



Creditos: Mónica Carolina Carrero Niño



Valoración de riesgo en salud por conformación de Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE)

La valoración del riesgo en los ATE permite anticipar y reducir los impactos negativos en la salud y el bienestar de las personas albergadas, al identificar condiciones de vulnerabilidad, exposición a amenazas y deficiencias en infraestructura o servicios básicos.

Semana epidemiológica

26 de octubre al 1 de noviembre del 2025

44

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

Pág.

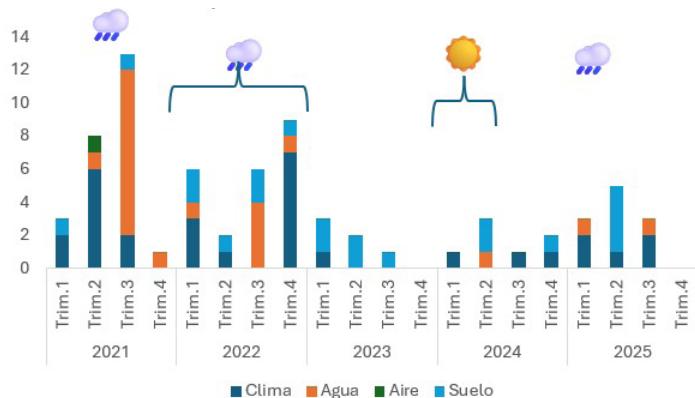
Tema central	3
Situación nacional	8
Mortalidad	10
Eventos trazadores	17
Brotes y alertas	36
Tablas de mando por departamento	39

Los alojamientos temporales de emergencia (ATE) constituyen una estrategia fundamental para proteger a poblaciones afectadas por desastres naturales, emergencias o desplazamientos forzados (1). Aunque su función principal es ofrecer refugio y seguridad, estos espacios pueden convertirse en entornos de alto riesgo para la salud pública dada la concentración de personas en condiciones de vulnerabilidad y cuando las condiciones de agua, saneamiento, higiene, atención médica son insuficientes, dados por las características del medio, su instalación y funcionamiento (2–4).

La valoración de riesgo en salud pública ante la conformación de ATE permite identificar vulnerabilidades, orientar la respuesta institucional y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, control vectorial y promoción de la salud.

Desde el año 2021, se ha observado la activación de múltiples Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) asociados principalmente a situaciones ambientales (figura 1). El análisis temporal evidencia que el segundo trimestre (abril–junio) y el tercero (julio–septiembre) concentran la mayor ocurrencia de estos eventos, coincidiendo con la primera y segunda temporadas de lluvias según la climatología nacional.

Figura 1. Número de Alojamientos Temporales de Emergencia caracterizados por situaciones ambientales, 2021-2025



Fuente: Sivigila-INS

TEMA CENTRAL

Valoración de riesgo en salud por conformación de Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE)

Julián Felipe Chaves Guerrero, jchaves@ins.gov.co
 Mónica Carolina Carreño Niño, mcarreno@ins.gov.co
 Luis Carlos Gómez Ortega, lcgomez@ins.gov.co

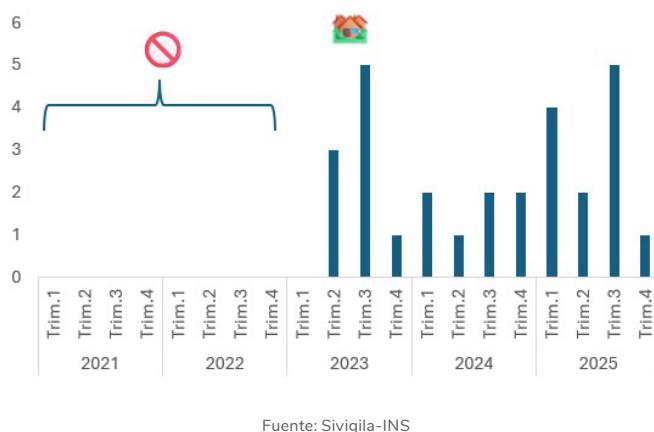


Durante estos períodos se intensifican los eventos hidrometeorológicos extremos (inundaciones, crecientes súbitas, deslizamientos y colapsos estructurales) que provocan pérdida de vivienda y desplazamiento temporal de las comunidades afectadas. La recurrencia de estos eventos genera una presión sostenida sobre los sistemas locales de respuesta y conlleva a la instalación o reactivación de ATE en diferentes regiones del país (5-8).

En muchos territorios, la limitada capacidad de recuperación posterior al impacto inicial, sumada a la persistencia de suelos saturados y lluvias intermitentes, prolonga la permanencia en los alojamientos e incluso duplica la necesidad de refugios durante la segunda temporada de lluvias. Además, la expansión de asentamientos informales en zonas de alto riesgo (riberas, laderas inestables y rondas hídricas), junto con la insuficiencia de infraestructura resiliente y la urbanización no planificada, incrementan la vulnerabilidad de la población frente a nuevos eventos climáticos (5-7).

A partir del 2023, se evidencia un cambio en el reporte de los ATE, con la inclusión de aquellos asociados a situaciones antrópicas (figura 2). Este fenómeno refleja la complejidad del contexto nacional, donde confluyen factores ambientales, sociales y de seguridad, generando escenarios mixtos de riesgo que demandan estrategias integrales de valoración y respuesta en salud pública (8).

Figura 2. Número de Alojamientos Temporales de Emergencia caracterizados por situaciones antrópicas, 2023-2025



Frente a la distribución territorial las entidades territoriales con mayor número de ATE consolidados por componente se encuentra Antioquia, Cundinamarca, Caldas, Nariño y Norte de Santander.

A nivel epidemiológico, la valoración de riesgo en ATE debe considerar la interacción entre cuatro componentes fundamentales: amenaza, exposición, vulnerabilidad y capacidad de respuesta. Las amenazas identifican los riesgos latentes a los que las personas puedan estar expuestas incluso antes de alojarse en los ATE, estos riesgos se derivan directamente por la situación de emergencia ocurrida y comprenden los principales eventos o situaciones asociados a la aparición de síntomas de la población, la relación de componentes ambientales afectados y presencia de vectores. Debido a su relevancia en la determinación del riesgo global, la amenaza posee una ponderación superior en comparación con los demás componentes de riesgo (exposición y contexto), con un peso del 40 % dentro de la evaluación. Este componente se analiza a través de tres preguntas orientadas a describir y valorar el nivel de riesgo identificado (9-12). El componente de exposición se refiere a las condiciones que pueden favorecer o incrementar el contacto de las personas con agentes o factores de riesgo para la salud dentro del ATE. Este componente permite evaluar el grado de vulnerabilidad de la población frente al entorno físico, sanitario, social y epidemiológico presente al interior del ATE (9-13).

En la ponderación total de los componentes de riesgo, la exposición representa un 35 % del peso global. Su valoración se realiza mediante seis preguntas específicas, orientadas a dimensionar el nivel de riesgo asociado a la interacción de las personas con su entorno inmediato

El componente de contexto integra los factores estructurales y situacionales que caracterizan la emergencia o el evento en curso, así como las condiciones propias del territorio que pueden incrementar el nivel de riesgo de la población afectada. Este componente permite comprender el entorno general en el que se desarrolla la situación, aportando elementos esenciales para la interpretación integral del riesgo.

El contexto tiene una ponderación del 25 % dentro del total de la evaluación y se analiza a través de cuatro preguntas diseñadas para dimensionar las condiciones ambientales, sociales y territoriales que inciden en la exposición al riesgo dentro del ATE (14-19).



Frente a la capacidad de respuesta es un componente protector del riesgo al que se encuentra expuesta la población que se encuentra alojada en un ATE. La capacidad de respuesta entra a reducir el riesgo que se identifica en los componentes de amenaza, exposición y contexto. Este factor protector se compone de la capacidad de respuesta con la que cuentan los municipios y los departamentos; también, se compone de cuatro preguntas que lo describe.

Para la validación de la metodología de valoración de riesgo de ATE se tuvieron en cuenta dos grupos de validadores (expertos e inexpertos). El grupo de expertos estuvo compuesto por personas de las entidades territoriales que han manejado situaciones de conformación de ATE. El grupo de inexpertos estuvo compuesto por funcionarios del área de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud.

Para los dos grupos se aplicó la misma metodología de validación que consistió en una jornada por cada grupo donde se les contextualizó sobre los ATE, inicialmente; posteriormente se les compartió un taller con cuatro escenarios de emergencia donde se conforman ATE. Con la información suministrada en el taller los validadores utilizaron la herramienta de valoración de riesgo de ATE con el fin de valorar el riesgo en cada uno de los escenarios planteados. Los escenarios son nombrados de la siguiente forma: Iota, Nariño, Chocó y Arauca. Los resultados de cada grupo de validadores fueron analizados estadísticamente para verificar la variabilidad de los puntajes de cada valoración de riesgo. Para verificar lo anterior se creó un código en R Studio encargado de tomar los puntajes de cada valoración de riesgo y calcular: media, varianza, desviación estándar, coeficiente de variación, valor máximo, valor mínimo, valor *p* de prueba de Shapiro Wilk y valor *p* de prueba *t* Student. Según los valores obtenidos se puede confirmar si la variación en los valores es normal y por ende que la metodología elaborada para la valoración de riesgo en conformación de ATE se puede aplicar.

Como resultado principal del proceso se obtuvo la matriz de valoración de riesgo para los Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE), acompañada de su respectivo análisis estadístico derivado de las validaciones realizadas por los grupos internos y externos de expertos.

El análisis estadístico, mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, evidenció que el 50 % de los puntajes obtenidos en la valoración de riesgo presentan una distribución normal, lo cual respalda la consistencia de las

evaluaciones realizadas en dichos componentes. En el 50 % restante, se identificaron valores atípicos (*outliers*) que introducen variabilidad en los datos y explican la desviación respecto a la normalidad.

No obstante, incluso en los componentes que no cumplieron con los supuestos de normalidad, se observó una tendencia central definida, con una moda claramente marcada y una alta concentración de valores en torno a ella. Este patrón sugiere un comportamiento estable de los puntajes, que permite interpretar los resultados como representativos del comportamiento general de la valoración, una vez se controlan los efectos de los valores extremos. Estos hallazgos permiten inferir que la matriz de valoración de ATE es una herramienta estadísticamente consistente, sensible a las variaciones contextuales y útil para la estimación comparativa del riesgo en diferentes escenarios de emergencia.

Conclusiones:

- La valoración de riesgo permite anticipar condiciones que pueden afectar la salud de las personas albergadas (como hacinamiento, falta de saneamiento o exposición a vectores), facilitando la adopción de medidas preventivas que reducen brotes, enfermedades y complicaciones sanitarias durante y después de la emergencia.
- Evaluar los riesgos antes, durante y después del establecimiento de un ATE permite priorizar intervenciones, distribuir adecuadamente los recursos y fortalecer la coordinación entre sectores, garantizando una respuesta rápida, oportuna y basada en evidencia.
- Incorporar la valoración de riesgo en los ATE contribuye a desarrollar comunidades más resilientes. Esto transforma los alojamientos de una medida temporal a una estrategia preventiva dentro del marco de adaptación al cambio climático y gestión del riesgo de desastres.
- La validación de la matriz de valoración de riesgo de los ATE se consideró exitosa, ya que los resultados del análisis estadístico demostraron el cumplimiento de los criterios de normalidad. En consecuencia, se aprueba su implementación como una herramienta confiable y técnicamente sólida para la evaluación del riesgo en alojamientos temporales de emergencia.



Desafíos y oportunidades:

- Incremento esperado de ATE: debido a la compleja geografía del país, la variabilidad climática y los factores sociales, se proyecta una tendencia al aumento de los alojamientos temporales de emergencia en los próximos años.
- Articulación intersectorial: se requiere fortalecer la coordinación entre los sectores de salud, ambiente, gestión del riesgo y las comunidades para garantizar una respuesta oportuna y efectiva.
- Fortalecimiento de capacidades: promover la capacitación y evaluación continua del personal involucrado en la gestión y respuesta de los ATE.
- Gestión basada en riesgo: incorporar la valoración del riesgo en los mecanismos de respuesta rápida para mejorar la toma de decisiones y la priorización de acciones.

6

Referencias

1. Organización Mundial para las Migraciones (OIM). Alojamientos temporales [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 3]. Available from: <https://colombia.iom.int/es/alojamientos-temporales>.
2. Cruz M, Garcia S, Muhammad Chowdhury, Malilay Josefina, Perea N, Williams Dale. Assessing the Congregate Disaster Shelter: Using Shelter Facility Assessment Data for Evaluating Potential Hazards to Occupants During Disasters. Journal of public health management and practice. 2017;
3. Sphere Association. The sphere handbook : Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response [Internet]. Sphere Association; 2018 [cited 2025 Oct 29]. 406 p. Available from: <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf>
4. World Health Organization. Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. World Health Organization. 2018;
5. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Cambridge: Cambridge University Press. 2022;
6. Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD). Informe de Gestión UNGRD 2022. 2022 [cited 2025 Oct 29]; Available from: <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Informes-de-Gestion/Informe-de-Gestion-UNGRD-2022.pdf>
7. José González Angulo E, Jaramillo G, Subdirector M, Calderón FC, Dorado González L, Velandia G, et al. Plan Nacional de Gestión del Riesgo Temporada de lluvias (Informe estacional) [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/PNC/PNC-2TEMPORADA-LLUVIAS-2021.pdf>
8. Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). 2025 Global Report on Internal Displacement (GRID) [Internet]. 2025 May. Available from: <https://www.internal-displacement.org/publications/2025-global-report-on-internal-displacement-grid/>
9. Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD). guía metodológica para la estimación y análisis del riesgo. 2021;
10. Instituto Nacional de Salud. PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA [Internet]. [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://www.ins.gov.co/conocenos/sig/SIG/POE-R02.4220-001.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. 2019;
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). análisis de riesgo en salud pública: fundamentos y herramientas para la gestión de emergencias. [Internet]. 2018 [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51836>
13. Toole MJ., Waldman RJ. The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. [cited 2025 Oct 29]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9143721/>



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



14. Cutter SL, Burton CG, Emrich CT. Disaster Resilience Indicators for Benchmarking Baseline Conditions. *J Homel Secur Emerg Manag.* 2010 Aug 5;7(1).
15. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Humanitarian Response Plan Guidelines.
16. Inter Agency Standing Committee (IASC). Orientación operativa para evaluaciones coordinadas en crisis humanitarias.
17. Wisner C, Nivaran D. At Risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters Second edition 2003.
18. Cardona OVAMBJ, FM, MG, RP, PRSESBDH, KM, DI, EKLA, MR, MV, PM, PJ, SA y TF. Determinantes del riesgo: Exposición y vulnerabilidad. En Gestión de los riesgos de eventos extremos y desastres para promover la adaptación al cambio climático: Informe especial del Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático . Cambridge University Press. 2012;
19. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). Acción Climática y Reducción Riesgo de Desastre.



