

HEPATITIS A



Hepatitis A

La vigilancia epidemiológica de la hepatitis A ha permitido identificar cambios clave en el perfil epidemiológico, fortalecer la detección oportuna de casos y orientar decisiones estratégicas en el manejo de brotes.

Semana
epidemiológica

11 al 17 de mayo de 2025

20

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**



Tema central
Hepatitis A

Pág.

3



Situación nacional

7



Mortalidad

9



Eventos trazadores

16



Brotes y alertas

35



Tablas de mando por departamento

39

TEMA CENTRAL

Hepatitis A

Sandra Milena Aparicio Fuentes, saparicio@ins.gov.co

Hepatitis A

La hepatitis A es una afección hepática provocada por el virus de la hepatitis A (VHA), el cual se transmite principalmente por vía fecal-oral, es decir, cuando una persona no infectada ni inmunizada consume agua o alimentos contaminados con heces de alguien infectado. Esta enfermedad se asocia estrechamente con condiciones sanitarias deficientes, consumo de agua o alimentos contaminados, prácticas inadecuadas de higiene personal y, en algunos casos, prácticas sexuales que implican contacto oral-anal.

A diferencia de las infecciones por los virus de las hepatitis B y C, la hepatitis A no evoluciona hacia una enfermedad hepática crónica. Sin embargo, puede producir síntomas intensos e incapacitantes y, en casos poco frecuentes, desencadenar hepatitis fulminante —una forma grave de insuficiencia hepática aguda— que puede ser letal (1).

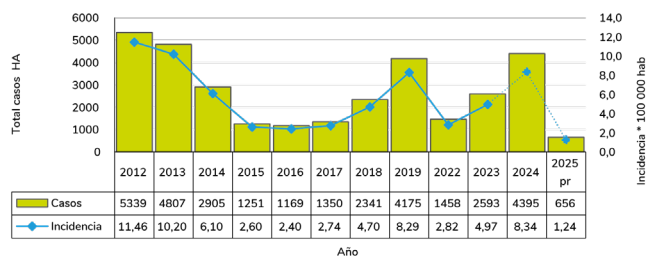
La hepatitis A puede manifestarse de forma esporádica o en brotes epidémicos a nivel global, y suele reaparecer de manera cíclica. Asimismo, pueden extenderse durante meses mediante la transmisión persona a persona. El virus que causa la hepatitis A es resistente en el ambiente y puede sobrevivir a varios procesos habituales de preparación de alimentos que están diseñados para eliminar bacterias patógenas (1).

La introducción de la vacuna contra la hepatitis A respondió a la elevada carga de enfermedad observada en regiones con condiciones sanitarias precarias, así como a la necesidad de prevenir brotes en contextos comunitarios, escolares o institucionales (2). Desde 1995 se dispone de esta vacuna a nivel global y en Colombia fue incorporada al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en 2013, como una dosis única dirigida a niños de un año.

Tras su inclusión en el esquema nacional, se observó una disminución significativa en la incidencia, que pasó de 10,20 casos por 100 000 habitantes en 2013 a 2,74 por 100 000 en 2017. No obstante, entre 2018 y 2019 se registró un aumento en el número de casos, asociado principalmente al fenómeno migratorio, con especial afectación en territorios fronterizos y zonas receptoras de población migrante. Posteriormente, durante la pandemia de COVID-19 se evidenció un descenso en las notificaciones, posiblemente relacionado con la reducción de la movilidad y el acceso a los servicios de salud.

A partir de 2023, se ha observado un incremento sostenido en la incidencia de hepatitis A, alcanzando en 2024 un total de 4 395 casos, lo que representa una tasa de 8,34 casos por 100 000 habitantes (figura 1).

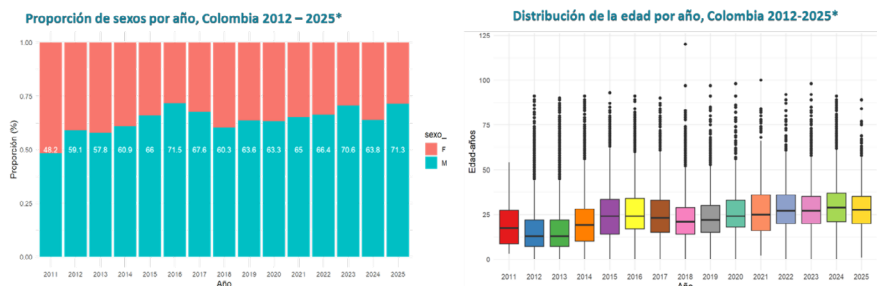
Figura 1. Casos e incidencia de Hepatitis A, Colombia 2012-2025^{pr}



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012 -2025. *pr: datos preliminares

Históricamente, la mayor proporción de casos de hepatitis A se ha presentado en hombres. A partir de 2014, esta tendencia se ha acentuado, con una participación masculina que supera el 60 % del total de casos notificados. En cuanto a la distribución por edad, se ha observado un aumento progresivo en la mediana de edad de los casos. Desde 2022, esta se ha estabilizado en 27 años o más, para 2024 la mediana de edad fue de 29 RIC (21-37) y en lo corrido de 2025 es de 28 años RIC (20-35) lo que sugiere un desplazamiento del perfil epidemiológico hacia grupos etarios mayores (figura 2).

