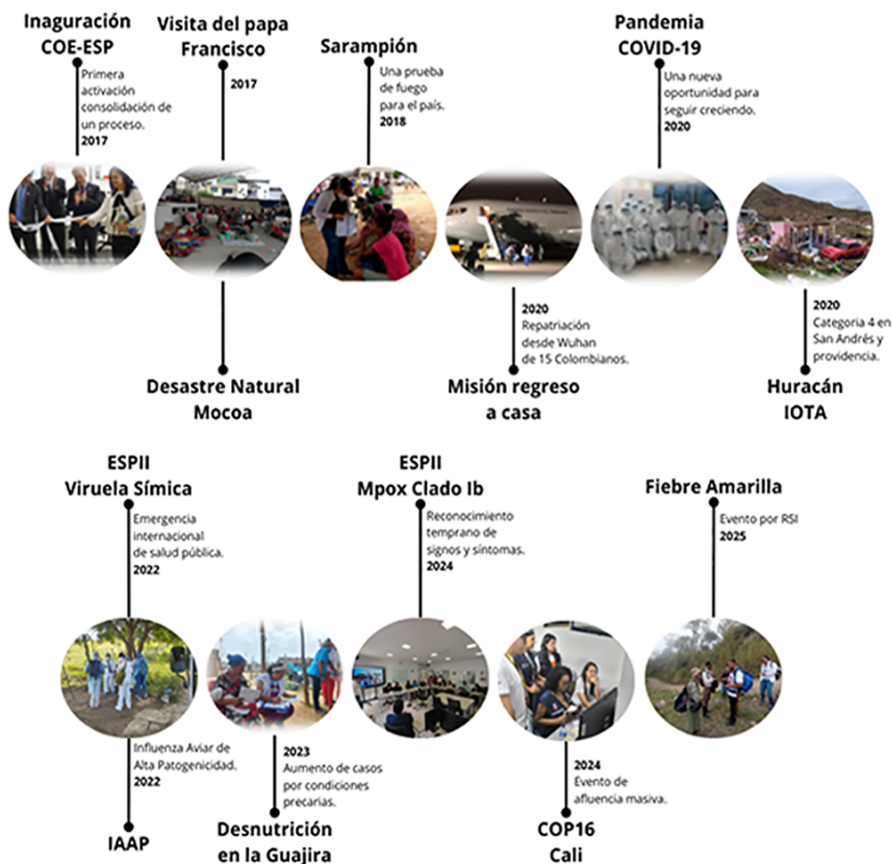


Hitos en la historia del COE-ESP del INS



Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata

Anticipar para proteger: uniendo tecnología, territorio y respuesta inmediata para salvaguardar la salud colectiva de Colombia.



BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

Pág.

39

TEMA CENTRAL

Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata-GGRR

Viviana Carolina Moreno Vargas, vmoreno@ins.gov.co
Juan Carlos Castellanos Pinzón, jcastellanos@ins.gov.co
Eliana Mendoza Niño, emendoza@ins.gov.co

La Gestión del Riesgo se rige por las directrices de la norma ISO 31000, la cual incluye en su estructura el establecimiento del contexto, la identificación del riesgo por medio de la vigilancia basada en eventos y la basada en indicadores; la valoración del riesgo en la cual se evidencia la presencia y actividad de las salas de análisis del riesgo; la modificación del riesgo con el despliegue de los equipos de respuesta inmediata y de manera transversal la comunicación y evaluación del riesgo

Fortalecimiento de la Inteligencia Epidemiológica: Gestión del Riesgo y Sistemas de Alerta Temprana (SAT)

En la vigilancia en salud pública moderna, la capacidad de anticipación es tan crucial como la respuesta. La identificación del riesgo se ha consolidado como el pilar fundamental para la detección oportuna de brotes y epidemias. A través del Sistema de Alerta Temprana (SAT), el INS ha estructurado un proceso sistemático para captar, verificar y evaluar señales que puedan representar una amenaza para la salud colectiva.

El proceso de identificación no es lineal, sino que integra múltiples componentes para transformar datos en información accionable. Este ciclo comprende pasos críticos que van desde la identificación de la señal o alerta, su registro y clasificación, hasta el análisis de información y el contraste de fuentes.

El objetivo final es la emisión de una alerta verificada, que permita la derivación de la situación hacia un plan de manejo adecuado, involucrando a los interesados clave mediante cápsulas informativas y la gestión directa con referentes del evento.

Para una visión holística del riesgo, el sistema integra dos grandes estrategias de vigilancia:

Vigilancia Basada en Indicadores: representa el componente tradicional y estructurado, abarcando el 79,4 % de las situaciones analizadas. Incluye la notificación inmediata y superinmediata de Eventos de Interés en Salud Pública, resultados de laboratorio, notificaciones de brotes y registros administrativos como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y el Registro Único de Afiliados (RUAF).

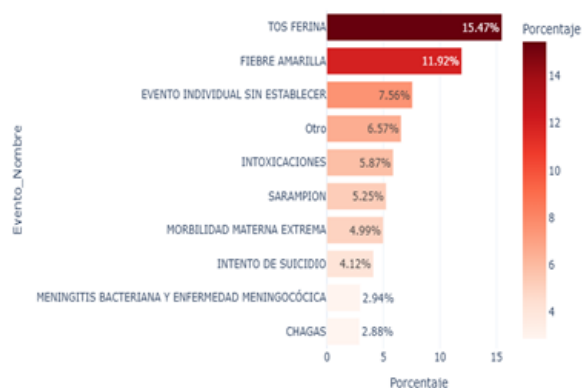
- Vigilancia basada en eventos y otras fuentes: complementa los datos oficiales captando el 20,6 % de las señales. Se nutre de la vigilancia

comunitaria, el monitoreo de medios y redes sociales, reportes de poblaciones especiales (población procedente del exterior, fuerzas militares y policía, población privada de la libertad, población étnica (afro e indígenas), población escolarizada) y alertas internacionales provenientes de reportes epidemiológicos de OMS/OPS, de Centro Nacional de Enlace (CNE), de sistemas de fuentes abiertas (EIOS).

- Actualmente, el INS implementó el módulo SAT Sivigila 4.0 como herramienta para el sistema de información a nivel nacional desde el piloto en el 2023 y la operación en el 2025. El grupo de gestión de riesgo y respuesta Inmediata se transfirió de forma efectiva del módulo SAT del aplicativo SIVIGILA 4.0 a las entidades territoriales. En este sistema se integran las estrategias de gestión de riesgo desde la identificación hasta la respuesta.

Para el periodo analizado, los eventos con mayor carga en la notificación de señales incluyen la Tos Ferina (15,5 %) la Fiebre Amarilla (11,9 %) y evento sin establecer (7,56 %) (figura 1). La fuente de notificación de Sivigila aporta el 66,5 % de las situaciones, seguida por la Búsqueda Activa Institucional/Comunitaria (BAI, BAC) con un 12,9 % y Laboratorio con un 10,0 %.

Figura 1: Porcentaje de señales por eventos de interés en salud pública, 2025



Fuente: SAT Sivigila 4.0, 2025

Una de las principales herramientas para captar señales a partir de información de medios de comunicación en Colombia es la integración con inteligencia artificial para la vigilancia, específicamente mediante la plataforma EIOS (Epidemic

Intelligence from Open Sources por sus siglas en inglés). Esta herramienta facilita el monitoreo de medios y fuentes abiertas a nivel subnacional.

El uso de EIOS ha mostrado un crecimiento significativo en la actividad de los usuarios entre el 2023 y 2025, en donde 37 de las 38 entidades territoriales ya hace uso de este para la identificación de señales. Adicionalmente, aumento el uso de la creación de tableros de búsqueda para situaciones específicas de emergencia en los territorios (figura 2).

Figura 2: Mapa de implementación de EIOS en el territorio, Colombia, 2025.



Fuente: EIOS Colombia Community, 2025

La gestión del riesgo en salud pública evoluciona hacia un modelo híbrido que combina la robustez de los datos oficiales con la agilidad de la vigilancia de eventos y tecnologías de monitoreo digital, garantizando una respuesta más rápida y efectiva ante las emergencias en salud.

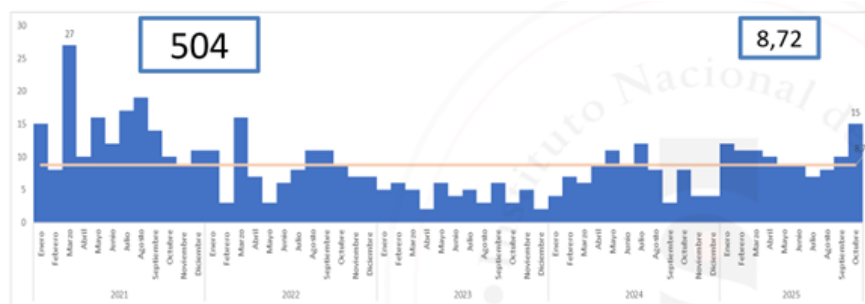
Valoración del riesgo

El sistema de gestión del riesgo en la etapa de valoración del riesgo cuenta con un espacio físico y virtual para la análisis y respuesta a eventos de interés en salud pública, este proceso ha sido transferido al territorio nacional, con el cumplimiento del 100 % de salas de análisis del riesgo (SAR) entregadas.

Para este proceso se requiere la identificación de la alerta, recolección de información disponible al momento, convocatoria de actores, valoración de riesgo a través de la matriz y respuesta, definiendo acciones a seguir. Las acciones de recolección y análisis de información y articulación intersectorial permite contar con la información de forma oportuna.

Del 2022 al 2025 se desarrollaron 504 salas de análisis del riesgo con un promedio de 8 a 9 salas mensuales, con predominio de eventos como COVID-19, Mpox, IAAP, rabia animal, Chagas y Tosferina a nivel nacional. Se identifica la participación de salas departamentales y municipales en la respuesta (figura 3)

Figura 3: Comportamiento de SAR – INS 2022 a octubre 2025 Colombia.

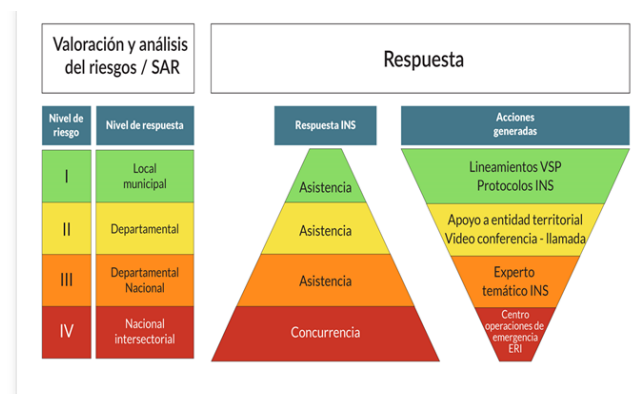


Fuente: matriz de seguimiento SAR, GGRRI – 2025

Las entidades que realizaron mayor número de salas de análisis del riesgo fueron Antioquia (32), La Guajira (26), Magdalena (20), Santander (18) y Chocó (17). Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo Mundial se lograron entregar 41 SAR con equipos de dotación necesarios para el desarrollo de estas.

La etapa de respuesta en la gestión del riesgo se encuentra directamente proporcional al nivel de riesgo previamente identificado, determinando el nivel de respuesta, así mismo las acciones específicas. Desde el nivel I con la capacidad de respuesta de nivel local con el seguimiento desde el INS en lineamientos y protocolos, el nivel II con respuesta Departamental con apoyo desde procesos como la SAR y acompañamiento permanente desde nivel nacional. El nivel III de respuesta Departamental – Nacional con el despliegue de Equipos de Respuesta Inmediata al territorio y el nivel IV en el que se requiere de una articulación institucional e intersectorial por lo que se activa el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de vigilancia en Salud Pública que coordina actividades de todos los sectores (figura 4).

Figura 4: Niveles de valoración de riesgo y respuesta, GGRRI- INS.



Fuente. GGRRI – INS

Para el despliegue de estos Equipos de Respuesta Inmediata se cuenta con el proceso PREPARO que define las acciones de preparación para el despliegue. Se definen siete etapas que requieren de trabajo articulado y participación de todo el personal especializado de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del INS. Desde el alistamiento y preparación del personal (alistamiento, salud, vacunación y capacidades técnicas), Recursos (transporte, condiciones y seguridad de terreno, insumos), hasta la organización del equipo de trabajo se realiza a través de procesos sostenibles (SAT y SAR, COE-VSP). Se requiere de la realización de productos a través de procedimientos, instructivos y formatos que registran cada paso en la respuesta desde el

despliegue de los ERI hasta el repliegue a la base y la entrega de información a la SAR. Estos formatos son fundamentales en el seguimiento de una atención de emergencias desde la preparación hasta la comunicación del riesgo. Se cuenta con el plan de acción del ERI y el SITREP (formatos que hacen parte del sistema integrado de gestión y que evidencian la recolección, análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones).

La preparación y despliegue de los equipos de respuesta inmediata y la recolección de la información alimentan la SAR donde se procesa y analiza información continua para la toma de decisiones o incluso para la revaloración del riesgo.

En la emergencia de fiebre amarilla se realizó el desplazamiento de 34 ERI entre el 2024 y el 2025 con equipos multidisciplinarios y experticias para la atención del brote. Se realizaron actividades como: seguimiento de casos sintomáticos, búsqueda activa comunitaria e institucional, fortalecimiento de capacidades del territorio, georreferenciación, capacitación al personal de salud y articulación intersectorial y con la comunidad.

