



Violencia de género e intrafamiliar

El Sivigila es una fuente de
información importante para el
monitoreo del comportamiento de
la violencia sexual en el país

Semana
epidemiológica

47

16 al 22 de noviembre del 2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

Pág.

39



TEMA CENTRAL

Comportamiento de la notificación de la violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos a periodo epidemiológico XI de 2025

Nidza Fernanda González Sarmiento, nfernandas@ins.gov.co

La violencia contra las mujeres es una manifestación extrema del sistema patriarcal, normalizada socialmente y sustentada por dinámicas machistas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física o sexual, principalmente por su pareja, y en el 2022 se registraron 48 000 feminicidios en el ámbito familiar o de pareja (1).

Asimismo, la Convención de los Derechos del Niño establece la obligación estatal de proteger a niñas, niños y adolescentes frente al abuso y la explotación sexual (2), mientras que la declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas exige medidas específicas para resguardar a la niñez indígena frente a la explotación, la discriminación y todas las formas de violencia, dada su especial vulnerabilidad (3).

Cifras del informe de evento 2024 del Instituto Nacional de Salud, reportó que durante el periodo 2020 a 2024, las tasas de notificación de violencia de género e intrafamiliar presentaron un incremento sostenido a nivel nacional, pasando de 203,8 casos por cada 100 000 habitantes en 2020 a 310,8 en el 2024, lo que representó un aumento del 52,5 % (4).

Desde que se inició la vigilancia del evento en Sivigila en el año 2012 con corte a semana epidemiológica (SE) 44 y hasta la semana 44 de 2025(p) se han notificado 1 279 498 casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar en el país. Durante este periodo el comportamiento del evento ha sido de incremento sostenido por año, pasando de 54 578 en 2012 a 141 771 en 2025, que corresponde a un crecimiento anual promedio de aproximadamente 10,5 %.

Las mujeres constituyen el grupo mayoritario de los casos reportados y la violencia física con un crecimiento más acelerado la violencia más frecuente alcanzando los 64 668 casos en 2025. Por su parte, la violencia psicológica y sexual muestran incrementos sostenidos, aunque de menor magnitud. La negligencia y abandono presenta una evolución más fluctuante, aunque mantiene una tendencia general al alza (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de violencia de género e intrafamiliar, a periodo epidemiológico XI, Colombia, 2012 al 2025p

Casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar	Año														Tendencia													
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mujeres	39962	29145	41698	48726	62128	65105	75198	78581	66793	76522	93622	105335	107849	107239	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Hombres	14616	7066	10375	13250	18576	18880	18740	21084	18381	20243	25467	28830	31555	34532	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Violencia física	11380	2070	5801	8041	87836	42883	44393	48548	43131	47671	56061	63372	63698	64663	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Violencia psicológica	10454	4447	4652	4143	6404	6454	7502	8310	7441	8725	12826	15211	16901	16321	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Negligencia y abandono	14385	5885	7719	1940	7872	13220	15798	18635	14303	16104	18368	20652	21418	21768	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Violencia sexual	8350	10405	18897	15352	18990	11318	15245	15973	10160	11166	11727	18640	17387	19019	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Total	54578	42808	52069	61976	80704	83985	93938	99466	85035	96666	118982	135285	139404	141771	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Número de instituciones notificadoras	2017	2412	3128	3090	3457	3576	3766	3780	3586	3602	3845	3969	3952	3931	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: SIVIGILA a periodo XI, años 2012-2025p

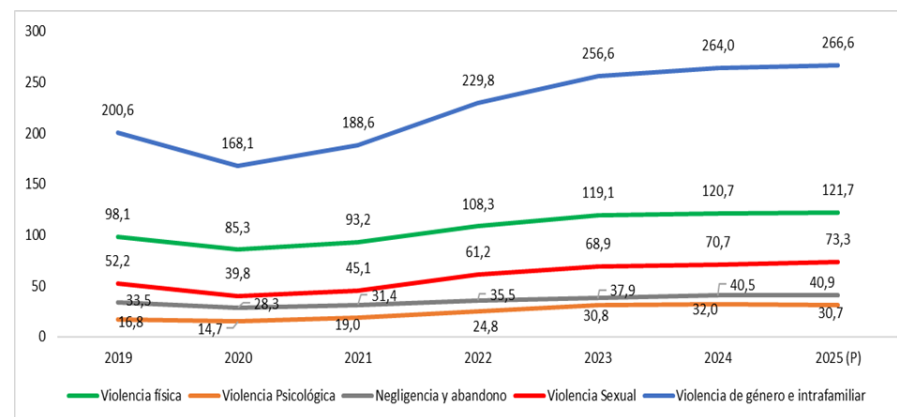
Al analizar las tasas de notificación del evento con corte a semana epidemiológica 44 para el periodo 2019 – 2025 se evidencia un crecimiento sostenido, de 200,6 en el 2019 a 266,6 por 100 000 habitantes en el 2025, lo que representa un aumento del 32,9 % en seis años; al igual la tasa de violencia física presenta un aumento progresivo de 98,1 a 121,7 casos por 100 000 habitantes en el mismo periodo, lo que representa un crecimiento aproximado del 24 %.

La violencia sexual constituye la segunda categoría con las tasas más altas en el 2025. La tasa del 2019 (52,2) aumenta a 73,3 en el 2025, equivalente a un crecimiento acumulado de 40,4 % y de 62,5 % para el periodo comprendido entre 2021 y 2025.

En negligencia y abandono se observa una evolución estable con tendencia progresiva al aumento. La tasa se incrementa de 31,4 en el 2021 a 40,9 en el 2025, representando una variación del 30,2 %. Frente al 2019, el aumento es del 22,1 %.

La violencia psicológica muestra mayor variabilidad en el comportamiento, ya que pasa de 19,0 en el 2021 a 30,7 en el 2025, equivalente a un incremento del 61,6 %. Respecto a 2019, se observa una variación acumulada del 82,7 %, constituyéndose en una de las categorías con mayor crecimiento proporcional (figura 2).

Figura 2. Tasas de notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar por tipo de violencia a periodo epidemiológico XI, Colombia, 2019 al 2025p

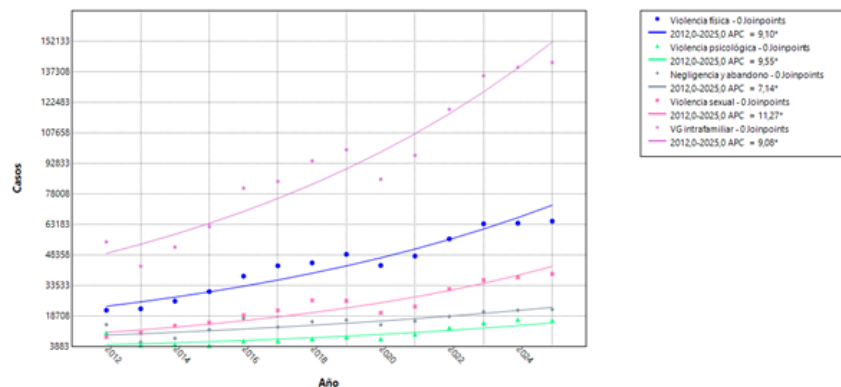


Tasas por 100 000 mujeres y 100 000 hombres y por etapa de curso de vida calculadas con base en las proyecciones de población DANE 2010-2050

El análisis del modelo de regresión lineal Joinpoint para el periodo 2012 – 2025 con corte a semana epidemiológica 44, mostró un incremento sostenido, con un Cambio Porcentual Anual (APC) de 9,1 %, estadísticamente significativo ($p < 0,05$), lo que indica que cada año, en promedio, las tasas de notificación de violencia de género e intrafamiliar crecieron un 9,1 %, de forma significativa, sin presentar puntos de cambios abruptos en la tendencia.

Con respecto a los tipos de violencia, al igual que para el evento en general se observó aumento del APC significativamente para el mismo periodo, siendo la violencia sexual la que presentó el mayor crecimiento relativo con un con un APC de 11,3 %, mientras que violencia física presentó un cambio porcentual anual (APC) de 9,1 % y negligencia y abandono un APC de 7,14 (figura 3).

Figura 3. Análisis de tendencia tasas de notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar, mediante modelo Joinpoint a periodo epidemiológico XI, Colombia, 2012 al 2025p



Tasas por 100 000 mujeres y 100 000 hombres y por etapa de curso de vida calculadas con base en las proyecciones de población DANE 2010-2050

Al analizar el comportamiento por sexo, tipo de violencia y etapa de curso de vida para el periodo 2019 al 2025(p), se observó que para los hombres en la etapa primera infancia es la negligencia y abandono la principal violencia con una disminución del 4,0 % en el 2025 con respecto al 2024 con corte a semana epidemiológica 44.

En este grupo también se observó aumento en violencia sexual con una variación de 4,2 para el 2025. Otras violencias que aumentaron fueron violencia física y sexual en la infancia, violencia física en adolescencia, juventud y adultez. Para los adultos mayores el aumento fue principalmente en negligencia y abandono y violencia sexual.

Para mujeres la violencia sexual fue la que presentó mayor variación en el 2025 con respecto al 2024, principalmente en las etapas primera infancia con aumento de 5,5 %, infancia y adolescencia (figura 4).

Figura 4. Proporción de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar por sexo, etapa de curso de vida y tipo de violencia, a periodo epidemiológico XI, Colombia, 2019 al 2025p

		Hombres							Mujeres													
Etapas curso de vida	Tipo de violencia	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Variación 2024-2025	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Variación 2024-2025					
Primera infancia (0 - 5 años)	Violencia física	14,99	15,46	13,24	12,35	7,98	10,80	11,60	0,80	11,18	12,48	11,89	9,98	9,45	9,72	10,02	0,71					
	Violencia psicológica	1,75	1,81	1,75	1,26	1,37	1,49	1,59	0,10	1,55	1,84	1,98	2,07	2,18	2,58	2,56	0,02					
	Negligencia y abandono	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00					
Infancia (6 - 11 años)	Violencia física	10,80	10,46	10,81	10,37	10,51	10,40	10,90	0,50	10,61	10,72	10,83	10,94	11,05	11,16	11,27	0,11					
	Violencia psicológica	4,30	4,20	5,23	7,38	8,53	7,16	7,17	-0,01	4,30	4,20	5,23	7,38	8,53	7,16	7,17	-0,01					
	Negligencia y abandono	1,07	1,08	1,14	1,27	1,38	1,48	1,59	0,11	1,60	1,61	1,67	1,73	1,78	1,84	1,91	0,07					
Adolescencia (12 - 17 años)	Violencia física	1,81	1,91	1,09	1,18	1,09	1,10	1,10	0,00	1,81	1,91	1,09	1,18	1,09	1,10	1,10	0,00					
	Violencia psicológica	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
	Negligencia y abandono	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
Juventud (18 - 28 años)	Violencia física	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
	Violencia psicológica	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
	Negligencia y abandono	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
Adultez (29 - 59 años)	Violencia física	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
	Violencia psicológica	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
	Negligencia y abandono	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
Adulto mayor de 60 años	Violencia física	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
	Violencia psicológica	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					
	Negligencia y abandono	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	0,00					

Para el análisis de las tasas de notificación por etapa de curso de vida y sexo, las tasas más elevadas para ambos sexos se observan en la primera infancia (0-5 años), con valores de hasta 437,1 para mujeres y 392,4 para hombres en el 2025.

En mujeres, la adolescencia y juventud también muestran tasas altas y en aumento sostenido en el periodo 2019-2025. En el 2025, la adolescencia alcanzó una tasa de 916,4 por cada 100 000 mujeres de 12 a 17 años y en juventud una tasa de 503,3 por cada 100 000 mujeres de 18 a 28 años (figura 5).