Figura 2. Distribución de los casos de Hepatitis A por sexo y edad, Colombia 2012-2025^{pr}



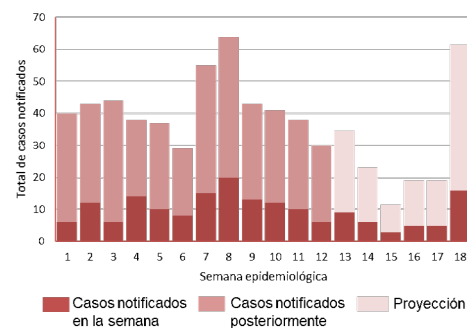
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012 -2025. *pr: datos preliminares

Como se mencionó anteriormente, la incidencia de hepatitis A ha disminuido en la población infantil que hace parte de la cohorte vacunal, es decir, en el grupo de 1 a 13 años. No obstante, en el grupo de 14 a 29 años se ha evidenciado un incremento progresivo, de 5,59 casos por 100 000 habitantes en 2022, alcanzando en 2024 una incidencia de 16 casos por cada 100 000 habitantes.

En lo corrido de 2025, y hasta la semana epidemiológica 18, se han notificado 656 casos, lo que representa una incidencia acumulada de 1,24 casos por 100 000 habitantes. El promedio semanal de notificación es de 36 casos, con picos en las semanas 7 y 8, en las cuales se reportaron 55 y 65 casos, respectivamente. Sin embargo, hasta el momento no se han identificado cadenas de transmisión ni fuentes comunes de infección que configuren un brote, aunque sí incrementos en algunos municipios (figura 3).

Sin embargo, es importante considerar el rezago natural asociado a este evento, derivado de los tiempos requeridos para la consulta médica, el diagnóstico y la notificación al sistema de vigilancia. Al realizar un seguimiento a los casos notificados en 2025, se identificó que aproximadamente el 76 % de los casos presenta retraso en la notificación, y que la consolidación de la información suele alcanzarse alrededor de seis semanas después del inicio de síntomas (figura 3). Este rezago debe ser tenido en cuenta en la detección de comportamientos inusuales, ya que podría enmascarar aumentos reales de casos en algunos municipios del país, dificultando la oportuna identificación de brotes o situaciones de riesgo.

Figura 3. Casos de Hepatitis A en Colombia, semanas epidemiológicas 1-18 2025^{*}

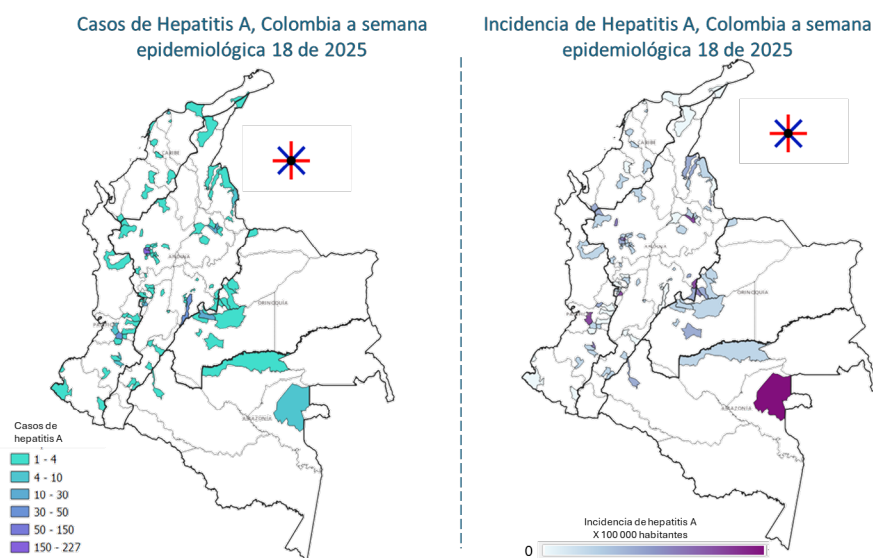


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012 -2025. *pr: datos preliminares

Durante 2025, se mantiene la tendencia observada en cuanto a la distribución por sexo, con un 71 % de los casos registrados en hombres. El grupo de edad más afectado continúa siendo el de 14 a 29 años.

Los municipios con el mayor número de casos notificados son Medellín D.E. (227), Bello (72), Santiago de Cali D.E. (46), Bogotá D.C. (44) y Girón (30). Por otro lado, los municipios con mayor incidencia, superando los 15 casos por 100 000 habitantes, son Mitú (25,2), Calarcá (18,2), Girón (16,9), Dagua (16,0) y Copacabana (15,3) (figura 4).