En el nivel de respuesta IV con la activación del centro de operaciones de emergencia se ha desplegado la estructura que permitió coordinar acciones de forma efectiva y oportuna antes, durante y después de la emergencia. Se ha realizado la activación desde la creación de COE-ESP en el 2017 desde la visita del papa hasta fiebre amarilla en el 2025 (figura 5).

Figura 5: Hitos en la historia del COE – ESP del INS, Colombia 2017 al 2025.



Para este proceso también se desarrolló la herramienta de sistema manejo incidente (SMI) que permitió el trabajo coordinado de diferentes áreas del INS y de otras instituciones nacionales y territoriales. En la respuesta se desplegaron las diferentes estructuras en línea de mando que organizó a diferentes direcciones de la institución y articuló a otras instituciones nacionales.

El seguimiento de la respuesta en la activación del COE – ESP cuenta con el repositorio construido previamente para registro de las líneas de plan de acción de Incidente (PADI) que define un periodo operacional definido por el gerente de incidente, teniendo en cuenta la línea técnica de la sección de planificación. Este PADI cuenta con antecedentes y situación actual del evento a atender, objetivos claros, estrategias operacionales y tácticas, asignación de recursos, responsables y fechas de acuerdo con la estructura organizacional definida.

Metodología de los Exámenes Tempranos de la Acción (ETA) usando el 7-1-7

Este método utiliza tres métricas para evaluar y mejorar los sistemas de detección, notificación y respuesta durante la fase temprana de un brote: siete días para detectar un brote de enfermedad, un día para notificar a una autoridad de salud pública responsable de tomar decisiones y siete días para completar las acciones de respuesta temprana. Desde el nivel nacional se ha hecho la transferencia hasta el momento de la metodología a 15 entidades territoriales y se continuara con la institucionalización de la misma para el 2026.

Capacidades Básicas

En seguimiento del cumplimiento de los compromisos internacionales derivados del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) recomienda un sistema integrado de gestión de incidentes con un centro nacional de operaciones en salud publica capaz de soportar el nivel intermedio y local, revisado y evaluado de forma continua.

Este proceso se ha cumplido a través de la transferencia del Modelo de Preparación y Respuesta a Eventos de interés en Salud Pública (MPRESP) y del seguimiento de las capacidades básicas del territorio en la preparación y respuesta a emergencias en salud pública, identificando fortalezas y debilidades, nivel de preparación, y optimización de recursos. Para la evaluación de este proceso se realiza una encuesta dos veces al año que registra las acciones

del territorio local en identificación, valoración y respuesta ante emergencias. Se realizan preguntas que requieren de soportes digitales que confirman el cumplimiento, se realiza la evaluación, clasificación y aporte al ranking nacional de evaluación que se realiza anualmente a todas las entidades territoriales.

En el diligenciamiento de dicha encuesta de capacidades básicas de gestión de riesgo en salud pública se ha observado para el IV periodo del año 2025 un cumplimiento del 100 % en la mayoría de las entidades territoriales y una mejoría significativa para las ET con menor cumplimiento en el periodo anterior, alcanzando puntaje por encima del 65 %.

Conclusiones

- A la fecha se han logrado transferir las estrategias, herramientas y procesos al territorio nacional, operando de forma articulada y efectiva en tiempo real a través del SAT SIVIGILA 4.0. Este fortalecimiento al territorio ha permitido promover las capacidades básicas en respuesta, mejorando la comunicación en doble vía con un lenguaje unificado con un SAT y una SAR activa en cualquier entidad territorial. Es necesario continuar con la implementación del sistema de gestión de riesgo con la mejora continua de los procesos en diferentes niveles y desarrollando habilidades de respuesta desde el nivel local hasta el nacional, con el apoyo continuo de la gobernanza y de la mano con instituciones internacionales que capacitan de forma continua al país.
- En los retos se encuentra la implementación de un sistema articulado institucional de todos los actores locales, nacionales e internacionales. Se requiere fortalecer y desarrollar los equipos nacionales de respuesta con diferentes campos de acción en emergencias. La identificación, valoración y respuesta sostenible con mejora continua en procesos, herramientas y tecnología lo que permitirá la gestión de recursos en todo el territorio desde la preparación hasta la recuperación y la creación de los Centros de Operaciones de Emergencias de todas las instituciones nacionales y subnacionales coordinadas en línea de mando y lenguaje unificado, manteniendo el liderazgo del INS en la región.



SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

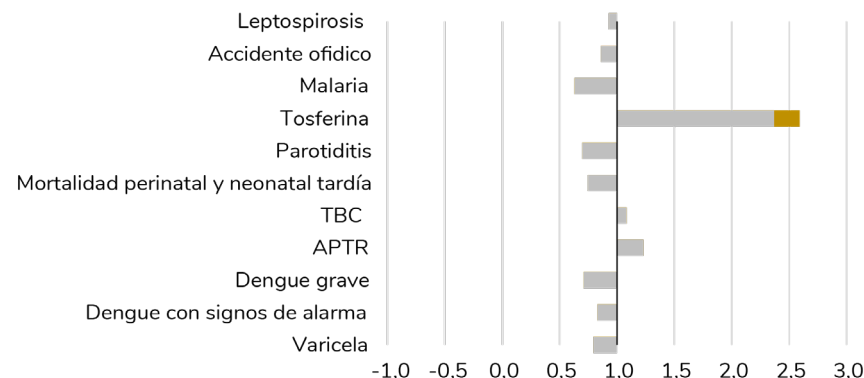
Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para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

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



Para la semana epidemiológica 50 del 2025, se identifica que el evento Tos ferina se encontró por encima de lo esperado, los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025.



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	189 997	164 730	1,04	0,30

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

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

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

En la semana epidemiológica 50 del 2025, el evento Leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	9	76	0,00
Zika	10	6	0,05
Lepra	8	7	0,12
Mortalidad por dengue	4	5	0,18
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,35
Chicungunya	1	1	0,35
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,55

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

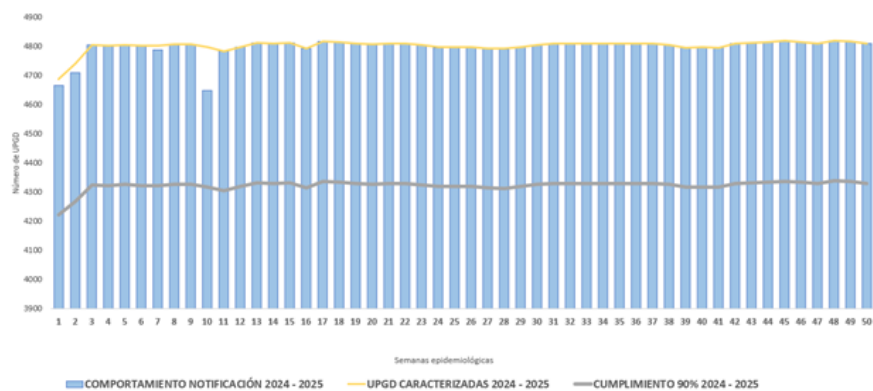
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 50 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 50 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 809 / 4 809); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 50 del año 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, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 50 del 2025, se han notificado 693 muertes probables en menores de cinco años: 412 por infección respiratoria aguda (IRA), 180 por desnutrición (DNT) aguda y 101 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, diez casos de IRA, siete de DNT aguda y dos de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 50 del 2025 se han notificado 674 fallecimientos (402 por IRA, 173 por DNT aguda y 99 por EDA); de estos, 407 casos han sido confirmados, 129 han sido descartados y 138 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 50 2025			Casos en estudio a SE 50 2025			Tasa a SE 50 2024			Tasa a SE 50 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	127	217	63	25	92	21	5,44	8,36	3,38	3,44	5,88	1,71
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	4	27	2	4	14	2	3,95	5,11	1,86	0,94	6,36	0,47
Arauca	1	1	0	1	1	0	4,17	12,50	0,00	4,23	4,23	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	5,83	10,00	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla	0	2	2	0	1	0	2,33	6,98	1,16	0,00	2,40	2,40
Bogotá D. C.	0	16	0	0	5	0	0,00	5,65	0,23	0,00	3,69	0,00
Bolívar	1	6	0	1	1	1	1,79	9,82	1,79	0,90	5,41	0,00
Boyacá	0	6	3	1	1	0	0,00	5,86	0,00	0,00	7,11	3,56
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	1	8,83	8,83	8,83	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	0	0	0,00	5,17	1,72	0,00	1,75	1,75
Santiago de Cali D. E.	0	7	1	0	2	0	0,85	5,93	0,00	0,00	6,08	0,87
Caquetá	2	2	0	1	3	1	7,47	17,44	2,49	5,03	5,03	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	6	1	0	3	0	2,52	10,10	1,26	1,30	7,79	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	7,65	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	6	4	2	3	1	0,80	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	11	5	3	1	2	0	8,14	6,66	3,70	8,16	3,71	2,23
Chocó	36	26	14	9	12	4	56,74	50,61	56,74	55,37	39,99	21,53
Córdoba	9	10	3	0	1	1	4,06	6,96	1,74	5,27	5,85	1,76
Cundinamarca	0	13	0	0	6	2	0,00	3,54	0,00	0,00	5,73	0,00
Guainía	2	2	1	0	0	0	0,00	67,82	27,13	26,72	26,72	13,36
Guaviare	0	2	1	0	0	0	11,76	11,76	0,00	0,00	23,81	11,91
Huila	1	1	0	0	3	0	0,93	4,64	0,00	0,94	0,94	0,00
La Guajira	28	18	13	1	10	0	41,74	32,86	21,31	24,95	16,04	11,58
Magdalena	7	9	1	0	1	0	14,19	10,92	1,09	7,71	9,91	1,10
Meta	2	6	1	0	1	1	8,04	5,74	3,45	2,32	6,96	1,16
Nariño	2	9	1	0	2	0	2,34	2,34	0,78	1,58	7,11	0,79
Norte de Santander	0	3	1	0	1	0	3,37	3,37	1,68	0,00	2,56	0,85
Putumayo	0	1	0	0	1	1	2,98	5,95	2,98	0,00	2,98	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	5	7	4	3	1	13,17	13,17	13,17	1,67	8,35	11,69
Archipiélago de San Andrés islas y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	3	0	0	2	1	0,00	2,25	4,49	4,54	6,81	0,00
Santander	0	2	0	0	0	0	0,64	3,84	4,48	0,00	1,30	0,00
Sucre	1	5	0	0	1	0	10,17	6,78	0,00	1,14	5,69	0,00
Tolima	0	2	0	0	2	0	0,00	6,39	2,13	0,00	2,15	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	2	1	2,25	7,48	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	2	3	3	0	2	2	36,48	36,48	18,24	36,42	54,62	54,62
Vichada	8	4	0	0	1	0	43,37	68,15	6,20	48,18	24,09	0,00

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

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 402 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 149 confirmadas por clínica y 68 por laboratorio, 93 descartadas y 92 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 5,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 50 fueron 312, para una tasa de mortalidad de 8,4. casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 50 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Bolívar, Casanare, Chocó, Cundinamarca y La Guajira y, a nivel municipal, en Cáceres, Soledad, Güicán de La Sierra, Valledupar, Pueblo Bello, Facatativá, Soacha, Lloró, Villavicencio, San Andrés de Tumaco D. E. y Cumaribo. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

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

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	14	7	5	2	2	30	13	2	6	0	0	21
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	37	5	1	1	0	44	16	1	2	1	0	20
<i>Enterovirus</i>	8	5	3	2	1	19	11	1	4	0	0	16
<i>Haemophilus influenzae B</i>	5	2	2	0	0	9	8	3	0	0	0	11
<i>Staphylococcus aureus</i>	12	2	2	2	0	18	8	1	2	0	0	11
<i>Adenovirus</i>	8	6	2	0	0	16	6	0	2	1	1	10
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
<i>Influenza A</i>	7	3	0	0	3	13	7	0	2	1	0	10
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	4	3	3	1	16	6	2	2	0	0	10
<i>Moraxella catarrhalis</i>	4	1	2	2	1	10	4	3	1	0	0	8
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	6	1	0	1	0	8
<i>Influenza B</i>	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	1	1	0	1	8	2	1	0	0	0	3
<i>Metapneumovirus</i>	5	1	1	1	0	8	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	133	40	24	14	10	221	106	18	21	5	1	151

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 173 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 127 fueron confirmadas, 21 descartadas y 25 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 50 fue de 203, para una tasa de mortalidad de 5,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 50 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Barranquilla D. E., Bolívar, Cesar, Chocó, Cundinamarca,

La Guajira, Magdalena, Meta, Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró, Riohacha, Maicao y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 99 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cinco confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli*, *Norovirus*, *Adenovirus* y *Klebsiella pneumoniae*), 58 confirmadas por clínica, 15 descartadas y 21 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 50 fue de 126 para una tasa de mortalidad de 3,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 50 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira, Vaupés y Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Uribe, Mistrató y Mitú. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/INPC28779>

En la semana epidemiológica 50 del año 2025 se notificaron al Sivigila diez casos: nueve muertes maternas tempranas y una muerte materna tardía. El país acumula 189 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 181 residen en territorio colombiano y ocho residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	251	143	55	449
2023	221	149	74	444
2024	188	123	40	351
2025p	181	126	39	346

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

A la semana epidemiológica 50 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C., La Guajira, Antioquia, Cesar y Norte de Santander. En comparación con el promedio histórico 2021–2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional y en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D. C., Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira y Meta. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