7



SITUACIÓN NACIONAL

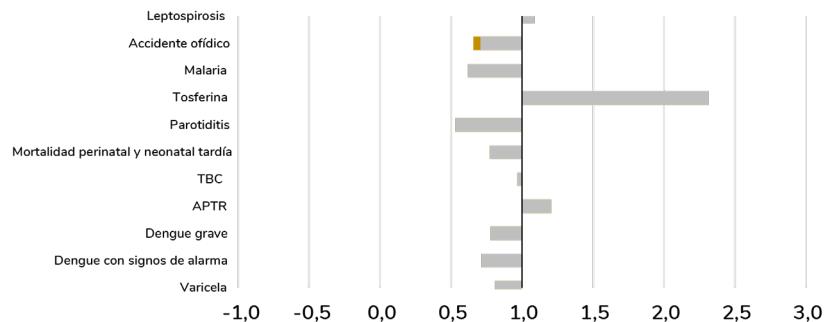
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 44 del 2025, se identifica que el evento de accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025.



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

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

*TBC: Tuberculosis

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	168 071	140 922	1,27	0,20

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



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

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

En la semana epidemiológica 44 del 2025, el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de los esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	11	94	0.00
Zika	3	4	0.21
Lepra	3	7	0.06
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0.22
Mortalidad por dengue	4	2	0.11
Chikungunya	2	3	0.25
Leishmaniasis mucosa	0	1	0.25

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

A partir de la semana 17 del 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 a la semana 44 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 44 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 816 / 4 816); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y con relación a la semana 44 del año anterior un aumento del 0,1 %. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

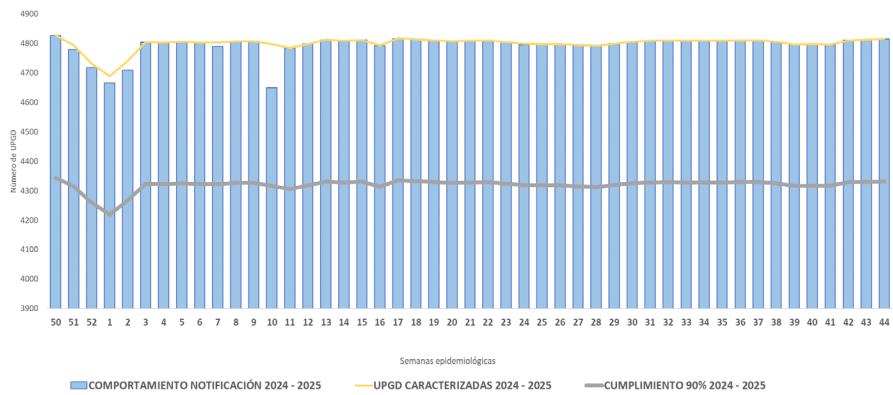
A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 4).



Salud



Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025



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



MORTALIDAD



Salud

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de 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 de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. Para el 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 44 del 2025, se han notificado 637 muertes probables en menores de cinco años: 372 por infección respiratoria aguda (IRA), 170 por desnutrición (DNT) aguda y 95 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, ocho casos de IRA, seis de DNT aguda y dos de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 44 del 2025 se han notificado 621 fallecimientos (364 por IRA, 164 por DNT aguda y 93 por EDA); de estos, 347 casos han sido confirmados, 119 han sido descartados y 155 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 44 2025			Casos en estudio a SE 44 2025			Tasa a SE 44 2024			Tasa a SE 44 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	111	185	51	32	93	30	4,85	7,77	3,24	3,01	5,02	1,38
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	3	20	2	6	17	2	3,72	3,48	1,63	0,71	4,71	0,47
Arauca	1	1	0	0	1	0	4,17	12,50	0,00	4,23	4,23	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	5,83	8,33	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	2	1	0	1	1	2,33	5,82	1,16	0,00	2,40	1,20
Bogotá D. C.	0	13	0	0	7	0	0,00	5,65	0,23	0,00	2,99	0,00
Bolívar	1	5	0	1	1	0	1,79	9,82	1,79	0,90	4,51	0,00
Boyacá	0	6	2	1	0	1	0,00	4,69	0,00	0,00	7,11	2,37
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	1	5,88	8,83	8,83	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	0	0	0,00	5,17	0,00	0,00	1,75	1,75
Santiago de Cali D. E.	0	7	1	0	2	0	0,85	5,93	0,00	0,00	6,08	0,87
Caquetá	1	1	0	1	4	1	7,47	17,44	2,49	2,51	2,51	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	6	1	0	4	0	1,26	10,10	1,26	1,30	7,79	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	7,65	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	6	4	2	3	1	0,00	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	9	5	3	2	0	0	7,40	6,66	3,70	6,68	3,71	2,23
Chocó	27	24	9	13	9	8	52,14	50,61	55,21	41,52	36,91	13,84
Córdoba	9	8	3	0	4	1	4,06	6,38	1,74	5,27	4,68	1,76
Cundinamarca	0	12	0	0	4	3	0,00	3,54	0,00	0,00	5,29	0,00
Guainía	2	2	0	0	0	1	0,00	54,25	27,13	26,72	26,72	0,00
Guaviare	0	1	1	0	0	0	11,76	11,76	0,00	0,00	11,91	11,91
Huila	1	1	0	0	3	0	0,93	4,64	0,00	0,94	0,94	0,00
La Guajira	27	11	10	1	12	2	32,86	26,64	20,42	24,06	9,80	8,91
Magdalena	6	9	1	0	2	0	13,10	9,82	1,09	6,61	9,91	1,10
Meta	2	5	1	0	0	0	6,89	5,74	3,45	2,32	5,80	1,16
Nariño	2	9	1	0	1	0	2,34	2,34	0,78	1,58	7,11	0,79
Norte de Santander	0	2	0	0	1	2	3,37	3,37	1,68	0,00	1,71	0,00
Putumayo	0	1	0	0	1	1	2,98	5,95	2,98	0,00	2,98	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	5	7	5	2	2	13,17	13,17	11,52	1,67	8,35	11,69
Archipiélagos de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	2	0	0	0	0	0,00	2,25	4,49	4,54	4,54	0,00
Santander	0	1	0	0	2	0	0,64	3,84	4,48	0,00	0,65	0,00
Sucre	1	5	0	0	1	0	9,04	6,78	0,00	1,14	5,69	0,00
Tolima	0	2	0	0	2	0	0,00	6,39	2,13	0,00	2,15	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	2	1	2,25	6,74	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	1	0	3	0	2	1	36,48	36,48	18,24	18,21	0,00	54,62
Vichada	8	4	0	0	0	0	37,17	68,15	6,20	48,18	24,09	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: semana epidemiológica
Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.



Salud

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 364 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 127 confirmadas por clínica y 58 por laboratorio, 86 descartadas y 93 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 5,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 44 fueron 290, para una tasa de mortalidad de 7,8. casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 44 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C, Bolívar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira y Meta y, a nivel municipal, en Cáceres, Güicán de La Sierra, Pueblo Bello, Soacha, Lloró, Maicao y San Andrés de Tumaco D. E.. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Rhinovirus, Enterovirus, Virus Sincitial Respiratorio, Haemophilus influenzae B, Influenza A, Streptococcus pneumoniae, Adenovirus, Bordetella pertussis, Staphylococcus Aureus y Moraxella catarrhalis (tabla 4).

12

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2024-2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	14	7	5	2	2	30	12	2	6	0	0	20
Enterovirus	8	5	3	2	1	19	10	1	4	0	0	15
Virus Sincitial Respiratorio	37	5	1	1	0	44	11	1	2	1	0	15
Haemophilus influenzae B	5	2	2	0	0	9	8	3	0	0	0	11
Influenza A	7	3	0	0	2	12	7	0	2	1	0	10
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	6	2	2	0	0	10
Adenovirus	8	6	2	0	0	16	6	0	2	1	0	9
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	9
Staphylococcus aureus	11	1	2	2	0	16	8	1	0	0	0	9
Moraxella catarrhalis	4	1	2	2	1	10	4	3	1	0	0	8
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	4	1	0	1	0	6
Influenza B	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	3
Klebsiella pneumoniae	3	1	1	0	0	5	2	1	0	0	0	3
Metapneumovirus	4	1	1	1	0	7	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Pseudomonas aeruginosa	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	129	39	24	14	8	214	95	18	19	5	0	137

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 164 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 111 fueron confirmadas, 21 descartadas y 32 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 44 fue de 181, para una tasa de mortalidad de 4,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 44 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira,



Salud

Magdalena, Meta, Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran y dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 93 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cuatro confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli, Norovirus, Adenovirus y Klebsiella pneumoniae), 47 confirmadas por clínica, 12 descartadas y 30 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 44 fue de 121 para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 44 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Uribe, Mistrató y Mitú. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes 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, 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 usaron 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 <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/UFOZ8779>

En la semana epidemiológica 44 del año 2025 se notificaron al Sivigila seis casos: tres muertes maternas tempranas y tres muertes maternas tardías. El país acumula 161 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 154 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).


Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	221	128	52	401
2023	201	129	70	400
2024	174	109	38	321
2025p	154	112	37	303

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 44 del 2025 fue de 42,6 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 46,7 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica del 2024. A la semana epidemiológica 44 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C, La Guajira, Cesar, Antioquia, Nariño y Norte de Santander. En comparación con el promedio histórico 2021–2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional y en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Meta, Santa Marta D. T. y Sucre. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Riohacha (La Guajira), Maicao (La Guajira), Soledad (Atlántico) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 44 del año 2025, el 58,4 % corresponden a causas directas y el 35,1 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 18,8 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021–2024 a SE 44	Acumulado de casos a SE 44		Razón de MM por 100 000 NV a SE 44	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	251	174	154	46,7	42,6
Guainía	0	0	3	0,0	471,0
Chocó	13	15	6	312,7	125,2
Cesar	11	11	13	87,9	107,4
La Guajira	21	22	15	151,8	104,0
Casanare	3	1	4	25,5	103,0
Vichada	4	3	1	260,2	98,0
Nariño	10	7	8	72,5	83,5
Atlántico	8	4	7	38,3	69,1
Magdalena	9	4	5	49,6	65,3
Norte de Santander	6	5	8	37,6	64,5
Bolívar	9	3	5	29,7	51,0
Boyacá	4	2	4	23,1	49,2
Buenaventura D. E.	3	2	1	88,2	47,8
Barranquilla D. E.	6	4	5	35,6	45,1
Santa Marta D. T.	6	2	2	38,6	39,9
Córdoba	12	7	5	47,6	35,8
Santiago de Cali D. E.	6	5	5	35,1	35,8
Putumayo	3	3	1	101,5	35,2
Risaralda	3	2	2	31,2	34,3
Tolima	6	4	3	42,8	32,1
Bogotá D. C.	24	18	15	37,7	31,9
Meta	8	7	3	71,9	31,7
Quindío	2	0	1	0,0	31,7
Cundinamarca	13	10	7	43,8	31,4
Huila	5	5	3	45,3	28,2
Antioquia	20	12	12	27,3	27,9
Santander	8	4	4	25,5	25,8
Caquetá	2	0	1	0,0	25,5
Valle del Cauca	5	2	2	17,5	17,9
Sucre	5	2	1	24,9	13,1
Cauca	7	7	1	65,7	10,1
Cartagena de Indias D. T.	7	0	1	0,0	10,0
Arauca	2	0	0	0,0	0,0
Caldas	3	1	0	19,9	0,0
Guaviare	1	0	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0	0	0,0	0,0
Amazonas	1	0	0	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0,0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE X (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos PE X 2024 - 2025 datos preliminares. SE: semana epidemiológica

Tabla 7. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 44	Valor observado SE 44
Colombia	251	154
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Belén (Boyacá)	0	1
Magüí (Nariño)	0	1
Pital (Huila)	0	1
Pijao del Carmen (Magdalena)	0	1
Riohacha (La Guajira)	5	1
Maicao (La Guajira)	5	1
Soledad (Atlántico)	5	1

