

Unos segundos de pólvora pueden dañar tu vida para siempre.

No arruines la celebración con las quemaduras, mutilaciones y el dolor que puede traer la pólvora.

La vida es primero **# LaPólvoraNoEs UN JUEGO**

20 años
BES 2005-2025

Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica

Durante esta época de celebración, es fundamental fortalecer la vigilancia de las lesiones ocasionadas por el uso de pólvora y casos de intoxicación por licor adulterado con metanol. Informar a la comunidad sobre estos peligros resulta esencial para prevenir incidentes.

Semana epidemiológica

53

28 de diciembre del 2025 al 3 de enero del 2026


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.

38

El periodo de la vigilancia intensificada de las lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, inició desde el 01 de diciembre del 2025 y va hasta el 17 de enero del 2026 inclusive.

Durante este periodo las instituciones prestadoras de servicios de salud notifican de forma inmediata los casos de lesionados por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol y las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales realizan el monitoreo continuo a la presentación de casos en el territorio.

Con corte al lunes 5 de enero a las 14:00 horas, se han registrado en el territorio nacional 1 628 casos de personas lesionadas por pólvora pirotécnica, cifra que refleja una variación del 22,8 % frente al mismo periodo de la temporada 2024-2025. Del total de afectados, 487 corresponden a menores de 18 años (30 %), entre los cuales se identificaron 54 casos ocurridos en presencia de adultos bajo efectos del alcohol, situación que pone de manifiesto un factor de riesgo en la ocurrencia de estos eventos.

De acuerdo con la distribución por etapas del curso de vida y considerando las últimas temporadas de vigilancia intensificada, la mayor concentración de casos se observa en la adultez con un 33,9 % (552 casos), seguida de la juventud con un 33,1 % (539 casos) y la adolescencia con un 15,4 % (250 casos). Las etapas de primera infancia e infancia aportan el 14,6 % (237 casos), evidenciando un leve descenso en la primera infancia, mientras que el adulto mayor registra 50 casos, equivalentes al 3 %, (figura 1). En cuanto a la distribución por sexo, se mantiene la tendencia de que los hombres representan la mayor proporción de casos notificados en las últimas temporadas de vigilancia.

TEMA CENTRAL

Vigilancia epidemiológica rutinaria e intensificada de las lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco e intoxicaciones por licor adulterado con metanol.

Alejandra del Pilar Díaz, adiaz@ins.gov.co
Nidza Fernanda González, ngonzalezs@ins.gov.co

Figura 1. Casos de lesionados por pólvora pirotécnica por etapa de curso de vida, vigilancia intensificada temporadas 2023- 2024, 2024- 2025 y 2025-2026 (p) a corte 05 de enero

Etapa de curso de vida	2023 - 2024	2024-2025	2025-2026	Tendencia
Primera infancia	45	59	49	
Infancia	169	145	188	
Adolescencia	202	188	250	
Juventud	429	446	539	
Adultez	447	453	552	
Adulto Mayor de 60 años	33	35	50	
Total	1325	1326	1628	

Fuente: Sivigila, datos reportados hasta la semana epidemiológica 53

Los departamentos y distritos que a la fecha que han presentado más de 40 casos son: Antioquia con 197 casos, Nariño 148 casos, Bogotá D. C. 123 casos, Norte Santander 96 casos, Cauca 93 casos, Cundinamarca 89 casos, Córdoba 69 casos, Atlántico 64 casos, Santander 65 casos, Tolima 62 casos, Huila 60 casos, Valle del Cauca 57 casos, Caldas 48 casos, Barranquilla D. E. 46 casos, Santiago de Cali D. E. 45 casos, Cesar 43 casos, Boyacá 40 casos (tabla 2).

A la fecha se han notificado dos casos procedentes de Venezuela (estados de Táchira y Apure) y, entre las principales ciudades que a la fecha presentan más de 10 casos se encuentran: Medellín (77), San Juan de Pasto (51), San José de Cúcuta (43), Neiva (26), Montería (20), Pereira (17), Manizales (16), Armenia (15), Valledupar (15), Popayán (14) y Villavicencio (11).

Tabla 2. Casos de lesionados por pólvora pirotécnica por Municipio de ocurrencia, Colombia, temporada 2025- 2026 (p), corte 05 de enero del 2026

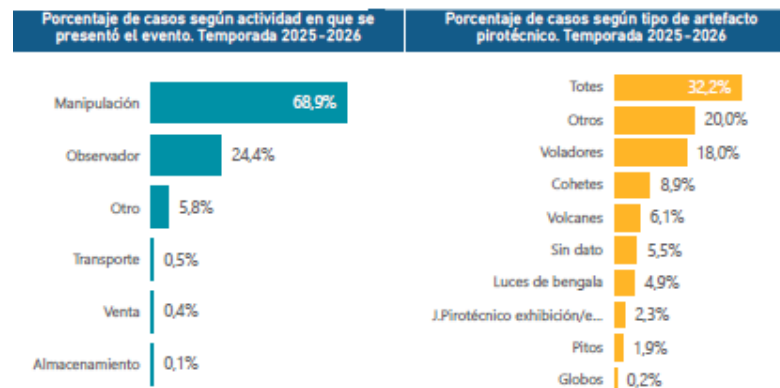
Departamento	Municipio	Casos	Tasa por 100 000 Hab
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	123	1,5
Antioquia	Medellín	77	3,0
Nariño	Pasto	51	12,6
Atlántico	Barranquilla D. E.	46	3,6
Valle del Cauca	Santiago de Cali D. E.	45	2,0
Norte de Santander	San José de Cúcuta	43	5,4
Atlántico	Soledad	26	3,6
Huila	Neiva	26	6,5
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	25	9,1
Norte de Santander	Ocaña	21	15,2
Córdoba	Montería	20	3,5
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	18	1,8
Risaralda	Pereira	17	3,5
Tolima	Ibagué	17	3,1
Caldas	Manizales	16	3,4
Cesar	Valledupar	15	2,4
Cundinamarca	Soacha	15	1,7
Quindío	Armenia	15	4,9
Cauca	Popayán	14	4,0

Cauca	Santander de Quilichao	11	8,6
Meta	Villavicencio	11	1,9
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	11	3,3
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	11	8,3
Antioquia	Itagüí	10	3,3
Córdoba	Montelíbano	10	11,3
Magdalena	Santa Marta D. T.	10	1,7
Valle del Cauca	Tuluá	10	4,4

Fuente: Sivegila, datos reportados hasta la semana epidemiológica 53

Los artefactos pirotécnicos más asociados a estos eventos son los “totes” (32,2 %), seguidos por “otros” (20,0 %) y, en tercer lugar, los “voladores” (18,0 %). Cabe destacar que el 68,9 % de los lesionados se encontraban manipulando directamente el artefacto, mientras que el 24,4 % eran observadores (figura 2). A la fecha no se han presentado fallecimientos asociados a esta lesiones.

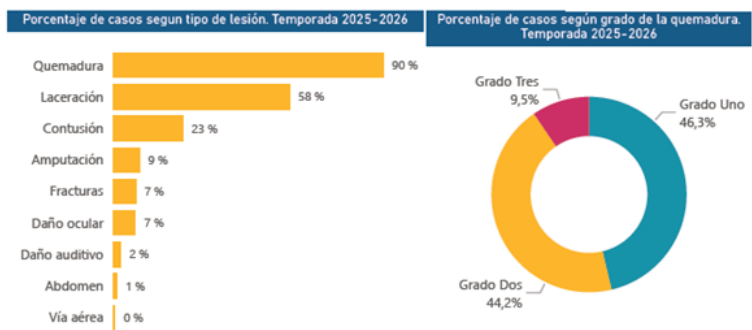
Figura 2. Porcentaje de casos de lesiones por pólvora pirotécnica según actividad y tipo de artefacto, Colombia, corte 05 de enero de 2026



Fuente: Sivegila, datos reportados hasta la semana epidemiológica 53

Las lesiones más frecuentes corresponden a quemaduras, presentes en el 90 % de los casos, de las cuales el 53,7 % se clasifican en grados II y III; le siguen las laceraciones con un 58 %. Aunque en menor proporción, se reportan también lesiones de alto impacto en la calidad de vida, como amputaciones, daño ocular y auditivo (figura 3).

Figura 3. Porcentaje de casos de lesiones por pólvora pirotécnica según tipo de lesión y grado de la quemadura, Colombia, corte 05 de enero del 2026



Fuente: Sivigila, datos reportados hasta la semana epidemiológica 53

Los resultados de la vigilancia intensificada de intoxicaciones por fósforo blanco y licor adulterado muestran la notificación de siete casos, cifra que permanece estable respecto al mismo corte de la temporada anterior. La mayor concentración se registra en el Distrito de Barranquilla con tres casos, mientras que Santander, Magdalena, Huila y Norte de Santander reportan uno cada uno (figura 4). En el perfil demográfico y clínico, el 57,1 % corresponde a menores de cinco años, con predominio masculino (cuatro hombres frente a tres mujeres). No se han reportado fallecimientos asociados y seis pacientes han sido dados de alta tras presentar evolución clínica favorable.

Figura 4. Vigilancia intensificada de intoxicaciones por fósforo blanco, temporada 2025-2026, Colombia, corte 05 de enero del 2026



Fuente: Sivigila, datos reportados hasta la semana epidemiológica 53

Actualmente el caso activo corresponde a una menor femenina procedente de Norte de Santander, quien presentó exposición oral a artefacto tipo "tote" el 24/12/2025, con FIS 28/12/2025 (según información suministrada por los padres), notificada el 30/12/2025 por parte de UCI Hospital Universitario Erasmo Meoz. Cuadro clínico de inapetencia, ictericia, orina oscura. Paciente con insuficiencia hepática aguda (hiperbilirrubinemia, aumento de transaminasas, hepatomegalia), por criterios de severidad fue trasladada a Fundación Cardioinfantil en Bogotá D. C.. A la fecha no se han presentado notificados de casos por licor adulterado con metanol.

Conclusiones

- La actividad de riesgo más frecuente en las lesiones por pólvora pirotécnica corresponde a la "manipulación" de estos artefactos, seguida de la "observación".
- Los "totes", "voladores" y "cohetes", se identifican como los principales artefactos pirotécnicos involucrados en las lesiones notificadas.
- Se continúa presentando como factor adicional, casos de personas lesionadas que se encontraban bajo los efectos del alcohol, así como de menores de edad en compañía de adultos en esta condición.
- Las intoxicaciones por fósforo blanco continúan presentándose principalmente en menores de 5 años, asociadas a la ingesta accidental de artefactos pirotécnicos tales como: "totes", "triquitruques", entre otros

Recomendaciones

1. Para la prestación de servicios de salud EAPB (EPS) - UPGD (IPS)

- Garantizar la atención integral en salud para los lesionados por pólvora pirotécnica, (atención inicial de urgencias hasta la fase de rehabilitación).
- Garantizar atención médica ante la sospecha de intoxicación por fósforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol. (clasificación de ingreso como Triage I); garantizar las pruebas de

laboratorio e iniciar el tratamiento con etanol.

- Notificar de manera inmediata (Sivigila 4,0 captura en línea) los casos de lesionados por pólvora pirotécnica (código INS 452) e intoxicaciones por fósforo blanco o bebidas alcohólicas adulteradas con metanol (código INS 365).

2. Departamentos, Distritos y Municipios

- Generar medidas para la vigilancia y el control del uso, la fabricación, la manipulación, el transporte, el almacenamiento, la comercialización, la compra, la venta y el expendio de pólvora, productos pirotécnicos, fuegos artificiales y globos aerostáticos de pirotecnia, con el fin de salvaguardar la seguridad individual y colectiva, prevenir riesgos y garantizar que toda actividad relacionada con estos elementos se realice bajo criterios de legalidad, responsabilidad y protección de la vida.
- Establecer la prohibición de vender artículos pirotécnicos a menores de edad y a personas en estado de embriaguez, así como la restricción total de producir, fabricar, manipular, usar o comercializar fuegos artificiales que contengan fósforo blanco.
- Impulsar espacios de coordinación intersectorial, como los consejos departamentales, distritales y municipales de Gestión del Riesgo, para implementar acciones de prevención, control y manejo frente a las lesiones por pólvora pirotécnica y las intoxicaciones por fósforo blanco, fortaleciendo la protección de la salud y la seguridad comunitaria.
- Promover la orientación comunitaria para prevenir lesiones por pólvora, intoxicaciones por fósforo blanco y daños por consumo de alcohol adulterado con metanol, fortaleciendo la percepción del riesgo y la protección de la salud pública.



SITUACIÓN NACIONAL

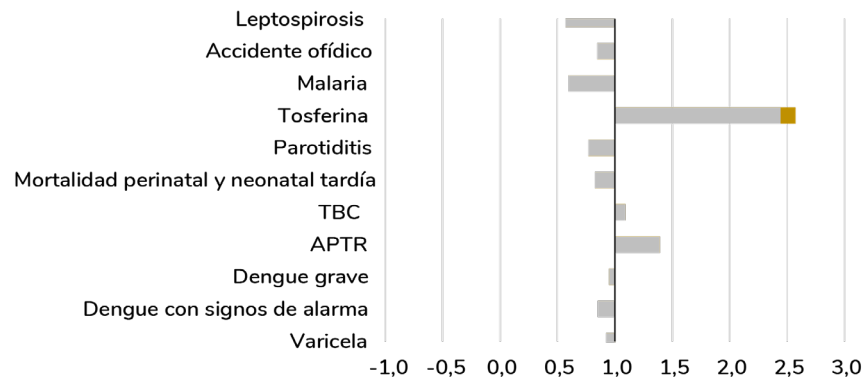
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 53 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 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 53 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 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	201 122	164 730	1,50	0,13

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 53 del 2025, el evento de zika y mortalidad por dengue se encuentra por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 3).

Nota: Para la semana epidemiológica 53, los valores esperados se estimaron con base en el comportamiento histórico de la semana 52 (años 2019, 2021, 2022, 2023 y 2024), debido a que los calendarios epidemiológicos no disponen de información histórica para la semana 53.

