



**20 años**  
**BES** 2005-2025

## Infección Respiratoria Aguda Colombia, 2025

Al iniciar el primer pico respiratorio la vigilancia epidemiológica y de laboratorio es fundamental para reducir la morbimortalidad de las infecciones respiratorias agudas y proteger a la población.

Semana  
epidemiológica

**16**

13 al 19 de abril de 2025

# BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

	Pág.
 <b>Tema central</b> Infección Respiratoria Aguda, Colombia, 2025	<b>3</b>
 <b>Situación nacional</b>	<b>8</b>
 <b>Mortalidad</b>	<b>10</b>
 <b>Eventos trazadores</b>	<b>17</b>
 <b>Brotes y alertas</b>	<b>35</b>
 <b>Tablas de mando por departamento</b>	<b>37</b>

## Comportamiento epidemiológico de la Infección Respiratoria Aguda, Colombia, 2025

A nivel mundial, las infecciones respiratorias agudas (IRA) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en menores de cinco años y mayores de 60 años. Su comportamiento presenta una marcada estacionalidad, con dos picos en cada semestre del año.

Durante el período epidemiológico III de 2025, se observa una tendencia sostenida en el aumento de las notificaciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) en todos los niveles de atención. Las consultas externas y atenciones por urgencias muestran un comportamiento estacional con picos marcados en dos momentos de año. Las hospitalizaciones en sala general reflejan una distribución más homogénea entre los años, aunque con un incremento notorio en 2024 y 2025. Por su parte las hospitalizaciones en unidades de cuidado intensivo (UCI) evidencian un patrón más variable con alzas destacadas en 2022 y nuevamente en 2024 lo que sugiere un aumento en la severidad de los casos en ciertos períodos (figura 1).

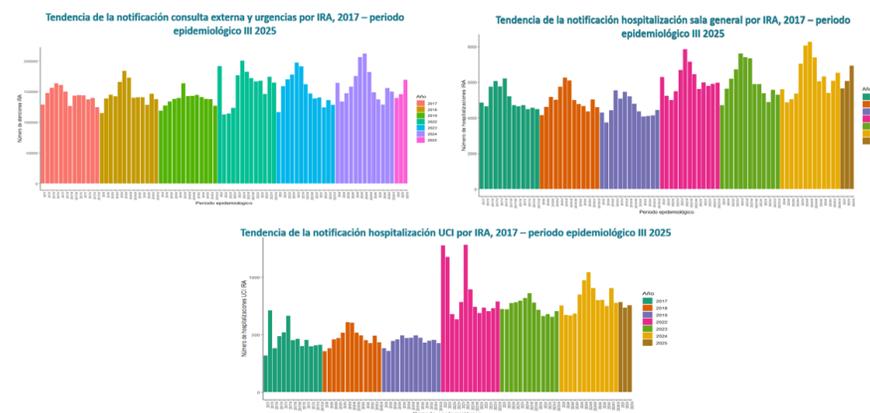
3

# TEMA CENTRAL

## Infeción Respiratoria Aguda, Colombia, 2025

Angélica María Rico Turca, [arico@ins.gov.co](mailto:arico@ins.gov.co)  
 Diana Marcela Forero Ombita, [dforero@ins.gov.co](mailto:dforero@ins.gov.co)

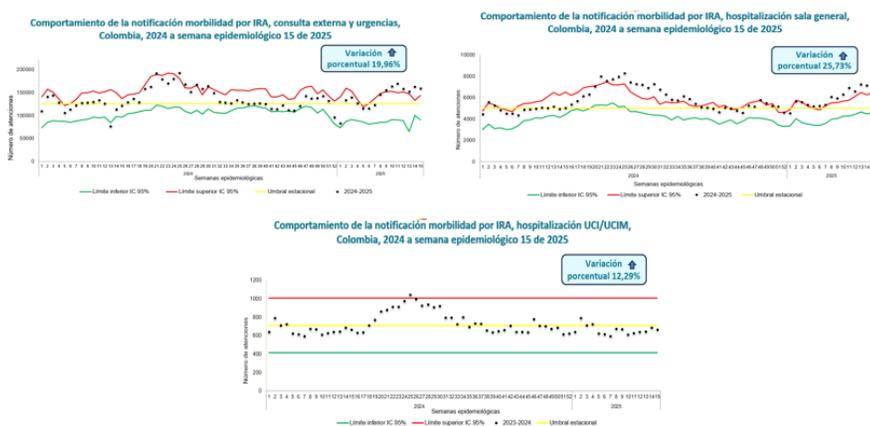
Figura 1. Tendencia de la notificación de la morbilidad por IRA a semana epidemiología 15 de 2025



Hasta la semana epidemiológica 15 de 2025, se ha evidenciado un aumento en la notificación de morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en Colombia en comparación con el mismo período del año anterior. Las consultas externas y urgencias por IRA presentan una variación porcentual

del 19,6 %, mientras que las hospitalizaciones en sala general muestran un incremento más marcado, con una variación del 25,7 %. Las hospitalizaciones en UCI/UCIM también reportan un aumento, aunque más moderado, con una variación del 12,2 %. Estos incrementos se mantienen en su mayoría dentro del umbral estacional esperado aunque con algunas semanas por encima del límite superior del canal endémico (figura 2).

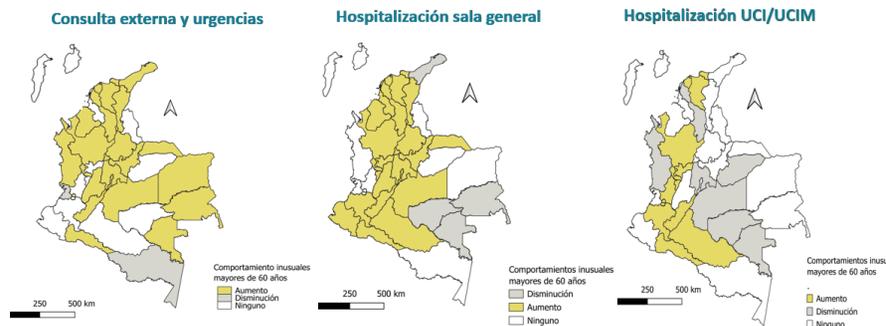
**Figura 2. Comportamiento de la notificación de la morbilidad por IRA a semana epidemiológica 15 de 2025**



límite superior. En cuanto a las hospitalizaciones en sala general se observa un comportamiento similar, con una tendencia sostenida por encima de los valores esperados a lo largo del periodo analizado. Finalmente, las hospitalizaciones en UCI/UCIM han permanecido de forma constante por encima del umbral estacional e incluso del límite superior en varias semanas.

En cuanto a los comportamientos inusuales en este grupo de edad se ha observado comportamientos inusuales en varias regiones del país. En el ámbito de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general la mayoría de los departamentos registraron un aumento inusual de atenciones. En cuanto a las hospitalizaciones en UCI/UCIM aunque el aumento fue menos extendido geográficamente, sí se reportaron incrementos en varios departamentos del norte, centro y sur del país (mapa 1).

**Mapa 1. Comportamientos inusuales de la notificación de la morbilidad por IRA mayores de 60 años a semana epidemiológica 15 de 2025**



Frente a los grupos de edad priorizados a semana epidemiológica 15 de 2025 las atenciones por IRA en menores de cinco años en el servicio de consulta externa y urgencias se han mantenido por encima del umbral estacional durante gran parte de 2024 y lo corrido de 2025, con algunos picos que incluso superan el límite superior. En cuanto a las hospitalizaciones en sala general la mayor parte de 2024 se ubicó dentro de los valores esperados; sin embargo, se observa un incremento sostenido hacia el final del año y al inicio de 2025 acercándose al límite superior. Por otra parte, las hospitalizaciones en UCI/UCIM se han mantenido por encima del umbral esperado.

Para el grupo de edad mayores de 60 años ha presentado un comportamiento por encima del umbral estacional en los tres niveles de atención. Las consultas externas y urgencias se han mantenido en su mayoría por encima del umbral esperado durante 2024 y comienzos de 2025 con varios picos que superan el

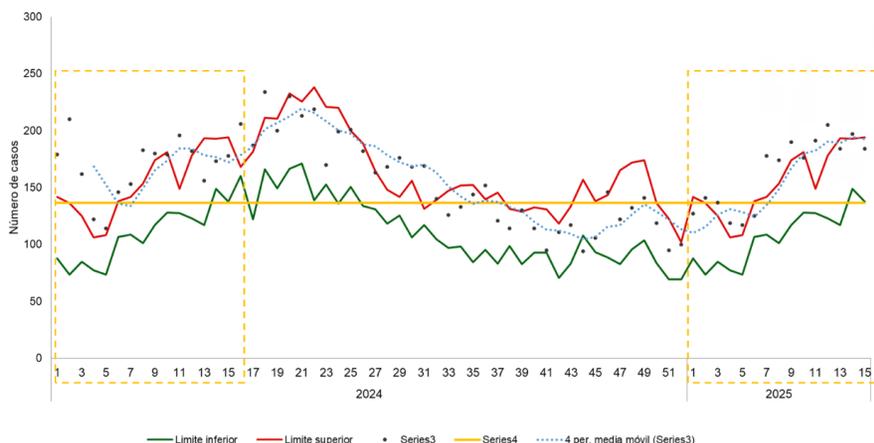
Al analizar las proporciones de atenciones por infección respiratoria aguda (IRA) respecto al total de atenciones por todas las causas, según grupos de edad y para los tres servicios vigilados, se evidencia que menores de cinco años y mayores de 60 años en los tres servicios vigilados. Con base en las proyecciones del índice estacional para los periodos V a VII, se observa una tendencia creciente en las atenciones por IRA, lo que refleja el avance de la temporada con mayor circulación de esta infección.

Ante el comienzo de la temporada de mayor circulación de influenza y otros virus respiratorios en el hemisferio sur de las Américas, la Organización

Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a fortalecer sus planes de preparación y organización de los servicios de salud, con el fin de anticiparse a una posible sobrecarga del sistema sanitario<sup>1</sup>.

En Colombia, los casos de infección respiratoria aguda Grave se relacionan con circulación de VSR, Influenza A, Rinovirus, Adenovirus y SARS-COV2. Los anteriores patógenos se relacionan en mayor frecuencia con ciertos grupos de edad, siendo así; VSR con menores de 5 años y mayor afectación de cuadro clínico en neonatos y lactantes, Influenza con mayores de 60 años, SARS-CoV2 todos los grupos de edad. El análisis del comportamiento de la vigilancia centinela durante el periodo de tiempo 2017 a 2024, se observa un incremento porcentual comparado con el año actual, con la excepción del año 2023 y 2024, donde se registró una disminución del 8,3 % y 2,7 % respectivamente. A partir de la semana epidemiológica siete, se evidencia un patrón de aumento que supera el umbral estacional marcando el inicio del pico respiratorio del año (figura 3).

Figura 3. Canal endémico de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave en Colombia, 2024 a semana epidemiológica 15 de 2025



<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica. <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-04/2025-abril-17-phe-alerta-influenza-ovr-sur-es-final.pdf>

Durante el periodo epidemiológico III correspondiente a los años 2023, 2024 y 2025, se ha mantenido una alta positividad viral total en los casos evaluados por la vigilancia centinela, alcanzando el 44,9 % en 2023, el 40,9 % en 2024 y el 43,3 % en 2025. Esta tendencia refleja una circulación activa y sostenida de virus respiratorios, especialmente durante los meses asociados al primer pico respiratorio del año (tabla 1). Los grupos más afectados continúan siendo los menores de cinco años con predominio en detección para VSR y los mayores de 60 años con influenza A.

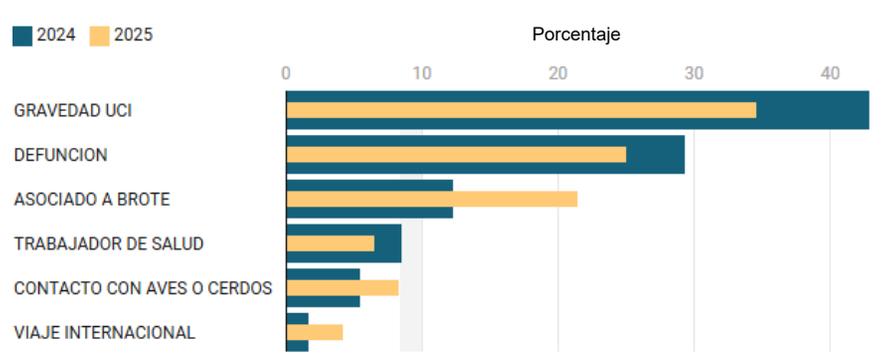
Tabla 1. Positividad según agente viral, vigilancia centinela, Colombia, 2023-2024-2025p

Agente viral identificado	2023	2024	2025	Tendencia
	PE III	PE III	PE III	
Positividad total	44,9	40,9	43,3	
Influenza A	4,3	5,6	14,9	
VSR	29,2	19,9	14,0	
Rinovirus	11,0	19,4	10,8	
Influenza B	15,0	1,9	9,7	
Enterovirus	12,8	17,6	8,6	
Influenza A(H3N2)	-	2,3	7,9	
Parainfluenza	6,0	7,9	7,7	
Adenovirus	9,5	2,3	7,5	
Metapneumovirus	4,6	3,7	6,6	
SARS-CoV2	6,6	12,0	5,5	
Influenza A(H1N1)pdm09	1,0	7,4	2,6	

\* Positividad de los agentes virales calculada sobre el total de positivos obtenidos por periodo epidemiológico

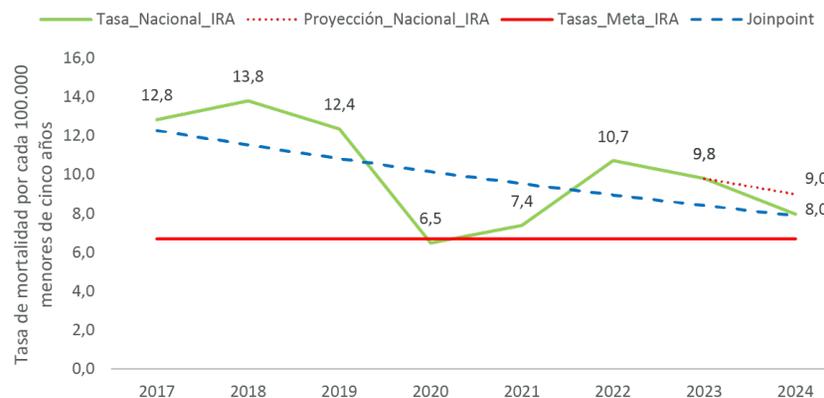
A semana epidemiológica 15, se han notificado 168 casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitado, la proporción por criterio demuestra alta frecuencia de complicaciones del estado clínico correspondiente a pacientes hospitalizados en UCI (34,5 %) y a defunciones (25,0 %). Con relación a factores eco-epidemiológicos, se encontró que el 21,4 % fueron asociados a brotes y el 8,3 % como contacto con aves o cerdos (figura 5). Para este último, mencionar que la influenza zoonótica constituye una amenaza emergente para la salud humana, especialmente en contextos donde existen condiciones de exposición directa a aves silvestres o de corral por lo tanto, se deben fortalecer las UPGD para la detección temprana de posibles casos en humanos.