Figura 4. Comportamiento de la Hepatitis A en municipios de Colombia 2025*



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012 -2025 preliminares

Conclusiones

- Cambios en el perfil epidemiológico: La hepatitis A ha mostrado una transición en su distribución etaria, con una disminución sostenida de casos en menores de 13 años gracias a la vacunación, y un aumento progresivo en el grupo de 14 a 29 años, que actualmente concentra la mayor carga de enfermedad. Esta situación refleja un cambio en el perfil

de riesgo y la necesidad de ajustar las estrategias de prevención.

- Incremento de casos e importancia del rezago: Aunque la incidencia acumulada en 2025 hasta la semana epidemiológica 18 es relativamente baja (1,24 por 100 000 habitantes), se han observado picos semanales importantes y un rezago del 76 % en la notificación de casos. Esto implica que los datos actuales pueden subestimar la magnitud real del evento, dificultando la detección oportuna de brotes.
- Concentración geográfica de casos: Los municipios con mayor número de casos notificados incluyen grandes centros urbanos como Medellín, Bogotá D.C. y Santiago de Cali D.E., mientras que municipios más pequeños como Mitú, Calarcá y Dagua presentan las tasas más altas de incidencia. Esta concentración geográfica sugiere la necesidad de fortalecer la vigilancia diferencial, con énfasis en contextos urbanos densamente poblados y municipios con condiciones sanitarias vulnerables.

Recomendaciones

Se recomienda a las entidades territoriales:

- Implementar búsqueda activa institucional y comunitaria en zonas de riesgo o con brotes recientes.
- Capacitar continua al personal de salud en definición de caso, flujos de notificación y toma de muestras.
- Analizar datos por municipio y grupo etario, con el fin de establecer alertas tempranas ante aumentos inusuales de casos, así como la activación de la sala de análisis de riesgo (cuando sea necesario) para orientar la respuesta oportuna en salud pública.
- Documentar y reportar investigaciones de brotes según lineamientos nacionales, incluyendo cadenas de transmisión y fuente probable.
- Ante el rezago de la notificación, se recomienda a los equipos de vigilancia en salud pública a nivel territorial fortalecer el seguimiento activo de los casos sospechosos de hepatitis A, especialmente en municipios con

antecedentes de alta incidencia o con reportes recientes. Es fundamental revisar periódicamente las bases de datos nominales para identificar rezagos, actualizar oportunamente la información y aplicar los algoritmos de análisis de comportamiento inusual considerando el retraso promedio observado.

- Asimismo, se sugiere intensificar la búsqueda activa de casos en instituciones educativas, comunidades cerradas y zonas con condiciones sanitarias deficientes, con el fin de detectar de manera temprana posibles agrupaciones de casos o brotes incipientes.

Se recomienda a las EAPB, IPS:

- Asegurar la toma de muestra oportuna (sangre para IgM anti-VHA) a todo caso que cumpla con la definición
- Notificar oportunamente los casos confirmados

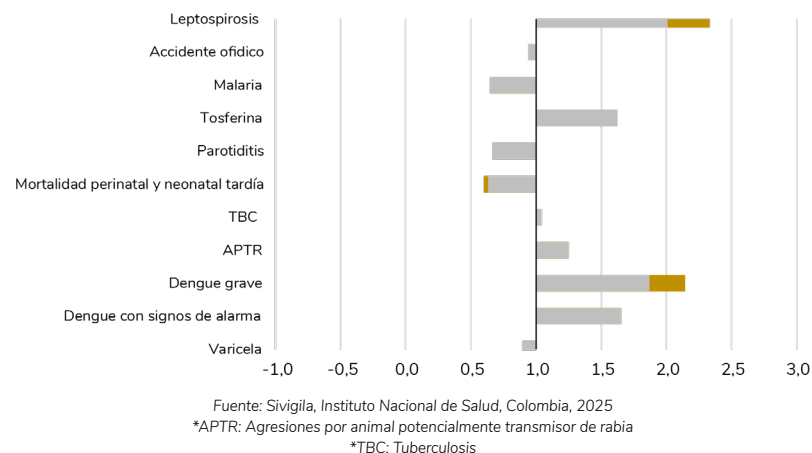
6 Referencias

1. World Health Organization. Hepatitis A [Internet]. 2023 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
2. World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. (2022). Weekly Epidemiological Record, 2022, vol. 97, 40 [full issue]. Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire, 97 (40), 493 - 512. World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/363396>



Para la semana epidemiológica 20 de 2025, se identificó que los eventos leptospirosis y dengue grave se ubicaron por encima de los esperado mientras que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 20 de 2025.



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 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 20 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	7 2021	61 189	1,03	0,30

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.

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.