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	9	2	0,00
Mortalidad por dengue	7	3	0,02
Leishmaniasis cutánea	4	64	0,00
Lepra	1	3	0,13
Chikunguña	1	2	0,32
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,37
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,37

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.

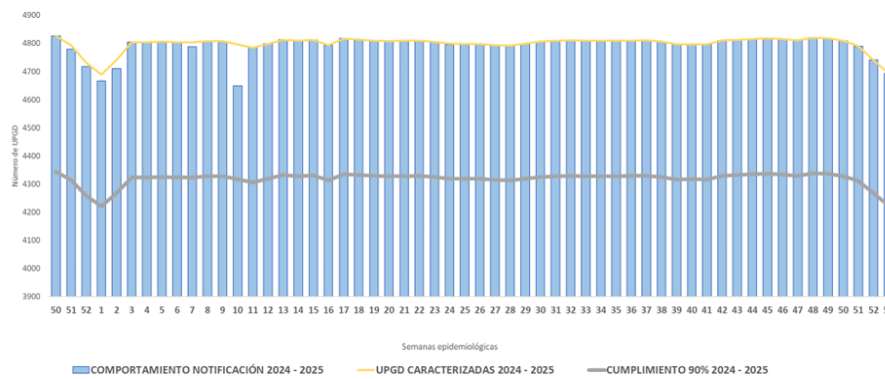
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de 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. 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 % (4 693 / 4 693); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

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

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

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

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

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



MORTALIDAD

A semana epidemiológica 53 del 2025, se han notificado 739 muertes probables en menores de cinco años: 439 por infección respiratoria aguda (IRA), 190 por desnutrición (DNT) aguda y 110 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 11 casos de IRA, nueve 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 53 del 2025 se han notificado 717 fallecimientos (428 por IRA, 181 por DNT aguda y 108 por EDA); de estos, 426 casos han sido confirmados, 136 han sido descartados y 155 casos se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. 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 53, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 53 2025			Casos en estudio a SE 53 2025			Tasa a SE 53 2024			Tasa a SE 53 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	129	232	65	31	99	25	5,65	8,71	3,46	3,50	6,29	1,76
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	4	30	2	4	14	3	4,18	6,50	1,86	0,94	7,06	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	2	5,83	10,00	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	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	8	0	0,00	5,65	0,23	0,00	3,69	0,00
Bolívar	1	6	0	1	1	1	2,68	9,82	1,79	0,90	5,41	0,00
Boyacá	0	6	3	1	2	0	0,00	5,86	0,00	0,00	7,11	3,56
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	4	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	1	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	9	1	0	0	0	2,52	10,10	1,26	1,30	11,69	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	2,55	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	12	7	3	1	2	0	8,14	7,40	3,70	8,90	5,19	2,23
Chocó	37	29	14	9	11	6	56,74	55,21	58,27	56,90	44,60	21,53
Córdoba	9	10	3	0	3	1	4,06	6,96	1,74	5,27	5,85	1,76
Cundinamarca	0	13	0	0	7	1	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	2	0	0	2	0	0,93	4,64	0,00	0,94	1,87	0,00
La Guajira	28	19	13	3	10	3	45,29	33,74	23,09	24,95	16,93	11,58
Magdalena	7	10	1	0	1	0	14,19	12,01	1,09	7,71	11,01	1,10
Meta	2	6	2	2	1	0	8,04	5,74	3,45	2,32	6,96	2,32
Nariño	2	9	1	0	1	0	2,34	2,34	0,78	1,58	7,11	0,79
Norte de Santander	0	3	1	0	2	0	3,37	3,37	1,68	0,00	2,56	0,85
Putumayo	0	1	0	0	1	2	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	6	0	13,17	13,17	13,17	1,67	8,35	11,69
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	3	0	0	2	0	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	7,91	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	4	4	0	3	1	36,48	36,48	18,24	36,42	72,83	72,83
Vichada	8	4	0	1	0	0	49,56	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 428 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 157 confirmadas por clínica y 75 por laboratorio, 97 descartadas y 99 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 6,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 53 fueron 325, para una tasa de mortalidad de 8,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 53 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, La Guajira y Santander y, a nivel municipal, en Cáceres, Soledad, Güicán de La Sierra, Valledupar, Pueblo Bello, Soacha, Quibdó, Lloró, Ciénaga, Villavicencio, San Andrés de Tumaco D. E. y Mistrató. 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 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	14	7	5	2	2	30	14	2	7	0	0	23
Virus Sincitial Respiratorio	38	5	1	1	0	45	18	2	2	1	0	23
Enterovirus	8	6	3	2	1	20	13	1	5	0	0	19
Haemophilus influenzae B	5	3	2	0	0	10	8	3	0	0	0	11
Staphylococcus aureus	12	2	2	2	0	18	8	1	2	0	0	11
Adenovirus	10	6	2	0	0	18	6	0	2	1	1	10
Bordetella pertussis	2	1	0	0	0	3	10	0	0	0	0	10
Influenza A	7	3	0	0	3	13	7	0	2	1	0	10
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	6	2	2	0	0	10
Moraxella catarrhalis	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
Influenza B	1	2	0	0	1	4	1	2	0	0	0	3
Klebsiella pneumoniae	5	1	1	0	1	8	2	1	0	0	0	3
Metapneumovirus	5	1	1	1	0	8	3	0	0	0	0	3
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Pseudomona aeruginosa	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	138	45	24	14	10	231	112	20	23	5	1	161

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 181 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 129 fueron confirmadas, 21 descartadas y 31 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 52 fue de 211, para una tasa de mortalidad de 5,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 53 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, Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró, Riohacha D. E. y Maicao. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 108 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), 60 confirmadas por clínica, 18 descartadas y 25 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 53 fue de 129 para una tasa de mortalidad de 3,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 53 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 Bajo Baudó, Lloró, Uribia 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.bihass.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/10.33619/INFORM028779>

En la semana epidemiológica 53 del año 2025 se notificaron al Sivigila seis casos: cuatro muertes maternas tempranas, una muerte materna tardía y una muerte materna coincidente. El país acumula 204 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 195 residen en territorio colombiano y nueve residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	261	151	60	472
2023	226	156	77	459
2024	196	127	43	366
2025p	195	131	43	369

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 53 del 2025 fue de 44,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 44,3 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica del 2024. A la semana epidemiológica 53 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 Norte de Santander (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Bagadó (Chocó), Abrego (Norte de Santander), Pitalito (Huila), Ciénaga (Magdalena), Barbacoas (Nariño) y Maicao (La Guajira) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas observándose aumento en estos municipios (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 53 del año 2025, el 62,6 % corresponden a causas directas y el 32,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo y hemorragia obstétrica con el 18,5 % cada una (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 53	Acumulado de casos a SE 53		Razón de MM por 100 000 NV a SE 53	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	285	196	195	44,3	44,5
Guainía	1	0	3	0,0	401,1
Chocó	14	15	9	265,7	155,3
La Guajira	24	23	19	133,0	107,7
Magdalena	11	5	9	51,9	96,9
Cesar	13	11	13	74,3	88,5
Casanare	3	1	4	21,5	85,6
Vichada	4	3	1	227,4	79,7
Norte de Santander	8	5	12	31,7	79,4
Nariño	13	10	9	87,8	78,0
Atlántico	9	5	8	39,4	63,9
Putumayo	3	4	2	114,8	58,8
Santa Marta D. T.	7	2	3	32,2	49,0
Barranquilla D. E.	6	4	6	29,5	44,1
Meta	8	7	5	60,4	43,6
Caquetá	3	0	2	0,0	42,3
Bolívar	11	3	5	24,9	41,7
Buenaventura D. E.	3	3	1	112,2	39,7
Huila	6	7	5	53,9	39,3
Córdoba	13	7	6	39,7	35,5
Bogotá	27	20	20	35,4	35,3
Antioquia	24	16	17	30,7	32,6
Santander	8	5	6	26,8	32,1
Boyacá	4	2	3	19,5	30,6
Santiago de Cali D. E.	7	5	5	29,6	29,7
Cundinamarca	14	13	8	48,1	29,6
Risaralda	4	2	2	26,6	28,3
Tolima	7	4	3	36,1	26,3
Quindío	2	0	1	0,0	26,1
Sucre	6	2	2	21,0	21,7
Cauca	8	7	2	55,6	16,8
Cartagena de Indias D. T.	8	0	2	0,0	16,2
Valle del Cauca	6	3	2	22,2	14,9
Amazonas	1	0	0	0,0	0,0
Arauca	2	0	0	0,0	0,0
Caldas	3	1	0	17,0	0,0
Vaupés	1	1	0	183,8	0,0
Guaviare	1	0	0	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0,0	0,0

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

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 51	Valor observado SE 52
Colombia	285	195
Dibulla (La Guajira)	0	3
Bagadó (Chocó)	0	3
Abrego (Norte de Santander)	0	2
Pitalito (Huila)	0	2
Ciénaga (Magdalena)	1	3
Barbacoas (Nariño)	0	3
Yalí (Antioquia)	0	1*
El Paujil (Caquetá)	0	1*
Pueblo Nuevo (Córdoba)	0	1*
Barrancominas (Guainía)	0	1*
Solita (Caquetá)	0	1*
Ubaté (Cundinamarca)	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 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 53	Número de casos y proporción a SE 53 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	285	226	100	196	100	195	100
DIRECTA	138	153	67,7	123	62,8	122	62,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	40	44	19,5	35	17,9	36	18,5
Hemorragia obstétrica	38	37	16,4	39	19,9	36	18,5
Sepsis obstétrica	15	19	8,4	11	5,6	15	7,7
Evento tromboembólico como causa básica	18	24	10,6	11	5,6	14	7,2
Embarazo ectópico	11	11	4,9	10	5,1	7	3,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	6	5	2,2	6	3,1	7	3,6
Embolia de líquido amniótico	4	4	1,8	4	2,0	4	2,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,3	3	1,5	3	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	2	1	0,4	2	1,0	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	1,8	1	0,5	0	0,0
INDIRECTA	67	69	30,5	65	33,2	63	32,3
Otras causas indirectas	28	26	11,5	29	14,8	23	11,8
Otras causas indirectas: neumonía	10	13	5,8	7	3,6	21	10,8
Sepsis no obstétrica	11	12	5,3	10	5,1	8	4,1
Otras causas indirectas: cáncer	10	10	4,4	9	4,6	6	3,1
Otras causas indirectas: malaria	1	2	0,9	0	0,0	3	1,5
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,3	4	2,0	1	0,5
Otras causas indirectas: dengue	3	2	0,9	4	2,0	1	0,5
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	0,9	1	0,5	1	0,5
En estudio	5	2	0,9	7	3,6	9	4,6

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.

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 53 del 2025 se han notificado 5 819 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 757 corresponden a residentes en Colombia y 62 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (687), Antioquia (677), Cundinamarca (378), Santiago de Cali D. E.

(269), Córdoba y La Guajira (262 cada una). Las razones más altas se observaron en, Buenaventura D. E. (29,0), Vichada (26,3), Amazonas (26,0), Vaupés (24,3) y el Archipiélago de San Andrés y Providencia (19,8). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 53 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Chocó y Putumayo. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 10).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en: Agustín Codazzi (Cesar), Garzón (Huila), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), La Ceja (Antioquia), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Cota (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Puerto Triunfo (Antioquia), Barranco de Loba (Bolívar), El Litoral del San Juan (Chocó), Restrepo (Meta), Abejorral (Antioquia), Buriticá (Antioquia) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,5 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,6 %, neonatales tardías con 18,0 % y fetales intraparto con 9,9 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,0 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,6 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 53 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 53	Acumulado de casos a SE 53		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2024 a SE 53	2025 a SE 53	2024 a SE 52	2025 a SE 53
Colombia	7 984	5 836	5 757	13,2	13,1
Bogotá D. C.	881	737	687	13,0	12,1
Antioquia	888	655	677	12,6	13,0
Cundinamarca	426	367	378	13,6	14,0
Santiago de Cali D. E.	308	262	269	15,5	16,0
Córdoba	414	263	262	14,9	15,5
La Guajira	423	292	262	16,9	14,8
Cesar	281	182	202	12,3	13,8
Nariño	214	188	179	16,5	15,5
Valle del Cauca	213	174	178	12,9	13,2
Barranquilla D. E.	311	184	173	13,6	12,7
Cartagena de Indias D. T.	266	172	173	13,7	14,1
Cauca	260	176	172	14,0	14,5
Meta	188	144	167	12,4	14,6
Bolívar	230	142	166	11,8	13,8
Santander	246	163	162	8,7	8,7
Norte de Santander	248	153	151	9,7	10,0
Magdalena	194	155	138	16,1	14,9
Huila	179	130	135	10,0	10,6
Atlántico	253	154	132	12,1	10,5
Tolima	169	121	118	10,9	10,3
Boyacá	144	110	116	10,7	11,8
Chocó	197	153	113	27,1	19,5
Sucre	195	136	110	14,3	12,0
Risaralda	116	90	80	12,0	11,3
Buenaventura D. E.	83	53	73	19,8	29,0
Caldas	99	84	73	14,3	13,1
Santa Marta D. T.	99	47	66	7,6	10,8
Caquetá	66	44	60	9,1	12,7
Casanare	81	56	59	12,1	12,6
Quindío	63	48	44	12,9	11,5
Arauca	65	37	40	12,5	13,3
Putumayo	62	57	39	16,4	11,5
Vichada	41	36	33	27,3	26,3
Amazonas	18	14	20	18,2	26,0
Guainía	19	15	14	21,0	18,7
Vaupés	16	15	13	27,6	24,3
Guaviare	14	11	12	11,1	12,2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	14	16	11	26,6	19,8

