



Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

"Aunque los brotes de ETA se redujeron un 9,5 % en 2024, siguen siendo un problema de salud pública en Colombia, lo que exige vigilancia activa, intervención efectiva y prevención desde el hogar"

Semana epidemiológica

05

26 de enero al 01 de febrero de 2025

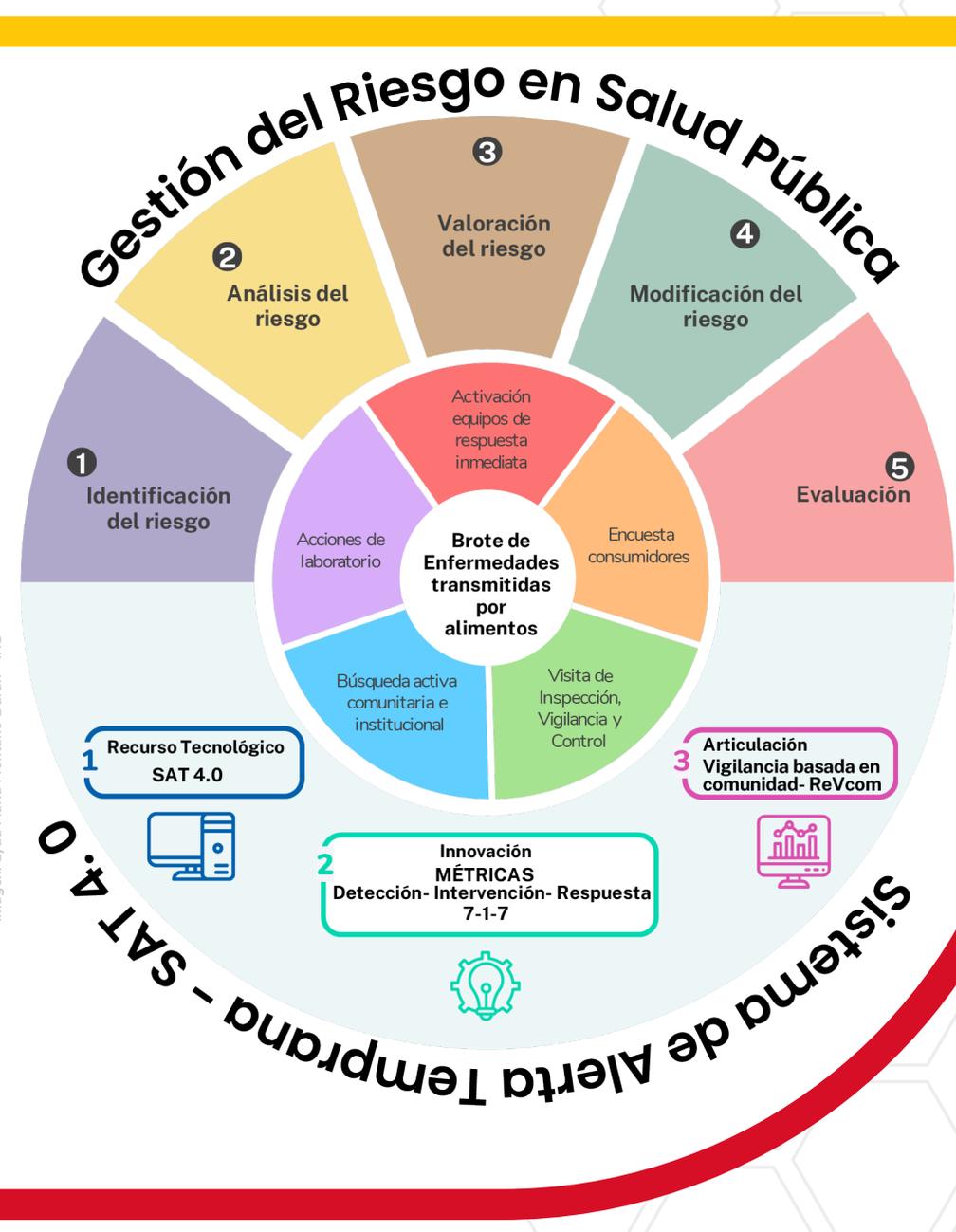


Imagen: Lyda Maria Montaña Durán - INS





Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

	Pág.
 Tema central Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)	3
 Situación nacional	6
 Mortalidad	8
 Eventos trazadores	13
 Brotos y alertas	28
 Tablas de mando por departamento	31

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, 2024

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), también llamadas intoxicaciones alimentarias, representan un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial, con consecuencias que van desde síntomas leves hasta complicaciones graves, incluyendo discapacidad o muerte. Estas enfermedades son causadas por la ingestión de alimentos o agua contaminados con diversos agentes patógenos, como toxinas, bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ETA afectan a aproximadamente 600 millones de personas cada año, resultando en 420 000 muertes y 33 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Los agentes causantes son diversos, incluyendo norovirus, Campylobacter, Salmonella no tifoidea, Escherichia coli patógena, fiebre tifoidea, hepatitis A, Taenia solium y aflatoxinas (1).

En Colombia, la incidencia de brotes de ETA ha mostrado variaciones significativas entre 2010 y 2024. El número máximo de brotes se registró en 2019 con 1 010 brotes, mientras que en 2020 se observó el punto más bajo con 501 brotes, probablemente debido al impacto de la pandemia de COVID-19. En 2024, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigla) reportó 661 brotes, con una tasa de ataque del 22,6 %, mostrando una disminución estadísticamente significativa del 9,5 % a nivel nacional. Los departamentos con mayor notificación de brotes en 2024 fueron Antioquia (101 brotes, 15,3 %), Cesar (54 brotes, 8,2 %), Cali (46 brotes, 7,0 %), Bogotá D.C. (36 brotes, 5,4 %) y Cartagena (36 brotes, 5,4 %).

El comportamiento semanal esperado de los brotes de ETA para 2024, utilizando un gráfico de control con media móvil basado en datos históricos (2010-2023), era de una media de 15 brotes por semana epidemiológica (mediana: 15; mínimo: 6; máximo: 29). Sin embargo, en 2024 se registró una media de 12 brotes semanales, con un rango mínimo: 5 y máximo: 22 brotes. El 71,2 % de las semanas epidemiológicas se mantuvo dentro de los límites esperados, mientras que el 3,8 % superó el límite superior y el 25,0 % estuvo por debajo del límite inferior.

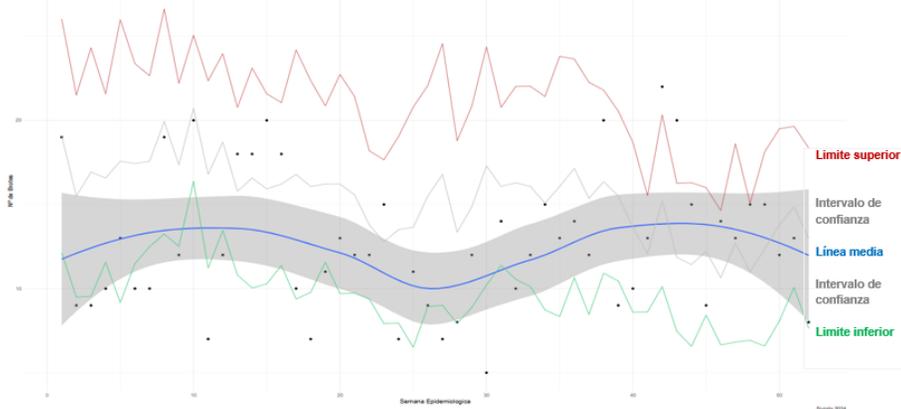


TEMA CENTRAL

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

Lyda María Montaña Durán, lmontanod@ins.gov.co

Figura 1. Gráfico de control de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, 2010 a 2024

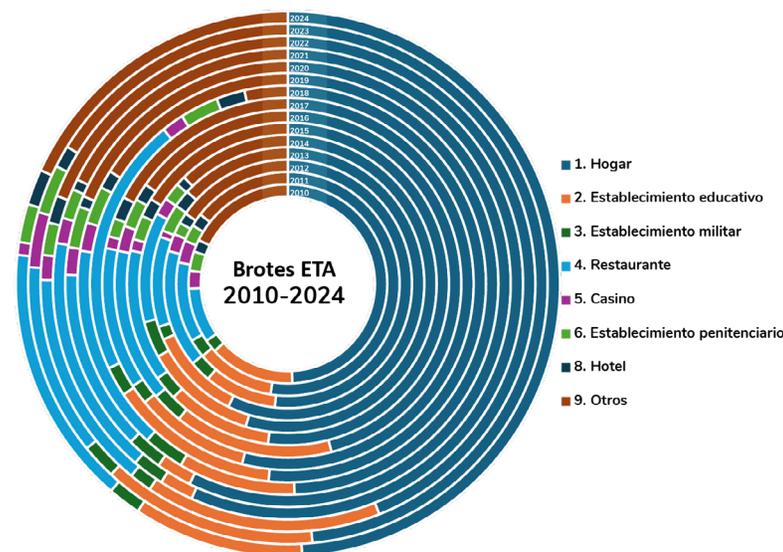


Fuente: Sivigila, evento brotes por enfermedades transmitidas por alimentos, 2010 a 2024 preliminar

En cuanto al lugar de ocurrencia, al comparar el periodo 2010 a 2023 con lo observado en 2024, se encontró que, el hogar fue el sitio con mayor frecuencia de ocurrencia de brotes entre 2010 a 2023, con el 51,8 %; proporción que disminuyó al 49,2 % en 2024. Los brotes asociados a restaurantes aumentaron del 13,8 % al 15,4 % en 2024. En establecimientos educativos y penitenciarios, se observaron variaciones mínimas, con una disminución del 10,9 % al 10,1 % y del 2,5 % al 2,3 %, respectivamente. Los brotes en hoteles aumentaron del 1,6 % al 2,1 %, mientras que en establecimientos militares se redujeron del 2,5 % al 2,0 %. La proporción de brotes en entornos laborales se mantuvo en 2,0 %. Se destaca un incremento en la categoría "otros lugares", que pasó del 14,8 % al 18,2 %.

El porcentaje de brotes de las ETA con identificación de un agente etiológico o microorganismo en Colombia ha fluctuado entre 2010 y 2024. En 2010, el 29,6 % de los brotes tuvieron un agente identificado, el porcentaje ha fluctuado entre el 16,1 % y 26,5 % entre el 2011 al 2022, llegando al 20,4 % en 2024. La mayoría de los brotes (72,0 %) tuvieron un origen bacteriano y los agentes etiológicos más comúnmente identificados fueron *Escherichia coli*, *coliformes fecales*, *Staphylococcus aureus* y *Salmonella spp.*

Figura 2. Proporción de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, según lugar de ocurrencia, Colombia, 2010-2024



Fuente: Sivigila, evento brotes por enfermedades transmitidas por alimentos, 2010 a 2024 preliminar

Al realizar el análisis según modo y fuente de transmisión entre 2019 y 2024, los alimentos fueron la principal fuente de contaminación (89 % en 2019 a 94 % en 2024), con la transmisión oral como la vía predominante (88 % en 2019 a 96 % en 2024) y una disminución en la transmisión cruzada. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia en la cadena alimentaria.