En relación con la razón mujer-hombre, se observan las mayores diferencias en las etapas de juventud y adultez. En la juventud, por cada caso registrado en hombres se presentan aproximadamente 8,2 casos en mujeres, mientras que en la adultez la ocurrencia del evento es 6,3 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Figura 5. Tasa de notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar por sexo y etapa de curso de vida a periodo epidemiológico XI, Colombia, 2019 al 2025p

Etapa curso de vida	MUJERES							Tendencia	HOMBRES							Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Primera infancia (0 a 5 años)	398,0	319,3	345,7	405,1	433,9	440,7	437,1		295,2	262,5	308,7	356,8	370,2	393,0	392,4	
Infancia (6 a 11 años)	326,9	244,2	239,1	320,6	388,3	407,2	415,6		174,8	145,3	143,0	201,4	242,5	281,9	306,3	
Adolescencia (12 a 17 años)	618,4	490,4	594,1	800,1	888,5	928,6	916,4		133,2	105,0	109,4	114,9	184,8	213,6	245,4	
Juventud (18 a 28 años)	444,0	377,6	417,3	477,6	522,7	508,7	503,3		38,1	30,7	34,0	39,8	47,1	45,8	60,0	
Adultez (29 a 59 años)	235,1	204,1	236,2	279,1	316,4	323,5	321,2		32,7	27,5	30,5	37,4	42,4	45,4	53,8	
Adulto mayor de 60 años	76,5	66,6	87,1	105,2	124,5	136,8	133,4		48,7	49,6	56,0	68,7	80,5	88,7	89,0	

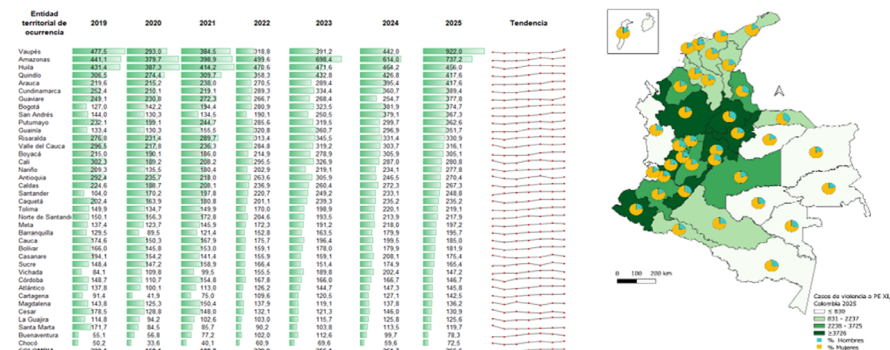
Tasas por 100 000 mujeres y 100 000 hombres y por etapa de curso de vida calculadas con base en las proyecciones de población

DANE 2010-2050

Por entidad territorial de ocurrencia, las mayores tasas de notificación del evento en el 2025 por 100 000 habitantes se registran en Vaupés (922,0), Amazonas (737,2), Huila (456,0), Quindío y Arauca (417,6) y Cundinamarca (389,4). Estas entidades muestran además una tendencia al aumento entre 2019 y 2025. En contraste, Chocó (72,5) y Buenaventura D. E. (78,3) mantienen las tasas más bajas durante el periodo analizado (figura 6).

En el mapa se pueden observar las entidades que presentan el mayor número de casos para 2025 como son: Bogotá D. C. (29 758), Antioquia (18 733), Cundinamarca (13 764), Valle del Cauca (6 636), Santiago de Cali D. E. (6 395), Santander (5 966), Huila (5 512), Nariño (4 760) y Boyacá (3 937), presentan el mayor número de casos (figura 6).

Figura 6. Tasas de notificación de violencia de género e intrafamiliar por entidad territorial de ocurrencia, a periodo epidemiológico XI, Colombia, 2019 al 2025p



Tasas por 100 000 mujeres y 100 000 hombres y por etapa de curso de vida calculadas con base en las proyecciones de población

DANE 2010-2050

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.

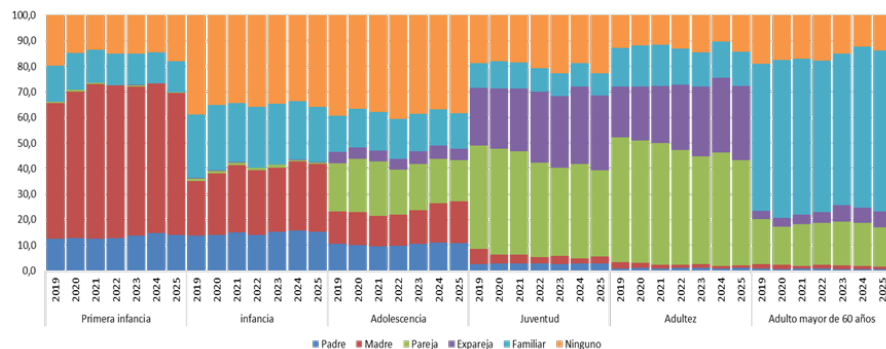
Con respecto a los casos de mutilación genital para el periodo 2020 al 2025 se han notificado 216 casos en mujeres, la mayoría indígenas de las comunidades Embera Katio y Embera Chami principalmente de los departamentos de Chocó y Risaralda, y de los municipios de Bagadó (34), Pueblo Rico (95) y Mistrató (28).

Para los casos sospechosos de quemaduras por ácido o álcalis, para el periodo 2019 al 2025 con corte a semana epidemiológica 44, se han notificado 377 casos de los cuales 228 fueron mujeres y 149 hombres, las entidades territoriales con el mayor número de casos fueron Antioquia (42), Bogotá D. C. (36), Santiago de Cali D. E. (30), Cundinamarca (26), Norte de Santander (25), Santa Marta D. T. (24) y Cauca (22); y por municipios están principalmente: Medellín D. E., Bucaramanga, Ibagué, Ocaña, Barranquilla D. E., Neiva, Popayán, Cartagena de Indias D. T. y Bello con el mayor número de casos.

En relación con el parentesco entre la víctima y el agresor para el 2025 se observó que para la etapa de primera infancia los principales agresores son los padres (padre con el 13,8 % y la madre con el 55,8 %), en infancia principalmente agresores sin ningún vínculo familiar (35,9 %), madre (26,5 %) y familiares (21,6 %); en adolescencia al igual que en infancia son los agresores sin ningún vínculo familiar los de mayor proporción (38,3 %), madre (16,3 %) y pareja (16,2 %).

Para la etapa de juventud los principales agresores son la pareja (33,8 %) y expareja (29,3 %) y agresores sin ningún vínculo familiar (22,7 %) y para los adultos mayores de 60 años son los familiares y la pareja los de mayor representación (63,0 % y 15,6 %) (figura 7).

Figura 7. Proporción de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar según relación con el agresor y etapa de curso de vida a periodo epidemiológico XI, Colombia, 2019 al 2025p



En torno al escenario donde ocurren los hechos, se observó que el 73,3 % de los casos ocurren en la vivienda.

Conclusiones

- Las mujeres presentan la mayor carga epidemiológica para el evento en el país, lo que indica que se debe seguir priorizando en esta población la vigilancia en salud pública, la prevención y la intervención integral.
- La violencia de género e intrafamiliar en Colombia presenta una tendencia epidemiológica ascendente y sostenida en el tiempo, con incrementos notables tanto en tasas de notificación como en el número de casos, especialmente en violencia física y sexual.
- Para las violencias tipo sexual y negligencia y abandono, la niñez y la adolescencia son los grupos con mayor vulnerabilidad, sin embargo, el aumento de la presentación de casos en adultos mayores evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia y la protección institucional en esta población.

En la etapa de juventud, las mujeres presentan hasta ocho veces mayor afectación por violencia de género que los hombres, y en la adultez esta probabilidad es seis veces superior.

Recomendaciones

Entidades territoriales

- Continuar fortaleciendo la vigilancia en salud pública del evento, priorizando a mujeres, niñas, adolescentes y adultos mayores, garantizando la activación de rutas para la atención integral de las víctimas.

Entidades del sector educación, justicia, protección, social, cooperantes, entre otros

- Desarrollar acciones educativas y comunitarias para reducir el riesgo de presentación de violencias de género e intrafamiliar en entornos como vivienda, escuelas y espacios públicos.
- Fortalecer la articulación interinstitucional para abordar los factores sociales que incrementan el riesgo de violencias de género, incluyendo dinámicas familiares, patrones culturales y prácticas nocivas como la mutilación genital femenina.

Referencias

1. Otero-Gutiérrez G, Cárdenas-Rodríguez R, Monreal-Gimeno C. Girls tell: narratives about sexist violence from a feminist perspective. *Pedagogía Social*. 2025;(46):230–42. [Internet]. el 31 de julio de 2020 [citado el 16 de abril de 2025];V.16 N.3. Disponible en: <https://journals.openedition.org/ejts/6387>
2. Blanco Galindo D, García Guerra D. Informe defensorial violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes en Colombia: análisis de la respuesta estatal. 2023 [citado el 21 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.defensoria.gov.co/items/ac8c9fff-c83d-4e07-abe4-cd96b58388e3>
3. Guevara Aranda S. Violencia sexual y justicia comunal en pueblos indígenas Awajún – Wampis, región Amazonas. *Revista Científica y tecnología* [Internet]. el 31 de julio de 2020 [citado el 21 de noviembre de 2025];V.16 N.3. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/3018>

4. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento 2024. Violencia de Género e Intrafamiliar y Ataques con Agentes Químicos [Internet]. 2025 jun. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIOLENCIA%20DE%20GENERO%20E%20INTRAFAMILIAR%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>



SITUACIÓN NACIONAL

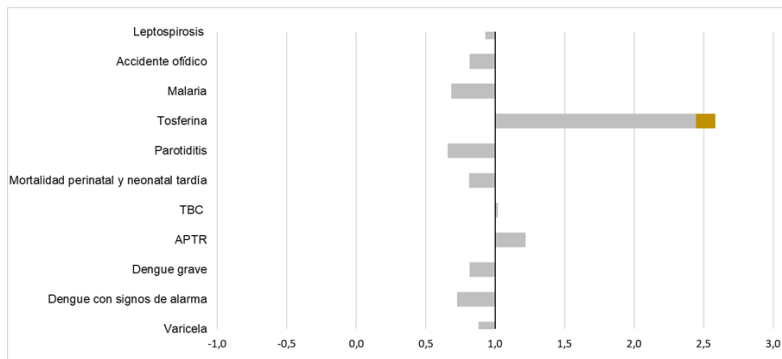
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

Figura 8. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 47 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, 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 47 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	179 536	150 361	1,30	0,19

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 47 del 2025, el evento zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	13	5	0,00
Leishmaniasis cutánea	8	75	0,00
Lepra	4	6	0,13
Leishmaniasis mucosa	1	0	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,20
Mortalidad por dengue	3	3	0,22
Chicungunya	2	2	0,27

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

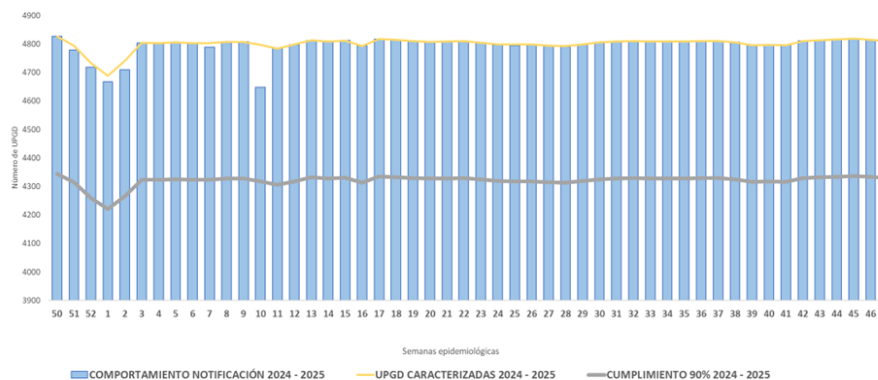
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 47 del año 2024. Para esta semana el país cumplió 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 47 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 % (4 819 / 4 819); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y presentando aumento del 0,1 % con relación a la semana 47 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, 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 9).

Figura 9. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados



MORTALIDAD

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.ina.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 47 del 2025, se han notificado 669 muertes probables en menores de cinco años: 392 por infección respiratoria aguda (IRA), 178 por desnutrición (DNT) aguda y 99 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, nueve casos de IRA, siete 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 47 del 2025 se han notificado 651 fallecimientos (383 por IRA, 171 por DNT aguda y 97 por EDA); de estos, 386 casos han sido confirmados, 125 han sido descartados y 140 casos se encuentran en estudio (tabla 1).

