



Fuente: Búsqueda activa comunitaria, Cerrito Verde (Mitu-Vaupés), 2024

20 años
BES 2005-2025

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla se previene con una única dosis de vacuna, asequible y segura que protege de por vida.

Semana epidemiológica

04

19 al 25 de enero de 2025



Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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



Tema central

Fiebre amarilla

Pág.

3



Situación nacional

8



Mortalidad

10



Eventos trazadores

15



Brotos y alertas

29



Tablas de mando por departamento

34

Comportamiento de la fiebre amarilla, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2024 a 04 de 2025

La fiebre amarilla (FA) es una arbovirosis prevenible por vacunación, endémica en más de 43 países en las zonas tropicales de África y América Central y del Sur. Es causada por un virus del género *Flavivirus*, transmitido por la picadura de mosquitos infectados de los géneros *Haemagogus spp* y *Sabethes*, en el ciclo de transmisión selvática y por *Aedes aegypti* en el ciclo urbano (1). Afecta a los humanos y a primates no humanos (PNH) (2).

Tras la picadura de un mosquito infectado, los síntomas aparecen en 3 a 6 días, con fiebre, dolor muscular, náuseas y vómitos que remiten en 3 a 4 días. El 15 % de los casos desarrolla signos y síntomas de gravedad como: ictericia, hemorragias y daño renal. La mortalidad se puede presentar en el 50 % al 60 % de los casos (3).

En África, la transmisión de la fiebre amarilla es estacional, con mayor riesgo al final de la estación lluviosa y al principio de la estación seca; mientras que, en América del Sur el riesgo en áreas selváticas aumenta durante la temporada lluviosa (enero a mayo) (4). Es crucial fortalecer la vigilancia en zonas endémicas para monitorear la fiebre amarilla. Los principales factores de riesgo incluyen el ingreso de personas no vacunadas a áreas con vectores, motivado por migración, turismo o trabajo, tanto formal como informal. Las actividades laborales en zonas selváticas y desplazamientos por conflictos armados también aumentan la exposición. Además, las barreras de acceso a la vacunación en áreas rurales y selváticas, el incremento de casos en temporadas lluviosas y los cambios climáticos que alteran los ecosistemas contribuyen a la prevalencia de la enfermedad. La principal medida de prevención para la fiebre amarilla es la vacunación, considerada segura y eficaz (5).

En 2024, Los casos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú (6).

En Colombia, durante el periodo de 2000 a 2015, los departamentos con más casos fueron Norte de Santander, Magdalena, Meta, Caquetá, Guaviare, Putumayo, Vichada, Casanare y Santander. Así mismo, se identificó un corredor enzoótico en los Llanos Orientales y en estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta (7).

Durante el 2024, se identificaron 23 casos de fiebre amarilla, de los cuales 13 resultaron fallecidos con una letalidad del 56,52 %. Los casos se registraron

TEMA CENTRAL

Fiebre amarilla

Nieves Johana Agudelo Chivata, nagudelo@ins.gov.co

en seis departamentos: Tolima (13), Putumayo (4), Caquetá (2), Nariño (2), Huila (1) y Vaupés (1). Los casos corresponden a personas con edad entre 11 y 89 años, quienes iniciaron síntomas entre el 03 de enero y el 21 de diciembre de 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, como áreas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, extracción de piedra, apoyo agricultura, estudiante y traductor bilingüe. El 91,30 % (21/23) de los casos no tenía antecedente documentado de vacunación para la fiebre amarilla.

El reciente brote del departamento del Tolima ocurrió en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, para 2024 en cuatro municipios: Villarrica (5), Cunday (4), Prado (2) y Purificación (2) (mapa 1). Mientras que, para la semana epidemiológica 01 a 04 de 2025 (datos preliminares), se han confirmado cuatro (4) casos en los municipios de Cunday (2) y Prado y Purificación con un caso cada uno. Se continúan realizando acciones de intensificación según plan de contingencia departamental.

Mapa 1. Distribución de casos de fiebre amarilla en Colombia, 2024-2025



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

La incidencia general de casos de fiebre amarilla para el año 2024 fue de 0,18 casos por 100 000 habitantes y con corte a la semana epidemiológica (SE) 04 de 2025 es de 0,03 casos por 100 000 habitantes. La tasa de incidencia en

hombres fue de 0,03 casos por 100 000 habitantes para el 2023, 0,29 casos por 100 000 habitantes en 2024 y 0,06 casos por 100 000 habitantes a SE 04 de 2025. La juventud es la etapa de ciclo más afectada en 2025 con 0,06 casos por

100 000 habitantes y en 2024 con 0,37 casos por 100 000 habitantes, mientras que, en 2023, fue la etapa de adolescencia (tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de casos de fiebre amarilla, Colombia, 2023-2024

	Variables de interés	2024				2025				Razón	Valor de p
		n	Población	%	Incidencia de casos por 100 000 habitantes en riesgo	n	Población	%	Incidencia de casos por 100 000 habitantes en riesgo		
Sexo	Hombres	2	6 464 922	100	0,03	19	6 522 256	82,61	0,29	0,26	<0,001
	Mujeres	0	5 998 679	0	0,00	4	6 050 065	17,39	0,07	0,07	<0,001
	Total	2	12 463 601	100	0,02	23	12 572 321	100	0,18	0,17	<0,001
Etapas de ciclo de vida	Primera infancia (menores de 5 años)	0	1 320 014	0	0,00	0	1 298 855	0,0	0,00	0,00	
	Infancia (6 a 11 años)	0	1 337 181	0	0,00	1	1 336 047	4,3	0,07	0,07	<0,001
	Adolescentes (12 a 17 años)	1	1 270 947	50	0,08	1	1 270 391	4,3	0,08	0,00	0,99
	Juventud (18 a 28 años)	1	2 149 082	50	0,05	8	2 145 678	34,8	0,37	0,33	0,53
	Adultos (29 a 59 años)	0	4 607 804	0	0,00	10	4 682 380	43,5	0,21	0,21	<0,001
	Adultos mayores (mayor de 60 años)	0	1 778 573	0	0,00	3	1 838 970	13	0,16	0,16	<0,001

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

En el análisis por departamento, la mayor incidencia fue de 4,78 casos por 100 000 habitantes en Amazonas en 2023. En 2024 la mayor incidencia fue de 3,03 casos por 100 000 habitantes en el Tolima, seguido por 2,89 casos por 100 000 habitantes para Vaupés y a SE 04 de 2025 la mayor incidencia es en el Tolima con 0,93 casos por 100 000 habitantes.

A nivel municipal la mayor incidencia de casos de fiebre amarilla por 100 000 habitantes en 2024 fue en Villarrica con 159,13; seguida de Cunday con 64,6 y

Prado con 42,06. A SE 04 de 2025 las mayores incidencias de casos por 100 000 habitantes están en: Cunday (32,3), Prado (21,03) y Purificación (9,84).

Respecto a la ocupación, se identifica que en el 23,81 % de los casos notificados de fiebre amarilla la actividad económica es relacionada con actividades agrícolas, seguida por el 19,05 % sin actividad especificada, y el 14,29 % relacionada con oficios varios y estudiantes (figura 1).

Figura 1. Casos de fiebre amarilla según ocupación, Colombia, 2008 a 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2028-2025 (datos preliminares)

El indicador de letalidad para el 2024 fue del 56,52 % y una letalidad del 100 % para los departamentos de Putumayo y Huila. A nivel municipal se presentó una letalidad del 100 % en los municipios de: Orito, Valle del Guamuez, Villagarzón, San Miguel, Campoalegre y Cartagena del Chairá. A SE 04 de 2025 la letalidad fue del 25 % para Tolima y del 50 % para Cunday, lo que indica la gravedad en los casos confirmados de fiebre amarilla; esto insta a fortalecer las atenciones en salud de acuerdo con el lineamiento para la atención clínica integral del Ministerio de Salud y Protección Social.

El indicador de proporción de muestras enviadas para la confirmación de los casos refleja fortalecimiento en la gestión de las entidades territoriales y las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de su jurisdicción; el cumplimiento presentó un incremento, pasando del 81,08 % en 2023 a un 99 % en 2024. Así mismo, el indicador de estudio de foco para el 2024 fue del 75,23 % y en 2023 fue del 81,08 %. A SE 04 de 2025 los indicadores se encuentran en gestión con énfasis en el brote activo de la reserva de Galilea en el Tolima.

Recomendaciones

- Los departamentos, municipios y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) deben fortalecer e intensificar las acciones de vacunación para fiebre amarilla para población susceptible en las zonas de riesgo, según los lineamientos nacionales

del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Los departamentos y municipios deben fortalecer la articulación con la autoridad ambiental para el monitoreo y vigilancia de las epizootias.
- Los departamentos y municipios deben reforzar la vigilancia comunitaria para la fiebre amarilla, para el monitoreo de rumores de epizootias en zonas de riesgo.
- Los departamentos, municipios y EAPB deben realizar activación de acciones ante casos probables de fiebre amarilla, en el marco la eliminación de la fiebre amarilla y la contención de brotes.
- Los departamentos, municipios, EAPB y red prestadora de servicios de salud, deben continuar con el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en la vigilancia de los síndromes febriles ictericos-hemorrágicos, la adherencia al lineamiento de manejo clínico de casos y protocolos de vigilancia de la fiebre amarilla, con énfasis en la aplicación de diagnósticos diferenciales en áreas de riesgo y aplicación medidas diferenciadas en la atención; así mismo, el seguimiento y supervisión de los casos febriles.
- Los departamentos, municipios, EAPB y red prestadora de servicios de salud deben fortalecer la notificación oportuna, toma, envío de muestras e investigación epidemiológica de campo de los casos probables de fiebre amarilla, con énfasis en: antecedentes vacunales, desplazamiento a zonas de riesgo con actividades que hayan estimulado la exposición al vector y migración con transito irregular en zonas de fronteras o de focos activos.
- Los departamentos, municipios, EAPB y red prestadora de servicios de salud, deben intensificar las acciones de comunicación del riesgo y medidas de prevención como la vacunación para el ingreso a zonas con casos activos de fiebre amarilla y de riesgo en el territorio nacional.
- Los departamentos, municipios, EAPB y red prestadora de servicios de salud, deben implementar y articular las acciones de la gestión de

vigilancia epidemiológica, vigilancia por laboratorio y entomológica de la inteligencia epidemiológica, para fortalecer medidas de prevención según lo establecido en la Circular Externa 018 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Conclusiones

- El Comportamiento epidemiológico de la fiebre amarilla continúa presentándose en población masculina, relacionada con actividades de exposición, como la agricultura y la presencia de susceptibles sin vacuna de fiebre amarilla, en edades entre los 11 y 89 años, con una edad promedio de 32 años; siendo la población de las etapas de ciclo de vida juventud y adultos la más afectada para 2024. A SE 04 de 2025 persiste la mayor frecuencia en sexo masculino y en la etapa de juventud.
- En el 2024, el 56,52 % (13/23) de los casos confirmados de fiebre amarilla, procedía del departamento de Tolima, en los municipios de: Villarrica, Cunday, Prado y Purificación, donde se evidenció la circulación activa del virus y se relacionó con la explosión en áreas de influencia de la reserva Galilea, bajas coberturas de vacunación por no ser considerado área endémica y alta movilidad de la población en la zona. A SE 04 de 2025, el 100 % (4 casos) tiene procedencia de Tolima, en los municipios de: Cunday, Prado y Purificación.
- Los brotes presentados en 2024 en áreas consideradas no endémicas posiblemente se presentaron por entornos de baja inmunidad de la población.
- La letalidad de los casos de fiebre amarilla para el 2024 fue del 56,52 %, con casos con cuadros clínicos de gravedad, siendo del 100 % para los departamentos de Putumayo y Huila. Mientras que, para lo corrido del 2025, es del 25 % con un caso de procedencia Tolima, relacionado con rechazo a la vacunación.
- En los brotes de fiebre amarilla en 2024 se involucraron factores como la baja inmunidad de la población, dinámica de transmisión viral, factores climáticos y ecológicos; razón por la cual son difíciles de predecir.
- El 75,23 % de los casos de fiebre amarilla en 2024 cuentan con las acciones de estudio de foco. Las entidades territoriales con menor cumplimiento en el indicador son: Arauca y Tolima. A SE 04 de 2025 el indicador de control de foco se encuentra en proceso en el marco de la atención del brote activo de la reserva de Galilea en el Tolima.