Figura 4. Proporción por criterio de notificación IRAG inusitado en Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2024 y 2025p



Con relación a las muertes en menores de 5 años por IRA, durante los últimos años se ha observado una disminución sostenida en la tasa de mortalidad con una tendencia descendente a partir de 2022, teniendo en cuenta que los valores atípicos registrados en 2020 y 2021 se explican por el impacto directo de la pandemia por COVID-19 sobre la vigilancia, atención y registro de estos eventos. Para el año 2024, la tasa preliminar de mortalidad por IRA en menores de cinco años fue de 8,0 por cada 100 000 menores, cifra que podría ascender a 9,0 una vez se incluyan las Unidades de Análisis que se encuentran pendientes; sin embargo, este valor no cumple con la meta trazada en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, que establece una reducción a 6,7 por cada 100 000 en este grupo etario. El análisis de tendencia mediante regresión Joinpoint mostró un cambio porcentual anual (APC) de -6,13 %, sin evidenciar cambios significativos en la pendiente de la tendencia, lo que indica una disminución paulatina pero aún insuficiente para alcanzar los objetivos propuestos en materia de salud infantil (figura 5).

Figura 5. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años, Colombia 2017-2024p



## Conclusiones

- En comparación con 2025 en los servicios de consulta externa urgencias, hospitalización sala general y UCI/UCIM se observa una variación porcentual con tendencia al aumento que no supera el 30 %.
- Los grupos de edad con más atenciones son los menores de cinco años y mayores de 60 años.
- Se identifica circulación activa de otros virus respiratorios (OVR) diferentes a influenza y SARS-CoV2, situación similar a lo presentado en la Región de las Américas.
- La co-circulación de influenza y OVR durante los últimos dos años destaca la necesidad de considerar una amplia diversidad etiológica en el abordaje clínico de los casos, especialmente ante cuadros respiratorios inespecíficos

## Recomendaciones

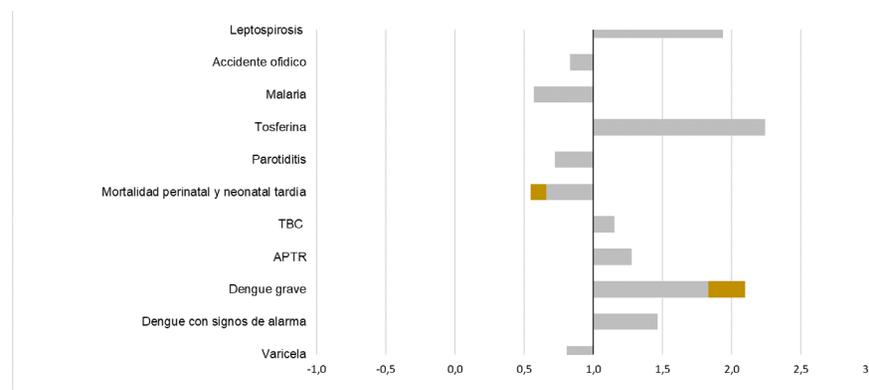
- Socializar y sensibilizar a los municipios y UPGD sobre la importancia de garantizar la calidad de los datos en la notificación de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA).

- Evaluar la capacidad instalada de los servicios de salud ante el inicio del primer pico respiratorio.
- Fortalecer las acciones de educación y prevención dirigidas a la comunidad y al personal de salud, para reducir el riesgo de transmisión.
- Dado el inicio anticipado del primer pico respiratorio del año, se recomienda a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) preparar sus equipos de trabajo y capacidad de respuesta.
- Ante la circulación confirmada de Influenza A y B, se recomienda reforzar la vacunación en los grupos priorizados, según los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Garantizar la toma de muestra respiratoria a todos los casos notificados como IRAG inusitado. En casos de fallecimiento, asegurar la recolección adecuada de muestras (aspirados, cortes de tejido) y su envío oportuno al Laboratorio Nacional de Referencia del INS.
- Realizar investigación epidemiológica de campo (IEC) en casos de IRAG inusitado y en poblaciones priorizadas, conforme a los lineamientos técnicos vigentes.
- Intensificar la vigilancia de IRAG inusitado en humanos ante la posible detección de focos de influenza zoonótica en aves silvestres y de traspatio de acuerdo a las temporadas de migración de aves
- Promover la coordinación intersectorial entre salud humana, salud animal y medio ambiente para el desarrollo de acciones conjuntas de prevención y control ante la posibilidad de influenza zoonótica



Para la semana epidemiológica 16 de 2025, se identificó que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado mientras que el evento dengue grave se ubicó por encima de los esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

**Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 16 de 2025.**



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

## SITUACIÓN NACIONAL

### Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

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, semana epidemiológica 16 de 2025.**

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	56 659	47 579	1,02	0,31

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

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

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 16 de 2025, los eventos leishmaniasis cutánea y lepra se encuentran por debajo de lo esperado, mientras que el comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 3).

**Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025**

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	10	105	0,00
Lepra	0	6	0,00
Mortalidad por dengue	6	4	0,08
Chicungunya	2	4	0,12
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,14
Zika	3	2	0,14
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,32

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

## Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 16 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

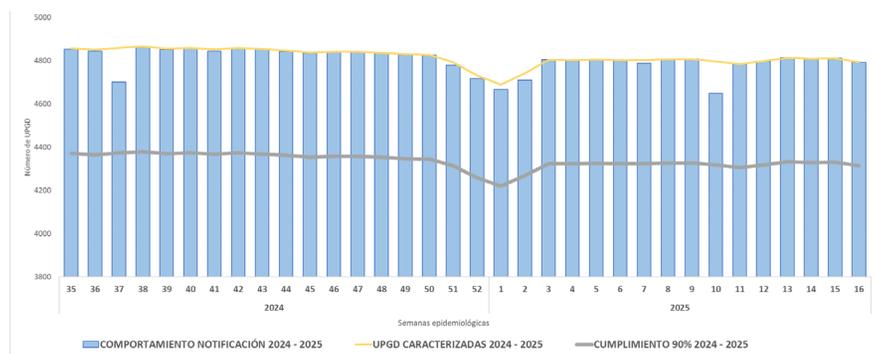
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 16 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 793/ 4 793); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,6 % comparado con la semana epidemiológica 16 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). Por lo anterior, el incumplimiento en la notificación

de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 16 de 2025 no se presentó a nivel nacional.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 7).

**Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2025**



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



# MORTALIDAD

## Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

### Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos 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 análisis<sup>1</sup>.

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

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

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

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://bit.ly/3qj30q>

A semana epidemiológica (SE) 16 de 2025, se han notificado 216 muertes probables en menores de cinco años: 121 por infección respiratoria aguda (IRA), 60 por desnutrición (DNT) aguda y 35 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, tres casos de IRA, dos de DNT aguda y uno 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 16 de 2025 se han notificado 210 fallecimientos (118 por IRA, 58 por DNT aguda y 34 por EDA); de estos, 50 casos han sido confirmados, 16 han sido descartados y 144 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 16 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 16 2025			Casos en estudio a SE 16 2025			Tasa a SE 16 2024			Tasa a SE 16 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	16	24	10	37	84	23	2,25	2,83	1,70	0,45	0,67	0,28
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	1	15	0	2,36	2,83	1,18	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	1	0	1	0	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	1,75	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	2	0	0,00	1,14	0,00	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	5	2	0,00	0,65	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	0	0	1	1	0	0,00	4,92	0,98	1,01	0,00	0,00
Boyacá	0	2	1	0	0	0	0,00	2,36	0,00	0,00	2,40	1,20
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	2	0	2,89	2,89	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	5	2	0,00	1,41	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	2,70	5,39	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	0	0	0	0,00	1,29	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	0	0	0	0	1	0	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Cauca	0	0	0	3	2	1	0,00	1,78	0,00	0,00	0,00	0,00
Cesar	2	0	0	2	2	2	0,83	2,49	1,66	1,69	0,00	0,00
Chocó	6	8	4	4	6	2	26,13	29,61	50,52	10,51	14,01	7,01
Córdoba	1	0	0	3	1	1	4,66	2,00	0,67	0,68	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	1,70	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	0	0	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	2	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	1	0	0	1,01	2,02	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	0	0	11	8	7	10,95	7,30	5,48	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	4	3	1	7,21	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Meta	0	1	1	1	1	0	1,21	2,43	1,21	0,00	1,23	1,23
Nariño	0	1	0	0	6	0	0,84	1,69	0,00	0,00	0,86	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	3,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	0,00	3,18	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	3	3	1	2	0	10,47	6,98	1,75	0,00	5,39	5,39
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.	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	2	0	0,67	2,01	3,35	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	1	0	0	2	0	6,56	2,62	0,00	0,00	1,33	0,00
Tolima	0	0	0	0	3	1	0,00	4,87	1,22	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	1	1	0	0	3	0	1,49	2,98	0,74	0,77	0,77	0,00
Vaupés	0	0	0	0	0	2	30,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	3	0	0	1	1	0	21,61	7,20	7,20	21,62	0,00	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 clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana se han notificado 118 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 19 confirmadas por clínica y cinco por laboratorio, 10 descartadas y 84 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 16 fueron 107, para una tasa de mortalidad de 2,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 16 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Bogotá D.C., Santiago de Cali D.E., Cundinamarca, Nariño y Risaralda, a nivel municipal, en San Andrés de Tumaco. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Parainfluenza tipo 3, Rhinovirus y SARS-CoV2 (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 16, 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
Adenovirus	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterobacter cloacae	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus	3	2	2	1	0	8	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae B	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Influenza A	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Moraxella catarrhalis	1	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pseudomona aeruginosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	4	2	4	1	1	12	0	1	0	0	0	1
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
Staphylococcus aureus	3	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pneumoniae	1	2	0	2	1	6	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	5	0	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>65</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

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

## Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 58 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 16 fueron confirmadas, cinco descartadas y 37 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 16 fue de 88, para una tasa de mortalidad de 2,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 16 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Cauca, Chocó, La Guajira, Norte de Santander y, a nivel municipal, en Riohacha. Las demás entidades territoriales departamentales

y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 16 se han notificado 34 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una fue confirmada por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli* y *Norovirus*), nueve confirmadas por clínica y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 16 fue de 67 para una tasa de mortalidad de 1,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 16 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y, a nivel municipal, en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad materna

### Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones<sup>1</sup>:

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

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

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

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, la muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana<sup>2</sup>.

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de DANE datos preliminares 2024 y RUAUF ND 2025 datos preliminares.

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

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

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

<sup>2</sup> Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/INSP.28779>

En la semana epidemiológica 16 de 2025 se notificaron al Sivigila cuatro casos, dos muertes maternas tempranas y dos muertes maternas tardías; para un total acumulado de 49 casos de muertes maternas tempranas, de las

cuales 45 residen en territorio colombiano y cuatro 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 16, 2022 a 2025**

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	89	48	21	158
2023	82	41	19	142
2024p	67	46	22	135
2025p	45	31	8	84

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 16 de 2025 fue de 35,6 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 50,2 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2024. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 24 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Antioquia, Bogotá D.C., Cesar, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Atlántico, Cauca y Santa Marta D.T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Leticia (Amazonas), Chivor (Boyacá) y Agustín Codazzi (Cesar) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 16 de 2025, el 62,2 % corresponden a causas directas y el 26,7 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 17,8 % (tabla 9).