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 44	Número de casos y proporción a SE 44 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	188	201	100	174	100	154	100
DIRECTA	124	135	67,2	112	64,4	90	58,4
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	35	37	18,4	33	19,0	29	18,8
Hemorragia obstétrica	34	32	15,9	35	20,1	28	18,2
Sepsis obstétrica	14	18	9,0	9	5,2	10	6,5
Evento tromboembólico como causa básica	15	20	10,0	10	5,7	7	4,5
Embarazo ectópico	10	11	5,5	8	4,6	7	4,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,0	6	3,4	5	3,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,5	3	1,7	2	1,3
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,0	4	2,3	2	1,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	2	1	0,5	2	1,1	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	2,0	1	0,6	0	0,0
INDIRECTA	61	63	31,3	58	33,3	54	35,1
Otras causas indirectas	25	25	12,4	24	13,8	24	15,6
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,0	6	3,4	16	10,4
Sepsis no obstétrica	11	11	5,5	10	5,7	5	3,2
Otras causas indirectas: cáncer	9	9	4,5	8	4,6	3	1,9
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	1,9
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,5	4	2,3	2	1,3
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,3	1	0,6
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	1,0	1	0,6	1	0,6
En estudio	2	1	0,5	3	1,7	9	5,8

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

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.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de 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 del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n < 30$ acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ($n > 30$ acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

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

A semana epidemiológica 44 del 2025 se han notificado 4 799 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 750 corresponden a residentes en Colombia y 49 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (568), Antioquia (559), Cundinamarca (298), La Guajira (222) y Santiago de Cali D. E. (222). Las razones más altas se observaron en Vichada



(41,0), Buenaventura D. E. (35,7), Amazonas (30,6), Bolívar (28,1) y Chocó (26,2). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 44 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decrecimiento en Chocó y Putumayo. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Guamal (Meta) y Silos (Norte de Santander) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,1 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,1 %, neonatales tardías con 17,8 % y fetales intraparto con 9,9 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,0 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,3 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 44 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 44	Acumulado de casos a SE 44		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	6 884	5 026	4 750	13,4	13,1
Vichada	34	27	31	27,2	41,0
Buenaventura D. E.	73	45	62	23,7	35,7
Amazonas	15	12	17	19,2	30,6
Bolívar	202	128	143	23,3	28,1
Chocó	172	141	92	38,5	26,2
Vaupés	13	13	10	30,1	24,9
Valle del Cauca	185	150	144	23,4	24,1
Guainía	16	9	14	15,1	21,3
Atlántico	219	136	115	23,8	21,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	14	9	30,8	20,6
Cundinamarca	365	322	298	23,3	20,1
Cauca	226	153	144	18,3	18,2
Magdalena	167	130	111	18,8	18,1
La Guajira	364	257	222	18,0	15,7
Nariño	182	159	152	16,3	15,7
Córdoba	363	233	212	15,6	14,9
Casanare	69	52	54	14,0	14,9
Meta	157	122	141	12,3	14,8
Guaviare	11	10	12	11,8	14,5
Cesar	244	153	170	11,9	13,5
Putumayo	54	48	35	17,0	13,1
Antioquia	770	566	559	12,9	13,0
Arauca	56	34	31	13,6	12,9
Caldas	83	68	61	13,2	12,6
Quindío	56	43	39	12,9	11,8
Boyacá	125	94	94	10,7	11,4
Caquetá	57	37	44	9,0	11,0
Sucre	166	115	92	12,6	10,8
Santiago de Cali	264	226	222	10,8	10,7
Risaralda	100	78	65	10,9	10,4
Bogotá D. C.	747	629	568	10,9	10,3
Cartagena de Indias D. T.	229	144	135	10,6	10,2
Tolima	148	103	89	11,6	10,2
Norte de Santander	212	132	124	10,0	10,1
Huila	157	109	111	9,5	10,0
Barranquilla D. E.	267	154	148	9,2	9,0
Santander	214	140	134	8,6	8,4
Santa Marta D. E.	89	40	46	6,7	7,4

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

SE: semana epidemiológica.



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 44 2020 - 2024	Valor observado a SE 44 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	6 884	4 750	-
Agustín Codazzi (Cesar)	16	27	25
Tocancipá (Cundinamarca)	6	13	17
Timbiquí (Cauca)	5	11	18
Altos del Rosario (Bolívar)	2	8	4
Aguazul (Casanare)	4	8	39
Villapinzón (Cundinamarca)	2	7	8
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	12
Abejorral (Antioquia)	2	5	6
San Carlos (Antioquia)	2	5	9
Buriticá (Antioquia)	1	5	6
Guamal (Meta)	1	4	2
Silos (Norte de Santander)	1	4	2

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 44, 2023 -2025					
	2023 a SE 44	(%)	2024 a SE 44	(%)	2025 a SE 44	(%)
Colombia	6 048	100,0	5 026	100,0	4 750	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 505	24,9	1 314	26,1	1 235	26,0
Prematuridad-inmadurez	1 104	18,3	833	16,6	795	16,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	965	16,0	752	15,0	631	13,3
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	638	10,5	566	11,3	439	9,2
Infecciones	526	8,7	436	8,7	395	8,3
Malformación congénita	542	9,0	460	9,2	377	7,9
Sin información	34	0,6	0	0,0	268	5,6
Otras causas de muerte	364	6,0	333	6,6	270	5,7
Causas no específicas	139	2,3	129	2,6	161	3,4
Trastornos cardiovasculares	153	2,5	152	3,0	135	2,8
Lesión de causa externa	57	0,9	23	0,5	22	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	21	0,3	28	0,6	22	0,5

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

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

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



EVENTOS TRAZADORES



Salud

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 44 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual negativa en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa y urgencias, hospitalizaciones de sala general y en las unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM) en comparación con el periodo anterior, la cual no es estadísticamente significativa (-30 %) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 37 a 44 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 37 a SE 40 2025	SE 41 a SE 44 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	571 995	486 233	● -14,99%	↙
Hospitalización en sala general	23 794	20 722	● -12,91%	↙
Hospitalización en UCI/UCIM	2 994	2 741	● -8,45%	↙

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 44 del 2025 se notificaron 118 907 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2021), se observó incremento en Chocó, La Guajira, Santa Marta D. T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E., Huila y Archipiélago de San Andrés y providencia. Las 30 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 (41 a 44 del 2025) en 20 municipios (tabla 13).



Salud

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 41 a 44 del 2025

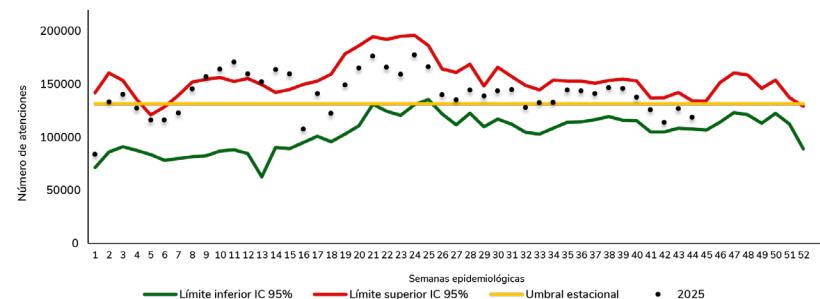
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	51 717	62 673	2 418	8 755
Atlántico	Soledad	86 047	83 045	7 310	8 199
La Guajira	Uribia	47 968	43 624	2 635	5 580
Cundinamarca	Soacha	68 403	71 244	3 566	5 292
Antioquia	Itagüí	70 306	70 389	4 265	4 510
Antioquia	Bello	65 683	52 929	4 559	3 861
Cundinamarca	Chía	56 861	50 022	3 455	3 627
Antioquia	Rionegro	25 319	31 728	2 019	2 123
Santander	Floridablanca	24 525	29 141	1 745	1 825
Córdoba	Sahagún	20 821	21 970	1 727	1 786
Valle del Cauca	Palmira	25 486	23 771	1 563	1 764
Risaralda	Dosquebradas	23 700	26 222	1 270	1 745
Cundinamarca	Zipaquirá	18 758	20 575	1 515	1 712
Santander	Barrancabermeja D. E.	17 226	25 543	789	1 709
Magdalena	Ciénaga	21 129	20 379	718	1 623
Bolívar	Magangué	14 979	19 669	837	1 620
Boyacá	Sogamoso	14 282	18 661	1 193	1 548
Cundinamarca	Funza	12 709	14 269	937	1 478
Córdoba	Cerete	15 677	16 644	652	1 440
Antioquia	Envigado	20 973	22 061	1 625	1 400
Boyacá	Duitama	23 368	19 241	1 798	1 390
Córdoba	Lorica	13 647	13 880	1 018	1 202
Valle del Cauca	Yumbo	12 079	12 751	959	1 166
Antioquia	Apartadó	15 557	15 392	1 011	1 140
Huila	Pitalito	10 444	11 948	733	1 111
Cundinamarca	Girardot	18 139	17 563	1 204	1 087
Cundinamarca	Facatativá	19 561	15 503	1 411	1 075
Antioquia	Turbo D. E.	12 787	13 198	833	1 033
Valle del Cauca	Cartago	14 479	14 778	606	1 004
Cundinamarca	Madrid	16 895	12 719	969	997
Norte de Santander	Ocaña	14 204	15 078	417	968
Casanare	Yopal	13 778	13 068	922	894
Valle del Cauca	Tuluá	15 087	11 147	526	820
Cesar	Aguachica	7 975	10 458	735	810
Atlántico	Malambo	8 421	6 811	449	797
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	7 614	6 328	658	678
Santander	Piedecuesta	5 873	9 096	232	604
Cauca	Santander de Quilichao	11 082	9 611	818	514
Cundinamarca	Mosquera	5 802	6 611	317	499
Santander	Girón	7 268	7 260	252	474
Cauca	Guapi	2 306	4 363	187	414
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 728	5 406	294	254
Nariño	La Florida	678	658	47	53

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (41 a 44 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,8 % (125 875) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 18,5 % (90 156). 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 10,8 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,1 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas epidemiológicas 16 a la 44 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 44 del 2025 se notificaron 4 743 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Chocó y Guainía e incremento en Arauca, Barranquilla D. E., Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre, Tolima y Vaupés. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (41 a 44 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 841) representaron el 28,1 %, seguido de los

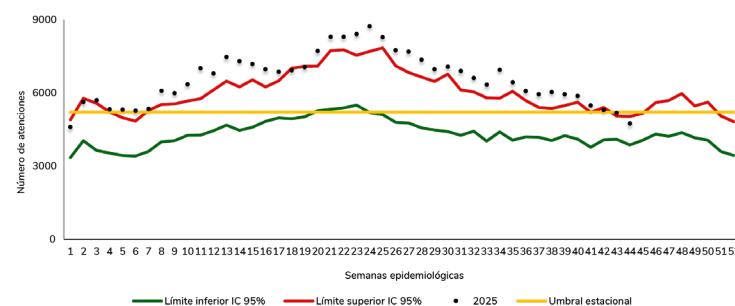


Salud

menores de un año con el 17,7 % (3 667). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 25,2 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,5 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, a excepción de las semanas 18 y 19 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una disminución sostenida a partir de la semana 25, ubicándose en semana 44 por debajo del límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2025

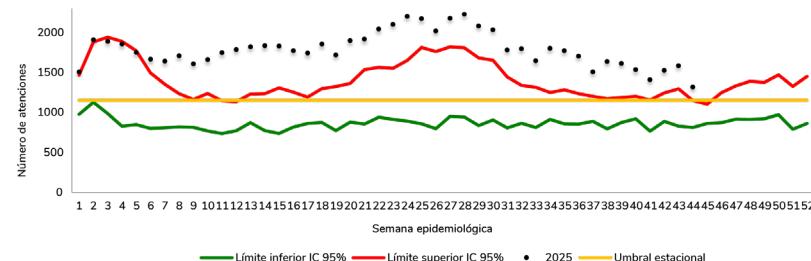


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 44 del 2025, se notificaron 1 319 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 44 se ubicó por encima del límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2025



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

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

En la semana epidemiológica 44 del 2025 se notificaron 637 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Risaralda y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena y Meta. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

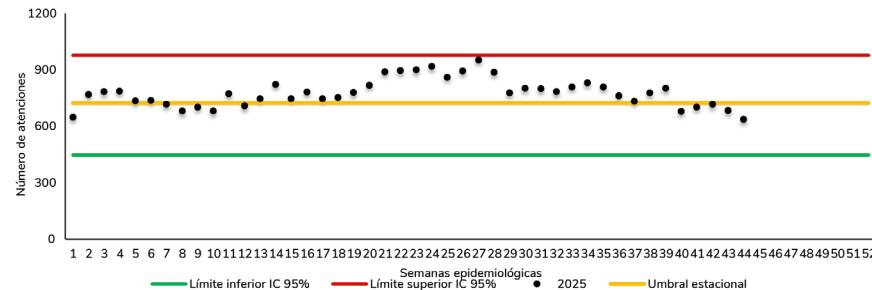
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (41 a 44 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,9 % (985), seguido de los menores de un año con el 24,5 % (673) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 23,3 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 19,3 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, (alcanzando el límite superior en semana 21 a 28), seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 y 44 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 8).



Salud

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2025

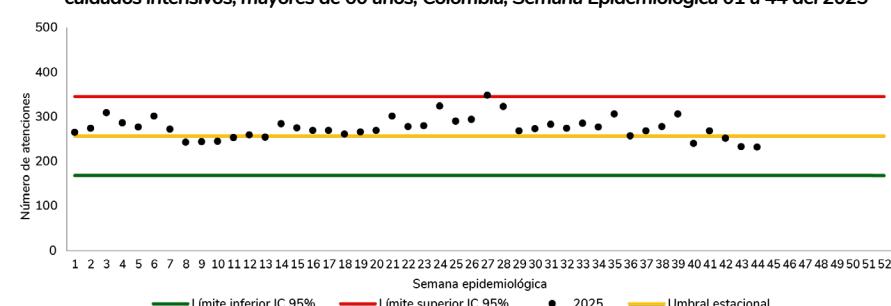


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 44 del 2025, se notificaron 232 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana que se ubica por debajo del umbral estacional (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 44 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 41 a 44 del 2025 se observó una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa y urgencias, hospitalizaciones en sala general y en UCI/UCIM en comparación con el

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.

periodo anterior cual alcanza no es estadísticamente significativa. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM para semana 44 se encontraron dentro de los límites esperados.