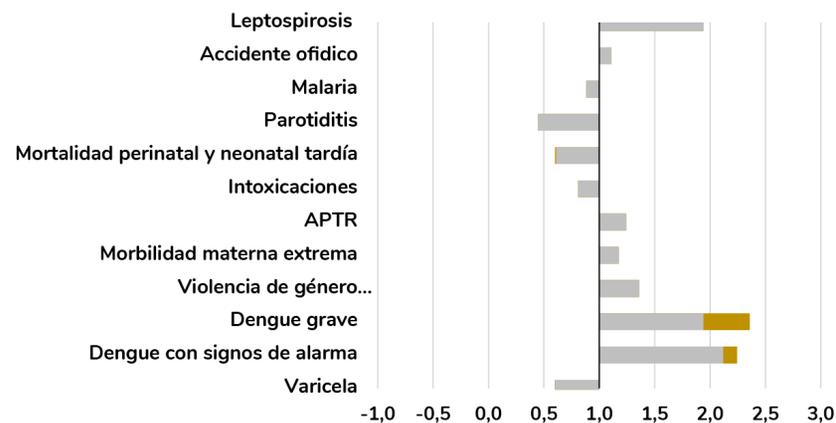
- Para el indicador de oportunidad de envío de muestras de los casos el cumplimiento del indicador fue del 99 % en 2024 y está en proceso de fortalecimiento a SE 04 de 2025 con énfasis en el brote activo de la reserva de Galilea en el Tolima.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de la fiebre amarilla en la Región de las Américas. Experiencias y recomendaciones para los servicios de salud. Washington, DC: OPS; 2023.
2. Organización Mundial de la Salud, ONU y UNICEF. Perspectivas de población mundial. [Internet]. 2024 Disponible en: <https://ourworldindata.org/vaccination>.
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Fiebre amarilla [Internet]. 2023 disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>
4. Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas (NCEZID). [Internet]. 2023 disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/yellow-fever>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la atención clínica integral de la fiebre amarilla en Colombia, [Internet]. 2024 disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 6 de noviembre del 2024, Washington, D.C.
7. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Fiebre Amarilla. versión 05. [Internet] <https://doi.org/10.33610/LHVB3308>

Para la semana epidemiológica 04 de 2025, se identificó que los eventos dengue grave y dengue con signos de alarma se encuentran por encima de lo esperado, mientras que el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía se encuentra por debajo de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025



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

SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

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

En la semana epidemiológica 04 de 2025, el evento tos ferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea estuvo debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Tos ferina	18	16	0,00
Leishmaniasis cutánea	15	99	0,02
Zika	3	4	0,09
Chikunguña	3	2	0,09
Lepra	1	9	0,10
Fiebre tifoidea y paratifoidea	5	2	0,11
Mortalidad por dengue	10	4	0,12
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,33

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana epidemiológica 04 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

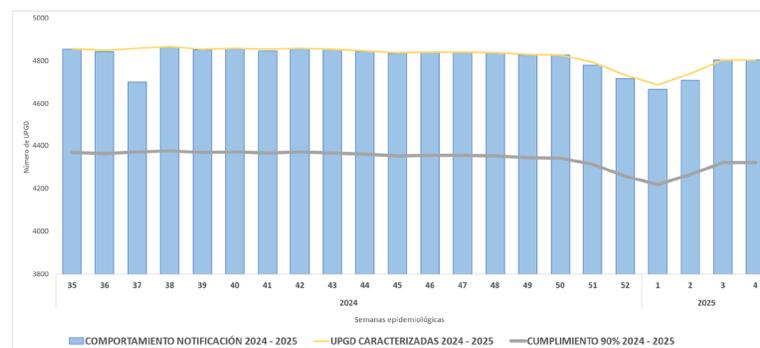
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento con

respecto a la semana anterior y con relación a la semana epidemiológica 04 del año 2024. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 803/4 803); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y aumentando un 0,67 % comparado con la semana epidemiológica 04 de 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica 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 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <https://bit.ly/3uL30q>



MORTALIDAD

A semana epidemiológica 04 de 2025, se han notificado 59 muertes probables en menores de cinco años: 32 por infección respiratoria aguda (IRA), 17 por desnutrición (DNT) aguda y 10 por enfermedad diarreica aguda (EDA).

De estos, un caso de IRA y uno de DNT aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis. La totalidad de los casos se encuentran en estudio.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 31 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio.

Para el 2024 el número de casos confirmados a semana epidemiológica 04 fueron 33, para una tasa de mortalidad de 0,90 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 04 de 2025 se observó variación al aumento en la notificación de muertes probables por IRA en Chocó, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 04 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 16 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 04 fue de 20, para una tasa de mortalidad de 0,55 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 04 de 2025 no se observaron variaciones en la notificación de muertes probables por desnutrición aguda en las entidades territoriales en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 04 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 10 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; las cuales se encuentra en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 04 fue de 24 para una tasa de mortalidad de 0,66 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 04 de 2025 se observa variación al aumento en la notificación de muertes probables por EDA en la entidad territorial de Risaralda en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 04 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 04 de 2025 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos, tres (3) muertes maternas tempranas, una (1) muerte materna tardía y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 12 casos de muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	26	15	7	48
2023	23	16	3	42
2024	16	12	6	34
2025	12	4	3	19

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 04 de 2025 fue de 38,1 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 42,2 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2024. Se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 10 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados Cesar y Cundinamarca. Las mayores razones se observaron en Chocó, Cesar, Risaralda y Nariño. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas por entidad territorial de residencia (tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a SE 04 de 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 04	Acumulado de casos a SE 04		Razón de MM por 100 000 NV a SE 04	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	25	16	12	42,2	38,1
Chocó	1	0	1	0,0	313,5
Cesar	1	1	2	80,2	203,3
Risaralda	1	0	1	0,0	203,3
Nariño	1	0	1	0,0	121,1
Cundinamarca	1	1	2	43,7	100,2
Barranquilla	1	1	1	89,0	100,1
La Guajira	2	0	1	0,0	86,5
Santander	1	0	1	0,0	70,9
Antioquia	2	1	1	22,1	27,0
Bogotá D.C.	3	4	1	85,0	24,2
Bolívar	1	1	0	102,1	0,0
Cali	1	2	0	143,3	0,0
Cauca	1	1	0	90,7	0,0
Córdoba	2	2	0	128,5	0,0
Meta	2	1	0	101,8	0,0
Santa Marta	1	1	0	183,2	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 - 2025 PE I (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos enero 2024, PE I 2025 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica, NV: nacidos vivos

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

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

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Copacabana (Antioquia), Curumaní (Cesar), El litoral del San Juan (Chocó), Nilo y Lenguazaque (Cundinamarca), Santa Bárbara (Nariño), Pereira (Risaralda) y Málaga (Santander) comparado con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 5).

Tabla 5. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado
Copacabana (Antioquia)	0	1
Curumaní (Cesar)	0	1
El Litoral del San Juan (Chocó)	0	1
Nilo (Cundinamarca)	0	1
Lenguazaque (Cundinamarca)	0	1
Santa Bárbara (Nariño)	0	1
Pereira (Risaralda)	0	1
Málaga (Santander)	0	1

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

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 04 de 2025, el 41,7 % corresponden a causas directas. Las causas de muerte materna directas notificadas a la fecha son trastorno hipertensivo asociado al embarazo, sepsis de origen obstétrico, evento tromboembólico como causa básica y hemorragia obstétrica (tabla 7).



Tabla 6. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023 - 2024 a SE 04	Número de casos y proporción a SE 04 2023 - 2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
DIRECTA		15	65,2	8	50,0	5	41,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	5	5	21,7	4	25,0	1	8,3
Sepsis obstétrica	2	3	13,0	1	6,3	1	8,3
Evento tromboembólico como causa básica	2	3	13,0	1	6,3	1	8,3
Hemorragia obstétrica	3	3	13,0	2	12,5	1	8,3
Embarazo ectópico	1	1	4,3	0	0,0	1	8,3
INDIRECTA		8	34,8	8	50,0	3	25,0
Otras causas indirectas: neumonía	1	2	8,7	0	0,0	1	8,3
Otras causas indirectas	3	3	13,0	3	18,8	1	8,3
Sepsis no obstétrica	3	2	8,7	3	18,8	1	8,3
Otras causas indirectas: cáncer	1	1	4,3	1	6,3	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	6,3	0	0,0
En estudio		0	0,0	0	0,0	4	33,3

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



Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc2_2#:~:text=ICD%20PM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20PM.

A semana epidemiológica 04 de 2025 se han notificado 373 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 371 corresponden a residentes en Colombia y dos (2) a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 11,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (51), Antioquia (45), Cundinamarca (24), Cali (18) y Cartagena de Indias (16). Las razones más altas se observaron en San Andrés

y Providencia (65,2), Buenaventura (44,0) y Amazonas (40,0). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 04 de 2025 se presentó comportamiento inusual en San Andrés y Providencia, Córdoba y Norte de Santander. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 7).

Respecto al análisis desagregado por municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2020 a 2024 en El Santuario (Antioquia), San Andrés (San Andrés y Providencia) y Timbiquí (Cauca) (tabla 8).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 29,9 %, neonatales tardías con 18,9 % y fetales intraparto con 10,0 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 18,1 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 8,1 % (tabla 9). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 04 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 7. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024	Valor observado 2025 (SE 01 a 04)	Acumulado de casos a SE 04		Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos	
			2024	2025	2024a SE 04	2025 a SE 04
Colombia	587	371	492	371	13,0	11,8
San Andrés y Providencia	1	3	1	3	19,2	65,2
Buenaventura	5	7	8	7	37,6	44,0
Amazonas	1	2	2	2	25,6	40,0
Chocó	14	9	17	9	34,3	28,2
Caldas	9	8	6	8	11,6	18,3
Nariño	16	15	17	15	18,6	18,2
Cartagena de Indias	19	16	18	16	16,9	17,7
Quindío	5	5	9	5	26,9	17,5
Vichada	4	1	1	1	8,5	17,2
Atlántico	19	14	20	14	18,7	15,6
Cali	23	18	15	18	10,7	15,0
Meta	14	11	12	11	12,2	13,5
Cesar	21	13	9	13	7,2	13,2
Magdalena	12	9	7	9	8,4	13,2
Bogotá, D.C.	65	51	48	51	10,2	12,4
Casanare	6	4	8	4	19,4	12,3
Antioquia	66	45	44	45	9,7	12,2
Cundinamarca	31	24	26	24	11,4	12,0
Córdoba	30	14	27	14	17,3	11,7
Cauca	19	10	16	10	14,5	11,6
Valle del Cauca	15	11	15	11	12,9	11,1
Bolívar	17	9	14	9	14,3	10,5
Sucre	15	7	10	7	11,6	10,4
Tolima	13	8	8	8	8,6	9,7
Arauca	5	2	7	2	26,8	9,3
Barranquilla	22	9	14	9	12,5	9,0
La Guajira	29	10	21	10	13,9	8,7
Putumayo	5	2	8	2	23,9	8,3
Risaralda	9	4	11	4	17,3	8,1
Huila	14	7	15	7	13,0	8,1
Santander	17	11	13	11	7,9	7,8
Boyacá	12	5	8	5	9,3	6,2
Caquetá	6	2	9	2	20,2	5,6
Norte de Santander	19	5	17	5	12,3	4,4
Guainía	2	0	1	0	17,2	0,0
Guaviare	1	0	0	0	0,0	0,0
Santa Marta	6	0	7	0	12,8	0,0
Vaupés	1	0	3	0	60,0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE I (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos enero 2024, PE I 2025 (datos preliminares).

Tabla 8. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 04 2020 - 2024	Valor observado a SE 04 de 2025	Semanas continuas en incremento
El Santuario (Antioquia)	1	3	02
San Andrés (San Andrés y Providencia)	1	3	03
Timbiquí (Cauca)	0	2	01

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

Tabla 9. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 04, 2023 -2025					
	2023 a SE 04	(%)	2024 a SE 04	(%)	2025 a SE 04	(%)
Colombia	611	100,0	492	100,0	371	100,0
Asfixia y causas relacionadas	157	25,7	115	23,4	93	25,1
Prematuridad-inmadurez	99	16,2	71	14,4	67	18,1
Sin información	2	0,3	24	4,9	48	12,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	97	15,9	69	14,0	30	8,1
Causas no específicas	14	2,3	20	4,1	28	7,5
Complicaciones del embarazo	78	12,8	59	12,0	28	7,5
Infecciones	54	8,8	43	8,7	27	7,3
Malformación congénita	50	8,2	40	8,1	22	5,9
Otras causas de muerte	41	6,7	32	6,5	21	5,7
Trastornos cardiovasculares	10	1,6	16	3,3	6	1,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Lesión de causa externa	8	1,3	3	0,6	0	0,0

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

Metodología

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

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

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

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general; en hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) una tendencia hacia el aumento en comparación con el periodo anterior (tabla 10).