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

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 50 del año 2025, el 61,9 % corresponden a causas directas y el 32,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,3 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 50	Acumulado de casos a SE 50	
		2024	2025
Colombia	277	188	181
Bogotá D. C.	27	20	19
La Guajira	24	23	17
Antioquia	23	14	15
Cesar	13	11	13
Norte de Santander	7	5	11
Magdalena	11	5	9
Nariño	12	9	9
Atlántico	9	5	8
Chocó	13	15	8
Cundinamarca	14	13	8
Barranquilla D. E.	6	4	6
Santander	8	5	6
Santiago de Cali D. E.	7	5	5
Córdoba	13	7	5
Bolívar	11	3	4
Casanare	3	1	4
Huila	6	5	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	0	0	3
Meta	8	7	3
Santa Marta D. E.	6	2	3
Tolima	6	4	3
Cartagena de Indias D. T.	8	0	2
Putumayo	3	3	2
Risaralda	4	2	2
Sucre	6	2	2
Valle del Cauca	6	3	2
Buenaventura D. E.	3	2	1
Caquetá	2	0	1
Cauca	7	7	1
Quindío	2	0	1
Vichada	4	3	1
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	0	0	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 50	Valor observado SE 50
Colombia	277	181
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Abrego (Norte de Santander)	0	2
San Rafael (Antioquia)	0	1*
Ubaté (Cundinamarca)	0	1*
Puerto Colombia (Guainía)	0	1*
Sabana de Torres (Santander)	0	1*
Maicao (La Guajira)	6	1

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

*Municipios que en el promedio histórico 2021 – 2024 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 8 Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 50	Número de casos y proporción a SE 50 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	205	221	100	188	100	181	100
DIRECTA	135	150	67.9	119	63.3	112	61.9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	39	43	19.5	35	18.6	35	19.3
Hemorragia obstétrica	37	36	16.3	37	19.7	32	17.7
Sepsis obstétrica	15	19	8.6	11	5.9	12	6.6
Evento tromboembólico como causa básica	18	24	10.9	11	5.9	12	6.6
Embarazo ectópico	10	11	5.0	8	4.3	7	3.9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	1.8	6	3.2	7	3.9
Embolia de líquido amniótico	4	4	1.8	4	2.1	4	2.2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1.4	3	1.6	3	1.7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	2	1	0.5	2	1.1	0	0.0
Otras causas directas	1	1	0.5	1	0.5	0	0.0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	1.8	1	0.5	0	0.0
INDIRECTA	66	67	30.3	64	34.0	58	32.0
Otras causas indirectas	27	25	11.3	29	15.4	22	12.2
Otras causas indirectas: neumonía	10	13	5.9	6	3.2	20	11.0
Sepsis no obstétrica	11	12	5.4	10	5.3	7	3.9
Otras causas indirectas: cáncer	10	10	4.5	9	4.8	5	2.8
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0.5	0	0.0	3	1.7
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1.4	4	2.1	1	0.6
Otras causas indirectas: dengue	3	2	0.9	4	2.1	0	0.0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0.0	1	0.5	0	0.0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0.5	1	0.5	0	0.0
Desconocida / indeterminada	2	2	0.9	1	0.5	1	0.6
En estudio	3	2	0.9	4	2.1	10	5.5

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 50 del 2025 se han notificado 5 489 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 433 corresponden a residentes en Colombia y 56 a residentes en el exterior. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (645), Antioquia (634), Cundinamarca (359), Santiago de Cali D. E. (256) y La Guajira (249). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 50 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Chocó, Sucre y Putumayo. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

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

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,6 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,5 %, neonatales tardías con 18,1 % y fetales intraparto con 9,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,3 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 50 del 2025 (datos preliminares) frente a 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 50	Acumulado de casos a SE 50	
		2024	2025
Bogotá D. C.	848	711	645
Antioquia	857	635	634
Cundinamarca	411	349	359
Santiago de Cali D. E.	297	251	256
La Guajira	411	281	249
Córdoba	399	256	245
Cesar	271	178	190
Cartagena de Indias D. T.	258	169	165
Nariño	207	182	165
Barranquilla D. E.	301	176	163
Cauca	253	172	163
Valle del Cauca	205	163	161
Bolívar	223	140	160
Meta	179	137	154
Santander	237	158	148
Norte de Santander	239	146	140
Magdalena	188	148	133
Atlántico	245	151	129
Huila	174	125	127
Boyacá	139	108	111
Tolima	164	116	111
Chocó	192	151	106
Sucre	190	133	104
Risaralda	111	88	76
Buenaventura D. E.	82	52	72
Caldas	95	76	68
Santa Marta D. T.	96	44	65
Casanare	78	55	56
Caquetá	64	43	53
Quindío	60	47	46
Arauca	63	37	38
Putumayo	60	55	38
Vichada	39	33	36
Amazonas	17	13	19
Guainía	18	15	15
Guaviare	13	10	12
Vaupés	16	15	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	14	15	9

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 50 2020 - 2024	Valor observado a SE 50 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	7 714	5 433	-
Agustín Codazzi (Cesar)	18	28	31
Duitama (Boyacá)	14	19	1
Tocancipá (Cundinamarca)	7	15	23
Timbiquí (Cauca)	6	12	24
Altos del Rosario (Bolívar)	3	8	10
Aguazul (Casanare)	4	8	46
Villapinzón (Cundinamarca)	3	8	14
Cota (Cundinamarca)	4	8	1
Tenjo (Cundinamarca)	2	7	18
Puerto Triunfo (Antioquia)	2	6	4
Abejorral (Antioquia)	2	5	12
San Carlos (Antioquia)	2	5	14
Buritica (Antioquia)	1	5	12
Barranco de Loba (Bolívar)	2	5	1
Restrepo (Meta)	2	5	3

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 50, 2023 -2025					
	2023 a SE 50	(%)	2024 a SE 50	(%)	2025 a SE 50	(%)
Colombia	6 726	100,0	5 634	100,0	5 433	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 665	24,8	1467	26,0	1399	25,8
Prematuridad-inmaturidad	1 214	18,0	932	16,5	916	16,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1 049	15,6	841	14,9	725	13,3
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	713	10,6	640	11,4	502	9,2
Infecciones	601	8,9	486	8,6	465	8,6
Malformación congénita	609	9,1	514	9,1	436	8,0
Otras causas de muerte	405	6,0	366	6,5	306	5,6
Sin información	62	0,9	0	0,0	291	5,4
Causas no específicas	157	2,3	160	2,8	179	3,3
Trastornos cardiovasculares	166	2,5	170	3,0	159	2,9
Lesión de causa externa	62	0,9	26	0,5	29	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	23	0,3	32	0,6	26	0,5

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 50 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

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

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 43 a 50 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 43 a SE 46 2025	SE 47 a SE 50 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	509 534	508 032	-0,29%	
Hospitalización en sala general	21 327	21 611	1,33%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 703	2 548	-5,73%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 50 del 2025 se notificaron 122 831 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2021), se observó incremento en Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Guainía y Huila. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (47 a 50 del 2025) en 27 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 47 a 50 del 2025

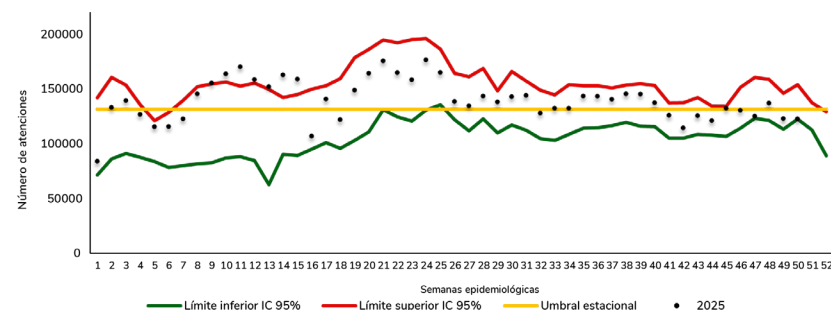
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Guajira	Maicao	76 030	76 030	2 243	8 867
Atlántico	Soledad	94 910	94 910	6 448	7 119
Antioquia	Itagüí	79 290	79 290	4 507	6 324
Cundinamarca	Soacha	79 598	79 598	3 494	5 459
Antioquia	Bello	60 315	60 315	4 671	5 306
Guajira	Uribia	51 459	51 459	2 138	4 115
Cundinamarca	Chía	55 765	55 765	2 953	3 838
Antioquia	Rionegro	35 705	35 705	2 157	2 887
Antioquia	Envigado	25 550	25 550	1 768	2 325
Valle del Cauca	Palmira	27 155	27 155	1 481	2 271
Santander	Floridablanca	32 274	32 274	1 829	2 035
Risaralda	Dosquebradas	28 532	28 532	1 185	1 988
Bolívar	Magangué	22 913	22 913	908	1 945
Santander	Barrancabermeja D. E.	29 446	29 446	866	1 741
Cundinamarca	Zipaquirá	23 236	23 236	1 109	1 617
Córdoba	Cereté	19 034	19 034	596	1 612
Córdoba	Sahagún	24 442	24 442	1 079	1 589
Valle del Cauca	Yumbo	14 640	14 640	1 034	1 556
Córdoba	Lorica	16 145	16 145	816	1 522
Antioquia	Turbo	15 069	15 069	682	1 471
Magdalena	Ciénaga	22 860	22 860	796	1 471
Boyacá	Duitama	21 398	21 398	1 551	1 382
Antioquia	Apartadó	17 265	17 265	878	1 252
Boyacá	Sogamoso	20 581	20 581	1 054	1 229
Cundinamarca	Funza	16 476	16 476	1 125	1 160
Cundinamarca	Girardot	20 451	20 451	1 084	1 160
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	7 813	7 813	695	1 130
Norte Santander	Ocaña	16 751	16 751	496	1 098
Valle del Cauca	Cartago	16 372	16 372	665	1 078
Cundinamarca	Facatativá	17 055	17 055	1 395	1 070
Valle del Cauca	Tuluá	12 697	12 697	580	1 003
Cundinamarca	Madrid	14 289	14 289	820	971
Cesar	Aguachica	11 621	11 621	850	795
Casanare	Yopal	14 364	14 364	749	793
Cauca	Santander De Quilichao	10 693	10 693	790	757
Huila	Pitalito	12 753	12 753	611	753
Santander	Piedecuesta	10 166	10 166	270	631
Atlántico	Malambo	7 786	7 786	352	534
Cundinamarca	Mosquera	7 933	7 933	318	464
Santander	Girón	8 048	8 048	244	441
Norte Santander	Villa Del Rosario	6 047	6 047	354	410
Cauca	Guapi	4 902	4 902	184	318
Nariño	La Florida	745	745	60	69

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (47 a 50 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años 8representaron el 26,8 % (136 600) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 16,4 % (83 683). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 11,3 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,5 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas 16 a la 50 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 50 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

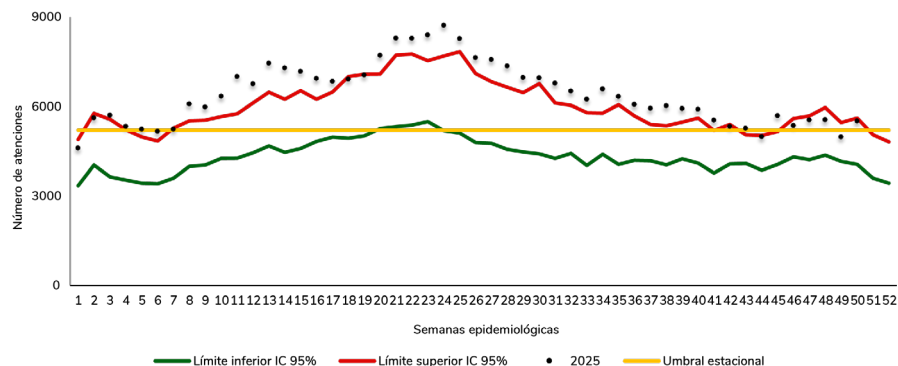
En la semana epidemiológica 50 del 2025 se notificaron 5 517 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Chocó, Guainía y Norte de Santander e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Córdoba, Meta, Santa Marta D.T, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (47 a 50 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 324) representaron el 29,2 %, seguido de los menores de un año con el 18,0 % (3 889). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se

presentó en el grupo de los niños de un año con 25,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,4 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, se evidenció que las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior durante la mayoría de las semanas epidemiológicas, con excepción de las semanas 18 y 19. A partir de la semana 25 y hasta la semana 50 se observó una disminución ubicándose por debajo o sobre el límite superior; no obstante, en la semana 45 se identificó nuevamente una tendencia al incremento, superando el límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 50 del 2025

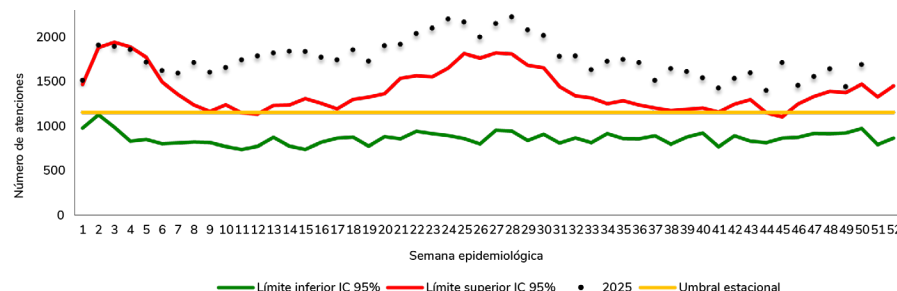


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 50 del 2025, se notificaron 1 689 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 50 se ubicó por encima del límite superior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológica 01 a 50 del 2025