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 47, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 47 2025			Casos en estudio a SE 47 2025			Tasa a SE 47 2024			Tasa a SE 47 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	119	207	60	31	87	22	5,12	8,01	3,32	3,23	5,61	1,63
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	4	27	2	5	12	2	3,72	3,95	1,63	0,94	6,36	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	9,17	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	2	2	0	2	0	2,33	6,98	1,16	0,00	2,40	2,40
Bogotá D. C.	0	16	0	0	5	0	0,00	5,65	0,23	0,00	3,69	0,00
Bolívar	1	5	0	1	1	0	1,79	9,82	1,79	0,90	4,51	0,00
Boyacá	0	6	3	1	0	0	0,00	4,69	0,00	0,00	7,11	3,56
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	1,72	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	2	0	2	3	1	7,47	17,44	2,49	2,51	5,03	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	6	1	0	3	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	0,80	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	10	5	3	1	1	0	8,14	6,66	3,70	7,42	3,71	2,23
Chocó	31	26	13	15	10	4	55,21	50,61	56,74	47,68	39,99	19,99
Córdoba	9	9	3	0	3	1	4,06	6,38	1,74	5,27	5,27	1,76
Cundinamarca	0	12	0	0	6	2	0,00	3,54	0,00	0,00	5,29	0,00
Guainía	2	2	1	0	0	0	0,00	54,25	27,13	26,72	26,72	13,36
Guaviare	0	1	1	0	1	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	28	16	12	0	8	1	36,41	30,19	20,42	24,95	14,26	10,69
Magdalena	7	9	1	0	1	0	14,19	9,82	1,09	7,71	9,91	1,10
Meta	2	5	1	0	2	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	1	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	4	2	2	13,17	13,17	13,17	1,67	8,35	11,69
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	3	0	0	0	0	0,00	2,25	4,49	4,54	6,81	0,00
Santander	0	2	0	0	1	0	0,64	3,84	4,48	0,00	1,30	0,00
Sucre	1	5	0	0	1	0	10,17	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	7,48	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	1	1	3	0	4	3	36,48	36,48	18,24	18,21	18,21	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.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 383 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 144 confirmadas por clínica y 63 por laboratorio, 89 descartadas y 87 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 5,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 47 fueron 299, para una tasa de mortalidad de 8,0. casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 47 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, Casanare, Chocó, Cundinamarca y La Guajira y, a nivel municipal, en Cáceres, Rionegro, Güicán de La Sierra, Pueblo Bello, Lloró, Villavicencio y San Andrés de Tumaco. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

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

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 47, 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
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
Influenza A	7	3	0	0	3	13	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
Staphylococcus aureus	11	2	2	2	0	17	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	5	1	0	1	0	7
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
Pseudomonas aeruginosa	3	0	0	0	0	3	2	0	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
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	40	24	14	9	216	98	18	19	5	0	140

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 171 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 119 fueron confirmadas, 21 descartadas y 31 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 47 fue de 191, para una tasa de mortalidad de 5,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 47 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, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Meta,

Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró, Riohacha 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 97 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cinco confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli, Norovirus, Adenovirus y Klebsiella pneumoniae), 55 confirmadas por clínica, 15 descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 47 fue de 124 para una tasa de mortalidad de 3,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 47 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira, Vaupés, Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Uribia, 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 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/INSPC28779>

En la semana epidemiológica 47 del año 2025 se notificaron al Sivigila siete casos: dos muertes maternas tempranas, cuatro muertes maternas tardías y una muerte materna coincidente. El país acumula 172 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 165 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

De acuerdo con el análisis de los casos, para esta semana epidemiológica se ajusta a la entidad territorial de La Guajira un caso de muerte materna temprana a muerte materna tardía.

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 47, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	238	137	53	428
2023	214	142	73	429
2024	183	116	38	337
2025p	165	123	38	326

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

A la semana epidemiológica 47 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C., La Guajira, Antioquia, Cesar 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), Maicao (La Guajira), Riohacha (La Guajira) 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 47 del año 2025, el 60,0 % corresponden a causas directas y el 33,3 % 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 47, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 47	Acumulado de casos a SE 47	
		2024	2025
Colombia	265	183	165
Bogotá D. C.	26	20	17
La Guajira	23	23	15
Antioquia	22	14	13
Cesar	12	11	13
Norte de Santander	7	5	10
Magdalena	10	5	9
Atlántico	8	4	8
Nariño	11	8	8
Chocó	13	15	7
Cundinamarca	13	11	7
Barranquilla D. T.	6	4	5
Bolívar	9	3	5
Santiago de Cali D. E.	7	5	5
Córdoba	13	7	5
Santander	8	5	5
Casanare	3	1	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	0	0	3
Huila	5	5	3
Meta	8	7	3
Tolima	6	4	3
Risaralda	4	2	2
Santa Marta D. T.	6	2	2
Valle del Cauca	5	2	2
Buenaventura D. E.	3	2	1
Caquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. T.	7	0	1
Cauca	7	7	1
Putumayo	3	3	1
Quindío	12	0	1
Sucre	5	2	1
Vichada	4	3	1
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	0	0	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

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

Tabla 7. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 47	Valor observado SE 47
Colombia	265	165
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Belén (Boyacá)	0	1
Pijao del Carmen (Magdalena)	0	1
San Pedro de Los Milagros (Antioquia)	0	1
Maicao (La Guajira)	6	1
Riohacha (La Guajira)	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 47 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 47	Número de casos y proporción a SE 47 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	199	214	100	183	100	165	100
DIRECTA	132	146	68,2	117	63,9	99	60,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	39	43	20,1	34	18,6	31	18,8
Hemorragia obstétrica	35	34	15,9	36	19,7	28	17,0
Sepsis obstétrica	15	19	8,9	11	6,0	12	7,3
Evento tromboembólico como causa básica	17	22	10,3	11	6,0	9	5,5
Embarazo ectópico	10	11	5,1	8	4,4	7	4,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	1,9	6	3,3	7	4,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,4	3	1,6	2	1,2
Embolia de líquido amniótico	4	4	1,9	4	2,2	2	1,2
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	0,5	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	1,9	1	0,5	1	0,6
INDIRECTA	64	65	30,4	62	33,9	55	33,3
Otras causas indirectas	26	25	11,7	27	14,8	21	12,7
Otras causas indirectas: neumonía	10	13	6,1	6	3,3	18	10,9
Sepsis no obstétrica	11	11	5,1	10	5,5	6	3,6
Otras causas indirectas: cáncer	10	10	4,7	9	4,9	5	3,0
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	1,8
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,4	4	2,2	2	1,2
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,2	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,5	1	0,5	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	0,9	1	0,5	1	0,6
En estudio	2	1	0,5	3	1,6	10	6,1

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 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%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM

A semana epidemiológica 47 del 2025 se han notificado 5 151 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 097 corresponden a residentes en Colombia y 54 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (613), Antioquia (595), Cundinamarca (332), Santiago de Cali D. E (239) y La Guajira (235) y Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 47 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Chocó, Putumayo y Sucre. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado a nivel municipal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aumento respecto al promedio histórico en: Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Tuchín (Córdoba), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Puerto Triunfo (Antioquia), Sibaté (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia) y Buriticá (Antioquia) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,8 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,3 %, neonatales tardías con 17,8 % y fetales intraparto con 10 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,4 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 47 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 47, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 47	Acumulado de casos a SE 47	
		2024	2025
Colombia	7 306	5 328	5 097
Bogotá D. C.	798	664	613
Antioquia	812	607	595
Cundinamarca	388	332	332
Santiago de Cali D. E.	282	240	239
La Guajira	390	271	235
Córdoba	381	242	225
Cesar	258	168	176
Nariño	196	167	157
Barranquilla D. E.	283	162	156
Cartagena de Indias D. T.	246	159	154
Valle del Cauca	195	155	154
Bolívar	212	134	153
Cauca	238	164	152
Meta	168	128	147
Santander	225	149	143
Norte de Santander	226	141	134
Huila	167	121	123
Atlántico	233	145	122
Magdalena	177	138	122
Tolima	156	111	101
Boyacá	133	101	100
Chocó	182	146	96
Sucre	177	121	96
Risaralda	105	84	72
Caldas	90	72	66
Buenaventura D. E.	77	49	64
Casanare	74	53	56
Santa Marta D. T.	93	42	49
Caquetá	60	38	48
Quindío	58	45	45
Putumayo	57	52	38
Arauca	60	35	35
Vichada	36	28	34
Amazonas	16	13	18
Guainía	17	12	14
Guaviare	12	10	12
Vaupés	15	15	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	13	14	9

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 47 2020 - 2024	Valor observado a SE 47 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	7306	5097	-
Agustín Codazzi (Cesar)	17	27	28
Tocancipá (Cundinamarca)	6	13	29
Tuchín (Córdoba)	8	12	2
Timbiquí (Cauca)	6	11	21
Altos del Rosario (Bolívar)	3	8	7
Aguazul (Casanare)	4	8	43
Villapinzón (Cundinamarca)	3	7	11
Puerto Triunfo (Antioquia)	2	6	1
Sibaté (Cundinamarca)	3	6	3
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	15
Abejorral (Antioquia)	2	5	9
San Carlos (Antioquia)	2	5	12
Buritica (Antioquia)	1	5	9

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 47, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 47, 2023 -2025					
	2023 a SE 47	(%)	2024 a SE 47	(%)	2025 a SE 47	(%)
Colombia	6 380	100,0	5 328	100,0	5 097	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 587	24,9	13 83	26,0	1 305	25,6
Prematuridad-inmadurez	1 152	18,1	880	16,5	860	16,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1 005	15,8	801	15,0	685	13,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	679	10,6	600	11,3	473	9,3
Infecciones	557	8,7	464	8,7	424	8,3
Malformación congénita	571	8,9	493	9,3	403	7,9
Otras causas de muerte	387	6,1	350	6,6	286	5,6
Sin información	49	0,8	0	0,0	277	5,4
Causas no específicas	148	2,3	145	2,7	187	3,7
Trastornos cardiovasculares	162	2,5	159	3,0	149	2,9
Lesión de causa externa	60	0,9	24	0,5	26	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	23	0,4	29	0,5	22	0,4

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

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 47 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 hospitalizaciones de sala general y en las unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM) y una variación positiva en las atenciones de consulta externa y urgencias, en comparación con el periodo anterior, la cual no es estadísticamente significativa (-30%) (tabla 12).



EVENTOS TRAZADORES

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 40 a 47 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 40 a SE 43 2025	SE 44 a SE 47 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	504 366	506 911	0,50%	
Hospitalización en sala general	21 821	20 920	-4,13%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 799	2 680	-4,25%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 47 del 2025 se notificaron 123 088 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, Magdalena, Santa Marta D.T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E. y Huila. 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 (44 a 47 del 2025) en 22 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 44 a 47 del 2025

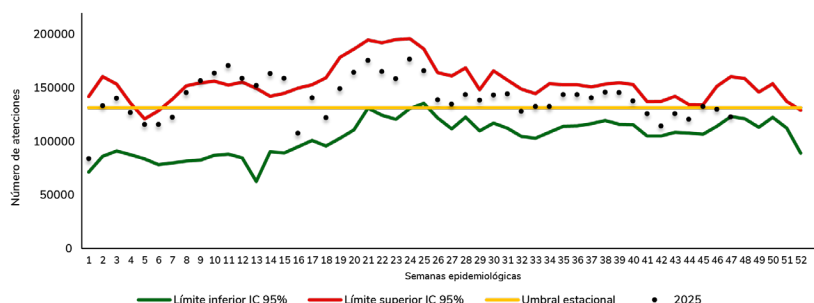
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	53 988	69 426	2 303	9 022
Atlántico	Soledad	89 664	89 633	6 766	8 085
Cundinamarca	Soacha	72 535	75 492	3 606	5 890
La Guajira	Uribia	51 617	48 556	2 669	5 378
Antioquia	Itagüí	74 462	74 525	4 331	5 089
Antioquia	Bello	69 179	56 576	4 507	4 555
Cundinamarca	Chía	60 403	52 812	3 182	3 508
Antioquia	Rionegro	26 798	32 632	2 117	2 144
Valle del Cauca	Palmira	26 816	25 441	1 532	2 144
Cundinamarca	Girardot	18 977	19 586	1 188	2 116
Antioquia	Envigado	21 996	23 625	1 806	1 880
Cundinamarca	Zipaquirá	20 090	22 011	1 476	1 862
Santander	Floridablanca	25 923	30 683	1 814	1 775
Risaralda	Dosquebradas	25 346	27 126	1 142	1 771
Santander	Barrancabermeja D. E.	17 695	28 168	803	1 736
Magdalena	Ciénaga	22 651	21 720	787	1 732
Cundinamarca	Funza	13 404	15 780	935	1 729
Bolívar	Magangué	15 894	21 423	765	1 708
Córdoba	Sahagún	23 252	23 245	1 620	1 698
Córdoba	Lorica	14 691	15 046	956	1 391
Córdoba	Cerete	16 562	17 774	630	1 383
Boyacá	Duitama	24 790	20 284	1 710	1 301
Boyacá	Sogamoso	15 442	19 648	1 207	1 301
Valle del Cauca	Yumbo	12 833	13 390	1 020	1 183
Antioquia	Apartadó	16 110	16 321	873	1 146
Cundinamarca	Madrid	17 681	13 571	942	1 137
Norte de Santander	Ocaña	14 967	15 979	462	1 133
Valle del Cauca	Tuluá	15 833	11 942	555	1 052
Cundinamarca	Facatativá	20 726	16 230	1 391	1 034
Valle del Cauca	Cartago	15 292	15 565	628	1 016
Antioquia	Turbo	13 524	13 878	839	962
Casanare	Yopal	14 461	13 760	830	889
Huila	Pitalito	11 165	12 198	694	801
Cesar	AGUACHICA	8 386	11 004	752	727
Cauca	Santander de Quilichao	11 722	10 141	792	659
Santander	Piedecuesta	6 134	9 690	241	649
Atlántico	Malambo	8 731	7 361	407	549
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	8 321	6 772	792	495
Cundinamarca	Mosquera	6 579	7 104	339	483
Santander	Girón	7 698	7 720	254	440
Cauca	Guapi	2 530	4 671	195	410
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 937	5 734	301	354
Nariño	La Florida	696	700	40	54

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (44 a 47 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,8 % (130 899) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,2 % (97 758). 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 11,1 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,7 %.