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 53 2020 - 2024	Valor observado a SE 53 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	7 984	5 757	-
Agustín Codazzi (Cesar)	19	28	34
Garzón (Huila)	12	17	3
Tocancipá (Cundinamarca)	8	15	26
Timbiquí (Cauca)	6	12	27
La Ceja (Antioquia)	7	11	1
Altos del Rosario (Bolívar)	3	8	13
Aguazul (Casanare)	4	8	49
Villapinzón (Cundinamarca)	3	8	17
Cota (Cundinamarca)	4	8	4
Tenjo (Cundinamarca)	2	7	21
Puerto Triunfo (Antioquia)	2	6	7
Barranco de Loba (Bolívar)	2	6	4
El Litoral del San Juan (Chocó)	3	6	1
Restrepo (Meta)	2	6	6
Abejorral (Antioquia)	2	5	15
Buriticá (Antioquia)	1	5	15

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 53, 2023 -2025					
	2023 a SE 53	(%)	2024 a SE 53	(%)	2025 a SE 53	(%)
Colombia	6 048	100,0	5 026	100,0	4 750	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 722	24,7	1 524	26,1	1 464	25,4
Prematuridad-inmaturidad	1 247	17,9	963	16,5	981	17,0
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1 079	15,5	864	14,8	782	13,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	730	10,5	662	11,3	528	9,2
Infecciones	620	8,9	505	8,7	498	8,7
Malformación congénita	636	9,1	532	9,1	455	7,9
Otras causas de muerte	428	6,1	381	6,5	330	5,7
Sin información	73	1,0	0	0,0	314	5,5
Causas no específicas	168	2,4	170	2,9	176	3,1
Trastornos cardiovasculares	173	2,5	176	3,0	171	3,0
Lesión de causa externa	64	0,9	26	0,4	30	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	25	0,4	33	0,6	28	0,5

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

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

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



EVENTOS TRAZADORES



Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 53 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 epidemiológico, a nivel nacional, se registró una variación porcentual negativa en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias y una variación positiva en las hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (-30%) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 46 a 53 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 46 a SE 49 2025	SE 50 a SE 53 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	516 228	457 802	-11,32%	
Hospitalización en sala general	21 543	22 386	3,91%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 608	2 687	3,03%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 53 del 2025 se notificaron 99 120 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, Magdalena y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Buenaventura D. E, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño y Vichada. Las 25 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 53 del 2025) en 9 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 50 a 53 del 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	82 884	83 987	5 621	6 635
La Guajira	Maicao	61 254	80 083	2 920	6 074
Antioquia	Bello	75 865	64 961	5 300	6 037
Atlántico	Soledad	98 153	99 180	5 557	5 801
Cundinamarca	Soacha	79 029	83 083	4 079	4 827
Antioquia	Rionegro	29 769	37 560	2 505	3 561
Cundinamarca	Chía	65 695	58 258	3 265	3 328
La Guajira	Uribia	56 747	53 858	2 606	3 212
Antioquia	Envigado	24 504	27 707	2 069	2 880
Valle del Cauca	Palmira	29 636	28 820	1 809	2 210
Risaralda	Dosquebradas	28 352	29 974	1 663	1 956
Santander	Floridablanca	28 441	33 708	1 461	1 919
Santander	Barrancabermeja D. E.	20 077	30 709	1 276	1 691
Magdalena	Ciénaga	25 257	23 958	1 469	1 463
Córdoba	Cerete	18 172	20 053	481	1 428
Cundinamarca	Zipaquirá	22 095	24 223	1 312	1 355
Bolívar	Magangué	17 448	23 734	1 037	1 339
Valle del Cauca	Yumbo	14 211	15 619	891	1 336
Boyacá	Duitama	26 706	22 349	1 826	1 283
Córdoba	Sahagún	25 526	25 338	1 559	1 222
Antioquia	Apartado	17 488	18 041	1 092	1 099
Valle del Cauca	Cartago	16 857	17 200	1 208	1 091
Boyacá	Sogamoso	16 939	21 373	1 095	1 060
Antioquia	Turbo D. E.	14 686	15 759	818	990
Cundinamarca	Girardot	20 890	21 166	1 247	971
Córdoba	Lorica	16 108	16 757	936	954
Cundinamarca	Facatativá	22 539	17 689	1 377	890
Norte de Santander	Ocaña	16 225	17 422	1 016	875
Cundinamarca	Madrid	19 413	14 878	863	798
Valle del Cauca	Tuluá	17 211	13 314	1 012	731
Santander	Piedecuesta	6 761	10 638	455	656
Cundinamarca	Funza	14 890	16 985	711	638
Casanare	Yopal	15 469	14 780	827	605
Cesar	Aguachica	9 682	12 031	852	584
Huila	Pitalito	12 012	13 091	861	525
Cauca	Santander de Quilichao	12 633	11 028	721	516
Atlántico	Malambo	9 290	8 141	446	494
Norte de Santander	Villa del Rosario	5 427	6 393	631	451
Cundinamarca	Mosquera	6 350	7 743	381	417
Santander	Girón	8 291	8 337	341	415
Cauca	Guapi	3 037	5 183	153	372
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	9 026	8 054	765	332
Nariño	La Florida	743	767	39	34

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

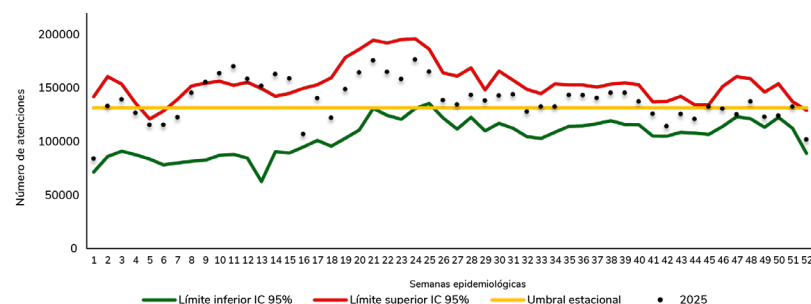
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 53 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 28,6 % (131 123) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 13,7 % (63 005). 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 11,9 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,4 %.

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 53 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 53 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

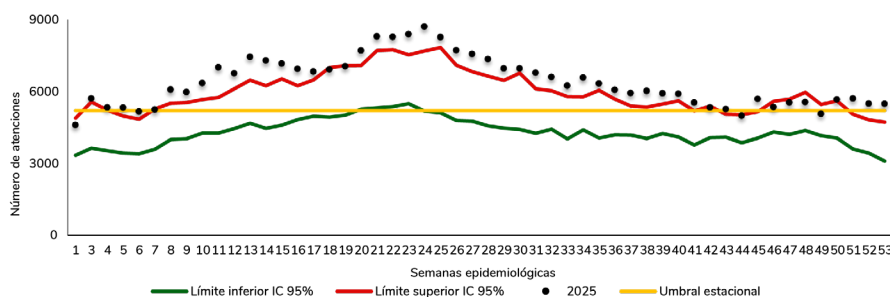
En la semana epidemiológica 53 del 2025 se notificaron 5 495 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Chocó, Guainía, La Guajira, Norte de Santander y Putumayo e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 53 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 261) representaron el 43,0 %, seguido de los menores de un año con el 20,8 % (3 518). 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 24,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,7 %.

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 epidemiológicas 18 y 19. A partir de la semana 25 y hasta la semana 49 se observó una disminución ubicándose por debajo o sobre el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 50 a 53 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 53 del 2025

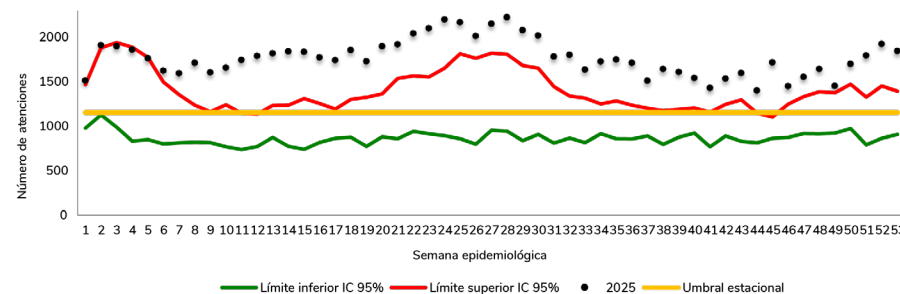


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 53 del 2025, se notificaron 1 845 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 53 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 53 del 2025



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

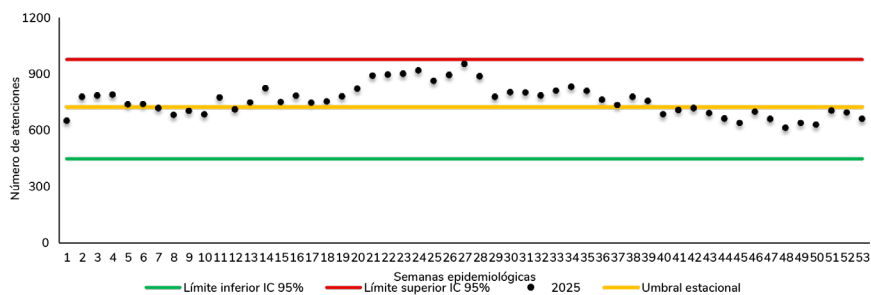
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 53 del 2025 se notificaron 685 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Caldas, Chocó, Córdoba, Huila, Quindío, Tolima y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare y Guaviare. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 53 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,6 % (1 074), seguido de los menores de un año con el 19,4 % (587) 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 20,0 % seguido de los niños de un año con el 16,0 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, a nivel nacional se observa, desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39, una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior en la semana 28. Posteriormente, entre las semanas epidemiológicas 40 a 53 se evidencia una disminución, con valores que se ubican por debajo del umbral estacional, exceptuando la semana 45, en las cuales se registran nuevamente valores por encima 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 53 del 2025

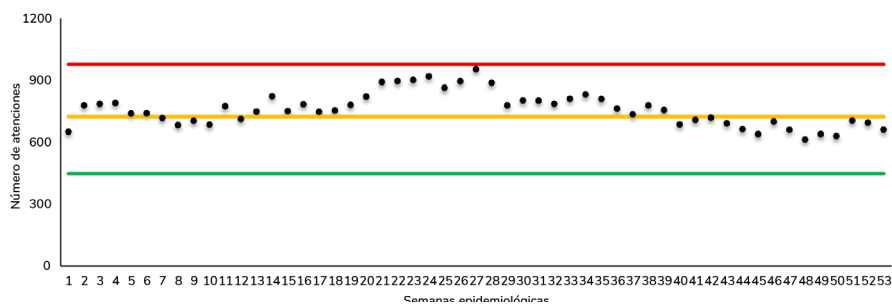


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 53 del 2025, se notificaron 299 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 encima 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 53 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 50 a 53 de 2025 se observó una variación porcentual negativa en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y positiva en las hospitalizaciones en sala general y 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 53 se encontraron dentro de los límites esperados; 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 de 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. Esta situación, sumada a las condiciones ambientales descritas y a la evidencia de circulación de influenza A(H3N2) en el país, podría incrementar la demanda de servicios de salud, particularmente en los servicios de hospitalización en sala general y en las unidades de cuidado intensivo (UCI/UCIM), especialmente en poblaciones de mayor riesgo.

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).

¹ Instituto 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.

² Organización 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.

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



Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento en todas las regiones excepto Brasil y Cono Sur. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde predominó la influenza A(H1N1)pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto la subregión Caribe. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una tendencia decreciente en la región. 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 53, 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 general de la

positividad y una disminución en parainfluenza, 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 15).

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 46 a 53 del 2025

Agente viral identificado	SE 46 a SE 49			SE 50 a SE 53			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	52,5	58,8	41,1	56,0	62,8	41,1	
Rinovirus	15,1	14,4	10,3	14,2	13,0	4,3	
VSR	19,5	29,3	2,6	21,3	30,4	4,3	
Enterovirus	7,9	6,6	7,7	7,1	6,1	8,7	
Adenovirus	7,2	8,4	-	7,1	10,4	-	
Influenza B	0,3	-	-	-	-	-	
Influenza A	12,0	4,2	33,3	15,8	7,0	34,8	
Parainfluenza	12,7	17,4	7,7	8,7	11,3	4,3	
Metapneumovirus	6,2	7,2	5,1	9,8	9,6	17,4	
A(H1N1)pdm09	9,9	4,2	20,5	7,1	3,5	13,0	
SARS-CoV2	2,7	2,4	10,3	3,8	4,3	4,3	
A(H3N2)	2,4	1,8	2,6	2,7	2,6	4,3	
Coronavirus	4,1	4,2	-	1,6	1,7	4,3	

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

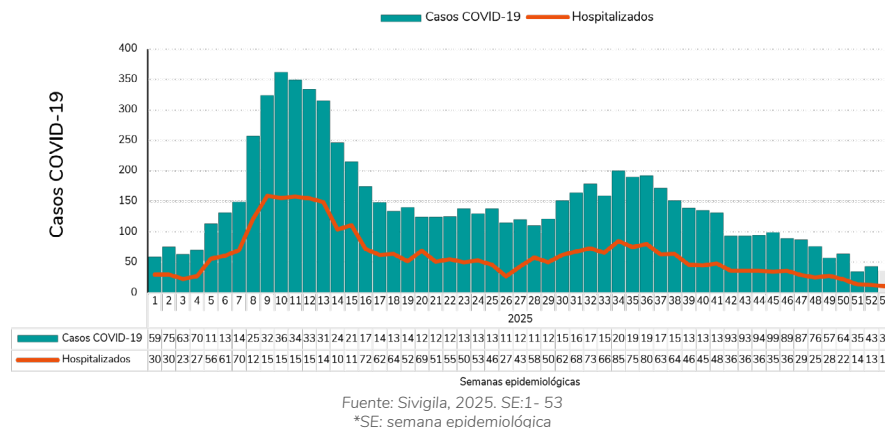
Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 53 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 ($p > 0,05$)).

Figura 12. Comportamiento de COVID-19. Colombia, Semana Epidemiológica 01-53 del 2025.



En el periodo epidemiológico actual (semana epidemiológica 50 a 53), se registró una incidencia de 0,33 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 27 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 68 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semana epidemiológica 46 a 49), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en Cesar y a nivel municipal en Duitama (Boyacá), Popayán (Cauca), Aguachica (Cesar) y Pasto (Nariño).