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

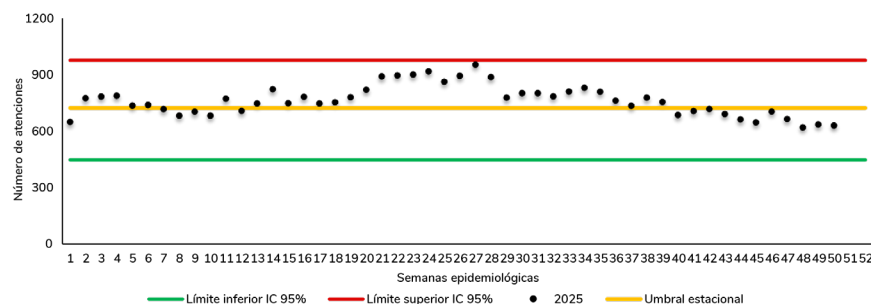
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 50 del 2025 se notificaron 630 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Caldas, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Huila, Quindío, Tolima y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Caquetá y Guaviare. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (47 a 50 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,0 % (918), seguido de los menores de un año con el 22,3 % (602) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los menores de dos a cuatro años con el 19,6, seguido de los niños de un año con el 19,6 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, (alcanzando el límite superior en semana 28), seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 a 50 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 50 del 2025

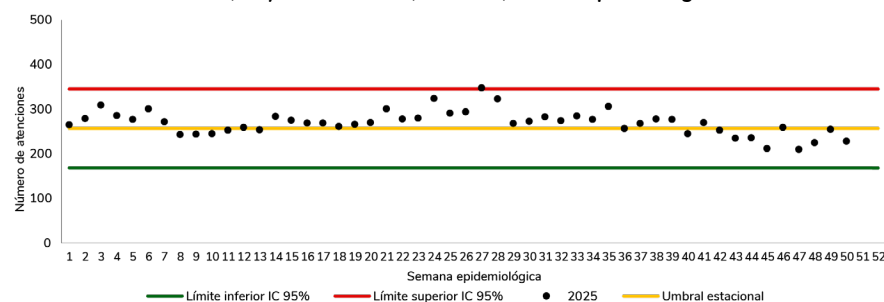


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 50 del 2025, se notificaron 228 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana que se ubica por debajo del umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 50 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 47 a 50 del 2025 se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en hospitalizaciones en sala general y una variación negativa en las atenciones en consulta externa, urgencias y hospitalizaciones en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo

anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM para semana 50 se encontraron dentro de los límites esperado; no obstante, el servicio de hospitalización en sala general se ubicó por encima del límite superior del canal endémico.

El comportamiento observado en las atenciones por IRA se encuentra estrechamente relacionado con factores ambientales y climáticos que influyen en la estacionalidad y la transmisión de los virus respiratorios, por lo cual resulta pertinente analizarlo en el contexto de las condiciones climáticas actuales del territorio nacional. Según el IDEAM, diciembre es un mes de transición climática, con disminución gradual de las lluvias en la región Andina y parte del Caribe; sin embargo, se mantienen condiciones de alta humedad en la región Pacífica y un aumento progresivo de las precipitaciones en la Amazonía, lo que favorece la circulación de virus respiratorios¹.

Este escenario climático adquiere especial relevancia en el contexto de la alerta epidemiológica emitida por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la cual advierte un aumento de la actividad de influenza estacional a nivel global hacia la semana epidemiológica 45 del 2025, con predominio de influenza tipo A, situación que podría incrementar la demanda de servicios hospitalarios, particularmente en los servicios de hospitalización en sala general y UCI/UCIM².

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y considerando la estacionalidad del evento, así como el desarrollo del segundo pico respiratorio se insta a las entidades territoriales a:

- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.

¹Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática y recomendación sectorial: diciembre 2025 – febrero 2026. Publicación N.º 370. Bogotá, D.C.: IDEAM; 2025.

²Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de la temporada 2025 del hemisferio sur e inicio de la temporada 2025-2026 del hemisferio norte. Washington, D.C.: OPS/OMS; 4 de diciembre de 2025.

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento o tendencia al alza en todas las subregiones excepto la Región Andina. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Recientemente a nivel global, se evalúa el drift antigénico que se evidenció en la cepa A(H3N2) con la aparición temprana de la temporada de gripe en el hemisferio norte. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Centroamérica y el Norte de América con tendencia al alza. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un descenso en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, la positividad para virus influenza se ha mantenido en promedio cercano al 10,0 % durante el año, con fluctuaciones semanales y mayor intensidad durante las primeras seis semanas epidemiológicas. En cuanto a los subtipos, se observa circulación concurrente de A(H1N1) y A(H3N2), con predominio de A(H1N1) durante el segundo semestre de 2025. En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 50, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento en la circulación de influenza A, VSR y parainfluenza y una disminución en rinovirus y adenovirus, mientras que los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables.

Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 43 a 50 del 2025

Agente viral identificado	SE 43 a SE 46			SE 47 a SE 50			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	53,5	62,8	34,4	54,1	59,8	45,0	
Rinovirus	22,5	23,6	18,8	15,2	15,6	7,4	
VSR	17,8	24,1	3,1	22,3	30,3	3,7	
Enterovirus	9,1	8,0	3,1	8,1	6,6	11,1	
Adenovirus	11,2	14,9	3,1	6,1	6,6	-	
Influenza B	-	-	-	0,5	-	-	
Influenza A	6,5	-	25,0	11,7	4,1	37,0	
Parainfluenza	7,6	8,6	3,1	14,2	18,0	14,8	
Metapneumovirus	8,0	8,0	12,5	6,1	7,4	7,4	
A(H1N1)pdm09	8,7	4,6	21,9	6,1	1,6	11,1	
SARS-CoV2	4,0	4,0	6,3	2,5	2,5	7,4	
A(H3N2)	1,1	-	3,1	2,5	2,5	-	
Coronavirus	3,2	4,0	-	4,6	4,9	-	

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

COVID-19

Metodología

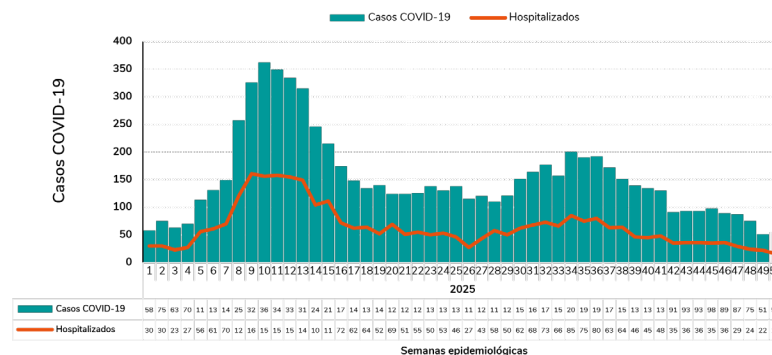
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 50 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 13 de diciembre de 2025 (semana epidemiológica 50) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 7 593 casos de COVID-19 (7 570 de procedencia Colombia y 23 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (47 a 50 del 2025), se ha observado una disminución del 28,1 %, con 268 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 43 a 46 del 2025), en el cual se reportaron 373 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 36,4 %, pasando de 143 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 91 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 50 *SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 47-50), se registró una incidencia de 0,50 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 25 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 83 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 43-46), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel municipal en Florencia (Caquetá), Mosquera (Cundinamarca) y Roldanillo (Valle del Cauca).

Durante 2025, en Colombia se han notificado 137 fallecimientos asociados a COVID-19 (134 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,25 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En el periodo observado (semanas epidemiológicas 47-50) se registraron dos fallecimientos, uno en Armenia (Quindío) y otro en Bogotá D. C. El 70,4 % de los casos (96 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 50 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 50 del 2025 se notificaron 2 451 casos de dengue: 1 714 casos de esta semana y 737 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 121 170 casos, 75 195 (62,1 %) sin signos de alarma, 44 794 (37,0 %) con signos de alarma y 1 181 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,8 % (69 896) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Atlántico y Valle del Cauca (tabla 15); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 46 a 49 del 2025) el 66,0 % (5 547) de los casos se concentran en Cartagena de Indias D. T., Norte de Santander, Santander, Santa Marta D. T., Meta, Cesar, Barranquilla D. E., Atlántico, Bolívar y Antioquia.

Tabla 15. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025.

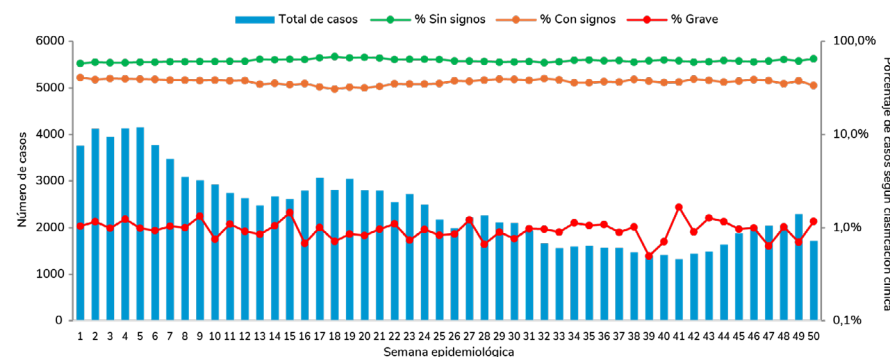
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 42-45 de 2025)	Observado (SE 46-49 de 2025)
Santander	10 849	33,0	0,6	585	579
Córdoba	10 302	37,3	0,3	352	277
Meta	10 135	33,3	1,1	397	531
Norte de Santander	8 599	40,6	1,3	545	601
Antioquia	8 294	34,6	0,8	369	405
Cartagena de Indias D. T.	6 843	23,5	1,1	556	944
Tolima	5 759	32,7	1,0	298	341
Atlántico	4 653	44,9	1,5	394	475
Valle del Cauca	4 462	26,0	0,5	242	269
Bolívar	4 367	38,6	0,8	366	413
Cesar	3 954	55,3	1,6	410	524
Cundinamarca	3 732	39,9	0,6	83	128
Sucre	3 674	57,1	0,8	118	132
Barranquilla D. E.	3 523	37,8	1,3	265	517
Santiago de Cali D. E.	3 290	34,7	0,7	171	174
Huila	3 242	35,4	3,1	61	144
La Guajira	3 164	58,4	1,5	203	322
Putumayo	2 981	28,0	0,7	47	107
Arauca	2 547	32,2	0,9	92	89
Caquetá	2 289	39,8	1,2	22	27
Magdalena	2 273	57,3	0,9	191	326
Casanare	1 523	31,3	0,4	46	41
Santa Marta D. T.	1 403	49,4	0,9	212	558
Chocó	1 194	17,6	1,0	126	68
Nariño	1 157	33,6	1,3	66	60
Guaviare	1 092	21,0	0,5	14	99
Risaralda	1 085	35,0	1,4	32	20
Cauca	1 014	37,5	1,5	12	24
Quindío	942	28,3	0,3	36	74
Vichada	730	31,2	0,5	17	10
Boyacá	693	45,5	0,1	14	25
Amazonas	405	27,7	0,2	42	31
Caldas	336	47,3	0,3	12	14
Exterior	293	49,8	5,1	18	13
Buenaventura D. E.	205	35,1	2,0	14	8
Vaupés	68	13,2	1,5	7	19
Archipiélago de San Andrés y Providencia	54	40,7	0,0	1	3
Guainía	44	34,1	0,0	2	16
Colombia	121 170	37,0	1,0	6 438	8 408

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 46 a 49 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 42 a 45 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla D. E., Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., y Vaupés; Buenaventura, Chocó, Risaralda y Vichada presentan una tendencia a al descenso; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 15).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 13); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 46 a 49 del 2025) fueron: Caquetá, Cesar, Magdalena, Sucre y La Guajira.

Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 50 del 2025.

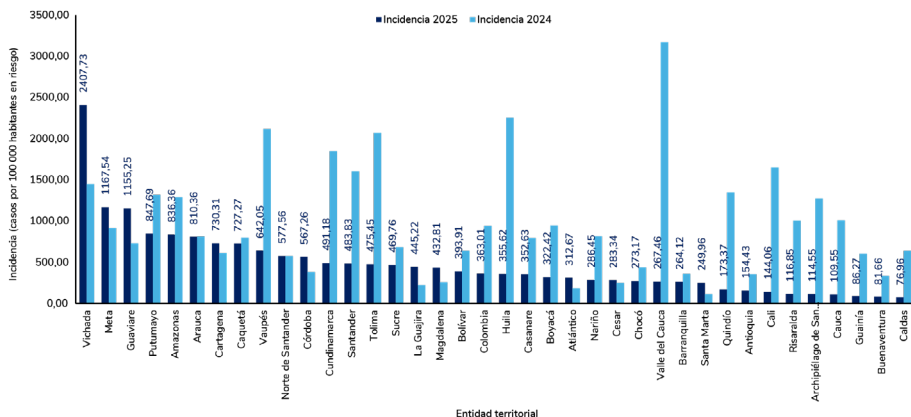


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 50 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 363,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 944,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Meta y Guaviare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 50 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor

incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 692,3 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2024-2025.



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

En la semana epidemiológica 50 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 30,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 46 a 49 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 42 a 45 del 2025) (figura 15).