Tabla 10. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 49 de 2024 a semana epidemiológica 04 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 49 a SE 52	SE 01 a SE 03	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	509 453	482 196	→ -0,05%	
Hospitalización en sala general	20 529	20 741	→ 0,01%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 591	2 911	→ 0,12%	

SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 04 de 2025 se notificaron 126 605 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, Córdoba, Risaralda, Santa Marta, Santander y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Casanare, San Andrés y Vichada. Las 27 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52 de 2024 y 01 a 04 de 2025) en 17 municipios (tabla 11).

Tabla 11. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024 y 01 a 04 de 2025

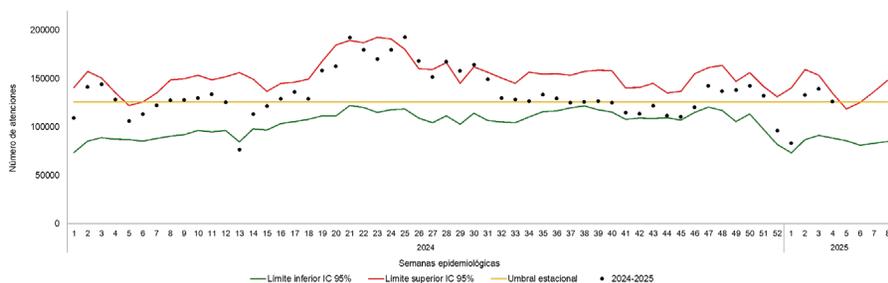
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	6 369	6 245	4 350	6 245
Atlántico	Soledad	6 731	5 932	5 391	5 932
Antioquia	Bello	5 889	4 941	3 758	4 941
Cundinamarca	Soacha	4 561	3 718	3 129	3 718
La Guajira	Maicao	3 651	3 687	2 292	3 687
La Guajira	Uribe	4 035	2 896	1 706	2 896
Valle del Cauca	Palmira	2 641	2 560	1 609	2 560
Antioquia	Envigado	2 122	2 001	1 755	2 001
Santander	Floridablanca	1 875	1 587	989	1 587
Valle del Cauca	Cartago	1 722	1 515	803	1 515
Valle del Cauca	Tuluá	1 634	1 465	650	1 465
Valle del Cauca	Yumbo	1 166	1 402	774	1 402
Cundinamarca	Girardot	1 565	1 379	1 007	1 379
Cundinamarca	Zipacquirá	1 261	1 272	1 221	1 272
Norte de Santander	Ocaña	1 187	1 160	488	1 160
Cundinamarca	Madrid	1 466	1 152	547	1 152
Boyacá	Sogamoso	1 095	1 085	955	1 085
Bolívar	Magangué	1 400	958	864	958
Antioquia	Turbo	1 050	953	621	953
Antioquia	Apartado	1 378	937	908	937
Huila	Pitalito	826	842	605	842
Casanare	Yopal	1 151	694	678	694
Santander	Piedecuesta	348	477	160	477
Santander	Girón	465	399	149	399
Atlántico	Malambo	411	341	287	341
Cundinamarca	Mosquera	415	266	277	266

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52 de 2024 y 01 a 04 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 35,00 % (145 499) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 23,49 % (97 588). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 9,52 % seguido de los menores de un año con 8,53% respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA a nivel nacional a semana epidemiológica 04 de 2025 se mantiene dentro de los límites esperados, comparado con su comportamiento histórico. Así mismo, se observó una tendencia a ubicarse por encima del umbral estacional en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025



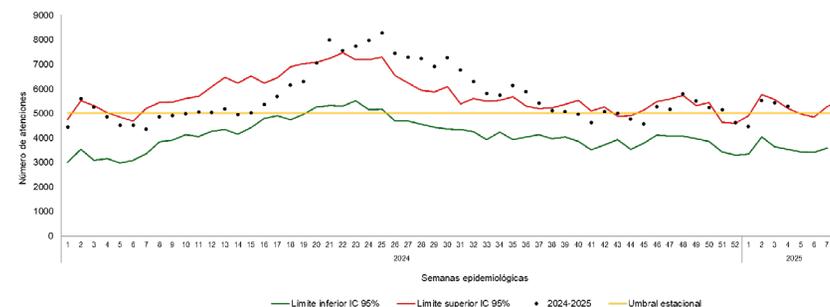
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico entre 2017 y 2024

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52 de 2024 y 01 a 04 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 939) representaron el 33,46 %, seguido de los menores de un año con el 11,97 % (2 483). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con 22,37 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 17,78 %.

En el canal endémico para el servicio de hospitalización por IRA en sala general a semana epidemiológica 04 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del límite superior. Asimismo, en las semanas 50 y 51 de 2024 se observó la misma tendencia, ubicándose también por encima de los límites superiores (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025

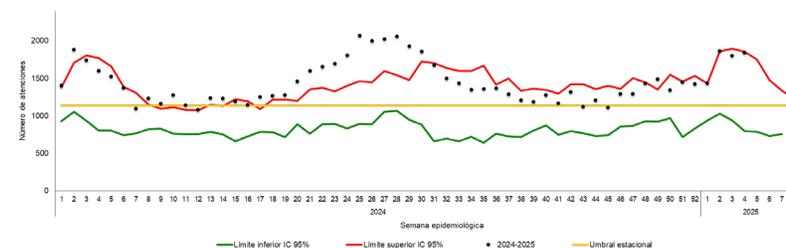


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 04 de 2025, se notificaron (1 841) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad en semana 04 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose sobre el límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025



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

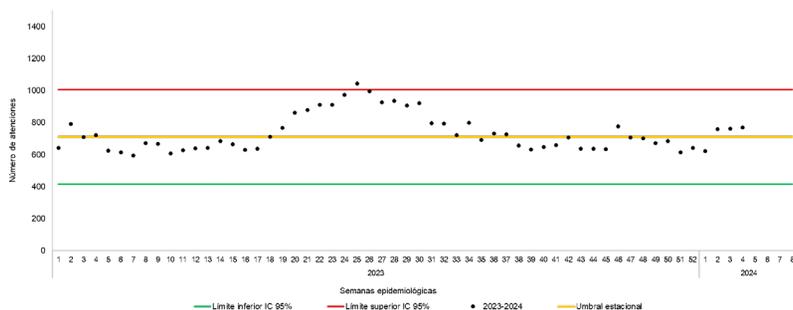
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 04 de 2025 se notificaron 770 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 11 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Putumayo y Vichada. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá D.C., Boyacá, Buenaventura, Cali, Córdoba, Guainía, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 52 de 2024 y 01 a 04 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 37,17 % (1 082), seguido de los menores de un año con el 18,24 % (531) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de dos a cuatro años con el 23,46 % seguido de los niños de un año con el 21,21 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 03 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional, con respecto al último periodo (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025

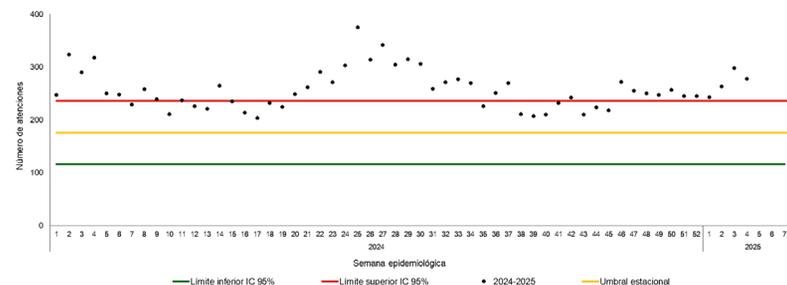


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 04 de 2025, se notificaron 278 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia que a esta semana se sitúa por encima del límite superior, siguiendo la misma tendencia con respecto al último periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 a 04 de 2025



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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 04 de 2025 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los

virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para enterovirus, influenza A(H1N1)pdm09 y coronavirus. Al decremento influenza B y metapneumovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 13).

Tabla 12. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 49 de 2024 a 04 de 2025

Agente viral identificado	Semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024			Semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2025			Variación total*
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	44,5	44,5	28,0	38,3	42,1	29,8	
Rinovirus	15,6	17,2	28,6	12,2	8,6	7,1	
Virus sincitial respiratorio	14,1	25,0	7,1	14,9	25,7	-	
Enterovirus	9,4	9,4	-	16,2	14,3	21,4	
Adenovirus	3,1	1,6	-	1,4	2,9	-	
Influenza B	17,9	6,3	21,4	8,1	5,7	-	
Influenza A	3,1	3,1	-	12,1	-	28,5	
Parainfluenza	10,1	10,9	-	9,5	8,6	14,3	
Metapneumovirus	16,4	21,9	14,2	8,1	17,1	-	
A(H1N1)pdm09	1,6	-	7,1	5,4	2,9	14,3	
SARS-CoV2	0,8	-	7,1	-	0,8	-	
A(H3N2)	4,7	1,6	14,3	5,4	8,6	7,1	
Bocavirus	-	-	-	-	-	-	
Coronavirus	3,1	3,1	-	6,8	5,7	7,1	

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

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

COVID-19

Metodología

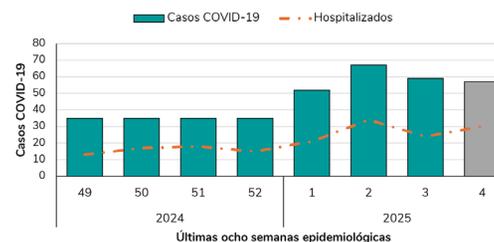
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 04 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 25 de enero de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 235 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas (SE 01 a 04 de 2025), se ha observado un aumento significativo del 67,86 %, con 325 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 49 a 52 de 2024), en el cual se reportaron 140 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 42,20 %, pasando de 63 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 109 casos en el periodo analizado (figura 9).

Figura 9. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semanas epidemiológicas 49 de 2024 a 04 de 2025



Entre el 19 y el 25 de enero de 2025 se confirmaron 83 casos en el territorio nacional; de estos el 68,67 % (57 casos) corresponde a la semana epidemiológica 04. El 66,27 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquía, Cauca, Valle del Cauca y Cali (tabla 13).

Tabla 13. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 04 de 2025

Entidad Territorial	SE 01	SE 02	SE 03	SE 04	Total
Bogotá D.C.	0	1	4	11	16
Antioquia	1	3	3	4	11
Cauca	0	0	2	9	11
Valle del Cauca	0	1	1	7	9
Cali	0	0	1	7	8
Nariño	0	0	2	3	5
Boyacá	0	0	0	4	4
Meta	0	0	2	2	4
Cundinamarca	0	1	0	2	3
Putumayo	0	0	0	2	2
Santander	0	0	0	2	2
Amazonas	0	0	1	0	1
Sucre	0	0	0	1	1
Risaralda	0	0	1	0	1
Barranquilla	0	0	0	1	1
Quindío	0	1	0	0	1
Cesar	0	0	0	1	1
Córdoba	0	0	0	1	1
Norte Santander	0	0	1	0	1
Total general	1	7	18	57	83

SE: semana epidemiológica

En el período epidemiológico actual, se registró una incidencia de 0,44 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 80 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Antioquia, Bogotá D.C., Boyacá, Cauca, Valle del Cauca y Cali), y a nivel municipal en Puerto Nariño (Amazonas), Sotaquirá, Santa Rosa de Viterbo y Duitama (Boyacá), Morales y Mercaderes (Cauca) y (Valle del Cauca).

Durante el período observado, se reportaron dos fallecimientos relacionados con COVID-19: uno en Medellín (Antioquia) y otro en Bogotá D.C. Ambos corresponden a personas mayores de 60 años.

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 04 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 04 de 2025 se notificaron 7 032 casos de dengue: 3 875 casos de esta semana y 3 157 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 19 556 casos, 12 339 (63,1 %) sin signos de alarma, 7 037 (36,0 %) con signos de alarma y 180 (0,9 %) de dengue grave.