El porcentaje de brotes de ETA con criterios de notificación inmediata notificados oportunamente en Colombia han oscilado entre 70,8 % en 2018 a 89,0 % en 2024. Mientras que, el porcentaje de brotes con caracterización social y demográfica ha variado entre 70,8 % en 2019 a 97,6 % en 2024. La identificación del modo y la fuente de transmisión se mantienen en el 100 %, sin embargo el porcentaje de brotes de ETA de notificación inmediata con identificación de agente etiológico continúan por debajo del 40 %, con un reporte preliminar de 26,3 % en el 2024.

Las métricas de los brotes con criterios de notificación en Colombia durante 2023 y 2024 muestran que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la detección del brote fue menor o igual a 24 horas en el 89,6% de los brotes en 2023 y en el 78,4 % en 2024. El tiempo entre la detección y la intervención

menor o igual a 24 horas en el 91 % y 90,2% respectivamente. La notificación al Sistema de Alerta Temprana (SAT) dentro de las 24 horas posteriores a la intervención se logró en el 94 % de los brotes en 2023 y en el 92,2 % en 2024. La notificación al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) se realizó en el 91,4% y 90,2% de los brotes, respectivamente. Finalmente, el tiempo entre la intervención y la obtención de resultados de laboratorio menor o igual a 7 días fue en el 69 % de los brotes en 2023 y en el 52,2% en 2024.

Conclusiones

1. Durante el año 2024, se notificaron al SIVIGILA 611 brotes de ETA en Colombia, afectando a 8,257 personas (tasa de ataque: 22.6%) y exponiendo a 36,538. Los departamentos con mayor incidencia de brotes fueron Antioquia (101 brotes, 15.3%), Cesar (54 brotes, 8.2%), Cali (46 brotes, 7.0%), Bogotá D.C. (36 brotes, 5.4%) y Cartagena (36 brotes, 5.4%).
2. En 2024, los principales lugares de ocurrencia de brotes de ETA fueron los hogares (49.2%), seguidos por establecimientos educativos (15.4%) y restaurantes (10.1%). Los microorganismos identificados con mayor frecuencia fueron *Escherichia coli*, coliformes fecales, *Staphylococcus aureus* y *Salmonella* spp. Estos hallazgos subrayan la necesidad de reforzar las prácticas de higiene y manipulación de alimentos, e implementar estrategias efectivas de control y prevención en diversos entornos, especialmente en el ámbito doméstico.
3. A pesar de una disminución del 9,5 % en el reporte de brotes de ETA durante 2024 y un comportamiento semanal, en su mayoría, dentro de los límites esperados, las ETA continúan representando un problema de salud pública en Colombia, lo que exige mantener una vigilancia activa y estrategias de intervención efectivas.
4. Si bien más del 90 % de los brotes cumplen con los tiempos de detección, intervención y notificación (≤ 24 horas), se observó una limitación en el tiempo de obtención de resultados de laboratorio (≤ 7 días) en el 52,2 % de los brotes.

Recomendaciones

1. Fortalecer la Vigilancia Basada en la Comunidad (VBC) en los departamentos y municipios; mediante el uso de estrategias de información educación y comunicación culturalmente apropiadas

y diversificadas, con el fin de empoderar a la comunidad en la identificación y notificación oportuna de brotes de ETA a través del Sistema de Vigilancia Basada en Comunidad.

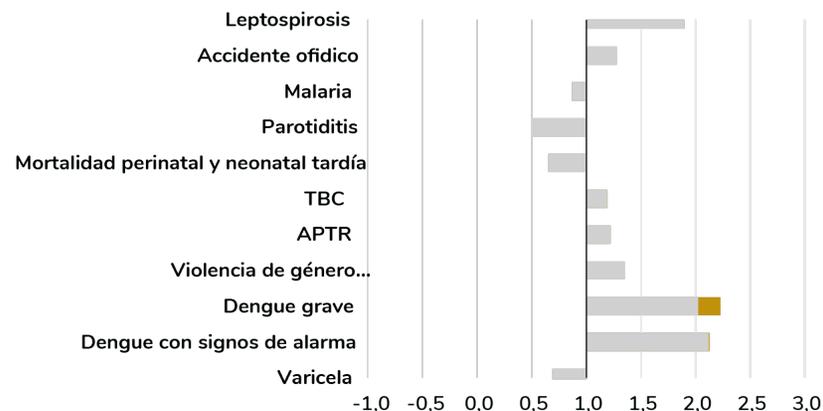
2. Capacitar a los profesionales de la salud y equipos de respuesta inmediata de forma continua a nivel nacional, departamental y municipal, de forma continua sobre el manejo de brotes de ETA, con el fin de optimizar la gestión, notificación, caracterización y toma de muestras para mejorar los indicadores.
3. Optimizar el flujo de información y la coordinación Interinstitucional a nivel nacional, departamental y municipal, para el reporte inmediato de los brotes y así generar las acciones pertinentes en el marco de la gestión del riesgo y respuesta inmediata.
4. Profundizar la caracterización de factores de riesgo, a nivel departamental y municipal, mediante intervenciones y análisis multidisciplinarios con el fin de identificar riesgos relacionados con factores medioambientales, inocuidad de los alimentos, sociales, etc. Que pueden estar asociados a los brotes de ETA, estableciendo así medidas de prevención y control efectivas.
5. Se recomienda fortalecer la coordinación con la red de laboratorios para priorizar el procesamiento y la entrega oportuna de muestras, con el fin de optimizar la investigación y el control de brotes.

Referencias

1. WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015. World Health Organization, ISBN 978 92 4 156516 5 Subject headings are available from WHO institutional repository, Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199350/9789241565165_eng.

Para la semana epidemiológica 05 de 2025, se identificó que los eventos dengue grave y dengue con signos de alarma se encontraron por encima de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025



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

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

En la semana epidemiológica 05 de 2025, los eventos Fiebre tifoidea y paratifoidea, Zika y mortalidad por dengue se encontraron por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea estuvo debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 1).

SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Fiebre tifoidea y paratifoidea	16	2	0,00
Zika	8	2	0,00
Mortalidad por dengue	9	5	0,03
Leishmaniasis cutánea	18	152	0,00
Tos ferina	14	16,6	0,09
Lepra	6	6	0,16
Chikunguña	1	3	0,19
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,30

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 5 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

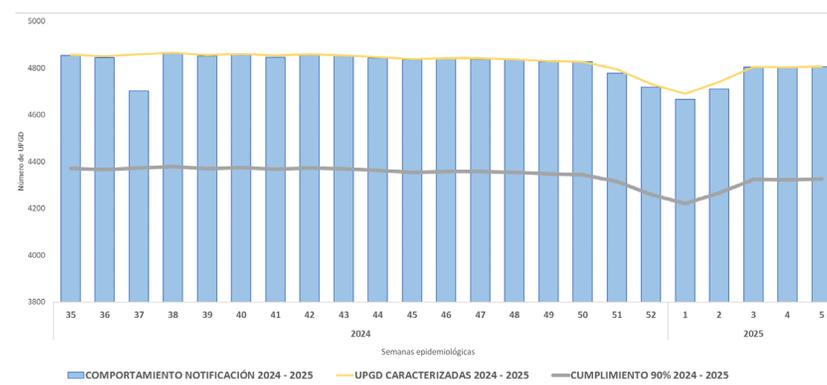
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento

con respecto a la semana anterior y con relación a la semana epidemiológica 05 del año 2024. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 806/4 806); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y aumentando un 0,26% comparado con la semana epidemiológica 05 de 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

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

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://bit.ly/3uL3J0q>



MORTALIDAD

A semana epidemiológica 05 de 2025, se han notificado 69 muertes probables en menores de cinco años: 39 por infección respiratoria aguda (IRA), 18 por desnutrición (DNT) aguda y 12 por enfermedad diarreica aguda (EDA).

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 38 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio.

Para el 2024, los casos confirmados a semana epidemiológica 05 fueron 40, para una tasa de mortalidad de 1,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 05 de 2025 se observó variación al aumento en la notificación de muertes probables por IRA en Chocó, en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 05 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 17 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 05 fue de 23, para una tasa de mortalidad de 0,63 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 05 de 2025, se observó variación a la disminución en la notificación de muertes probables por DNT aguda en el nivel nacional, así como en Chocó en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 05 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 11 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; las cuales se encuentra en estudio. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 05 fue de 29, para una tasa de mortalidad de 0,80 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 05 de 2025 se observó variación a la disminución en la notificación de muertes probables por EDA en el nivel nacional; por su parte se observó variación al aumento en la entidad territorial de Risaralda en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 05 entre 2018 a 2024. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 05 de 2025 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos, cuatro (4) muertes maternas tempranas y una muerte materna tardía; para un total acumulado de 16 casos de muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 05, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	30	17	9	56
2023	25	19	5	49
2024	25	17	6	48
2025	16	5	3	24

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 12 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D.C., Cesar, Cundinamarca y Risaralda. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 05	Acumulado de casos a SE 05	
		2024	2025
Colombia	30	25	16
Bogotá D.C.	3	5	2
Cesar	1	1	2
Cundinamarca	1	2	2
Risaralda	1	0	2
Antioquia	2	1	1
Barranquilla	1	1	1
Cali	1	2	1
Chocó	1	0	1
La Guajira	3	2	1
Nariño	1	0	1
Santander	1	0	1
Vichada	0	0	1
Bolívar	1	2	0
Cauca	1	1	0
Córdoba	2	2	0
Huila	1	1	0
Meta	2	1	0
Norte de Santander	2	3	0
Santa Marta	1	1	0

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

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Copacabana (Antioquia), El litoral del San Juan (Chocó), Lenguaque (Cundinamarca), Santa Bárbara (Nariño), Pereira y Santa Rosa (Risaralda), Málaga (Santander) y Cumaribo (Vichada) comparado con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 4).