Según el boletín de predicción climática del IDEAM para los meses de octubre, noviembre y diciembre, las salidas de los modelos favorecen acumulados de lluvia con tendencia al exceso en amplias extensiones del territorio nacional¹. Esto indica que durante este trimestre se podrían registrar precipitaciones superiores a los promedios históricos, generando condiciones de mayor humedad en el ambiente y bajas temperaturas.

En este contexto y como parte de la preparación ante el inicio del segundo pico respiratorio, se insta a las entidades territoriales a:

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

¹ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática para octubre-noviembre-diciembre [Internet]. Bogotá: IDEAM; [cited 2025 Oct 23]. Disponible en: <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/Bolet%C3%ADn-de-predicci%C3%B3n-clim%C3%A1tica>



Salud

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

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 44 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa variación significativa al incremento para rinovirus y parainfluenza. Al decremento los virus VSR e Influenza A(H1N1) pdm09. Los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 37 a 44 del 2025

Agente viral identificado	SE 37 a SE 40			SE 41 a SE 44			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	51,4	60,7	34,6	48,6	57,3	21,3	↓↓
Rinovirus	19,4	19,3	14,8	24,9	24,6	30,0	↑↑
VSR	26,7	35,9	7,4	22,5	26,3	10,0	↑↓
Enterovirus	10,6	9,4	3,7	11,2	9,6	-	
Adenovirus	10,3	11,6	-	8,9	9,6	-	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	8,8	4,4	22,2	5,3	1,8	20,0	
Parainfluenza	5,5	5,5	7,4	10,7	11,4	10,0	↑↓
Metapneumovirus	7,3	7,2	14,8	8,3	10,5	10,0	
A(H1N1)pdm09	7,7	3,3	22,2	3,6	1,8	20,0	↑↓
SARS-CoV2	1,8	1,7	3,7	2,4	1,8	-	
A(H3N2)	-	-	-	0,6	-	-	
Coronavirus	1,8	1,7	3,7	1,8	2,6	-	

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

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

*Se muestra la variación con significancia estadística



Salud

COVID-19

Metodología

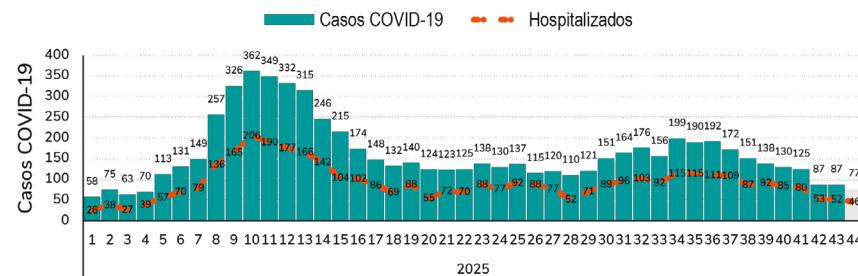
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 44 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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

En Colombia, con corte al 01 de noviembre del 2025 (semana epidemiológica 44) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 7 093 casos de COVID-19 (7 072 de procedencia Colombia y 21 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (41 a 44 del 2025), se ha observado una disminución del 36,4 %, con 376 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025), en el cual se reportaron 591 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 38,1 %, pasando de 373 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 231 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 44 *SE: semana epidemiológica



Salud

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 44 del 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 paraclinicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afectación de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 44 del 2025 se notificaron 1 793 casos de dengue: 1 318 casos de esta semana y 475 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 111 156 casos, 69 269 (62,3 %) sin signos de alarma, 40 803 (36,7 %) con signos de alarma y 1 084 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,1 % (64 561) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Valle del Cauca y Atlántico (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 40 a 43 del 2025) el 55,1 % (3 759) de los casos se concentran en Santander, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Meta, Córdoba, Cesar y Tolima.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025.

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 36-39 de 2025)	Observado (SE 40-43 de 2025)
Santander	10 100	32,7	0,6	718	620
Córdoba	9 852	36,9	0,3	546	387
Meta	9 445	33,6	1,2	515	453
Norte de Santander	8 049	40,2	1,3	675	618
Antioquia	7 878	34,4	0,8	541	513
Cartagena de Indias D. T.	5 592	23,7	1,1	314	461
Tolima	5 405	33,2	1,1	278	348
Valle del Cauca	4 241	26,0	0,5	216	285
Atlántico	3 999	44,3	1,5	239	321
Bolívar	3 836	38,6	0,7	249	311
Cundinamarca	3 624	39,8	0,7	104	125
Sucre	3 518	56,9	0,7	171	142
Huila	3 192	35,2	3,0	86	132
Cesar	3 169	56,4	1,7	372	359
Santiago de Cali D. E.	3 064	34,9	0,8	175	176
Putumayo	2 955	28,2	0,7	96	70
Barranquilla D. E.	2 917	36,0	1,1	111	269
La Guajira	2 721	58,3	1,5	95	144
Arauca	2 422	32,2	1,0	94	85
Caquetá	2 255	39,6	1,3	18	32
Magdalena	1 819	58,3	0,9	211	179
Casanare	1 518	32,1	0,4	36	65
Guaviare	1 136	20,2	0,4	31	153
Nariño	1 076	33,5	1,3	71	62
Chocó	1 069	16,7	0,9	82	114
Risaralda	1 068	35,2	1,2	35	33
Cauca	1 006	38,0	1,5	35	16
Quindío	879	26,5	0,3	51	41
Vichada	720	30,7	0,6	27	30
Boyacá	668	45,4	0,3	27	23
Santa Marta D. T.	646	57,6	0,8	84	117
Amazonas	350	29,1	0,0	29	41
Caldas	323	48,9	0,3	9	12
Exterior	277	49,8	5,1	21	22
Buenaventura D. E.	191	35,1	1,6	14	8
Vaupés	73	12,3	1,4	4	33
Archipiélago de San Andrés y Providencia	52	38,5	0,0	2	1
Guainía	51	35,3	0,0	1	26
Colombia	111 156	36,7	1,0	6 383	6 827

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

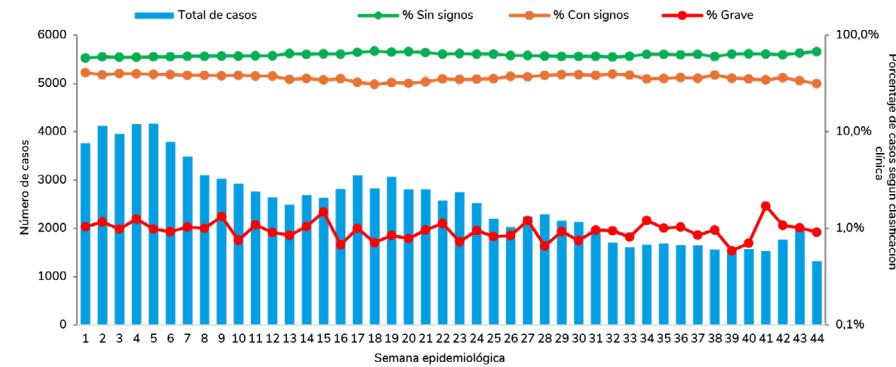
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 40 a 43 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Atlántico, Barranquilla D. E., Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Casanare, Chocó, Guaviare, La Guajira, Huila, Santa Marta D. T., Valle del Cauca, Guainía y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Cauca y Buenaventura D. E.; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 11); 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 40 a 43 del 2025) fueron: Boyacá, Caquetá, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T. y La Guajira.

Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2025.



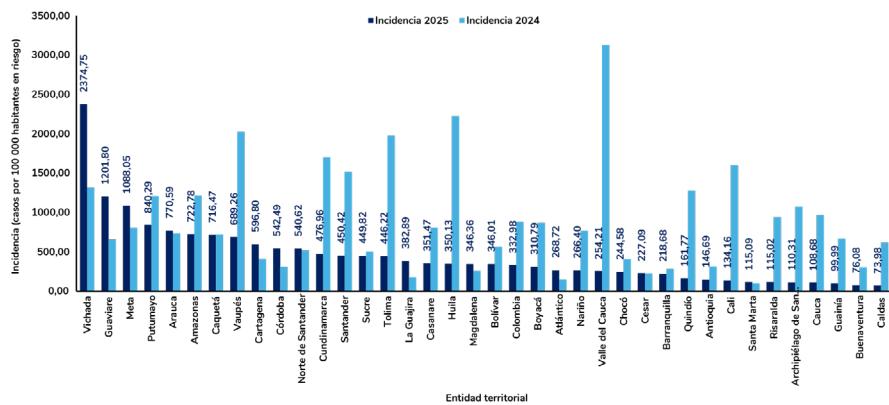
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A la semana epidemiológica 44 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 333,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 880,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 44 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos



por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 630,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2024-2025.



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

26

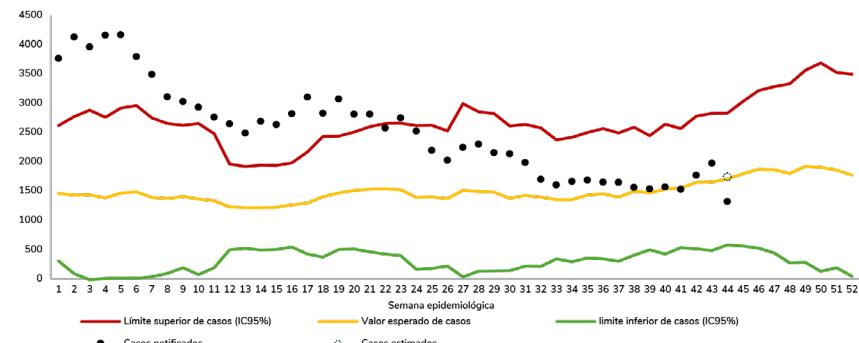
En la semana epidemiológica 44 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 6,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 40 a 43 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025) (figura 13).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 35,1 % (14) se encuentra dentro de lo esperado, el 35,1 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 24,3 % (9) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 44 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 9,9 % (82) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico

para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 10,5 % (6/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 13. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2025.



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 44, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de octubre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	-	Antioquia, Norte de Santander, Risaralda, Vaupés	Arauca, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada
Alerta	Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Córdoba	Chocó, Quindío, Magdalena, Nariño, Santa Marta D.T., Santander y Valle del Cauca	Amazonas, Boyacá, Meta,
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Bolívar, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, La Guajira, Tolima y Sucre	Caquetá, Casanare, Cauca, Huila y Santiago de Cali D. E.

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



Salud

Tabla 18. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Esperado		Observado	
Antioquia	Envigado	51,7	125	3	8	
	Turbo D. E.	305,3	410	28	31	
Córdoba	Cereté	337,2	371	32	17	
Cundinamarca	Fusagasugá	267,9	443	7	14	
Meta	Villavicencio	939,6	4 791	348	305	
Arauca	Arauca	234,1	235	14	13	

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

A semana epidemiológica 44 del 2025, se han notificado 345 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 99 casos, se descartaron 214 casos y se encuentran en estudio 36 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,09 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 258 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 44, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 44, 2025	Letalidad por dengue a SE 44, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,28	0,13
Vichada	2	0	0,28	0,00
La Guajira	7	3	0,26	0,00
Cauca	2	1	0,20	0,08
Putumayo	5	0	0,17	0,26
Huila	5	1	0,16	0,02
Santa Marta D. T.	1	0	0,15	0,17
Barranquilla D. E.	4	0	0,14	0,03
Magdalena	2	3	0,11	0,00
Meta	10	3	0,11	0,10
Bolívar	4	0	0,10	0,14
Antioquia	8	3	0,10	0,12
Chocó	1	0	0,09	0,11
Cartagena de Indias D. T.	5	2	0,09	0,16
Santander	9	4	0,09	0,09
Sucre	3	1	0,09	0,15
Arauca	2	0	0,08	0,17
Norte de Santander	6	2	0,07	0,13
Córdoba	7	0	0,07	0,02
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,07	0,05
Cundinamarca	2	1	0,06	0,05
Atlántico	2	0	0,05	0,09
Tolima	2	7	0,04	0,09
Cesar	1	1	0,03	0,22
Quindío	0	2	0,00	0,10
Caquetá	0	1	0,00	0,13
Guaviare	0	1	0,00	3,05
Exterior	4	0	1,44	1,08
Colombia	95	36	0,09	0,09

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 44 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

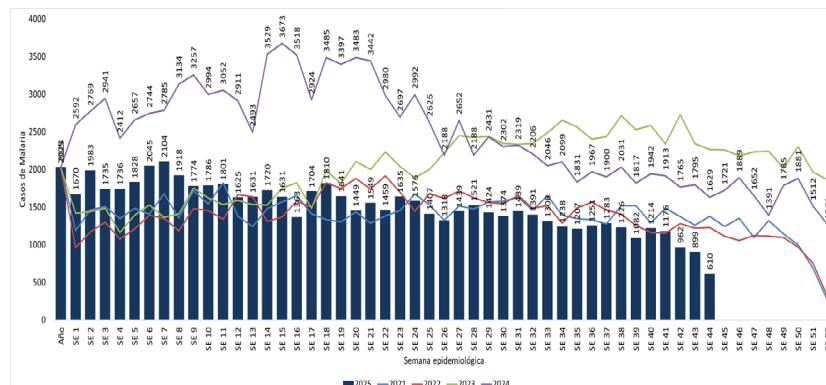
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n.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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/busquedas-eventos/Lineamientos/Protocolo-de-vigilancia-de-malaria-Versión-5-17-de-marzo-de-2022.pdf>

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 14).