En la semana epidemiológica 20 de 2025, el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	24	83	0,00
Zika	7	5	0,10
Chicungunya	0	2	0,11
Mortalidad por dengue	6	4	0,11
Lepra	7	5	0,12
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,30
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,37

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

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 20 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

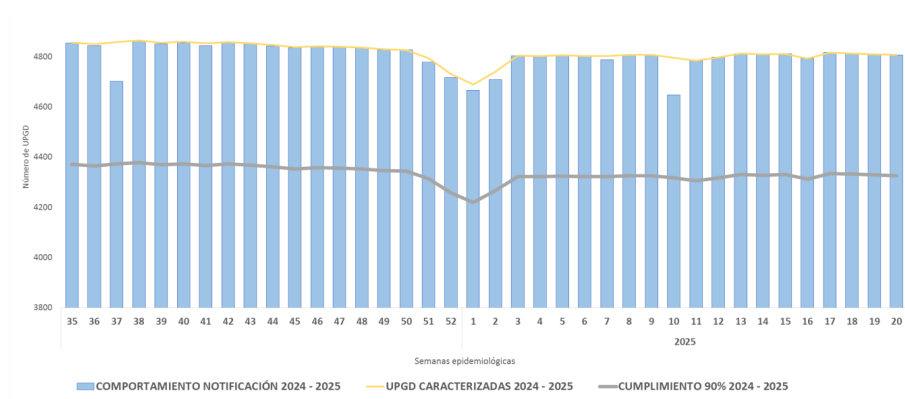
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y de la semana 20 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100% (4 808/ 4 808); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,26 % comparado con la semana epidemiológica 20 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %), por lo cual no se registraron incumplimientos en

la notificación de eventos de interés en salud pública a nivel nacional durante esta semana.

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 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 20 de 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

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

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

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

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

¹. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://sin.uns.gov.co/9A30q>

A semana epidemiológica (SE) 20 de 2025, se han notificado 272 muertes probables en menores de cinco años: 151 por infección respiratoria aguda (IRA), 78 por desnutrición (DNT) aguda y 43 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 20 de 2025 se han notificado 266 fallecimientos (148 por IRA, 76 por DNT aguda y 42 por EDA); de estos, 87 casos han sido confirmados, 26 han sido descartados y 153 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a SE 20 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 20 2025			Casos en estudio a SE 20 2025			Tasa a SE 20 2024			Tasa a SE 20 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	28	43	16	41	88	24	2,64	3,46	2,14	0,78	1,20	0,45
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	21,10	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	1	2	0	2	21	0	2,83	2,83	1,18	0,24	0,48	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	2	1	0	2,63	2,63	0,88	0,00	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	1	0	0,00	1,14	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	8	2	0,00	1,08	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	1	0	2	0	0	0,00	5,91	0,98	1,01	1,01	0,00
Boyacá	0	2	1	0	0	0	0,00	3,53	0,00	0,00	2,40	1,20
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	2	1	2,89	2,89	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	1	0	0	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	5	2	0,00	3,53	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	2,70	8,09	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	0	0	0	1,29	2,59	1,29	1,33	1,33	0,00
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	2,65	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	1	1	2	2	1	0,00	2,67	0,00	0,00	0,90	0,90
Cesar	2	0	2	3	2	2	2,49	2,49	2,49	1,69	0,00	1,69
Chocó	6	13	4	5	4	1	31,35	33,10	52,26	10,51	22,77	7,01
Córdoba	3	0	0	2	3	2	4,66	2,00	0,67	2,04	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	7	1	0,00	2,12	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	0	1	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	1	0	0	0	0	0	1,01	2,02	0,00	1,03	0,00	0,00
La Guajira	3	0	1	12	9	6	14,60	9,13	10,95	2,77	0,00	0,92
Magdalena	2	1	1	2	2	0	7,21	2,40	1,20	2,44	1,22	1,22
Meta	1	1	1	1	2	0	1,21	3,64	1,21	1,23	1,23	1,23
Nariño	0	6	0	1	0	0	0,84	1,69	0,00	0,00	5,18	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	0	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	1	3	3	1	3	1	12,22	8,73	3,49	1,80	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	3	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	2	0	0,00	2,01	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	2	0	0	1	0	7,87	5,24	0,00	0,00	2,66	0,00
Tolima	0	1	0	0	2	1	0,00	6,09	2,43	0,00	1,24	0,00
Valle del Cauca	1	3	0	0	2	0	1,49	2,98	0,74	0,77	2,30	0,00
Vaupés	0	0	0	0	1	2	30,23	0,00	15,11	0,00	0,00	0,00
Vichada	3	0	0	1	3	0	21,61	14,41	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 148 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 35 confirmadas por clínica y ocho por laboratorio, 17 descartadas y 88 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 20 fueron 126, para una tasa de mortalidad de 3,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 20 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Amazonas, Antioquia, Bogotá D.C., Chocó, Cundinamarca, Huila y La Guajira. 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 Enterovirus, Haemophilus influenzae B, Rhinovirus, Moraxella catarrhalis, Parainfluenza tipo 3, SARS-CoV2, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, (tabla 4)