Entre las semanas epidemiológicas 46 a 49 y 50 a 53 se evidenció una disminución de los casos de COVID-19 en casi todos los grupos de edad. Las reducciones más marcadas se observaron en el grupo de 90 a 99 años (-66,7 %), seguido de 5 a 9 años (-64,7 %), 50 a 59 años (-62,5 %), 10 a 19 años (-58,8 %) y menores de 1 año (-51,6 %). No obstante, se observó un aumento en el grupo de 2 a 4 años (15,4 %) (tabla 16).

En Colombia, durante el 2025 y con corte a SE 53 de 2025 (3 de enero de 2026), de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 7 731 casos de COVID-19 (7 707 de procedencia Colombia y 24 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 53 del 2025), se ha observado una disminución del 42,4 %, con 178 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semana epidemiológica 46 a 49 del 2025), en el cual se reportaron 309 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 49,1 % pasando de 118 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 60 casos en el periodo analizado (figura 12).

Tabla 16. Comportamiento de COVID-19 por grupos de edad en Colombia, Semana Epidemiológica 01-53 del 2025

Grupos de edad	SE 46-49	SE 50-53	Variación porcentual	Tendencia
Menor de un año	91	44	-51,65	
1 año	17	15	-11,76	
2 a 4 años	13	15	-15,38	
5 a 9 años	17	6	-64,71	
10 a 19 años	17	7	-58,82	
20 a 29 años	21	12	-42,86	
30 a 39 años	28	14	-50,00	
40 a 49 años	13	10	-23,08	
50 a 59 años	24	9	-62,50	
60 a 69 años	21	20	-4,76	
70 a 79 años	30	15	-50,00	
80 a 89 años	11	9	-18,18	
90 a 99 años	6	2	-61,67	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	

Fuente: Sivigila, 2025. SE:46- 53

Durante el 2025, en Colombia se han notificado 141 fallecimientos asociados a COVID-19, de los cuales 138 corresponden a casos de procedencia nacional y 3 a casos del exterior, lo que equivale a una tasa de mortalidad nacional de 0,26 fallecimientos por cada 100 000 habitantes.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (50 a 53), se registraron cuatro fallecimientos: dos en Bogotá D. C., uno en Huila y uno en Antioquia.

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, 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 53 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 53 del 2025 se notificaron 2 183 casos de dengue: 1 503 casos de esta semana y 680 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 125 119 casos, 77 292 (61,8 %) sin signos de alarma, 46 585 (37,2 %) con signos de alarma y 1 242 (1,0 %) de dengue grave.

El 53,8 % (67 261) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Meta, Córdoba, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima y Atlántico (tabla 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025) el 52,8 % (4 308) de los casos se concentran en Cartagena de Indias D. T., Santa Marta D. T., Meta, Norte de Santander, Cesar, Santander, Barranquilla D. E., y Atlántico.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025.

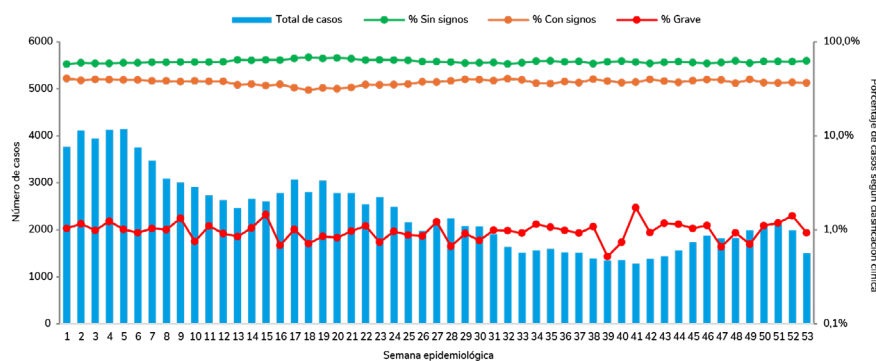
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 45-48 de 2025)	Observado (SE 49-52 de 2025)
Santander	11 183	33,2	0,6	599	539
Meta	10 551	33,1	1,2	487	583
Córdoba	10 488	37,5	0,3	282	296
Norte de Santander	8 895	40,6	1,3	547	553
Antioquia	8 034	35,1	0,8	306	299
Cartagena de Indias D. T.	7 461	23,8	1,1	773	1 009
Tolima	5 761	32,7	1,0	272	318
Atlántico	4 888	45,1	1,5	449	402
Bolívar	4 596	39,3	0,8	397	367
Valle del Cauca	4 464	26,1	0,6	229	224
Cesar	4 362	55,5	1,5	544	542
Cundinamarca	3 817	39,7	0,6	102	137
Barranquilla D. E.	3 735	38,7	1,3	372	475
Sucre	3 728	57,5	0,8	106	152
Santiago de Cali D. E.	3 390	34,6	0,7	149	181
La Guajira	3 389	58,2	1,5	292	309
Huila	3 243	35,5	3,2	66	110
Putumayo	2 966	28,0	0,7	69	71
Arauca	2 608	32,7	0,9	82	95
Magdalena	2 530	57,5	0,9	282	385
Caquetá	2 310	39,8	1,3	32	26
Santa Marta D. T.	1 768	47,0	0,6	436	607
Casanare	1 533	31,6	0,4	34	49
Chocó	1 229	17,6	0,9	82	54
Nariño	1 178	34,0	1,4	52	49
Risaralda	1 113	35,7	1,4	18	29
Guaviare	1 057	21,5	0,7	23	59
Cauca	1 026	37,3	1,6	24	25
Quindío	941	27,9	0,2	58	48
Vichada	729	31,4	0,5	9	10
Boyacá	726	45,2	0,3	18	50
Amazonas	445	27,0	0,2	38	44
Caldas	320	49,1	0,3	8	14
Exterior	298	51,0	5,0	13	18
Buenaventura D. E.	202	34,2	2,0	12	4
Vaupés	67	14,9	1,5	2	21
Archipiélago de San Andrés y Providencia	56	41,1	0,0	2	4
Guainía	32	40,6	0,0	1	5
Colombia	125 119	37,2	1,0	7 267	8 163

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 45 a 48 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Boyacá, Caldas, Cartagena de Indias D. T., Casanare, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Magdalena, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre y Vaupés; Buenaventura D. E. y Chocó presentan una tendencia al descenso superior al 30,0 %; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

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 49 a 52 del 2025) fueron: Cesar, Magdalena, Risaralda, Sucre, La Guajira y Vichada.

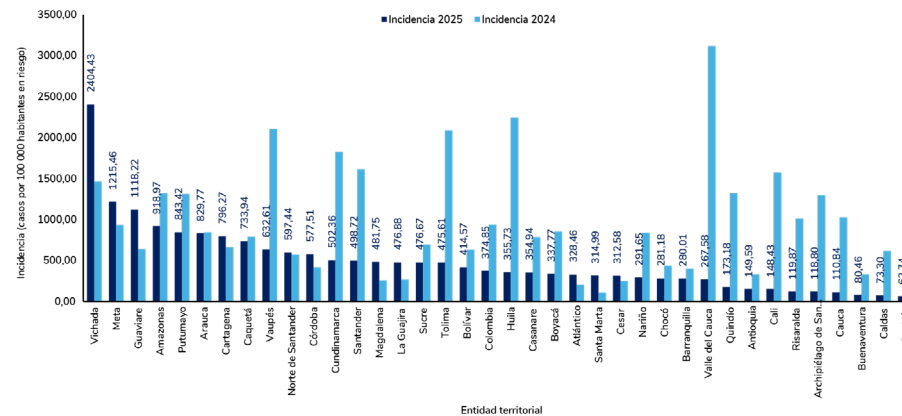
Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2025.



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

A semana epidemiológica 53 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 374,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 937,4 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Meta y Guaviare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 52 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 716,4 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2024-2025.



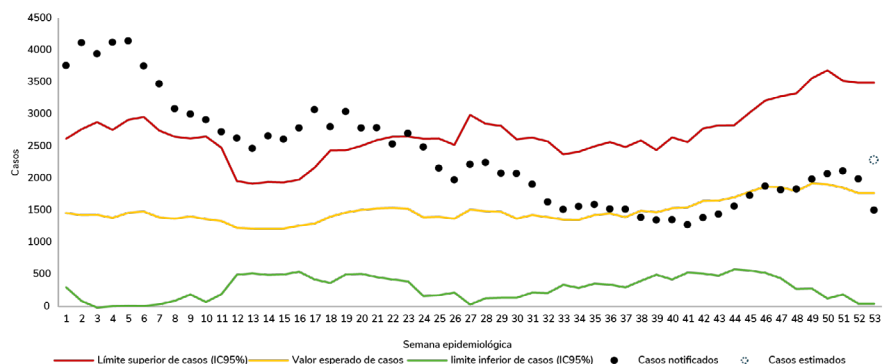
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

En la semana epidemiológica 53 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 12,3 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 45 a 48 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 51,4 % (19) se encuentra dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 13,5 % (5) 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 18).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 53 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 7,9 % (65) 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 15,8 % (9/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 15. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2025.



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 53, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de diciembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias D. T., Cesar	Magdalena, Santa Marta D.T., Vaupés	
Alerta	Bolívar	Antioquia, Chocó, Quindío, Norte de Santander y Santander	Amazonas, Arauca, Boyacá, Guainía, Guaviare, Meta, Vichada
Dentro de lo esperado	Atlántico, Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, La Guajira, Nariño, Tolima, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Caquetá, Casanare, Cauca, Santiago de Cali D. E., Putumayo, y Huila.

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

Tabla 19. 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 53 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 45-48, 2025)	Observado (SE 49-52, 2025)
Antioquia	Bello	22,7	126	6	9
	Itagú	22,2	61	3	11
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	686,1	7 239	773	1 009
Cesar	Valledupar	223,5	1 234	180	232
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	318,1	1 757	436	607
Magdalena	Ciénaga	195,3	249	48	39
Meta	Villavicencio	1 071,8	5 465	331	435
Santander	Barrancabermeja D. E.	377,8	811	58	81
Arauca	Arauca	272,0	273	16	18

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

A semana epidemiológica 53 del 2025, se han notificado 399 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 120 casos, se descartaron 240 casos y se encuentran en estudio 39 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,09 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 284 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 53, 2025	Letalidad por dengue a SE 53, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	4	0	0,36	0,13
La Guajira	11	2	0,32	0,05
Cauca	3	0	0,29	0,08
Vichada	2	0	0,27	0,23
Santa Marta D. T.	3	1	0,17	0,16
Putumayo	5	0	0,17	0,26
Chocó	2	0	0,16	0,11
Huila	5	0	0,15	0,02
Antioquia	10	2	0,12	0,12
Magdalena	3	5	0,12	0,00
Cesar	5	0	0,11	0,23
Barranquilla D. E.	4	2	0,11	0,02
Quindío	1	0	0,11	0,11
Meta	10	1	0,09	0,10
Guaviare	1	0	0,09	3,16
Santander	10	4	0,09	0,09
Bolívar	4	4	0,09	0,13
Sucre	3	4	0,08	0,13
Cartagena de Indias D. T.	6	1	0,08	0,11
Arauca	2	0	0,08	0,19
Norte de Santander	6	3	0,07	0,12
Córdoba	7	2	0,07	0,01
Santiago de Cali D. E.	2	1	0,06	0,06
Cundinamarca	2	1	0,05	0,06
Tolima	3	3	0,05	0,09
Atlántico	2	0	0,04	0,07
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,05
Caldas	0	1	0,00	0,11
Exterior	4	0	1,34	1,02
Colombia	116	39	0,09	0,09

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

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 53 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° C) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium spp.*, mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)¹.

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

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

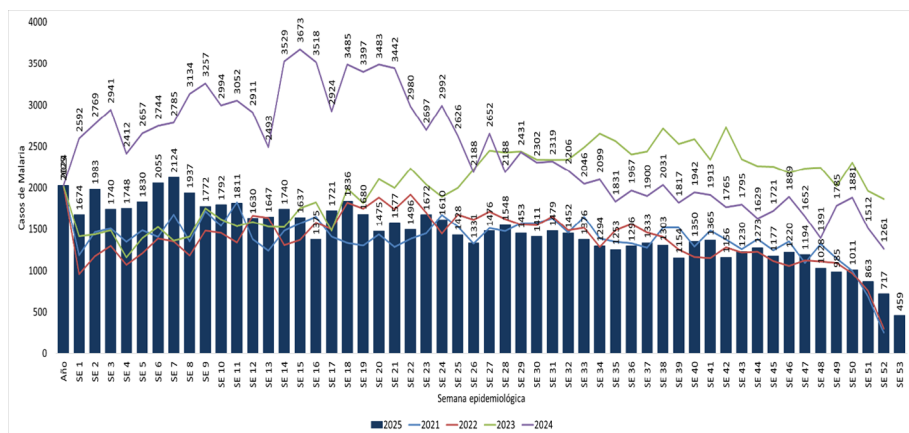
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 16. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 53 del 2025 se notificaron 1 139 casos de malaria, para un acumulado de 77 177 casos, de los cuales 75 836 son de malaria no complicada y 1 341 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 69,2 % (53 378), seguido de *Plasmodium falciparum* con 29,6 % (22 881) e infección mixta con 1,2 % (918). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,7 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,2 %), Antioquia (15,1 %), Nariño (11,9 %), Córdoba (8,1 %), Vaupés (5,8 %), Amazonas (5,1 %), Risaralda (4,5 %), Cauca (3,2 %), Guainía (2,8 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,6 %), Bolívar (2,2 %) y Meta (1,6 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,6 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 45 a 48	Casos 2025 SE 49 a 53	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Córdoba	Tierralta	3 800	224	287	38,08
Vaupés	Mitú	3 683	150	85	151,59
Risaralda	Pueblo Rico	3 124	273	120	186,07
Chocó	Quibdó	3 021	119	113	20,89
Antioquia	El Bagre	2 447	192	155	43,46
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	2 030	107	80	6,26
Chocó	Lloró	1 990	119	85	187,54
Guainía	Inírida	1 962	239	270	51,74
Chocó	Bagadó	1 895	208	136	160,01
Nariño	El Charco	1 740	56	36	74,84
Nariño	Roberto Payán	1 710	31	30	128,30
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 656	83	91	378,51
Chocó	Bajo Baudó	1 622	54	76	47,80
Chocó	Tadó	1 551	64	50	76,96
Nariño	Olaya Herrera	1 521	47	35	57,46
Chocó	Alto Baudó	1 384	93	46	44,26
Nariño	Magüí	1 380	49	20	5,17
Chocó	Istmina	1 355	81	70	40,07
Vichada	Cumaribo	1 344	42	39	15,45
Chocó	Medio San Juan	1 256	57	73	106,77
Córdoba	Puerto Libertador	1 239	58	51	27,28
Cauca	Timbiquí	1 231	72	36	43,79
Bolívar	Montecristo	996	64	76	54,22
Cauca	Guapi	957	46	29	32,40
Antioquia	Nechí	950	32	58	34,05
Boyacá	Cubará	948	23	15	111,28
Amazonas	La Pedrera (CD)	926	268	137	217,68
Nariño	Barbacoas	925	24	33	15,78
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	878	24	12	3,29
Chocó	El Cantón del San Pablo	863	33	17	124,96
Antioquia	Turbo	835	44	36	6,21
Chocó	Carmen del Darién	835	28	46	37,69
Antioquia	Chigorodó	805	31	32	12,93
Antioquia	Segovia	742	36	47	18,13
Antioquia	Cáceres	667	29	50	21,41