Tabla 4. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 - 2024 a SE 05	Valor observado SE 05
Colombia	30	16
Copacabana (Antioquia)	0	1
El Litoral del San Juan (Chocó)	0	1
Lenguaque (Cundinamarca)	0	1
Santa Bárbara (Nariño)	0	1
Pereira (Risaralda)	0	1
Santa Rosa (Risaralda)	0	1
Málaga (Santander)	0	1
Cumaribo (Vichada)	0	1

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

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 05 de 2025, el 43,8 % corresponden a causas directas y el 25,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 18,8 % (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023 - 2024 a SE 05	Número de casos y proporción a SE 05 2023 - 2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	25	25	100	25	100	16	100
DIRECTA	15	16	64,0	14	56,0	7	43,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	6	6	24,0	5	20,0	3	18,8
Sepsis obstétrica	2	3	12,0	1	4,0	1	6,3
Evento tromboembólico como causa básica	2	3	12,0	1	4,0	1	6,3
Hemorragia obstétrica	5	3	12,0	6	24,0	1	6,3
Embarazo ectópico	1	1	4,0	1	4,0	1	6,3
INDIRECTA	10	9	36,0	11	44,0	4	25,0
Otras causas indirectas: neumonía	2	2	8,0	1	4,0	1	6,3
Otras causas indirectas	4	3	12,0	4	16,0	1	6,3
Sepsis no obstétrica	3	3	12,0	3	12,0	1	6,3
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
Otras causas indirectas: cáncer	2	1	4,0	2	8,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	4,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
En estudio	0	0	0,0	0	0,0	5	31,3

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



Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=30) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson y para los departamentos y distritos con alta frecuencia (n >30) 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 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

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

A semana epidemiológica 05 de 2025 se han notificado 478 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 475 corresponden a residentes en Colombia y tres (3) a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (65), Antioquia (54), Cundinamarca (34), Cali (23) y Córdoba (19). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 05 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Guaviare, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima, Valle del

Cauca y Vaupés. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 6).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en El Santuario y San Pedro de Urabá (Antioquia) y Aguazul (Casanare) (tabla 7).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,0 %, neonatales tardías con 17,7 % y fetales intraparto con 11,2 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 23,8 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 18,1 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 9,7 % (tabla 8). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 05 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 6. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024	Acumulado de casos a SE 05	
		2024	2025
Colombia	808	613	475
Bogotá, D.C.	84	65	65
Antioquia	87	58	54
Cundinamarca	38	36	34
Cali	33	25	23
Córdoba	41	31	19
Cartagena de Indias	26	18	18
Cesar	28	10	18
Atlántico	26	25	16
Guaviare	44	24	15
Meta	16	14	15
Nariño	22	22	15
Bolívar	23	15	14
Valle del Cauca	22	17	14
Santander	25	15	13
Barranquilla	31	16	12
Cauca	26	21	12
Caldas	12	7	11
Chocó	20	22	11
Magdalena	15	9	11
Tolima	17	10	10
Buenaventura	10	9	9
Norte de Santander	24	20	9
Sucre	24	18	9
Boyacá	15	11	7
La Guajira	20	16	7
Risaralda	13	14	6
Quindío	8	12	5
Casanare	10	8	4
Vichada	4	3	4
Caquetá	9	10	3
Putumayo	7	9	3
San Andrés y Providencia	1	1	3
Amazonas	2	2	2
Arauca	9	8	2
Huila	1	0	1
Santa Marta	10	8	1
Guainía	3	1	0
Vaupés	2	3	0

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



Tabla 7. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 05 2020 - 2024	Valor observado a SE 05 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	808	475	05
El Santuario (Antioquia)	1	4	02
San Pedro de Urabá (Antioquia)	0	3	01
Aguazul (Casanare)	0	2	01

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, 2024- 2025 (datos preliminares).
SE: semana epidemiológica

Tabla 8. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 05, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 05, 2023 -2025					
	2023 a SE 05	(%)	2024 a SE 05	(%)	2025 a SE 05	(%)
Colombia	780	100,0	613	100,0	475	100,0
Asfixia y causas relacionadas	204	26,2	149	24,3	113	23,8
Prematuridad-inmaturidad	139	17,8	90	14,7	86	18,1
Sin información	2	0,3	28	4,6	61	12,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	122	15,6	82	13,4	46	9,7
Infecciones	64	8,2	51	8,3	37	7,8
Causas no específicas	17	2,2	21	3,4	33	6,9
Complicaciones del embarazo	98	12,6	77	12,6	32	6,7
Malformación congénita	65	8,3	51	8,3	32	6,7
Otras causas de muerte	48	6,2	39	6,4	24	5,1
Trastornos cardiovasculares	10	1,3	19	3,1	7	1,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	1	0,1	2	0,3	2	0,4
Lesión de causa externa	10	1,3	4	0,7	2	0,4

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

Metodología

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

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

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

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

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia al aumento en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general, hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 9).

Tabla 9. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 05 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 50 2024 a SE 01 2025	SE 02 a SE 05 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	454 766	514 334	⇒ 13,10%	
Hospitalización en sala general	19 500	21 353	⇒ 9,50%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 554	3 028	⇒ 18,56%	

SE: semana epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 05 de 2025 se notificaron 115 091 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Chocó, Córdoba, La Guajira, Risaralda, Santa Marta y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, San Andrés, Santander y Vichada. Las 27 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 52 de 2024 y 01 a 05 de 2025) en 18 municipios (tabla 10).

Tabla 10. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 50 a 52 de 2024 y 01 a 05 de 2025

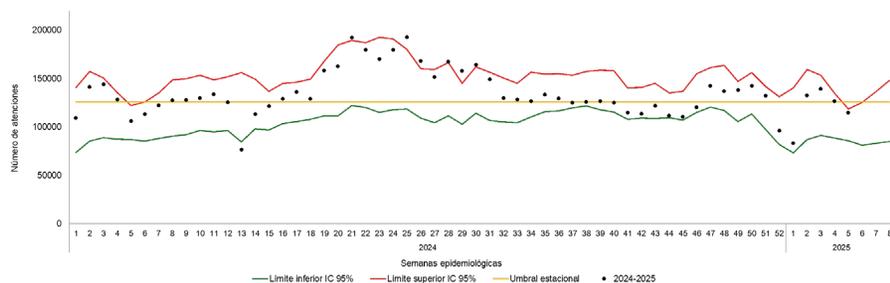
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	7 909	7 886	4 341	7 003
Atlántico	Soledad	8 385	7 112	5 382	5 990
Antioquia	Bello	7 350	6 049	3 945	5 201
La Guajira	Maicao	4 465	4 944	2 342	4 566
Cundinamarca	Soacha	5 742	4 926	3 072	4 284
La Guajira	Uribe	4 100	3 923	1 989	3 692
Valle de Cauca	Palmira	3 111	3 122	1 567	2 732
Antioquia	Envigado	2 533	2 406	1 697	2 092
Santander	Floridablanca	2 290	2 075	1 015	1 796
Valle de Cauca	Cartago	2 336	1 862	735	1 622
Valle de Cauca	Tuluá	1 860	1 743	616	1 425
Cundinamarca	Zipaquirá	1 558	1 647	1 273	1 419
Valle de Cauca	Yumbo	1 363	1 631	776	1 393
Cundinamarca	Girardot	1 912	1 665	1 041	1 372
Norte de Santander	Ocaña	1 445	1 462	451	1 254
Cundinamarca	Madrid	1 816	1 424	597	1 192
Boyacá	Sogamoso	1 358	1 367	959	1 182
Antioquia	Apartado	1 640	1 266	877	1 126
Bolívar	Magangué	1 616	1 243	800	1 077
Antioquia	Turbo	1 233	1 198	660	1 046
Huila	Pitalito	1 076	1 018	558	926
Casanare	Yopal	1 406	870	735	760
Santander	Piedecuesta	1 050	657	222	586
Santander	Girón	519	492	187	420
Atlántico	Malambo	501	424	301	374
Cundinamarca	Mosquera	541	325	277	280

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (02 a 05 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 33,78 % (151 120) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 23,17 % (103 619). 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 8,98 % seguido de los menores de un año con 8,59 % respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA a nivel nacional a semana epidemiológica 05 de 2025 se mantiene dentro de los límites esperados, comparado con su comportamiento histórico. Así mismo, se observó la misma tendencia en el último periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 05 de 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

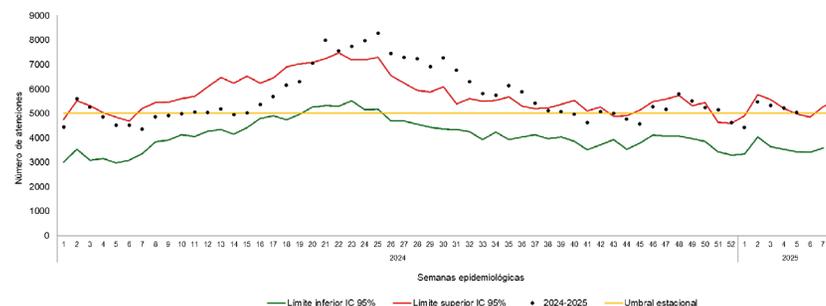
En la semana epidemiológica 05 de 2025 se notificaron 5 039 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Amazonas, Guainía, La Guajira, Guaviare, Norte de Santander, San Andrés, Valle del Cauca y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre y Vichada. En las 13 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (02 a 05 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 141) representaron el 33,44 %, seguido

de los menores de un año con el 11,89 % (2 539). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con 21,94 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 17,49 %.

En el canal endémico para el servicio de hospitalización por IRA en sala general a semana epidemiológica 05 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del límite superior. Asimismo, en el último periodo de 2024 se observó la misma tendencia hacia el aumento (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2025

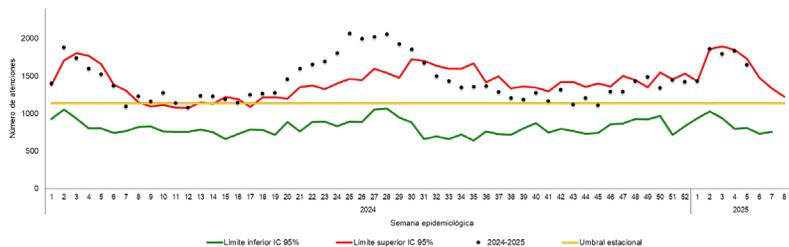


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 05 de 2025, se notificaron (1 649) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad en semana 05 de 2025 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose sobre el límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 05 de 2025



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

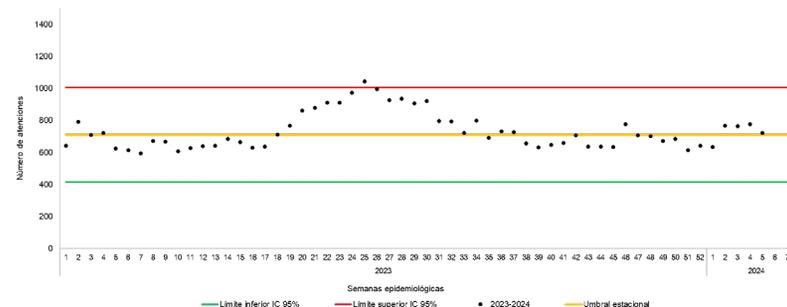
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 05 de 2025 se notificaron 721 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 11 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Putumayo, Santander y Vichada. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá D.C., Boyacá, Buenaventura, Cali, Caquetá, Cauca, Córdoba, Guainía, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Tolima y Vaupés.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (02 a 05 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 37,19 % (1 126), seguido de los menores de un año con el 18,13 % (549) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de niños de un año con el 25,46 % seguido del grupo de dos a cuatro años con el 24,35 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 05 de 2025, se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional, con respecto al último periodo (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 04 de 2025

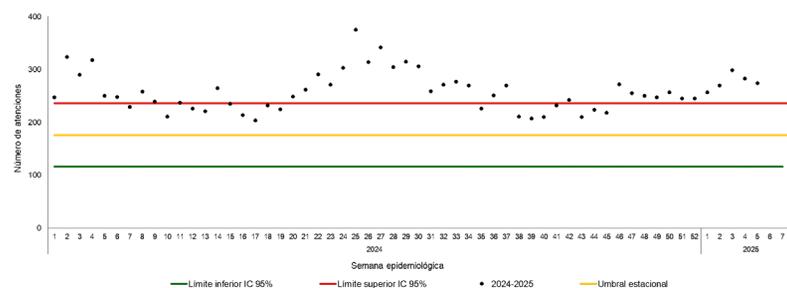


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 05 de 2025, se notificaron 274 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia que a esta semana se sitúa por encima del límite superior, siguiendo la misma tendencia con respecto al último periodo de 2024 (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 52 2024 y 01 a 05 de 2025



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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 05 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para influenza A y coronavirus. Al decremento metapneumovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos prioritarios según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 11).