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 16 a la 47 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 47 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

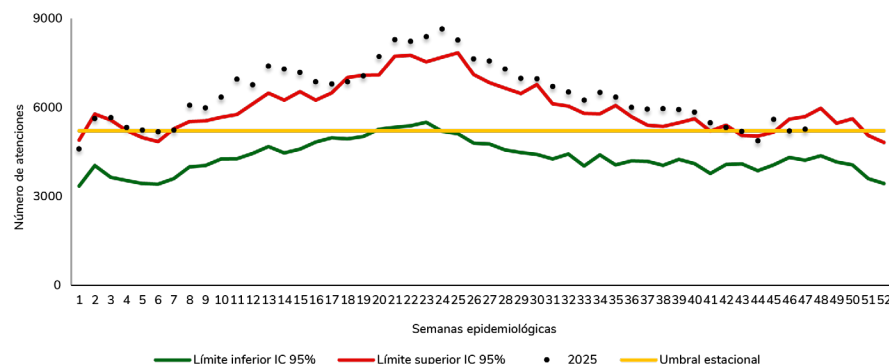
En la semana epidemiológica 47 del 2025 se notificaron 5 255 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Cesar, Choco y Guainía e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre, Tolima y Valle del Cauca. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (44 a 47 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 013) representaron el 28,7 %, seguido de los menores de un año con el 17,2 % (3 598). 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 22,0 %.

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 a 44 ubicándose por debajo del límite superior; sin embargo para semana 45 se observó una tendencia de aumento situándose por encima de límite superior, seguido de un descenso en semana 46 y 47 (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 47 del 2025

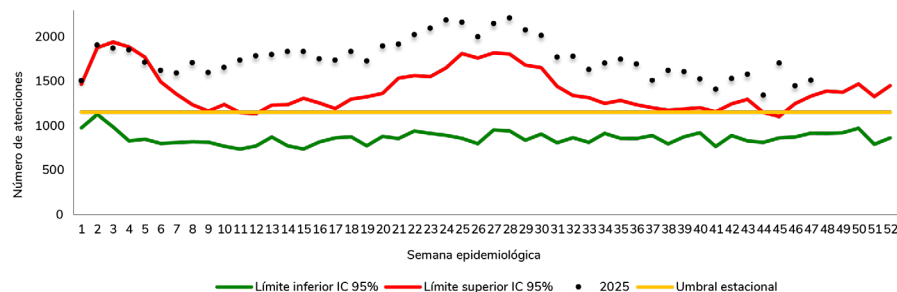


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 47 del 2025, se notificaron 1 514 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 47 se ubicó por encima del límite superior (figura 12).

Figura 12. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológica 01 a 47 del 2025



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

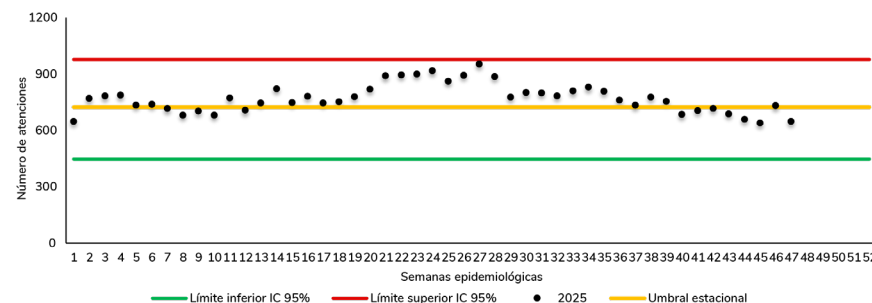
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 47 del 2025 se notificaron 648 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Cartagena de Indias D. T., Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Huila y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Antioquia, Caquetá y Guaviare. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (44 a 47 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,5 % (926), seguido de los menores de un año con el 23,8 % (638) 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 25,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,7 %.

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 28), seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 a 47 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 47 del 2025

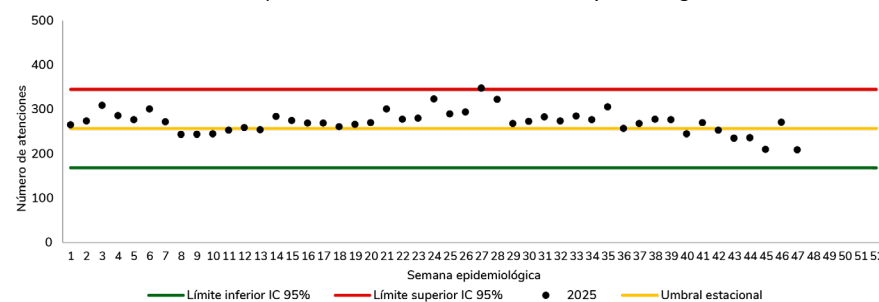


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 47 del 2025, se notificaron 209 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 14).

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 47 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 43 a 47 del 2025 se observó una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las hospitalizaciones en sala general, UCI/UCIM y en las atenciones en consulta externa y urgencias una tendencia al aumento

en comparación con el periodo anterior, la cual 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 47 se encontraron dentro de los límites esperados.

Teniendo en cuenta las condiciones climáticas actuales del territorio nacional caracterizadas por la presencia de precipitaciones, altos niveles de humedad, bajas temperaturas y considerando según la estacionalidad del evento, el inicio del segundo pico respiratorio se insta a las entidades territoriales a:

- 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).
- 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.
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la

preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado 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 47 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 al decremento para VSR. 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 40 a 47 del 2025

Agente viral identificado	SE 40 a SE 43			SE 44 a SE 47			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	50,3	59,6	25,8	53,2	62,8	36,8	
Rinovirus	20,2	20,3	25,0	26,8	29,3	25,0	
VSR	22,9	27,3	6,3	17,6	24,4	6,3	
Enterovirus	9,5	7,0	-	8,3	7,3	-	
Adenovirus	9,9	11,2	6,3	9,3	11,4	6,3	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	5,3	2,1	18,8	8,3	0,8	18,8	
Parainfluenza	10,3	12,3	6,3	8,3	8,1	6,3	
Metapneumovirus	10,7	12,2	12,5	7,3	7,3	12,5	
A(H1N1)pdm09	6,1	3,2	25,0	6,8	3,3	25,0	
SARS-CoV2	2,3	1,6	-	2,4	2,4	.	
A(H3N2)	0,4	-	-	1,5	0,8	.	
Coronavirus	2,3	2,6	-	3,4	4,9	.	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025.
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

*Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

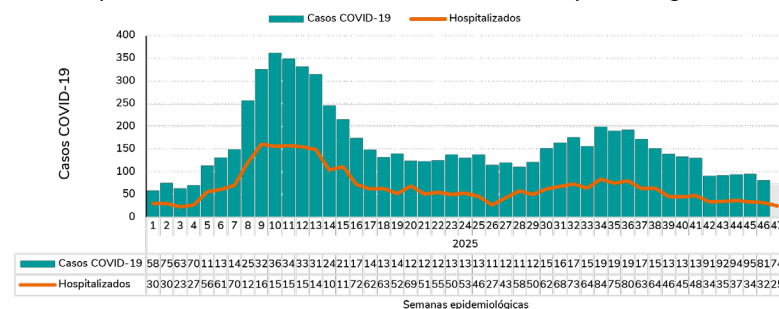
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 47 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 22 de noviembre de 2025 (semana epidemiológica 47) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 7 379 casos de COVID-19 (7 356 de procedencia Colombia y 23 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (44 a 47 del 2025), se ha observado una disminución del 22,9 %, con 344 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 40 a 43 del 2025), en el cual se reportaron 446 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 21,0 %, pasando de 162 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 128 casos en el periodo analizado (figura 15).

Figura 15. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 47 *SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 44 a 47), se registró una incidencia de 0,64 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 25 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 84 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 40 a 43), se evidencia aumento en la notificación de COVID-19 en Mosquera (Cundinamarca), Guadalajara de Buga (Valle del Cauca) y Santiago de Cali D. E.

Durante el 2025, en Colombia se han notificado 128 fallecimientos asociados a COVID-19 (125 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,23 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. El 70,3 % de los casos (90 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más. No se reportaron fallecimientos en el periodo analizado.

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu7la>, donde podrá ampliar detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 47 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 paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

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

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

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 47 del 2025 se notificaron 2 461 casos de dengue: 1 736 casos de esta semana y 725 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 116 392 casos, 72 424 (62,2 %) sin signos de alarma, 42 825 (36,0 %) con signos de alarma y 1 143 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,9 % (67 400) 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 15); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 43 a 46 del 2025) el 59,2 % (4 687) de los casos se concentran en Cartagena de Indias D. T., Norte de Santander, Santander, Cesar, Meta, Antioquia, Atlántico, Barranquilla D. E., y Bolívar.

Tabla 15. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025.

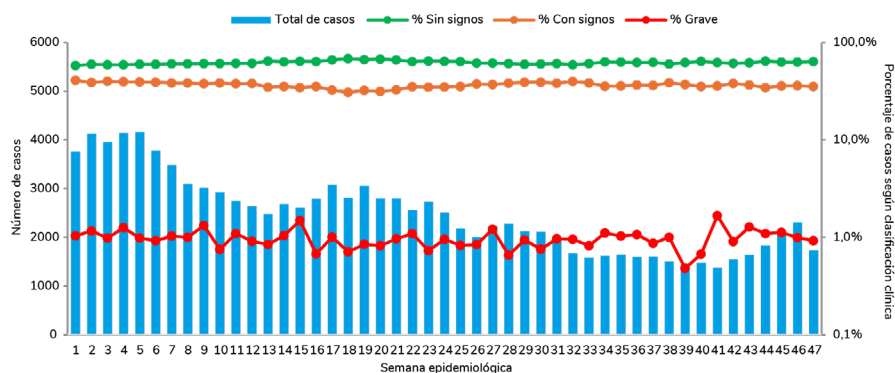
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 40-43 de 2025)	Observado (SE 44-47 de 2025)
Santander	10 493	32,7	0,6	614	635
Córdoba	10 079	37,0	0,3	429	315
Meta	9 788	33,5	1,2	437	467
Norte de Santander	8 299	40,5	1,3	528	642
Antioquia	8 164	34,8	0,8	485	441
Cartagena de Indias D. T.	6 188	23,4	1,1	375	727
Tolima	5 647	32,6	1,0	291	398
Valle del Cauca	4 396	25,8	0,5	242	300
Atlántico	4 346	44,5	1,5	291	438
Bolívar	4 144	38,2	0,7	259	404
Cundinamarca	3 672	39,9	0,7	78	109
Sucre	3 615	57,2	0,8	119	159
Cesar	3 584	55,7	1,6	321	497
Barranquilla D. E.	3 280	36,3	1,1	188	436
Huila	3 249	35,1	3,0	57	159
Santiago de Cali D. E.	3 175	35,0	0,8	155	180
Putumayo	2 930	28,1	0,8	42	86
La Guajira	2 907	58,1	1,5	101	222
Arauca	2 489	32,1	1,0	91	89
Caquetá	2 290	39,9	1,2	26	38
Magdalena	2 016	58,1	0,9	185	211
Casanare	1 507	31,9	0,4	44	53
Chocó	1 142	17,6	1,1	99	113
Guaviare	1 123	20,2	0,5	32	125
Nariño	1 117	33,6	1,4	51	71
Risaralda	1 087	35,1	1,4	30	35
Cauca	996	37,9	1,5	16	20
Santa Marta D. T.	952	53,9	0,8	105	287
Quindío	907	27,2	0,3	32	58
Vichada	733	31,0	0,5	32	17
Boyacá	676	46,0	0,3	19	18
Amazonas	379	28,5	0,3	32	42
Caldas	336	48,8	0,3	13	16
Exterior	286	50,0	4,9	18	19
Buenaventura D. E.	203	35,0	2,0	5	16
Vaupés	85	11,8	1,2	7	38
Guainía	59	35,6	1,7	2	31
Archipiélago de San Andrés y providencia	53	39,6	0,0	1	2
Colombia	116 392	36,8	1,0	5 852	7 914

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 43 a 46 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Atlántico, Barranquilla D. E., Bolívar, Buenaventura D. E., Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, La Guajira, Huila, Nariño, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Sucre, Tolima, y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Vichada; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 15).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 16); 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 43 a 46 del 2025) fueron: Boyacá, Magdalena, Sucre y La Guajira.