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 71,6 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 46,8 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Bagadó, Lloró, Puerto Libertador, Cumaribo, Cubará, Alto Baudó y La Pradera y en incremento Tierralta, Inírida y Montecristo (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Buenaventura D. E., Timbiquí, Magüi, Roberto Payán, Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Lloró, Itsmina y Bagadó y en incremento el municipio de Quibdó, Tierralta y Barbacoas como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 45 a 48 de 2025	Casos SE 49 a 53 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	150	83	-45 %	6,8 %
Córdoba	Tierralta	200	240	20 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	242	112	-54 %	5,2 %
Antioquia	El Bagre	166	141	-15 %	3,8 %
Guainía	Inírida	214	249	16 %	3,6 %
Chocó	Quibdó	59	54	-8 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	67	76	13 %	2,5 %
Chocó	Bagadó	138	100	-28 %	2,4 %
Chocó	Lloró	70	64	-9 %	2,2 %
Córdoba	Puerto Libertador	57	51	-11 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	39	33	-15 %	2,0 %
Boyacá	Cubará	23	15	-35 %	1,8 %
Chocó	Alto Baudó	53	30	-43 %	1,8 %
Amazonas	La Pedrera (CD)	267	137	-49 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	63	76	21 %	1,7 %

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 45 a 48 de 2025	Casos SE 49 a 53 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	45	28	-38 %	7,1 %
Chocó	Quibdó	51	57	12 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	51	35	-31 %	5,4 %
Cauca	Timbiquí	77	35	-55 %	5,4 %
Nariño	Magüi	32	14	-56 %	4,5 %
Nariño	Roberto Payán	14	12	-14 %	4,4 %
Cauca	Guapi	35	29	-17 %	3,9 %
Chocó	Tadó	29	24	-17 %	3,6 %
Chocó	Bajo Baudó	32	28	-13 %	3,6 %
Nariño	Olaya Herrera	17	17	0 %	3,6 %
Chocó	Lloró	30	11	-63 %	3,2 %
Chocó	Istmina	41	35	-15 %	3,0 %
Chocó	Bagadó	52	32	-38 %	2,6 %
Córdoba	Tierralta	39	46	18 %	2,6 %
Nariño	Barbacoas	9	15	67 %	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 53 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 6 departamentos en situación de incremento y 6 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 37 municipios en incremento y 43 municipios en decremento (tabla 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 52 2024	SE 52 2024	Acumulado a SE 53 2025	SE 53 2025	Esperado	Observado
Guainía	Inírida	5	4 288	28	1 981	72	166	274
Meta	Puerto Gaitán	4	124	1	708	37	10	168
Antioquia	El Bagre	5	3 214	30	2 465	26	120	155
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	223	2	933	0	44	137
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	690	21	1 671	0	37	91
Vichada	Puerto Carreño	4	96	4	583	11	12	85
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	5	3 573	19	2 081	13	70	84
Bolívar	Montecristo	4	1 179	14	1 035	20	50	77
Chocó	Medio San Juan	5	1 740	2	1 260	15	50	73
Chocó	Istmina	5	1 659	18	1 368	11	53	71
Antioquia	Vigía del Fuerte	5	1 026	6	582	15	40	61
Antioquia	Nechí	5	575	3	957	24	21	59
Antioquia	Cáceres	4	512	4	669	2	20	51
Antioquia	Segovia	4	591	10	752	4	32	47
Guaviare	San José del Guaviare	5	483	1	669	8	33	40
Vaupés	Taraira	5	103	0	315	7	8	38
Antioquia	Chigorodó	5	1 587	16	813	13	28	33
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	0	227	4	8	23
Antioquia	Frontino	4	722	5	303	3	11	19
Risaralda	Mistrató	4	414	1	107	6	7	18
Nariño	Santa Bárbara	4	499	0	317	2	10	16
Caquetá	Florencia	4	122	7	303	6	5	16
Guainía	Barrancominas	4	75	0	102	1	4	15
Antioquia	Yondó	4	24	1	80	3	2	15
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	0	262	1	5	13
Chocó	Juradó	4	141	0	355	0	8	12
Meta	Puerto Concordia	4	41	0	91	1	2	12
Antioquia	Anorí	4	70	0	125	1	6	11
Putumayo	Puerto Leguízamo	4	9	0	67	2	2	11
Amazonas	Mirití - Paraná (CD)	4	23	0	68	0	2	9
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	23	0	30	5	2	9
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	5	0	72	0	3	8
Risaralda	La Virginia	4	40	0	132	1	1	6
Antioquia	Puerto Berrío	4	20	0	22	0	1	5
Guainía	San Felipe (CD)	4	26	0	20	0	0	4
Arauca	Tame	4	11	1	26	0	1	3
Córdoba	San Pelayo	4	9	0	5	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 período de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

A semana epidemiológica 53 del 2025, se han notificado 20 269 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 20 120 corresponden a residentes en Colombia y 149 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 53 semanas epidemiológicas (1 del 2025 a 53 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 142 municipios a nivel nacional (12,6 %) y de disminución en 34 municipios (3,0 %) (tabla 25).

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

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (29,3 %) y de 1 año (27,3 %). Según el área de residencia, el 66,2 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 53 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Santa Marta D. T y Sucre, 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 demás 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 17 municipios (tabla 26).

Tabla 25. 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 53, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 53 de 2024	Casos a SE 53 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 53 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	24 017	20 120	0,56	12,6	3,0
La Guajira	2 848	1 765	1,63	20,0	0,0
Vichada	316	203	1,46	0,0	25,0
Chocó	1 060	811	1,42	22,6	6,5
Magdalena	703	755	0,92	34,5	3,4
Risaralda	444	452	0,81	28,6	0,0
Cesar	908	862	0,73	12,0	4,0
Guaviare	96	69	0,71	0,0	25,0
Amazonas	71	65	0,69	0,0	0,0
Cartagena de Indias D. T.	442	503	0,67	0,0	0,0
Casanare	293	235	0,63	0,0	10,5
Bolívar	651	606	0,61	24,4	2,2
Antioquia	2 786	2 526	0,61	27,2	1,6
Arauca	355	161	0,60	0,0	14,3
Boyacá	512	497	0,60	5,7	0,0
Nariño	887	665	0,57	10,9	1,6
Guainía	54	40	0,56	0,0	11,1
Bogotá D. C	3 060	2 484	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	655	685	0,55	7,5	2,5
Putumayo	189	170	0,55	0,0	0,0
Sucre	296	387	0,51	38,5	3,8
Buenaventura D. E.	234	172	0,51	0,0	0,0
Vaupés	58	34	0,50	16,7	16,7
Cundinamarca	1 396	1 146	0,48	5,2	1,7
Meta	528	379	0,47	6,9	3,4
Santa Marta D. T.	140	181	0,47	100,0	0,0
Valle del Cauca	594	605	0,46	30,0	0,0
Huila	542	447	0,46	5,4	0,0
Tolima	474	338	0,42	8,5	2,1
Santiago de Cali D. E.	577	528	0,38	0,0	0,0
Barranquilla D. E.	257	320	0,38	0,0	0,0
Caquetá	193	135	0,37	0,0	6,3
Córdoba	608	503	0,34	13,3	3,3
Santander	643	472	0,32	6,9	3,4
Caldas	256	181	0,31	3,7	0,0
Atlántico	467	340	0,31	0,0	22,7
Cauca	328	315	0,28	7,1	4,8
Quindío	86	78	0,26	8,3	8,3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	5	0,13	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 1 del 2025 a SE 53 del 2025.

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

Tabla 26. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a Semana Epidemiológica 53 del 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	55	126
Tolima	Ibagué	68	101
Sucre	Sincelejo	43	90
Boyacá	Sogamoso	38	68
Antioquia	Rionegro	35	50
Huila	Pitalito	34	46
Cauca	Popayán	32	44
Valle del Cauca	Yumbo	39	41
Cundinamarca	Chía	27	40
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	19	40
Santander	Piedecuesta	45	39
Cesar	Aguachica	27	35
Antioquia	Envigado	16	30
Atlántico	Sabanalarga	42	28
Cundinamarca	Girardot	50	25
Bolívar	Turbaco	14	23
Santander	Floridablanca	32	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

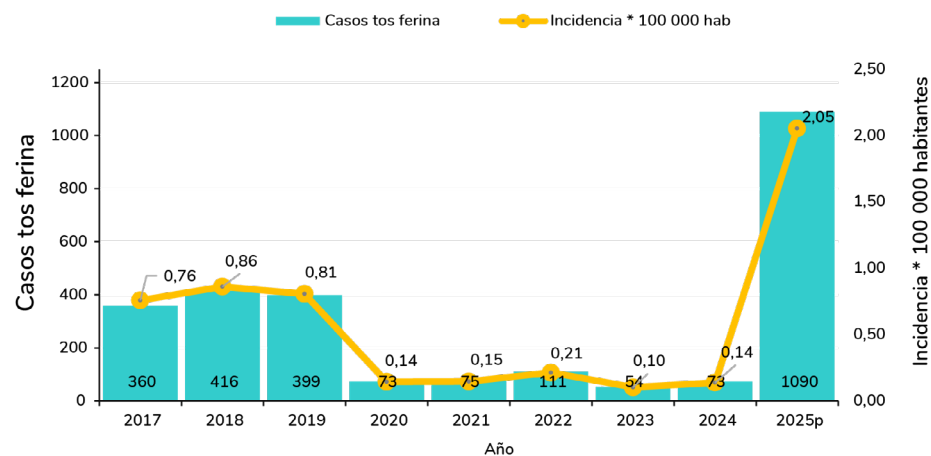
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 52 del 2025

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

Durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 52), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 7 322 casos de tos ferina. De estos, el 15,1 % (1 103 casos) fueron confirmados (1 090 con procedencia nacional y 13 importados), el 81,3 % (5 954 casos) fueron descartados y el 3,6 % (265 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 2,05 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 0,86 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina en Colombia, a SE 52, 2017 - 2025.

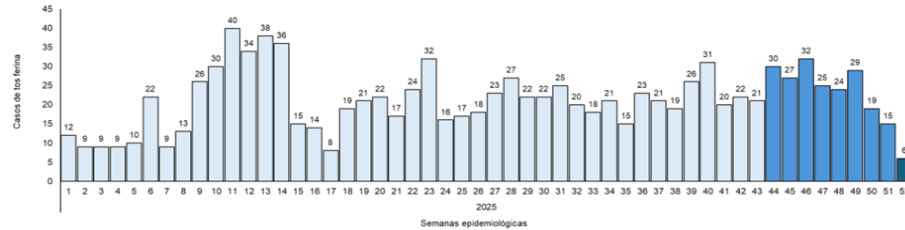


Fuente: Sivigila 2017 a 2025p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 18 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 52). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, los casos disminuyen, aunque se presentan repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (30 casos), 46 (32 casos) y 49 casos (29 casos). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52) se observa una disminución del 36,1 %, al pasar de 108 casos (semanas epidemiológicas 45–48) a 69 casos (semanas epidemiológicas 49–52).” Esta información está sujeta a cambios.

Figura 18. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 52, de 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 306 casos y una incidencia de 3,85 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 279 casos (4,03), Cundinamarca con 76 casos (2,15) y Cartagena de Indias D. T. con 45 casos (4,45).

La tabla 27 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 27. Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 52, de 2019 al 2025

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	0,75	0,13	0,15	0,21	0,10	0,14	2,05		1090
Bogotá D. C.	0,99	0,09	0,01	0,06	0,04	0,14	3,85		306
Antioquia	1,11	0,21	0,30	0,19	0,09	0,26	4,03		279
Cundinamarca	0,62	0,16	0,06	0,00	0,12	0,37	2,15		76
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	4,45		45
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,71		34
Santiago de Cali D. E.	0,45	0,31	0,04	0,00	0,18	0,13	1,41		32
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,85		30
Huila	0,90	0,35	0,09	0,00	0,08	0,42	2,23		27
Risaralda	0,94	0,10	0,00	0,62	0,00	0,10	2,29		23
Cesar	0,72	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	1,50		22
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,08	0,00	0,00	1,71		21
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	3,37		20
Valle del Cauca	0,26	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,81		17
Meta	0,38	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,38		16
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	1,24		16
Barranquilla D. E.	0,40	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	1,09		14
Atlántico	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88		14
Santander	0,45	0,13	0,91	0,04	0,04	0,04	0,58		14
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,19	0,00	0,00	1,12		12
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,18	0,53		9
Norte de Santander	1,15	0,12	0,00	0,00	0,47	0,06	0,47		8
Cauca	0,61	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	1,03		6
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	0,21	0,00	0,62		6
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,58		6
Tolima	0,15	0,07	0,15	0,07	0,36	0,14	0,43		6
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,06		4
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Caquetá	2,95	0,73	0,00	0,00	0,71	0,93	0,70		3
Arauca	1,07	0,34	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Putumayo	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51		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
Casanare	1,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas, la incidencia nacional fue de 0,13 casos por cada 100 000 habitantes (69 casos procedencia Colombia). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52) en Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Boyacá, Caquetá, Santa Marta D. T., Norte de Santander, Risaralda, Santander, Sucre, Casanare y Vaupés (tabla 28).