El 70,4 % (13 758) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena, Tolima, Antioquia, Barranquilla, Cundinamarca, Valle del Cauca, Santander, Huila, Córdoba, Atlántico, Norte de Santander y Meta (tabla 14).

Tabla 14. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

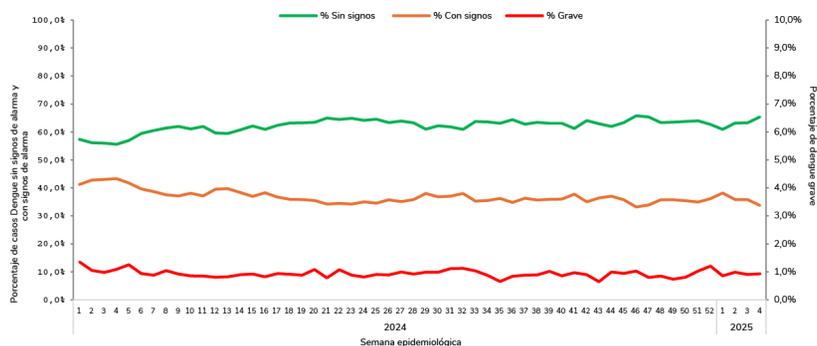
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 48-51, 2024)	Observado (SE 52, 2024-03, 2025)
Cartagena de Indias	1 778	24,0	1,0	1 919	1 921
Tolima	1 421	35,3	1,1	1 197	1 376
Antioquia	1 395	35,9	0,7	1 457	1 474
Barranquilla	1 205	34,7	1,2	925	1 292
Cundinamarca	1 157	35,4	0,5	872	1 198
Valle del Cauca	1 064	25,6	0,5	1 027	1 102
Santander	1 037	30,5	0,7	1 257	1 117
Huila	1 012	25,6	1,0	402	893
Córdoba	1 004	47,7	0,6	925	1 041
Atlántico	916	45,0	1,5	634	937
Norte de Santander	904	37,3	1,1	739	950
Meta	865	38,6	0,8	718	887
Cali	698	37,2	0,7	845	741
Sucre	651	55,0	0,8	890	634
Putumayo	607	22,4	0,7	404	593
La Guajira	517	66,5	2,5	378	527
Bolívar	504	41,9	1,0	555	545
Caquetá	412	40,0	1,0	187	379
Cesar	385	46,5	1,6	282	361
Quindío	280	25,7	0,0	408	319
Risaralda	276	31,9	0,7	438	284
Arauca	224	47,3	1,8	242	228
Cauca	215	32,1	1,4	235	221
Guaviare	155	16,1	0,0	108	162
Caldas	119	47,9	0,0	89	109
Boyacá	109	41,3	0,0	107	121
Nariño	105	42,9	2,9	159	104
Casanare	102	34,3	0,0	93	92
Magdalena	90	56,7	1,1	52	90
Chocó	85	25,9	0,0	76	87
Santa Marta	78	55,1	0,0	63	84
Vichada	59	35,6	0,0	50	64
Archipiélago de San Andrés	33	27,3	0,0	62	35
Amazonas	31	29,0	0,0	47	30
Exterior	30	50,0	3,3	30	30
Buenaventura	15	26,7	0,0	36	16
Guainía	14	21,4	0,0	10	15
Vaupés	4	25,0	25,0	4	4
Colombia	19 556	36,0	0,9	17 892	20 033

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

En el último período analizado (semanas epidemiológicas 52 de 2024 a 03 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 de 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Putumayo, Santa Marta y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Amazonas, Buenaventura, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 10); 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 52, 2024 a 03, 2025) fueron: La Guajira, Magdalena, Santa Marta y Sucre.

Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025

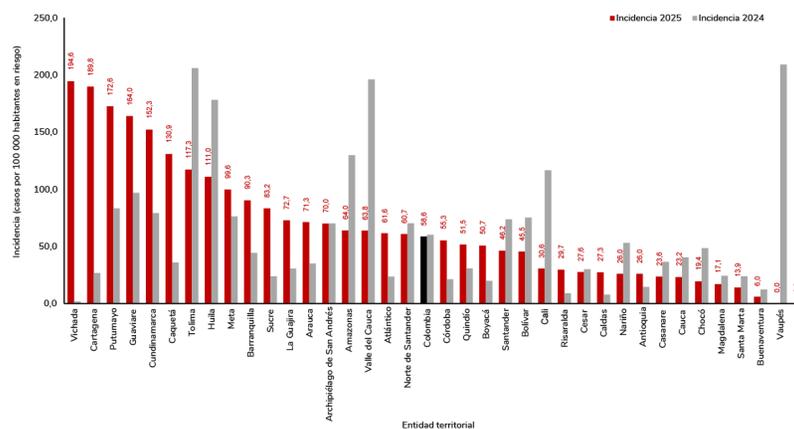


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

A la semana epidemiológica 04 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 58,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 60,1 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, Cartagena de Indias, Putumayo, Guaviare,

Cundinamarca, Caquetá, Tolima y Huila presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 04 de 2025 registrando tasas superiores a 100 casos por 100 000 habitantes (figura 11). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 107,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2024 y 2025



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

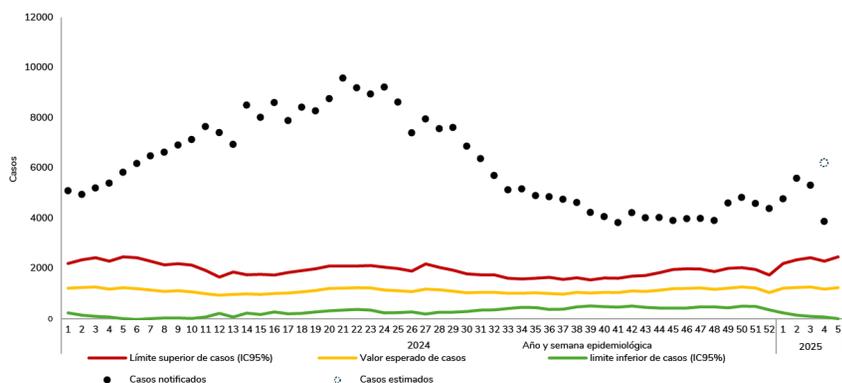
En la semana epidemiológica 04 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al aumento del 11,9 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 52 de 2024 a 03 de 2025) con respecto al período anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 de 2024) (figura 12).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue según canal endémico se observa que, el 5,4 % (2) se encuentra dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira y Putumayo se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico (2015-2023), por lo que se espera un incremento de casos para el mes de enero (tabla 15). Ante

la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 04 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 38,9 % (321) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 77,2 % (44/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 16).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025



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

Tabla 15. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

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

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

Tabla 16. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Casos acumulados	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	13,2	346	48	303
	Apartadó	43,3	57	21	47
	Bello	4,7	26	3	19
	Envigado	17,0	41	3	38
	Itagüí	7,3	20	3	17
	Turbo	23,1	31	9	25
Atlántico	Barranquilla	91,9	1 205	372	983
	Malambo	53,6	77	18	63
	Soledad	91,3	625	138	498
Bolívar	Cartagena	168,5	1 778	227	1 411
	Magangué	55,0	79	9	74
	Turbaco	58,4	68	25	58
Caquetá	Florencia	121,1	214	41	151
Cauca	Popayán	6,6	18	1	16
	Santander de Quilichao	27,0	31	8	25
César	Valledupar	35,9	198	106	147
Córdoba	Montería	87,7	450	92	362
	Lorica	17,1	20	4	16
	Sahagún	54,5	61	10	47
Cundinamarca	Fusagasugá	139,1	230	7	189
	Girardot	269,2	317	44	262
Chocó	Quibdó	12,0	16	6	13
Huila	Neiva	132,0	489	93	328
	Pitalito	88,0	115	15	80
La Guajira	Maicao	83,3	160	25	137
Meta	Villavicencio	72,6	370	139	292
Nariño	San Andres de Tumaco	24,9	64	16	50
Norte de Santander	Ocaña	65,7	78	9	69
	Villa del Rosario	87,2	96	25	72
Quindío	Armenia	38,7	121	6	99
Risaralda	Pereira	28,8	140	6	107
	Dosquebradas	38,6	84	2	68
	Bucaramanga	50,1	310	40	246
Santander	Barrancabermeja	24,7	53	21	42
	Floridablanca	65,7	206	18	161
	Girón	58,2	102	22	76
	Piedecuesta	34,9	65	19	53
Sucre	Sincelejo	76,7	231	76	163
Tolima	Ibagué	115,1	626	128	501
	Cali	30,6	698	430	566
Valle del Cauca	Buenaventura	4,8	15	12	13
	Jamundí	134,1	227	8	169
	Tuluá	40,2	89	43	83
	Yumbo	54,7	61	25	47

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

A semana epidemiológica 04 de 2025 se han notificado 30 muertes probables por dengue, que a la fecha se encuentran en estudio, procedentes de las entidades territoriales de Bolívar, Tolima, Cartagena de Indias, Córdoba, La Guajira, Huila, Atlántico, Barranquilla, Cali, Cauca, Sucre, Valle del Cauca, Antioquia, Arauca, Caquetá, Cesar, Norte de Santander, Risaralda y Santander. Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 22 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 17).

Tabla 17. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 04, 2025	Letalidad por dengue a SE 04, 2024
	Confirmados	En estudio		
Bolívar	0	5	0,00	0,15
Tolima	0	4	0,00	0,22
Cartagena	0	3	0,00	0,00
Córdoba	0	3	0,00	0,00
La Guajira	0	3	0,00	0,00
Huila	0	3	0,00	0,16
Atlántico	0	2	0,00	0,00
Barranquilla	0	2	0,00	0,00
Cali	0	2	0,00	0,03
Cauca	0	2	0,00	0,20
Sucre	0	2	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,03
Exterior	0	2	0,00	0,00
Antioquia	0	1	0,00	0,29
Arauca	0	1	0,00	0,00
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,26
Norte de Santander	0	1	0,00	0,00
Risaralda	0	1	0,00	0,00
Santander	0	1	0,00	0,23
Colombia	0	40	0,00	0,11

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 04 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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

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

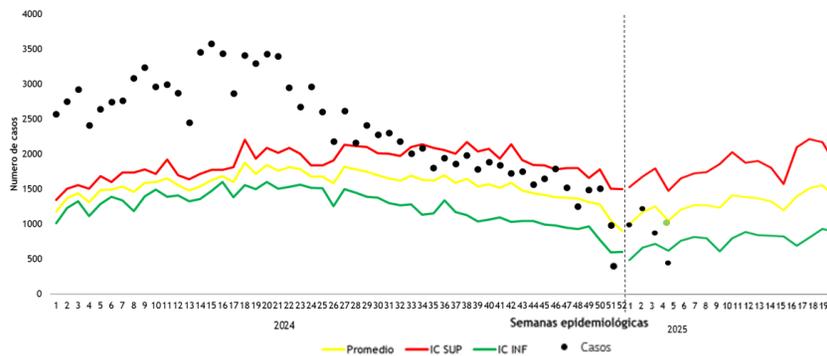
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 13. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 04, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 04 de 2025 se notificaron 2 200 casos de malaria, para un acumulado de 5 147 casos, de los cuales 5 034 son de malaria no complicada y 113 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,0 % (3 396), seguido de *Plasmodium falciparum* con 33,0 % (1 701) e infección mixta con 1,0 % (50). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (29,1 %), Nariño (14,4 %), Antioquia (13,7 %), Córdoba (9,5 %), Vaupés (8,0 %), Risaralda (3,7 %), Cauca (3,3 %), Bolívar (3,1 %), Guainía (2,4 %), Buenaventura (2,0 %), Amazonas (1,9 %), Vichada (1,7 %) y Guaviare (1,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 76,4 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 18. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado 2025	Casos 2024 SE 49 A 52	Casos 2025 SE 1 A 4	Tasa por 1 000 habitantes
Vaupés	Mitú	378	479	378	15,56
Chocó	Quibdó	325	368	325	2,25
Córdoba	Tierralta	251	354	251	2,51
Nariño	Roberto Payán	195	173	195	14,63
Antioquia	El Bagre	182	171	182	3,23
Risaralda	Pueblo Rico	171	225	171	10,19
Nariño	Tumaco	153	110	153	0,57
Nariño	Magüí	140	64	140	0,52
Chocó	Tadó	125	100	125	6,20
Guainía	Inírida	119	168	119	3,14
Chocó	Bajo Baudó	117	121	117	3,45
Nariño	Barbacoas	112	128	112	1,91
Chocó	Medio San Juan	103	31	103	8,76
Chocó	Bagadó	100	172	100	8,44
Chocó	Alto Baudó	100	90	100	3,20
Buenaventura	Buenaventura	99	76	99	0,31
Córdoba	Carmen del Darién	96	116	96	4,33
Córdoba	Puerto Libertador	91	109	91	2,00
Bolívar	Montecristo	91	44	91	4,95
Antioquia	Nechí	88	40	88	3,15
Cauca	Timbiquí	77	122	77	2,74
Chocó	Lloró	70	160	70	6,60
Vichada	Cumaribo	70	127	70	0,80
Chocó	Istmina	65	59	65	1,92
Antioquia	Mutatá	60	66	60	3,99
Cauca	Guapi	58	60	58	1,96
Amazonas	Tarapacá (CD)	57	52	57	13,03
Chocó	Río Quito	56	79	56	6,11
Chocó	Medio Atrato	53	60	53	4,11
Chocó	El Cantón del San Pablo	51	58	51	7,38
Nariño	El Charco	49	38	49	2,11
Córdoba	Valencia	41	46	41	1,06
Antioquia	Turbo	37	46	37	0,28
Córdoba	Montelíbano	35	41	35	0,40
Antioquia	Tarazá	30	40	30	2,15

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica
Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 75,5 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 16 municipios aportan el 56,1 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Barbacoas y Timbiquí e incremento en los municipios de Montecristo, Tumaco, Alto Baudó y Saravena (tabla 19). Mientras que, 15 municipios aportan el 66,5 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Quibdó, Pueblo Rico e incremento en los municipios de Roberto Payán, Magüí, Tadó, Medio San Juan, Istmina y El Charco como se muestra en la tabla 20.