Tabla 11. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 49 de 2024 a 04 de 2025

Agente viral identificado	SE 50 de 2024 a 01 de 2025			SE 02 a 05 de 2025			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	47,0	48,3	43,4	51,5	59,0	39,4	
Rinovirus	14,1	6,6	17,4	10,3	17,9	-	
Virus sincitial respiratorio	13,3	24,6	-	9,2	20,5	-	
Enterovirus	11,7	16,4	-	14,9	10,3	30,8	
Adenovirus	1,6	1,6	-	2,3	5,1	-	
Influenza B	17,2	4,9	21,7	17,2	7,7	-	
Influenza A	2,3	1,6	8,7	13,7	2,6	38,4	
Parainfluenza	10,1	14,8	4,3	9,2	10,3	7,7	
Metapneumovirus	11,7	16,4	8,7	2,3	2,6	-	
A(H1N1)pdm09	5,5	3,3	13,0	3,4	2,6	7,7	
SARS-CoV2	0,8	0,8	4,3	1,1	2,5	-	
A(H3N2)	9,4	6,6	17,3	9,2	12,8	7,7	
Bocavirus	-	-	-	-	-	-	
Coronavirus	2,3	3,3	4,3	6,9	5,1	7,7	

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

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

COVID-19

Metodología

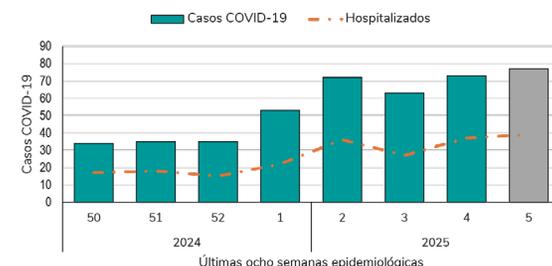
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 05 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 01 de febrero de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 338 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (02 a 05 de 2025), se ha observado un aumento significativo del 81,53 %, con 285 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 01 de 2025), en el cual se reportaron 157 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado un incremento del 48,20 %, pasando de 72 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 139 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semanas epidemiológicas 50 de 2024 a 05 de 2025



Entre el 26 de enero y el 01 de febrero de 2025 se confirmaron 103 casos en el territorio nacional; de estos el 74,76 % (77 casos) corresponde a la semana epidemiológica 05. El 83,50 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cali, Antioquía, Cundinamarca y Atlántico (tabla 12).

Tabla 12. Casos nuevos de COVID-19, semana epidemiológica 05 de 2025

Entidad Territorial	SE 01	SE 02	SE 03	SE 04	SE 05	Total
Bogotá D.C.	0	1	2	3	30	36
Cali	0	0	1	4	15	20
Antioquia	0	0	0	6	11	17
Cundinamarca	0	2	0	1	7	10
Atlántico	0	0	0	1	2	3
Valle del Cauca	0	0	0	0	2	2
Cauca	0	1	0	0	1	2
Barranquilla	0	0	1	0	1	2
Boyacá	0	0	0	0	1	1
Nariño	0	0	0	0	1	1
Quindío	0	0	0	0	1	1
Córdoba	0	0	0	1	0	1
Sucre	0	0	0	0	1	1
Caldas	0	0	0	0	1	1
Putumayo	0	0	0	0	1	1
Huila	1	0	0	0	0	1
Cartagena de Indias	0	0	0	0	1	1
Norte Santander	0	1	0	0	0	1
Santander	0	0	0	0	1	1
Total general	1	5	4	16	77	103

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 0,54 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 27 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 92 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Antioquia, Barranquilla, Bogotá D.C., Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Nariño, Quindío, Risaralda, Sucre, Valle del Cauca, Cali y Putumayo), y a nivel municipal en Puerto Nariño (Amazonas), Sotaquirá, Santa Rosa de Viterbo y Duitama (Boyacá), Mercaderes (Cauca), Simijaca, Tocancipá (Cundinamarca), Valle de Guamuez (Putumayo) y Andalucía (Valle del Cauca).

Durante el período observado, se reportaron tres fallecimientos relacionados con la COVID-19: uno en Medellín (Antioquia), otro en Cúcuta (Norte de Santander) y otro en Bogotá D.C. Todos los fallecimientos ocurrieron en personas mayores de 60 años.

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url>.

ins.gov.co/uu71a, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 05 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (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 05 de 2025 se notificaron 5 004 casos de dengue: 3 625 casos de esta semana y 1 379 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 23 884 casos, 14 865 (62,2 %) sin signos de alarma, 8 790 (36,8 %) con signos de alarma y 229 (1,0 %) de dengue grave.

El 69,9 % (16 696) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena, Antioquia, Tolima, Barranquilla, Cundinamarca, Valle del Cauca, Santander, Córdoba, Norte de Santander, Atlántico, y Meta y Huila (tabla 13).

Tabla 13. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

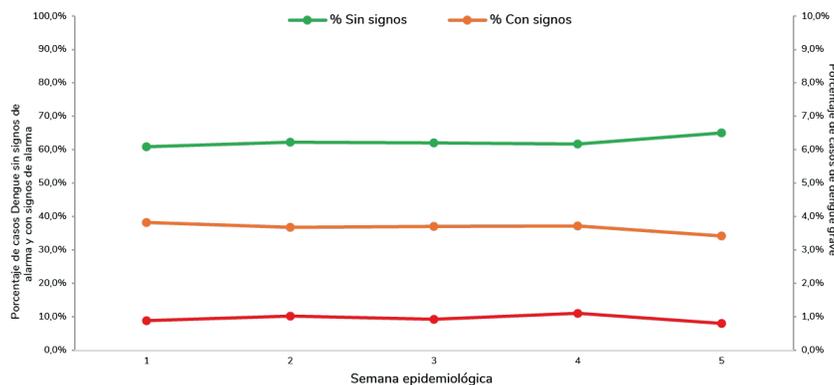
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 49 a 52 de 2024)	Observado (SE 01 a 04 de 2025)
Cartagena de Indias	2 317	23,3	0,9	2 091	1 972
Antioquia	1 702	37,5	0,9	1 393	1 484
Tolima	1 692	34,6	1,0	1 153	1 438
Barranquilla	1 385	36,5	1,5	1 078	1 190
Cundinamarca	1 368	36,7	0,5	916	1 157
Valle del Cauca	1 306	25,6	0,4	1 005	1 126
Santander	1 298	32,6	0,8	1 256	1 106
Córdoba	1 277	46,8	0,5	927	1 111
Norte de Santander	1 152	37,1	1,1	823	956
Atlántico	1 125	47,5	1,7	732	978
Meta	1 066	37,8	0,7	725	923
Huila	1 008	32,9	1,4	493	765
Cali	872	37,6	0,7	814	734
Sucre	803	53,1	1,0	809	692
Putumayo	800	25,1	1,0	438	638
La Guajira	667	64,9	2,2	413	593
Bolívar	653	41,2	0,9	544	566
Caquetá	464	42,2	0,9	231	381
Cesar	410	52,2	1,7	289	334
Risaralda	344	34,6	0,6	420	293
Quindío	332	23,8	0,0	395	286
Arauca	290	44,5	2,8	220	244
Cauca	267	31,8	1,1	225	225
Guaviare	182	18,1	0,0	135	136
Caldas	144	49,3	0,0	85	124
Boyacá	140	40,0	0,0	112	119
Nariño	123	42,3	2,4	150	108
Casanare	114	35,1	0,0	88	93
Magdalena	110	59,1	0,9	60	94
Chocó	109	24,8	0,0	77	98
Vichada	99	40,4	0,0	67	69
Santa Marta	91	53,8	0,0	72	81
Amazonas	43	30,2	0,0	36	35
Exterior	41	43,9	2,4	27	32
Archipiélago de San Andrés	40	22,5	0,0	57	35
Buenaventura	25	36,0	0,0	29	21
Guainía	19	31,6	0,0	10	17
Vaupés	6	50,0	16,7	4	5
Colombia	23 884	36,8	1,0	18 399	20 259

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Atlántico, Caldas, Caquetá, La Guajira, Huila, Magdalena, Putumayo y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Risaralda y Archipiélago de San Andrés y Providencia; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 14).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 11); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2025) fueron: Cesar, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Sucre y Vaupés.

Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2025

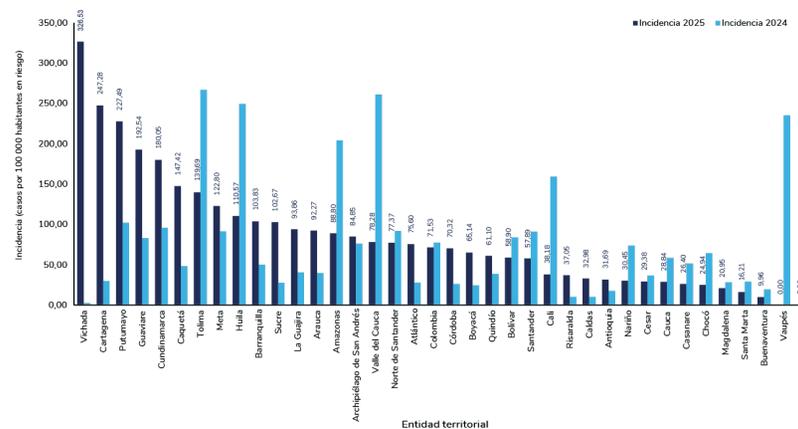


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025

A la semana epidemiológica 05 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 71,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 77,4 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Cartagena de Indias, Putumayo, Guaviare, Cundinamarca, Caquetá, Tolima y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica

05 de 2025 registrando tasas superiores a 120 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 133,8 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2024 y 2025



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

En la semana epidemiológica 05 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al aumento del 10,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2024) (figura 13).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue, en general según el canal endémico se observa que, el 27,0 % (10) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena de Indias, La Guajira, Putumayo y Tolima se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de enero (tabla 14). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio

de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 05 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 38,9 % (297) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 75,4 % (43/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 15).