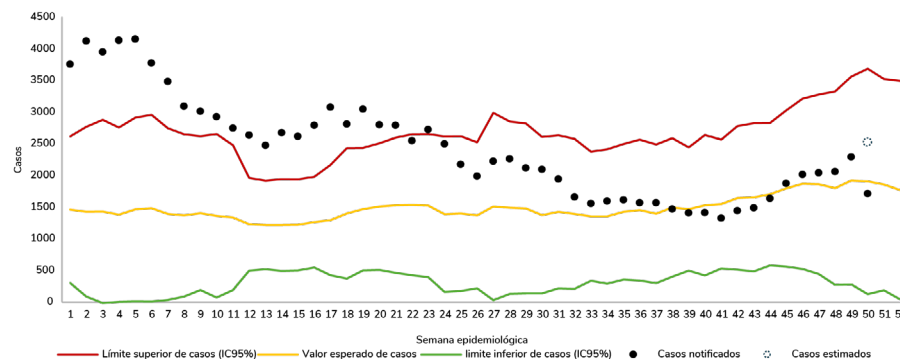
De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 40,5 % (15) se encuentra dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 19,0 % (7) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 16).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 50 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 9,3 % (77) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 15,7 % (9/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 17).

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

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

Figura 15. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 50 del 2025.



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

Tabla 16. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 50, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de diciembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cesar	Magdalena, Santa Marta D.T., Vaupés	Guainía, Guaviare, Vichada
Alerta	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T.	Antioquia, Chocó, Quindío, La Guajira, Nariño, Norte de Santander y Santander	Amazonas, Arauca, Boyacá, Meta, Putumayo
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima, Risaralda Sucre y Valle del Cauca	Caquetá, Casanare, Cauca, Santiago de Cali D. E. y Huila.

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

Tabla 17. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 41-45, 2025)	Observado (SE 46-49, 2025)
Antioquia	Bello	22,6	125	6	8
	Envigado	55,0	133	4	6
	Itagui	20,7	57	5	3
Atlántico	Sabanalarga	405,6	418	57	47
Cesar	Valledupar	194,4	1 073	120	180
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	254,0	1 403	212	558
Magdalena	Ciénaga	177,3	226	16	52
Meta	Villavicencio	1035,3	5 279	254	364
Arauca	Arauca	264,0	265	23	16

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

A semana epidemiológica 50 del 2025, se han notificado 384 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 114 casos, se descartaron 229 casos y se encuentran en estudio 41 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,09 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 278 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 18).

Tabla 18. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 50, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 50, 2025	Letalidad por dengue a SE 50, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	4	0	0,37	0,13
La Guajira	10	2	0,32	0,06
Cauca	3	0	0,30	0,09
Vichada	2	0	0,27	0,23
Putumayo	5	0	0,17	0,26
Huila	5	2	0,15	0,02
Santa Marta D. T.	2	3	0,14	0,16
Magdalena	3	3	0,13	0,00
Barranquilla D. E.	4	2	0,11	0,02
Antioquia	9	5	0,11	0,12
Quindío	1	1	0,11	0,11
Cesar	4	1	0,10	0,23
Meta	10	0	0,10	0,09
Santander	10	4	0,09	0,09
Bolívar	4	2	0,09	0,13
Guaviare	1	0	0,09	2,75
Cartagena de Indias D. T.	6	0	0,09	0,12
Chocó	1	1	0,08	0,10
Sucre	3	3	0,08	0,13
Arauca	2	1	0,08	0,20
Norte de Santander	6	3	0,07	0,12
Córdoba	7	1	0,07	0,01
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,06	0,06
Cundinamarca	2	1	0,05	0,06
Atlántico	2	0	0,04	0,07
Tolima	2	5	0,03	0,09
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,37	1,01
Colombia	110	41	0,09	0,09

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 50 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

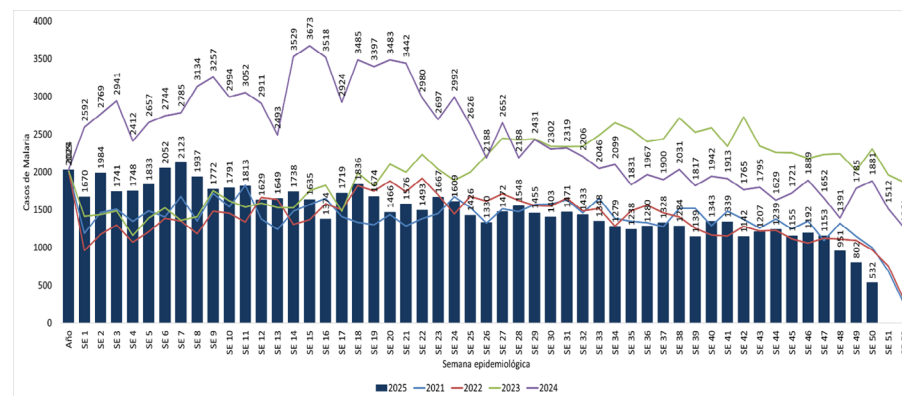
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n.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

Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuantiles: 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/buscar-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

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

Figura 16. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 50 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 50 del 2025 se notificaron 1 152 casos de malaria, para un acumulado de 74 018 casos, de los cuales 72 725 son de malaria no complicada y 1 293 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 69,0 % (51 018), seguido de *Plasmodium falciparum* con 29,8 % (22 047) e infección mixta con 1,2 % (890). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,5 %), Antioquia (15,0 %), Nariño (12,1 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (5,9 %), Amazonas (5,1 %), Risaralda (4,5 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Guainía (2,6 %), Vichada (2,5 %), Bolívar (2,2 %) y Guaviare (1,6 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 43 a 46	Casos 2025 SE 47 a 50	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 584	148	87	147,52
Córdoba	Tierralta	3 548	242	197	35,55
Risaralda	Pueblo Rico	2 969	305	134	176,84
Chocó	Quibdó	2 898	119	89	20,04
Antioquia	El Bagre	2 292	197	156	40,71
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 925	124	74	5,94
Chocó	Lloró	1 884	112	64	177,55
Chocó	Bagadó	1 780	178	156	150,30
Guainía	Inírida	1 701	215	173	44,86
Nariño	El Charco	1 685	29	49	72,48
Nariño	Roberto Payán	1 683	46	32	126,28
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 609	89	82	367,77
Chocó	Bajo Baudó	1 562	75	68	46,04
Chocó	Tadó	1 507	97	38	74,77
Nariño	Olaya Herrera	1 441	51	40	54,44
Chocó	Alto Baudó	1 331	88	64	42,57
Vichada	Cumaribo	1 300	58	20	14,94
Chocó	Istmina	1 287	83	55	38,06
Nariño	Magüí	1 245	30	11	4,66
Córdoba	Puerto Libertador	1 192	59	41	26,25
Chocó	Medio San Juan	1 181	74	47	100,39
Cauca	Timbiquí	1 047	77	28	37,25
Bolívar	Montecristo	934	53	57	50,84
Boyacá	Cubará	929	14	18	109,05
Cauca	Guapi	923	47	25	31,25
Nariño	Barbacoas	898	31	25	15,32
Antioquia	Nechí	896	22	29	32,11
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	862	29	9	3,23
Chocó	El Cantón del San Pablo	845	35	17	122,36
Amazonas	La Pedrera (CD)	810	318	161	190,41
Antioquia	Turbo	809	48	37	6,01
Chocó	Carmen del Darién	782	40	21	35,30
Antioquia	Chigorodó	778	44	21	12,50
Antioquia	Segovia	697	31	42	17,03
Antioquia	Cáceres	622	20	47	19,96

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 71,7 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 46,9 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Inírida, Quibdó, Tarapacá (CD), Puerto Libertador, Lloró, Cumaribo, Alto Baudó y La Pedrera (CD) y en incremento los municipios de Cubará y Montecristo (tabla 20). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Magüí, Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Istmina y Tierralta y en incremento el municipio de El Charco y Barbacoas como se muestra en la tabla 21.

Tabla 20. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 43 a 46 de 2025	Casos SE 47 a 50 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	147	85	-42 %	6,9 %
Córdoba	Tierralta	210	166	-21 %	6,0 %
Risaralda	Pueblo Rico	257	117	-54 %	5,2 %
Antioquia	El Bagre	173	129	-25 %	3,7 %
Guainía	Inírida	195	162	-17 %	3,3 %
Chocó	Quibdó	58	48	-17 %	3,1 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	76	68	-11 %	2,6 %
Chocó	Bagadó	121	100	-17 %	2,4 %
Córdoba	Puerto Libertador	54	41	-24 %	2,2 %
Chocó	Lloró	64	40	-38 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	57	18	-68 %	2,1 %
Boyacá	Cubará	14	18	29 %	1,9 %
Chocó	Alto Baudó	58	37	-36 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	52	56	8 %	1,7 %
Amazonas	La Pedrera (CD)	316	160	-49 %	1,6 %

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

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 50 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 43 a 46 de 2025	Casos SE 47 a 50 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	22	44	100 %	7,2 %
Chocó	Quibdó	59	40	-32 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	67	36	-46 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	76	28	-63 %	5,0 %
Nariño	Roberto Payán	11	11	0 %	4,6 %
Nariño	Magüi	17	6	-65 %	4,1 %
Cauca	Guapi	45	23	-49 %	3,9 %
Chocó	Tadó	56	16	-71 %	3,7 %
Chocó	Bajo Baudó	33	33	0 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	25	17	-32 %	3,5 %
Chocó	Lloró	44	16	-64 %	3,2 %
Chocó	Istmina	30	25	-17 %	2,9 %
Chocó	Bagadó	53	50	-6 %	2,7 %
Nariño	Barbacoas	7	10	43 %	2,6 %
Córdoba	Tierralta	32	30	-6 %	2,6 %

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

Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 50 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 6 departamentos en situación de incremento y 7 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 25 municipios en incremento y 72 municipios en decremento (tabla 22)

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 50 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 50 2024	SE 50 2024	Acumulado a SE 50 2025	SE 50 2025	Esperado	Observado
Bolívar	Montecristo	5	1 179	9	979	12	50	57
Antioquia	Frontino	4	722	1	286	1	14	21
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	690	13	1 628	18	56	82
Antioquia	Cáceres	4	512	7	650	13	26	47
Nariño	Santa Bárbara	5	499	2	309	3	15	20
Nariño	El Charco	5	432	11	1 720	8	44	49
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	7	257	2	5	22
Antioquia	San Pedro de Urabá	4	309	7	276	4	15	32
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	223	0	835	16	53	161
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	3	214	6	13	22
Meta	Puerto Gaitán	4	124	1	600	25	9	139
Caquetá	Florencia	4	122	1	289	2	5	17
Vaupés	Taraira	5	103	2	281	4	12	23
Vichada	Puerto Carreño	4	96	0	535	10	12	85
Meta	Puerto Concordia	4	41	0	86	3	1	7
Risaralda	La Virginia	4	40	0	129	2	2	10
Guainía	San Felipe (CD)	4	26	0	20	3	2	4
Antioquia	Yondó	4	24	3	72	2	3	11
Antioquia	Puerto Berrío	4	20	1	18	0	1	3
Arauca	Tame	4	11	0	25	2	1	3
Arauca	Fortul	4	10	0	59	1	1	3
Putumayo	Puerto Leguizamó	4	9	1	59	2	1	6
Meta	Puerto López	4	7	0	194	0	1	3
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	5	0	65	0	4	12
Córdoba	Sahagún	4	1	0	7	0	0	2

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 50 del 2025, se han notificado 19 741 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 19 596 corresponden a residentes en Colombia y 145 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (51 del 2024 a 50 del 2025) es de 0,56 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 147 municipios a nivel nacional (13,1 %) y de disminución en 36 municipios (3,2 %) (tabla 23).

El 81,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,0 % como desnutrición aguda severa. El 6,1 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

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

Para la semana epidemiológica 50 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Santa Marta D. T. y de disminución en Quindío, Guaviare y el Archipiélago de San Andrés y Providencia; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2020 a 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 20 municipios (tabla 24).

Tabla 23. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 50, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 50 de 2024	Casos a SE 50 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	23 485	19 596	0,56	13,1	3,2
La Guajira	2 800	1 718	1,63	20,0	0,0
Vichada	310	199	1,48	0,0	25,0
Chocó	1 035	789	1,43	22,6	6,5
Magdalena	694	739	0,91	37,9	0,0
Risaralda	433	437	0,80	28,6	7,1
Cesar	886	848	0,73	12,0	4,0
Amazonas	70	65	0,70	9,1	0,0
Guaviare	92	64	0,70	0,0	25,0
Cartagena de Indias D. T.	424	493	0,68	0,0	0,0
Casanare	288	231	0,64	0,0	10,5
Arauca	349	159	0,61	0,0	28,6
Antioquia	2 730	2 478	0,61	27,2	1,6
Bolívar	641	594	0,61	22,2	2,2
Boyacá	497	480	0,59	5,7	0,0
Guainía	53	40	0,57	11,1	11,1
Nariño	867	642	0,57	10,9	1,6
Bogotá D.C.	2 984	2 406	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	644	668	0,54	10,0	0,0
Putumayo	184	164	0,54	0,0	0,0
Vaupés	57	35	0,53	16,7	16,7
Sucre	286	378	0,52	38,5	3,8
Buenaventura D. E.	230	166	0,50	0,0	0,0
Cundinamarca	1 361	1 105	0,48	5,2	1,7
Huila	528	442	0,47	8,1	0,0
Santa Marta D. T.	134	176	0,47	100,0	0,0
Valle del Cauca	583	594	0,46	27,5	0,0
Meta	520	363	0,46	10,3	6,9
Tolima	460	326	0,42	8,5	2,1
Santiago de Cali D. E.	554	512	0,39	0,0	0,0
Barranquilla D. E.	253	316	0,38	0,0	0,0
Caquetá	190	130	0,37	0,0	6,3
Córdoba	599	488	0,34	13,3	3,3
Santander	623	457	0,33	6,9	3,4
Caldas	251	181	0,32	3,7	0,0
Atlántico	463	329	0,30	0,0	22,7
Cauca	317	304	0,28	9,5	7,1
Quindío	85	76	0,26	8,3	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	4	0,10	0,0	50,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 51 de 2024 a SE 50 de 2025.