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 20, 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	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Enterovirus	3	2	2	1	1	9	2	0	0	0	0	2
Escherichia coli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae B	3	1	0	0	0	4	2	0	0	0	0	2
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	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Metapneumovirus	2	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Moraxella catarrhalis	1	0	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1
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	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	4	2	4	1	2	13	1	1	0	0	0	2
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
Staphylococcus aureus	4	0	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pneumoniae	2	2	0	3	1	8	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	9	0	1	1	0	11	0	0	0	0	0	0
Total	43	13	11	10	5	82	10	2	0	0	0	12

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 76 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 28 fueron confirmadas, siete descartadas y 41 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a SE 20 fue de 96, para una tasa de mortalidad de 2,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 20 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y, a nivel municipal, en Uribia (La Guajira) y Riohacha (La Guajira). 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 esta semana epidemiológica 20 se han notificado 42 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*), 15 confirmadas por clínica, dos descartadas y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 20 fue de 78 para una tasa de mortalidad de 2,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 20 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y Chocó 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 definiciones¹:

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

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

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

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

Para el 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 RUAF ND 2024 y 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.

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33810/UPG28779>

En la semana epidemiológica 20 de 2025 se notificaron al Sivigila siete casos, cuatro muertes maternas tempranas y tres muertes maternas tardías; para un total acumulado de 70 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 66 residen en territorio colombiano y cuatro residen en el exterior por lo que

no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 20, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	113	55	30	198
2023	100	54	26	180
2024p	82	57	26	165
2025p	66	42	11	119

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 20 de 2025 fue de 41,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 45,0 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2024. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, La Guajira, Cesar, Bogotá D.C., Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bogotá D.C., Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Magdalena y Santa Marta D.T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Sabanalarga (Atlántico), Puerto Colombia (Atlántico), Valencia (Córdoba), El Rosal y Guasca (Cundinamarca), El Tarra (Norte de Santander), Coloso (Sucre), Melgar (Tolima) y Caicedonia (Valle del Cauca) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 20 de 2025, el 63,6 % corresponden a causas directas y el 25,8 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 22,7 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021–2024 a SE 20	Acumulado de casos a SE 20		Comportamiento inusual con respecto al histórico	Razón de MM por 100 000 NV a SE 20	
		2024	2025		2024	2025
Colombia	112	82	66	Disminución	45,0	41,5
Amazonas	1	0	1	Sin cambio	0,0	378,8
Guainía	0	0	1	Sin cambio	0,0	359,7
Vichada	1	0	1	Sin cambio	0,0	234,2
Chocó	6	7	4	Sin cambio	301,9	200,9
Casanare	1	1	2	Sin cambio	50,9	111,4
La Guajira	9	6	6	Sin cambio	89,5	103,3
Cesar	5	7	5	Sin cambio	117,6	96,2
Risaralda	2	1	2	Sin cambio	32,5	76,7
Quindío	1	0	1	Sin cambio	0,0	71,5
Caquetá	1	0	1	Sin cambio	0,0	54,3
Santiago de Cali D.E.	2	2	3	Sin cambio	28,5	48,8
Córdoba	5	5	3	Sin cambio	69,6	48,0
Nariño	5	4	2	Sin cambio	85,3	47,3
Atlántico	3	1	2	Sin cambio	20,2	47,2
Tolima	3	0	2	Sin cambio	0,0	46,9
Antioquia	10	6	8	Sin cambio	27,6	42,3
Barranquilla D.E.	3	3	2	Sin cambio	57,1	41,9
Cundinamarca	5	4	4	Sin cambio	35,3	40,2
Valle del Cauca	3	1	2	Sin cambio	17,7	39,7
Norte de Santander	5	4	2	Sin cambio	60,7	35,9
Sucre	2	2	1	Sin cambio	50,7	30,0
Santander	2	2	2	Sin cambio	25,8	29,2
Boyacá	1	2	1	Sin cambio	46,9	26,9
Meta	3	2	1	Sin cambio	40,4	23,6
Bolívar	5	3	1	Disminución	63,5	23,3
Cauca	4	3	1	Sin cambio	56,2	23,1
Huila	3	5	1	Sin cambio	88,9	21,3
Bogotá D.C.	10	8	4	Disminución	34,3	19,2
Arauca	1	0	0	Sin cambio	0,0	0,0
Buenaventura D.E.	2	0	0	Sin cambio	0,0	0,0
Caldas	1	1	0	Sin cambio	40,3	0,0
Cartagena de Indias D.T.	3	0	0	Disminución	0,0	0,0
Guaviare	0	0	0	Sin cambio	0,0	0,0
Magdalena	4	0	0	Disminución	0,0	0,0
Putumayo	1	1	0	Sin cambio	65,1	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	Sin cambio	0,0	0,0
Santa Marta D.T.	4	1	0	Disminución	41,9	0,0
Vaupés	0	0	0	Sin cambio	0,0	0,0