**Tabla 7. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2024–2025**

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 16	Acumulado de casos a SE 16		Razón de MM por 100 000 NV a SE 16	
		2024	2025	2024	2025
<b>Colombia</b>	<b>87</b>	<b>67</b>	<b>45</b>	<b>50,2</b>	<b>35,6</b>
Amazonas	1	0	1	0,0	476,2
Guainía	0	0	1	0,0	465,1
Vichada	1	0	1	0,0	311,5
Chocó	4	4	3	239,2	193,1
La Guajira	7	4	5	81,4	109,9
Cesar	3	6	4	138,9	97,6
Risaralda	2	0	2	0,0	95,4
Casanare	1	1	1	69,1	70,9
Caquetá	1	0	1	0,0	69,1
Barranquilla D.E.	2	2	2	52,4	52,5
Córdoba	4	4	2	75,2	40,2
Cundinamarca	4	4	3	48,5	37,8
Santander	1	1	2	17,6	36,5
Boyacá	1	2	1	64,8	33,7
Nariño	4	2	1	58,1	29,6
Tolima	3	0	1	0,0	29,6
Meta	3	2	1	55,0	29,4
Bolívar	4	3	1	87,2	29,4
Huila	3	5	1	121,4	27,1
Antioquia	7	5	4	31,4	26,7
Valle del Cauca	2	1	1	24,3	25,0
Bogotá D.C.	8	8	4	47,0	24,2
Norte de Santander	3	4	1	81,0	22,5
Santiago de Cali D.E.	2	2	1	39,5	20,3
Atlántico	3	1	0	27,5	0,0
Caldas	1	1	0	54,3	0,0
Cauca	3	2	0	50,6	0,0
Putumayo	1	1	0	90,3	0,0
Santa Marta D.T.	3	1	0	56,9	0,0
Sucre	2	1	0	34,3	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE IV (datos preliminares). DANE datos preliminares 2024,

RUAF - ND, nacimientos PE IV 2025 datos preliminares. SE: semana epidemiológica

**Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 16	Valor observado SE 16
Colombia	87	45
Dibulla (La Guajira)	0	2
Leticia (Amazonas)	0	1
Chivor (Boyacá)	0	1
Agustín Codazzi (Cesar)	0	1

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

**Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025**

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 16	Número de casos y proporción a SE 16 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
<b>Colombia</b>	<b>75</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
<b>DIRECTA</b>	<b>49</b>	<b>55</b>	<b>67,1</b>	<b>43</b>	<b>64,2</b>	<b>28</b>	<b>62,2</b>
Hemorragia obstétrica	12	8	9,8	15	22,4	8	17,8
Sepsis obstétrica	7	10	12,2	4	6,0	6	13,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	17	18	22,0	16	23,9	5	11,1
Evento tromboembólico como causa básica	6	8	9,8	3	4,5	4	8,9
Embarazo ectópico	4	5	6,1	2	3,0	2	4,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	2,4	1	1,5	2	4,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,5	1	2,2
Embolia de líquido amniótico	1	2	2,4	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,5	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	1,2	0	0,0	0	0,0
<b>INDIRECTA</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>31,7</b>	<b>23</b>	<b>34,3</b>	<b>12</b>	<b>26,7</b>
Otras causas indirectas: neumonía	4	4	4,9	4	6,0	3	6,7
Otras causas indirectas	11	14	17,1	8	11,9	3	6,7
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	4,4
Sepsis no obstétrica	5	5	6,1	4	6,0	1	2,2
Otras causas indirectas: cáncer	3	3	3,7	3	4,5	1	2,2
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	3,0	1	2,2
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	2	3,0	1	2,2
<b>En estudio</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,2</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>	<b>5</b>	<b>11,1</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023, datos preliminares 2024 – 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 las ocurridas en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a las ocurridas después de los siete días hasta el día 28 de vida<sup>1</sup>. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías, para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=30 acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson y para los departamentos y distritos con alta frecuencia (n >30 acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos (p<0,05). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Mortalidad%20perinatal.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf)

<sup>2</sup> 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=9470cccc\\_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccc_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.)

A semana epidemiológica 16 de 2025 se han notificado 1 597 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 582 corresponden a residentes en Colombia y quince residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 12,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (200), Antioquia (193), Cundinamarca (109), Santiago de Cali

D.E. (71) y Nariño (63). Las razones más altas se observaron en Archipiélago de San Andrés y Providencia (38,0), Vichada (28,0) y Buenaventura D.E. (24,4). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 16 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Boyacá, Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. 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 Riosucio (Caldas), Aguazul (Casanare), Timbiquí (Cauca), El Santuario (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Altos del Rosario (Bolívar), Melgar (Tolima), La Primavera (Vichada), Sácama (Casanare) y Villapinzón (Cundinamarca) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,8 %, seguido de las neonatales tempranas con 26,7 %, neonatales tardías con 17,6 % y fetales intraparto con 10,0 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,5 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 14,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,3 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 16 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

**Tabla 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 16 de 2024 y 2025**

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 16	Acumulado de casos a SE 16		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024 a SE 16	2025 a SE 16
<b>Colombia</b>	<b>2 489</b>	<b>1 863</b>	<b>1 582</b>	<b>14,0</b>	<b>12,5</b>
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	5	6	29,1	38,0
Vichada	12	12	9	27,2	28,0
Buenaventura D.E.	27	17	18	20,8	24,4
Amazonas	5	4	5	15,3	23,8
Guainía	6	3	5	13,5	23,3
Chocó	63	61	30	36,5	19,3
Nariño	68	63	63	18,3	18,6
Guaviare	4	1	5	3,2	17,6
Caldas	33	28	28	15,2	17,2
Vaupés	5	7	2	43,2	16,0
Bolívar	71	39	51	11,3	15,0
Santiago de Cali D.E.	94	78	71	15,4	14,4
Cundinamarca	128	108	109	13,1	13,8
Cartagena de Indias D.T.	82	57	47	15,9	13,7
Cesar	88	52	56	12,0	13,7
Meta	54	42	46	11,5	13,5
La Guajira	128	95	61	19,3	13,4
Cauca	87	62	46	15,7	13,3
Antioquia	286	204	193	12,8	12,9
Barranquilla D.E.	96	53	48	13,9	12,6
Magdalena	53	36	33	12,7	12,6
Bogotá, D.C.	266	215	200	12,6	12,1
Córdoba	128	92	60	17,3	12,1
Atlántico	80	62	39	17,0	11,5
Putumayo	18	18	12	16,3	11,4
Sucre	65	49	30	16,8	11,2
Risaralda	38	31	23	13,7	11,0
Casanare	26	18	15	12,4	10,6
Arauca	24	14	9	15,2	10,6
Caquetá	25	16	15	10,2	10,4
Boyacá	45	42	29	13,6	9,8
Tolima	50	37	33	10,9	9,8
Valle del Cauca	68	57	38	13,8	9,5
Santander	75	46	52	8,1	9,5
Huila	61	46	35	11,2	9,5
Norte de Santander	74	58	41	11,7	9,2
Quindío	21	18	10	15,9	9,0
Santa Marta D.T.	29	17	9	9,7	5,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 - 2023, datos preliminares 2024 - 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 16 de 2025**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 16 2020 - 2024	Valor observado a SE 16 de 2025	Semanas continuas en incremento
<b>Colombia</b>	<b>2 334</b>	<b>1 582</b>	-
Riosucio (Caldas)	1	5	5
Aguazul (Casanare)	1	5	12
Timbiquí (Cauca)	2	5	7
El Santuario (Antioquia)	1	4	14
Buriticá (Antioquia)	0	4	4
Altos del Rosario (Bolívar)	1	4	3
Melgar (Tolima)	1	4	3
La Primavera (Vichada)	0	3	1
Sácama (Casanare)	0	2	2
Villapinzón (Cundinamarca)	0	2	4

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

**Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2023-2025**

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 16, 2023 -2025					
	2023 a SE 16	(%)	2024 a SE 16	(%)	2025 a SE 16	(%)
<b>Colombia</b>	<b>2 401</b>	<b>100,0</b>	<b>1 863</b>	<b>100,0</b>	<b>1 582</b>	<b>100,0</b>
Asfisia y causas relacionadas	594	24,7	446	23,9	420	26,5
Prematuridad-inmadurez	444	18,5	278	14,9	231	14,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	362	15,1	278	14,9	195	12,3
Sin información	4	0,2	95	5,1	142	9,0
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	285	11,9	212	11,4	136	8,6
Malformación congénita	229	9,5	159	8,5	122	7,7
Infecciones	191	8,0	153	8,2	118	7,5
Otras causas de muerte	156	6,5	124	6,7	88	5,6
Causas no específicas	47	2,0	55	3,0	82	5,2
Trastornos cardiovasculares	56	2,3	50	2,7	33	2,1
Lesión de causa externa	26	1,1	7	0,4	9	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	7	0,3	6	0,3	6	0,4

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



## EVENTOS TRAZADORES

## Infección respiratoria aguda

### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 16 de 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 J22<sup>1</sup>.

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

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

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.

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf)

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa y urgencias; una tendencia de aumento en la notificación de hospitalización en sala general, hospitalización UCI en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 09 a SE 12 2025	SE 13 a SE 16 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	646 415	578 926	-10,44%	
Hospitalización en sala general	25 762	27 641	7,29%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 848	3 019	6,00%	

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

### Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 16 de 2025 se notificaron 104 766 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Santa Marta D.E., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D.E y Quindío. Las 27 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (13 a 16 de 2025) en 35 municipios (tabla 14).

**Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 13 a 16 de 2025.**

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	21 835	24 375	3 636	7 569
Antioquia	Itagüí	22 307	27 832	3 690	7 054
Atlántico	Soledad	26 125	26 086	5 749	6 639
Cundinamarca	Chía	17 628	18 182	3 388	5 123
Antioquia	Bello	21 494	19 892	3 031	4 610
Guajira	Maicao	16 968	19 741	2 648	4 389
Guajira	Uribia	16 969	14 858	1 601	3 499
Santander	Barrancabermeja D.E.	5 107	9 489	513	2 853
Antioquia	Rionegro	9 089	11 836	1 552	2 821
Antioquia	Envigado	7 318	8 476	1 246	2 691
Risaralda	Dosquebradas	8 038	9 658	1 023	2 444
Bolívar	Magangué	4 523	6 491	726	2 410
Santander	Floridablanca	6 800	7 834	964	2 235
Cundinamarca	Girardot	5 333	7 188	1 259	2 226
Valle del Cauca	Palmita	8 040	9 802	1 351	2 094
Cundinamarca	Zipaquirá	5 496	6 839	1 508	1 951
Córdoba	Sahagún	5 908	7 699	1 475	1 702
Magdalena	Ciénaga	6 727	7 101	958	1 655
Boyacá	Duitama	7 510	6 795	1 610	1 592
Cundinamarca	Facatativá	6 211	6 106	1 589	1 587
Boyacá	Sogamoso	4 214	5 468	950	1 517
Antioquia	Apartadó	5 039	5 104	768	1 424
Huila	Pitalito	3 107	4 425	299	1 335
Córdoba	Cerete	4 295	5 490	488	1 319
Córdoba	Lorica	3 916	4 682	853	1 249
Cundinamarca	Funza	3 687	5 285	804	1 228
Norte Santander	Ocaña	4 795	5 000	298	1 227
Cesar	Aguachica	2 637	3 750	792	1 185
Cundinamarca	Madrid	6 297	4 549	864	1 185
Valle del Cauca	Cartago	5 524	5 457	332	1 183
Valle del Cauca	Yumbo	3 608	4 949	795	1 164
Casanare	Yopal	4 389	3 700	801	1 150
Antioquia	Turbo D.E.	3 747	4 375	708	1 057
Cauca	Santander De Quilichao	4 209	3 800	729	998
Valle del Cauca	Tuluá	4 557	4 538	392	961
Santander	Piedecuesta	1 528	2 645	205	806
Santander	Girón	1 821	2 430	190	777
Cundinamarca	Mosquera	2 305	1 839	530	720
Atlántico	Malambo	3 261	1 828	340	649
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	2 934	2 071	613	466
Norte Santander	Villa Del Rosario	1 763	2 397	451	447
Cauca	Guapi	796	1 663	183	410
Nariño	La Florida	203	246	58	43

\*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

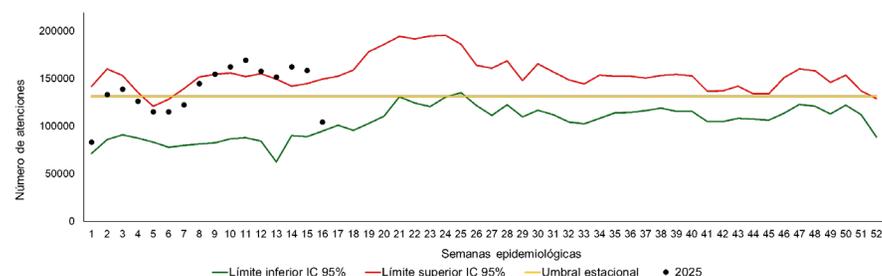
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (13 a 16 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 23,7 % (137 419) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,3 % (118 062). 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 dos a cuatro años con el 15,0 % seguido de los niños de un año con el 13,0 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados. No obstante, a partir de la semana 08 se observó una tendencia al alza, superando el umbral estacional; en semana 10 a 15 continua la tendencia al alza, ubicándose por encima del límite superior, seguido de una leve disminución en semana 16 ubicándose dentro de los límites esperados (figura 8).

**Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025**



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

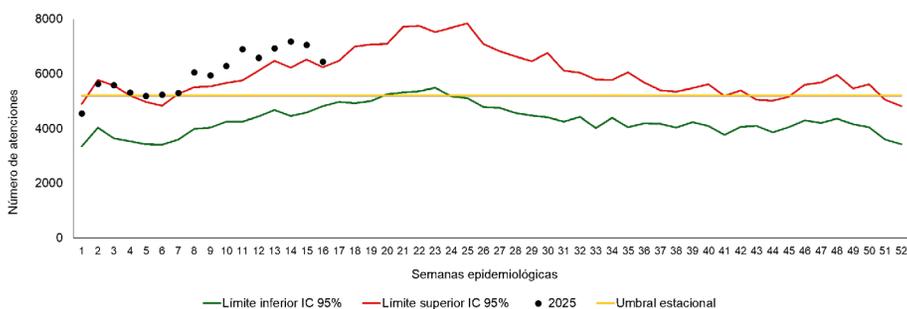
## Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 16 de 2025 se notificaron 6 448 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Amazonas, Guainía, La Guajira y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. En las 14 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (13 a 16 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 048) representaron el 25,5 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 18,7 % (5 182). La mayor proporción de hospitalizaciones 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 29,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,6 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, desde semana epidemiológica 05 a 15 se han mantenido por encima del límite superior, seguido de una discreta disminución en semana epidemiológica 16 ubicándose sobre el límite superior (figura 9).

**Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025**

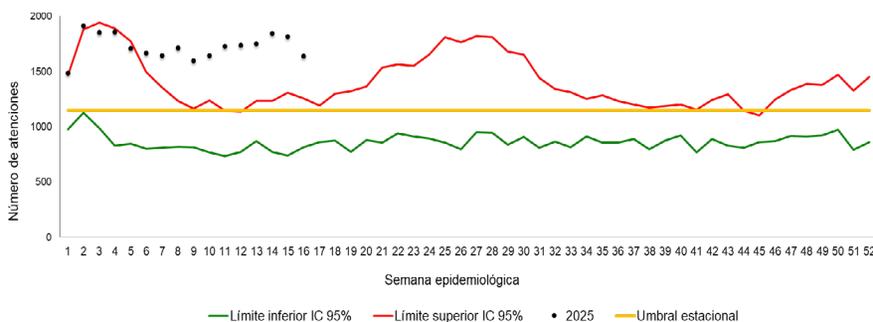


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 16 de 2025, se notificaron (1 638) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde semana epidemiológica 06 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 10).

**Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 16 de 2025**



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

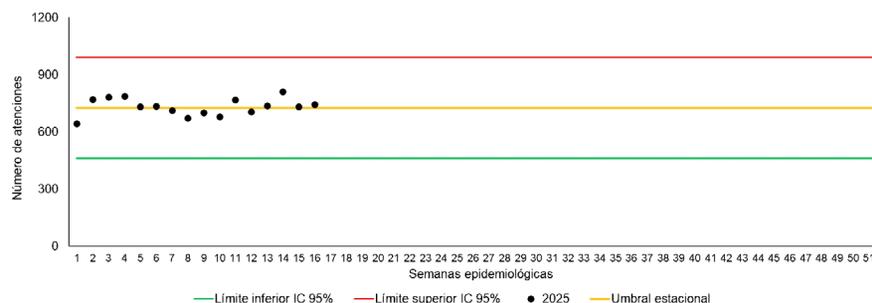
### Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 16 de 2025 se notificaron 744 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 10 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Meta y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Buenaventura D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Cesar, Córdoba, Guainía, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (13 a 16 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,4 % (1 068), seguido de los menores de un año con el 22,6 % (683) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños con el 30,4 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 29,2 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 16 de 2025, se observa que se ubica dentro de los límites esperados (figura 11).

**Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025**

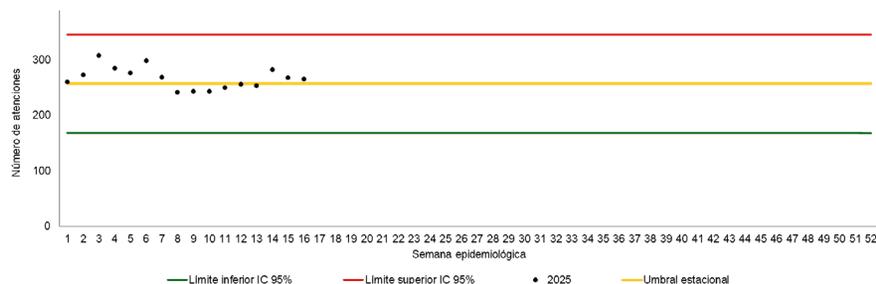


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 16 de 2025, se notificaron 265 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia para esta semana una tendencia a ubicarse por debajo del umbral estacional, sin embargo, en semana 16 se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 12).

**Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 16 de 2025**



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

Durante las semanas epidemiológicas 13 a 16 de 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, mientras que las hospitalizaciones en sala general, UCI y UCIM presentaron una tendencia al aumento 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 en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior con una tendencia hacia la disminución con respecto a la semana anterior, en cuanto a las hospitalizaciones en UCI y UCIM se ubican para esta semana dentro de los límites esperados.

En el contexto del incremento de las infecciones respiratorias agudas, correspondiente al primer pico respiratorio del año, se insta a las entidades territoriales a:

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

## Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 16 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para VSR y al decremento adenovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15).

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

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 09 a 16 de 2025

Agente viral identificado	SE 09 a SE 12			SE 013 a SE 16			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
<b>Positividad general</b>	<b>47,8</b>	<b>53,1</b>	<b>34,8</b>	<b>48,9</b>	<b>54,0</b>	<b>36,0</b>	
Rinovirus	12,5	13,3	12,5	13,2	12,8	-	
VSR	15,3	24,6	-	22,4	32,6	-	
Enterovirus	9,1	11,8	4,2	10,0	9,9	11,1	
Adenovirus	8,4	9,7	4,2	3,2	2,8	-	
Influenza B	5,9	1,0	-	4,5	2,8	-	
Influenza A	18,1	12,3	25,0	15,0	10,6	38,8	
Parainfluenza	6,3	7,2	4,2	7,3	9,2	5,5	
Metapneumovirus	9,0	10,8	16,6	10,5	9,9	16,6	
A(H1N1)pdm09	1,5	-	8,3	-	-	-	
SARS-CoV2	5,9	24,6	12,5	6,4	3,5	27,7	
A(H3N2)	5,6	3,1	4,2	5,5	2,8	-	
Coronavirus	2,1	1,0	8,3	1,8	2,8	-	

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

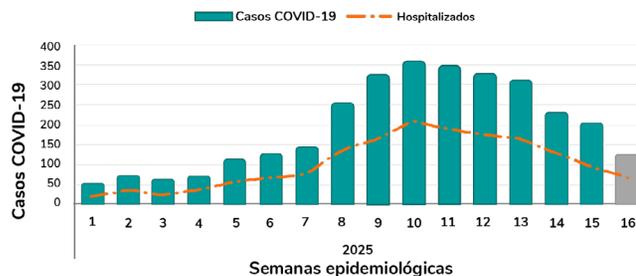
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 16 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 19 de abril de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 2 151 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 12 a 16 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 36,1 %, con 873 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 09 a 12 de 2025), en el cual se reportaron 1 367 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado una disminución del 37,5 %, pasando de 745 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 465 casos en el periodo analizado (figura 13).

Figura 13 Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2025



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

Entre el 16 y el 19 de abril de 2025 se confirmaron 166 casos en el territorio nacional; de estos el 74,7 % (124 casos) corresponde a la semana epidemiológica 16. El 71,7 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cundinamarca, Boyacá, Cauca y Antioquia (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 16 de 2025

Entidad Territorial	SE 12	SE 13	SE 14	SE 15	SE 16	Total
Bogotá D.C.	1	1	3	10	49	64
Cundinamarca	0	0	3	1	14	18
Boyacá	0	0	0	2	16	18
Cauca	1	0	0	3	9	13
Antioquia	0	0	0	1	5	6
Córdoba	0	0	0	2	4	6
Valle	0	0	0	3	2	5
Putumayo	0	0	0	0	4	4
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	4	4
Tolima	0	0	0	2	2	4
Atlántico	0	0	0	3	0	3
Sucre	0	0	1	1	1	3
Amazonas	0	0	1	0	2	3
Meta	0	1	1	0	0	2
Huila	0	0	0	0	2	2
Norte Santander	0	0	0	0	2	2
Bolívar	0	0	0	1	1	2
Quindío	0	0	0	0	1	1
Magdalena	0	0	0	0	1	1
Caquetá	0	0	0	0	1	1
Arauca	0	0	0	0	1	1
Caldas	0	0	0	0	1	1
Santander	0	0	0	0	1	1
Nariño	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>124</b>	<b>166</b>

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

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 1,6 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 34 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 315 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Bolívar, Santander y en municipios en Campo de la Cruz (Atlántico) Magangué (Bolívar), Sogamoso (Boyacá), Timbío (Cauca), Cajicá (Cundinamarca), Villavicencio (Meta), Bucaramanga y Floridablanca (Santander) y Mocoa (Putumayo).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 42 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el período observado, las muertes ocurrieron en Bogotá D.C. (6 casos), Cauca (2 casos) y en La Guajira, Meta, Santander, Sucre y Valle del Cauca con un caso para un total de 13 casos. El 82,5 % (33 casos) corresponden a personas mayores de 60 años.

Tabla 17. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 16 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	40	16	13	Sin cambios
Antioquia	4	3	0	Sin cambios
Bogotá, D.C.	10	3	6	Aumento
Cauca	5	2	2	Sin cambios
Cundinamarca	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	1	Sin cambios
Meta	2	1	1	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	2	0	Sin cambios
Santander	4	3	1	Sin cambios
Sucre	1	0	1	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	1	1	Sin cambios
Santiago de Cali D.E.	3	1	0	Sin cambios
Arauca	1	0	0	Sin cambios

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 PE: periodo epidemiológico

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

## Dengue

### Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 16 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento<sup>1</sup>:

**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.

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf)

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 16 de 2025 se notificaron 3 606 casos de dengue: 2 730 casos de esta semana y 876 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 58 800 casos, 36 698 (62,4 %) sin signos de alarma, 21 523 (36,6 %) con signos de alarma y 579 (1,0 %) de dengue grave.

El 56,4 % (33 157) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Cartagena de Indias D.T., Meta, Antioquia, Córdoba, Tolima, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 18); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 12 a 15, 2025) el 52,7 % (7 195) de los casos se concentran en Meta, Santander, Antioquia, Tolima, Norte de Santander, Putumayo y Córdoba.

Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025

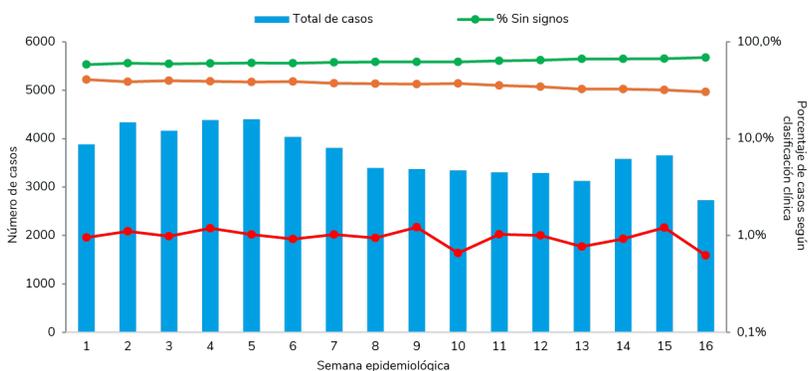
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 08-11 de 2025)	Observado (SE 12-15 de 2025)
Santander	4 271	32,4	0,7	1 034	1182
Cartagena de Indias D.T.	4 211	23,5	1,2	813	340
Meta	4 125	39,9	1,1	1 082	1253
Antioquia	3 946	33,7	0,9	815	1080
Córdoba	3 771	39,6	0,3	741	817
Tolima	3 535	34,2	1,3	725	1026
Norte de Santander	3 516	40,1	1,3	1 005	996
Valle del Cauca	2 912	25,3	0,4	822	605
Cundinamarca	2 870	37,7	0,6	575	608
Putumayo	2 491	26,5	0,4	584	841
Huila	2 479	33,8	2,2	615	676
Barranquilla D.E.	2 053	37,1	1,2	260	149
Santiago de Cali D.E.	2 007	35,8	0,7	548	316
Atlántico	2 005	49,2	1,3	380	160
Sucre	1 713	60,0	0,8	386	287
Caquetá	1 566	39,0	1,5	369	503
La Guajira	1 538	61,4	1,4	295	227
Bolívar	1 522	41,7	1,0	360	280
Arauca	1 064	35,1	1,2	303	276
Cesar	990	57,1	2,1	216	179
Cauca	771	37,1	0,9	213	113
Guaviare	762	16,8	0,3	123	488
Risaralda	735	38,4	1,1	159	144
Quindío	600	27,8	0,3	130	112
Casanare	527	31,3	0,0	137	230
Nariño	494	29,8	1,0	135	140
Boyacá	403	40,9	0,7	107	95
Magdalena	362	59,1	1,4	87	106
Chocó	319	18,8	1,3	84	68
Caldas	262	43,9	0,0	64	67
Vichada	253	40,3	0,4	59	72
Santa Marta D.T.	204	56,4	1,0	44	48
Amazonas	144	29,9	0,0	47	37
Exterior	110	44,5	4,5	28	27
Vaupés	101	10,9	1,0	22	64
Buenaventura D.E.	89	37,1	2,2	26	19
Archipiélago de San Andrés y Providencia	53	45,3	0,0	8	14
Guainía	26	42,3	0,0	10	5
<b>Colombia</b>	<b>58 800</b>	<b>36,6</b>	<b>1,0</b>	<b>13 411</b>	<b>13 650</b>

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 12 a 15, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 08 a 11, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Tolima, Putumayo, Caquetá, Guaviare, Casanare, Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Barranquilla D.E., Cartagena de Indias D.T., Santiago de Cali D.E., Atlántico, Cauca y Guainía; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,0 % a nivel nacional (figura 14); 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 12 a 15, 2025) fueron: Cesar, La Guajira, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Sucre y Exterior.

**Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16, 2025**

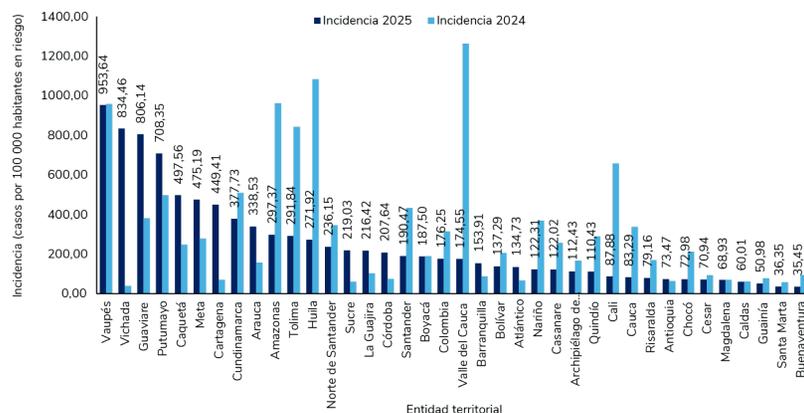


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 16 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 176,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 313,7 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vaupés, Vichada, Guaviare, Putumayo, Caquetá, Meta, Cartagena de Indias D.T., Cundinamarca y

Arauca presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 16 de 2025 registrando tasas superiores a 300 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 342,2 casos por 100 000 habitantes.

**Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2024 y 2025**



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

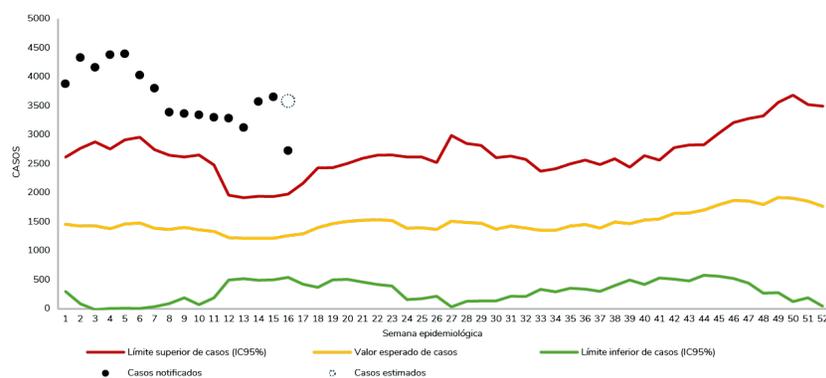
En la semana epidemiológica 16 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento con una variación de 1,8 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 12 a 15, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 08 a 11, 2025) (figura 16).

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 11,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 13,5 % (5) se encuentran en situación de alerta y el 78,4 % (29) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Meta y Putumayo se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de abril (tabla 19). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional

y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 16 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 31,0 % (256) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 68,4 % (39/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025



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

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2025

Situación epidemiológica a SE 16, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Meta, Putumayo	Boyacá, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Vaupés, Vichada	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T., Sucre, Tolima, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Alerta	Caldas	Buenaventura D.E., Casanare, Valle del Cauca	Cesar
Dentro de lo esperado	-	Amazonas, Santiago de Cali D.E., Guainía	-

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

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 08-11, 2025)	Esperado (SE 12-15, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	27,7	724	131	179
	Apartadó	160,1	211	58	53
	Bello	12,5	69	13	17
	Envigado	35,1	85	17	11
	Itagüí	10,9	30	5	10
	Turbo D.E.	108,7	146	37	37
Atlántico	Barranquilla D.E.	156,5	2 053	260	149
	Malambo	153,0	220	58	27
	Soledad	185,0	1 266	216	89
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	399,1	4 211	813	340
	Magangué	154,5	222	58	50
	Turbaco	193,4	225	57	28
Caquetá	Florencia	299,9	530	138	104
Cauca	Popayán	24,7	67	22	10
	Santander de Quilichao	122,8	141	41	16
Cesar	Aguachica	239,2	294	68	64
	Montería	363,2	1 863	305	491
Córdoba	Cereté	110,9	122	29	24
	Sahagún	162,7	182	43	35
	Fusagasugá	295,1	488	94	111
Cundinamarca	Girardot	707,5	833	162	164
	Huila	400,8	524	175	133
La Guajira	Riohacha D.E.	218,6	458	117	84
	Maicao	211,9	407	54	52
Magdalena	Ciénaga	47,1	60	11	27
Meta	Villavicencio	334,8	1 707	434	547
Nariño	San Andrés de Tumaco	89,0	229	47	55
	Cúcuta	280,8	2 144	634	622
Norte de Santander	Villa del Rosario	411,4	453	135	116
	Armenia	97,3	304	66	58
Quindío	Pereira	77,5	376	81	79
	Risaralda	91,0	198	38	34
Santander	Bucaramanga	204,5	1 266	298	387
	Barrancabermeja D.E.	127,6	274	83	52
	Floridablanca	235,2	738	165	214
	Girón	227,2	398	94	98
	Piedecuesta	132,5	247	69	62
Tolima	Ibagué	217,7	1 184	216	427
Valle del Cauca	Jamundí	407,0	689	176	123

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

A semana epidemiológica 16 de 2025 se han notificado 143 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 31 casos, se descartó 43 casos y

se encuentran en estudio 69 casos; de las muertes confirmadas, dos casos proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, un caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 91 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 21).

**Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2024-2025**

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 16 2025	Letalidad por dengue a SE 16, 2024
	Confirmados	En estudio		
Vichada	1	0	0,40	0,00
Risaralda	2	2	0,27	0,06
Santiago de Cali D.E.	2	0	0,10	0,03
Barranquilla D.E.	2	0	0,10	0,00
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,09	0,00
Arauca	1	0	0,09	0,00
Huila	2	0	0,08	0,02
Córdoba	3	1	0,08	0,00
Meta	3	3	0,07	0,13
Bolívar	1	3	0,07	0,13
Sucre	1	4	0,06	0,00
Antioquia	2	8	0,05	0,19
Atlántico	1	1	0,05	0,10
Putumayo	1	2	0,04	0,36
Norte de Santander	1	1	0,03	0,14
Tolima	1	10	0,03	0,08
Santander	1	3	0,02	0,13
La Guajira	0	7	0,00	0,00
Cauca	0	5	0,00	0,03
Caquetá	0	4	0,00	0,00
Cundinamarca	0	3	0,00	0,07
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,06
Buenaventura D.E.	0	2	0,00	0,67
Guaviare	0	2	0,00	1,82
Amazonas	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,32
Chocó	0	1	0,00	0,12
Quindío	0	1	0,00	0,12
Exterior	2	1	1,82	0,00
<b>Colombia</b>	<b>29</b>	<b>68</b>	<b>0,05</b>	<b>0,08</b>

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 consultar el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace: <http://url.ins.gov.co/-2i6o>

## Malaria

### Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 16 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

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

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 endemicidad 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.

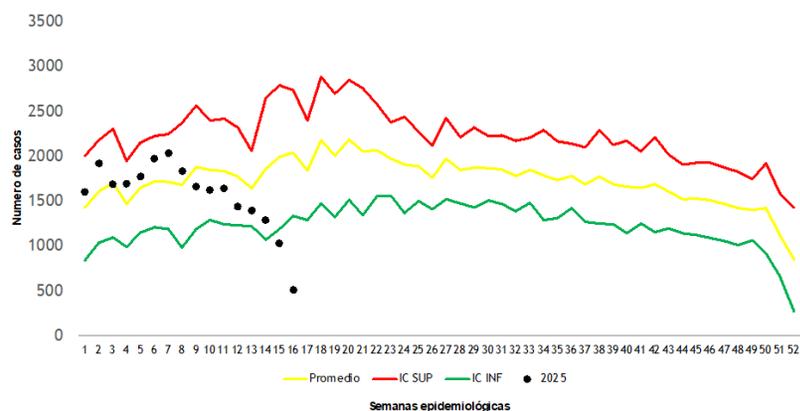
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

<sup>1</sup> 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](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 seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 17).

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

\*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 15, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 16 de 2025 se notificaron 1 049 casos de malaria, para un acumulado de 25 319 casos, de los cuales 24 890 son de malaria no complicada y 429 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,5 % (16 832), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,4 % (8 201) e infección mixta con 1,1 % (286). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

### Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 92,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,4 %), Antioquia (14,6 %), Nariño (13,4 %), Córdoba (9,2 %), Vaupés (6,9 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,6 %), Guainía (2,6 %), Amazonas (2,5 %), Bolívar (2,3 %), Buenaventura D.E. (2,2 %), Vichada (2,1 %) y Boyacá (1,7 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 75,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 09 a 12	Casos 2025 SE 13a 16	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	1 584	326	380	65,20
Córdoba	Tierralta	1 365	70	300	13,68
Chocó	Quibdó	1 292	110	342	8,93
Risaralda	Pueblo Rico	894	107	228	53,25
Nariño	Roberto Payán	779	179	214	58,45
Antioquia	El Bagre	776	131	191	13,78
Guainía	Inírida	611	116	154	16,11
Nariño	Magüí	608	87	182	2,28
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	549	105	151	1,69
Nariño	El Charco	540	154	152	23,23
Chocó	Bajo Baudó	528	65	107	9,01
Chocó	Tadó	523	88	132	25,95
Chocó	Lloró	523	75	150	49,29
Córdoba	Puerto Libertador	485	56	135	10,68
Vichada	Cumaribo	483	73	139	5,55
Nariño	Barbacoas	459	48	88	7,83
Cauca	Timbiquí	438	47	136	15,58
Boyacá	Cubará	432	107	144	50,71
Chocó	El Cantón del San Pablo	425	92	161	61,54
Antioquia	Nechí	415	108	109	14,87
Chocó	Medio San Juan	405	48	64	34,43
Nariño	San Andrés de Tumaco	402	67	64	1,51
Amazonas	Tarapacá (CD)	385	28	68	88,00
Chocó	Carmen del Darién	357	38	81	16,11
Cauca	Guapi	356	45	55	12,05
Chocó	Bagadó	351	79	94	29,64
Chocó	Istmina	342	68	78	10,11
Bolívar	Montecristo	336	76	55	18,29
Chocó	Alto Baudó	335	39	67	10,71
Nariño	Olaya Herrera	308	92	90	11,64
Antioquia	Chigorodó	288	47	91	4,63
Antioquia	Turbo D.E.	271	52	116	2,01
Chocó	Río Quito	261	34	70	28,50
Antioquia	Mutatá	261	69	44	17,36
Chocó	Medio Atrato	223	28	44	3,53

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 73,4 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 50 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Inírida, El Bagre, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Carmen del Darién, Tarapacá (CD), Lloró, Chigorodó y Nechí e incremento en el municipio de Montecristo (tabla 23). Mientras que, 15 municipios aportan el 62 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Timbiquí, Magüi, Barbaocoas, Guapi, Buenaventura D.E., Tadó, Bajo Baudó, Tierralta, Lloró, Medio San Juan y El Cantón del San Pablo y en incremento El Charco como se muestra en la tabla 24.

**Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 09 a 12 de 2025	Casos SE 13 a 16 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	360	311	-14%	9,1%
Córdoba	Tierralta	239	53	-78%	6,8%
Risaralda	Pueblo Rico	183	92	-50%	4,6%
Chocó	Quibdó	177	59	-67%	4,1%
Guainía	Inírida	151	113	-25%	3,6%
Antioquia	El Bagre	128	103	-20%	3,6%
Córdoba	Puerto Libertador	124	50	-60%	2,7%
Boyacá	Cubará	144	107	-26%	2,6%
Vichada	Cumaribo	102	57	-44%	2,1%
Chocó	Carmen del Darién	77	37	-52%	2,0%
Amazonas	Tarapacá (CD)	63	21	-67%	2,0%
Bolívar	Montecristo	48	71	48%	1,8%
Chocó	Lloró	98	42	-57%	1,7%
Antioquia	Chigorodó	83	43	-48%	1,6%
Antioquia	Nechí	65	63	-3%	1,6%

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

**Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025**

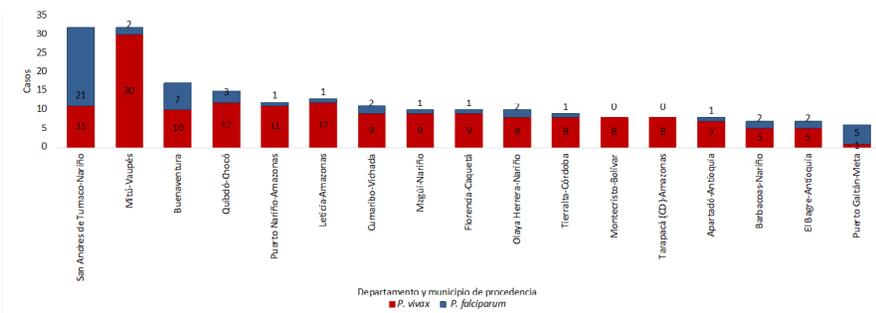
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 09 a 12 de 2025	Casos SE 13 a 16 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	153	49	-68%	7,2%
Nariño	Roberto Payán	144	106	-26%	6,8%
Nariño	El Charco	141	144	2%	6,2%
Cauca	Timbiquí	136	47	-65%	5,4%
Nariño	Magüi	130	68	-48%	5,3%
Nariño	Barbaocoas	65	33	-49%	4,4%
Cauca	Guapi	46	40	-13%	4,1%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	91	63	-31%	3,9%
Chocó	Tadó	79	41	-48%	3,5%
Chocó	Bajo Baudó	59	44	-25%	3,4%
Córdoba	Tierralta	60	17	-72%	2,9%
Chocó	Lloró	41	24	-41%	2,5%
Chocó	Medio San Juan	27	21	-22%	2,4%
Nariño	San Andrés de Tumaco	26	26	0%	2,4%
Chocó	El Cantón del San Pablo	61	28	-54%	2,3%

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

## Malaria complicada

A semana epidemiológica 16 de 2025 se han notificado 429 casos de malaria complicada, que proceden de 24 entidades territoriales y nueve casos procedentes del exterior. Nariño, Chocó, Antioquia, Amazonas, Vaupés, Córdoba, Risaralda, Buenaventura, Caquetá y Vichada notificaron el 81,1 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 51 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

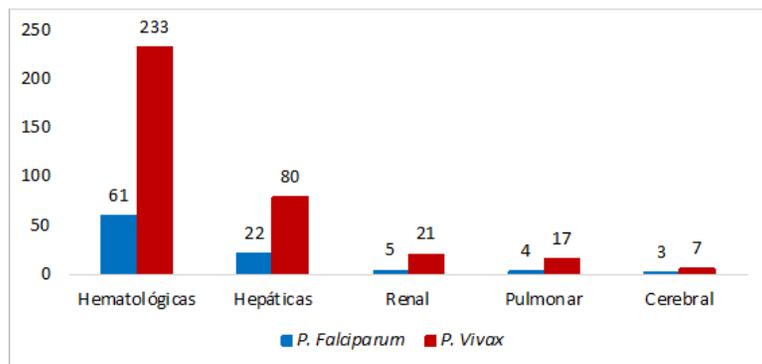
**Figura 18. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum* el 64,9 % (294) presentaron complicaciones hematológicas; el 22,5 % (102) complicaciones hepáticas; el 5,7 % (26) complicaciones renales, el 4,6 % (21) complicaciones pulmonares y el 2,2 % (10) complicaciones cerebrales (figura 19).

**Figura 19. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2025**



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

## Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 16 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; doce departamentos y veinticuatro municipios se encuentran en situación de brote (tabla 25) y dos departamentos y once municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 26).

**Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2025**

Municipios en situación de brote SE 01 a 16 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 16 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 13 A 16	Observado SE 13 A 16 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 616	294	331
Nariño	Roberto Payán	5	780	139	179
Boyacá	Cubará	4	436	18	107
Antioquia	Nechí	5	415	30	108
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	393	17	28
Bolívar	Montecristo	5	344	56	77
Arauca	Saravena	4	200	1	27
Antioquia	Tarazá	4	179	18	62
Caquetá	Florencia	4	163	3	33
Antioquia	Caucasia	4	129	15	34
Amazonas	Leticia	4	117	26	43
Cauca	López Micay	4	106	12	18
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	105	1	10
Meta	Puerto Gaitán	4	74	15	39
Amazonas	Puerto Nariño	5	73	11	14
Meta	Puerto López	4	57	1	8
Risaralda	La Virginia	4	37	2	8
Valle del Cauca	Pradera	4	36	0	5
Chocó	Unguía	4	28	2	8
Meta	Villavicencio	4	25	1	10
Risaralda	Pereira	4	17	1	9
Caquetá	El Paujil	4	9	0	5
Arauca	Tame	4	7	1	3
Sucre	Sincelejo	4	6	2	4

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

### Municipios en situación de alarma SE 01 a 16 2025

Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 16 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 13 A 16	Observado SE 13 A 16 de 2025
Nariño	El Charco	5	542	93	155
Antioquia	Mutatá	5	266	59	70
Bolívar	Norosí	5	91	10	16
Chocó	Riosucio	4	84	17	18
Chocó	Juradó	4	49	34	18
Córdoba	Tuchín	4	36	4	7
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	27	1	3
Meta	Puerto Concordia	4	26	7	7
Antioquia	Medellín D.E.	4	12	1	2
Córdoba	Lorica	4	5	2	2
Vaupés	Carurú	4	3	0	2

## 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 infecciosas<sup>1</sup>.

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2024. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 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.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/PRO\\_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf)

A la semana epidemiológica 16 de 2025, se han notificado 7 160 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 7 097 corresponden a residentes en Colombia y 63 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (17 de 2024 a 16 de 2025) es de 0,6 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

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

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 188 municipios a nivel nacional (16,7 %) y de disminución en 14 municipios (1,2 %) (tabla 27).

El 79,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 20,2 % como desnutrición aguda severa; el 6,4 % 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 (27,2 %) y de 1 año (29,1 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,9 %.

Para la semana epidemiológica 16 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Antioquia, Caquetá, Magdalena, Quindío, Santa Marta D.T, Sucre y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 13 municipios (tabla 28).

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>

**Tabla 27. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2024-2025**

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 16 de 2024	Casos a SE 16 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
<b>Colombia</b>	<b>7 997</b>	<b>7 097</b>	<b>0,65</b>	<b>16,7</b>	<b>1,2</b>
La Guajira	809	521	2,33	13,3	0,0
Vichada	111	58	1,90	0,0	25,0
Chocó	400	332	1,74	25,8	0,0
Arauca	134	74	1,09	0,0	14,3
Guaviare	38	34	1,00	0,0	0,0
Magdalena	203	237	0,90	31,0	0,0
Risaralda	134	154	0,82	21,4	0,0
Amazonas	19	24	0,80	18,2	0,0
Guainía	19	19	0,78	11,1	11,1
Cesar	285	303	0,77	16,0	4,0
Vaupés	19	11	0,77	33,3	16,7
Antioquia	846	1 083	0,72	32,8	0,8
Nariño	308	236	0,70	18,8	1,6
Casanare	116	75	0,69	0,0	10,5
Bolívar	186	172	0,64	22,2	0,0
Buenaventura D.E.	79	68	0,63	0,0	0,0
Bogotá D.C	1 164	989	0,63	0,0	0,0
Boyacá	169	177	0,62	13,8	0,0
Putumayo	63	67	0,61	7,7	0,0
Meta	161	134	0,61	13,8	0,0
Cartagena de Indias D.T.	134	156	0,61	0,0	0,0
Tolima	186	114	0,55	8,5	0,0
Cundinamarca	499	378	0,55	7,8	0,9
Norte Santander	222	233	0,55	17,5	2,5
Huila	204	158	0,54	10,8	0,0
Sucre	77	122	0,47	34,6	0,0
Valle del Cauca	184	209	0,46	32,5	0,0
Caquetá	78	47	0,45	12,5	6,3
Santa Marta D.E.	29	59	0,43	100,0	0,0
Santiago de Cali D.E.	200	206	0,42	0,0	0,0
Santander	223	185	0,41	14,9	0,0
Córdoba	236	151	0,37	6,7	3,3
Caldas	101	50	0,37	11,1	0,0
Atlántico	142	73	0,36	0,0	4,5
Barranquilla D.E.	61	70	0,31	0,0	0,0
Cauca	115	92	0,28	11,9	0,0
Quindío	39	24	0,24	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	2	0,20	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, \*Casos acumulados de SE 16 de 2024 a SE 15 de 2025

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

**Tabla 28. 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 16 de 2025**

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D.E.	225	441
Cesar	Valledupar	47	71
Chocó	Quibdó	27	58
Antioquia	Turbo D.E.	14	47
Santander	Barrancabermeja D.E.	20	46
Santander	Girón	15	26
Sucre	Sincelejo	14	25
Antioquia	Itagüí	13	23
Valle del Cauca	Jamundí	11	22
Antioquia	Rionegro	11	20
Cesar	Aguachica	11	19
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	6	13
Norte de Santander	Villa del Rosario	23	9

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



## ALERTAS NACIONALES

### Actualización brote de fiebre amarilla en el departamento del Tolima, 23 abril 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Prado, Purificación, Villarrica y Valle de San Juan. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 65 casos de fiebre amarilla (64 por laboratorio y uno por nexa epidemiológico); el 23 de abril del 2025 se confirmó el último caso, femenina de 18 años, ama de casa del municipio de Villarrica (vereda El Castillo). Se han registrado 24 fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 36,9 % (24/65). Se han confirmado diecinueve (19) casos en primates no humanos (PNH) que proceden de los municipios de Purificación (1), Cunday (1), Ataco (7), Chaparral (5), Planadas (4) y Villarrica (1). Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

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

## ALERTAS INTERNACIONALES

### Influenza A(H5N1) en México. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 17 de abril de 2025.

El 2 de abril de 2025, México notificó una infección humana confirmada mediante laboratorio por el virus de la influenza A(H5N1) en el estado de Durango, representando el primer caso confirmado de infección por este virus en el país. El caso corresponde a un niño menor de 10 años, quien no tenía ninguna afección médica subyacente, no había recibido la vacuna contra la influenza estacional y no tenía antecedentes de viaje.

El caso inició síntomas el 7 de marzo de 2025 con fiebre, malestar general y vómitos. El 13 de marzo, fue hospitalizado debido a una insuficiencia respiratoria y se inició el tratamiento antiviral al día siguiente. El caso fue trasladado a un hospital de tercer nivel el 16 de marzo y falleció el 8 de abril debido a complicaciones respiratorias. El 1 de abril se confirmó el resultado positivo de laboratorio mediante RT-PCR con muestra de hisopado nasofaríngeo colectada del 18 de marzo. La muestra se caracterizó además como influenza A(H5N1) clado 2.3.4.4b genotipo D1.1.



# BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

La fuente de infección sigue bajo investigación. Se identificaron 91 contactos, incluidos 21 domésticos, 60 trabajadores de la salud y 10 personas de un centro de cuidado infantil. Las muestras de hisopados faríngeos y nasofaríngeos recolectadas de 49 contactos dieron negativo para influenza A(H5N1). Hasta la fecha, no se han identificado más casos de infección humana por influenza A(H5N1) relacionada con este caso, ni se ha detectado ninguno a través de la vigilancia rutinaria de la influenza.

A finales de enero de 2025 se confirmó un nuevo caso de influenza A(H5N1) en un buitre enfermo en el Zoológico de Sahuatoba en Durango, se confirmó también la presencia del virus en aves enfermas en la presa Peña de Águila y en el parque Las Auras.

La OMS considera que el riesgo general para la salud pública asociado a los virus A(H5) es bajo. Sin embargo, para las personas con exposición ocupacional, el riesgo de infección se considera de bajo a moderado.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Influenza A(H5N1) en México. Fecha de publicación: 17 de abril de 2025. Fecha de consulta: 17 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/disease-outbreak-news/item/2025-DON564>

## Alerta epidemiológica sobre Influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 17 de abril del 2025.

Durante la semana epidemiológica (SE) 13 del 2025, la subregión de América del Norte y partes del Caribe mantienen un nivel alto, pero en descenso, para la actividad de influenza principalmente asociado a *influenza A(H1N1) pmd09* e influenza B, mientras que la actividad del virus sincicial respiratorio (VRS) mantiene su tendencia a la disminución. La actividad de SARS-CoV2 se mantiene baja en América del Norte, mientras que el Caribe ha mostrado aumentos en la circulación. En la subregión de Centroamérica, la circulación de influenza A(H1N1) pmd09 luego de disminuir por algunas semanas, presenta un nuevo aumento en su actividad. La actividad de VRS se mantiene con respecto a la SE 12 del 2025, y la circulación de SARS-CoV-2 disminuye. La subregión Andina se mantiene estable en la circulación de SARS-CoV-2 y VRS respecto de semanas anteriores, sumándose un aumento en la detección de influenza. En la subregión de Brasil y el Cono Sur, Brasil presenta un aumento en la detección de *influenza* y VRS. Con respecto al SARS-CoV-2, se observa una disminución.

Considerando el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza y otros virus respiratorios en el hemisferio sur de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud para una eventual sobrecarga en el sistema sanitario, reforzar la vigilancia de la influenza, el virus sincicial respiratorio (VRS) y el SARS-CoV-2 y adoptar las medidas necesarias para la prevención y el control frente a las infecciones por virus respiratorios, implementar medidas que garanticen el diagnóstico precoz y un manejo clínico adecuado, especialmente entre la población de alto riesgo de presentar enfermedad grave, garantizar la vacunación frente a virus respiratorios, asegurando una alta cobertura de vacunación en grupos de alto riesgo, la adecuada previsión y organización de los servicios de salud, el cumplimiento estricto de las medidas de control de prevención de infecciones, el suministro adecuado de antivirales y equipos de protección personal, así como una adecuada comunicación de riesgo a la población y profesionales de salud.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur. Fecha de publicación: 17 de abril del 2025. Fecha de consulta: 23 de abril del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-04/2025-abril-17-phe-alerta-influenza-ovr-sur-es-final.pdf>



## TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16 de 2025

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

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

Decremento  
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Defectos Congénitos			Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos		
	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	21	0	1	165	26	38	0	0	0	43	25	8	6	1	3	0	0	0	9	3	1
Antioquia	220	14	12	6.582	1.272	1.639	35	3	8	1.329	93	330	470	105	99	313	35	49	1.079	314	257
Arauca	25	3	2	264	55	62	13	0	3	373	18	86	23	5	2	1	0	0	26	6	8
Atlántico	25	4	1	1.419	268	353	27	2	3	987	42	68	13	6	3	0	0	0	171	50	55
Barranquilla D.E.	4	0	1	1.539	233	430	24	2	2	761	39	43	28	5	7	6	1	1	184	49	43
Bogotá D.C.	1	0	0	7.849	1.654	1.940	0	0	0	0	0	0	1.254	145	249	40	10	8	1.231	279	303
Bolívar	83	6	3	1.087	211	278	15	3	3	635	64	114	52	10	12	1	0	0	78	30	21
Boyacá	21	1	1	2.282	452	529	3	0	2	165	16	39	183	32	30	2	1	1	141	35	36
Buenaventura D.E.	9	0	2	48	11	9	2	0	1	33	9	8	4	3	1	0	0	0	9	2	3
Caldas	20	1	0	1.319	269	332	0	0	0	115	10	25	21	8	6	3	1	1	151	49	33
Santiago de Cali D.E.	2	0	0	1.678	395	376	15	5	3	719	253	117	176	49	36	43	20	0	323	82	74
Caquetá	85	2	7	362	85	98	24	2	10	611	79	161	25	10	8	1	0	0	37	11	13
Cartagena de Indias D.T.	5	0	0	649	128	147	50	2	6	991	28	62	51	15	10	1	0	0	92	34	33
Casanare	50	4	4	564	112	142	0	2	0	165	113	63	34	5	11	3	0	1	51	9	12
Cauca	42	2	0	1.752	415	410	7	1	1	286	32	44	103	28	26	13	1	1	74	28	14
Cesar	77	4	8	1.031	184	267	21	4	1	565	117	95	28	11	6	3	0	0	111	28	25
Chocó	82	3	4	94	12	22	4	1	2	60	13	16	36	4	1	1	0	1	7	2	2
Córdoba	79	7	2	1.646	372	396	11	3	0	1.495	69	244	73	25	17	2	1	0	192	47	46
Cundinamarca	28	2	0	4.796	956	1.208	17	2	5	1.081	108	205	350	45	80	6	2	2	352	87	89
Guainía	9	0	1	56	9	17	0	0	0	11	5	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0
Guaviare	41	1	1	135	24	32	2	0	2	128	8	73	10	3	1	0	0	0	14	2	4
Huila	56	3	5	2.184	408	567	54	10	10	837	189	211	129	26	23	4	1	1	88	33	23
La Guajira	35	2	2	728	156	213	22	2	3	945	68	138	18	7	2	1	1	0	58	12	13
Magdalena	41	3	2	888	194	211	5	1	1	214	39	52	17	3	2	0	0	0	67	15	19
Meta	96	8	10	1.482	266	342	44	4	19	1.647	234	490	54	15	16	22	2	2	110	30	26
Nariño	30	2	1	2.416	499	590	5	1	1	147	16	31	106	19	26	2	2	0	198	53	53
Norte de Santander	97	6	5	2.107	384	513	47	3	14	1.410	136	386	119	27	25	13	8	1	201	43	66
Putumayo	71	4	4	603	111	132	11	1	3	661	61	219	42	8	12	0	0	0	41	12	10
Quindío	6	0	0	992	200	223	2	0	1	167	7	29	16	6	4	16	1	4	67	20	17
Risaralda	14	1	1	1.388	292	324	8	0	3	282	11	58	49	14	16	4	1	0	191	54	47
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	168	24	48	0	0	0	24	3	8	2	1	0	0	0	0	4	1	1
Santa Marta D.T.	7	1	1	760	115	190	2	1	0	115	14	26	11	3	2	0	0	0	70	19	19
Santander	81	5	3	2.621	489	610	30	3	5	1.385	163	395	63	19	9	58	3	8	263	61	71
Sucre	28	1	1	998	199	238	14	3	1	1.028	86	175	20	5	7	2	0	0	99	27	22
Tolima	61	3	2	2.327	448	630	46	4	17	1.209	244	268	61	18	14	1	1	0	137	40	39
Valle del Cauca	33	1	3	2.898	560	709	12	4	1	737	266	141	101	25	20	11	2	0	227	60	47
Vaupés	18	1	0	65	10	16	1	0	0	11	3	5	4	1	1	6	0	3	1	1	0
Vichada	12	1	0	87	18	27	1	0	1	102	3	29	8	2	4	0	0	0	3	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>1.615</b>	<b>96</b>	<b>90</b>	<b>58.029</b>	<b>11.516</b>	<b>14.308</b>	<b>574</b>	<b>69</b>	<b>132</b>	<b>21.474</b>	<b>2.684</b>	<b>4.462</b>	<b>3.762</b>	<b>716</b>	<b>791</b>	<b>579</b>	<b>94</b>	<b>84</b>	<b>6.158</b>	<b>1.629</b>	<b>1.545</b>