Tabla 19. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

Entidad territorial	Municipio	SE 01 a 04 2025	SE 49 A 52 2024	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	354	457	-23%	10,7%
Córdoba	Tierralta	226	323	-30%	6,8%
Chocó	Quibdó	168	186	-10%	5,1%
Risaralda	Pueblo Rico	144	192	-25%	4,3%
Antioquia	El Bagre	142	134	6%	4,3%
Guainía	Inírida	118	166	-29%	3,6%
Chocó	Carmen del Darién	85	93	-9%	2,6%
Córdoba	Puerto Libertador	84	103	-18%	2,5%
Bolívar	Montecristo	81	40	103%	2,4%
Nariño	Tumaco	79	43	84%	2,4%
Chocó	Alto Baudó	72	43	67%	2,2%
Antioquia	Nechí	67	37	81%	2,0%
Chocó	Bagadó	66	96	-31%	2,0%
Boyacá	Cubará	62	104	-40%	1,9%
Antioquia	Mutatá	59	62	-5%	1,8%
Arauca	Saravena	57	28	104%	1,7%

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

Tabla 20. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025

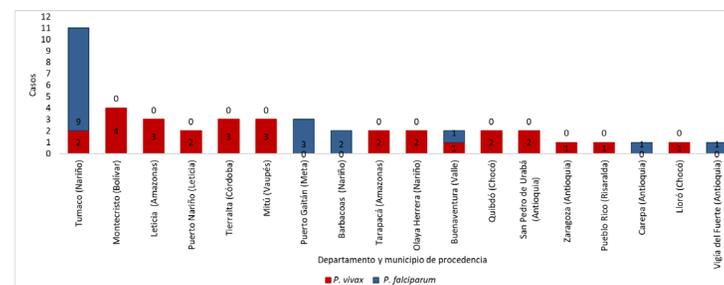
Entidad territorial	Municipio	SE 01 a 04 2025	SE 49 A 52 2024	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	Roberto Payán	159	137	16%	9,5%
Chocó	Quibdó	155	179	-13%	9,3%
Nariño	Magüí	111	48	131%	6,7%
Nariño	Barbacoas	84	97	-13%	5,0%
Cauca	Timbiquí	75	118	-36%	4,5%
Nariño	Tumaco	74	67	10%	4,4%
Chocó	Tadó	69	43	60%	4,1%
Chocó	Bajo Baudó	61	59	3%	3,7%
Buenaventura	Buenaventura	55	50	10%	3,3%
Cauca	Guapi	53	52	2%	3,2%
Chocó	Medio San Juan	49	13	277%	2,9%
Chocó	Istmina	44	32	38%	2,6%
Nariño	El Charco	42	29	45%	2,5%
Chocó	Medio Atrato	41	42	-2%	2,5%
Antioquia	El Bagre	38	37	3%	2,3%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 04 de 2025 se han notificado 113 casos de malaria complicada, que proceden de 16 entidades territoriales y cuatro casos procedentes del exterior. Nariño, Amazonas, Antioquia, Bolívar, Cauca, Chocó, Vaupés y Córdoba notificaron el 76,1 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 63,7 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 14).

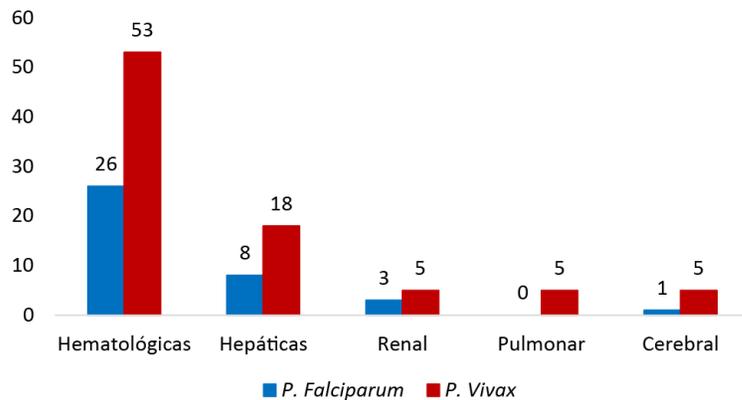
Figura 14. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum* el 63,7 % (79) presentaron complicaciones hematológicas; el 21,0 % (26) complicaciones hepáticas; el 6,5 % (8) complicaciones renales, el 4,8 % (6) complicaciones cerebrales y el 4,0 % (5) complicaciones pulmonares (figura 15).

Figura 15. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025



Fuente: Siviigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025
Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Entidades territoriales situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 04 de 2025 el país se encuentra en situación de aumento; once departamentos y 14 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 21) y un departamento y nueve municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 22).

Tabla 21. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2024 a 04 de 2025

Municipios en situación de brote SE 03 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado	Esperado	Observado
Vaupés	Mitú	4	384	108	342
Nariño	Roberto Payán	5	195	94	167
Risaralda	Pueblo Rico	5	173	202	475
Nariño	Magüí	5	141	42	58
Bolívar	Montecristo	5	96	50	89
Antioquia	Nechí	5	88	26	57
Boyacá	Cubará	4	63	0	1
Antioquia	Mutatá	5	60	28	62
Chocó	Río Quito	5	56	75	204
Caquetá	Florencia	4	33	1	1
Antioquia	Tarazá	4	30	18	45
Cauca	López Micay	4	29	8	14
Amazonas	Puerto Nariño	5	23	5	10
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	5	2	3

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

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las a semanas epidemiológicas 52 de 2024 y 04 de 2025

Municipios en situación de Alarma SE 52 2024 a 04 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado	Esperado	Observado
Antioquia	Chigorodó	5	36	37	80
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	31	22	27
Antioquia	Cáceres	4	27	24	42
Antioquia	Caucasia	4	18	10	23
Chocó	Cértogui	4	17	9	20
Guaviare	Miraflores	3	11	6	10
Chocó	Sipí	4	9	19	67
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	2	2	5
Nariño	Nariño	1	0	0	1

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

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 60 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 60, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 04 de 2025, se han notificado 1 439 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 1 424 corresponden a residentes en Colombia y 15 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (05 de 2024 a 04 de 2025) es de 0,66 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 155 municipios a nivel nacional (13,8 %) y de disminución en tres municipios (0,3 %) (tabla 23).

El 77,2 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 22,8 % como desnutrición aguda severa; el 8,8 % 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 (30,5 %) y de 1 año (30,8 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 61,0 %.

Para la semana epidemiológica 04 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Buenaventura, Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Casanare, Cesar, Córdoba, Guaviare, Meta, Nariño, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 5 municipios (tabla 24).

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

Tabla 23. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 04 de 2024	Casos a SE 04 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	1 764	1 424	0,66	13,8	0,3
La Guajira	194	149	2,55	13,3	0,0
Vichada	30	9	2,13	0,0	0,0
Chocó	89	87	1,86	32,3	0,0
Arauca	29	22	1,29	0,0	0,0
Guaviare	10	6	1,00	0,0	0,0
Magdalena	32	33	0,86	20,7	0,0
Vaupés	6	2	0,83	16,7	16,7
Casanare	11	10	0,79	10,5	0,0
Risaralda	42	47	0,79	35,7	0,0
Amazonas	3	4	0,76	0,0	0,0
Cesar	60	57	0,75	20,0	0,0
Nariño	66	49	0,75	12,5	1,6
Guainía	5	3	0,75	0,0	0,0
Buenaventura	15	14	0,66	100,0	0,0
Antioquia	178	170	0,66	18,4	0,0
Bogotá D.C.	245	191	0,66	0,0	0,0
Bolívar	29	30	0,65	22,2	0,0
Meta	38	21	0,62	0,0	0,0
Putumayo	15	17	0,61	7,7	0,0
Cundinamarca	91	91	0,60	7,8	0,0
Cartagena de Indias	33	46	0,60	100,0	0,0
Tolima	56	22	0,60	19,1	0,0
Boyacá	50	32	0,59	8,9	0,0
Huila	46	34	0,57	5,4	0,0
Norte Santander	55	46	0,53	17,5	0,0
Caquetá	18	6	0,50	6,3	0,0
Valle del Cauca	44	42	0,44	17,5	0,0
Santander	49	38	0,43	9,2	0,0
Caldas	25	8	0,42	14,8	0,0
Cali	36	43	0,42	100,0	0,0
Sucre	16	19	0,41	19,2	0,0
Córdoba	65	27	0,40	13,3	0,0
Atlántico	29	10	0,40	18,2	0,0
Santa Marta	12	9	0,34	0,0	0,0
Cauca	22	23	0,30	19,0	0,0
Barranquilla	12	6	0,29	0,0	100,0
Quindío	8	1	0,27	0,0	0,0
San Andrés	0	0	0,25	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 05 de 2024 a SE 04 de 2025

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

Tabla 24. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 4 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	44	62
Cundinamarca	Facatativá	4	12
Valle del Cauca	Palmira	4	12
Chocó	Quibdó	5	11
Valle del Cauca	Jamundí	2	7

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



ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, enero 29 de 2025

Situación con ocurrencia en el área rural de las veredas colindantes en la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, que abarca partes de los municipios de Cunday, Prado, Villarrica y Purificación, en el departamento del Tolima. Este brote comenzó en octubre de 2024 y se han confirmado 20 casos de fiebre amarilla (19 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico), el último caso reportado con inicio de síntomas del 22 de enero de 2025. De los 20 casos, 16 son hombres, con edades entre 25 y 67 años, y cuatro (4) son mujeres, con edades entre 11 y 89 años. Los casos se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Se han registrado ocho (8) fallecidos. Se mantiene activa la Sala de Análisis de Riesgo nacional y un equipo de respuesta inmediata (ERI) del INS se encuentra en terreno desde el 28 de enero de 2025 para continuar con las acciones de vigilancia en salud pública. Situación en seguimiento.

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

Focos confirmados de carbunco (Ántrax) en Caprinos, Manauere (La Guajira), enero 29 de 2025

El 28 de enero de 2025 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) ha confirmado nuevos casos de carbunco en caprinos (chivos) en las localidades de Antación, Ipasharain y Kouselao del municipio de Manauere. Dos (2) a través de laboratorio y uno por nexo epidemiológico. Hasta la fecha, se han recibido 52 notificaciones de posibles casos en caprinos, de las cuales 28 han sido atendidas con toma de muestras, 23 han sido descartadas y una aún está pendiente. El ICA ha establecido una zona de intervención de 10 km alrededor de los focos reportados y está llevando a cabo un seguimiento exhaustivo en las comunidades afectadas; además, supervisa las actividades de vacunación y toma de muestras en los mercados de Maicao, Manauere, Uriibia, Cuatro Vías, Miapo y El Pájaro. La Secretaría de Salud ha realizado actividades de búsqueda activa comunitaria y búsqueda activa institucional y hasta el momento no se han identificado casos de esta enfermedad en humanos. Se prevé un seguimiento el 13 de febrero con la participación de la Secretaría de Asuntos Indígenas y



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

un Consejo Nacional de Zoonosis en la región. Situación en seguimiento por referente de evento.