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2025

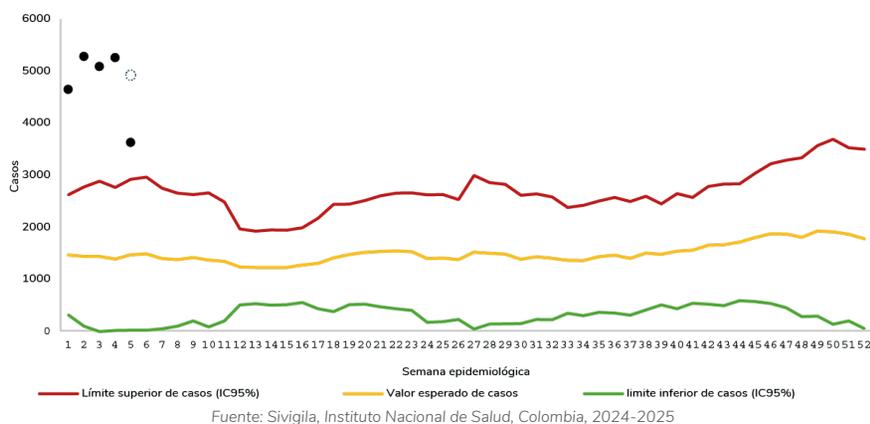


Tabla 14. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 05 de 2025

Situación epidemiológica a SE 05, 2025	Período de transmisión según comportamiento histórico para el mes de enero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena, La Guajira, Putumayo, Tolima	Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andres y Providencia, Santander y Sucre	Bolívar, Boyacá, Chocó, Guainía, Nariño, Vichada
Alerta	Valle del Cauca	Amazonas, Buenaventura, Cali, Huila, Magdalena, Santa Marta D.E., Vaupés	Casanare, Cesar
Dentro de lo esperado	-	-	-

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

Tabla 15. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Casos acumulados	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	14,9	390	58	337
	Apartadó	57,7	76	30	64
	Bello	6,1	34	4	27
	Envigado	20,7	50	4	43
	Itagüí	7,6	21	4	20
	Turbo	29,0	39	11	31
Atlántico	Barranquilla	105,6	1 385	456	1190
	Malambo	63,3	91	24	79
	Soledad	110,6	757	169	670
Bolívar	Cartagena	219,6	2 317	275	1972
	Magangué	71,7	103	11	92
	Turbaco	74,8	87	31	76
Caldas	Manizales	2,2	10	1	10
Caquetá	Florencia	123,9	219	53	174
Cauca	Popayán	8,5	23	1	23
Cesar	Santander de Quilichao	35,7	41	10	31
	Aguachica	66,7	82	33	75
Córdoba	Montería	113,1	580	124	485
	Cereté	27,3	30	5	26
	Lorica	19,6	23	6	22
	Sahagún	66,1	74	14	64
Cundinamarca	Fusagasugá	160,9	266	9	231
	Girardot	321,9	379	53	314
Chocó	Quibdó	18,1	24	8	24
Huila	Neiva	102,9	381	124	272
	Pitalito	112,4	147	24	109
La Guajira	Maicao	104,1	200	30	181
Meta	Villavicencio	88,4	451	183	380
Nariño	San Andres de Tumaco	29,5	76	22	65
	Cúcuta	85,1	650	184	528
Norte de Santander	Ocaña	77,5	92	11	82
	Villa del Rosario	129,9	143	35	114
	Quindío	Armenia	46,7	146	8
Risaralda	Pereira	37,5	182	8	156
	Dosquebradas	49,2	107	3	88
Santander	Bucaramanga	62,8	389	54	333
	Barrancabermeja	36,3	78	28	55
	Floridablanca	74,3	233	25	213
	Girón	69,1	121	30	103
	Piedecuesta	43,4	81	25	72
Sucre	Sincedejo	97,0	292	106	243
Tolima	Ibagué	133,3	725	174	642
Valle del Cauca	Jamundí	171,9	291	11	253

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

A semana epidemiológica 05 de 2025 se han notificado 53 muertes probables por dengue, de las que se han confirmado dos (2) casos y se encuentran en estudio 51 casos; de las muertes en estudio dos (2) casos proceden del exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,01 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 22 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 16).

Tabla 16. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 05, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 05, 2025	Letalidad por dengue a SE 05, 2024
	Confirmados	En estudio		
Barranquilla	1	2	0,07	0,00
Antioquia	1	0	0,06	0,20
Bolívar	0	5	0,00	0,11
Córdoba	0	5	0,00	0,00
Cartagena de Indias	0	4	0,00	0,00
Tolima	0	4	0,00	0,15
Cauca	0	3	0,00	0,16
La Guajira	0	3	0,00	0,00
Huila	0	3	0,00	0,12
Risaralda	0	3	0,00	0,00
Arauca	0	2	0,00	0,00
Atlántico	0	2	0,00	0,00
Cali	0	2	0,00	0,03
Santander	0	2	0,00	0,20
Sucre	0	2	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,02
Exterior	0	2	0,00	0,00
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,20
Meta	0	1	0,00	0,13
Nariño	0	1	0,00	0,00
Norte de Santander	0	1	0,00	0,00
Colombia	2	49	0,01	0,08

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 05 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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

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

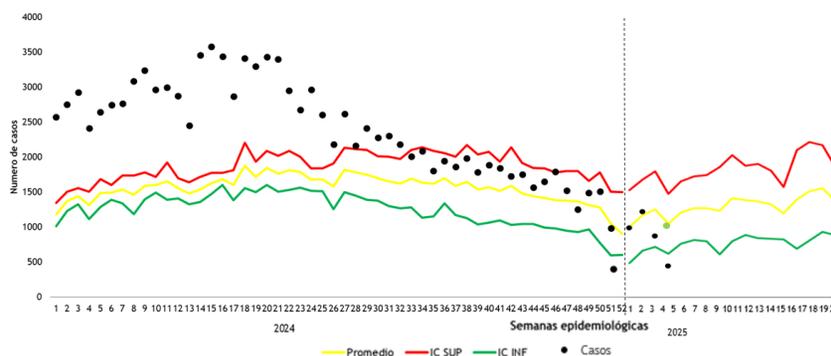
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 14. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2024 a 05 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

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

En la semana epidemiológica 05 de 2025 se notificaron 1 623 casos de malaria, para un acumulado de 7 770 casos, de los cuales 6 635 son de malaria no complicada y 135 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,4 % (4 496), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,5 % (2 200) e infección mixta con 1,1 % (74). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,9 %), Antioquia (14,0 %), Nariño (13,5 %), Córdoba (9,7 %), Vaupés (8,1 %), Cauca (3,7 %), Risaralda (3,6 %), Bolívar (2,9 %), Guainía (2,6 %), Amazonas (2,3 %), Buenaventura (2,0 %), Vichada (1,5 %) y Guaviare (1,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 76,4 % de los casos son los que se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado 2025	Casos 2024 SE 50 A 52 y SE 01 2025	Casos 2025 SE 03 A 05	Tasa por 1 000 habitantes
Vaupés	Mitú	510	468	418	20,99
Chocó	Quibdó	399	372	311	2,76
Córdoba	Tierralta	352	373	243	3,53
Nariño	Roberto Payán	241	183	184	18,08
Risaralda	Pueblo Rico	217	203	172	12,93
Antioquia	El Bagre	206	181	148	3,66
Nariño	San Andrés de Tumaco	169	105	150	0,63
Nariño	Magüí	167	74	128	0,63
Guainía	Inírida	167	153	135	4,40
Chocó	Bajo Baudó	164	105	125	4,83
Chocó	Tadó	163	92	134	8,09
Nariño	Barbacoas	146	133	102	2,49
Buenaventura	Buenaventura	130	89	97	0,40
Chocó	Lloró	127	161	78	11,97
Chocó	Alto Baudó	123	101	96	3,93
Cauca	Timbiquí	116	93	94	4,13
Antioquia	Nechí	114	50	90	4,09
Chocó	Carmen del Darién	113	110	83	5,10
Chocó	Medio San Juan	113	47	91	9,61
Chocó	Bagadó	112	158	83	9,46
Córdoba	Puerto Libertador	112	120	78	2,47
Bolívar	Montecristo	111	55	91	6,04
Amazonas	Tarapacá (CD)	95	74	66	21,71
Boyacá	Cubará	91	83	84	10,68
Cauca	Guapi	86	60	67	2,91
Chocó	Istmina	80	63	65	2,37
Antioquia	Mutatá	78	61	64	5,19
Chocó	El Cantón del San Pablo	75	59	55	10,86
Vichada	Cumaribo	73	112	57	0,84
Arauca	Saravena	73	37	56	4,51
Chocó	Río Quito	68	74	52	7,43
Chocó	Medio Atrato	66	50	62	5,12
Nariño	El Charco	65	44	48	2,80
Antioquia	Vigía del Fuerte	64	39	58	6,56
Antioquia	Chigorodó	56	50	52	0,90

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 76,4 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 16 municipios aportan el 42,1 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Inírida, El Bagre, Puerto Libertador, Carmen del Darién, Bagadó y Tadó e incremento en los municipios de Montecristo, Tumaco y Nechí (tabla 18). Mientras que, 15 municipios aportan el 50,2 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Barbacoas y Buenaventura e incremento en los municipios de Magüi, Tumaco, Tadó, Bajo Baudó, Guapi, Medio Atrato, Istmina, El Charco y Vigía del Fuerte como se muestra en la tabla 19.

Tabla 18. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Entidad territorial	Municipio	SE 02 a 05 2025	Casos 2024 SE 50 A 52 y SE 01 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	397	448	-11%	8,8%
Córdoba	Tierralta	216	338	-36%	4,8%
Chocó	Quibdó	176	183	-4%	3,9%
Risaralda	Pueblo Rico	143	179	-20%	3,2%
Guainía	Inírida	134	151	-11%	3,0%
Antioquia	El Bagre	117	139	-16%	2,6%
Boyacá	Cubará	84	83	1%	1,9%
Bolívar	Montecristo	81	49	65%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	75	110	-32%	1,7%
Chocó	Carmen del Darién	73	87	-16%	1,6%
Nariño	Tumaco	73	47	55%	1,6%
Antioquia	Nechí	67	40	68%	1,5%
Chocó	Alto Baudó	64	59	8%	1,4%
Amazonas	Tarapacá (CD)	64	68	-6%	1,4%
Chocó	Bagadó	64	84	-24%	1,4%
Chocó	Tadó	63	50	26%	1,4%

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

Tabla 19. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025

Entidad territorial	Municipio	SE 02 a 05 2025	Casos 2024 SE 50 A 52 y SE 01 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	Roberto Payán	147	145	1%	6,7%
Chocó	Quibdó	131	186	-30%	6,0%
Nariño	Magüi	98	60	63%	4,5%
Cauca	Timbiquí	93	89	4%	4,2%
Nariño	Barbacoas	84	94	-11%	3,8%
Nariño	Tumaco	77	58	33%	3,5%
Chocó	Tadó	70	42	67%	3,2%
Chocó	Bajo Baudó	67	54	24%	3,0%
Cauca	Guapi	63	51	24%	2,9%
Chocó	Medio Atrato	53	31	71%	2,4%
Buenaventura	Buenaventura	50	57	-12%	2,3%
Chocó	Medio San Juan	49	18	172%	2,2%
Chocó	Istmina	48	35	37%	2,2%
Nariño	El Charco	42	33	27%	1,9%
Antioquia	Vigía del Fuerte	33	19	74%	1,5%

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

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 05 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; diez departamentos y 23 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 20) y un departamento y trece municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 21).