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 20	Valor observado SE 20
Colombia	112	66
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Sabanalarga (Atlántico)	0	1
Puerto Colombia (Atlántico)	0	1
Valencia (Córdoba)	0	1
Guasca (Cundinamarca)	0	1
El rosal (Cundinamarca)	0	1
El tarra (Norte de Santander)	0	1
Coloso (Sucre)	0	1
Melgar (Tolima)	0	1
Caicedonia (Valle del Cauca)	0	1

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 20	Número de casos y proporción a SE 20 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	91	100	100	82	100	66	100
DIRECTA	60	67	67,0	53	64,6	42	63,6
Hemorragia obstétrica	16	13	13,0	18	22,0	15	22,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	21	23	23,0	18	22,0	9	13,6
Sepsis obstétrica	8	10	10,0	5	6,1	6	9,1
Evento tromboembólico como causa básica	7	8	8,0	5	6,1	6	9,1
Embarazo ectópico	5	6	6,0	3	3,7	4	6,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	3	3,0	2	2,4	2	3,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Embolia de líquido amniótico	1	2	2,0	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	30	31	31,0	28	34,1	17	25,8
Otras causas indirectas	13	15	15,0	11	13,4	8	12,1
Otras causas indirectas: neumonía	5	5	5,0	4	4,9	3	4,5
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	3,0
Sepsis no obstétrica	5	6	6,0	4	4,9	1	1,5
Otras causas indirectas: cáncer	4	5	5,0	3	3,7	1	1,5
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	2,4	1	1,5
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	4,9	1	1,5
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	1,0	0	0,0	1	1,5
En estudio	1	1	1,0	1	1,2	6	9,1

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

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 vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por 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 perinatal².

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc2_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 20 de 2025 se han notificado 2 040 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 018 corresponden a residentes en Colombia y 22 residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 12,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (248), Antioquia (239), Cundinamarca (137), Guaviare

(94) y Santiago de Cali D.E. (93). Las razones más altas se observaron en Buenaventura D.E. (31,5), Archipiélago de San Andrés y Providencia (29,1) y en Amazonas (26,5). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 20 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Boyacá, Santiago de Cali, Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Magdalena, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santa Marta D.T., Sucre, Tolima y Valle del Cauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Valledupar (Cesar), Buenaventura D.E. (Valle del Cauca), Puerto Gaitán (Meta), Palmira (Valle del Cauca), Agustín Codazzi (Cesar), Girón (Santander), Apartadó (Antioquia), Necoclí (Antioquia), Caucasia (Antioquia) y Montelíbano (Córdoba) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 26,9 %, neonatales tardías con 17,4 % y fetales intraparto con 10,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,0 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,0 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,4 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 20 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 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 20	Acumulado de casos a SE 20		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024 a SE 20	2025 a SE 20
Colombia	3 147	2 360	2 018	13,9	12,7
Buenaventura D.E.	34	24	29	23,8	31,5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	5	6	6	28,2	29,1
Amazonas	6	5	7	14,5	26,5
Vichada	15	16	11	28,0	25,7
Guainía	8	3	6	11,2	21,6
Huila	5	1	7	2,6	18,9
Vaupés	7	10	3	47,6	18,8
Chocó	78	69	35	32,7	17,6
Nariño	89	77	74	17,8	17,5
Caldas	40	32	34	14,0	16,8
Guaviare	162	117	94	19,0	16,2
Santiago de Cali D.E.	116	99	93	15,5	15,1
Meta	69	53	64	11,7	15,1
Cesar	109	68	73	12,5	14,0
Bolívar	91	48	60	11,1	14,0
Córdoba	161	110	87	16,7	13,9
Cundinamarca	168	149	137	14,4	13,8
Cartagena de Indias D.T.	103	69	55	15,6	13,0
Cauca	107	75	56	15,5	12,9
Antioquia	353	261	239	13,1	12,6
Casanare	33	26	22	14,4	12,3
Sucre	78	58	40	16,1	12,0
Magdalena	73	60	40	17,0	12,0
Bogotá, D.C.	342	289	248	13,5	11,9
Valle del Cauca	88	72	59	14,0	11,7
Barranquilla D.E.	121	63	55	13,1	11,5
Risaralda	50	39	30	13,8	11,5
Putumayo	23	21	15	14,8	11,4
Boyacá	58	53	42	13,7	11,3
Atlántico	98	75	45	16,5	10,6
Arauca	29	17	11	14,9	10,1
Quindío	27	20	14	14,0	10,0
Norte de Santander	94	73	55	12,0	9,9
Caquetá	30	17	18	8,7	9,8
Tolima	64	47	39	11,0	9,1
Santa Marta D.T.	98	60	61	8,5	8,9
La Guajira	76	57	41	11,0	8,7
Santander	38	21	13	9,6	6,0