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

Actualización de focos de influenza altamente patógena subtipo H5N1 en aves en Colombia, 29 de enero de 2025

Entre el 01 y el 29 de enero de 2025 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) no ha reportado focos de influenza altamente patógena en animales, sin embargo, en 2024 se notificaron ocho (8) focos ubicados en Chocó (2) y Magdalena (6), con fecha de reporte del último foco el 30 de diciembre. Está pendiente la declaración del levantamiento de la medida sanitaria por parte del ICA para el departamento de Magdalena. No se han reportado casos de influenza A(H5N1) en humanos en Colombia. Las acciones coordinadas bajo el enfoque de “Una Sola Salud” entre salud humana, animal y ambiente continúan en marcha para mitigar los riesgos y proteger la salud humana. Situación en seguimiento.

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

Actualización brote de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en población de interés especial en Urrao y Betulia, Antioquia, enero 29 del 2025

El brote comenzó el 10 de diciembre de 2024 y afecta a dos comunidades indígenas emberá en los municipios involucrados. A la fecha, se han tomado 197 muestras para el diagnóstico de tos ferina, confirmando 13 casos. De estos, el 53,8 % (7) son menores de 1 a 5 años, el 38,5 % (5) son niños de 6 a 12 años, y el 7,7 % (1) corresponde a un menor de 1 año. El último caso registrado fue el 01 de enero de 2025. Se han reportado cuatro (4) fallecimientos, lo que representa una letalidad del 30,8 % (4 de 13 casos confirmados). Además, se han procesado 56 muestras para identificar virus respiratorios, de las cuales 31 resultaron positivas para adenovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) e influenza A(H3), lo que indica que estos virus están circulando simultáneamente en la región. La movilización de los habitantes durante la cosecha cafetera en el Suroeste de Antioquia podría haber facilitado la propagación del brote. Para abordar la situación, se ha establecido un trabajo coordinado entre los municipios y el departamento, con el apoyo de equipos de respuesta inmediata (ERI) en las comunidades afectadas. Se han llevado a cabo actividades como

la toma de muestras, profilaxis antibiótica y la intensificación de la vigilancia en las Unidades Primarias de Salud y en las comunidades indígenas afectadas. La situación sigue siendo monitoreada por los responsables del evento, y se mantiene un seguimiento continuo.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 04 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización epidemiológica sobre influenza A(H5N1) en la región de las Américas. Fecha de publicación: 24 de enero de 2025

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica 52 del 2024, 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 4 388 brotes animales de influenza A(H5N1), lo que representa 740 brotes adicionales desde el 13 de noviembre de 2024.

En el mismo periodo, ocho países y territorios han notificado 1 284 brotes de influenza A(H5N1) en mamíferos en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, los Estados Unidos, las Islas Malvinas, Perú y Uruguay. Cuatro de estos (Argentina, Canadá, los Estados Unidos y las Islas Malvinas) notificaron 982 brotes de influenza en mamíferos durante 2024.

Un total de 71 infecciones humanas causadas por influenza A(H5) han sido registradas en cuatro países de las Américas desde 2022 y hasta el 17 de enero del 2025; 22 casos adicionales desde el 13 de noviembre de 2024. Se notificaron 68 casos en los Estados Unidos, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Durante 2024 y hasta el 17 de enero del 2025, se notificó un caso en Canadá de fuente desconocida, sin casos adicionales; y en Estados Unidos se han confirmado 67 casos humanos en California (38), Colorado (10), Iowa (1), Louisiana (1), Michigan (2), Missouri (1), Oregon (1), Texas (1), Washington (11) y Wisconsin (1). De estos casos, 40 relacionados con exposición a ganado bovino lechero, 23 vinculados a la exposición a aves de corral. La fuente de exposición para dos casos en California y un caso en Missouri no pudo ser determinada. Hasta el 17 de enero del 2025, la transmisión del virus de influenza A(H5N1) de persona a persona no ha sido notificada

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Influenza aviar(H5N1) en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 24 de enero de 2025. Fecha de consulta: 28 de enero de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2025-01/2025-ene-24-phe-actualizacion-influenzaaviar-esp-final_0.pdf

Brotos del virus de mpox (MPXV) multipaís. Fecha de publicación: 28 de enero de 2025

Desde el 01 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2024, se confirmaron un total de 124 753 casos de mpox, incluidas 272 muertes; con una letalidad entre casos confirmados del 0,2 %.

En diciembre de 2024 se notificaron un total de 3 831 nuevos casos confirmados, una disminución del 5,6 % respecto al mes anterior. La mayoría se notificaron en la región de África (86,2 %), seguida de la región de Europa (5,6 %) y la región del Pacífico Occidental (4,3 %).

A continuación, se realiza una descripción general de los brotes por clado.

Clado Ia de MPXV: se encuentra principalmente en la República Democrática del Congo (RDC). Desde 2023, se siguen notificando casos esporádicos en la vecina República Centroafricana y en la República del Congo. La RDC y la República Centroafricana notifican una mayor proporción de casos entre niños, mientras que en la República del Congo la mayoría de los casos se dan entre adultos. Los datos epidemiológicos y análisis filogenético-actuales aún sugieren que muchos brotes de mpox debido al clado Ia MPXV son el resultado de la propagación zoonótica con transmisión secundaria de persona a persona. Hay evidencia de un aumento sostenido de la transmisión de persona a persona en redes sexuales en la capital de RDC después de la importación desde partes endémicas del país: Lo anterior no se ha documentado en la República Centroafricana o en la República del Congo.

Clado Ib MPXV: desde su primera detección en septiembre de 2023, se ha identificado en ocho provincias de la RDC (Kivu del Sur, Kivu del Norte, Kinshasa, Kasai, Tshopo, Tanganyika, Haut-Katanga y Mai-Ndombe). Se ha notificado transmisión comunitaria en RDC, Burundi, Kenia, Ruanda y Uganda; y casos relacionados con viajes en Zambia y Zimbabue.

Fuera de África, 11 países han detectado el clado Ib MPXV: China (7 casos), Alemania (7 casos), Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (6 casos), Tailandia (3 casos), Bélgica (2 casos), Estados Unidos de América (2 casos), Canadá (1 caso), Francia (1 caso), India (1 caso), Pakistán (1 caso) y Suecia (1 caso). Se ha notificado transmisión secundaria a partir de estos casos en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Alemania, Bélgica, China y Francia. En estos países no se han notificado muertes asociadas con el clado Ib MPXV.

Los casos importados se han presentado entre adultos que viajaron durante sus períodos de incubación o con infección temprana; en su mayoría con antecedente de contacto sexual previo con un caso con diagnóstico de mpox o con personas con signos y síntomas sugestivos del evento. Los patrones de transmisión están evolucionando a medida que avanza el brote, con una mayor propagación dentro de los hogares, lo que lleva a un cambio progresivo en la distribución por edad y sexo, con una proporción creciente de casos entre niños.

Clado IIa MPXV: en 2024, Costa de Marfil, Guinea y Liberia notificaron casos de mpox debido al clado IIa MPXV. Los brotes por este clado son un fenómeno nuevo, la transmisión de persona a persona de no se había notificado antes de 2024. Los casos se han informado en adultos y niños, muchos de ellos sin un vínculo epidemiológico conocido, sugiriendo una transmisión comunitaria en curso, en gran medida no detectada. Por el momento no hay evidencia documentada de transmisión por contacto sexual para esta cepa.

Clado IIb MPXV: responsable del brote multipaís que comenzó en 2022. La mayoría de las regiones informan de la circulación del linaje B.1 del clado IIb, mientras que el linaje A.1 sigue circulando en Nigeria y algunos países de la Región del Mediterráneo Oriental. La población más afectada fuera de África sigue siendo la de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, expuestos principalmente a través del contacto sexual. En los casos en que se han visto afectados otras personas, como las mujeres y los niños, no ha dado lugar a una transmisión sostenida, a diferencia de lo que se observa

con el clado I MPXV en el contexto africano. Australia presentó una tendencia al alza de los casos en 2024, que ha ido remitiendo en los últimos meses, mientras que la mayoría de los demás países informantes han indicado una transmisión continua de bajo nivel, principalmente en la misma población en riesgo.

El brote multinacional de mpox impulsado por el clado IIb MPXV mostró que el contacto sexual puede sustentar la transmisión comunitaria de MPXV. Aún queda mucho por entender sobre la transmisibilidad y la sostenibilidad de la transmisión a través del contacto físico directo no sexual para todos los clados. En los entornos donde la transmisión persiste, es probable que esté impulsada por una combinación de contacto sexual, doméstico y comunitario.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Multi-country external situation report no. 46. Fecha de publicación: 28 de enero de 2025. Fecha de consulta: 29 de enero de 2025. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencias/mpox-multi-country-external-situation-report-no.-46.pdf?sfvrsn=8c41659e_2&download=true

Brote de Oropouche en Panamá. Fecha de publicación: 28 de enero de 2025

El 28 de enero de 2025 el Ministerio de Salud de Panamá reporta brote de Oropouche en la provincia del Darién. Se procesaron muestras de 58 casos febriles, confirmando 34 casos, positividad: 58,6 %. Los principales síntomas detectados fueron: fiebre 97 % y cefalea 94,1 %. La mayoría de los casos tiene entre 40 y 49 años.

Los casos corresponden a los corregimientos de Metetí (27), Yaviza (3), Río Iglesias (2), Lajas Blancas (1) y un caso está pendiente por determinar. Continúa la vigilancia sanitaria en la provincia de Darién, para determinar factores de riesgo y expansión del virus a otras zonas del país e identificar potenciales vectores en la zona afectada.

Fuente: Ministerio de Salud de Panamá. Ministerio de Salud confirma casos de Oropouche en la provincia de Darién. Fecha de publicación: 28 de enero de 2025. Fecha de consulta: 29 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pa/noticia/ministerio-de-salud-confirma-casos-de-oropouche-en-la-provincia-de-darien>