Tabla 20. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 05 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 05 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 05 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 02 a 05	Observado SE 02 a 05 de 2025
Antioquia	Mutató	5	79	31	65
Antioquia	Nechí	5	114	26	90
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	40	24	35
Antioquia	Tarazá	4	36	15	30
Bolívar	Montecristo	5	115	50	92
Córdoba	Montería	4	29	14	24
Chocó	Carmen del Darién	5	113	64	83
Bolívar	Norosí	5	37	13	31
Boyacá	Cubará	4	92	0	85
Caquetá	Florencia	4	40	1	27
Cauca	López Micay	4	42	8	33
Chocó	Unguía	4	9	2	9
Nariño	Magüi	5	168	60	129
Nariño	Roberto Payán	5	241	112	184
Valle del Cauca	Buenaventura	5	133	98	100
Valle del Cauca	Pradera	4	10	0	7
Arauca	Saravena	4	73	1	56
Putumayo	Mocoa	4	6	1	6
Amazonas	Leticia	4	19	3	17
Amazonas	La Victoria	4	9	1	9
Amazonas	Puerto Nariño	5	28	6	18
Vaupés	Mitú	4	520	110	427
Vaupés	Yavaraté	4	19	1	19

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

Tabla 21. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las a semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 05 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 05 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 02 a 05	Observado SE 02 a 05 de 2025
Risaralda	Pereira	4	7	1	7
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	6	1	5
Chocó	Unión Panamericana	5	25	17	22
Antioquia	Caucasia	4	25	12	16
Cauca	Timbiquí	5	117	61	94
Chocó	Medio Atrato	5	67	42	63
Antioquia	Chigorodó	5	57	44	53
Caquetá	Solano	4	5	1	5
Nariño	Barbacoas	5	148	99	102
Sucre	San Onofre	4	7	0	6
Chocó	Belén de Bajirá	5	18	10	14
Vichada	Puerto Carreño	4	25	12	24
Risaralda	Pueblo Rico	5	219	209	173

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 2024. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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

A semana epidemiológica 05 de 2025, se han notificado 1 921 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 1 897 corresponden a residentes en Colombia y 24 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (06 de 2024 a 05 de 2025) es de 0,66 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 157 municipios a nivel nacional (14,0 %) y de disminución en tres municipios (0,3 %) (tabla 22).

El 78,2 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 21,8 % como desnutrición aguda severa; el 8,5 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (30,2 %) y de 1 año (30,6 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 62,3 %.

Para la semana epidemiológica 05 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cali, Caquetá, Cartagena, Casanare, Córdoba, Guaviare, Magdalena, Meta, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de cuatro municipios. (tabla 23).

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

Tabla 22. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 05, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 05 de 2024	Casos a SE 05 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	2 254	1 897	0,66	13,8	0,3
La Guajira	247	195	2,54	13,3	0,0
Vichada	32	14	2,15	0,0	0,0
Chocó	124	108	1,83	32,3	0,0
Arauca	36	26	1,27	0,0	0,0
Guaviare	11	8	1,01	0,0	0,0
Magdalena	39	42	0,86	20,7	0,0
Vaupés	7	3	0,83	16,7	16,7
Risaralda	47	56	0,80	35,7	0,0
Casanare	17	16	0,79	10,5	0,0
Nariño	81	63	0,75	12,5	1,6
Cesar	85	74	0,75	20,0	0,0
Amazonas	7	6	0,74	0,0	0,0
Guainía	8	4	0,72	0,0	0,0
Antioquia	234	252	0,67	18,4	0,0
Buenaventura	19	17	0,66	100,0	0,0
Bolívar	39	46	0,66	22,2	0,0
Bogotá D.C.	324	246	0,65	0,0	0,0
Meta	46	31	0,63	0,0	0,0
Putumayo	19	23	0,61	7,7	0,0
Cartagena de Indias	38	56	0,61	100,0	0,0
Cundinamarca	120	108	0,60	7,8	0,0
Tolima	71	32	0,59	19,1	0,0
Boyacá	60	41	0,59	8,9	0,0
Huila	55	45	0,57	5,4	0,0
Norte Santander	62	67	0,54	17,5	0,0
Caquetá	23	7	0,49	6,3	0,0
Valle del Cauca	58	55	0,44	17,5	0,0
Santander	61	52	0,43	9,2	0,0
Caldas	28	13	0,43	14,8	0,0
Sucre	20	28	0,42	19,2	0,0
Calí	48	57	0,42	100,0	0,0
Córdoba	80	39	0,40	13,3	0,0
Atlántico	42	14	0,39	18,2	0,0
Santa Marta	12	12	0,35	100,0	0,0
Cauca	27	28	0,30	19,0	0,0
Barranquilla	15	9	0,29	0,0	100,0
Quindío	11	4	0,27	0,0	0,0
San Andrés	1	0	0,22	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 06 de 2024 a SE 05 de 2025

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

Tabla 23. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 5 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	58	100
Chocó	Quibdó	7	19
Bolívar	Magangué	5	12
Valle del Cauca	Jamundí	3	11

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



ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del Tolima, febrero 5 de 2025

Situación con ocurrencia en el área rural de las veredas colindantes en la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, que abarca partes de los municipios de Cunday, Prado, Villarrica y Purificación, en el departamento del Tolima. Este brote comenzó en octubre de 2024 y se han confirmado 22 casos de fiebre amarilla (21 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico), el último caso reportado con inicio de síntomas del 27 de enero de 2025. De los 22 casos, 18 son hombres, con edades entre 25 y 67 años, y cuatro (4) son mujeres, con edades entre 11 y 89 años. Los casos se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático, donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Se han registrado diez (10) fallecidos. Se mantiene activa la Sala de Análisis de Riesgo Nacional y un equipo de respuesta inmediata (ERI) del INS se encuentra en terreno desde el 05 de febrero de 2025 para continuar con las acciones de vigilancia en salud pública. Situación en seguimiento.

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

Focos confirmados de carbunco (Ántrax) en Caprinos, Manaure (La Guajira), febrero 5 de 2025

Al 05 febrero de 2025 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) ha confirmado casos de carbunco en caprinos (chivos) en las localidades de Antación, Ipasharain y Kouselao del municipio de Manaure. Dos (2) a través de laboratorio y uno por nexo epidemiológico. Hasta la fecha, se han recibido 52 notificaciones de posibles casos en caprinos, de las cuales 29 han sido atendidas con toma de muestras, 23 han sido descartadas. El ICA realizó vacunación de aproximadamente 12 000 animales entre caprinos, ovinos, bovinos y porcinos; además, se realiza revacunación en zonas de primer foco, y control en la movilización de animales en el mercado de Manaure y zonas de comercio como Cuatro vías, Mayapo y El Pájaro, Maicao y Uribia. La Secretaría de Salud ha realizado actividades de búsqueda activa comunitaria y búsqueda activa institucional y hasta el momento no se han identificado casos de esta enfermedad en humanos. Se prevé un seguimiento el 13 de febrero con la participación de la Secretaría de Asuntos Indígenas y un Consejo Nacional de



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Zoonosis en la región. Situación en seguimiento por referente de evento.

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

Actualización de focos de influenza altamente patógena subtipo H5N1 en aves en Colombia, 5 de febrero de 2025

Entre el 01 de enero y el 05 de febrero de 2025 el ICA no ha reportado focos de influenza altamente patógena en animales, sin embargo, en 2024 se notificaron ocho (8) focos ubicados en Chocó (2) y Magdalena (6), con fecha de reporte del último foco el 30 de diciembre de 2024. Está pendiente la declaración del levantamiento de la medida sanitaria por parte del ICA para el departamento de Magdalena. No se han reportado casos de influenza A(H5N1) en humanos en Colombia. Las acciones coordinadas bajo el enfoque de “Una Sola Salud” entre salud humana, animal y ambiente continúan en marcha para mitigar los riesgos y proteger la salud humana. Situación en seguimiento.

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

Actualización brote de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en población de interés especial en Urrao y Betulia (Antioquia), febrero 05 del 2025

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

La situación sigue siendo monitoreada por los responsables del evento, y se mantiene un seguimiento continuo.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 05 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Enfermedad por el virus de Ébola-Sudán en Uganda. Fecha de publicación: 03 de febrero de 2025

El 30 de enero de 2025, se notificó un brote de enfermedad por el virus del Sudán (ESV por sus siglas en inglés) tras la confirmación de un caso en Kampala. El caso corresponde a un hombre de 32 años, residente en el distrito de Wakiso (región central de Uganda), de ocupación enfermero, que desarrolló síntomas el 19 de enero y falleció el 29 de enero en un hospital de Kampala. Las pruebas post mortem confirmaron la infección por ESV. El caso buscó atención en varios lugares, incluyendo un curandero tradicional y tres centros de salud en diferentes distritos. La esposa del caso índice dio positivo el 02 de febrero de 2025.

Hasta el 02 de febrero, se reportan dos (2) casos confirmados incluido un fallecido y 234 contactos, de los cuales 118 tuvieron lugar en centros de salud. Tres contactos cercanos han desarrollado síntomas y están en aislamiento.

El brote más reciente en Uganda fue en 2022, con 164 casos y 55 muertes. No existen vacunas ni terapias específicas autorizadas, pero hay candidatos en ensayos clínicos.

Fuente: Organización Mundial de Salud (OMS). Weekly bulletin on outbreaks and other emergencies. Fecha de publicación: 03 de febrero de 2025. Fecha de publicación: 05 de febrero de 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380374/OEW5-2702012025.pdf>

Enfermedad por el virus de Marburg en Tanzania. Fecha de publicación: 03 de febrero de 2025

El 20 de enero de 2025, el Gobierno de Tanzania declaró un brote de enfermedad por el virus de Marburgo (MVD por sus siglas en inglés) tras la confirmación post mortem de un paciente fallecido en la región de Kagera. El caso índice es una mujer de 27 años del distrito de Biharamulo, que falleció el 19 de enero de 2025. La confirmación del brote se produjo tras informes de casos sospechosos recibidos el 10 de enero de 2025. Se estableció un vínculo epidemiológico entre el caso índice y un grupo de ocho muertes ocurridas entre diciembre de 2024 y enero de 2025 en los distritos de Biharamulo y Muleba.

Hasta el 31 de enero de 2025, se han notificado 10 casos, todos fallecidos (letalidad 100 %). Dos casos confirmados por laboratorio y ocho casos probables con vínculos epidemiológicos. Los casos tienen entre 1 y 75 años, con una edad media de 30 años. El 70 % de los casos son mujeres.