Tabla 28. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 45-48)	Casos PE actual (SE 49-52)	Incidencia PE anterior (SE 45-48)	Incidencia PE actual (SE 49-52)	Tendencia
Colombia	106	69	0,20	0,13	
Bolívar	0	5	0,00	0,41	
Cartagena de Indias D. T.	7	12	0,69	1,19	
Boyacá	0	2	0,00	0,15	
Caquetá	0	1	0,00	0,23	
Santa Marta D. T.	0	1	0,00	0,17	
Norte de Santander	0	2	0,00	0,12	
Risaralda	1	2	0,10	0,20	
Santander	2	3	0,08	0,13	
Sucre	0	1	0,00	0,10	
Casanare	0	1	0,00	0,21	
Vaupés	0	1	0,00	2,27	
Antioquia	33	12	0,48	0,17	
Atlántico	3	1	0,19	0,06	
Bogotá D. C.	12	6	0,15	0,08	
Caldas	3	1	0,28	0,09	
Cesar	6	4	0,41	0,27	
Córdoba	8	1	0,40	0,05	
Cundinamarca	10	2	0,28	0,06	
Chocó	2	1	0,34	0,17	
Huila	3	1	0,25	0,08	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Nariño	1	0	0,06	0,00	
Tolima	2	0	0,14	0,00	
Valle del Cauca	2	1	0,10	0,05	
Santiago de Cali D. E.	6	5	0,26	0,22	
Putumayo	1	0	0,26	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 52 del 2025

Durante el 2025 se confirmaron 128 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 29 municipios de 12 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 16 casos.

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

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios Bagadó y Bajo Baudó (Chocó), Tierralta (Córdoba), Frontino y Dabeiba (Antioquia), Puerto Gaitán (Meta), Vaupés (Mitu) y Mistrató (Risaralda) (tabla 29).

Tabla 29. Casos de tos ferina en población indígena, por departamento de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 52 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		128	10		
Risaralda	Mistrató	3	0	29/12/2025	09/02/2026
Antioquia	Dabeiba	8	0	15/12/2025	26/01/2026
Vaupés	Mitu	1	0	13/12/2025	24/01/2026
Chocó	Bagadó	16	2	06/12/2025	17/01/2026
Córdoba	Tierralta	16	2	25/11/2025	06/01/2026
Chocó	Bajo Baudó	1	0	21/11/2025	02/01/2026
Antioquia	Frontino	1	0	12/11/2025	24/12/2025
Meta	Puerto Gaitán	8	0	17/11/2024	29/12/2024

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, enero 07 del 2026

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, lo que correspondió a una letalidad del 56,5 %. En el acumulado 2025-2026p a corte 7 de enero, se han notificado 2 240 casos de fiebre amarilla. De estos, 120 casos han sido confirmados con procedencia de Colombia y tres (3) casos corresponden a procedencia exterior: Venezuela: Estado Apure dos (2) casos y Estado Amazonas un (1) caso. Adicionalmente, se han descartado 2 113 casos. En este periodo se han registrado 50 fallecimientos, de los cuales 42* fueron confirmados como causa de muerte por fiebre amarilla, cinco (5) con causa de fallecimiento diferente a fiebre amarilla y tres (3) casos en estudio, con una letalidad del 35 % (42/120) **.

En el acumulado de los años 2024 y 2025 se han registrado 143 casos confirmados de fiebre amarilla, la distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (123 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (24), Prado (18), Chaparral (9), Rioblanco (8), Purificación (8), 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).

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

**Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y tres (3) casos en estudio.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

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

El último caso humano confirmado, es un masculino de 35 años, con ocupación agricultor, con aseguramiento Asmetsalud, con procedencia Purificación Tolima (veredas tres mesetas), quien consulta inicialmente al Nuevo hospital La Candelaria de Purificación el 04/01/2026, y es remitido al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué en atención en UCI, con FIS 31/12/2025, sin antecedente vacunal para fiebre amarilla. Resultado 07/01/2026 PCR fiebre amarilla positivo, PCR dengue negativo.

Se han confirmados 77 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 60 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (18), Ataco (10), Cunday (8), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (3); 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. Se confirma por parte del LNR dos casos de epizootias correspondientes ejemplares del género *Aotus spp*, una hembra adulta y un neonato de sexo indeterminado, los cuales se encontraron en zona rural de la vereda San Buenaventura del municipio de Purificación (Tolima). A la fecha, se llevan 4 días sin tener confirmación del virus en Primates No Humanos (PNH).

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves, a nivel nacional. Diciembre 02 del 2025 al 03 de enero del 2026.

Actualmente, en Colombia, se han notificado siete (7) focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves domésticas de traspatio, en el departamento de Sucre, municipio de Guaranda (3) y en el municipio de Majagual (3); así como en el departamento de Magdalena, municipio El Retén (1).

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 273 aves susceptibles, con 165 animales sintomáticos y 142 mortalidades asociadas.

En El Retén, 70 aves susceptibles de las cuales 35 sintomáticas y 35 mortalidades. A la fecha, no se ha evidenciado afectación en fauna silvestre. El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) adelanta de manera continua las labores de

despoblamiento sanitario en los predios afectados, conforme a los protocolos establecidos. Los Departamentos de Sucre y Magdalena realizaron Sala de Análisis de Riesgo (SAR) con nivel de riesgo II, respuesta Departamental

Con relación con la población humana potencialmente expuesta, se han realizado acciones permanentes de seguimiento a casos humanos en los predios afectados, intensificación de la vigilancia epidemiológica en UPGD municipales, 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. Hasta el momento, no se han identificado por laboratorio casos de influenza A(H5N1) en humanos. La situación permanece activa y en monitoreo epidemiológico constante.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana, Secretaría Departamentales de Salud Sucre- Magdalena.

Caso confirmado de rabia animal en felino, Vergara (Cundinamarca), enero 05 del 2026

El 2 de enero del 2026 se confirmó un caso de rabia en un gato doméstico en la vereda Río Seco, municipio de Vergara, correspondiente a un felino joven sin antecedente de vacunación, que presentó comportamiento agresivo y ocasionó agresiones a dos personas, quienes consultaron oportunamente a los servicios de salud. El evento fue notificado al SIVIGILA y se identificó contacto con personas y animales domésticos. La zona presenta coberturas incompletas de vacunación antirrábica, así como factores de riesgo ambientales, entre ellos la presencia de murciélagos. Tras la orientación sanitaria, se realizó toma y envío de muestra, la cual fue confirmada positiva por el Laboratorio Nacional de Referencia. Como acciones de control, se instauró profilaxis antirrábica en las personas expuestas, aislamiento y observación de los animales en contacto, en Sala de Análisis de Riesgo se clasifica el nivel de riesgo II, con respuesta articulación municipal y departamental. Se encuentran pendientes acciones de búsqueda activa, fortalecimiento de la vacunación en foco y perifoco y envío de SITREP, con desplazamiento a territorio programado 06/01/2026. La información es preliminar y sujeta a cambios conforme avance la investigación epidemiológica.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana. Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca.

Seguimiento y valoración del riesgo, Volcán Puracé, Cauca, enero 07 del 2026

El Volcán Puracé mantiene alerta naranja, declarada el 29 de noviembre del 2025. Al 07 de enero del 2026, persiste actividad sísmica asociada al movimiento de fluidos, tremor volcánico continuo y fracturamiento de roca superficial. Durante

el periodo evaluado se registraron cuatro (4) emisiones de ceniza, con columnas superiores a 700 metros sobre la cima, con dispersión predominante hacia el nororiente. Se mantienen las emisiones de dióxido de azufre (SO₂) y el incremento de temperatura en el cráter, consistentes con un sistema volcánico activo.

En cuanto a las condiciones sanitarias, se reportan cuatro (4) Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) activos, actualmente sin población alojada, los cuales cuentan con inspecciones sanitarias realizadas y requerimientos en seguimiento. En la zona de amenaza alta se tiene un censo de 263 familias. El análisis de muestras de agua para consumo humano evidencia riesgo sanitario por coliformes totales, sin alteraciones fisicoquímicas ni presencia de metales asociados a la actividad volcánica.

Respecto a los eventos de interés en salud pública, durante la semana epidemiológica 52 se evidenció incremento de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Timbío, Balboa, La Vega y Totoró, aumento de hospitalización por IRA en Popayán, y notificación de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Popayán y Patía, sin evidencia de brotes directamente asociados a la actividad volcánica.

Se mantiene activo el Puesto de Mando Unificado (PMU). La valoración del riesgo en salud pública continúa clasificada como bajo (verde). La situación permanece en seguimiento permanente por el GFRA-INS, en articulación con las autoridades territoriales del Cauca.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud de Cauca, Servicio Geológico Colombiano (SGC), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana. Información preliminar, sujeta a cambios y en seguimiento por GFRA-INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 53 del 2025 no se notificaron casos o alertas de Mpox clado 1b, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional-INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación de Sarampión en México. Secretaría de Salud de México. Fecha de publicación: 31 de diciembre del 2025.

En el 2025, hasta la semana epidemiológica 52, se han confirmado 6 152 casos de sarampión, ubicados en Aguascalientes (2), Baja California (16), Baja California Sur (8), Campeche (14), Chiapas (158), Chihuahua (4 481), Ciudad de México (35), Coahuila (55), Colima (24), Durango (40), Guanajuato (4), Guerrero (240), Hidalgo (1), Jalisco (547), México (12), Michoacán (227), Morelos (22), Nayarit (6), Nuevo León (2), Oaxaca (6), Querétaro (12), Quintana Roo (2), San Luis Potosí (6), Sinaloa (84), Sonora (111), Tabasco (2), Tamaulipas (12), Yucatán (1) y Zacatecas (22).

De los casos confirmados el 51,1 % (3 146) corresponde a mujeres, el grupo etario mayormente afectado es el de 1 a 4 años con 15,3 % (942), seguido del grupo de 25 a 29 años con 11,3 % (695). El 91,1 % (5 603) no cuenta con antecedente de vacunación, mientras que el 6,1 % (375) cuenta con una dosis y el 2.8 % (174) cuenta con dos o más dosis.

En las últimas dos semanas se han identificado 277 casos activos (con fecha de inicio del exantema en los últimos 14 días). La mayor proporción de casos activos la concentró Chiapas representó el 33,6 % (93) de los casos activos, principalmente en los municipios de San Cristóbal de las Casas, Simojovel, Chenalhó, Tuxtla Gutiérrez y Comitán; Jalisco con el 31,8 % (88), distribuidos principalmente en los municipios de Tonalá, Zapopan, Tlaquepaque y Tlajomulco; mientras que Sinaloa representó el 11,6 % (32), en los municipios de Escuinapa y Mazatlán.

Actualmente se han confirmado 24 defunciones distribuidas en los estados de Chihuahua (21), Durango (1), Sonora (1) y Jalisco (1). Ninguno contaba con antecedente de vacunación documentado. Se han identificado los genotipos B3 y D8 en el presente año.

Fuente: Secretaría de Salud de México. Boletín informativo No. 39 Situación epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación en México, semana epidemiológica 52. Fecha de publicación: 31 de diciembre de 2025. Fecha de consulta: 05 de enero de 2026.

Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1046136/Boletin_informativo_39_EP_V_SE_52_31_12_2025.pdf



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
Semana Epidemiológica 53 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 53

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	65	1	1	549	31	28	1	0	0	120	15	9	445	33	44	18	8	1	0	0	0
Antioquia	629	10	5	22258	1394	1731	67	3	4	2818	106	81	8034	225	299	1707	97	110	581	30	13
Arauca	124	3	1	960	60	79	24	0	0	853	13	41	2608	43	95	83	6	2	4	1	0
Atlántico	125	1	0	4543	272	333	71	9	3	2203	224	181	4888	405	402	55	5	1	3	1	0
Barranquilla D.E.	24	1	1	4993	253	429	48	11	8	1445	344	201	3735	721	475	108	18	7	24	1	0
Bogotá D.C.	2	0	0	25859	1790	2010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3895	172	260	135	12	8
Bolívar	304	4	1	3329	206	237	37	6	5	1806	163	153	4596	299	367	219	12	8	3	1	0
Boyacá	76	1	1	7740	477	540	2	0	1	328	7	18	726	19	50	697	35	30	12	1	2
Buenaventura D.E.	26	0	0	138	11	7	4	0	0	69	9	2	202	22	4	24	2	1	1	0	0
Caldas	83	1	1	4532	285	375	1	0	0	157	9	3	320	16	14	109	11	8	13	1	0
Santiago de Cali D.E.	7	0	0	5751	415	438	24	8	0	1173	274	53	3390	657	181	638	36	51	64	12	0
Caquetá	216	2	3	1328	91	113	29	1	1	920	53	12	2310	87	26	88	10	2	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	25	0	0	2288	137	223	85	9	13	1773	193	242	7461	424	1009	318	15	13	8	0	0
Casanare	194	3	1	2087	117	176	6	1	0	485	43	15	1533	103	49	89	7	8	47	0	0
Cauca	112	3	1	6403	442	489	16	1	1	383	34	9	1026	76	25	651	25	54	30	1	0
Cesar	338	4	5	3443	193	244	66	4	3	2421	157	296	4362	237	542	89	8	5	8	2	0
Chocó	218	2	1	328	14	20	11	0	0	216	12	11	1229	46	54	98	6	3	3	0	0
Córdoba	315	6	4	5811	374	471	35	3	3	3935	160	145	10488	345	296	295	28	15	6	0	0
Cundinamarca	97	2	5	16792	1061	1330	24	1	0	1514	98	46	3817	195	137	1171	51	77	24	2	1
Guainía	22	0	1	252	10	30	0	0	0	13	1	3	32	3	5	17	1	1	0	0	0
Guaviare	100	2	0	430	28	33	7	0	1	227	7	11	1057	28	59	48	7	0	1	0	0
Huila	165	2	1	7463	471	581	105	9	4	1152	149	38	3243	352	110	384	26	25	14	1	3
La Guajira	161	1	1	2500	153	168	50	6	5	1971	186	177	3389	256	309	67	7	3	6	1	0
Magdalena	169	3	4	2741	183	162	23	2	4	1455	72	208	2530	112	385	71	5	3	1	1	0
Meta	279	4	2	4965	304	375	125	2	11	3496	140	165	10551	330	583	181	15	5	116	3	0
Nariño	122	2	1	8445	533	705	16	1	1	400	20	19	1178	69	49	333	21	15	6	1	1
Norte de Santander	364	4	5	7551	441	594	116	5	8	3607	234	182	8895	422	553	374	27	22	31	12	0
Putumayo	169	2	3	2045	124	152	21	1	0	829	33	15	2966	84	71	135	7	4	0	0	0
Quindío	20	0	0	3367	223	263	2	0	0	263	12	11	941	33	48	46	8	4	30	1	0
Risaralda	65	1	0	4814	307	358	16	0	1	397	15	15	1113	26	29	178	16	25	10	3	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	447	30	26	0	0	0	23	8	2	56	13	4	7	2	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	49	2	0	2464	118	138	11	2	2	831	70	236	1768	111	607	39	3	1	6	0	0
Santander	246	3	2	8832	542	727	67	3	3	3713	182	201	11183	383	539	250	19	16	87	2	0
Sucre	109	3	5	3274	206	265	29	5	2	2145	160	94	3728	285	152	94	6	4	2	0	0
Tolima	172	3	2	8208	490	619	58	5	3	1886	311	85	5761	664	318	247	15	14	9	1	1
Valle del Cauca	81	1	1	10120	620	784	25	4	3	1167	254	67	4464	623	224	450	21	16	25	2	0
Vaupés	59	1	0	315	11	18	1	0	0	10	2	1	67	8	21	25	1	0	13	0	0
Vichada	65	0	3	297	18	22	4	0	0	229	2	7	729	7	10	28	1	5	0	0	0
Total nacional	5.397	76	62	197.662	12.438	15.283	1.227	102	90	46.433	3.772	3.055	124.821	7.762	8.145	13.326	705	820	1.325	93	30