TABLA DE MANDO NACIONAL

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

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de Alarma			Defectos Congénitos			Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	8	1	1	46	26	46	0	0	0	9	19	8	1	1	1	0	0	0	2	2	2
Antioquia	65	12	16	1.618	1.315	1.618	10	2	9	501	112	544	79	96	79	56	47	56	216	217	216
Arauca	8	3	3	57	55	57	4	0	4	106	14	108	3	6	3	0	1	0	9	6	9
Atlántico	7	2	2	308	250	308	14	8	11	412	173	428	2	4	2	0	1	0	29	38	29
Barranquilla	2	0	0	319	229	319	15	10	13	418	253	455	7	7	7	1	1	1	41	36	41
Bogotá	0	0	0	1.930	1.713	1.930	0	0	0	0	0	0	323	144	323	7	15	7	247	194	247
Bolívar	17	6	5	241	195	241	5	4	4	211	105	230	8	9	8	0	1	0	16	18	16
Boyacá	9	2	3	566	442	566	0	0	0	45	11	50	39	30	39	1	1	1	28	27	28
Buenaventura	4	1	0	11	11	11	0	0	0	4	7	5	0	0	3	0	0	0	2	1	2
Caldas	3	1	1	303	276	303	0	0	0	57	10	51	3	8	3	0	1	0	32	44	32
Cali	0	0	0	351	419	351	5	0	0	260	268	269	21	44	21	10	17	10	69	68	69
Caquetá	20	4	2	85	88	85	4	2	4	165	69	148	2	9	2	0	0	0	6	8	6
Cartagena	1	0	0	156	122	156	18	7	16	426	160	495	9	15	9	0	0	0	17	21	17
Casanare	13	3	3	134	105	134	0	1	0	35	51	32	6	5	6	0	1	0	5	8	5
Cauca	9	3	2	427	428	427	3	1	3	69	21	72	24	25	24	5	2	5	16	16	16
Cesar	14	3	3	242	176	242	6	5	5	179	200	171	6	10	6	0	1	0	17	29	17
Chocó	20	6	5	16	11	16	0	0	0	22	8	19	2	4	2	0	0	0	4	2	4
Córdoba	13	4	5	396	346	396	6	3	5	479	111	504	9	27	9	1	1	1	38	33	38
Cundinamarca	7	1	1	1.186	987	1.186	6	2	4	409	94	414	103	42	103	0	3	0	64	62	64
Guainía	3	0	1	13	10	13	0	0	0	3	2	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0
Guaviare	10	2	2	33	25	33	0	0	0	25	9	19	4	3	4	0	0	0	3	1	3
Huila	18	3	7	544	414	544	10	11	6	259	160	227	36	28	36	0	2	0	22	22	22
La Guajira	8	1	4	158	141	158	13	6	10	344	178	354	6	7	6	0	1	0	9	9	9
Magdalena	7	2	3	214	180	214	1	2	1	51	78	49	2	3	2	0	0	0	13	14	13
Meta	19	4	3	398	272	398	7	3	6	334	172	339	13	17	13	13	2	13	23	20	23
Nariño	5	2	1	605	491	605	3	1	2	45	12	51	21	20	21	0	1	0	38	38	38
Norte de Santander	30	8	9	501	373	501	10	4	7	337	189	367	14	26	14	0	9	0	46	29	46
Putumayo	16	4	2	158	110	158	4	1	2	136	46	128	4	7	4	0	0	0	11	6	11
Quindío	2	0	0	290	209	290	0	0	0	72	11	81	6	7	6	3	1	3	18	14	18
Risaralda	5	1	2	297	289	297	2	0	1	88	14	86	8	16	8	0	3	0	34	46	34
San Andrés	0	0	0	44	24	44	0	0	0	9	7	11	0	1	0	0	0	0	2	1	2
Santa Marta D.E.	3	0	0	138	112	138	0	2	0	43	66	51	1	2	1	0	0	0	10	9	10
Santander	14	3	4	638	488	638	7	3	6	316	132	361	15	20	15	0	3	0	56	44	56
Sucre	10	2	2	254	188	254	5	5	4	358	160	353	3	4	3	1	1	1	24	20	24
Tolima	10	2	3	557	453	557	15	6	12	501	256	487	17	15	17	0	1	0	35	26	35
Valle del Cauca	3	1	0	723	579	723	5	5	4	272	210	305	12	23	12	3	3	3	57	42	57
Vaupés	4	2	2	16	9	16	1	0	0	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	3	0	0	15	17	15	0	0	0	21	1	20	1	1	1	0	0	0	1	1	0
Total nacional	390	84	97	13.988	11.578	13.988	179	94	139	7.022	3.392	7.296	811	694	811	101	119	101	1.260	1.171	1.259

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

Departamento	Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	38	58	38	0	1	0	1	7	1	3	6	3	51	49	51	26	11	26	72	80	72
Arauca	9	5	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	3	0	0	0	0	0	0
Atlántico	1	10	1	0	1	0	0	0	0	4	4	4	12	13	12	0	0	0	4	6	4
Barranquilla	9	9	9	1	0	1	0	0	0	6	6	6	16	13	16	1	1	1	23	16	23
Bogotá	30	16	30	0	2	0	2	1	2	9	7	9	64	45	64	12	17	12	135	115	135
Bolívar	6	9	6	0	0	0	1	1	1	1	4	1	4	10	4	0	2	0	12	29	12
Boyacá	11	15	11	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	7	2	0	2	0	5	6	5
Buenaventura	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Caldas	12	17	12	0	1	0	0	0	0	1	2	1	2	7	2	3	1	3	6	20	6
Cali	2	11	2	0	0	0	0	1	0	1	2	1	13	17	13	0	0	0	12	45	12
Caquetá	7	10	7	0	0	0	0	0	0	3	1	3	4	2	4	0	1	0	0	3	0
Cartagena	9	3	9	0	0	0	0	1	0	1	1	1	8	7	8	0	1	0	1	31	1
Casanare	5	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	6	0	0	0	1	3	1
Cauca	18	28	18	0	1	0	0	0	0	3	2	3	6	8	6	0	0	0	3	8	3
Cesar	24	13	24	0	0	0	0	1	0	6	3	6	7	9	7	0	0	0	5	11	5
Chocó	1	4	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	0	0	0	0	2	0
Córdoba	14	20	14	0	2	0	0	0	0	9	3	9	19	20	19	3	1	3	34	41	34
Cundinamarca	19	20	19	0	1	0	0	0	0	4	4	4	21	15	21	4	4	4	27	19	27
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Guaviare	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	3	3	3
Huila	26	34	26	0	0	0	0	0	0	2	4	2	5	10	5	0	1	0	7	19	7
La Guajira	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	5	5	5	1	5	0	2	0
Magdalena	5	7	5	0	0	0	0	0	0	2	2	2	7	9	7	0	0	0	1	4	1
Meta	17	17	17	0	0	0	0	0	0	2	4	2	10	10	10	2	0	2	8	16	8
Nariño	32	27	32	0	0	0	0	0	0	2	3	2	21	17	21	0	2	0	7	33	7
Norte de Santander	23	29	23	0	0	0	1	0	1	4	4	4	10	10	10	3	2	3	10	11	10
Putumayo	16	19	16	0	0	0	0	0	0	1	1	1	8	4	8	2	1	2	1	3	1
Quindío	5	8	5	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	7	9	0	1	0	7	20	7
Risaralda	7	15	7	1	0	1	0	0	0	0	1	0	13	9	13	5	1	5	4	10	4
San Andrés	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	19	3	19	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3	2	3	0	0	0	2	5	2
Santander	49	19	49	0	0	0	0	0	0	2	4	2	9	14	9	0	2	0	3	10	3
Sucre	10	9	10	0	1	0	0	0	0	3	3	3	3	8	3	0	1	0	0	7	0
Tolima	30	25	30	0	0	0	0	0	0	3	2	3	5	7	5	0	0	0	7	8	7
Valle del Cauca	24	21	24	2	1	2	0	0	0	2	3	2	9	13	9	0	2	0	49	23	49
Vaupés	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Total nacional	472	500	471	4	16	4	5	12	5	77	82	77	363	359	362	83	57	83	450	610	449

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	IRAG inusitado			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad Materna Externa			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI		
	Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Casos sospechosos, Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	110	110	76	0	1	0	9	3	9	316	481	316	6	8	6	0	0	0
Antioquia	5	4	5	706	614	1.073	16	27	35	222	230	222	73.456	74.260	73.456	3.468	2.431	3.468	490	888	943
Arauca	5	4	5	64	3	1	0	1	0	5	11	5	1.431	1.857	1.431	219	80	219	4	3	8
Atlántico	0	0	0	0	0	0	3	3	5	59	76	59	10.061	9.184	10.061	214	170	214	167	137	310
Barranquilla	1	3	1	0	0	0	1	4	5	83	116	83	16.518	13.259	16.518	849	316	849	199	182	303
Bogotá	1	1	1	1	0	0	14	20	40	411	358	411	107.963	108.231	107.963	4.685	4.400	4.685	594	1.522	1.216
Bolívar	0	0	0	160	102	160	0	4	1	40	64	40	8.792	9.562	8.792	171	197	171	38	128	66
Boyacá	0	0	0	63	0	1	3	4	7	59	38	59	8.918	9.327	8.918	471	324	471	46	87	88
Buenaventura	0	0	0	100	72	142	1	2	1	8	10	8	480	953	480	3	0	3	1	1	2
Caldas	6	3	6	1	7	28	1	2	3	43	40	43	8.561	7.735	8.561	320	257	320	135	136	227
Cali	14	7	14	4	1	3	5	11	7	150	107	150	24.364	23.124	24.364	497	655	497	44	85	75
Caquetá	0	0	0	44	6	11	1	3	3	16	16	16	2.131	2.975	2.131	144	120	144	5	11	6
Cartagena	0	0	0	0	1	0	2	4	3	93	73	93	15.291	15.405	15.291	1.051	323	1.051	175	200	300
Casanare	0	0	0	2	2	1	2	1	3	28	22	28	1.347	1.950	1.347	35	43	35	1	8	3
Cauca	0	1	0	171	139	150	4	5	9	89	69	89	9.955	8.654	9.955	280	185	280	39	55	71
Cesar	1	1	1	1	5	8	1	2	4	59	56	59	7.931	8.850	7.931	448	501	448	49	63	84
Chocó	0	0	0	1.475	1.843	3.702	1	2	2	14	19	14	4.045	1.678	4.045	126	128	126	1	9	1
Córdoba	0	0	0	485	818	1.157	3	3	6	79	69	79	15.717	11.902	15.717	640	377	640	107	173	216
Cundinamarca	2	1	2	0	0	0	9	9	14	174	113	174	24.468	21.399	24.468	905	728	905	103	389	219
Guainía	0	0	0	121	216	188	0	1	0	0	2	0	150	170	150	8	20	8	0	0	0
Guaviare	0	0	0	70	91	75	0	1	0	1	2	1	374	518	374	25	35	25	10	9	14
Huila	1	0	1	2	1	0	1	4	1	48	62	48	8.369	9.788	8.369	399	402	399	54	71	68
La Guajira	1	1	1	5	2	2	1	1	1	88	88	88	14.272	11.788	14.272	185	440	185	20	28	51
Magdalena	0	1	0	1	0	0	1	5	2	45	47	45	7.937	7.157	7.937	341	192	341	11	19	22
Meta	1	0	1	18	36	13	0	3	0	43	20	43	5.162	5.728	5.162	258	138	258	16	90	33
Nariño	1	1	1	746	717	709	0	8	2	127	74	127	13.778	13.725	13.778	668	409	668	19	38	34
Norte de Santander	0	0	0	40	203	137	7	8	10	47	36	47	13.636	13.238	13.636	527	790	527	49	135	96
Putumayo	0	0	0	9	3	3	0	2	0	35	24	35	2.531	2.077	2.531	79	104	79	1	9	6
Quindío	2	0	2	0	3	6	0	1	2	7	8	7	6.016	5.785	6.016	293	233	293	33	72	71
Risaralda	1	0	1	192	177	514	0	3	0	39	38	39	11.669	8.342	11.669	434	276	434	28	52	54
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	400	604	400	24	43	24	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	0	0	0	0	2	1	2	26	33	26	4.891	2.177	4.891	256	125	256	66	176	138
Santander	0	1	0	2	1	1	6	5	12	62	49	62	17.728	12.291	17.728	1.186	901	1.186	170	381	315
Sucre	0	0	0	16	4	8	1	2	1	36	41	36	5.794	6.931	5.794	465	476	465	140	150	268
Tolima	1	3	1	1	0	1	3	2	3	70	58	70	12.532	11.980	12.532	763	370	763	38	79	77
Valle del Cauca	13	4	13	13	3	6	7	7	9	67	55	67	14.951	11.102	14.951	296	224	296	58	61	116
Vaupés	0	0	0	407	105	357	0	1	0	4	1	4	92	115	92	2	6	2	0	0	1
Vichada	0	0	0	87	151	52	0	1	0	4	5	4	169	249	169	0	3	0	0	38	0
Total nacional	56	32	56	5.147	5.492	8.607	96	160	194	2.392	2.136	2.392	482.196	454.551	482.196	20.741	16.430	20.741	2.911	5.475	5.502