Se han identificado 281 contactos, de los cuales 241 han completado el período de seguimiento de 21 días al 2 de febrero de 2025

La confirmación de un segundo brote de MVD en Tanzania en dos años, especialmente en la misma región, plantea preocupaciones sobre los riesgos de transmisión persistentes. El virus podría tener un nicho ecológico en la región, particularmente entre los murciélagos frugívoros que habitan en minas o cuevas, lo que aumenta la posibilidad de contagios zoonóticos.

Fuente: Organización Mundial de Salud (OMS). Weekly bulletin on outbreaks and other emergencies. Fecha de publicación: 03 de febrero de 2025. Fecha de publicación: 05 de febrero de 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380374/OEW5-2702012025.pdf>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 05 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 05

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	9	1	1	62	26	53	0	0	0	13	20	11	0	0	0	1	0	1	165	146	118
Antioquia	78	14	12	2.054	1.302	1.642	15	2	13	638	114	551	74	49	55	6	4	5	947	711	746
Arauca	10	2	2	76	52	64	8	0	8	129	14	113	0	1	0	4	2	4	84	2	67
Atlántico	8	1	1	383	250	308	19	8	17	534	161	464	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barranquilla	3	0	1	418	230	329	21	9	16	505	229	435	1	1	1	1	3	1	0	0	0
Bogotá	1	0	1	2.446	1.695	1.985	0	0	0	0	0	0	11	15	10	1	1	1	0	0	0
Bolívar	25	4	8	314	194	248	6	4	6	269	98	236	0	1	0	0	0	0	197	111	160
Boyacá	10	2	1	698	440	518	0	0	0	56	12	47	1	1	0	0	0	0	92	0	85
Buenaventura	5	0	1	13	11	7	0	0	0	9	8	9	0	0	0	0	0	0	133	90	100
Caldas	4	1	1	394	277	310	0	0	0	71	10	61	0	1	0	9	2	7	2	10	1
Cali	0	0	0	457	417	352	6	9	5	328	287	276	12	17	6	11	5	11	5	2	3
Caquetá	27	4	7	106	86	84	4	2	3	196	75	162	0	0	0	0	0	0	52	7	38
Cartagena	2	0	0	209	123	166	22	7	20	540	147	472	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	16	3	3	159	105	118	0	1	0	40	54	35	0	1	0	0	0	0	2	10	1
Cauca	11	4	2	550	423	448	3	1	3	85	22	75	6	3	3	1	1	1	250	178	198
Cesar	22	3	8	303	177	242	7	4	7	214	196	180	1	1	1	2	1	1	2	5	1
Chocó	27	6	5	22	12	17	0	0	0	27	9	25	0	0	0	0	0	0	1.935	2.136	1.506
Córdoba	20	5	6	496	347	391	6	3	6	597	107	541	1	1	1	0	0	0	651	942	458
Cundinamarca	8	1	1	1.482	979	1.154	7	2	6	502	98	426	1	3	1	3	1	3	0	0	0
Guainía	3	0	0	16	9	11	0	0	0	6	2	6	0	0	0	0	0	0	170	249	136
Guaviare	14	3	4	39	26	28	0	0	0	33	9	25	0	0	0	0	0	0	91	117	72
Huila	19	3	1	679	412	549	14	11	12	332	172	244	1	2	1	1	0	1	2	1	2
La Guajira	15	2	4	204	142	164	15	6	13	433	169	385	0	1	0	0	1	0	7	2	6
Magdalena	10	2	2	260	180	207	1	2	1	65	75	53	0	0	0	1	1	1	1	2	0
Meta	26	5	7	485	271	376	7	3	6	403	178	362	15	2	12	1	0	1	27	40	25
Nariño	10	3	5	725	485	596	3	1	3	52	12	45	0	1	0	1	1	1	923	932	714
Norte de Santander	37	8	6	639	368	496	13	4	12	427	182	373	1	10	1	0	0	0	54	254	47
Putumayo	23	4	6	197	110	155	8	1	5	201	51	151	0	0	0	0	0	0	13	4	13
Quindío	3	0	1	345	209	282	0	0	0	79	10	72	4	1	4	2	0	2	0	2	0
Risaralda	6	1	1	423	287	349	2	0	2	119	14	97	0	3	0	0	0	0	240	184	190
San Andrés	0	0	0	51	24	38	0	0	0	9	7	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	3	1	0	192	114	164	0	2	0	49	61	46	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Santander	17	3	3	809	486	649	10	2	7	423	132	367	3	3	3	1	1	1	2	0	1
Sucre	10	2	0	306	187	231	8	5	6	426	159	376	1	1	1	0	0	0	15	5	11
Tolima	14	2	4	690	452	513	17	6	16	585	258	498	0	1	0	3	3	2	0	0	0
Valle del Cauca	6	1	2	925	575	745	5	5	5	334	224	283	3	3	2	11	4	11	16	2	12
Vaupés	5	0	0	21	9	16	1	0	1	3	3	2	0	0	0	0	0	0	547	108	454
Vichada	5	1	2	23	17	21	0	0	0	40	1	25	0	0	0	0	0	0	105	170	87
Total nacional	512	87	109	17.671	11.509	14.026	228	100	199	8.772	3.380	7.537	136	124	102	61	28	56	6.770	6.490	5.279

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 05

Decremento
 Incremento

Departamento	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos probables			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	4	2	2	2	2
Antioquia	1	1	0	48	62	34	1	1	0	120	30	61	151	184	123	40	15	35
Arauca	0	0	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0	16	6	14	0	0	0
Atlántico	0	0	0	2	4	2	0	0	0	0	0	0	29	39	23	4	4	4
Barranquilla	1	0	0	18	8	12	0	0	0	3	1	2	54	32	47	6	2	5
Bogotá	0	1	0	90	95	71	60	1	13	17	38	14	330	316	269	104	55	86
Bolívar	0	0	0	5	5	3	1	0	0	0	2	0	29	20	24	0	1	0
Boyacá	0	0	0	11	13	9	0	0	0	2	1	2	39	40	32	16	5	13
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	1	0	1
Caldas	0	0	0	5	7	5	0	0	0	3	1	3	40	27	34	5	2	4
Calí	0	0	0	13	19	10	0	0	0	0	3	0	65	96	55	46	25	39
Caquetá	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	1	7	9	6	0	0	0
Cartagena	1	0	0	1	7	1	0	0	0	0	1	0	29	28	23	1	0	1
Casanare	0	0	0	2	2	1	1	0	1	0	0	0	5	16	4	0	1	0
Cauca	1	0	0	3	7	2	0	0	0	0	2	0	21	15	17	23	8	17
Cesar	0	0	0	6	3	4	0	0	0	0	1	0	13	24	11	1	0	1
Chocó	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	2	2	2	2	1	1	0	1
Córdoba	0	1	0	10	10	9	0	0	0	1	0	0	41	54	25	3	1	2
Cundinamarca	2	1	0	30	30	24	20	0	4	9	9	6	0	0	0	18	9	16
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	147	145	118	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	2	0	0	0
Huila	1	0	0	12	14	9	1	0	1	17	3	14	40	39	35	3	2	1
La Guajira	0	0	0	3	2	1	0	0	0	0	2	0	17	21	14	0	0	0
Magdalena	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	0	1	12	12	9	0	1	0
Meta	2	0	0	5	8	5	1	0	0	4	1	2	45	24	37	5	3	4
Nariño	0	0	0	6	11	5	0	0	0	6	6	5	45	51	40	10	1	9
Norte de Santander	0	0	0	14	15	14	0	0	0	0	5	0	58	67	43	4	3	3
Putumayo	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	1	0	10	12	8	3	0	3
Quindío	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	19	24	14	6	2	6
Risaralda	1	0	0	3	6	2	0	0	0	1	1	1	46	34	39	3	0	3
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Santa Marta D.E.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	12	7	12	1	0	1
Santander	0	1	0	9	6	6	0	0	0	1	7	1	36	51	32	7	4	6
Sucre	0	0	0	6	6	6	0	0	0	7	5	7	33	34	25	4	0	4
Tolima	0	0	0	1	7	1	1	0	0	0	2	0	39	55	29	4	5	3
Valle del Cauca	0	0	0	5	10	5	0	0	0	0	1	0	52	68	44	16	5	15
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0
Total nacional	11	5	0	317	358	249	87	6	19	196	133	123	1.494	1.552	1.216	337	156	285

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 05

Decremento
Incremento

Departamento	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						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					
	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Esperado	Observado							
Amazonas	0	1	0	357	488	268	6	9	5	0	0	0	408	355	352	2	2							
Antioquia	25	33	37	90.735	74.709	77.795	4.331	2.498	3.668	634	888	976	39.318	35.931	33.925	87	54							
Arauca	0	1	0	1.840	1.885	1.646	261	86	215	5	4	8	842	736	723	9	2							
Atlántico	4	3	6	12.496	9.384	10.641	251	150	198	216	136	325	7.092	3.937	6.210	26	16							
Barranquilla	1	4	4	20.485	14.314	17.649	1.070	314	905	274	183	354	9.890	6.590	8.373	31	12							
Bogotá	18	25	39	134.042	115.401	113.573	5.783	4.404	4.678	717	1.458	1.143	82.678	60.483	70.532	84	65							
Bolívar	0	3	1	11.296	9.774	9.731	211	192	179	47	132	65	3.178	2.749	2.685	23	14							
Boyacá	5	3	8	11.129	9.774	9.275	581	343	500	56	84	82	6.002	4.340	5.190	15	7							
Buenaventura	1	2	1	598	940	530	4	0	4	1	3	2	290	414	253	10	9							
Caldas	2	1	3	10.659	7.678	9.381	400	281	319	170	144	238	2.957	2.805	2.507	12	11							
Calí	6	12	8	29.060	23.078	24.437	588	630	476	50	82	73	10.120	14.711	8.752	33	23							
Caquetá	2	3	4	2.604	3.034	2.290	176	133	148	5	9	6	1.581	1.772	1.367	9	3							
Cartagena	2	3	3	19.073	15.690	16.688	1.399	324	1.085	218	204	311	6.606	4.351	5.610	26	18							
Casanare	2	1	3	1.773	1.936	1.591	38	39	33	1	8	3	1.128	1.093	1.006	10	4							
Cauca	4	5	4	12.605	9.150	11.243	344	196	282	41	62	70	5.810	4.715	4.351	26	12							
Cesar	1	2	4	10.003	8.776	9.015	568	529	448	56	61	86	3.394	3.485	3.012	28	18							
Chocó	2	2	3	5.160	1.752	4.545	153	131	126	1	9	1	1.132	966	943	20	11							
Córdoba	3	4	5	19.542	11.969	17.392	717	383	601	128	184	210	7.755	4.093	6.451	41	19							
Cundinamarca	10	10	15	30.737	22.744	25.917	1.212	680	1.007	133	383	220	15.596	11.419	13.107	38	34							
Guainía	0	1	0	216	182	191	8	19	7	0	0	0	91	136	79	3	0							
Guaviare	0	1	0	473	513	394	28	37	18	13	9	17	284	276	247	44	15							
Huila	3	4	3	10.474	9.726	8.782	468	377	385	63	73	75	5.700	5.080	4.648	1	1							
La Guajira	1	1	1	18.857	11.242	17.344	227	444	180	31	28	54	3.647	4.238	3.105	20	7							
Magdalena	1	2	2	9.985	7.518	8.503	443	188	370	14	18	22	3.384	3.297	2.842	15	11							
Meta	1	2	1	6.497	5.591	5.496	339	131	284	28	93	39	4.963	4.275	4.159	16	15							
Nariño	1	6	2	16.763	13.714	15.037	835	413	753	23	38	35	6.198	6.243	5.208	22	15							
Norte de Santander	8	9	9	16.684	13.458	14.252	659	779	533	58	130	94	7.484	5.845	5.874	24	9							
Putumayo	0	2	0	3.053	2.203	2.645	97	104	82	1	9	6	1.288	1.206	1.079	7	3							
Quindío	0	1	1	7.269	5.937	6.119	351	255	288	47	69	73	3.263	3.673	2.786	8	5							
Risaralda	0	3	0	13.834	8.432	11.981	533	294	432	38	52	60	3.634	3.913	3.193	13	6							
San Andrés	0	1	1	504	627	372	28	38	23	0	0	0	385	387	318	1	3							
Santa Marta D.E.	2	1	2	21.762	2.595	18.805	589	133	488	90	182	261	2.547	1.324	2.220	10	1							
Santander	9	3	15	6.189	12.818	5.378	1.522	814	1.265	209	376	200	10.102	7.886	8.818	25	13							
Sucre	1	3	1	7.337	6.996	6.433	936	434	786	171	162	270	2.655	2.936	2.305	24	9							
Tolima	4	2	4	15.244	11.301	13.240	351	374	304	44	78	72	7.307	5.808	6.079	17	10							
Valle del Cauca	7	7	8	18.091	11.609	15.467	2	230	1	80	67	130	7.678	6.946	6.513	22	14							
Vaupés	0	1	0	140	118	117	0	7	0	0	0	1	143	60	130	2	0							
Vichada	0	1	0	207	246	171	25.509	3	21.076	0	29	0	94	97	78	4	4							
Total nacional	126	174	198	597.773	467.302	514.334	51.018	16.396	42.152	3.663	5.440	5.582	276.624	230.344	237.251	808	475							