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 44 del 2025 se notificaron 1 240 casos de malaria, para un acumulado de 65 942 casos, de los cuales 64 762 son de malaria no complicada y 1 180 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,2 % (44 999), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,6 % (20 163) e infección mixta con 1,2 % (780). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,7 %), Antioquia (15,3 %), Nariño (12,6 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (6,0 %), Risaralda (4,4 %), Amazonas (4,4 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,5 %), Guainía (2,3 %), Bolívar (2,2 %) y Guaviare (1,5 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.



Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 37 a 40	Casos 2025 SE 41 a 44	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 381	137	92	139,16
Córdoba	Tierralta	3 186	232	180	31,92
Chocó	Quibdó	2 738	125	110	18,93
Risaralda	Pueblo Rico	2 589	296	177	154,21
Antioquia	El Bagre	2 029	161	144	36,04
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 777	134	98	5,48
Chocó	Lloró	1 724	175	74	162,47
Nariño	El Charco	1 633	95	49	70,24
Chocó	Bagadó	1 512	246	176	127,67
Nariño	Roberto Payán	1 494	61	43	112,09
Chocó	Bajo Baudó	1 454	95	59	42,85
Guainía	Inírida	1 390	110	107	36,66
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 384	129	79	316,34
Chocó	Tadó	1 372	109	100	68,08
Nariño	Olaya Herrera	1 348	73	45	50,93
Vichada	Cumaribo	1 219	57	65	14,01
Nariño	Magüí	1 217	34	20	4,56
Chocó	Alto Baudó	1 194	126	87	38,19
Chocó	Istmina	1 189	110	49	35,16
Chocó	Medio San Juan	1 092	85	67	92,83
Córdoba	Puerto Libertador	1 085	48	22	23,89
Cauca	Timbiquí	944	14	25	33,58
Boyacá	Cubará	910	26	15	106,82
Antioquia	Nechí	858	39	22	30,75
Nariño	Barbacoas	852	31	29	14,54
Bolívar	Montecristo	851	71	52	46,33
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	838	39	28	3,14
Cauca	Guapi	830	71	58	28,10
Chocó	El Cantón del San Pablo	808	41	27	117,00
Antioquia	Turbo	753	54	56	5,60
Antioquia	Chigorodó	738	32	42	11,86
Chocó	Carmen del Darién	671	39	17	30,29
Antioquia	Segovia	637	57	34	15,57
Antioquia	Cáceres	583	45	11	18,71
Chocó	Medio Baudó	580	46	35	34,33

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 72,4 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,1 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decreto en el municipio de Bagadó, Cumaribo, Quibdó, Inírida, Tarapacá (CD), Lloró, Cubará, Alto Baudó, Montecristo y Bajo Baudó y en incremento los municipios de El Bagre, Bagadó y Cumaribo (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,5 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decreto en los municipios de

El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Roberto Payán, Magüí, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Lloró, Istmina, Barbacoas, Tierralta y Medio San Juan y en incremento el municipio de Timbiquí como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 37 a 40 de 2025	Casos SE 41 a 44 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	168	98	-42 %	7,5 %
Córdoba	Tierralta	202	151	-25 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	254	177	-30 %	5,1 %
Antioquia	El Bagre	123	130	6 %	3,7 %
Chocó	Quibdó	89	60	-33 %	3,3 %
Guainía	Inírida	96	75	-22 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	94	66	-30 %	2,5 %
Córdoba	Puerto Libertador	46	25	-46 %	2,3 %
Chocó	Bagadó	128	130	2 %	2,3 %
Chocó	Lloró	111	56	-50 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	30	74	147 %	2,2 %
Boyacá	Cubará	28	16	-43 %	2,1 %
Chocó	Alto Baudó	75	30	-60 %	1,7 %
Bolívar	Montecristo	65	52	-20 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	55	43	-22 %	1,6 %

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



Salud

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 44 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 37 a 40 de 2025	Casos SE 41 a 44 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	86	45	-48 %	7,6 %
Chocó	Quibdó	51	45	-12 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	71	56	-21 %	5,5 %
Cauca	Tímbiquí	14	25	79 %	4,7 %
Nariño	Roberto Payán	24	5	-79 %	4,5 %
Nariño	Magüí	23	11	-52 %	4,4 %
Cauca	Guapi	61	56	-8 %	3,8 %
Chocó	Bajo Baudó	46	19	-59 %	3,7 %
Chocó	Tadó	54	54	0 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	34	24	-29 %	3,6 %
Chocó	Lloró	67	27	-60 %	3,2 %
Chocó	Istmina	54	16	-70 %	3,0 %
Nariño	Barbacoas	12	7	-42 %	2,8 %
Córdoba	Tierralta	38	28	-26 %	2,5 %
Chocó	Medio San Juan	36	29	-19 %	2,5 %

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

Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que de acuerdo con el comportamiento histórico, a semana epidemiológica 44 del 2025, el país se encuentra dentro de lo esperado; en tres entidades territoriales se identificó situación de incremento y 9 en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 44 2024	SE 44 2024	Acumulado a SE 44 2025	SE 44 2025	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	84	0	129	0	3	16
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	690	53	1 399	8	67	79
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	49	3	2	15
Amazonas	El Encanto (CD)	4	1	0	60	0	0	25
Amazonas	La Pedrera (CD)	5	223	15	421	76	109	193
Antioquia	Anorí	5	70	0	104	0	8	14
Antioquia	Medellín D. E.	4	36	0	27	1	1	4
Antioquia	Tarazá	4	493	3	467	0	11	24
Antioquia	Turbo	5	1 243	10	768	9	42	57
Arauca	Saravena	4	178	10	496	2	6	23
Arauca	Arauquita	4	20	0	42	1	0	2
Caquetá	Solano	4	16	0	48	0	9	20
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	21	205	3	13	20
Chocó	Condoto	4	356	1	187	1	11	16
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	4	177	1	12	18
Chocó	Sipí	4	261	1	208	4	10	16
Guainía	Pana Pana (CD)	4	1	0	9	0	0	4
La Guajira	Maicao	4	9	0	14	0	0	3
Meta	Puerto Gaitán	4	124	4	409	20	8	98
Putumayo	Puerto Leguízamo	4	9	0	49	3	1	7
Risaralda	La Virginia	4	40	0	111	0	0	6
Vichada	Puerto Carreño	4	96	1	384	21	20	54

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



Salud

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 2025. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20%C3%B3s%202024.pdf

A semana epidemiológica 44 del 2025, se han notificado 18 010 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 17 877 corresponden a residentes en Colombia y 133 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (45 del 2024 a 44 del 2025) es de 0,58 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 141 municipios a nivel nacional (12,6 %) y de disminución en 30 municipios (2,7 %) (tabla 24).

El 81,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,0 % como desnutrición aguda severa. El 6,0 % 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 (28,7 %) y de 1 año (27,6 %). Según el área de residencia, el 66,5 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 44 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T., Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia, el nivel nacional se encuentra dentro del comportamiento esperado. 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 2020 a 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 19 municipios (tabla 25).



Salud

Tabla 24. 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, Semana Epidemiológica 44, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 44 de 2024	Casos a SE 44 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	21 314	17 877	0,58	12,6	2,7
La Guajira	2 481	1 506	1,73	13,3	0,0
Vichada	288	180	1,50	0,0	25,0
Chocó	966	716	1,42	22,6	9,7
Magdalena	621	698	0,95	44,8	0,0
Risaralda	388	402	0,82	14,3	0,0
Cesar	812	793	0,75	16,0	4,0
Arauca	308	147	0,72	0,0	28,6
Amazonas	66	61	0,70	18,2	0,0
Guaviare	86	57	0,69	0,0	0,0
Cartagena de Indias D. T.	388	455	0,68	0,0	0,0
Caquetá	266	219	0,66	0,0	5,3
Antioquia	2 495	2 293	0,62	22,4	1,6
Bolívar	573	531	0,61	24,4	4,4
Boyacá	450	437	0,60	4,9	0,8
Nariño	786	586	0,59	10,9	1,6
Putumayo	168	158	0,58	0,0	0,0
Guainía	52	39	0,57	22,2	11,1
Bogotá D. C.	2 714	2 196	0,56	0,0	0,0
Norte Santander	580	622	0,56	10,0	0,0
Buenaventura D. E.	210	151	0,52	0,0	0,0
Vaupés	50	27	0,52	16,7	16,7
Sucre	259	347	0,51	34,6	3,8
Cundinamarca	1 249	997	0,48	4,3	0,9
Meta	464	322	0,48	6,9	3,4
Huila	483	397	0,47	8,1	0,0
Valle del Cauca	539	545	0,46	35,0	0,0
Santa Marta D. T.	121	155	0,45	100,0	0,0
Tolima	410	291	0,44	6,4	2,1
Santiago de Cali D. E.	500	486	0,41	0,0	0,0
Caquetá	173	118	0,38	0,0	6,3
Barranquilla D. E.	234	288	0,36	0,0	0,0
Córdoba	535	438	0,35	10,0	0,0
Caldas	225	166	0,34	7,4	0,0
Santander	576	419	0,33	6,9	2,3
Atlántico	428	298	0,30	4,5	18,2
Quindío	74	71	0,28	0,0	0,0
Cauca	287	262	0,27	7,1	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	9	3	0,10	0,0	50,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 45 de 2024 a SE 44 de 2025.

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

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

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

Tabla 25. 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, Semana Epidemiológica 44 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	153	277
Antioquia	Turbo D. E.	49	120
Tolima	Ibagué	59	84
Sucre	Sincelejo	38	80
Valle del Cauca	Jamundí	34	60
Boyacá	Sogamoso	31	58
Antioquia	Rionegro	30	47
Valle del Cauca	Yumbo	34	39
Huila	Pitalito	28	37
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	17	37
Norte de Santander	Ocaña	35	36
Cesar	Aguachica	23	35
Cundinamarca	Chía	23	35
Cauca	Popayán	27	34
Santander	Piedecuesta	37	32
Antioquia	Envigado	13	27
Atlántico	Sabanalarga	39	26
Bolívar	Turbaco	12	22
Cundinamarca	Girardot	45	22

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

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

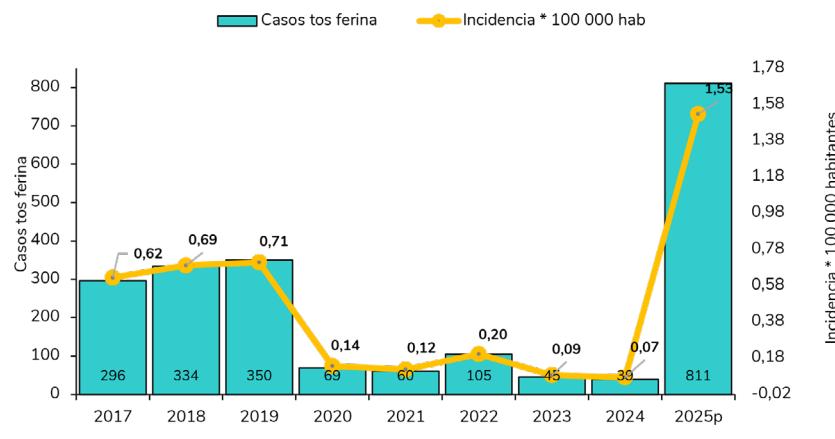
Tos ferina

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 43), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 6 157 casos de tos ferina. De estos, el 13,3 % (822 casos) fueron confirmados (811 con procedencia nacional y 11 importados), el 79,8 % (4 916 casos) fueron descartados y el 6,8 % (419 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,53 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,71 casos por cada 100 000 habitantes (figura 15).

Figura 15. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 43, Colombia, 2017-2025p.

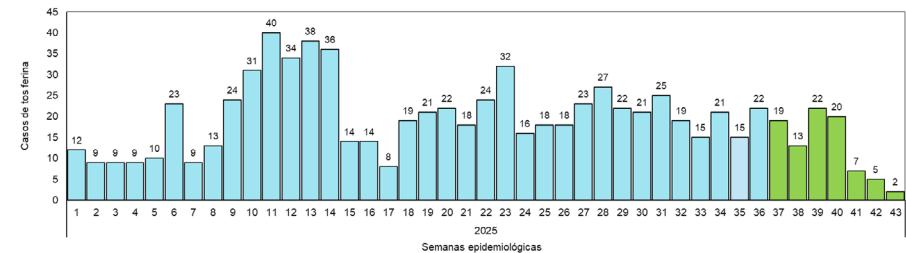


Sivigila 2017 a 2025p.

La figura 2 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 43). Se evidencia un

incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 6, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, los casos disminuyen, aunque se presentan repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (26 casos) y 36 (22 casos). En las últimas ocho semanas epidemiológicas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 55,2 %, al pasar de 76 casos (semanas epidemiológicas 36 a 39) a 34 casos (semanas epidemiológicas 40 a 43). Esta información está sujeta a cambios.

Figura 16. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 43, de 2019 a 2025p

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 269 casos y una incidencia de 3,39 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 190 casos (2,74), Cundinamarca con 52 casos (1,47) y Caldas con 25 casos (2,37).

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.


