0	0	0	227	204	0	0	0	0	507	543	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	118	185	0	0	0	0	500	552	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.849	1.691	0	1	0	3	2.794	3.100	0	0
Bolívar	0	0	0	0	243	367	0	0	0	0	314	325	238	274
Boyacá	1	0	0	0	277	317	0	0	0	0	561	611	68	166
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	79	110	0	0	0	0	52	50	9	7
Caldas	0	0	0	0	99	111	0	0	0	0	694	601	118	126
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	271	368	0	0	0	0	917	1.093	1	0
Caquetá	0	0	0	0	119	91	0	0	0	0	143	124	134	133
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	150	317	0	0	0	0	309	333	1	0
Casanare	4	2	0	0	198	165	0	0	0	0	165	192	4	3
Cauca	0	0	0	0	180	169	0	0	0	0	486	471	29	35
Cesar	4	0	0	0	416	579	0	0	0	0	336	365	43	284
Chocó	0	0	0	0	475	534	0	0	0	0	62	81	138	132
Córdoba	0	0	0	0	341	285	0	0	0	0	567	611	111	114
Cundinamarca	0	0	0	0	727	698	0	0	0	1	1.220	1.496	117	107
Guainía	0	0	0	0	36	30	0	0	0	0	16	16	10	13
Guaviare	0	0	0	0	65	47	0	0	0	0	34	35	222	79
Huila	0	0	0	0	254	287	0	1	0	2	485	399	5	5
La Guajira	0	0	0	0	1.065	976	0	0	0	0	157	230	14	14
Magdalena	0	0	0	0	326	508	0	0	0	1	204	234	5	5
Meta	0	0	0	0	246	252	0	0	0	0	412	372	119	70
Nariño	0	1	0	0	402	425	0	0	0	0	790	922	145	123
Norte de Santander	0	0	0	0	395	419	1	0	0	0	597	677	122	126
Putumayo	0	0	0	0	114	124	0	0	0	0	188	179	146	142
Quindío	0	0	0	0	60	48	0	0	0	0	306	265	0	0
Risaralda	0	0	0	0	223	286	0	0	0	0	669	761	54	69
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	4	0	0	0	0	14	20	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	56	102	0	0	0	0	160	200	6	11
Santander	1	1	0	0	261	325	0	0	0	1	879	1.024	327	517
Sucre	0	0	0	0	135	230	0	2	0	0	277	292	56	47
Tolima	0	0	0	0	205	198	0	0	0	0	694	649	154	135
Valle del Cauca	0	0	0	0	245	391	0	0	0	0	740	797	11	8
Vaupés	0	0	0	0	46	19	0	0	0	0	38	57	27	12
Vichada	0	0	0	1	177	140	0	0	0	0	14	14	27	10
<b>Total nacional</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11.344</b>	<b>12.961</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>19.477</b>	<b>20.876</b>	<b>3.343</b>	<b>3.524</b>

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 30

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	1	1	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	12	9	17	12	6	2	17	28	7	7	80	166
Arauca	0	1	1	0	1	0	1	2	1	1	4	5
Atlántico	1	1	6	5	1	0	6	2	5	3	17	22
Barranquilla D.E.	1	2	4	4	1	1	3	3	2	0	15	29
Bogotá D.C.	1	2	16	9	0	1	34	13	0	0	92	366
Bolívar	2	2	7	4	1	0	6	4	7	2	14	1
Boyacá	0	0	3	1	1	2	4	5	0	1	15	22
Buenaventura D.E.	1	0	2	1	0	2	2	2	2	1	4	2
Caldas	1	1	2	0	0	1	2	2	0	0	12	3
Santiago de Cali D.E.	4	0	5	3	0	2	5	9	1	0	26	39
Caquetá	2	2	2	1	0	0	5	2	2	1	5	1
Cartagena de Indias D.T.	1	6	5	1	0	1	5	4	2	1	12	12
Casanare	1	0	2	3	1	0	1	0	1	1	6	7
Cauca	1	0	5	1	3	4	7	7	1	2	18	9
Cesar	1	0	8	8	4	3	5	4	11	7	16	16
Chocó	0	0	9	4	20	8	20	28	25	16	7	4
Córdoba	0	1	9	4	1	4	8	4	4	7	22	20
Cundinamarca	0	0	9	6	0	2	8	14	3	0	42	40
Guainía	0	0	0	2	1	0	2	1	1	2	1	0
Guaviare	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
Huila	1	1	4	2	0	0	5	3	2	1	14	11
La Guajira	0	0	13	8	17	9	22	10	32	24	12	0
Magdalena	1	0	7	0	1	1	8	9	9	5	11	2
Meta	0	0	5	1	1	1	6	6	5	2	13	8
Nariño	0	1	7	5	1	1	7	9	3	2	20	9
Norte de Santander	2	0	6	4	1	1	3	1	4	0	20	15
Putumayo	0	1	2	0	0	1	3	1	1	0	5	3
Quindío	2	0	2	1	0	1	2	0	0	0	7	5
Risaralda	2	2	3	2	6	6	5	6	5	4	11	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	1	5	0	1	0	2	0	0	0	7	10
Santander	1	0	7	3	1	0	5	1	1	0	28	16
Sucre	0	0	3	1	0	0	4	5	1	0	12	30
Tolima	5	5	4	2	2	0	6	3	1	0	16	8
Valle del Cauca	2	1	4	2	1	0	9	7	5	1	24	33
Vaupés	0	0	0	0	2	4	2	0	0	1	1	0
Vichada	0	0	2	1	2	0	1	3	8	6	1	0
<b>Total nacional</b>	<b>272</b>	<b>498</b>	<b>181</b>	<b>101</b>	<b>81</b>	<b>59</b>	<b>238</b>	<b>200</b>	<b>140</b>	<b>98</b>	<b>613</b>	<b>916</b>