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 53

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	27	1	1	32	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	1	1	16	0	1
Antioquia	3886	240	201	722	70	34	11	1	3	13	5	1	133	7	14	772	54	50	273	17	16
Arauca	95	6	7	120	8	9	0	0	0	0	0	0	6	1	1	54	2	4	1	0	0
Atlántico	667	35	41	103	7	11	3	0	0	2	0	0	81	7	4	185	16	5	12	0	0
Barranquilla D.E.	710	42	36	106	7	3	28	2	0	1	0	0	125	5	5	251	13	29	30	2	3
Bogotá D.C.	4378	236	220	270	16	16	17	10	1	28	2	6	183	13	15	1113	68	58	390	15	26
Bolívar	282	18	7	150	9	10	2	1	0	6	0	0	40	3	5	136	11	12	42	2	0
Boyacá	543	32	29	184	13	12	0	1	0	0	0	0	24	3	1	92	7	3	33	2	1
Buenaventura D.E.	35	1	2	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	2	0	0	0	0
Caldas	576	39	45	152	16	9	2	1	0	0	0	0	14	1	1	76	7	6	71	4	0
Santiago de Cali D.E.	1190	72	67	138	12	6	1	1	0	4	1	0	41	2	2	277	17	12	12	0	0
Caquetá	104	7	5	116	14	9	0	0	0	0	0	0	18	1	1	45	3	2	4	0	0
Cartagena de Indias D.T.	356	25	17	49	5	1	2	1	0	1	0	0	24	2	5	108	8	7	5	0	1
Casanare	165	9	8	109	6	3	0	0	0	0	0	0	20	1	2	60	4	2	4	0	0
Cauca	313	25	14	309	33	25	4	1	0	2	0	0	24	2	3	106	11	4	35	1	5
Cesar	410	26	24	216	15	6	0	0	0	0	0	0	66	5	3	187	11	10	9	3	1
Chocó	28	1	2	61	2	3	1	4	0	1	0	0	6	1	0	41	2	1	1	0	0
Córdoba	618	37	41	285	17	14	7	1	0	4	0	0	87	6	13	313	19	14	23	0	1
Cundinamarca	1341	75	87	301	25	22	4	1	0	3	0	1	56	4	4	292	20	25	197	9	7
Guainía	7	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	1	0	0	0
Guaviare	46	2	4	19	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	20	0	2	1	0	0
Huila	332	25	20	328	29	29	1	0	0	2	0	0	34	3	5	123	9	7	26	1	3
La Guajira	187	11	5	91	6	6	0	0	0	1	0	0	24	2	0	126	5	6	21	0	2
Magdalena	221	17	9	88	8	4	0	0	0	0	0	0	28	3	2	106	7	6	8	1	1
Meta	368	25	17	265	22	16	1	0	0	1	0	0	44	3	3	184	11	12	21	1	1
Nariño	717	47	34	478	30	26	11	0	1	2	0	0	37	3	4	251	17	18	26	3	4
Norte de Santander	614	34	33	335	35	18	0	0	0	1	0	0	43	5	2	218	16	10	32	2	3
Putumayo	161	7	12	222	15	14	0	0	0	2	0	0	23	2	1	89	4	7	7	0	0
Quindío	245	17	10	92	10	3	0	0	0	0	0	0	12	1	1	70	7	5	7	1	0
Risaralda	641	45	34	175	15	14	8	0	0	12	0	0	18	2	1	239	11	10	41	3	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	20	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	225	11	7	53	3	0	0	0	0	0	0	0	11	1	2	51	5	9	8	0	0
Santander	920	47	58	314	21	12	3	1	1	11	0	0	59	3	3	196	14	18	80	4	7
Sucre	298	18	16	101	6	5	0	0	0	0	0	0	30	3	2	126	10	11	6	0	0
Tolima	536	31	25	276	28	15	4	0	0	1	0	0	23	3	1	97	9	8	25	1	1
Valle del Cauca	886	54	44	316	28	18	22	3	2	6	0	1	50	2	1	232	15	10	5	2	0
Vaupés	13	0	1	20	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0
Vichada	11	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0
Total nacional	22.172	1.321	1.185	6627	536	376	132	30	8	104	10	9	1.388	98	107	6.305	418	385	1.472	75	88

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 53

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexos epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	6	0	0	2	0	0	0	0	0	4052	126	210	6	1	1
Antioquia	1119	103	91	94	4	16	376	5	21	11610	605	510	266	29	42
Arauca	7	1	1	73	7	1	1	1	1	662	6	8	15	0	0
Atlántico	159	10	6	9	0	1	1	2	1	3	0	1	22	2	5
Barranquilla D.E.	332	20	17	28	3	2	6	4	6	0	0	0	38	4	4
Bogotá D.C.	2514	181	194	14	1	2	300	1	20	0	0	0	291	31	32
Bolívar	112	20	6	4	0	0	0	1	0	1742	80	105	25	4	8
Boyacá	78	9	3	8	1	0	2	1	2	954	0	10	45	3	7
Buenaventura D.E.	3	1	0	1	0	0	3	2	3	2081	79	59	8	1	3
Caldas	104	16	10	54	4	1	20	28	20	24	4	2	22	2	4
Santiago de Cali D.E.	286	44	27	79	4	18	141	4	4	5	2	0	123	12	29
Caquetá	20	4	0	9	0	0	11	3	11	474	12	29	16	4	4
Cartagena de Indias D.T.	39	22	8	0	0	0	5	4	5	8	0	1	33	3	7
Casanare	33	3	1	10	1	1	0	1	0	7	4	2	7	1	2
Cauca	63	8	6	10	1	1	5	4	5	2467	167	45	44	7	8
Cesar	100	9	8	35	2	3	2	3	2	23	3	4	36	3	5
Chocó	6	2	1	56	2	2	2	1	2	21623	1842	750	22	2	4
Córdoba	392	39	35	14	1	0	4	1	4	6170	738	313	37	6	5
Cundinamarca	310	26	18	21	1	2	15	7	15	0	0	0	91	7	13
Guainía	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2145	212	234	0	1	0
Guaviare	77	2	10	2	0	0	5	0	5	1196	82	54	1	2	1
Huila	113	16	5	10	1	1	20	2	20	1	0	1	33	3	6
La Guajira	27	1	2	13	1	1	1	1	1	39	2	1	17	1	4
Magdalena	29	3	0	12	1	0	0	0	0	8	1	0	10	0	0
Meta	169	14	15	14	1	1	24	10	24	1248	32	154	13	0	0
Nariño	236	25	11	18	2	2	14	10	14	9256	719	166	78	4	7
Norte de Santander	132	12	7	27	0	0	10	12	10	636	157	40	77	7	9
Putumayo	30	4	4	5	1	0	6	4	6	99	5	13	10	0	3
Quindío	144	19	12	6	0	1	10	5	10	3	1	0	13	0	0
Risaralda	186	13	30	1	0	0	6	1	6	3450	175	100	44	2	8
Archiipiélago de San Andrés y Providencia	5	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	55	2	5	40	6	1	1	1	1	0	0	0	14	2	1
Santander	127	11	7	18	1	0	2	2	2	13	1	4	115	4	16
Sucre	16	4	1	39	0	31	0	0	0	113	4	4	25	2	7
Tolima	92	12	3	39	3	2	15	6	15	0	0	0	29	4	3
Valle del Cauca	875	54	60	53	2	7	12	13	12	60	7	0	65	8	6
Vaupés	4	0	0	5	1	1	0	0	0	4442	144	95	17	1	1
Vichada	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1968	152	87	6	0	0
Total nacional	8.006	712	604	824	44	99	1.020	22	69	76.585	5.397	3.002	1.715	163	255

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 53

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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		
	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
Amazonas	7379	453	411	281	7	42	0	0	0	4740	328	172	20	18	20
Antioquia	1002697	82966	84062	46958	2934	3522	5270	822	585	381001	27838	28131	677	888	677
Arauca	27201	1864	1032	3822	83	198	109	3	14	8158	604	480	40	65	40
Atlántico	178367	9975	10417	3808	195	205	2414	190	376	73958	3764	3925	132	253	132
Barranquilla D.E.	253351	14960	16336	16027	392	1146	2098	183	244	91740	5474	5695	173	311	173
Bogotá D.C.	1884486	121927	110059	87878	4730	5571	10221	1413	1423	758180	47904	43787	687	881	687
Bolívar	152069	10227	9828	3198	221	243	544	114	79	33572	2408	2157	166	230	166
Boyacá	150186	10302	7673	8629	367	592	542	95	69	51935	3264	3130	116	144	116
Buenaventura D.E.	8054	849	332	110	3	1	12	1	1	2892	411	172	73	83	73
Caldas	97250	7914	6558	3760	287	269	1367	117	182	31578	2316	4094	73	99	73
Santiago de Cali D.E.	285229	23941	22618	9863	623	460	676	74	79	104246	13983	6559	269	308	269
Caquetá	35042	2597	1592	2299	114	147	37	9	4	15137	1229	1020	60	66	60
Cartagena de Indias D.T.	223969	16190	12505	13746	360	1119	1887	229	262	53350	3812	3311	173	266	173
Casanare	29447	1887	1274	595	46	13	60	12	8	10902	814	554	59	81	59
Cauca	123027	8875	6725	4314	196	291	655	68	59	44330	4625	2603	172	260	172
Cesar	150025	9185	7328	7627	519	408	566	66	75	30132	2949	1867	202	281	202
Chocó	42654	1785	2433	2079	126	39	51	2	9	17413	783	1160	113	197	113
Córdoba	228406	12923	12616	11150	425	695	1794	165	266	58580	3418	3072	262	414	262
Cundinamarca	427704	24197	23373	15605	735	890	1682	282	198	164328	9617	10046	378	426	378
Guainía	2858	182	98	142	18	7	1	0	0	1764	88	131	14	19	14
Guaviare	279722	473	282	449	28	51	42	8	0	3635	206	240	12	14	12
Huila	7418	9693	4052	4036	367	290	917	49	116	47233	3914	3423	135	179	135
La Guajira	109905	15474	17354	5854	447	406	366	70	90	49452	4543	3268	262	423	262
Magdalena	139468	7636	10258	4043	224	238	80	16	1	37848	2809	2613	138	194	138
Meta	93903	5480	5037	3654	159	190	296	56	42	48308	3282	2983	167	188	167
Nariño	152100	13565	9232	8617	447	494	195	37	22	51258	5224	3296	179	214	179
Norte de Santander	175601	13658	10683	10426	791	571	889	94	122	59020	4412	3353	151	248	151
Putumayo	36873	2126	1761	1413	94	48	40	7	7	12954	954	891	39	62	39
Quindío	63868	5904	4395	3265	255	281	500	65	101	28303	2086	2028	44	63	44
Risaralda	126349	8986	8104	5924	308	363	481	53	58	39665	3167	3006	80	116	80
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8138	561	553	1053	36	89	1	0	0	2951	257	139	11	14	11
Santa Marta D.T.	86052	3536	4047	3881	178	192	912	153	118	22369	1102	1283	66	99	66
Santander	277837	13849	16579	18665	969	1357	2426	366	304	94664	5838	6211	162	246	162
Sucre	101898	7280	5749	10277	473	698	1694	224	186	23470	2340	1477	110	195	110
Tolima	159780	12607	10178	10757	432	755	490	58	81	66903	4574	4323	118	169	118
Valle del Cauca	170656	12693	11794	4119	239	274	877	71	114	69919	5403	4964	178	213	178
Vaupés	8944	174	329	131	10	17	5	1	0	2735	54	79	13	16	13
Vichada	4084	261	145	23	3	3	2	0	0	1812	123	90	33	41	33
Total nacional	7.311.997	497.155	457.802	338.478	17.841	22.175	40.199	5.173	5.295	2.600.435	185.918	165.733	5.757	7.984	5.757