38

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas		
	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	10	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	2	0	0	0	1	0	0
Antioquia	193	79	50	2	1	0	5	1	1	24	9	6	214	60	45	73	13	8	335	91	77
Arauca	36	9	10	0	0	0	0	0	0	1	0	0	17	3	4	1	1	1	2	0	0
Atlántico	26	9	7	0	0	0	0	0	0	25	5	5	64	14	17	2	0	0	43	10	12
Barranquilla D.E.	38	8	11	1	1	0	0	0	0	22	3	4	79	14	18	2	0	0	97	19	20
Bogotá D.C.	80	16	23	2	1	1	4	0	0	37	10	8	327	68	75	86	20	28	702	158	159
Bolívar	38	4	13	1	1	0	1	1	0	13	3	3	40	13	11	37	2	0	39	24	11
Boyacá	49	19	8	0	0	0	0	0	0	3	2	1	23	7	4	9	5	1	15	11	2
Buenaventura D.E.	6	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0	0	0	1	1	0
Caldas	48	16	12	0	0	0	0	1	0	6	2	3	20	8	3	23	2	3	30	24	8
Santiago de Cali D.E.	30	17	9	0	0	0	1	0	0	12	4	4	87	16	20	1	2	0	46	42	4
Caquetá	24	11	7	0	0	0	0	0	0	3	1	0	14	3	4	1	0	0	9	2	1
Cartagena de Indias D.T.	18	6	2	0	0	0	1	0	0	2	2	0	33	6	10	1	0	1	5	30	0
Casanare	19	7	7	0	0	0	0	0	0	3	0	1	15	3	5	0	0	0	7	3	3
Cauca	83	32	17	1	0	0	0	0	0	8	1	2	32	10	7	1	0	0	14	6	5
Cesar	62	17	14	0	0	0	0	0	0	21	6	6	44	12	13	4	1	2	18	14	5
Chocó	19	3	5	0	1	0	0	1	0	4	0	2	15	2	8	0	0	0	1	1	0
Córdoba	79	24	21	1	1	1	2	0	0	30	8	8	73	22	21	4	4	0	115	37	21
Cundinamarca	91	25	27	1	1	1	1	0	0	17	4	5	73	16	11	29	3	18	123	24	34
Guanía	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	0	0	0	0	0	0
Guaviare	5	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	2	1	0	0	22	2	8
Huila	102	32	25	0	0	0	0	0	0	4	1	0	41	9	15	4	1	0	31	17	6
La Guajira	26	6	5	0	1	0	0	0	0	9	2	3	27	9	3	8	0	0	3	1	0
Magdalena	27	7	6	0	0	0	0	0	0	7	3	2	23	7	4	1	0	1	5	4	2
Meta	67	19	15	0	0	0	0	0	0	11	3	3	53	11	12	4	0	1	46	18	11
Nariño	159	33	51	1	0	0	1	0	0	11	2	2	73	17	19	2	2	1	56	21	15
Norte de Santander	107	30	22	0	0	0	1	0	0	11	4	3	63	16	16	14	2	7	41	9	10
Putumayo	73	14	26	0	0	0	0	0	0	8	2	1	29	4	5	2	0	0	6	3	2
Quindío	29	9	7	0	0	0	0	0	0	2	3	1	18	6	3	6	1	0	35	17	10
Risaralda	54	15	14	3	0	1	9	0	0	3	1	2	60	14	15	7	1	0	38	14	14
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	0	0	0	3	1	0
Santa Marta D.T.	28	3	5	0	0	0	0	0	0	5	1	1	11	3	1	0	0	0	13	4	2
Santander	97	23	20	1	0	0	0	0	0	20	4	9	42	11	7	4	3	1	27	13	5
Sucre	27	8	5	0	0	0	0	0	0	8	2	2	34	8	9	1	0	0	5	4	1
Tolima	103	27	27	3	0	0	0	0	0	9	2	1	21	12	6	5	1	1	29	7	8
Valle del Cauca	94	24	24	4	1	0	1	0	1	11	3	2	62	14	11	1	1	0	214	24	42
Vaupés	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>1.955</b>	<b>559</b>	<b>501</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>350</b>	<b>92</b>	<b>90</b>	<b>1.756</b>	<b>425</b>	<b>411</b>	<b>334</b>	<b>66</b>	<b>74</b>	<b>2.179</b>	<b>657</b>	<b>498</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad Materna Externa			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias		
	Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Casos sospechosos, Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias		
	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	2	0	0	0	0	0	655	83	101	1	0	2	34	19	34	1.622	741	402
Antioquia	29	7	9	82	8	19	3.750	983	793	97	31	50	1.007	949	1.007	310.941	74.568	75.703
Arauca	26	3	16	1	1	1	243	2	35	5	1	3	30	44	30	8.325	2.210	2.522
Atlántico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	2	312	295	312	46.823	10.163	12.102
Barranquilla D.E.	3	1	0	1	1	1	0	0	0	19	6	10	364	467	364	69.294	16.227	17.034
Bogotá D.C.	5	1	0	102	1	15	0	0	0	92	31	53	1.670	1.470	1.670	598.471	152.941	171.435
Bolívar	1	0	0	0	1	0	596	100	122	6	4	3	256	279	256	41.388	11.050	11.132
Boyacá	0	0	0	1	0	1	436	0	107	14	4	6	204	163	204	45.450	12.158	12.377
Buenaventura D.E.	0	0	0	2	1	2	566	151	110	2	3	1	38	43	38	2.071	1.225	466
Caldas	15	4	3	1	8	1	9	2	5	9	3	3	185	170	185	30.150	8.312	7.002
Santiago de Cali D.E.	21	5	0	38	6	7	1	0	1	24	13	14	573	448	573	88.726	25.438	19.721
Caquetá	2	0	1	2	0	2	206	6	41	5	2	1	73	63	73	9.279	3.495	2.496
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7	3	2	326	297	326	65.813	16.465	16.914
Casanare	0	0	0	0	1	0	5	1	2	3	0	0	106	90	106	7.289	2.343	2.154
Cauca	4	1	0	1	1	1	926	335	118	12	3	6	320	288	320	41.260	10.538	10.051
Cesar	3	1	0	0	2	0	7	2	3	7	4	5	335	214	335	41.992	9.546	11.651
Chocó	2	0	0	0	0	0	6.995	2.643	1.053	5	0	0	80	79	80	12.450	1.650	2.982
Córdoba	2	0	1	1	6	1	2.340	854	192	11	3	6	334	295	334	68.289	12.650	16.961
Cundinamarca	4	1	1	2	1	2	0	0	0	26	7	10	653	509	653	129.104	28.530	37.667
Guainía	0	0	0	0	0	0	657	300	124	0	0	0	6	5	6	730	158	237
Guaviare	1	0	0	1	1	0	385	129	54	0	0	0	12	8	12	1.907	633	520
Huila	2	1	0	1	0	1	0	0	0	8	3	5	231	255	231	35.403	11.413	10.252
La Guajira	4	1	1	0	1	1	21	3	2	1	0	0	389	375	389	71.953	12.331	17.160
Magdalena	1	1	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	173	185	173	36.708	7.708	9.746
Meta	1	0	0	11	8	11	273	52	84	7	3	1	152	91	152	24.838	7.096	6.865
Nariño	10	2	3	0	6	0	3.467	1.158	693	18	9	9	481	322	481	48.441	15.664	12.480
Norte de Santander	0	0	0	5	0	5	189	171	25	25	6	13	213	169	213	58.824	14.478	13.886
Putumayo	1	1	0	2	1	2	23	5	3	3	1	2	118	94	118	10.422	2.922	2.955
Quindío	3	0	1	3	1	3	0	3	0	2	1	1	49	32	49	20.503	6.318	4.346
Risaralda	0	0	0	1	1	1	1.000	293	132	11	5	7	160	178	160	42.637	8.232	9.427
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	5	2.856	795	570
Santa Marta D.T.	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2	1	117	138	117	23.039	2.954	5.737
Santander	4	1	2	0	2	0	6	1	1	31	6	15	313	219	313	75.202	14.785	20.340
Sucre	2	0	1	0	0	0	38	4	7	5	1	2	159	161	159	27.688	7.349	6.877
Tolima	7	3	0	6	2	6	0	0	0	11	3	5	278	249	278	49.230	12.916	12.786
Valle del Cauca	22	5	3	5	4	5	52	4	8	28	8	14	277	252	277	55.816	12.802	13.159
Vaupés	1	0	1	0	0	0	1.790	207	352	5	2	5	15	6	15	1.154	219	457
Vichada	0	0	0	0	0	0	552	155	79	1	1	1	19	19	19	1.216	366	354
<b>Total nacional</b>	<b>181</b>	<b>35</b>	<b>43</b>	<b>269</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>25.192</b>	<b>7.700</b>	<b>4.247</b>	<b>511</b>	<b>173</b>	<b>258</b>	<b>10.067</b>	<b>8.947</b>	<b>10.067</b>	<b>2.207.304</b>	<b>539.389</b>	<b>578.926</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
	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			Casos sospechosos; Casos probables y 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
Amazonas	26	10	5	0	0	0	1.723	388	497	5	5	5	0	0	0
Antioquia	14.883	2.628	4.024	1.943	823	959	117.490	34.760	25.552	193	286	193	2	4	0
Arauca	1.127	111	312	18	4	11	2.637	683	614	9	24	9	0	0	0
Atlántico	941	204	285	655	122	326	21.782	4.189	4.260	39	80	39	2	1	0
Barranquilla D.E.	3.883	291	1.014	691	233	281	28.337	5.875	6.538	48	96	48	1	1	0
Bogotá D.C.	25.547	7.248	8.277	2.630	1.482	1.452	288.490	65.630	53.512	200	266	200	2	4	0
Bolívar	825	215	231	158	110	70	9.464	2.799	2.015	51	71	51	1	1	0
Boyacá	2.261	496	696	149	65	68	18.633	5.240	3.938	29	45	29	0	1	0
Buenaventura D.E.	33	0	13	5	3	2	954	491	196	18	27	18	0	0	0
Caldas	1.137	299	340	453	118	210	9.953	3.235	2.402	28	33	28	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	2.306	665	655	240	72	126	32.789	13.846	7.842	71	94	71	0	1	0
Caquetá	558	155	166	11	7	3	4.613	1.850	1.007	15	25	15	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	4.203	286	1.016	514	187	225	18.877	4.125	3.807	47	82	47	2	1	0
Casanare	122	55	40	2	8	1	3.669	1.239	789	15	26	15	0	0	0
Cauca	1.519	251	387	194	84	108	14.306	4.787	2.775	46	87	46	1	1	0
Cesar	2.037	515	525	154	53	63	8.920	4.286	1.970	56	88	56	2	1	0
Chocó	750	158	216	8	8	4	4.465	1.064	1.287	30	63	30	0	1	0
Córdoba	2.469	423	553	454	241	227	20.893	4.456	4.171	60	128	60	1	2	0
Cundinamarca	4.514	1.068	1.332	513	449	289	56.800	13.712	11.243	109	128	109	6	2	1
Guainía	29	16	10	0	0	0	429	158	133	5	6	5	0	0	0
Guaviare	82	34	29	21	5	4	1.005	320	261	5	4	5	0	0	0
Huila	1.856	441	500	190	61	107	16.767	4.274	3.535	35	61	35	2	1	0
La Guajira	743	552	211	105	58	39	11.439	4.212	2.214	61	128	61	0	1	0
Magdalena	1.335	153	259	53	11	30	10.992	3.451	2.663	33	53	33	0	1	0
Meta	1.065	169	306	68	72	33	16.047	4.505	3.562	46	54	46	2	1	0
Nariño	2.616	544	768	58	38	28	17.409	7.388	3.446	63	68	63	2	1	0
Norte de Santander	2.879	863	794	231	146	122	19.237	5.523	3.702	41	74	41	3	1	0
Putumayo	392	144	111	12	6	8	3.845	1.137	822	12	18	12	0	0	0
Quindío	1.079	297	316	142	57	79	8.941	2.961	1.793	10	21	10	0	0	0
Risaralda	1.844	297	479	137	51	75	12.550	4.547	2.774	23	38	23	4	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	277	59	86	1	0	1	1.014	282	200	6	4	6	0	0	0
Santa Marta D.T.	1.003	164	253	285	131	129	6.713	1.276	1.325	9	29	9	2	0	1
Santander	5.391	931	1.573	726	409	378	30.292	7.900	6.760	52	75	52	0	2	0
Sucre	2.200	421	676	475	227	231	7.023	2.898	1.398	30	65	30	2	1	0
Tolima	3.226	469	823	129	60	60	22.952	5.631	4.937	33	50	33	0	1	0
Valle del Cauca	1.179	265	351	263	63	117	22.689	7.185	5.320	38	68	38	0	1	0
Vaupés	13	10	5	0	4	0	577	90	146	2	5	2	0	0	0
Vichada	8	3	4	1	0	1	430	125	141	9	12	9	1	0	1
<b>Total nacional</b>	<b>96.358</b>	<b>20.910</b>	<b>27.641</b>	<b>11.689</b>	<b>5.460</b>	<b>5.867</b>	<b>875.146</b>	<b>243.960</b>	<b>232.186</b>	<b>1.582</b>	<b>2.489</b>	<b>1.582</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>4</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