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

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 30

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados 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 confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados 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
Amazonas	2	3	10	16	0	0	37	42	1	0	324	390
Antioquia	101	71	681	754	0	0	1.932	2.762	62	95	13.104	12.260
Arauca	28	12	101	101	0	0	76	78	1	0	640	737
Atlántico	30	15	197	224	0	0	239	330	9	18	1.384	1.557
Barranquilla D.E.	47	10	246	215	0	0	441	553	10	19	1.406	1.601
Bogotá D.C.	102	39	534	555	0	0	845	868	22	15	16.772	19.142
Bolívar	27	21	171	194	1	2	92	135	3	1	1.339	1.480
Boyacá	11	17	60	52	0	0	84	141	2	3	2.291	2.696
Buenaventura D.E.	14	11	83	64	0	0	92	141	5	3	225	180
Caldas	11	15	74	104	0	0	179	168	3	0	1.718	1.823
Santiago de Cali D.E.	17	10	259	314	0	1	818	883	27	28	4.543	4.191
Caquetá	6	9	49	60	0	0	139	176	3	3	610	638
Cartagena de Indias D.T.	41	27	177	242	0	0	222	306	2	6	808	878
Casanare	23	24	73	95	0	1	85	122	2	6	495	545
Cauca	13	9	115	100	0	2	155	174	2	1	1.936	1.853
Cesar	25	14	200	162	0	0	205	274	2	6	1.216	1.211
Chocó	30	20	134	143	0	0	108	157	1	1	232	285
Córdoba	17	8	187	152	1	0	141	172	2	8	2.111	1.933
Cundinamarca	41	30	215	289	0	0	311	373	8	6	7.470	8.961
Gualniá	3	5	9	9	0	0	10	11	0	0	113	117
Guaviare	3	2	15	12	0	0	27	25	1	1	164	207
Huila	9	5	92	89	0	0	216	275	5	7	3.614	3.667
La Guajira	42	22	212	233	0	0	275	378	4	4	795	849
Magdalena	21	17	131	147	0	2	85	115	1	1	834	908
Meta	32	24	145	185	0	0	341	509	11	19	1.383	1.444
Nariño	10	9	141	135	0	1	108	131	3	3	2.355	3.095
Norte de Santander	57	24	287	327	0	0	366	468	9	4	2.229	2.417
Putumayo	4	3	56	68	0	1	57	79	2	3	728	928
Quindío	5	1	56	67	0	0	152	201	2	2	1.502	1.513
Risaralda	18	17	101	117	0	0	333	438	14	7	2.138	2.207
Archipielago de San Andrés y Providencia	1	2	3	8	0	0	4	14	0	0	114	155
Santa Marta D.T.	11	11	67	103	0	0	121	189	2	3	391	460
Santander	40	41	240	297	0	0	485	835	16	8	3.601	3.891
Sucre	15	14	123	115	1	0	55	66	0	0	1.104	1.119
Tolima	17	18	102	83	0	1	305	459	8	7	1.748	1.967
Valle del Cauca	18	22	177	204	0	0	390	510	11	18	3.991	4.326
Vaupés	1	0	2	2	0	0	8	17	0	0	114	246
Vichada	3	8	23	27	0	0	20	10	0	1	140	137
<b>Total nacional</b>	<b>925</b>	<b>610</b>	<b>5.830</b>	<b>6.064</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>9.559</b>	<b>12.585</b>	<b>257</b>	<b>307</b>	<b>85.681</b>	<b>92.014</b>



**Semana epidemiológica 30**  
20 al 26 de julio de 2025

**TEMA CENTRAL**  
**Comportamiento epidemiológico de la Hepatitis**

**Directora General INS**  
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

**Expertos temáticos**  
Dr. Hernán Quijada Bonilla  
*Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*

Claudia Yaneth Rincón Acevedo  
*Bacterióloga, especialista en Epidemiología*

Lina Yessenia Lozano Lesmes  
*Enfermera, especialista en Epidemiología*

**Una publicación del:**  
Instituto Nacional de Salud  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte el historial de publicaciones del BES



Conozca más en [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



**Boletín epidemiológico semanal**

**Autores: Tema central:** Lisette Andrea Bermúdez Pinzón. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Mónica Lucía Suárez, Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

47# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.30>