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

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

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

Tabla 24. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, Semana Epidemiológica 50 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	54	126
Tolima	Ibagué	65	98
Sucre	Sincelejo	41	89
Boyacá	Sogamoso	36	65
Antioquia	Rionegro	34	48
Arauca	Arauca	84	48
Huila	Pitalito	32	45
Cauca	Popayán	31	40
Norte de Santander	Ocaña	40	40
Valle del Cauca	Yumbo	38	40
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	19	40
Cundinamarca	Chía	27	39
Santander	Piedecuesta	43	38
Cesar	Aguachica	26	35
Antioquia	Envigado	15	29
Atlántico	Sabanalarga	41	28
Cundinamarca	Girardot	49	25
Atlántico	Malambo	37	24
Bolívar	Turbaco	14	23
Santander	Floridablanca	31	19

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

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

Tos ferina

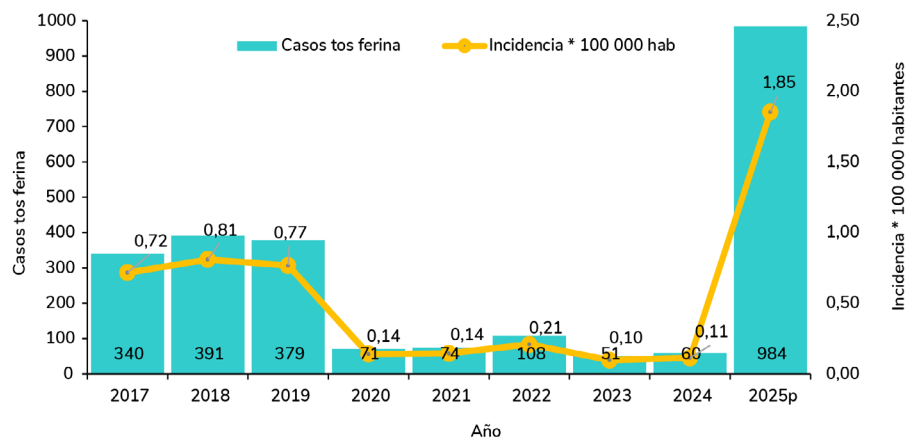
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a Semana Epidemiológica 49 del 2025

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

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 49), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 6 923 casos de tos ferina. De estos, el 14,4 % (997 casos) fueron confirmados (984 con procedencia nacional y 12 importados), el 81,7 % (5 656 casos) fueron descartados y el 3,9 % (271 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,85 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 al 2024, cuando la incidencia no superó los 0,77 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina en Colombia, a SE 49, 2017 - 2025.

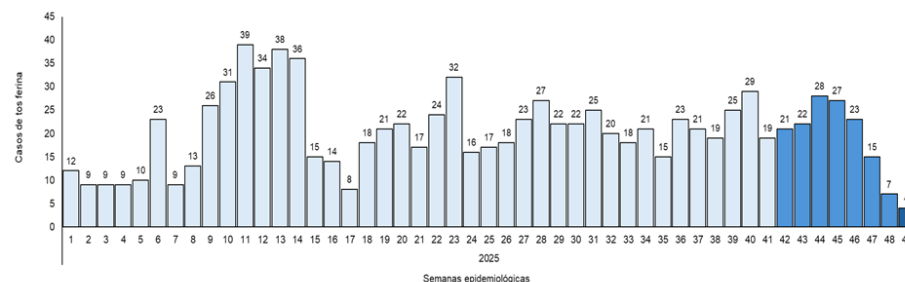


Fuente: Sivigila 2017 a 2025p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 18 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante el 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 49). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (39 casos). Posteriormente, los casos disminuyen, aunque se presentan repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (29 casos) y 44 (28 casos). En las últimas ocho semanas epidemiológicas se observa una tendencia descendente, con una disminución del 50,0 %, al pasar de 98 casos (semanas epidemiológicas 42 a 45) a 49 casos (semanas epidemiológicas 46 a 49). Esta información está sujeta a cambios.

Figura 18. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 49, de 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D.C. con 295 casos y una incidencia de 3,71 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 243 casos (3,51), Cundinamarca con 71 casos (2,01) y Cartagena de Indias con 35 casos (3,46).

La tabla 25 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 25. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la Semana Epidemiológica 49, (2019 al 2025p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	0,71	0,13	0,14	0,21	0,10	0,11	1,85		984
Bogotá D. C.	0,96	0,09	0,01	0,06	0,04	0,13	3,71		295
Antioquia	0,95	0,20	0,30	0,18	0,09	0,13	3,51		243
Cundinamarca	0,52	0,16	0,06	0,00	0,12	0,34	2,01		71
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,46		35
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,71		34
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,66		28
Santiago de Cali	0,45	0,31	0,04	0,00	0,18	0,13	1,14		26
Huila	0,90	0,35	0,09	0,00	0,08	0,42	2,07		25
Risaralda	0,94	0,10	0,00	0,62	0,00	0,10	2,09		21
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	3,03		18
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,08	0,00	0,00	1,30		16
Meta	0,38	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,30		15
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	1,16		15
Cesar	0,64	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	1,02		15
Valle del Cauca	0,26	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,71		15
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,10	0,00	0,00	1,31		14
Atlántico	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82		13
Santander	0,45	0,13	0,87	0,04	0,04	0,04	0,46		11
Barranquilla	0,32	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	0,78		10
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,06	0,53		9
Cauca	0,54	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,08		6
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,62		6
Tolima	0,15	0,07	0,15	0,07	0,36	0,14	0,43		6
Norte de Santander	1,15	0,12	0,00	0,00	0,41	0,06	0,35		6
Santa Marta	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,86		5
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,48		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80		3
Arauca	1,07	0,34	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Caquetá	2,95	0,73	0,00	0,00	0,47	0,93	0,47		2
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
Putumayo	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,09 casos por cada 100 000 habitantes (49 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (46 - 49) en Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Caldas, Córdoba y Nariño (tabla 26).

Tabla 26. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (42 a 49) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 42-45)	Casos PE actual (SE 46-49)	Incidencia PE anterior (SE 42-45)	Incidencia PE actual (SE 46-49)	Tendencia
Colombia	97	49	0,18	0,09	
Atlántico	1	2	0,06	0,13	
Cartagena de Indias D. T.	6	7	0,59	0,69	
Caldas	1	2	0,09	0,19	
Córdoba	7	9	0,35	0,45	
Nariño	0	1	0,00	0,06	
Antioquia	18	11	0,18	0,09	
Barranquilla D. E.	2	1	0,16	0,08	
Bogotá D. C.	21	4	0,26	0,05	
Boyacá	3	1	0,23	0,08	
Cundinamarca	8	3	0,23	0,08	
Chocó	2	0	0,34	0,00	
Huila	2	0	0,17	0,00	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Norte de Santander	3	0	0,18	0,00	
Risaralda	2	1	0,20	0,10	
Santander	2	1	0,08	0,04	
Tolima	3	0	0,22	0,00	
Valle del Cauca	4	0	0,19	0,00	
Santiago de Cali	6	2	0,26	0,09	
Amazonas	1	0	1,18	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 49 del 2025

Durante 2025 se confirmaron 123 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 28 municipios de 13 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Tierralta (Córdoba) con 16 casos y Bagadó (Chocó) con 15 casos.

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

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios Bagadó (Chocó), Tierralta (Córdoba), Dabeiba, Medellín y Chigorodó (Antioquia) (tabla 27).

Tabla 27. Departamentos con brotes de tos ferina en población indígena en seguimiento, Colombia, hasta la semana epidemiológica 49 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		123	8		
Córdoba	Tierralta	16	2	25/11/2025	06/01/2026
Antioquia	Medellín D.E	1		22/11/2025	03/01/2026
	Dabeiba	6	0	17/11/2025	29/12/2025
	Chigorodó	4		12/11/2025	24/12/2025
Chocó	Bagadó	15	2	06/11/2025	18/12/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, diciembre 16 del 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 138 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 casos y Estado Amazonas 1 caso), con 55* defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), con una letalidad acumulada preliminar del 40 % (55/138) **. Se han descartado 2 082 casos.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, que corresponde a una letalidad del 56,5 %.

En lo corrido del 2025, se han confirmados 115 casos de fiebre amarilla, de los cuales 42 mortalidades confirmadas como causa de muerte por fiebre amarilla, 5 con causa de fallecimiento diferente a fiebre amarilla, con una letalidad del 36,5% (42/115) **.

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

- **Tolima (118 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (22), Prado (17), Chaparral (8), Rioblanco (8), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)

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

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

- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1).

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

La edad mediana de 46 años (edad mínima de 2 y máxima de 92 años), con predominio del sexo masculino (111 hombres y 27 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (30 casos) y los de 60 a 64 años (15 casos).

Se han confirmado 74 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 57 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (18), Ataco (10), Cunday (7), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (1); ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio. A la fecha, se lleva 1 día sin tener confirmación del virus en Primates No Humanos (PNH).

La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con respuesta municipio y departamento.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por licor adulterado con metanol, temporada 2025 – 2026, diciembre 16 del 2025 – 2:00 pm

A corte 16 de diciembre del 2025, se han notificado 547 casos de lesiones por pólvora pirotécnica en el territorio nacional, lo que representa un incremento del 13,5 % en comparación con el mismo periodo de la temporada 2024–2025. Del total de casos, el 34,5 % (n = 189) corresponde a menores de 18 años; de estos, 20 eventos ocurrieron en presencia de un adulto bajo los efectos del alcohol. A la fecha, no se han notificado fallecimientos asociados a este evento.

Las entidades territoriales con mayor número de casos notificados son Antioquia (70), Bogotá D. C. (48), Cauca (38), Cundinamarca (29), Norte de Santander (29), Atlántico (24), Barranquilla D. E. y Valle del Cauca (23 cada uno), Santiago de Cali D. E. y Córdoba (20 cada uno), Caldas y Nariño (19 cada uno), y Boyacá, Magdalena y Santander (18 cada uno).

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

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

El tipo de lesión más frecuente corresponde a quemaduras (87,4 %), seguido de laceraciones (53,6 %) y contusiones (18,3 %). Los artefactos pirotécnicos principalmente asociados a las lesiones son los tótes (31,9 %), seguidos de otros artefactos (19,2 %) y voladores (17,4 %).

En relación con las intoxicaciones por fósforo blanco, se han notificado cuatro (4) casos, todos en menores de cinco años. No se han registrado fallecimientos; sin embargo, tres (3) casos permanecen hospitalizados, correspondientes a menores procedentes de Barranquilla D. E. (1), Santander (1) y Magdalena (1).

Respecto a las intoxicaciones por licor adulterado con metanol, no se han notificado casos a la fecha.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Seguimiento y valoración del riesgo – Volcán Puracé, diciembre 17 del 2025

Durante la semana epidemiológica 50, se mantuvo la actividad sísmica asociada al movimiento de fluidos al interior del volcán Puracé, correspondiente a eventos tipo largo periodo (LP), pulsos de tremor (TR) y tremor continuo, localizados principalmente bajo el cráter a profundidades menores de 2 km. Adicionalmente, se han registrado eventos de fracturamiento de roca de baja magnitud en un radio inferior a 1,5 km alrededor del cráter.

Se mantiene la actividad sísmica asociada al movimiento de fluidos al interior del volcán Puracé, con eventos tipo largo periodo, pulsos de tremor y tremor continuo superficial. Se han registrado seis emisiones de ceniza con columnas de hasta 1 500 metros, acompañadas de altos niveles de dióxido de azufre (SO₂). Se siguen registrando temperaturas altas similares a los últimos días al interior del cráter. Se ha reportado caída de ceniza fina y percepción de olores a azufre en zonas rurales y urbanas del departamento del Cauca, con potencial riesgo de irritación respiratoria, ocular y cutánea. Las autoridades recomiendan el uso de protección respiratoria y ocular.

Actualmente el departamento cuenta con cuatro alojamientos temporales de emergencia (ATE) habilitados en Puracé; sin embargo, no se cuenta con información sobre personas evacuadas y ubicadas en estos. Se ha activado la vigilancia basada en comunidad (VBC) en los municipios con riesgo ante la posible erupción del volcán Puracé, tanto a nivel comunitario como al interior de los ATE que sean activados. Las acciones establecidas corresponden al reporte de cambios ambientales relevantes, la identificación de signos y síntomas asociados a variaciones en el entorno o en las condiciones de salud de las poblaciones cercanas al volcán. Seguimiento de EISP priorizados a SE 49: IRA (consulta

externa y urgencias): aumento en Puracé; IRA (UCI y hospitalizaciones) y EDA: aumento en Popayán.

El volcán se mantiene en alerta naranja, con Puesto de Mando Unificado (PMU) activo. Valoración del riesgo en salud pública: Bajo (verde). Situación en seguimiento por GFRA-INS en conjunto con la entidad territorial.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud de Cauca, Servicio Geológico Colombiano (SGC), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana.

Focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves, en Sucre. Diciembre 02 al 12 del 2025

Se notifican cuatro focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves domésticas de traspaso en el departamento de Sucre, distribuidos en el municipio de Guaranda, vereda Las Mercedes (tres focos), y en el municipio de Majagual, vereda El Corozal (un foco).

El evento involucra una población aviar susceptible distribuida de la siguiente manera: en Guaranda se reportan 100 aves susceptibles, de las cuales ocho presentaron sintomatología clínica y se registraron dos mortalidades; mientras que en Majagual se identificaron 197 aves susceptibles, con 157 animales sintomáticos y 135 mortalidades asociadas. A la fecha, no se ha evidenciado afectación en fauna silvestre.

Desde el 02 de diciembre de 2025, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) adelanta de manera continua las labores de despoblamiento sanitario en los predios afectados, conforme a los protocolos establecidos. Se mantiene articulación interinstitucional activa con CORPOMOJANA y CARSUCRE para el abordaje integral del evento.

En relación con la población humana potencialmente expuesta, se reporta la residencia de 10 adultos en los predios donde se ubican los focos; adicionalmente, se encuentra en proceso de verificación el censo poblacional las familias vecinas. Como acciones permanentes, se continúa con la ejecución del protocolo de desinfección por parte del ICA, la intensificación de la vigilancia epidemiológica en humanos, mediante rastreo clínico y búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en un radio perifocal de 1 km, así como la vacunación continua de grupos poblacionales de riesgo y del personal involucrado en las actividades de despoblamiento.

La situación permanece activa y en monitoreo epidemiológico constante.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

ALERTAS INTERNACIONALES

Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1), consideraciones para la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: diciembre 11 del 2025.

Los virus A(H3N2) del subclado K han derivado genéticamente de los virus J.2.4 relacionados. Hasta la fecha, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica, en términos de hospitalización, ingresos a cuidados intensivos, o defunciones. Sin embargo, las temporadas dominadas por el subtipo A(H3N2) suelen asociarse con mayor gravedad, especialmente entre las personas mayores.

Hasta la fecha de publicación de la nota informativa, no se habían detectado casos en América del sur. En los Estados Unidos de América y Canadá se registró una mayor circulación del subtipo A(H3N2), con un aumento progresivo de las detecciones del subclado K de influenza A(H3N2).

A pesar de las diferencias antigénicas observadas en el subclado K de A(H3N2), los datos preliminares de efectividad vacunal muestran que la protección contra hospitalizaciones se mantiene en niveles similares a temporadas previas (≈70–75 % en niños y 30–40 % en adultos).

La OPS refuerza la importancia de vigilar estrechamente la evolución del virus (vigilancia genómica), mantener una alta cobertura de vacunación, tratar oportunamente los casos y asegurar la preparación ante una posible actividad temprana o más intensa durante la temporada 2025-26.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Nota informativa: Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1), consideraciones para la Región de las Américas. Fecha de publicación: 11 de diciembre del 2025. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-influenza-ah3n2-subclado-k-j241-consideraciones-para-region-america-11>

Coronavirus del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) – Multipaís. Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: diciembre 12 del 2025.

Desde enero hasta el 10 de diciembre de 2025, se han notificado 14 casos de MERS (incluidas tres muertes) con fecha de inicio de síntomas en 2025. De estos, 12 casos se han registrado en Arabia Saudita y dos en Francia.

Los reportados en Francia son importados y corresponden a personas formaban parte un mismo grupo de viaje que visitó la península arábiga. Hasta el momento no se han detectado casos secundarios. En la Unión Europea los

últimos casos reportados fueron en 2014.

Desde abril de 2012, y hasta el 10 de diciembre de 2025, las autoridades sanitarias de todo el mundo han notificado un total de 2 642 casos de MERS, incluyendo 958 fallecimientos. Se continúan notificando casos humanos de MERS en la península arábiga. No obstante, el número de nuevos casos detectados e informados a través de la vigilancia ha descendido a su nivel más bajo desde 2014.

La probabilidad de una transmisión sostenida de persona a persona entre la población general en Europa sigue siendo muy baja, y el impacto de la enfermedad en la población general se considera bajo. La situación actual del MERS representa un riesgo bajo para la UE/EEE (Unión Europea/Espacio Económico Europeo).

Fuente: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Communicable disease threats report, 6-12 December 2025, week 50. Fecha de publicación: 12 de diciembre de 2025. Fecha de consulta: 17



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
Semana Epidemiológica 50 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 50

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	60	1	0	499	32	37	405	30	31	112	15	8	1	0	1	0	0	0	2	0	0
Antioquia	593	16	13	20867	1391	1630	8294	224	405	2868	103	134	65	3	1	568	38	8	81	5	5
Arauca	116	1	3	900	60	68	2547	46	89	820	12	27	24	0	0	4	0	1	72	8	3
Atlántico	121	3	2	4279	272	297	4653	420	475	2091	234	225	70	10	6	4	0	2	12	1	5
Barranquilla D.E.	23	0	0	4661	251	380	3523	725	517	1333	345	203	45	13	8	24	1	1	27	2	3
Bogotá D.C.	2	0	0	24313	1795	1978	0	0	0	0	0	0	0	0	0	131	16	8	12	1	1
Bolívar	292	7	7	3127	204	225	4367	356	413	1686	189	148	34	7	5	3	0	0	4	0	0
Boyacá	75	1	1	7304	485	542	693	19	25	315	6	11	1	0	0	11	1	2	8	1	1
Buenaventura D.E.	25	0	0	129	11	8	205	26	8	72	10	2	4	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	78	2	2	4229	281	344	336	15	14	159	9	1	1	0	0	13	1	0	53	5	1
Santiago de Cali D.E.	6	1	0	5420	417	408	3290	659	174	1140	266	49	24	8	0	64	10	1	67	1	13
Caquetá	206	5	3	1244	91	97	2289	73	27	910	43	14	28	1	0	2	0	0	9	1	0
Cartagena de Indias D.T.	22	1	1	2099	132	189	6843	471	944	1606	217	217	73	10	7	7	0	0	0	0	0
Casanare	183	3	0	1960	118	174	1523	108	41	477	45	8	6	1	0	47	0	0	9	1	0
Cauca	102	4	1	6015	442	484	1014	81	24	380	36	7	15	1	0	29	1	0	9	1	0
Cesar	326	6	6	3266	191	250	3954	234	524	2187	150	263	63	4	8	8	1	1	32	2	2
Chocó	208	4	3	315	15	18	1194	55	68	210	14	18	12	0	1	3	0	0	53	2	0
Córdoba	299	7	5	5454	371	452	10302	386	277	3845	181	140	30	3	0	5	1	0	14	1	0
Cundinamarca	89	2	0	15710	1066	1281	3732	199	128	1489	98	42	24	1	1	22	2	1	19	1	0
Guainía	21	0	0	229	11	26	44	3	16	15	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	98	1	2	404	27	29	1092	29	99	229	7	22	6	0	0	1	0	0	2	0	0
Huila	157	2	3	7007	469	563	3242	323	144	1148	131	41	101	9	2	11	1	0	10	0	2
La Guajira	156	3	3	2379	154	158	3164	241	322	1847	174	204	47	5	4	6	0	0	11	0	0
Magdalena	161	6	6	2598	181	179	2273	113	326	1303	72	175	20	2	1	1	0	0	12	1	0
Meta	267	3	6	4653	303	380	10135	310	531	3371	128	160	115	3	4	116	2	1	14	0	2
Nariño	119	2	3	7937	536	681	1157	81	60	389	25	18	15	1	0	5	1	0	16	2	0
Norte de Santander	350	8	12	7101	445	549	8599	460	601	3488	253	236	111	6	7	31	8	1	27	6	0
Putumayo	152	2	4	1925	126	159	2981	74	107	834	27	20	22	1	0	0	0	0	5	1	0
Quindío	20	0	0	3169	223	248	942	33	74	267	12	30	3	0	0	30	2	0	5	0	1
Risaralda	63	0	1	4536	306	320	1085	25	20	380	14	4	15	0	0	10	3	2	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	432	30	32	54	13	3	22	7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Santa Marta D.T.	46	1	1	2350	118	155	1403	100	558	693	60	229	12	2	4	6	0	0	38	6	4
Santander	236	6	2	8256	543	649	10849	452	579	3585	211	226	66	4	3	87	2	0	18	1	2
Sucre	98	2	0	3045	204	244	3674	312	132	2099	173	76	30	5	5	2	0	0	3	0	0
Tolima	160	1	3	7696	497	593	5759	683	341	1882	324	104	56	5	1	8	0	1	37	3	3
Valle del Cauca	78	0	0	9504	619	765	4462	657	269	1159	253	65	22	4	0	23	3	0	47	2	3
Vaupés	56	2	2	300	12	20	68	5	19	9	1	0	1	0	0	13	0	0	4	0	1
Vichada	58	1	1	280	19	21	730	8	10	228	2	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	5.122	104	96	185.592	12.447	14.633	120.877	8.049	8.395	44.648	3.848	3.138	1.166	109	69	1.296	94	30	735	55	53

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 50

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	3849	141	296	6	1	1	7029	485	626	252	7	42	0	0	0	4602	313	219	19	17	19
Antioquia	11110	619	582	243	40	32	940156	82131	76691	44095	2691	2632	5036	808	544	360005	26323	28424	634	857	634
Arauca	656	7	14	15	1	3	26494	1899	1467	3692	90	201	107	5	19	7819	575	505	38	63	38
Atlántico	1	0	0	20	3	4	170888	10369	12642	3659	197	243	2279	192	374	71138	3577	4208	129	245	129
Barranquilla D.E.	0	0	0	36	6	5	242382	15303	18771	15175	394	1334	2006	194	253	88382	5214	6140	163	301	163
Bogotá D.C.	1	0	0	279	35	35	1804217	120994	122079	83736	4765	5425	9651	1409	1350	726283	46624	50368	645	848	645
Bolívar	1648	79	84	22	4	5	145464	10570	12477	3013	213	275	516	115	83	32035	2290	2547	160	223	160
Boyacá	946	0	19	41	3	6	144483	11030	8573	8185	417	537	520	94	71	49640	3226	3139	111	139	111
Buenaventura D.E.	2022	89	76	7	1	3	7813	968	1130	109	8	1	11	0	0	2766	387	217	72	82	72
Caldas	21	2	0	20	2	2	92648	7673	7750	3561	252	251	1293	125	179	27956	2253	2076	68	95	68
Santiago de Cali D.E.	5	2	0	110	13	22	267435	23626	22404	9389	575	346	645	72	75	99047	12472	6496	256	297	256
Caquetá	447	13	28	13	4	3	33994	2762	2284	2207	126	168	34	10	1	14427	1222	1273	53	64	53
Cartagena de Indias D.T.	7	0	1	30	4	9	214843	16004	14143	12916	374	958	1767	221	250	50877	3529	3726	165	258	165
Casanare	5	2	0	7	1	2	28550	1896	1578	584	48	30	58	13	12	10509	805	654	56	78	56
Cauca	2286	186	59	41	6	8	117631	8438	9846	3983	136	281	663	66	103	42658	4460	3137	163	253	163
Cesar	19	2	2	35	4	7	145048	9461	10754	7290	527	462	540	59	81	29057	2764	2317	190	271	190
Chocó	20962	1817	866	19	2	2	40824	1780	2552	2047	115	51	48	2	11	16524	741	1278	106	192	106
Córdoba	5879	701	311	37	6	6	219188	13127	14925	10351	457	840	1688	154	275	56267	3276	3129	245	399	245
Cundinamarca	2	0	1	84	11	9	410252	24284	27165	14981	799	1028	1614	269	203	156606	9571	10949	359	411	359
Gualinía	1912	218	189	0	0	0	2783	190	126	137	22	6	1	0	0	1669	91	140	15	18	15
Guaviare	1146	78	61	0	0	0	7210	477	391	410	32	40	42	9	0	3449	207	245	12	13	12
Huila	0	0	0	33	3	10	106993	9655	5005	5629	373	286	872	56	121	44600	3795	3712	127	174	127
La Guajira	38	2	0	15	1	2	267489	14615	26366	3711	573	418	321	78	87	46997	4319	4864	249	411	249
Magdalena	8	1	3	10	2	1	131974	7665	11296	3874	220	282	79	16	1	35921	2662	2732	133	188	133
Meta	1124	32	158	13	0	0	90161	5595	5558	3529	132	193	278	59	34	46024	3203	3344	154	179	154
Nariño	8980	703	231	77	6	10	145356	12837	9749	8234	402	477	191	37	25	48727	5110	3213	165	207	165
Norte de Santander	598	121	26	73	9	10	167589	13175	10239	9926	840	576	832	118	111	56660	4216	3772	140	239	140
Putumayo	88	5	7	9	1	2	35677	2011	2375	1377	92	69	39	5	8	12327	937	966	38	60	38
Quindío	3	1	0	12	2	1	60719	5349	4900	3036	217	274	457	63	88	26790	2042	1916	46	60	46
Risaralda	3311	183	160	40	3	10	121648	9233	8464	5662	285	368	458	49	57	36678	3043	2925	76	111	76
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	0	0	0	0	0	7732	553	547	991	67	76	1	0	0	2852	254	175	9	14	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	14	3	2	83030	2586	5994	3732	156	224	868	131	108	21410	1046	1410	65	96	65
Santander	10	1	0	107	5	16	265636	14453	17643	17688	945	1330	2304	377	342	89320	5533	6649	148	237	148
Sucre	110	4	5	22	3	8	97736	7323	7473	9751	572	874	1624	242	190	22342	2275	1656	104	190	104
Tolima	12	0	1	26	6	2	152252	12174	10299	10197	384	694	461	55	83	63700	4520	5309	111	164	111
Valle del Cauca	60	8	0	64	8	9	161823	12787	12899	3912	228	300	836	56	112	66183	5239	5096	161	205	161
Vaupés	4332	166	115	17	2	2	8664	199	580	117	9	19	5	2	0	2687	61	176	12	16	12
Vichada	1880	146	105	6	1	2	3996	279	271	20	4	0	2	0	0	1748	122	130	36	39	36
Total nacional	73.484	5.367	3.400	1.603	202	251	6.977.807	493.956	508.032	321.158	17.744	21.611	38.147	5.161	5.251	2.476.682	178.297	179.232	5.433	7.714	5.433