Figura 16. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 47 del 2025.

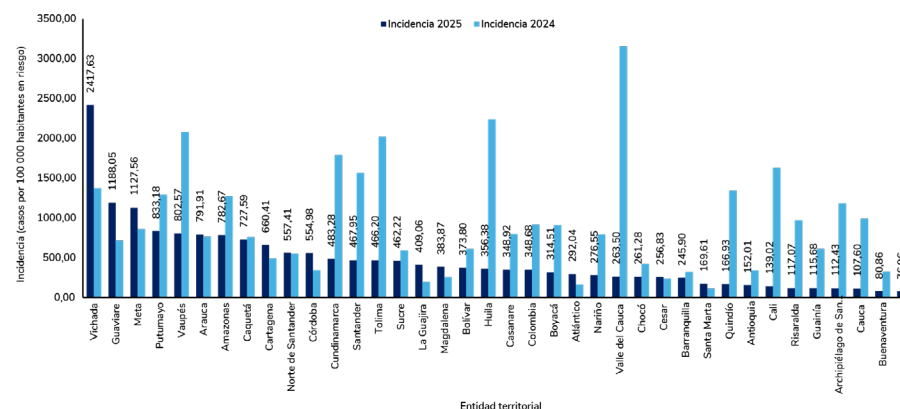


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 47 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 348,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 913,5 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 45 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos

por 100 000 habitantes (figura 17). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 663,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 17. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 47, 2024-2025.



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

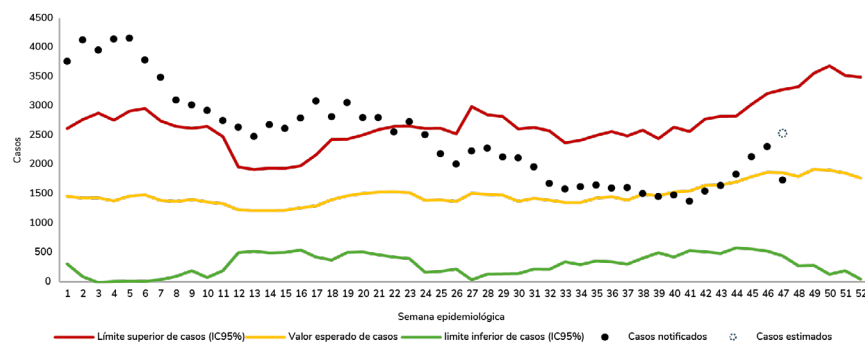
En la semana epidemiológica 47 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 35,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 43 a 46 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 39 a 42 del 2025) (figura 18).

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 40,5 % (15) se encuentra dentro de lo esperado, el 43,2 % (16) se encuentra en situación de alerta y el 16,2 % (6) 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 16).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 47 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 14,0 % (8/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 17).

Figura 18. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 47 del 2025.



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

Tabla 16. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 47, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de noviembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cesar	Antioquia, Santa Marta D. T., Vaupés	Guaviare, Guainía
Alerta	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T.	Chocó, Quindío, Magdalena, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Risaralda y Santander	Amazonas, Arauca, Meta, Putumayo, Vichada
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima, Sucre y Valle del Cauca	Boyacá, Caquetá, Casanare, Cauca, Santiago de Cali D. E. y Huila.

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

Tabla 17. 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 46 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado	Observado
Antioquia	Bello	22,2	123	6	12
	Itagüí	20,4	56	2	7
Atlántico	Sabanalarga	376,5	388	43	53
Cesar	Valledupar	165,6	914	79	140
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	172,3	952	105	287
Magdalena	Ciénaga	152,2	194	19	29
Meta	Villavicencio	982,1	5 008	298	304
Arauca	Arauca	251,1	252	13	20

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

A semana epidemiológica 47 del 2025, se han notificado 367 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 106 casos, se descartaron 222 casos y se encuentran en estudio 39 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 265 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 18).

Tabla 18. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 47, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 47, 2025	Letalidad por dengue a SE 47, 2024
	Confirmados	En estudio		
Cauca	3	0	0,30	0,09
Risaralda	3	1	0,28	0,13
La Guajira	8	3	0,28	0,00
Vichada	2	0	0,27	0,24
Putumayo	5	0	0,17	0,24
Huila	5	1	0,15	0,02
Magdalena	3	2	0,15	0,00
Barranquilla D. E.	4	1	0,12	0,02
Quindío	1	1	0,11	0,10
Antioquia	9	3	0,11	0,12
Santa Marta D. T.	1	2	0,11	0,16
Meta	10	1	0,10	0,09
Cartagena de Indias D. T.	6	0	0,10	0,13
Bolívar	4	2	0,10	0,13
Guaviare	1	0	0,09	2,81
Chocó	1	0	0,09	0,11
Santander	9	4	0,09	0,09
Sucre	3	2	0,08	0,13
Arauca	2	0	0,08	0,21
Norte de Santander	6	2	0,07	0,12
Córdoba	7	1	0,07	0,02
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,06	0,05
Cundinamarca	2	1	0,05	0,05
Atlántico	2	0	0,05	0,08
Tolima	2	6	0,04	0,09
Cesar	1	4	0,03	0,24
Nariño	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,40	1,05
Colombia	102	39	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 47 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).

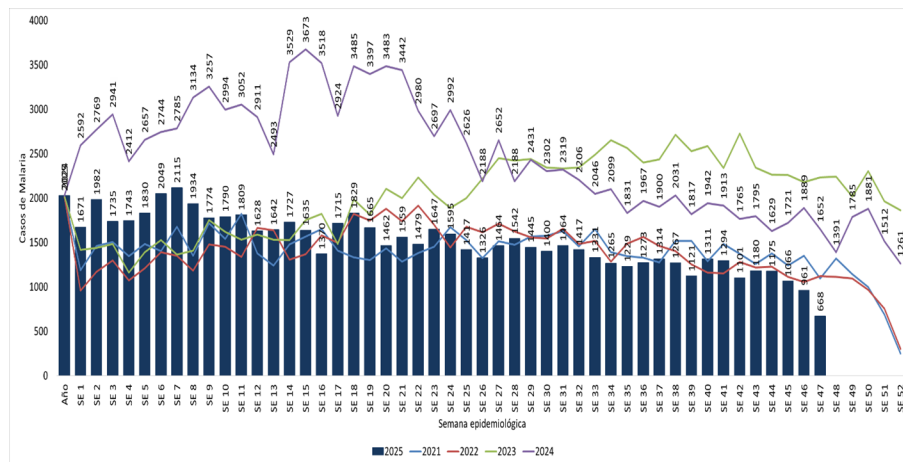
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. 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/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 19).

Figura 19. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 47 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 47 del 2025 se notificaron 1 644 casos de malaria, para un acumulado de 70 416 casos, de los cuales 69 181 son de malaria no complicada y 1 235 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,7 % (48 345), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,2 % (21 240) e infección mixta con 1,2 % (831). 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 (28,6 %), Antioquia (15,0 %), Nariño (12,4 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (5,9 %), Amazonas (5,0 %), Risaralda (4,4 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,5 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,2 %) y Guaviare (1,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,1 % de los casos son los que se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 40 a 43	Casos 2025 SE 44 a 47	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 460	122	93	142,42
Córdoba	Tierralta	3 305	242	155	33,12
Chocó	Quibdó	2 811	141	105	19,44
Risaralda	Pueblo Rico	2 720	272	169	162,01
Antioquia	El Bagre	2 114	149	155	37,54
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 838	105	92	5,67
Chocó	Lloró	1 770	141	67	166,81
Nariño	El Charco	1 662	94	26	71,49
Chocó	Bagadó	1 656	275	166	139,83
Nariño	Roberto Payán	1 573	46	40	118,02
Guainía	Inírida	1 514	118	158	39,93
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 513	191	70	345,83
Chocó	Bajo Baudó	1 499	84	64	44,18
Chocó	Tadó	1 429	113	73	70,90
Nariño	Olaya Herrera	1 397	83	35	52,78
Vichada	Cumaribo	1 269	99	48	14,58
Chocó	Alto Baudó	1 258	122	77	40,23
Nariño	Magüí	1 236	30	26	4,63
Chocó	Istmina	1 227	70	64	36,29
Chocó	Medio San Juan	1 154	83	74	98,10
Córdoba	Puerto Libertador	1 110	34	22	24,44
Cauca	Timbiquí	995	33	47	35,40
Boyacá	Cubará	913	19	8	107,17
Cauca	Guapi	893	87	37	30,23
Bolívar	Montecristo	883	64	53	48,07
Nariño	Barbacoas	878	39	26	14,98
Antioquia	Nechí	876	41	23	31,40
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	849	38	24	3,18
Chocó	El Cantón del San Pablo	828	35	33	119,90
Antioquia	Turbo	773	59	42	5,75
Antioquia	Chigorodó	754	33	38	12,12
Chocó	Carmen del Darién	749	22	28	33,81
Antioquia	Segovia	666	54	29	16,27
Chocó	Medio Baudó	599	39	41	35,46
Antioquia	Cáceres	598	26	16	19,19

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 72,1 % 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 decremento en el municipio de Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Tarapacá (CD), Bagadó, Lloró, Cumaribo, Cubará y Alto Baudó y en incremento los municipios de Mitú, Inírida, Puerto Libertador y Montecristo (tabla 20). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Roberto Payán, Magüi, Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Barbacoas, Bagadó y Tierralta y en incremento el municipio de Lloró y Istmina como se muestra en la tabla 21.

Tabla 20. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 40 a 43 de 2025	Casos SE 44 a 47 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	111	136	23 %	7,2 %
Córdoba	Tierralta	216	150	-31 %	6,0 %
Risaralda	Pueblo Rico	249	163	-35 %	5,2 %
Antioquia	El Bagre	144	132	-8 %	3,7 %
Guainía	Inírida	128	157	23 %	3,2 %
Chocó	Quibdó	75	54	-28 %	3,2 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	117	67	-43 %	2,6 %
Chocó	Bagadó	158	114	-28 %	2,4 %
Córdoba	Puerto Libertador	48	54	13 %	2,3 %
Chocó	Lloró	61	56	-8 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	95	43	-55 %	2,1 %
Boyacá	Cubará	17	12	-29 %	1,9 %
Chocó	Alto Baudó	71	53	-25 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	52	67	29 %	1,7 %
Chocó	Carmen del Darién	21	21	0 %	1,5 %

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

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 40 a 43 de 2025	Casos SE 44 a 47 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	67	24	-64 %	7,3 %
Chocó	Quibdó	66	52	-21 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	68	59	-13 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	56	45	-20 %	4,8 %
Nariño	Roberto Payán	14	7	-50 %	4,7 %
Nariño	Magüi	20	15	-25 %	4,3 %
Cauca	Guapi	82	22	-73 %	3,9 %
Chocó	Tadó	60	44	-27 %	3,7 %
Chocó	Bajo Baudó	34	22	-35 %	3,6 %
Nariño	Olaya Herrera	33	19	-42 %	3,5 %
Chocó	Lloró	40	41	3 %	3,2 %
Chocó	Istmina	21	24	14 %	2,9 %
Nariño	Barbacoas	11	2	-82 %	2,7 %
Chocó	Bagadó	105	48	-54 %	2,6 %
Córdoba	Tierralta	52	14	-73 %	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 a semana epidemiológica 47 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 6 departamentos en situación de incremento y 9 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 27 municipios en incremento y 77 municipios en decremento (tabla 22).

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 47 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 47 2024	SE 47 2024	Acumulado a SE 47 2025	SE 47 2025	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	84	1	162	1	4	10
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	25	0	28	1	2	5
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	690	31	1 569	13	67	74
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	57	5	1	11
Amazonas	Leticia	4	533	9	545	1	11	19
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	223	1	691	53	89	297
Amazonas	Miriti - Paraná (CD)	4	23	6	51	0	10	17
Antioquia	Yondó	4	24	4	58	1	2	8
Antioquia	Caucasia	4	244	1	349	1	11	16
Arauca	Saravena	4	178	7	511	1	10	15
Arauca	Arauquita	4	20	1	45	0	1	4
Bolívar	Montecristo	5	1 179	14	944	19	52	70
Caquetá	Solano	4	16	4	70	4	11	16
Caquetá	Florencia	4	122	4	278	7	4	8
Chocó	Nóvita	5	595	9	343	8	21	33
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	5	196	5	9	20
Guainía	Barrancominas	4	75	4	80	5	13	20
Meta	Puerto Concordia	4	41	1	79	0	6	10
Meta	Puerto Rico	4	4	0	78	1	1	3
Meta	Puerto Gaitán	4	124	1	489	30	8	98
Nariño	Santa Bárbara	1	499	1	293	5	14	29
Putumayo	Puerto Leguísimo	4	9	0	53	0	1	6
Risaralda	La Virginia	4	40	1	119	1	2	7
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	5	3 573	33	1 931	21	103	111
Vaupés	Pacoa (CD)	4	95	3	123	0	7	20
Vaupés	Tairaira	5	103	3	234	2	20	25
Vichada	Puerto Carreño	4	96	1	461	18	17	93

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 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/buscador-eventos/LineamientosPRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 47 del 2025, se han notificado 18 942 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 18 802 corresponden a residentes en Colombia y 140 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (48 del 2024 a 47 del 2025) es de 0,57 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 149 municipios a nivel nacional (13,3 %) y de disminución en 35 municipios (3,1 %) (tabla 23).