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 20 2020 - 2024	Valor observado a SE 20 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 147	2 018	-
Valledupar (Cesar)	25	32	0
Buenaventura D.E. (Valle del Cauca)	24	29	0
Puerto Gaitán (Meta)	5	12	0
Palmira (Valle del Cauca)	6	12	0
Agustín Codazzi (Cesar)	6	10	0
Girón (Santander)	5	10	0
Apartadó (Antioquia)	3	9	0
Necoclí (Antioquia)	4	8	0
Caucasia (Antioquia)	4	8	0
Montelíbano (Córdoba)	4	8	0

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 20, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 20, 2023 -2025					
	2023 a SE 20	(%)	2024 a SE 20	(%)	2025 a SE 20	(%)
Colombia	2 952	100,0	2 360	100,0	2 018	100,0
Asfixia y causas relacionadas	726	24,6	610	25,8	525	26,0
Prematuridad-inmadurez	530	18,0	390	16,5	302	15,0
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	478	16,2	368	15,6	250	12,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	337	11,4	275	11,7	184	9,1
Infecciones	245	8,3	196	8,3	167	8,3
Sin información	4	0,1	0	0,0	162	8,0
Malformación congénita	276	9,3	213	9,0	154	7,6
Otras causas de muerte	183	6,2	154	6,5	114	5,6
Causas no específicas	61	2,1	63	2,7	94	4,7
Trastornos cardiovasculares	76	2,6	68	2,9	46	2,3
Lesión de causa externa	28	0,9	11	0,5	12	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	8	0,3	12	0,5	8	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 20 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 J22¹.

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

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

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

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

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, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a SE 20 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 13 a SE 16 2025	SE 17 a SE 20 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	678 341	571 204	-15,79%	
Hospitalización en sala general	28 081	27 946	-0,48%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 077	3 075	-0,06%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 20 de 2025 se notificaron 162 307 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, Guainía, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caquetá, Quindío y Archipiélago de San Andrés y Providencia. 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 (17 a 20 de 2025) en 25 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2025.

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	31 263	32 255	3 636	7 880
Antioquia	Itagüí	31 516	35 375	4 321	7 543
Atlántico	Soledad	36 171	32 665	6 220	6 579
Antioquia	Bello	30 252	24 944	3 312	5 052
Cundinamarca	Chía	25 821	22 695	3 797	4 502
La Guajira	Maicao	23 190	23 534	2 582	4 137
La Guajira	Uribia	21 511	18 447	1 583	3 589
Antioquia	Rionegro	12 396	15 184	1 538	3 348
Santander	Barrancabermeja D.E.	7 359	12 079	513	2 590
Risaralda	Dosquebradas	10 631	12 054	1 023	2 396
Santander	Floridablanca	9 712	10 079	1 432	2 234
Antioquia	Envigado	9 821	10 548	1 369	2 072
Valle del Cauca	Palmira	11 257	11 834	1 461	2 032
Córdoba	Sahagún	8 778	9 714	1 475	2 015
Cundinamarca	Zipaquirá	7 975	8 796	1 548	1 957
Cundinamarca	Girardot	7 981	8 979	1 259	1 791
Boyacá	Sogamoso	6 044	7 227	1 239	1 759
Boyacá	Duitama	10 325	8 467	1 836	1 672
Magdalena	Ciénaga	9 107	8 750	958	1 649
Bolívar	Magangué	6 031	8 105	839	1 614
Antioquia	Apartadó	7 322	6 681	813	1 577
Cundinamarca	Facatativá	9 119	7 507	1 737	1 474
Córdoba	Cereté	6 118	6 938	473	1 446
Cundinamarca	Funza	5 607	6 596	943	1 276
Casanare	Yopal	6 302	4 973	801	1 273
Norte de Santander	Ocaña	6 321	6 263	322	1 263
Cauca	Santander De Quilichao	5 376	4 958	803	1 158
Antioquia	Turbo	5 541	5 522	723	1 148
Córdoba	Lorica	5 144	5 778	853	1 096
Valle del Cauca	Cartago	6 990	6 518	353	1 061
Valle del Cauca	Yumbo	5 237	6 000	817	1 051
Huila	Pitalito	4 309	5 466	465	1 041
Cesar	Aguachica	3 610	4 738	796	988
Cundinamarca	Madrid	8 590	5 483	892	934
Valle del Cauca	Tuluá	6 452	5 465	453	909
Santander	Piedecuesta	2 147	3 533	303	888
Cundinamarca	Mosquera	3 383	2 542	540	703
Santander	Girón	2 684	3 122	248	692
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	3 755	2 624	659	553
Atlántico	Malambo	4 711	2 357	370	528
Norte de Santander	Villa Del Rosario	2 792	2 929	440	481
Cauca	Guapi	1 024	2 072	186	409
Nariño	La Florida	278	301	66	55