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 50

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	2	1	1	5	0	0	45	3	2	27	1	0
Antioquia	11	13	0	668	56	45	30	6	2	2031	29	91	2584	163	144	719	17	13
Arauca	1	1	0	22	1	2	5	1	0	32	1	2	122	6	5	82	2	1
Atlántico	7	4	0	67	6	2	1	2	0	35	0	3	961	50	42	112	1	1
Barranquilla D.E.	2	3	0	177	6	9	0	2	0	70	2	12	1056	53	57	221	2	3
Bogotá D.C.	15	13	0	1497	96	88	812	6	18	2704	45	103	5051	264	287	2871	173	91
Bolívar	3	3	0	40	4	1	1	2	0	36	3	2	598	21	27	47	1	0
Boyacá	4	3	0	187	11	10	34	1	2	61	3	4	939	41	47	343	10	10
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	25	2	0	8	0	1
Caldas	3	2	0	75	7	5	1	1	0	57	1	2	407	28	12	53	2	2
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	153	17	6	0	2	0	53	3	7	1033	84	49	507	29	28
Caquetá	0	1	0	39	3	1	1	1	0	4	1	0	238	9	5	27	1	6
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	68	5	4	2	2	1	56	1	5	576	37	23	17	0	0
Casanare	2	1	0	27	2	2	13	1	0	2	0	1	241	20	8	29	4	5
Cauca	4	3	0	81	6	2	2	2	0	27	1	0	462	22	16	295	21	18
Cesar	4	4	0	72	4	3	2	2	1	47	2	13	554	22	39	34	2	1
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	159	2	7	56	3	2	16	0	0
Córdoba	4	5	0	162	11	5	2	2	0	65	0	8	1143	80	40	121	4	0
Cundinamarca	6	7	0	421	29	28	259	3	2	583	10	22	2446	119	114	494	26	17
Guainía	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	0	94	0	2	2	0	0
Guaviare	0	0	0	11	0	1	3	1	0	7	0	1	91	4	3	4	0	0
Huila	5	3	0	160	12	13	11	2	0	81	4	3	643	38	46	104	7	6
La Guajira	2	3	0	34	4	2	0	2	0	40	0	2	515	21	24	41	0	3
Magdalena	0	3	0	38	2	2	0	1	0	33	1	3	383	22	14	18	1	0
Meta	6	3	0	91	7	4	11	1	0	181	2	9	682	41	24	102	3	3
Nariño	10	4	1	166	12	9	4	1	0	94	5	7	699	50	34	96	7	9
Norte de Santander	7	4	0	204	12	7	4	2	0	71	6	4	1192	69	101	86	1	0
Putumayo	2	1	1	34	3	2	1	1	0	21	0	0	222	11	11	143	20	11
Quindío	2	1	0	38	3	0	3	1	0	23	1	0	293	26	12	102	7	7
Risaralda	8	2	1	58	4	3	0	1	0	95	1	21	648	35	30	39	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	15	0	1	0	1	0	1	0	0	29	2	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	1	0	14	1	0	0	1	0	8	0	0	217	13	7	39	1	1
Santander	3	5	0	104	7	6	1	2	0	99	6	6	797	57	42	295	9	6
Sucre	5	2	0	69	5	1	2	1	0	73	7	2	746	48	27	136	2	1
Tolima	7	3	0	87	3	6	7	1	0	46	3	3	898	61	36	86	3	4
Valle del Cauca	2	4	0	162	8	5	2	2	0	27	6	2	1263	72	79	233	12	19
Vaupés	0	0	0	3	0	0	3	1	0	70	0	3	10	0	0	12	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	0	0	31	2	6	9	0	0
Total nacional	135	110	3	5.064	351	275	1.225	62	27	7.016	144	348	27.990	1.713	1.418	7.570	372	267

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 50

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	59	65	0	0	0	0	73	96	14	14
Antioquia	0	0	0	0	1723	2478	1	1	0	0	5154	5401	1009	1099
Arauca	2	0	0	0	287	159	1	0	0	0	173	217	14	17
Atlántico	0	1	0	0	384	329	0	0	0	0	862	942	1	4
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	211	316	0	0	0	0	870	972	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2935	2406	3	1	1	1	4903	5577	0	0
Bolívar	0	0	0	0	401	594	0	0	0	0	520	556	356	472
Boyacá	2	0	0	0	462	480	0	0	0	0	988	1126	121	224
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	117	166	0	0	0	0	89	87	14	20
Caldas	0	0	0	0	169	181	0	0	0	0	1146	1056	265	174
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	436	512	1	0	1	2	1559	2011	1	2
Caquetá	1	0	0	0	180	130	0	0	0	0	238	222	200	224
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	254	493	0	0	0	0	520	582	1	2
Casanare	5	2	0	0	293	231	0	0	0	0	283	336	7	6
Cauca	0	0	0	0	296	304	0	0	0	0	826	849	50	64
Cesar	6	7	0	0	671	848	1	0	0	0	563	619	71	450
Chocó	0	0	0	0	676	789	1	1	0	0	103	152	249	204
Córdoba	1	0	0	0	527	488	0	0	0	0	979	1083	177	177
Cundinamarca	0	0	0	0	1151	1105	0	0	0	1	2119	2652	197	158
Guainía	0	0	0	0	53	40	0	0	0	0	27	29	13	21
Guaviare	0	0	0	0	98	64	0	0	0	0	59	66	430	147
Huila	0	0	0	0	409	442	0	1	0	4	817	734	9	14
La Guajira	0	0	0	0	1951	1718	2	0	0	1	267	377	20	23
Magdalena	0	0	0	0	538	739	0	0	0	0	337	395	7	12
Meta	1	0	0	0	392	363	0	0	0	0	702	682	247	134
Nariño	0	1	0	0	620	642	0	0	0	0	1352	1591	253	167
Norte de Santander	2	0	0	0	667	668	4	0	0	0	1036	1146	196	197
Putumayo	0	0	0	0	180	164	0	0	0	0	310	300	194	200
Quindío	0	0	0	0	88	76	0	0	0	0	516	473	1	0
Risaralda	0	0	0	0	337	437	0	0	0	1	1149	1330	138	101
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	10	4	0	0	0	0	23	32	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	99	176	0	0	0	0	270	349	9	15
Santander	2	1	0	0	436	457	1	0	0	0	1494	1700	538	773
Sucre	1	0	0	0	215	378	0	2	0	0	484	469	106	66
Tolima	0	0	0	1	343	326	0	0	0	0	1162	1131	308	214
Valle del Cauca	0	0	0	0	422	594	1	0	0	0	1275	1399	18	15
Vaupés	0	0	0	0	70	35	0	0	0	0	66	111	39	36
Vichada	0	0	0	0	278	199	0	0	0	0	26	28	40	17
Total nacional	23	12	1	1	18.439	19.596	13	6	3	10	33.337	36.878	5.313	5.463

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 50

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	2	0	2	0
Antioquia	13	4	23	15	8	4	29	41	13	8	133	272
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	2	2	5	5
Atlántico	0	1	9	8	1	0	12	3	7	3	30	31
Barranquilla D.E.	4	1	6	6	1	2	6	3	3	0	25	31
Bogotá D.C.	1	0	27	19	1	0	45	21	0	0	153	707
Bolívar	2	1	11	4	2	1	13	7	8	2	24	2
Boyacá	0	1	4	3	1	3	5	7	0	1	25	37
Buenaventura D.E.	2	0	3	1	0	1	4	3	3	1	6	2
Caldas	2	2	3	0	0	1	3	1	0	0	20	2
Santiago de Cali D.E.	3	0	7	5	1	1	7	9	2	0	44	54
Caquetá	1	2	2	1	0	1	6	5	3	3	8	4
Cartagena de Indias D.T.	6	4	8	2	0	1	11	9	3	1	19	19
Casanare	1	0	3	4	1	0	3	0	3	1	9	10
Cauca	1	0	7	1	4	5	9	9	1	2	31	11
Cesar	1	0	13	13	7	3	11	7	22	12	28	24
Chocó	1	2	13	8	32	18	28	38	37	45	11	11
Córdoba	1	1	13	5	1	4	15	11	7	9	38	33
Cundinamarca	2	0	14	8	0	2	11	19	3	0	68	81
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	1	1	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	2	2	6	4	0	0	6	4	3	1	23	23
La Guajira	0	0	24	17	24	13	44	28	59	29	21	0
Magdalena	1	2	11	9	2	1	12	10	13	7	19	3
Meta	0	0	8	3	2	2	11	7	7	2	22	13
Nariño	1	2	12	9	2	1	10	11	5	2	33	11
Norte de Santander	3	0	7	11	2	1	6	4	4	0	33	30
Putumayo	0	0	3	2	1	1	3	2	1	0	8	13
Quindío	0	0	2	1	0	1	2	0	0	0	11	6
Risaralda	2	0	4	2	8	8	8	8	7	5	19	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	1	0	6	3	2	1	4	5	2	2	11	12
Santander	1	0	8	6	1	0	6	2	1	0	46	29
Sucre	0	0	6	2	1	0	6	6	3	1	20	36
Tolima	4	8	6	3	2	0	9	4	2	0	27	11
Valle del Cauca	3	3	6	2	2	1	11	7	5	1	40	52
Vaupés	0	0	0	0	2	5	4	5	1	2	2	0
Vichada	0	0	4	1	3	0	4	5	9	8	3	0
Total nacional	339	309	283	181	126	84	393	309	213	152	1,023	1.578

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

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

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 50

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	17	26	0	0	63	78	1	0	590	749
Antioquia	166	121	1125	1287	0	0	3300	4555	112	138	22184	21202
Arauca	45	15	172	136	0	0	139	139	3	0	1139	1340
Atlántico	50	28	345	345	0	2	492	543	16	25	2345	2611
Barranquilla D.E.	70	16	414	328	0	0	757	942	17	42	2486	2863
Bogotá D.C.	172	70	918	884	0	0	1386	1406	33	30	29622	33876
Bolívar	43	22	299	295	1	3	172	219	3	2	2340	2538
Boyacá	21	18	99	80	0	0	179	216	1	3	3911	4515
Buenaventura D.E.	23	19	139	99	0	0	154	217	6	5	389	289
Caldas	18	23	139	163	0	0	310	308	6	5	3035	3266
Santiago de Cali D.E.	31	28	447	513	0	1	1473	1508	41	56	7757	7226
Caquetá	8	12	90	98	0	0	244	310	6	8	1108	1168
Cartagena de Indias D.T.	76	42	334	364	0	2	413	482	2	6	1430	1678
Casanare	38	37	131	156	0	1	152	197	4	9	881	975
Cauca	23	19	192	187	0	2	255	303	3	5	3364	3443
Cesar	37	21	331	253	0	0	400	456	2	13	2039	2198
Chocó	49	31	220	236	0	0	203	262	1	4	418	490
Córdoba	33	15	318	245	1	1	270	304	5	10	3558	3370
Cundinamarca	72	60	370	466	0	0	525	618	12	15	12969	15607
Guainía	7	7	17	15	0	0	17	42	0	0	209	246
Guaviare	4	2	26	16	0	0	38	39	0	2	294	371
Huila	22	11	152	152	0	1	405	462	8	13	6203	6238
La Guajira	73	42	356	343	0	0	533	636	3	10	1306	1495
Magdalena	33	30	227	255	0	3	171	193	2	4	1391	1501
Meta	48	47	255	295	0	0	618	833	20	31	2484	2631
Nariño	15	20	229	230	0	1	163	212	6	6	4151	5432
Norte de Santander	89	51	491	475	0	1	713	845	14	16	3848	4255
Putumayo	7	7	86	97	0	1	108	128	3	6	1324	1644
Quindío	14	11	95	103	0	0	264	336	2	7	2563	2622
Risaralda	24	19	178	193	0	0	615	695	26	13	3621	3749
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	6	11	0	0	7	16	0	0	195	261
Santa Marta D.T.	20	21	114	177	0	1	211	323	3	3	640	772
Santander	73	58	418	492	0	1	923	1488	31	20	6267	6794
Sucre	20	20	194	191	1	3	107	96	1	0	1824	1949
Tolima	33	31	177	150	0	1	548	727	13	18	3054	3398
Valle del Cauca	36	40	313	362	0	0	730	851	16	29	6998	7489
Vaupés	1	0	4	3	0	0	14	26	0	0	226	479
Vichada	10	12	36	38	0	0	35	32	0	2	254	249
Total nacional	1.630	1.034	9.713	9.759	3	25	17.107	21.043	422	556	148.415	160.979



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 50

7 al 13 de diciembre del 2025

TEMA CENTRAL

Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata
GRRRI

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

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

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Viviana Carolina Moreno Vargas, Juan Carlos Castellanos Pinzón, Eliana Mendoza Niño. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Nidia Esperanza González Tolosa. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Lady Alexandra Castillo Vargas, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Correctores de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.50>