Tabla 26. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 43, (2019 al 2025p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	0,71	0,14	0,12	0,20	0,09	0,07	1,53	↓	811
Bogotá D. C.	0,88	0,09	0,01	0,06	0,04	0,05	3,39	↓	269
Antioquia	0,87	0,20	0,21	0,15	0,06	0,07	2,74	↓	190
Cundinamarca	0,45	0,13	0,06	0,00	0,12	0,14	1,47	↓	52
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,37	↓	25
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27	↓	23
Huila	0,63	0,35	0,09	0,00	0,08	0,34	1,90	↓	23
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,00	↓	20
Santiago de Cali D. E.	0,27	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,83	↓	19
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,62	0,00	0,00	1,79	↓	18
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	2,70	↓	16
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	1,30	↓	16
Meta	0,38	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,21	↓	14
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	1,12	↓	12
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,85	↓	11
Cesar	0,56	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,75	↓	11
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,52	↓	11
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	↓	10
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,47	↓	8
Santander	0,45	0,13	0,61	0,04	0,04	0,04	0,33	↓	8
Cauca	0,54	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	↓	7
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,08	↓	6
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,62	↓	6
Barranquilla D. E.	0,32	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	0,47	↓	6
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,86	↓	5
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,48	↓	5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69	↓	4
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,22	0,14	0,29	↓	4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80	↓	3
Norte de Santander	1,09	0,12	0,00	0,00	0,35	0,06	0,18	↓	3
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72	↓	2
Caquetá	1,97	0,73	0,00	0,00	0,47	0,93	0,47	↓	2
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18	↓	1
Putumayo	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26	↓	1

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas, la incidencia nacional fue de 0,06 casos por cada 100 000 habitantes (34 casos). Se observa un aumento en las últimas ocho semanas (SE 36-39) en Cesar, La Guajira y Tolima (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (36 a 43) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 36-39)	Casos PE actual (SE 40-43)	Incidencia PE anterior (SE 36-39)	Incidencia PE actual (SE 40-43)	Tendencia
Colombia	73	34	0,14	0,06	↓
Cesar	1	3	0,07	0,20	↑
La Guajira	1	2	0,09	0,19	↑
Tolima	0	1	0,00	0,07	↑
Antioquia	20	6	0,29	0,09	↓
Atlántico	2	1	0,13	0,06	↓
Barranquilla D. E.	2	0	0,16	0,00	↓
Bogotá D. C.	17	8	0,21	0,10	↓
Bolívar	4	1	0,33	0,08	↓
Cartagena de Indias D. T.	3	2	0,30	0,20	↓
Córdoba	3	2	0,15	0,10	↓
Cundinamarca	3	0	0,08	0,00	↓
Chocó	1	0	0,17	0,00	↓
Magdalena	2	0	0,21	0,00	↓
Santa Marta D. T.	2	1	0,34	0,17	↓
Meta	1	0	0,09	0,00	↓
Quindío	1	0	0,18	0,00	↓
Putumayo	1	0	0,26	0,00	↓
Vaupés	1	0	2,27	0,00	↓

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 43 del 2025

Durante 2025 se confirmaron 98 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 25 municipios de 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Bagadó (Chocó) con 13 y Bogotá D. C. con 6 casos.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios de Dabeiba, Ituango y Chigorodó (Antioquia), Anserma (Caldas), Albania (La Guajira) y Tierralta (Córdoba) (tabla 28).

En población indígena se han confirmado siete fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.



Salud

Tabla 28. Departamentos con brotes de tos ferina en población indígena en seguimiento, Colombia, hasta la semana epidemiológica 43 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado	FIS último caso	Fecha de cierre
Antioquia	Dabeiba	1	0	Abierto	06/10/2025	17/11/2025
	Ituango	1	0	Abierto	01/10/2025	12/11/2025
	Chigorodó	2	0	Abierto	30/09/2025	11/11/2025
Caldas	Anserma	2	0	Abierto	09/10/2025	20/11/2025
La Guajira	Albania	1	0	Abierto	06/10/2025	17/11/2025
Córdoba	Tierralta	5	2	Abierto	05/10/2025	16/11/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p



35

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, noviembre 5 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 136 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 casos y Estado Amazonas 1 caso), con 55** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar) de las cuales un (1) caso en estudio, con una letalidad acumulada preliminar del 40,4 % (55/136)*. Se han descartado 2 037 casos.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p, se han confirmado 113 casos de fiebre amarilla, de los cuales 42 casos fallecidos confirmados como causa de mortalidad. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (116 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (20), Prado (17), Chaparral (8), Rioblanco (8), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1)

*Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional–INS.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA



Salud

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (39)**, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad mediana de 46,1 años (edad mínima de 2 y máxima de 92 años), con predominio del sexo masculino (109 hombres y 27 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (30 casos) y los de 60 a 64 años (15 casos).

Se han confirmados 70 casos de epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH) distribuidos así: 53 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Cunday (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (2), Purificación (1); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de: Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho (8) casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un (1) caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

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

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional–INS.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 44 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunclo; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional–INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Brote de Fiebre del Valle del Rift- Mauritania y Senegal (RVF por sus siglas en inglés). Organización Mundial de la Salud. Publicado el 05 de noviembre del 2025

Situación general:

Entre el 20 de septiembre y el 30 de octubre del 2025, las autoridades de Mauritania y Senegal reportaron un total de 404 casos humanos confirmados de Fiebre del Valle del Rift (RVF), incluyendo 42 muertes (tasa de letalidad global: 10,4 %).

- Mauritania: se confirmaron 46 casos humanos y 14 muertes (tasa de letalidad: 30 %) en 13 regiones. También se reportaron 62 brotes en animales (cabras, dromedarios, ovejas, vacas) con 235 casos confirmados. La alta letalidad humana es particularmente preocupante.
- Senegal: se confirmaron 358 casos humanos y 28 muertes (tasa de letalidad: 7,8 %) en 22 distritos de ocho regiones, con la mayoría (78 %) en la región de Saint-Louis, fronteriza con Mauritania. Se detectaron 160 casos confirmados en animales.

Epidemiología y transmisión:

- La RVF es una enfermedad viral zoonótica endémica en ambos países, que afecta principalmente al ganado (vacas, ovejas, cabras, camellos).
- La mayoría de las infecciones humanas resultan del contacto directo con la sangre o los órganos de animales infectados (ganaderos, matarifes, veterinarios), aunque también puede ocurrir por la picadura de mosquitos infectados o por el consumo de leche no pasteurizada o poco cocida de animales enfermos.
- No se ha documentado la transmisión de persona a persona.
- En humanos, la enfermedad varía desde síntomas leves similares a la gripe hasta fiebre hemorrágica grave que puede ser mortal.

Riesgo y respuesta

- El riesgo de propagación se evalúa como Alto a nivel nacional en ambos países y Moderado a nivel regional, debido a las condiciones ambientales



favorables (lluvias e incremento de mosquitos) y el movimiento de ganado dentro del país y hacia países vecinos (Mali y Gambia).

- La respuesta se lleva a cabo bajo el enfoque "Una Sola Salud" (One Health), involucrando a los sectores de salud humana, sanidad animal y medio ambiente, con el apoyo de la OMS, la WOAH y la FAO.
- Las medidas incluyen el fortalecimiento de la vigilancia y el diagnóstico, la capacitación del personal de salud, la gestión clínica de casos graves y la comunicación de riesgos.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el público:

Reducir el riesgo de transmisión animal a humano mediante prácticas seguras de manejo y sacrificio de ganado, evitar el consumo no seguro de productos animales (cocinarlos completamente) y protegerse de las picaduras de mosquitos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Noticias de brote de enfermedades. Fiebre del Valle del Rift- Mauritania y Senegal. Fecha de publicación: 05 de noviembre de 2025. Fecha de consulta: 06 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2025-DON584>

Reporte de situación externo N° 59 del brote multi-país de Mpox. Publicado el 30 de octubre del 2025

A nivel global, se reportaron 44 299 casos confirmados y 180 muertes entre el 1 de enero y el 31 de septiembre del 2025.

- Septiembre del 2025: se notificaron 3 135 casos confirmados y 12 muertes en 42 países. Más del 80 % de estos casos se reportaron en la Región de África.
- Tendencias regionales (septiembre 2025 vs. agosto 2025): cuatro regiones (África, Mediterráneo Oriental, Américas y Pacífico Occidental) observaron una tendencia decreciente en casos. Las regiones de Europa y Asia Sudoriental observaron un aumento.

Situación específica en África y expansión del Clado Ib

- África: diecisiete países experimentaron transmisión activa en las últimas seis semanas (14 de septiembre al 19 de octubre del 2025), con 2 862 casos confirmados y 17 muertes. Los países con el mayor número de casos en este período son la República Democrática del Congo, Liberia, Kenia y Ghana.

- Clado Ib en África: en Kenia, solo se ha detectado el clado Ib del MPXV. Kenia, al igual que Liberia, está experimentando una tendencia ascendente en casos.
- Nueva detección de Clado Ib fuera de África: Malasia, Namibia, Países Bajos, Portugal y España informaron la detección del clado Ib del MPXV por primera vez.

Transmisión comunitaria de Clado Ib y evaluación de riesgo

- Transmisión comunitaria fuera de África: varios países fuera de África, incluidos Italia, Malasia, Países Bajos, Portugal, España y Estados Unidos de América, han sido clasificados como países experimentando transmisión comunitaria del clado Ib del MPXV, ya que han reportado casos no relacionados con viajes.
- Población en riesgo: se detectaron al menos cinco casos de clado Ib entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) sin vínculos de viaje, lo que sugiere una circulación previamente no detectada de esta cepa en esta población.
- Riesgo para la salud pública: la Organización Mundial de la Salud (OMS) evalúa el riesgo para la salud pública como moderado para los HSH y bajo para la población general fuera de las áreas históricamente endémicas. Esto se debe al mayor riesgo de exposición e infección, y la mayor prevalencia de infección por VIH no controlada entre los HSH.

Respuesta operacional de la Organización Mundial de la Salud

La respuesta de la OMS se centra en cinco componentes: coordinación de emergencias, Vigilancia colaborativa, Protección comunitaria, Atención segura y escalable, y Acceso y entrega de Contramedidas.

- Vacunación: se han asignado 150 000 dosis adicionales de la vacuna MVA-BN a Kenia, Liberia y Uganda en una séptima ronda de asignación. Más de 1,16 millones de dosis de MVA-BN se han administrado en 13 países africanos.
- Diagnóstico: una prueba adicional de ácido nucleico del MPXV ha sido incluida en el Listado para Uso de Emergencia (EUL por sus siglas en inglés).

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Reporte de situación externo N° 59 del brote multi-país de Mpox. Fecha de publicación: 30 de octubre de 2025. Fecha de consulta: 05 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--59---30-october-2025>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44 de 2025

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



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A			
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			
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	54	1	1	431	32	38	350	23	41	102	11	7	0	0	0	15	1	0	0	0	0	0
Antioquia	517	12	9	18231	1375	1519	7878	252	513	2710	116	161	63	4	7	1402	107	86	559	43	8	
Arauca	99	2	5	774	59	70	2422	59	85	780	12	30	25	0	0	69	5	6	3	0	0	
Atlántico	107	6	1	3801	264	301	3999	342	321	1772	200	146	61	8	8	50	6	2	2	0	0	
Barranquilla D.E.	19	1	3	4082	251	372	2917	504	269	1049	256	75	32	9	1	88	6	4	21	1	1	
Bogotá D.C.	2	0	0	21376	1800	1913	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3297	183	302	118	22	6	
Bolívar	263	7	9	2735	200	222	3836	360	311	1479	193	108	28	9	1	173	9	22	2	0	0	
Boyacá	67	1	2	6447	489	531	668	20	23	303	7	14	2	0	0	593	37	37	9	0	2	
Buenaventura D.E.	21	0	0	115	10	12	191	30	8	67	12	3	3	0	0	22	2	0	1	0	0	
Caldas	63	3	1	3704	290	316	323	16	12	158	10	6	1	0	0	95	8	5	13	1	3	
Santiago de Cali D.E.	6	1	0	4750	412	420	3064	612	176	1070	256	53	24	8	1	549	39	67	62	16	3	
Caquetá	176	3	5	1086	90	108	2255	57	32	893	34	16	30	0	2	76	8	6	2	0	0	
Cartagena de Indias D.T.	19	0	0	1775	131	185	5592	444	461	1324	219	93	62	10	6	236	14	48	6	0	0	
Casanare	156	2	5	1682	121	164	1518	121	65	487	47	16	6	2	0	76	6	8	47	0	1	
Cauca	89	3	1	5120	443	418	1006	68	16	382	29	7	15	1	0	516	27	63	30	2	0	
Cesar	287	7	8	2844	185	245	3169	268	359	1786	172	201	55	5	6	70	9	5	6	1	0	
Chocó	189	5	6	283	15	31	1069	72	114	179	16	19	10	1	1	70	7	2	3	0	1	
Córdoba	266	9	1	4719	355	392	9852	412	387	3636	197	179	30	4	0	254	25	20	4	1	0	
Cundinamarca	76	0	1	13664	1062	1234	3624	198	125	1442	96	44	24	1	3	969	52	81	21	3	0	
Guainía	20	0	0	185	13	20	51	4	26	18	1	10	0	0	0	16	1	2	0	0	0	
Guaviare	93	1	2	357	29	31	1136	28	153	229	7	30	5	0	0	47	2	4	1	0	0	
Huila	142	2	3	6132	465	582	3192	265	132	1123	110	36	95	7	3	313	28	25	10	1	0	
La Guajira	131	3	3	2112	158	199	2721	167	144	1585	119	85	40	4	5	57	9	5	6	0	2	
Magdalena	135	5	4	2289	189	166	1819	118	179	1060	79	95	17	2	2	51	4	5	1	1	0	
Meta	242	5	8	4046	306	355	9445	325	453	3175	134	124	111	3	9	154	15	13	111	4	12	
Nariño	102	3	0	6877	529	654	1076	78	62	360	25	29	14	1	0	291	22	21	5	1	0	
Norte de Santander	296	8	6	6167	445	528	8049	420	618	3235	236	218	102	6	8	319	33	21	29	6	0	
Putumayo	142	2	2	1672	129	155	2955	52	70	833	18	20	22	0	0	119	8	3	0	0	0	
Quindío	17	0	1	2777	213	213	879	30	41	233	10	13	3	0	1	40	7	5	29	2	0	
Risaralda	53	1	0	4024	302	371	1068	24	33	376	12	12	13	0	1	137	17	16	9	2	2	
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	393	27	24	52	11	1	20	5	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	
Santa Marta D.T.	44	2	1	2103	115	179	646	70	117	372	43	61	5	1	1	33	3	0	6	0	1	
Santander	208	4	3	7221	538	626	10100	509	620	3298	249	215	62	4	4	198	20	13	87	3	1	
Sucre	90	2	0	2684	189	223	3518	336	142	2003	196	71	25	6	1	83	6	12	2	0	0	
Tolima	139	3	2	6759	498	612	5405	676	348	1795	325	108	59	5	5	211	17	16	7	0	0	
Valle del Cauca	69	1	1	8297	604	682	4241	497	285	1101	204	61	21	3	0	384	22	29	22	4	1	
Vaupés	46	1	0	260	12	11	73	9	33	9	3	0	1	0	0	26	1	7	13	0	0	
Vichada	52	0	1	247	21	17	720	12	30	221	3	10	4	0	0	19	2	1	0	0	0	
Total nacional	4,497	106	95	162,221	12,367	14,139	110,879	7,489	6,805	40,665	3,662	2,376	1,07	104	76	11123	769	962	1,247	114	44	