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

Departamento	Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar		
	Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		
	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	3	5	0	0	1	1	32	30	
Antioquia	2	1	1	0	2	4	1	0	11	4	13	9	86	88	0	0	271	297	9	10	207	176	1.276	846	
Arauca	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	5	3	14	13	0	0	11	15	0	0	7	12	72	89	
Atlántico	1	0	0	0	0	2	0	0	2	2	4	1	24	20	0	0	28	21	1	1	42	32	148	120	
Barranquilla	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	6	2	34	12	0	0	58	54	1	0	69	54	138	157	
Bogotá	3	1	0	0	3	1	0	1	12	15	12	7	68	71	0	0	108	100	3	2	331	249	1.542	1.461	
Bolívar	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	3	3	21	22	1	0	11	10	0	0	16	12	155	140	
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	6	5	0	0	10	12	0	0	12	16	228	292	
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	10	5	0	0	10	11	0	0	13	9	22	25	
Caldas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	10	14	0	0	23	20	0	0	22	22	190	169	
Cali	1	0	0	0	0	0	0	0	4	2	3	0	28	40	0	1	99	83	4	4	112	95	442	379	
Caquetá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	8	0	0	14	16	1	0	6	2	68	48	
Cartagena	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	4	21	31	0	0	29	34	0	1	41	34	82	91	
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	9	16	0	0	9	10	0	2	15	4	42	55	
Cauca	1	0	1	1	0	0	0	1	2	0	1	2	13	13	0	0	15	15	1	0	24	27	196	191	
Cesar	1	2	0	0	1	1	1	2	2	2	2	0	22	24	0	0	29	28	0	0	37	31	144	119	
Chocó	1	1	3	2	2	5	4	1	1	1	4	4	17	9	1	0	15	11	0	0	7	6	23	33	
Córdoba	2	0	0	1	2	1	0	2	3	0	2	3	20	11	0	0	16	18	0	3	60	47	228	205	
Cundinamarca	1	2	0	0	1	2	0	0	6	2	3	1	23	31	0	0	41	41	1	0	89	67	667	747	
Guainía	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	0	0	1	3	0	0	0	1	11	2	
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	5	0	0	4	2	20	22	
Huila	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	11	8	0	0	26	29	1	1	30	22	419	412	
La Guajira	2	1	2	2	2	3	4	4	2	0	6	1	21	25	0	0	37	43	1	0	25	24	75	75	
Magdalena	1	0	0	1	1	1	2	2	1	0	3	3	15	12	0	0	9	12	1	0	17	18	89	106	
Meta	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	4	2	16	21	0	0	54	53	2	2	23	17	147	136	
Nariño	1	1	0	0	1	2	0	0	3	0	1	2	17	15	0	0	15	9	0	0	26	21	229	295	
Norte de Santander	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	7	2	34	32	0	0	50	64	1	0	44	37	241	229	
Putumayo	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	6	7	0	0	8	8	0	0	6	3	73	92	
Quindío	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	8	13	0	0	16	19	0	1	28	20	163	134	
Risaralda	1	1	0	3	2	2	0	1	1	0	2	4	14	15	0	0	42	46	2	1	38	24	233	212	
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	10	12	
Santa Marta D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	7	13	0	0	17	19	0	0	30	17	42	39	
Santander	1	1	0	0	0	0	0	0	4	1	5	6	27	27	0	0	66	69	2	3	55	47	389	396	
Sucre	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	16	8	0	0	9	4	0	0	21	8	123	131	
Tolima	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	3	10	6	0	0	35	60	1	2	39	36	162	182	
Valle del Cauca	1	0	0	0	1	1	1	0	3	0	2	3	21	29	0	0	55	51	0	1	54	50	394	413	
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	13	7	
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	0	0	3	0	0	0	1	1	11	18	
Total nacional	25	12	11	10	30	31	22	16	80	34	109	77	691	672	2	1	1.248	1.301	33	34	1.555	1.244	8.110	8.539	

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea		Leptospirosis		Lesiones de Causa Externa	
	Tipo de casos incluidos para el análisis		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	1	1	4	7	1	2	2	0	0	0
Antioquia	0	0	0	1	116	170	0	0	0	1	36	40	344	329	106	25	48	58	14	4
Arauca	0	0	0	0	22	22	0	0	0	0	0	3	13	18	4	0	1	1	1	1
Atlántico	0	0	0	0	25	10	0	0	0	0	5	4	59	54	0	0	4	9	0	0
Barranquilla	0	0	0	0	12	6	0	0	0	1	7	7	54	66	0	0	9	40	0	0
Bogotá	0	0	0	0	231	191	0	0	0	2	28	57	296	328	0	0	9	14	14	2
Bolívar	0	0	0	0	27	30	0	0	0	0	1	3	37	29	40	14	10	16	0	0
Boyacá	0	0	0	0	37	32	0	0	0	0	1	3	63	71	12	7	1	4	1	0
Buenaventura	0	0	0	0	8	14	0	0	0	0	1	0	8	6	1	0	5	8	2	0
Caldas	0	0	0	2	11	8	0	0	0	2	4	0	90	67	21	2	7	7	0	2
Cali	0	0	2	0	31	43	0	0	3	1	15	15	112	122	0	0	9	10	6	4
Caquetá	0	0	0	0	14	6	0	0	0	0	1	0	17	18	27	4	11	55	0	0
Cartagena	0	0	1	1	15	46	0	0	0	1	1	5	37	36	0	0	27	41	0	1
Casanare	0	0	1	0	18	10	0	0	0	1	2	2	18	16	1	0	1	3	0	0
Cauca	0	0	0	0	21	23	0	0	0	0	3	7	64	44	5	3	4	8	0	0
Cesar	0	0	0	0	47	57	0	0	0	0	3	2	43	35	7	4	7	2	0	0
Chocó	0	0	0	0	49	87	0	0	0	0	3	5	11	12	32	2	5	10	0	0
Córdoba	0	0	0	0	49	27	0	0	0	0	4	7	63	67	17	1	4	18	0	0
Cundinamarca	0	0	3	1	87	91	0	0	1	1	11	11	117	149	16	2	9	13	0	0
Guainía	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	11	6	0	0	1	0	1	1	3	8	46	2	1	3	0	0
Huila	0	0	0	1	35	34	0	0	0	4	5	2	57	42	1	0	9	22	0	0
La Guajira	0	0	0	0	126	149	0	0	0	0	1	2	17	17	3	0	1	1	0	0
Magdalena	0	0	0	0	36	33	0	0	0	0	1	2	25	30	1	0	2	2	0	0
Meta	0	0	1	2	29	21	0	0	0	1	1	7	48	40	26	2	1	7	4	0
Nariño	0	0	0	0	41	49	0	0	0	0	5	6	62	80	26	4	1	8	0	1
Norte de Santander	0	0	0	0	47	46	0	0	0	0	9	6	90	90	22	2	5	6	1	0
Putumayo	0	0	0	1	14	17	0	0	2	0	1	2	24	29	29	3	1	3	0	0
Quindío	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	3	1	35	36	0	0	7	17	1	0
Risaralda	0	0	1	0	28	47	0	0	0	0	3	3	78	62	9	12	11	19	0	0
San Andrés	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	6	9	0	0	0	0	1	3	17	17	1	0	3	9	0	0
Santander	1	0	1	1	33	38	0	0	1	1	7	10	90	94	60	10	7	12	0	0
Sucre	0	0	0	0	14	19	0	0	0	0	3	1	32	29	13	2	4	2	0	0
Tolima	0	0	3	0	29	22	0	0	0	0	4	11	78	80	26	7	32	60	2	0
Valle del Cauca	0	0	0	0	28	42	0	0	1	0	4	9	87	83	1	0	14	17	0	1
Vaupés	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0	1	2	4	5	5	0	2	1	0	0
Vichada	0	0	0	0	21	9	0	0	0	0	0	0	2	4	4	0	0	0	0	0
Total nacional	1	0	13	10	1.341	1.424	0	0	9	16	177	240	2.204	2.224	565	110	276	507	46	30

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

Departamento	Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	234	336	245	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	3	2	2	2	
Antioquia	22.438	35.704	23.622	45	66	45	1	1	1	39	60	39	1	1	0	106	31	106	122	175	122	23	17	23
Arauca	492	725	576	2	5	2	0	0	0	3	1	3	0	0	0	0	0	8	5	8	0	0	0	
Atlántico	3.488	3.817	3.971	14	19	14	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	20	40	20	1	4	1	
Barranquilla	5.824	6.481	6.648	9	22	9	1	0	0	17	8	17	0	0	0	3	1	3	32	28	32	4	2	4
Bogotá	44.751	60.352	45.785	51	65	51	0	1	0	79	97	79	48	1	12	13	36	13	241	289	241	68	53	68
Bolívar	1.708	2.708	1.837	9	17	9	0	0	0	5	5	5	1	0	0	0	2	0	24	20	24	0	1	0
Boyacá	3.524	4.176	3.656	5	12	5	0	0	0	7	12	7	0	0	0	2	1	2	30	34	30	15	2	15
Buenaventura	171	422	191	7	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	0	1	
Caldas	1.632	2.828	1.735	8	9	8	0	0	0	4	7	4	0	0	0	2	1	2	28	29	28	4	2	4
Calli	5.430	14.545	5.879	18	23	18	0	0	0	9	19	9	0	0	0	0	3	0	51	95	51	26	20	26
Caquetá	981	1.776	1.036	2	6	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	6	9	6	0	0	0
Cartagena	3.711	4.575	4.715	16	19	16	1	0	1	1	6	1	0	0	0	0	1	0	21	30	21	0	0	0
Casanare	593	1.003	699	4	6	4	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	5	15	5	0	1	0	
Cauca	3.930	4.664	4.224	10	19	10	1	0	1	3	7	3	0	0	0	0	2	0	19	14	19	21	2	21
Cesar	1.768	3.533	1.840	13	21	13	0	0	0	6	4	6	0	0	0	0	1	0	10	25	10	1	0	1
Chocó	575	989	816	9	14	9	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	2	2	1	2	1	1	0	1
Córdoba	4.865	4.058	5.098	14	30	14	0	0	0	8	11	8	0	0	0	1	0	1	35	53	35	2	1	2
Cundinamarca	8.840	10.998	9.398	24	31	24	2	1	0	25	26	25	15	0	5	9	9	0	0	0	8	8	8	8
Guainía	48	120	48	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	113	135	113	0	0	0	
Guaviare	152	279	155	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4	3	0	0	0	
Hulla	3.117	5.171	3.244	7	14	7	1	0	1	8	12	8	0	0	0	13	3	13	33	37	33	2	0	2
La Guajira	1.969	4.578	2.264	10	29	10	0	0	0	2	3	2	0	0	0	0	1	0	12	15	12	0	0	0
Magdalena	1.886	3.270	2.173	9	12	9	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	1	11	13	11	0	1	0
Meta	2.818	4.150	3.009	11	14	11	2	0	0	4	8	4	1	0	1	3	1	3	40	24	40	5	4	5
Nariño	3.624	6.492	3.734	15	16	15	0	0	0	3	12	3	0	0	0	6	5	6	35	47	35	9	0	9
Norte de Santander	4.424	5.884	5.006	5	19	5	0	0	0	9	12	9	0	0	0	0	5	0	51	63	51	3	3	3
Putumayo	770	1.275	848	2	5	2	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	1	0	9	11	9	2	0	2
Quindío	1.864	3.271	1.936	5	5	5	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	14	18	14	5	4	5
Risaralda	1.996	3.864	2.189	4	9	4	1	0	0	3	5	3	0	0	0	1	1	1	35	34	35	3	0	3
San Andrés	267	364	276	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	1.475	1.247	1.561	0	6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9	8	9	1	0	1
Santander	5.798	8.141	6.300	11	17	11	0	0	0	7	5	7	0	0	0	2	7	2	24	51	24	6	4	6
Sucre	1.645	2.812	1.755	7	15	7	0	0	0	4	6	4	0	0	0	7	5	7	25	34	25	3	0	3
Tolima	3.923	5.307	4.137	8	13	8	0	0	0	6	0	6	1	0	0	0	3	0	28	58	28	4	5	4
Valle del Cauca	4.394	6.560	4.677	11	15	11	0	0	0	2	9	2	0	0	0	0	1	0	41	63	41	14	4	14
Vaupés	50	61	53	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	60	108	60	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	
Total nacional	155.235	230.990	210.223	371	587	371	11	9	4	254	345	254	68	5	18	171	131	171	1.142	1.551	1.142	234	140	234



Semana epidemiológica 04

19 al 25 de enero de 2025

TEMA CENTRAL Fiebre amarilla

Nieves Johana Agudelo Chivata, nagudelo@ins.gov.co

Director General INS

Dr. Tomas Gilberto Prasca Cepeda (E)

Expertos temáticos

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Luis Carlos Gómez Ortega

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata (E)

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2025

Citación:

Instituto Nacional de Salud (Colombia). Boletín Epidemiológico Semanal (BES), semana epidemiológica 04 de 2025 [Internet]. p. 1-41. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.04>



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Héctor Eduardo Pachón Melo, hpachon@ins.gov.co
Gerhard Misael Acero de la Parra, gacero@ins.gov.co
Natalí Paola Cortés Molano, ncortes@ins.gov.co
Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co

Eventos trazadores

Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co
Andrea Jineth Rodríguez Reyes, arodriguezr@ins.gov.co
Jessica María Pedraza Calderón, jpgedraza@ins.gov.co
María Camila Giraldo Vargas, mgjraldo@ins.gov.co
Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co
Angélica María Rico Turca, arico@ins.gov.co

Brotos y alertas

Gestor sistema de alerta temprana, eri@ins.gov.co
Javier Alberto Madero Reales, jmadero@ins.gov.co
Claudia Marcela Montaña Fuertes, cmontano@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcella Huguett Aragón, chuguett@ins.gov.co

Editor

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

Correctora de estilo

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

Diseño y diagramación

Wilbert Saul Daza