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

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (29,1 %) y de 1 año (27,4 %). Según el área de residencia, el 66,2 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 47 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Santa Marta D. T. y de disminución en Quindío, Guaviare y Archipiélago de San Andrés y Providencia; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. 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 24).

Tabla 23. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 47, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 47 de 2024	Casos a SE 47 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	22 372	18 802	0,57	13,3	3,1
La Guajira	2 631	1 625	1,70	20,0	0,0
Vichada	298	187	1,48	0,0	25,0
Chocó	993	753	1,44	22,6	3,2
Magdalena	661	721	0,93	41,4	3,4
Risaralda	409	419	0,82	28,6	0,0
Cesar	838	831	0,76	16,0	4,0
Amazonas	70	64	0,69	18,2	0,0
Cartagena de Indias D. T.	407	480	0,68	0,0	0,0
Guaviare	90	60	0,68	0,0	0,0
Arauca	327	151	0,67	0,0	42,9
Casanare	277	225	0,65	0,0	10,5
Bolívar	608	572	0,62	26,7	2,2
Antioquia	2 604	2 379	0,62	24,8	1,6
Vaupés	52	35	0,60	16,7	16,7
Guainía	52	41	0,60	11,1	11,1
Boyacá	479	465	0,60	5,7	0,8
Nariño	820	617	0,59	10,9	1,6
Putumayo	175	163	0,57	0,0	0,0
Norte Santander	613	646	0,55	12,5	2,5
Bogotá D. C.	2 866	2 299	0,55	0,0	0,0
Sucre	275	366	0,51	38,5	3,8
Buenaventura D. E.	220	159	0,51	0,0	0,0
Cundinamarca	1 296	1 040	0,48	5,2	1,7
Huila	503	419	0,47	8,1	0,0
Valle	559	582	0,47	30,0	0,0
Santa Marta D. T.	125	168	0,47	100,0	0,0
Meta	494	344	0,47	10,3	0,0
Tolima	430	310	0,44	8,5	4,3
Santiago de Cali D. E.	526	493	0,40	0,0	0,0
Caquetá	180	126	0,38	0,0	6,3
Barranquilla D. E.	244	303	0,37	0,0	0,0
Córdoba	575	465	0,34	10,0	0,0
Caldas	241	176	0,33	3,7	0,0
Santander	599	433	0,33	6,9	3,4
Atlántico	443	313	0,30	0,0	22,7
Cauca	303	294	0,29	7,1	7,1
Quindío	79	75	0,27	8,3	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	3	0,08	0,0	50,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 48 de 2024 a SE 47 de 2025.

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

Tabla 24. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, Semana Epidemiológica 47 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	162	302
Antioquia	Turbo D. E.	52	123
Tolima	Ibagué	63	88
Sucre	Sincedejo	39	85
Boyacá	Sogamoso	34	60
Antioquia	Rionegro	32	47
Arauca	Arauca	80	46
Valle del Cauca	Yumbo	36	42
Huila	Pitalito	29	41
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	18	40
Cundinamarca	Chía	25	38
Cauca	Popayán	28	36
Norte de Santander	Ocaña	37	36
Cesar	Aguachica	23	35
Santander	Piedecuesta	39	34
Antioquia	Envigado	14	28
Atlántico	Sabanalarga	40	27
Atlántico	Malambo	36	24
Cundinamarca	Girardot	47	23
Bolívar	Turbaco	13	22
Santander	Floridablanca	29	18

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

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

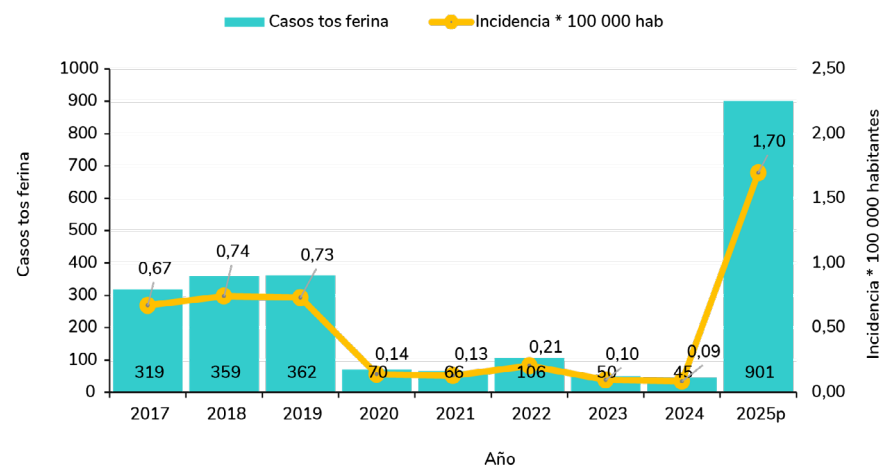
Tos ferina

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

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 46), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 6 550 casos de tos ferina. De estos, el 13,9 % (913 casos) fueron confirmados (901 con procedencia nacional y 12 importados), el 80,6 % (5 278 casos) fueron descartados y el 5,5 % (359 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,70 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 al 2024, cuando la incidencia no superó los 0,73 casos por cada 100 000 habitantes (figura 20).

Figura 20. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 46, Colombia, 2017-2025.

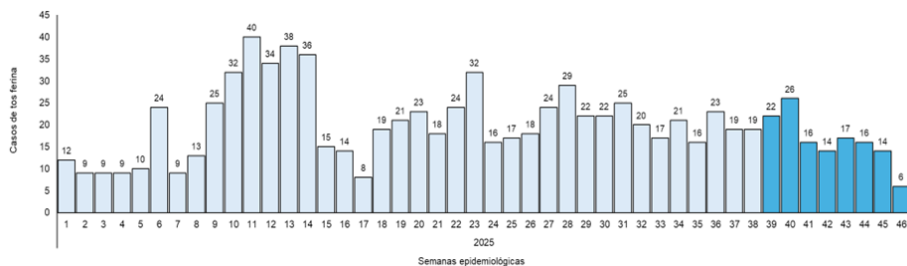


Fuente: Sivigila 2017 a 2025p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 21 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 46). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 06, 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 (29 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos) y 40 (26 casos). En las últimas ocho semanas epidemiológicas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 32,0 %, al pasar de 78 casos (semanas epidemiológicas 39 a 42) a 53 casos (semanas epidemiológicas 43 a 46). Esta información está sujeta a cambios.

Figura 21. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 46 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 46, 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 288 casos y una incidencia de 3,63 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 221 casos (3,19), Cundinamarca con 62 casos (1,75) y Cartagena de Indias D. T. con 28 casos (2,77).

La tabla 25 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 25. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 46, (2019 al 2025p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	0,72	0,14	0,12	0,20	0,09	0,07	1,70		901
Bogotá D. C.	0,92	0,09	0,01	0,06	0,04	0,08	3,63		288
Antioquia	0,87	0,20	0,24	0,16	0,09	0,09	3,19		221
Cundinamarca	0,52	0,13	0,06	0,00	0,12	0,17	1,75		62
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,77		28
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,47		26
Huila	0,90	0,35	0,09	0,00	0,08	0,42	1,99		24
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,15		23
Santiago de Cali D. E.	0,36	0,31	0,00	0,00	0,18	0,13	1,01		23
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,62	0,00	0,00	1,99		20
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	3,03		18
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	1,30		15
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	1,22		13
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,62		13
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,93		12
Cesar	0,64	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,75		11
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69		11
Barranquilla D. E.	0,32	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	0,63		8
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,47		8
Santander	0,45	0,13	0,78	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
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
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,36	0,14	0,36		5
Norte de Santander	1,09	0,12	0,00	0,00	0,41	0,06	0,29		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80		3
Arauca	1,07	0,34	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Caquetá	2,22	0,73	0,00	0,00	0,47	0,93	0,47		2
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
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 epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,10 casos por cada 100 000 habitantes (46 casos). Se observa un aumento en las últimas ocho semanas epidemiológicas (39 - 46) en Cartagena de Indias D. T., Chocó, Huila, Meta, Risaralda, Valle del Cauca, Santiago de Cali D. E. y Amazonas (tabla 26).

Tabla 26. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (39 a 46) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 39-42)	Casos PE actual (SE 43-46)	Incidencia PE anterior (SE 39-42)	Incidencia PE actual (SE 43-46)	Tendencia
Colombia	71	46	0,15	0,10	
Cartagena de Indias D. T.	2	7	0,20	0,69	
Chocó	0	2	0,00	0,34	
Huila	0	1	0,00	0,08	
Meta	0	1	0,00	0,09	
Risaralda	1	1	0,10	0,10	
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,10	
Santiago de Cali D. E.	2	4	0,09	0,18	
Amazonas	0	1	0,00	1,18	
Antioquia	22	5	0,32	0,07	
Bogotá D. C.	16	14	0,20	0,18	
Bolívar	5	0	0,41	0,00	
Boyacá	2	1	0,15	0,08	
Cesar	3	0	0,20	0,00	
Córdoba	4	3	0,20	0,15	
Cundinamarca	5	3	0,14	0,08	
La Guajira	2	1	0,19	0,09	
Magdalena	1	0	0,10	0,00	
Santa Marta D. T.	1	0	0,17	0,00	
Nariño	1	0	0,06	0,00	
Santander	2	0	0,08	0,00	
Sucre	1	0	0,10	0,00	
Guaviare	1	0	1,18	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 46 del 2025

Durante el 2025 se confirmaron 106 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 15 y Bogotá D. C. con 6 casos.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios Bagadó (Chocó), Tierralta (Córdoba), Pueblo Rico (Risaralda), Dabeiba (Antioquia) (tabla 27).

En población indígena se han confirmado en 2025 siete fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.

Tabla 27. Departamentos con brotes de tos ferina en población indígena en seguimiento, Colombia, hasta la semana epidemiológica 46 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		106	7	abierto		
Chocó	Bagadó	15	2	Cerrado	6/11/2025	18/12/2025
Córdoba	Tierralta	7	2	Abierto	1/11/2025	13/12/2025
Risaralda	Pueblo Rico	1	0	Abierto	29/10/2025	10/12/2025
Antioquia	Dabeiba	3	0	Abierto	20/10/2025	1/12/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, noviembre 25 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), con una letalidad acumulada preliminar del 40,4 % (55/136)*. Se han descartado 2 046 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 son 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.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (40)**, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad mediana de 46 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 confirmado 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.

Brote de varicela población de interés especial para la salud publica en el Distrito de Bogotá, 25 de noviembre del 2025

Brote identificado en personal de Fuerzas Militares el 14/09/2025, se realizó investigación epidemiológica de campo el 15/09/2025. A la fecha se han identificado 18 casos de 216 expuestos para una tasa de ataque de 8,3 %, no se reportan hospitalizaciones ni muertes y no se estableció población con riesgo de complicaciones por varicela. La fecha de inicio de síntomas del primer caso fue el 11/09/2025, y la fecha de inicio de síntomas del último caso detectado fue 19/11/2025, en seguimiento por 42 días. Dentro de las acciones de vigilancia en salud pública se ha realizado el seguimiento y aislamiento de casos con sintomatología presente, medidas de desinfección y seguimiento de personas expuestas, comunicación del riesgo y educación y restricción de traslados de personal hasta el cierre del brote. Situación sujeta a cambios y en seguimiento.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - SDS.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 47 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización epidemiológica sobre Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 24 de noviembre del 2025.

Desde la semana epidemiológica 16 del 2022 y hasta la semana epidemiológica 45 del 2025, un total de 19 países de la Región de las Américas reportaron a la Organización Mundial de la Salud Animal (OMSA) 5 136 brotes animales de influenza aviar A(H5N1) (73 brotes adicionales desde el reporte del 15 de octubre del 2025). Entre el 20 de abril del 2022 y el 18 de noviembre del 2025, se han notificado 75 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1), incluyendo dos defunciones. Los casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en las Américas se distribuyen así: México (1 caso - notificado el 2 de abril del 2025), Estados Unidos (71 casos – 1 en el 2022 y 70 desde el 2024), Canadá (1 caso confirmado el 13 de noviembre del 2024, Chile (1 caso notificado el 29 de marzo del 2023) y Ecuador (1 caso notificado el 9 de enero del 2023). Adicionalmente se notificaron en México (el 02 de octubre del 2025) un caso de infección humana por Influenza A (H5N2) (el segundo en el país) y en los Estados Unidos el 14 de noviembre del 2025, pendiente de caracterización.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 24 de noviembre de 2025. Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-11/2025-nov-24-phe-actualizacion-influenza-aviar-esfinal.pdf>

Difteria en la Región Africana. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 21 de noviembre del 2025.