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 05

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis	
	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	5	6	0	0	0	0	8	8	2	2	3	0
Antioquia	0	0	0	2	150	252	0	0	0	3	443	422	142	39	60	77
Arauca	0	0	0	0	27	26	0	0	0	0	16	23	4	0	1	5
Atlántico	0	0	0	0	32	14	0	0	0	0	77	75	0	0	5	17
Barranquilla	0	0	0	0	16	9	0	0	0	2	69	84	0	0	11	53
Bogotá	0	0	0	0	303	246	0	0	0	3	385	420	0	0	11	22
Bolívar	0	0	0	0	34	46	0	0	0	0	49	38	50	17	14	22
Boyacá	0	0	0	0	48	41	0	0	0	0	82	82	14	12	1	5
Buenaventura	0	0	0	0	10	17	0	0	0	0	10	7	1	0	6	9
Caldas	0	0	0	3	13	13	0	0	0	3	110	89	26	6	8	9
Cali	0	0	2	0	41	57	0	0	3	1	148	160	0	0	13	12
Caquetá	0	0	0	0	18	7	0	0	0	0	21	21	34	4	14	66
Cartagena	0	0	1	1	19	56	0	0	0	1	52	47	1	0	29	48
Casanare	0	0	1	0	23	16	0	0	0	1	21	23	1	0	1	3
Cauca	0	0	0	0	27	28	0	0	0	0	79	62	6	4	4	8
Cesar	0	0	0	0	62	74	0	0	0	0	54	49	9	8	9	3
Chocó	0	0	0	0	61	108	0	0	0	0	12	14	38	3	7	13
Córdoba	0	0	0	0	62	39	0	0	0	0	83	87	21	2	6	23
Cundinamarca	0	0	3	1	112	108	0	0	1	5	159	193	20	3	10	17
Guainía	0	0	0	0	6	4	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	13	8	0	0	1	0	5	8	58	3	2	7
Huila	0	0	0	1	44	45	0	0	0	4	74	49	2	0	12	26
La Guajira	0	0	0	0	166	195	0	0	0	0	23	21	4	0	1	3
Magdalena	0	0	0	0	48	42	0	0	0	0	32	35	1	0	2	3
Meta	0	0	1	2	36	31	0	0	0	1	62	48	32	2	1	8
Nariño	0	0	0	0	59	63	0	0	0	0	119	116	33	6	2	9
Norte de Santander	0	0	0	0	58	67	0	0	0	0	80	100	27	5	7	12
Putumayo	0	0	1	1	20	23	0	0	2	0	28	31	34	6	2	5
Quindío	0	0	0	0	10	4	0	0	0	0	47	47	0	0	8	21
Risaralda	0	0	1	0	36	56	0	0	0	0	97	86	11	17	14	23
San Andrés	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1
Santa Marta D.E.	0	0	0	0	7	12	0	0	0	0	23	21	1	0	4	12
Santander	1	0	1	1	42	52	0	0	1	1	119	119	77	16	9	17
Sucre	0	0	0	1	19	28	0	0	0	0	40	38	17	2	5	3
Tolima	0	0	3	0	36	32	0	0	0	0	99	97	31	9	39	85
Valle del Cauca	0	0	0	0	38	55	0	0	2	1	111	110	2	0	17	22
Vaupés	0	0	0	0	10	3	0	0	0	0	5	5	6	0	3	1
Vichada	0	0	0	0	25	14	0	0	0	0	2	4	6	0	0	0
Total nacional	1	0	14	13	1.737	1.897	0	0	10	26	2.844	2.843	711	166	341	670

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 05

Decremento
 Incremento

Departamento	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	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	1	1	1	1	0	0	5	5	0	0	40	41
Antioquia	16	9	111	119	0	0	333	374	10	13	1.699	1.131
Arauca	5	7	17	23	0	0	15	17	0	0	91	109
Atlántico	5	1	31	29	0	0	35	39	2	2	185	162
Barranquilla	8	3	44	22	0	0	71	68	1	2	173	210
Bogotá	13	8	85	88	0	0	132	128	4	2	2.009	1.958
Bolívar	3	3	25	27	1	0	13	14	0	0	199	184
Boyacá	2	1	8	7	0	0	12	20	0	0	300	343
Buenaventura	2	2	13	7	0	0	15	16	0	0	28	34
Caldas	2	3	13	21	0	0	32	27	0	0	239	232
Cali	4	0	38	49	0	1	130	114	5	6	581	499
Caquetá	1	1	7	10	0	0	20	21	1	0	87	66
Cartagena	8	4	26	34	0	0	35	46	0	1	104	121
Casanare	4	2	12	16	0	0	14	12	0	2	53	72
Cauca	1	2	17	16	0	0	20	23	1	0	244	239
Cesar	3	2	30	29	0	0	35	36	0	0	176	158
Chocó	5	5	20	16	1	0	18	17	0	0	30	38
Córdoba	4	3	28	16	0	0	21	24	0	3	296	262
Cundinamarca	4	5	31	47	0	0	50	54	1	0	896	991
Guainía	1	1	1	2	0	0	1	3	0	0	15	5
Guaviare	1	0	3	2	0	0	6	6	0	0	26	29
Huila	1	0	15	9	0	0	31	40	1	1	544	541
La Guajira	8	1	26	33	0	0	49	55	1	0	98	102
Magdalena	3	4	22	24	0	0	10	18	1	0	111	130
Meta	4	2	22	28	0	0	68	70	2	3	182	177
Nariño	2	2	21	26	0	0	20	13	0	0	297	379
Norte de Santander	10	3	45	43	0	0	62	78	1	1	301	304
Putumayo	1	0	8	8	0	0	9	13	0	0	95	110
Quindío	1	0	9	16	0	0	20	25	0	1	212	178
Risaralda	3	5	17	20	0	0	72	57	2	0	294	278
San Andrés	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	14	17
Santa Marta D.E.	2	1	9	15	0	0	21	29	1	0	56	50
Santander	7	7	36	41	0	0	80	104	2	3	495	530
Sucre	1	1	21	10	0	0	11	6	0	0	157	166
Tolima	4	4	14	7	0	0	45	69	2	2	210	236
Valle del Cauca	2	3	26	33	0	0	69	64	1	1	503	523
Vaupés	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	14	14
Vichada	1	0	4	1	0	0	4	0	0	0	14	19
Total nacional	148	97	892	899	2	1	1.585	1.706	41	43	11.068	10.638

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 05

Decremento
 Incremento

Departamento	Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	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	1	0	0	0	0	0
Antioquia	2	1	1	0	3	5	1	0	13	5
Arauca	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0
Atlántico	1	0	0	0	0	2	0	0	3	2
Barranquilla	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0
Bogotá	3	2	0	0	3	1	0	1	15	19
Bolívar	1	0	0	0	1	1	1	0	2	0
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Caldas	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Cali	1	1	0	0	0	0	0	0	4	6
Caquetá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cartagena	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cauca	1	0	1	1	0	0	0	1	3	0
Cesar	1	2	0	0	1	1	2	2	3	3
Chocó	1	1	3	2	3	8	5	1	1	1
Córdoba	2	0	0	1	2	1	1	2	4	0
Cundinamarca	1	2	0	0	1	2	0	0	7	2
Guainía	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
La Guajira	3	1	4	3	3	3	4	4	2	0
Magdalena	1	0	0	1	1	2	2	2	2	0
Meta	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Nariño	1	1	0	0	2	2	0	0	3	1
Norte de Santander	2	0	0	0	0	0	0	1	3	2
Putumayo	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Quindío	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Risaralda	1	2	0	3	2	2	1	1	2	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santander	1	1	0	0	0	0	0	0	5	1
Sucre	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0
Tolima	2	0	0	0	2	0	0	0	3	0
Valle del Cauca	1	0	1	0	1	2	1	0	4	1
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Total nacional	30	16	17	11	41	38	23	17	100	47



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 05

26 de enero al 01 de febrero de 2025

TEMA CENTRAL

**Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos
(ETA)**

Lyda María Montaña Durán, lmontanod@ins.gov.co

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2025

Citación:

Instituto Nacional de Salud (Colombia). Boletín Epidemiológico Semanal (BES), semana epidemiológica 05 de 2025 [Internet]. p. 1-38. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.05>



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

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

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

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

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

Eventos trazadores

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

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

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

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

Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co

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

Brotos y alertas

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

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

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

Tablas de mando

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

Editor

Hernán Quijada Bonilla, hquijada@ins.gov.co

Correctora de estilo

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

Diseño y diagramación

Wilbert Saul Daza