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado															
Amazonas	23	1	0	31	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1
Antioquia	3276	287	317	624	65	51	9	3	2	9	2	0	109	8	9	656	51	52
Arauca	77	7	14	102	10	10	0	0	0	0	0	0	3	0	0	47	3	3
Atlántico	568	56	42	86	9	9	3	0	0	2	0	0	69	4	7	166	15	9
Barranquilla D.E.	599	56	50	93	11	13	27	1	0	1	0	0	63	4	6	194	12	18
Bogotá D.C.	3727	283	387	224	24	20	16	1	5	21	0	0	136	11	18	962	80	111
Bolívar	248	23	17	116	11	10	2	1	0	4	0	3	32	2	3	111	9	8
Boyacá	456	43	46	151	15	15	1	1	1	0	0	0	18	2	0	79	8	6
Buenaventura D.E.	31	4	3	14	2	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	19	1	1
Caldas	460	51	47	125	16	9	1	1	0	0	0	0	13	1	2	61	9	9
Santiago de Cali D.E.	977	89	91	117	17	19	1	0	1	4	1	1	32	2	4	242	23	17
Caquetá	89	8	4	93	13	4	0	0	0	0	0	0	13	0	2	38	2	1
Cartagena de Indias D.T.	298	26	17	42	8	4	2	0	0	1	0	0	14	1	3	89	5	12
Casanare	136	10	16	98	7	8	0	0	0	0	0	0	16	0	1	50	3	0
Cauca	265	26	23	249	26	27	4	2	1	2	0	0	19	0	1	97	8	7
Cesar	328	29	22	192	15	12	0	1	0	0	0	0	60	3	3	152	14	13
Chocó	23	2	3	58	4	5	1	7	1	1	0	0	6	0	0	38	3	3
Córdoba	518	48	38	247	22	20	7	2	0	4	0	0	64	5	3	270	20	13
Cundinamarca	1126	91	123	233	29	32	3	1	1	2	0	0	45	4	2	232	19	26
Guainía	5	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	1
Guaviare	38	2	3	15	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	16	1	4
Huila	280	27	44	269	31	27	1	0	0	2	0	0	23	2	3	98	12	9
La Guajira	170	9	13	78	6	10	0	0	0	1	0	0	20	1	3	105	7	9
Magdalena	187	15	20	77	6	11	0	0	0	0	0	0	25	3	4	96	6	8
Meta	313	30	20	232	24	16	0	0	0	1	0	0	39	2	3	148	14	13
Nariño	612	58	62	410	37	33	7	0	1	2	0	0	29	2	4	205	20	17
Norte de Santander	527	45	52	286	30	24	0	0	0	1	0	0	36	4	6	179	15	25
Putumayo	128	11	19	185	18	24	0	0	0	1	0	0	18	1	2	80	6	6
Quindío	206	22	14	79	9	11	0	0	0	0	0	0	9	1	2	54	5	2
Risaralda	542	49	47	145	15	13	7	0	2	12	0	2	16	2	1	176	11	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	16	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	1	1
Santa Marta D.T.	195	18	21	51	2	5	0	0	0	0	0	0	10	1	0	41	2	3
Santander	782	63	87	261	21	19	3	0	0	9	0	0	47	4	5	162	17	23
Sucre	260	25	10	89	9	10	0	1	0	0	0	0	25	2	2	104	9	16
Tolima	462	43	45	239	22	20	4	1	0	1	0	0	22	1	2	76	10	7
Valle del Cauca	742	70	70	271	26	24	14	2	1	4	0	1	43	2	1	193	16	13
Vaupés	11	1	1	16	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1
Vichada	10	1	1	4	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	0	1
Total nacional	18,711	1,628	1,791	5,610	566	528	113	27	16	85	6	7	1,077	76	103	5,279	438	485



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	15	0	0	5	1	0	2	0	0	0	0	0	3005	196	347	5	0	0
Antioquia	215	10	2	886	97	72	75	8	0	274	10	24	10078	719	556	214	28	23
Arauca	1	0	0	6	1	0	63	7	6	1	1	1	623	7	27	13	2	3
Atlántico	9	1	1	139	10	8	6	1	0	0	2	0	0	0	0	17	4	4
Barranquilla D.E.	24	1	0	278	20	39	21	2	2	5	3	5	0	0	0	33	10	5
Bogotá D.C.	337	20	20	2054	173	189	10	2	0	265	5	14	0	0	0	252	38	38
Bolívar	41	0	1	97	26	6	4	0	0	1	0	1	1508	84	82	17	3	3
Boyacá	25	2	2	67	12	3	7	1	0	1	1	1	915	0	15	36	3	5
Buenaventura D.E.	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	1	3	1825	139	101	4	0	0
Caldas	67	3	6	85	17	9	45	5	1	12	26	12	21	2	1	18	1	1
Santiago de Cali D.E.	8	2	3	225	44	20	45	1	4	114	6	10	6	1	1	88	13	22
Caquetá	3	0	0	19	4	1	8	2	0	9	2	9	392	15	29	12	3	3
Cartagena de Indias D.T.	3	0	0	24	21	3	0	0	0	3	4	3	6	0	0	23	4	6
Casanare	1	0	0	31	4	5	8	1	3	0	1	0	5	4	2	5	2	1
Cauca	25	1	0	49	7	4	9	1	1	4	3	4	2018	238	93	34	3	5
Cesar	7	0	0	79	8	11	28	3	4	1	2	1	16	2	2	29	2	2
Chocó	1	0	0	5	2	1	78	4	17	1	1	1	18800	2140	1034	17	2	2
Córdoba	20	1	1	324	29	16	13	2	0	2	0	2	5231	766	238	32	2	1
Cundinamarca	179	8	16	267	23	29	18	1	1	10	6	10	0	0	0	78	10	14
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1514	335	130	0	0	0
Guaviare	1	0	0	64	3	3	1	0	0	4	0	4	966	98	58	0	0	0
Huila	20	0	1	95	19	7	8	2	0	10	1	10	1	0	1	26	6	6
La Guajira	19	0	2	21	2	1	11	1	0	1	0	1	38	2	4	13	3	2
Magdalena	7	0	0	23	3	1	11	2	0	0	0	0	4	1	1	10	2	4
Meta	15	1	1	133	18	15	13	1	0	19	8	19	900	34	115	13	2	2
Nariño	19	2	3	201	26	17	15	1	2	10	9	10	8349	843	251	70	6	13
Norte de Santander	27	2	1	116	10	15	27	1	0	10	11	10	540	135	42	67	8	14
Putumayo	7	1	0	23	3	5	5	1	1	6	3	6	79	4	8	7	0	0
Quindío	7	0	0	121	16	7	4	0	0	9	4	9	4	1	1	12	2	2
Risaralda	21	6	1	131	15	12	1	0	0	6	1	6	2860	249	203	34	6	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	8	0	1	47	4	4	33	3	9	2	0	2	0	0	0	13	1	2
Santander	64	2	22	98	10	14	16	2	0	2	1	2	10	1	0	96	7	16
Sucre	6	1	0	14	3	1	3	0	0	0	0	0	96	5	4	16	1	7
Tolima	12	1	0	84	8	5	27	2	2	12	6	12	0	0	0	25	4	1
Valle del Cauca	4	2	2	695	33	43	41	1	1	8	11	8	62	11	1	57	6	8
Vaupés	0	0	0	3	1	0	3	1	0	0	0	0	3988	233	127	15	3	3
Vichada	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1639	170	119	5	0	2
Total nacional	1,218	69	86	6,520	674	567	660	52	54	904	36	61	65,502	6,475	3,593	1,406	187	230

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Morbilidad Materna Externa			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía				
	Casos confirmados por clínica			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica				
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	
Amazonas	79	50	79	5941	549	521	183	15	18	0	0	4215	401	207	17	15	17			
Antioquia	2983	2705	2983	829985	79989	59595	39919	2486	2213	4613	747	549	320553	33129	26360	559	770	559		
Arauca	113	131	113	24216	2198	1735	3362	124	195	92	3	17	6969	658	458	31	56	31		
Atlántico	980	891	980	151715	12039	14511	3286	269	253	1994	202	380	64515	4327	4429	115	219	115		
Barranquilla D.E.	1046	1415	1046	219863	17870	21558	13113	450	1457	1806	240	313	79481	6033	6358	148	267	148		
Bogotá D.C.	4944	4209	4944	1615596	133276	116311	75580	4650	4994	8649	1181	1473	649269	61674	55143	568	747	568		
Bolívar	824	800	824	127131	11336	12068	2606	264	278	458	106	116	28146	2741	2692	143	202	143		
Boyacá	580	497	580	131078	11859	9769	7355	446	540	467	79	92	44638	4101	3991	94	125	94		
Buenaventura D.E.	92	110	92	6355	1150	678	107	9	7	11	0	2	2457	498	170	62	73	62		
Caldas	496	490	496	81256	7741	6572	3203	228	210	1161	134	155	24764	3041	1940	61	83	61		
Santiago de Cali D.E.	1765	1280	1765	232683	22045	18230	8601	480	308	583	84	97	88763	13397	6190	222	264	222		
Caquetá	218	174	218	30976	2957	2273	1949	125	182	33	4	4	12564	1613	1184	44	57	44		
Cartagena de Indias D.T.	1053	857	1053	194388	17550	17308	11520	383	954	1586	195	320	48540	4139	3777	135	229	135		
Casanare	335	270	335	26061	2495	1817	540	59	52	52	13	16	9455	1004	692	54	69	54		
Cauca	951	815	951	103968	9227	7217	3522	119	259	585	51	94	37886	5682	3452	144	226	144		
Cesar	954	658	954	127909	10683	11190	6577	623	492	474	126	79	25522	3206	1892	170	244	170		
Chocó	244	222	244	51678	1846	3926	2066	131	40	42	2	12	14575	908	1451	92	172	92		
Córdoba	864	849	864	197254	14629	15094	10330	571	925	1472	208	288	51340	4085	3802	212	363	212		
Cundinamarca	1888	1469	1888	368251	26853	26854	13439	772	996	1460	296	199	139779	12600	12496	298	365	298		
Guainía	21	17	21	2565	201	211	126	28	14	1	0	0	1468	112	134	14	16	14		
Guaviare	39	22	39	6611	535	519	350	34	46	42	10	4	3073	264	245	12	11	12		
Huila	748	702	748	98863	9587	5284	5161	274	299	784	72	137	38923	4721	3519	111	157	111		
La Guajira	1229	1068	1229	230142	16420	29688	3012	607	473	253	69	64	39091	4962	4492	222	364	222		
Magdalena	657	556	657	117188	8834	10455	3832	245	247	79	13	2	31480	3152	2812	111	167	111		
Meta	479	287	479	81407	6249	5514	3261	149	218	252	87	44	41085	4263	2792	141	157	141		
Nariño	1505	914	1505	130671	13277	9421	7520	350	546	172	24	22	43795	6830	3777	152	182	152		
Norte de Santander	713	498	713	152269	12897	9950	8911	720	767	753	118	120	49483	5170	4091	124	212	124		
Putumayo	368	272	368	32185	2227	2372	1271	104	87	33	6	5	10871	1224	965	35	54	35		
Quindío	149	110	149	52047	5241	3866	2678	206	201	389	57	63	23911	2681	1779	39	56	39		
Risaralda	482	491	482	108647	9270	8014	5130	249	328	464	39	107	31117	3956	2605	65	100	65		
Archipiélago de San Andrés y Providencia	16	13	16	6896	667	442	879	67	54	1	0	0	2559	309	196	9	12	9		
Santa Marta D.T.	441	433	441	72161	2717	8305	3158	182	250	778	135	126	18099	1210	1309	46	89	46		
Santander	892	639	892	239853	15599	16722	15724	1073	1164	2067	377	367	80499	6661	8307	134	214	134		
Sucre	471	479	471	86172	8209	7664	8424	646	900	1486	295	297	19796	2794	1655	92	166	92		
Tolima	741	704	741	136945	10784	8686	9224	354	478	400	58	59	55169	5794	5024	89	148	89		
Valle del Cauca	864	714	864	143249	12051	10807	3466	229	260	745	67	111	58602	6503	4799	144	185	144		
Vauqué	61	22	61	7309	322	766	90	11	17	5	3	0	2320	92	217	10	13	10		
Vichada	66	47	66	3565	350	320	20	6	0	2	0	1	1559	165	125	31	34	31		
Total nacional	30.351	25.882	30.351	6.235.049	521.638	486.233	289.495	17.738	20.722	34.244	5.101	5.735	2.206.331	224.098	185.527	4.750	6.884	4.750		