Del 1 de enero al 2 de noviembre del 2025, se han notificado 20 412 casos sospechosos de difteria, incluyendo 1 252 muertes (letalidad 6 %) en Argelia, Chad, Guinea, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria y Sudáfrica. De estos, 9 864 han sido confirmados por laboratorio, clínica o nexo epidemiológico. El 5,7 % (1 177) fueron confirmados por laboratorio. La población más afectada son las mujeres, los niños de 5 a 18 años y los adultos jóvenes menores de 30 años. Más del 50 % de los casos sospechosos no estaban vacunados o tenían un estado vacunal desconocido.

Un control eficaz de brotes requiere una acción integral y multisectorial en todos los pilares de respuesta, incluyendo coordinación de emergencias, confirmación en laboratorio, vigilancia y detección de casos reforzadas, gestión clínica con toxina antidiftérica y antibióticos adecuados (de acuerdo con las directrices de la OMS), prevención y control de infecciones. Los esfuerzos sostenidos de vacunación, junto con la comunicación de riesgos y la participación comunitaria, son esenciales para interrumpir la transmisión y proteger a las poblaciones de alto riesgo.

La OMS evalúa el riesgo como alto a nivel regional y bajo a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Difteria - Región Africana. Fecha de publicación: 21 de noviembre de 2025. Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/DON588>

Enfermedad del virus de Marburg en Etiopía. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 21 de noviembre del 2025.

El 14 de noviembre del 2025 se confirmó el primer brote de la enfermedad por el virus de Marburgo (MVD por sus siglas en inglés), en la ciudad de Jinka. Con corte a 20 de noviembre del 2025, se han realizado 33 pruebas de laboratorio, de las cuales se han notificado seis casos confirmados, incluyendo tres fallecimientos. De los seis casos confirmados, tres están actualmente vivos y en tratamiento. Se han identificado un total de 206 contactos, y los contactos están en seguimiento activo.

Clínicamente, los pacientes presentan fiebre alta, dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal y diarrea acuosa o sanguinolenta. Se observaron manifestaciones hemorrágicas, incluyendo hemorragia nasal y vómito sanguíneo en cinco casos, compatibles con falla multiorgánica.

De acuerdo con la OMS, el riesgo para la salud pública que supone el brote se evalúa como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel global.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad del virus de Marburg - Etiopía. Fecha de publicación: 21 de noviembre de 2025. Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON585>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 47 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 47

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
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 confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
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	57	0	2	466	32	38	379	29	42	108	14	9	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Antioquia	560	12	14	19576	1398	1623	8164	252	441	2837	117	157	67	4	6	563	41	9	49	3	2
Arauca	108	3	2	852	62	97	2489	52	89	800	12	30	25	0	0	4	0	1	184	19	5
Atlántico	116	1	6	4048	274	313	4346	404	438	1936	229	199	67	10	8	3	0	1	16	1	3
Barranquilla D.E.	20	1	0	4340	255	339	3280	664	436	1192	327	147	37	11	5	24	1	2	38	3	4
Bogotá D.C.	2	0	0	22799	1826	1871	0	0	0	0	0	0	0	0	0	123	22	4	3	0	0
Bolívar	277	11	4	2937	205	243	4144	382	404	1585	202	141	31	8	3	3	0	1	4	0	0
Boyacá	72	1	2	6890	490	532	676	21	18	311	7	15	2	0	0	10	1	1	5	0	0
Buenaventura D.E.	22	0	1	124	11	11	203	30	16	71	12	6	4	0	1	1	0	0	0	0	0
Caldas	69	3	1	3952	290	317	336	17	16	164	10	6	1	0	0	13	0	0	33	3	5
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	5100	422	424	3175	644	180	1112	263	60	24	8	0	64	14	2	15	2	2
Caquetá	196	2	5	1160	90	101	2290	70	38	913	41	19	28	1	0	2	0	0	1	0	0
Cartagena de Indias D.T.	20	0	0	1947	133	202	6188	492	727	1446	234	135	66	11	4	7	0	1	0	0	0
Casanare	173	4	8	1819	122	175	1507	119	53	481	46	12	6	2	0	47	0	0	13	2	0
Cauca	96	2	2	5634	447	473	996	80	20	377	36	6	15	1	0	29	1	0	3	1	0
Cesar	307	7	10	3064	190	272	3584	261	497	1996	168	253	59	4	5	8	1	2	19	2	2
Chocó	199	4	4	302	17	21	1142	64	113	201	15	25	12	1	2	3	0	0	77	6	0
Córdoba	281	7	4	5074	362	407	10079	425	315	3730	202	145	31	3	1	5	1	0	10	2	0
Cundinamarca	81	2	1	14725	1073	1294	3672	205	109	1465	100	33	25	1	1	21	3	0	13	2	1
Guainía	20	0	0	208	12	25	59	3	31	21	1	12	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Guaviare	96	2	1	379	30	28	1123	31	125	227	8	18	6	0	0	1	0	0	38	5	1
Huila	152	4	6	6579	470	583	3249	301	159	1140	121	35	97	8	5	11	1	1	17	1	0
La Guajira	142	3	4	2244	159	164	2907	223	222	1688	161	126	43	5	4	6	0	0	37	2	1
Magdalena	145	4	2	2439	186	177	2016	121	211	1171	79	119	19	2	2	1	0	0	11	2	0
Meta	253	5	3	4379	300	403	9788	328	467	3282	134	144	115	3	7	114	2	1	8	0	2
Nariño	110	2	1	7409	540	661	1117	88	71	375	27	32	16	1	1	5	1	0	8	1	0
Norte de Santander	316	10	2	6620	452	573	8299	465	642	3362	262	240	104	6	8	31	8	1	26	0	0
Putumayo	145	2	1	1804	129	158	2930	66	86	823	24	21	22	1	0	1	0	0	3	0	0
Quindío	18	0	0	2973	219	246	907	33	58	247	12	13	3	0	1	30	2	1	2	0	0
Risaralda	59	1	3	4284	311	340	1087	26	35	381	14	11	15	1	2	9	2	1	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	406	29	19	53	14	2	21	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	44	1	0	2238	121	181	952	92	287	513	56	132	8	1	3	6	0	0	60	9	1
Santander	223	5	4	7738	545	645	10493	503	635	3430	239	240	66	4	6	87	2	0	11	1	0
Sucre	95	2	1	2854	201	207	3615	342	159	2067	194	89	28	5	5	2	0	0	2	0	0
Tolima	148	4	3	7236	501	613	5647	710	398	1840	339	117	58	5	5	8	0	1	25	3	3
Valle del Cauca	74	2	0	8891	620	703	4396	615	300	1132	244	66	22	4	1	23	4	0	24	0	2
Vaupés	51	1	2	280	11	22	85	5	38	10	1	1	1	0	0	13	0	0	0	0	0
Vichada	54	1	1	263	21	18	733	10	17	227	3	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	4,807	109	100	174,033	12,554	14,519	116,106	8,187	7,895	42,682	3,961	2,822	1,129	111	88	1,278	107	30	756	70	34

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 47

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	3609	166	466	6	2	1	6579	519	741	224	9	45	0	0	0	4395	380	230	18	16	18
Antioquia	10545	699	523	227	29	24	881084	81902	65697	41778	2575	2265	4795	751	499	338655	32415	26327	595	812	595
Arauca	643	7	21	15	1	4	25390	2104	1547	3542	105	226	100	4	18	7426	678	512	35	60	35
Atlántico	1	0	1	18	4	3	161493	11528	13917	3491	228	278	2121	199	340	68039	4311	4699	122	233	122
Barranquilla D.E.	0	0	0	34	3	4	228825	17481	20374	14209	383	1430	1932	213	315	84338	6267	6359	156	283	156
Bogotá D.C.	0	0	0	267	36	35	1711983	124169	127612	79600	4768	5260	9142	1297	1382	688356	58936	52688	613	798	613
Bolívar	1593	89	98	18	5	3	135971	10934	11984	2815	239	273	497	111	111	30057	2774	2581	153	212	153
Boyacá	927	0	13	41	5	8	138153	11203	9238	7783	406	562	491	82	77	47308	3941	3680	100	133	100
Buenaventura D.E.	1931	113	111	6	1	2	6772	981	495	108	8	1	11	1	1	2608	482	191	64	77	64
Caldas	21	2	1	19	1	1	86702	8167	6975	3362	234	193	1233	138	167	26444	2854	2135	66	90	66
Santiago de Cali D.E.	7	2	2	99	10	24	249448	22856	19342	9107	518	354	614	98	103	93908	14698	6540	239	282	239
Caquetá	424	15	26	13	2	4	32296	2808	2236	2075	126	185	33	6	0	13439	1519	1170	48	60	48
Cartagena de Indias D.T.	7	0	1	26	5	7	204274	16691	13790	12219	389	960	1720	200	325	48025	4191	3451	154	246	154
Casanare	6	2	2	6	2	1	27316	2267	1691	561	49	29	56	13	16	10032	987	747	56	74	56
Cauca	2167	218	75	38	4	7	110218	8800	8011	3722	98	250	622	60	103	40328	5455	3275	152	238	152
Cesar	17	2	3	31	4	3	137105	10393	12061	6844	572	354	508	58	83	27295	3345	2188	176	258	176
Chocó	20001	2096	1029	19	3	4	50768	1849	3479	2011	133	55	42	2	10	15540	935	1371	96	182	96
Córdoba	5573	748	272	34	3	3	208274	13552	15375	8573	475	742	1603	176	305	53956	3989	3413	225	381	225
Cundinamarca	0	0	0	81	9	12	389594	25714	28957	14218	771	1038	1533	309	183	148318	11938	11774	332	388	332
Guanía	1731	272	201	0	0	0	2700	198	190	133	25	10	1	0	0	1560	107	117	14	17	14
Guaviare	1018	91	49	0	0	0	6915	535	415	379	34	36	42	11	0	3259	258	230	12	12	12
Huila	2	0	1	28	7	8	102825	9612	5233	5410	284	322	824	69	126	41648	4618	3639	123	167	123
La Guajira	38	2	0	13	0	0	248752	15758	29445	3457	618	532	296	76	97	43429	5176	5490	235	390	235
Magdalena	5	1	1	10	2	2	125667	8245	11390	3638	231	214	79	16	1	33912	3213	3066	122	177	122
Meta	999	34	120	13	0	0	85806	6014	5794	3380	128	188	260	74	31	43557	4092	3164	147	168	147
Nariño	8742	802	216	73	7	12	137921	13276	9529	7877	381	445	179	37	19	46308	6338	3320	157	196	157
Norte de Santander	572	130	40	70	9	12	159757	13324	9690	9465	811	669	799	134	122	52568	5108	3867	134	226	134
Putumayo	83	5	7	7	0	0	33942	2126	2346	1327	94	78	35	5	6	11573	1171	926	38	57	38
Quindío	3	1	0	12	2	1	56985	5276	5891	2825	208	207	420	56	71	25323	2516	1894	45	58	45
Risaralda	3110	227	202	37	4	10	114959	9120	7771	5391	255	338	439	50	60	34476	3748	2799	72	105	72
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	0	1	7281	627	494	927	63	56	1	0	0	2705	310	179	9	13	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	13	2	1	78915	2707	8218	3577	170	407	828	117	117	20349	1245	1620	49	93	49
Santander	13	1	2	102	8	17	252395	15458	17409	16686	1057	1217	2212	355	376	84347	6706	6802	143	225	143
Sucre	104	5	7	19	4	6	92087	7842	7797	9102	625	865	1560	284	238	21162	2768	1765	96	177	96
Tolima	0	0	0	26	6	2	144115	11503	9139	9649	346	530	429	54	70	59430	5566	5565	101	156	101
Valle del Cauca	63	11	1	60	8	8	151964	12048	11592	3690	211	294	794	59	106	62315	6300	4864	154	195	154
Vaupés	4188	206	185	16	2	2	8128	244	728	101	10	12	5	3	0	2511	80	231	12	15	12
Vichada	1781	168	139	6	0	3	3810	315	318	20	5	0	2	0	1	1656	152	127	34	36	34
Total nacional	69,927	6,160	3,815	1,504	190	235	6,607,169	508,146	506,911	303,276	17,642	20,920	36,258	5,118	5,479	2,340,555	219,565	182,996	5,097	7,306	5,097