Decremento  
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado 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
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	21	3	4	10	0	4
Antioquia	228	62	44	10	2	0	525	39	99	657	197	146	319	142	56
Arauca	13	2	1	2	0	0	3	1	0	63	8	13	8	4	3
Atlántico	16	7	0	0	1	0	5	1	2	191	69	57	51	25	10
Barranquilla D.E.	46	7	9	0	1	0	10	2	2	202	48	42	92	38	17
Bogotá D.C.	453	103	125	212	2	21	525	95	290	1.406	395	403	1.124	498	347
Bolívar	21	3	2	1	1	0	4	2	3	164	33	26	18	4	12
Boyacá	64	13	18	7	0	0	11	4	4	221	74	64	136	51	47
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	0	4	0	1
Caldas	25	6	4	0	0	0	18	2	6	157	35	26	23	9	7
Santiago de Cali D.E.	48	21	5	0	1	0	3	4	0	326	106	103	304	142	37
Caquetá	12	3	5	0	0	0	2	2	0	76	17	23	11	4	5
Cartagena de Indias D.T.	22	6	6	0	1	0	6	1	4	145	33	31	12	6	4
Casanare	8	2	1	4	0	0	0	1	0	47	24	12	0	0	0
Cauca	21	8	1	0	1	0	14	3	3	201	33	81	144	58	41
Cesar	19	5	5	0	1	0	1	1	1	97	34	38	8	6	1
Chocó	5	0	1	3	0	1	70	6	1	17	3	0	13	9	0
Córdoba	51	11	13	1	1	0	4	1	1	289	75	65	48	21	19
Cundinamarca	152	26	42	70	1	4	118	23	66	656	166	177	202	73	74
Guainía	2	0	2	0	0	0	0	0	0	30	0	25	0	0	0
Guaviare	4	0	0	1	0	0	0	0	0	32	2	12	1	1	0
Huila	58	15	18	1	1	0	33	6	6	230	43	103	36	15	9
La Guajira	9	3	1	0	1	0	10	6	9	88	43	33	14	8	3
Magdalena	10	2	2	0	0	0	1	1	0	101	18	24	9	1	3
Meta	22	6	4	3	0	0	18	2	6	146	47	45	17	4	5
Nariño	51	11	10	1	0	0	22	14	7	200	90	40	36	12	7
Norte de Santander	67	16	16	1	1	0	4	5	1	255	78	52	27	10	7
Putumayo	13	5	3	1	0	1	5	2	2	51	13	20	48	21	20
Quindío	10	3	3	0	0	0	2	1	1	100	36	23	41	19	12
Risaralda	17	6	5	0	0	0	20	1	12	228	52	89	19	7	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	0	1	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	0	0	0	1	2	0	44	7	6	15	7	3
Santander	34	7	6	0	1	0	16	9	5	167	73	44	74	24	36
Sucre	28	9	5	0	0	0	19	6	4	147	40	42	83	43	26
Tolima	14	6	4	3	0	0	3	5	2	317	62	91	40	17	15
Valle del Cauca	45	11	5	0	1	0	6	2	3	321	97	100	158	86	36
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5	1	2	1	0	1
Vichada	1	0	1	0	0	0	3	0	2	5	5	1	1	1	0
<b>Total nacional</b>	<b>1.596</b>	<b>404</b>	<b>368</b>	<b>323</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>1.482</b>	<b>254</b>	<b>542</b>	<b>7.417</b>	<b>2.071</b>	<b>2.063</b>	<b>3.147</b>	<b>1.366</b>	<b>873</b>

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

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 confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio	
	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	17	24	0	0	0	0	4	2	17	26
Antioquia	0	0	0	0	551	1.083	0	0	0	0	153	195	1.651	1.577
Arauca	1	0	0	0	93	74	0	0	0	0	2	11	54	65
Atlántico	0	0	0	0	104	73	0	0	0	0	23	22	262	271
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	54	70	0	0	0	0	36	27	270	280
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.079	989	1	1	0	0	146	313	1.467	1.549
Bolívar	0	0	0	0	122	172	0	0	0	0	8	11	176	154
Boyacá	1	0	0	0	157	177	0	0	0	0	10	17	303	319
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	39	68	0	0	0	0	4	3	32	23
Caldas	0	0	0	0	54	50	0	0	0	1	16	23	375	300
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	1	153	206	0	0	0	1	66	72	521	575
Caquetá	0	0	0	0	71	47	0	0	0	0	5	7	80	72
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	69	156	0	0	0	0	9	13	176	161
Casanare	5	0	0	0	113	75	0	0	0	0	6	21	85	110
Cauca	0	0	0	0	90	92	0	0	0	0	18	24	266	223
Cesar	3	0	0	0	208	303	0	0	0	0	20	21	194	183
Chocó	0	0	0	0	236	332	0	0	0	0	13	21	37	43
Córdoba	0	0	0	0	194	151	0	0	0	0	22	30	308	331
Cundinamarca	0	0	0	0	405	378	0	0	0	0	47	57	641	733
Guainía	0	0	0	0	21	19	0	0	0	0	2	2	8	9
Guaviare	0	0	0	0	43	34	0	0	0	0	11	22	19	21
Huila	0	0	0	0	146	158	0	0	0	1	14	26	262	203
La Guajira	0	0	0	0	516	521	0	0	0	0	8	30	77	104
Magdalena	0	0	0	0	170	237	0	0	0	0	11	10	104	115
Meta	0	0	0	0	134	134	0	0	0	0	9	21	219	200
Nariño	0	0	0	0	221	236	0	0	0	0	24	33	424	478
Norte de Santander	0	0	0	0	217	233	1	0	0	0	37	91	305	379
Putumayo	0	0	0	1	66	67	0	0	0	0	13	12	100	92
Quindío	0	0	0	0	34	24	0	0	0	0	18	20	169	148
Risaralda	0	0	0	0	120	154	0	0	0	0	22	44	362	370
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	7	7
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	25	59	0	0	0	0	9	12	87	98
Santander	1	1	1	0	144	185	0	0	1	0	27	73	458	485
Sucre	0	0	0	0	67	122	0	0	0	0	10	7	150	159
Tolima	0	0	0	0	119	114	0	0	1	0	22	47	372	308
Valle del Cauca	0	0	0	0	127	209	0	0	0	0	16	46	399	397
Vaupés	0	0	0	0	28	11	0	0	0	0	3	12	18	25
Vichada	0	0	0	0	83	58	0	0	0	0	1	6	7	6
<b>Total nacional</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6.095</b>	<b>7.097</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>872</b>	<b>1.407</b>		

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

Decremento  
 Incremento

Departamento	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 sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado 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	
	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	4	3	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Antioquia	426	331	8	3	7	4	3	0	12	15	4	1	42	64
Arauca	7	8	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	5
Atlántico	0	1	1	1	3	0	0	0	1	1	2	0	9	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	3	2	2	0	1	1	3	1	0	8	11
Bogotá D.C.	0	0	3	1	8	4	0	2	9	5	0	1	48	151
Bolívar	145	128	0	1	4	1	1	0	4	1	2	2	7	1
Boyacá	45	80	0	0	1	1	0	1	1	2	0	0	8	3
Buenaventura D.E.	4	3	2	1	1	0	0	0	1	2	1	1	2	1
Caldas	68	64	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	6	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	2	1	2	1	0	2	2	5	0	0	14	26
Caquetá	90	65	1	5	1	1	0	0	2	2	1	1	3	0
Cartagena de Indias D.T.	1	0	2	1	2	0	0	0	2	1	1	1	7	7
Casanare	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	4
Cauca	19	27	1	0	3	0	1	1	3	2	0	3	10	6
Cesar	33	95	1	1	3	4	2	2	3	2	5	4	9	6
Chocó	91	66	0	0	4	3	8	6	10	14	15	10	4	4
Córdoba	58	47	0	1	4	2	1	1	4	1	2	4	12	9
Cundinamarca	62	39	3	2	4	3	0	0	3	6	1	0	23	13
Guainía	4	6	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0
Guaviare	131	36	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Huila	3	1	2	0	3	1	0	0	2	0	1	1	7	6
La Guajira	11	5	0	0	7	5	7	7	8	8	18	11	7	0
Magdalena	3	0	1	0	2	0	0	1	3	3	6	4	6	0
Meta	77	28	0	2	3	1	1	1	2	2	2	1	7	2
Nariño	90	61	0	1	4	1	0	0	4	7	1	0	11	2
Norte de Santander	82	46	1	0	3	1	0	0	2	1	3	0	11	9
Putumayo	85	62	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	2	2
Quindío	0	0	3	3	1	0	0	0	2	0	0	0	3	1
Risaralda	35	54	3	3	2	2	3	3	2	5	4	1	6	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	4	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	3	3
Santander	237	194	0	2	1	2	1	0	3	2	0	1	15	4
Sucre	38	25	0	1	2	0	0	0	2	3	0	0	6	14
Tolima	105	52	6	13	3	1	1	1	5	3	0	0	9	3
Valle del Cauca	5	2	4	2	2	1	1	0	3	4	2	1	13	20
Vaupés	18	2	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	1	0
Vichada	14	6	0	0	1	1	1	0	1	1	2	4	1	0
<b>Total nacional</b>	<b>1.997</b>	<b>1.538</b>	<b>50</b>	<b>51</b>	<b>87</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>107</b>	<b>106</b>	<b>85</b>	<b>53</b>	<b>328</b>	<b>382</b>

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

La información es notificada semanalmente por 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.

## Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 16

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 confirmado por nexa epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado 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 confirmado por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado 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	1	1	5	9	0	0	21	22	1	0	6	9	155	213
Antioquia	51	39	364	404	0	0	1.106	1.490	30	47	887	873	6.523	5.051
Arauca	15	10	54	67	0	0	45	47	1	0	37	28	346	398
Atlántico	15	5	103	120	0	0	127	179	4	5	147	133	730	822
Barranquilla D.E.	28	6	132	108	0	0	234	267	4	8	251	215	714	801
Bogotá D.C.	47	21	284	275	0	0	471	470	13	7	1.216	1.086	8.205	9.392
Bolívar	14	7	83	104	0	0	51	73	1	0	80	61	686	705
Boyacá	8	7	31	27	0	0	46	67	1	0	63	64	1.152	1.353
Buenaventura D.E.	7	8	44	36	0	0	56	72	2	2	48	37	119	103
Caldas	5	8	42	61	0	0	98	88	1	0	108	88	862	894
Santiago de Cali D.E.	12	3	148	175	0	1	470	457	15	15	432	444	2.357	2.054
Caquetá	3	6	26	41	0	0	68	94	1	0	37	26	329	287
Cartagena de Indias D.T.	26	15	87	140	0	1	120	152	1	3	261	151	395	462
Casanare	11	12	40	50	0	1	45	65	0	3	52	33	239	267
Cauca	8	5	64	46	0	0	75	91	1	0	107	105	950	955
Cesar	12	5	112	98	0	0	108	150	0	2	130	135	618	660
Chocó	18	13	77	86	0	0	56	84	1	1	30	23	124	143
Córdoba	12	5	98	79	1	0	72	95	2	4	199	209	1.104	920
Cundinamarca	22	17	108	153	0	0	164	184	4	2	291	262	3.673	4.355
Guainía	3	2	4	4	0	0	7	4	0	0	4	2	51	41
Guaviare	1	0	8	5	0	0	15	15	0	0	12	11	97	96
Huila	4	3	49	45	0	0	107	160	3	3	125	138	1.882	1.899
La Guajira	21	10	116	117	0	0	144	201	2	1	107	99	386	440
Magdalena	10	8	73	73	0	0	44	61	1	1	66	58	426	499
Meta	15	13	77	107	0	0	197	269	5	8	109	85	685	708
Nariño	4	4	75	77	0	0	60	54	1	2	128	114	1.185	1.508
Norte de Santander	28	18	149	181	0	0	201	253	4	4	214	169	1.136	1.190
Putumayo	3	1	28	34	0	1	28	43	1	1	34	31	384	464
Quindío	4	0	29	37	0	0	83	95	1	0	119	80	787	702
Risaralda	9	10	50	68	0	0	188	244	7	3	164	179	1.104	1.136
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	2	4	0	0	1	7	0	0	8	2	51	91
Santa Marta D.T.	7	3	34	40	0	0	66	105	1	2	104	72	204	218
Santander	20	21	129	153	0	0	263	451	7	6	218	241	1.861	1.945
Sucre	8	6	67	63	1	0	30	35	0	0	97	68	590	583
Tolima	13	10	52	43	0	0	157	260	3	4	138	151	857	939
Valle del Cauca	9	10	89	121	0	0	218	270	6	8	217	233	2.010	2.164
Vaupés	1	0	1	2	0	0	4	7	0	0	3	1	56	113
Vichada	1	4	12	15	0	0	12	5	0	0	7	3	65	71
<b>Total nacional</b>	<b>457</b>	<b>317</b>	<b>3.132</b>	<b>3.268</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5.258</b>	<b>6.686</b>	<b>125</b>	<b>142</b>	<b>6.256</b>	<b>5.719</b>	<b>43.100</b>	<b>44.642</b>



Salud



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Semana epidemiológica **16**  
13 al 19 de abril de 2025

**TEMA CENTRAL**  
**Infeción Respiratoria Aguda,**  
**Colombia, 2025**

**Directora General INS**  
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

**Expertos temáticos**  
Dr. Hernán Quijada Bonilla  
Director (E) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

**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](http://www.ins.gov.co)



**Boletín epidemiológico semanal**

**Autores:** Tema central: Angélica María Rico Turca, Diana Marcela Forero Ombita. **Situación nacional:** Grupo Sivigila. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Corrector de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.16>