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 53

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos probables, Casos descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	2	1	0	5	0	0	46	3	1	28	0	1
Antioquia	11	14	0	697	53	32	33	7	1	2152	29	85	2744	151	166	733	17	15
Arauca	1	1	0	24	0	2	5	1	0	33	0	1	128	6	7	84	2	1
Atlántico	8	4	0	71	5	4	1	2	0	38	0	3	999	36	46	113	1	1
Barranquilla D.E.	2	3	0	185	8	11	0	2	0	72	1	3	1105	40	55	221	1	2
Bogotá D.C.	16	14	0	1566	90	91	885	7	29	2797	39	84	5244	266	248	2910	111	55
Bolívar	3	3	0	41	4	0	1	2	0	40	2	2	612	20	16	47	1	0
Boyacá	5	3	0	193	11	8	34	1	0	64	2	4	969	36	38	356	10	14
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	25	2	0	8	1	0
Caldas	4	2	0	78	7	5	1	1	0	62	1	2	415	29	10	54	1	2
Santiago de Cali D.E.	2	5	0	156	16	5	0	2	0	61	3	6	1090	78	53	519	32	14
Caquetá	0	1	0	41	3	0	1	1	0	5	1	1	241	8	1	27	5	1
Cartagena de Indias D.T.	4	2	0	72	5	1	2	2	0	67	1	9	601	28	22	17	0	0
Casanare	2	1	0	29	2	3	13	1	0	2	0	1	248	16	8	29	4	2
Cauca	4	4	0	93	5	4	5	2	1	28	2	1	470	16	12	311	21	20
Cesar	5	4	1	73	2	1	2	2	0	55	2	6	571	19	23	38	1	4
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	192	2	22	58	2	2	16	0	0
Córdoba	4	5	0	167	10	6	2	2	0	65	0	0	1177	59	33	124	1	0
Cundinamarca	7	8	1	445	25	25	279	3	6	599	9	17	2567	119	131	498	19	7
Guainía	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	0	94	0	0	2	0	0
Guaviare	0	0	0	11	0	0	3	1	0	11	7	0	92	4	3	4	0	0
Huila	6	3	1	164	11	8	11	2	0	81	3	1	670	36	37	108	5	5
La Guajira	3	3	1	34	2	1	0	2	0	43	0	3	529	19	14	41	2	1
Magdalena	0	3	0	40	2	1	0	1	0	33	1	0	391	13	10	18	0	0
Meta	6	3	0	97	7	4	13	1	1	185	1	4	705	32	22	102	1	2
Nariño	10	4	0	177	9	11	5	1	0	100	5	7	722	46	32	99	7	7
Norte de Santander	8	4	0	212	13	9	4	2	0	82	6	10	1259	57	87	88	0	2
Putumayo	2	1	0	35	2	1	1	1	0	22	0	1	229	11	11	146	16	4
Quindío	2	1	0	41	3	3	3	1	0	25	1	2	304	24	15	101	12	1
Risaralda	8	2	0	64	4	7	0	1	0	99	1	5	659	31	14	40	0	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	15	0	1	0	1	0	1	0	0	33	2	4	1	0	1
Santa Marta D.T.	3	1	0	16	1	2	0	1	0	9	0	1	226	8	9	39	1	0
Santander	3	5	0	109	6	7	1	2	0	106	7	6	855	47	58	301	6	6
Sucre	5	2	0	70	5	1	3	1	1	75	6	2	758	30	10	136	1	0
Tolima	7	3	0	90	3	2	7	1	0	48	2	0	935	55	39	87	4	2
Valle del Cauca	2	4	0	170	8	7	2	2	0	28	6	2	1300	67	42	239	25	5
Vaupés	0	0	0	3	0	0	3	1	0	72	0	2	10	0	0	13	0	1
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	0	0	32	2	0	9	0	0
Total nacional	145	115	4	5.299	344	263	1.328	65	39	7.372	130	293	29.113	1.455	1.279	7.707	308	177

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 53

Decremento
 Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
	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	61	65	0	0	0	0	23	25	77	102
Antioquia	0	0	0	1	1769	2526	1	1	0	2	513	713	5337	5661
Arauca	2	0	0	0	293	161	1	0	0	0	22	77	179	232
Atlántico	0	1	0	0	394	340	0	0	0	0	74	99	892	989
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	216	320	0	0	0	0	115	112	908	1029
Bogotá D.C.	0	0	0	0	3029	2484	3	1	0	0	709	1033	5068	5851
Bolívar	0	0	0	0	412	606	0	0	0	0	36	34	535	576
Boyacá	2	0	0	0	476	497	0	0	0	0	33	61	1027	1189
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	119	172	0	0	0	0	10	12	92	87
Caldas	0	0	0	0	174	181	0	0	0	2	61	73	1188	1125
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	451	528	1	0	0	0	229	260	1616	2118
Caquetá	1	0	0	0	184	135	0	0	0	0	27	26	250	238
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	262	503	0	0	0	0	47	59	536	606
Casanare	5	2	0	0	300	235	0	0	0	0	30	78	295	349
Cauca	0	0	0	0	304	315	0	0	0	1	73	86	861	892
Cesar	6	7	0	0	687	862	1	0	0	0	62	92	589	655
Chocó	0	0	0	0	688	811	1	1	0	0	38	45	106	159
Córdoba	1	0	0	0	540	503	0	0	0	0	90	129	1016	1134
Cundinamarca	0	0	0	0	1182	1146	0	0	0	3	150	199	2194	2797
Guainía	0	0	0	0	54	40	0	0	0	0	3	3	28	30
Guaviare	0	0	0	0	101	69	0	0	0	0	51	57	60	69
Huila	0	0	0	0	421	447	0	1	0	0	56	88	849	784
La Guajira	0	0	0	0	1997	1765	2	0	0	0	32	61	278	385
Magdalena	0	0	0	0	551	755	0	0	0	0	37	25	349	417
Meta	1	0	0	0	402	379	0	0	0	0	36	57	732	722
Nariño	0	1	0	0	635	665	0	0	0	0	91	95	1402	1674
Norte de Santander	2	0	0	0	684	685	4	0	0	0	177	272	1077	1205
Putumayo	0	0	0	0	184	170	0	0	0	0	57	61	325	327
Quindío	0	0	0	0	92	78	0	0	0	0	72	49	532	491
Risaralda	0	0	0	0	347	452	0	0	0	0	92	151	1189	1394
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	10	5	0	0	0	0	2		23	33
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	103	181	0	0	0	0	31	35	281	358
Santander	3	1	0	0	450	472	1	0	0	0	105	179	1547	1790
Sucre	1	0	0	0	221	387	0	2	0	1	32	33	497	498
Tolima	0	0	0	0	356	338	0	0	0	0	58	109	1206	1182
Valle del Cauca	0	0	0	0	433	605	1	0	0	0	80	139	1327	1464
Vaupés	0	0	0	0	71	34	0	0	0	0	15	28	70	117
Vichada	0	0	0	0	285	203	0	0	0	0	10	12	26	29
Total nacional	24	12	0	1	18.938	20.120	14	6	2	9	3.379	4.667	34.566	38.758

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 53

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	14	13	0	0	1	0	2	0	3	2	2	0	2	0
Antioquia	1048	1151	10	11	24	17	8	5	30	44	13	8	139	276
Arauca	16	17	0	1	2	0	2	0	3	2	2	2	6	5
Atlántico	1	4	2	0	9	8	1	2	12	3	7	3	32	31
Barranquilla D.E.	0	0	1	2	6	6	1	2	6	3	3	0	26	31
Bogotá D.C.	0	0	3	6	27	20	1	0	45	24	0	0	159	729
Bolívar	371	504	2	2	11	5	2	1	13	7	8	2	25	2
Boyacá	144	226	0	0	4	3	1	3	6	8	0	1	26	39
Buenaventura D.E.	15	21	0	2	3	1	0	1	4	5	3	1	7	2
Caldas	269	182	2	1	3	0	0	1	3	1	0	0	21	2
Santiago de Cali D.E.	2	3	2	1	7	5	1	1	7	9	2	1	46	55
Caquetá	229	232	1	5	3	2	0	1	6	5	3	3	9	4
Cartagena de Indias D.T.	2	3	7	7	8	2	0	1	11	9	3	1	20	24
Casanare	9	7	0	1	3	4	1	0	3	0	3	1	9	10
Cauca	55	66	0	1	8	2	4	5	10	9	1	2	32	11
Cesar	120	470	1	0	13	13	7	3	12	9	22	13	29	24
Chocó	255	235	1	1	14	9	33	20	29	40	37	46	12	14
Córdoba	183	182	2	1	13	6	1	4	15	13	7	9	40	37
Cundinamarca	199	162	1	5	14	8	0	1	11	20	3	0	71	84
Guainía	14	22	0	0	1	3	1	1	4	2	1	2	2	0
Guaviare	444	159	0	2	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	12	13	1	3	6	5	0	3	6	4	3	1	24	25
La Guajira	21	24	0	1	24	19	26	16	44	29	61	31	21	0
Magdalena	7	12	1	0	11	9	3	1	12	11	13	7	19	4
Meta	252	145	1	3	8	5	2	2	11	7	7	4	23	15
Nariño	257	172	1	1	13	9	2	1	10	10	5	2	34	12
Norte de Santander	222	203	1	0	8	12	2	1	6	5	4	0	34	35
Putumayo	228	203	0	1	3	2	1	2	3	2	1	0	8	14
Quindío	1	0	1	2	2	1	0	1	2	0	0	0	11	6
Risaralda	141	105	2	7	4	2	8	7	8	11	7	5	20	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	10	15	2	0	7	3	2	0	4	5	2	2	12	12
Santander	574	798	2	4	8	6	1	0	7	2	1	0	48	30
Sucre	113	72	2	2	6	2	1	0	7	6	3	1	21	36
Tolima	316	224	3	16	7	3	2	0	9	4	2	0	28	12
Valle del Cauca	19	17	2	3	6	2	2	1	11	7	5	1	42	54
Vaupés	39	36	0	0	1	0	2	5	4	7	1	2	2	0
Vichada	41	23	0	0	4	1	3	0	4	4	9	9	3	0
Total nacional	5.643	5.721	317	274	293	195	129	90	404	331	225	160	1.067	1.638

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 53

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa 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 nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	3	4	17	26	0	0	60	79	2	0	18	34	606	789
Antioquia	173	123	1167	1343	0	0	3568	4767	119	149	2688	2887	23038	24013
Arauca	49	15	178	140	0	0	141	144	2	0	78	96	1184	1419
Atlántico	52	28	362	354	0	2	471	559	17	25	421	447	2442	2750
Barranquilla D.E.	71	16	432	337	0	0	827	990	21	44	782	755	2599	3044
Bogotá D.C.	179	76	954	934	0	0	1388	1488	38	30	3790	3473	30664	35499
Bolívar	45	29	311	290	1	3	182	228	4	2	200	199	2440	2692
Boyacá	21	18	103	85	0	0	172	226	2	3	170	206	4070	4730
Buenaventura D.E.	23	20	145	104	0	0	157	225	8	5	99	121	405	307
Caldas	18	24	144	169	0	0	350	332	5	4	298	318	3161	3453
Santiago de Cali D.E.	32	30	466	532	0	1	1449	1612	47	60	1273	1356	8033	7572
Caquetá	8	12	94	105	0	0	238	319	6	8	91	101	1155	1233
Cartagena de Indias D.T.	78	46	346	381	0	2	401	509	4	6	543	547	1484	1781
Casanare	38	37	137	164	0	1	150	212	4	9	137	165	918	1034
Cauca	23	19	198	195	0	2	277	324	4	5	270	331	3491	3642
Cesar	38	24	343	264	0	0	423	474	3	14	344	397	2115	2333
Chocó	52	31	229	241	0	0	208	273	3	4	75	105	436	522
Córdoba	34	16	332	259	1	1	283	331	5	10	602	588	3697	3565
Cundinamarca	74	62	386	487	0	0	541	654	16	18	765	864	13415	16394
Guainía	7	7	18	15	0	0	19	43	0	0	6	10	215	265
Guaviare	4	2	27	16	0	0	43	44	1	2	33	30	308	392
Huila	22	12	156	155	0	1	436	492	9	13	380	376	6423	6644
La Guajira	75	44	371	355	0	0	491	669	7	9	264	329	1355	1563
Magdalena	33	30	234	267	0	3	177	202	3	4	151	191	1441	1579
Meta	52	49	267	305	0	0	650	866	21	31	297	327	2578	2784
Nariño	15	19	237	236	0	1	178	223	6	7	317	387	4304	5724
Norte de Santander	94	56	511	494	0	1	694	890	14	16	559	602	3993	4528
Putumayo	8	7	88	99	0	1	106	137	4	6	89	101	1378	1749
Quindío	14	11	98	105	0	0	275	348	4	7	287	230	2640	2754
Risaralda	26	19	183	198	0	0	593	728	28	14	533	548	3746	3944
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	6	11	0	0	8	17	0	0	13	7	201	276
Santa Marta D.T.	21	21	117	181	0	1	249	347	3	3	253	259	663	800
Santander	74	59	433	516	0	1	964	1612	27	21	642	751	6503	7215
Sucre	23	24	200	200	1	3	101	100	1	0	217	262	1889	2063
Tolima	37	30	183	156	0	1	593	769	14	19	362	507	3174	3629
Valle del Cauca	36	43	323	387	0	0	686	900	19	31	653	800	7258	7879
Vaupés	1	0	4	3	0	0	17	26	0	0	5	6	239	514
Vichada	10	13	38	40	0	0	35	37	0	2	13	15	262	258
Total nacional	1.682	1.080	10.069	10.149	3	25	17.601	22.196	469	581	17.718	18.728	153.923	171.332



Semana epidemiológica 53

28 de diciembre del 2025 al 3 de enero del 2026

TEMA CENTRAL

Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica

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: Alejandra del Pilar Díaz, Nidza Fernanda González. **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, Nubis Stella Narváez, 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, Sandra Patricia Silva Duarte, 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.

47# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.53>