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 47

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y 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	0	43	6	4	27	2	1
Antioquia	11	12	0	619	55	30	27	6	0	1910	31	78	2445	183	169	706	26	15
Arauca	1	1	0	20	1	0	5	1	0	29	1	0	119	13	4	79	2	0
Atlántico	7	3	0	63	6	1	1	2	0	32	0	2	931	58	64	111	4	0
Barranquilla D.E.	2	3	0	168	5	13	0	2	0	60	3	7	1009	58	73	217	6	1
Bogotá D.C.	15	13	1	1428	103	116	761	6	20	2597	50	104	4837	350	377	2793	202	150
Bolívar	3	3	0	38	3	0	1	2	0	34	3	1	574	26	42	48	2	1
Boyacá	4	3	0	177	14	12	30	1	1	57	3	3	903	50	98	336	15	11
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	25	3	1	7	0	0
Caldas	3	2	1	70	6	5	1	1	0	55	1	9	397	35	15	51	1	1
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	146	23	7	0	2	0	47	3	10	986	83	48	490	30	35
Caquetá	0	1	0	39	3	2	1	1	0	4	2	0	233	13	6	23	0	3
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	65	4	2	2	2	0	51	2	6	556	40	43	17	0	0
Casanare	2	1	0	26	2	3	10	1	0	1	1	0	234	21	13	25	1	4
Cauca	4	3	0	76	7	5	2	1	0	27	1	1	447	22	12	282	21	21
Cesar	4	3	0	70	5	5	0	2	0	32	3	3	522	28	54	33	0	2
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	152	2	2	54	5	2	16	0	0
Córdoba	4	4	0	156	12	3	2	2	0	61	0	11	1095	118	72	120	3	3
Cundinamarca	6	7	0	393	32	21	243	3	3	556	11	27	2358	148	159	483	30	26
Guaixía	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	2	92	0	5	2	1	0
Guaviare	0	0	0	11	0	1	4	1	0	6	0	0	89	4	4	4	0	0
Huila	5	3	0	146	13	5	9	1	1	76	4	6	605	40	49	98	16	4
La Guajira	2	3	0	33	2	4	0	2	0	37	1	6	487	21	37	38	1	0
Magdalena	0	2	0	36	1	1	0	1	0	30	1	0	372	21	28	18	1	0
Meta	6	2	0	88	7	4	11	1	0	174	2	11	657	45	54	99	7	3
Nariño	9	3	1	158	13	7	4	1	0	90	5	7	664	62	31	89	9	8
Norte de Santander	7	4	1	194	13	15	4	2	1	66	7	7	1103	77	95	86	1	1
Putumayo	1	1	0	33	5	3	1	1	0	21	0	2	210	15	10	137	21	18
Quindío	2	1	0	35	3	0	2	1	0	23	1	1	285	35	19	96	9	8
Risaralda	7	2	0	55	5	5	0	1	0	73	1	1	620	36	40	39	4	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	28	8	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	1	0	13	1	0	0	1	0	8	0	0	209	13	12	38	1	0
Santander	3	4	0	99	9	4	1	2	1	89	6	5	764	76	55	290	17	4
Sucre	5	2	0	68	4	1	2	1	0	71	8	7	719	53	50	135	1	1
Tolima	7	3	0	81	5	10	7	1	0	43	3	2	871	72	52	81	3	2
Valle del Cauca	2	4	0	150	10	3	2	2	0	25	6	1	1172	72	51	221	7	17
Vaupés	0	0	0	3	0	1	3	1	0	65	0	19	10	1	0	12	2	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	1	0	29	2	10	9	0	0
Total nacional	132	104	4	4,791	385	289	1,143	58	27	6,627	158	342	26,754	1,970	1,859	7,356	446	342

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 47

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos 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 clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	55	64	0	0	0	0	70	88	14	13
Antioquia	0	0	0	1	1642	2379	1	1	0	6	4874	5089	962	1058
Arauca	2	0	0	0	271	151	0	0	0	0	164	206	14	17
Atlántico	0	1	0	0	365	313	0	0	0	0	819	893	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	200	303	0	0	0	0	825	925	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2777	2299	3	1	1	0	4635	5267	0	0
Bolívar	0	0	0	0	379	572	0	0	0	2	493	533	332	434
Boyacá	1	0	0	0	441	465	0	0	0	0	931	1064	115	221
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	112	159	0	0	0	0	85	82	14	18
Caldas	0	0	0	0	160	176	0	0	0	2	1089	985	256	172
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	413	493	1	0	0	0	1475	1898	3	2
Caquetá	0	0	0	0	172	126	0	0	0	0	227	210	188	220
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	243	480	0	0	0	0	492	557	2	2
Casanare	4	2	0	0	281	225	0	0	0	0	271	316	6	6
Cauca	0	0	0	0	282	294	0	0	0	0	778	796	47	61
Cesar	4	7	0	0	635	831	1	0	0	0	531	577	68	422
Chocó	0	0	0	0	652	753	0	1	0	0	96	148	222	182
Córdoba	1	0	0	0	509	465	0	0	0	0	923	1014	176	168
Cundinamarca	0	0	0	0	1092	1040	0	0	0	1	2002	2513	191	151
Guainía	0	0	0	0	50	41	0	0	0	0	26	28	13	21
Guaviare	0	0	0	0	95	60	0	0	0	0	56	61	417	146
Huila	0	0	0	0	390	419	0	1	0	1	775	690	9	11
La Guajira	0	0	0	0	1831	1625	2	0	0	0	254	353	20	22
Magdalena	0	0	0	0	514	721	0	0	0	0	317	374	6	9
Meta	0	0	0	1	374	344	0	0	0	0	664	641	221	122
Nariño	0	1	0	0	592	617	0	0	0	0	1281	1518	241	165
Norte de Santander	2	0	0	0	631	646	3	0	0	0	977	1094	186	187
Putumayo	0	0	0	0	171	163	0	0	0	0	292	281	190	194
Quindío	0	0	0	0	85	75	0	0	0	0	489	456	0	0
Risaralda	0	0	0	0	321	419	0	0	0	0	1085	1259	131	95
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	9	3	0	0	0	0	22	28	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	94	168	0	0	0	0	257	341	9	14
Santander	2	1	0	0	411	433	1	0	0	0	1408	1619	499	728
Sucre	0	0	0	0	207	366	0	2	0	0	453	446	100	59
Tolima	0	0	0	0	333	310	0	0	0	0	1102	1083	289	193
Valle del Cauca	0	0	0	0	398	582	1	0	1	1	1211	1337	16	17
Vaupés	0	0	0	0	67	35	0	0	0	0	63	102	35	34
Vichada	0	0	0	0	267	187	0	0	0	0	25	26	38	17
Total nacional	16	12	1	2	17,526	18,802	12	6	4	13	31,538	34,898	5,031	5,184

43

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 47

Decremento
Incremento

	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/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	2	0	1	0
Antioquia	14	3	22	13	7	4	29	39	12	9	125	262
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	0	1	8	8	1	0	11	3	6	3	29	31
Barranquilla D.E.	2	2	6	5	1	2	6	4	2	0	23	31
Bogotá D.C.	0	0	26	17	1	0	45	21	0	0	144	677
Bolívar	5	3	9	5	2	0	11	6	8	2	22	2
Boyacá	0	0	4	3	1	3	4	6	0	1	23	37
Buenaventura D.E.	2	3	3	1	0	1	4	3	2	1	6	2
Caldas	2	0	3	0	0	1	3	1	0	0	19	2
Santiago de Cali D.E.	2	2	7	5	1	1	7	9	2	0	41	52
Caquetá	3	0	2	1	0	1	6	5	3	3	8	4
Cartagena de Indias D.T.	8	9	7	1	0	1	11	9	3	1	18	18
Casanare	0	0	3	4	1	0	3	0	3	1	9	10
Cauca	1	0	7	1	4	5	9	9	1	2	29	11
Cesar	1	0	12	13	7	3	10	6	21	11	27	22
Chocó	1	0	13	7	29	17	27	36	36	46	11	8
Córdoba	2	1	13	5	1	4	14	12	7	9	36	31
Cundinamarca	1	2	13	7	0	2	11	18	3	0	64	76
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	1	1	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	2	0	5	3	0	0	5	4	3	1	22	18
La Guajira	0	0	23	15	23	13	40	24	51	28	19	0
Magdalena	1	0	10	9	2	1	11	10	13	7	17	3
Meta	0	0	8	3	2	1	11	7	6	2	21	10
Nariño	1	3	11	8	2	1	8	10	5	2	31	11
Norte de Santander	0	0	7	10	2	1	5	3	4	0	31	27
Putumayo	0	0	3	1	1	1	3	2	1	0	7	13
Quindío	2	0	2	1	0	1	2	0	0	0	10	5
Risaralda	4	1	4	2	8	9	8	7	7	5	18	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	2	0	6	2	2	0	4	3	1	2	10	10
Santander	2	1	8	5	1	0	6	3	1	0	43	28
Sucre	2	1	5	1	0	0	6	6	2	1	19	36
Tolima	8	10	6	3	2	0	8	4	2	0	25	9
Valle del Cauca	5	1	5	2	2	1	10	7	5	1	38	48
Vaupés	0	0	0	0	2	6	4	5	1	1	2	0
Vichada	0	0	4	1	3	0	4	4	9	8	3	0
Total nacional	356	333	265	165	122	82	371	294	204	150	962	1,502

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)

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.

Semana epidemiológica
16 al 22 de noviembre de 2025

47

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 47

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	16	24	0	0	55	67	3	4	554	691
Antioquia	157	111	1062	1212	0	0	3259	4319	157	111	20869	20151
Arauca	39	14	161	132	0	0	132	132	39	14	1067	1263
Atlántico	48	29	325	325	0	1	399	506	48	29	2203	2447
Barranquilla D.E.	68	15	389	311	0	0	726	880	68	15	2330	2704
Bogotá D.C.	158	67	865	838	0	0	1263	1331	158	67	27844	31893
Bolívar	42	20	281	263	1	3	161	209	42	20	2198	2404
Boyacá	19	18	92	76	0	0	143	198	19	18	3667	4240
Buenaventura D.E.	22	16	133	89	0	0	157	201	22	16	365	269
Caldas	18	23	129	154	0	0	296	283	18	23	2847	3049
Santiago de Cali D.E.	30	21	423	480	0	0	1324	1398	30	21	7318	6816
Caquetá	7	12	84	95	0	0	214	286	7	12	1033	1081
Cartagena de Indias D.T.	70	39	310	339	0	2	364	452	70	39	1353	1554
Casanare	36	35	120	145	0	1	140	187	36	35	829	900
Cauca	21	20	184	178	0	2	252	277	21	20	3171	3216
Cesar	34	21	310	240	0	0	366	433	34	21	1918	2050
Chocó	45	30	207	220	0	0	190	249	45	30	389	456
Córdoba	30	13	298	224	1	1	243	290	30	13	3339	3166
Cundinamarca	67	57	347	452	0	0	487	575	67	57	12212	14738
Guainía	7	7	15	15	0	0	17	35	7	7	195	228
Guaviare	4	2	25	16	0	0	44	40	4	2	271	341
Huila	17	10	144	145	0	0	356	430	17	10	5829	5878
La Guajira	67	40	338	330	0	0	462	588	67	40	1236	1418
Magdalena	33	29	213	242	0	3	150	182	33	29	1319	1405
Meta	46	44	241	275	0	0	566	802	46	44	2321	2472
Nariño	15	17	215	216	0	1	163	198	15	17	3893	5125
Norte de Santander	85	44	459	440	0	1	617	804	85	44	3631	3991
Putumayo	7	6	82	94	0	1	101	124	7	6	1246	1534
Quindío	13	6	90	98	0	0	237	306	13	6	2433	2465
Risaralda	23	20	167	185	0	0	536	657	23	20	3410	3548
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	11	0	0	7	16	1	4	183	248
Santa Marta D.T.	19	19	107	169	0	1	217	307	19	19	595	734
Santander	68	56	393	468	0	0	845	1367	68	56	5881	6402
Sucre	19	19	185	178	1	3	97	92	19	19	1711	1839
Tolima	31	28	165	141	0	1	503	694	31	28	2874	3268
Valle del Cauca	33	35	294	341	0	1	650	789	33	35	6582	7030
Vaupés	1	0	3	3	0	0	13	25	1	0	204	439
Vichada	8	12	35	37	0	0	33	32	8	12	242	231
Total nacional	1,527	963	9,152	9,201	3	22	15,784	19,761	1,527	963	139,560	151,684



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 47

16 al 22 de noviembre del 2025

TEMA CENTRAL

Comportamiento de la notificación de la violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos a periodo epidemiológico XI de 2025

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Directora (e) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

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: Nidza Fernanda González Sarmiento. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** 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.

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.47>