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos probables, Casos descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	5	0	1	40	6	2	26	4	2
Antioquia	9	11	0	586	59	24	26	6	0	1784	26	56	2280	199	167	694	55	19
Arauca	1	1	0	20	1	1	5	1	0	28	1	2	116	17	5	79	5	1
Atlántico	7	3	0	62	5	3	1	1	0	30	0	0	877	69	64	111	4	3
Barranquilla D.E.	2	2	0	154	7	9	0	2	0	52	3	7	950	72	124	217	14	2
Bogotá D.C.	14	12	1	1322	112	92	695	5	12	2477	51	90	4538	357	399	2679	280	175
Bolívar	3	3	0	37	2	2	1	1	0	33	3	2	533	42	45	46	3	1
Boyacá	4	2	0	162	17	6	28	1	2	53	3	4	823	51	89	326	25	12
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	25	2	1	7	0	0
Caldas	2	2	0	63	8	4	1	1	0	43	1	2	383	34	15	51	1	2
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	138	22	12	0	2	0	37	3	2	941	93	52	459	35	26
Caquetá	0	1	0	35	4	1	1	0	0	4	2	0	227	14	11	20	4	0
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	61	5	4	2	1	0	46	2	4	508	49	45	17	2	0
Casanare	2	1	0	23	2	0	9	0	0	1	1	0	224	26	30	21	2	1
Cauca	4	3	0	69	10	2	1	1	0	27	1	5	431	26	7	263	15	21
Cesar	4	3	0	61	5	4	0	2	0	29	3	5	471	28	53	32	2	1
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	150	3	4	53	6	4	16	0	0
Córdoba	4	4	0	147	15	6	2	2	0	49	0	7	1016	135	74	117	3	2
Cundinamarca	6	6	0	366	34	19	231	3	7	529	11	23	2207	164	122	461	35	25
Guainía	1	0	0	6	0	1	1	1	0	1	0	0	88	0	6	2	2	0
Guaviare	0	0	0	10	0	0	4	1	0	6	0	0	85	6	6	4	0	0
Huila	3	3	0	139	16	3	5	1	0	70	5	0	565	43	46	97	10	13
La Guajira	2	3	0	30	4	1	0	2	0	32	1	12	443	27	42	38	1	1
Magdalena	0	2	0	35	2	0	0	1	0	30	1	5	347	29	17	18	0	1
Meta	5	2	0	84	7	5	11	1	0	167	3	17	610	51	45	97	8	7
Nariño	7	3	0	152	12	14	4	1	0	83	5	0	637	72	55	84	6	9
Norte de Santander	7	3	0	179	16	12	4	2	0	61	7	7	1014	84	80	84	2	0
Putumayo	1	1	0	29	5	3	1	1	0	19	0	0	199	15	13	120	10	21
Quindío	2	1	0	35	3	1	2	1	0	22	1	1	271	33	27	86	9	4
Risaralda	7	2	0	49	6	1	0	1	0	70	1	0	594	44	38	38	4	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	28	7	3	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	13	1	1	0	1	0	8	0	0	197	10	10	38	0	1
Santander	3	4	0	94	11	1	0	2	0	83	7	4	717	79	64	285	29	12
Sucre	4	2	0	67	5	2	2	1	0	66	10	5	678	73	55	135	2	2
Tolima	7	2	0	72	5	7	7	1	0	41	3	5	821	75	46	79	6	2
Valle del Cauca	2	4	0	142	11	12	2	1	0	23	6	2	1105	89	53	204	10	6
Vaupés	0	0	0	2	0	1	3	1	0	54	0	16	10	1	0	12	1	2
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	1	0	22	2	4	9	1	0
Total nacional	121	97	1	4,472	402	254	1,055	54	21	6,229	161	288	25,074	2,074	1,919	7,072	590	376

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	50	61	0	0	0	0	20	21	65	84
Antioquia	0	0	0	0	1555	2293	1	1	0	0	445	611	4577	4721
Arauca	2	0	0	0	251	147	0	0	0	0	17	61	153	191
Atlántico	0	1	0	0	344	298	0	0	0	0	70	85	767	846
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	188	288	0	0	0	0	98	89	770	859
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2607	2196	3	1	0	0	613	867	4311	4849
Bolívar	0	0	0	0	359	531	0	0	0	0	31	31	462	506
Boyacá	1	0	0	0	412	437	0	0	0	0	30	45	872	994
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	108	151	0	0	0	0	9	10	79	76
Caldas	0	0	0	0	147	166	0	0	0	0	56	63	1020	900
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	387	486	1	0	0	0	207	218	1383	1753
Caquetá	0	0	0	0	163	118	0	0	0	0	24	24	211	190
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	229	455	0	0	0	0	45	53	461	517
Casanare	4	2	0	0	267	219	0	0	0	0	26	73	252	289
Cauca	0	0	0	0	264	262	0	0	0	0	59	78	722	749
Cesar	4	7	0	0	603	793	1	0	0	0	49	71	499	520
Chocó	0	0	0	0	623	716	0	1	0	0	32	39	89	139
Córdoba	1	0	0	0	480	438	0	0	0	0	79	105	868	933
Cundinamarca	0	0	0	0	1024	997	0	0	0	0	124	161	1876	2304
Guanía	0	0	0	0	48	39	0	0	0	0	4	1	25	28
Guaviare	0	0	0	0	90	57	0	0	0	0	42	48	53	59
Huila	0	0	0	0	368	397	0	1	0	0	48	74	729	639
La Guajira	0	0	0	0	1702	1506	2	0	0	0	27	57	238	326
Magdalena	0	0	0	0	484	698	0	0	0	0	31	22	299	353
Meta	0	0	0	0	352	322	0	0	0	0	34	52	623	591
Nariño	0	1	0	0	561	586	0	0	0	0	80	82	1195	1394
Norte de Santander	2	0	0	0	585	622	3	0	0	0	157	237	909	1032
Putumayo	0	0	0	0	162	158	0	0	0	0	50	51	272	264
Quindío	0	0	0	0	80	71	0	0	0	0	64	50	452	423
Risaralda	0	0	0	0	304	402	0	0	0	0	80	123	1013	1173
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	2	0	20	28
Santa Marta D.T.	0	0	0	1	87	155	0	0	0	0	28	31	239	312
Santander	2	1	0	0	383	419	1	0	0	0	89	162	1318	1522
Sucre	0	0	0	0	196	347	0	2	0	0	28	27	421	420
Tolima	0	0	0	0	314	291	0	0	0	0	52	99	1032	1005
Valle del Cauca	0	0	0	1	370	545	1	0	0	2	73	114	1127	1237
Vaupés	0	0	0	0	62	27	0	0	0	0	10	20	57	94
Vichada	0	0	0	0	251	180	0	0	0	0	8	12	23	25
Total nacional	16	12	1	2	16,473	17,877	11	6	2	3	2,941	3,967	29,484	32,345



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

	Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	11	12	1	0	1	0	2	0	3	2	2	0	1	0
Antioquia	913	1000	12	5	20	12	7	4	27	37	11	9	117	249
Arauca	14	17	0	1	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	1	3	1	2	8	7	1	0	10	3	6	3	27	31
Barranquilla D.E.	0	0	6	0	6	5	1	2	5	3	2	0	22	31
Bogotá D.C.	0	0	1	1	24	15	1	0	43	20	0	0	134	631
Bolívar	312	395	5	0	9	5	2	0	11	6	8	2	21	2
Boyacá	107	219	0	1	4	4	1	3	4	6	0	1	22	34
Buenaventura D.E.	14	16	1	0	3	1	0	1	4	3	2	1	6	2
Caldas	249	166	1	0	3	0	0	1	3	1	0	0	18	2
Santiago de Cali D.E.	1	2	2	0	6	5	1	1	7	9	2	0	39	47
Caquetá	175	214	2	0	2	1	0	1	6	5	3	2	7	3
Cartagena de Indias D.T.	1	1	9	4	7	1	0	1	9	10	2	1	17	17
Casanare	6	6	1	0	3	4	1	0	2	0	2	1	8	9
Cauca	47	53	1	0	7	1	4	5	9	9	1	2	27	9
Cesar	65	391	0	0	11	13	6	3	9	5	20	11	25	21
Chocó	203	173	1	0	13	6	29	17	27	33	34	40	10	8
Córdoba	170	161	2	1	12	5	1	4	14	12	5	9	34	30
Cundinamarca	183	139	3	2	13	7	0	3	9	16	3	0	60	73
Guainía	13	21	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	0	0
Guaviare	401	130	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
Huila	9	9	4	5	5	3	0	0	5	4	3	1	20	15
La Guajira	19	22	0	0	21	15	21	12	39	23	46	28	18	0
Magdalena	6	8	1	0	9	5	2	1	11	11	12	6	16	3
Meta	197	116	0	0	8	3	1	1	10	5	6	2	20	10
Nariño	221	161	1	1	10	8	2	1	8	10	5	2	29	11
Norte de Santander	179	173	1	0	6	8	2	2	5	3	4	0	29	24
Putumayo	184	187	0	2	3	1	1	1	3	2	1	0	7	13
Quindío	0	0	3	0	2	1	0	1	2	0	0	0	9	5
Risaralda	117	88	2	3	3	2	7	9	7	7	7	6	17	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	9	13	3	0	6	2	2	0	4	2	0	2	10	10
Santander	450	692	2	6	8	4	1	0	6	3	1	0	41	28
Sucre	94	56	0	0	5	1	0	0	6	6	2	1	18	35
Tolima	277	182	6	14	6	3	2	0	8	4	1	0	23	9
Valle del Cauca	16	14	2	3	5	2	2	1	10	7	5	1	36	45
Vaupés	34	32	0	0	0	0	2	4	3	2	1	1	2	0
Vichada	37	16	0	0	4	1	3	0	4	4	9	8	3	0
Total nacional	4,735	4,888	347	358	251	154	114	81	350	278	189	143	904	1,415

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 44

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos							
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	15	22	0	0	52	64	2	0	14	27	516	627
Antioquia	151	107	1001	1142	0	0	3021	4126	96	121	2262	2496	19538	18733
Arauca	35	15	151	129	0	0	121	126	2	0	65	82	989	1166
Atlántico	44	27	304	311	0	1	372	475	15	21	350	394	2074	2312
Barranquilla D.E.	65	17	364	300	0	0	680	827	18	30	653	646	2173	2504
Bogotá D.C.	149	57	811	786	0	0	1203	1248	34	23	3212	2985	26038	29758
Bolívar	41	21	261	242	1	3	150	191	4	1	171	179	2039	2237
Boyacá	19	17	86	73	0	0	133	188	2	3	141	174	3437	3937
Buenaventura D.E.	19	15	120	86	0	0	149	187	7	4	81	100	340	260
Caldas	17	19	118	145	0	0	278	263	5	1	254	268	2654	2819
Santiago de Cali D.E.	30	20	396	454	0	1	1248	1336	37	52	1043	1169	6869	6395
Caquetá	7	12	76	82	0	0	204	270	5	7	78	82	952	1009
Cartagena de Indias D.T.	65	39	288	321	0	2	341	419	4	6	453	455	1256	1441
Casanare	34	33	112	138	0	1	131	173	3	8	112	129	772	830
Cauca	20	15	171	164	0	2	240	254	3	3	221	273	2953	2958
Cesar	34	20	288	231	0	0	342	415	2	10	289	336	1794	1923
Chocó	43	24	197	206	0	0	178	241	2	3	65	84	371	430
Córdoba	30	10	278	209	1	1	225	269	4	9	498	518	3126	2924
Cundinamarca	62	53	323	426	0	0	464	544	14	12	649	740	11436	13764
Guainía	6	7	15	15	0	0	16	25	0	0	4	8	181	210
Guaviare	4	2	23	15	0	0	42	36	1	2	28	27	254	320
Huila	17	10	136	133	0	0	331	402	8	9	333	322	5439	5512
La Guajira	59	39	319	322	0	0	438	547	6	8	222	268	1157	1340
Magdalena	32	23	198	225	0	3	141	171	3	3	129	173	1229	1310
Meta	43	40	225	258	0	0	530	771	17	27	248	274	2166	2281
Nariño	14	17	203	205	0	1	154	189	5	7	268	320	3646	4760
Norte de Santander	78	38	428	423	0	1	582	755	12	9	475	506	3414	3725
Putumayo	7	6	78	91	0	1	95	114	3	4	75	85	1155	1417
Quindío	9	6	84	91	0	0	221	283	3	6	245	207	2276	2330
Risaralda	23	20	154	174	0	0	503	618	23	12	457	463	3197	3320
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	11	0	0	6	15	0	0	11	7	171	233
Santa Marta D.T.	17	17	99	154	0	0	201	283	2	3	205	227	559	697
Santander	60	54	367	433	0	0	795	1289	23	17	545	656	5505	5966
Sucre	18	18	173	170	1	1	91	81	1	0	181	231	1601	1710
Tolima	28	26	155	122	0	1	477	658	12	13	295	434	2673	3037
Valle del Cauca	28	35	273	319	0	0	610	734	15	25	541	652	6138	6636
Vaupés	1	0	3	3	0	0	12	22	0	0	4	5	185	407
Vichada	8	11	32	35	0	0	31	32	0	2	12	14	221	219
Total nacional	1.434	898	8.583	8.666	3	19	14.809	18.641	393	461	14.890	16.016	130.496	141.457



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 44

26 de octubre al 1 de noviembre del 2025

TEMA CENTRAL

Valoración de riesgo en salud por conformación de Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE)

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Julián Felipe Chaves Guerrero, Mónica Carolina Carreño Niño, Luis Carlos Gómez Ortega. Situación nacional: Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanubý Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón.

Mortalidad: Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos**

trazadores: Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaño Fuentes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

48# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.44>