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

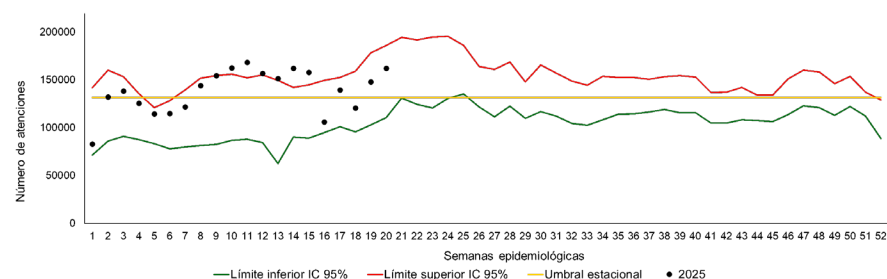
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* 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 (17 a 20 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 24,1 % (137 818) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,1 % (114 655). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 13,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 12,1 %.

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 a 20 ubicándose dentro de los límites esperados (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2025



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

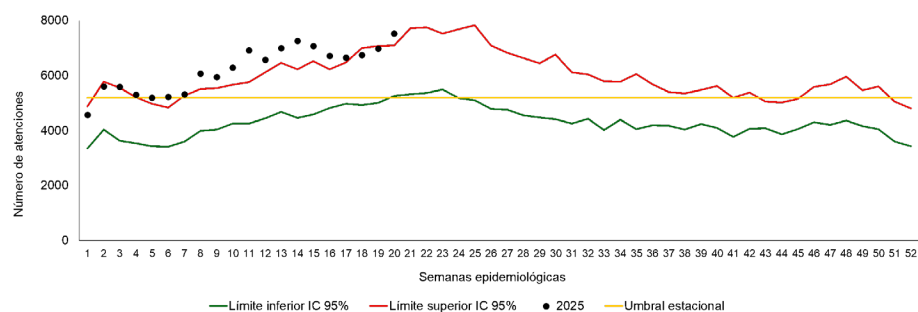
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 20 de 2025 se notificaron 7 545 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Guaviare, La Guajira, Quindío, Vaupés y Vichada e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla D.E., Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander y Tolima. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (17 a 20 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 122) representaron el 25,48 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 17,11 % (4 781). 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 31,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,8 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, desde semana 05 a 17 se han mantenido por encima del límite superior, seguido de una disminución en semana epidemiológica 18 a 19 ubicándose dentro de los límites esperados, sin embargo en semana epidemiológica 20 se observa un discreto aumento ubicándose por encima del límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2025

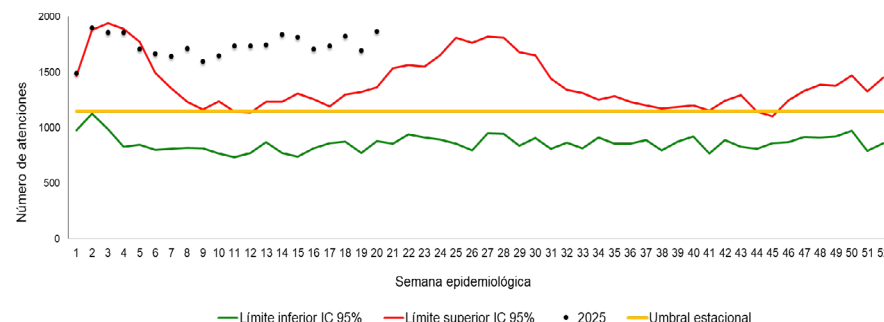


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 20 de 2025, se notificaron (1 867) 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 a 20 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 20 de 2025



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

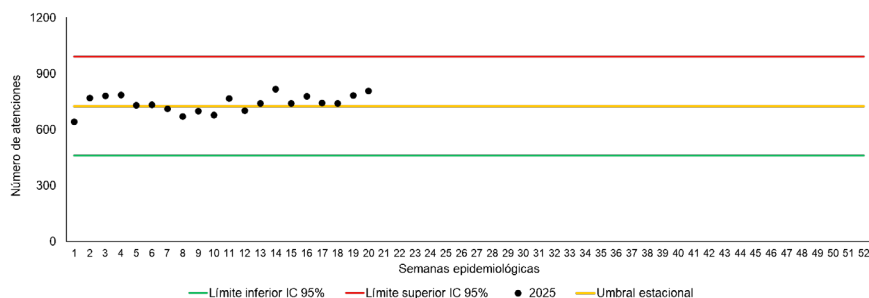
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 20 de 2025 se notificaron 759 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 11 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Meta, Nariño y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Casanare, Cesar, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (17 a 20 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,2 % (1 052), seguido de los menores de un año con el 26,3 % (808) 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 de un año con el 32,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,3 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional que desde la semana epidemiológica 01 a 13 se ubica por debajo del umbral estacional, sin embargo en semana epidemiológica 14 a la 20 se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional pero sin superar los límites (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2025

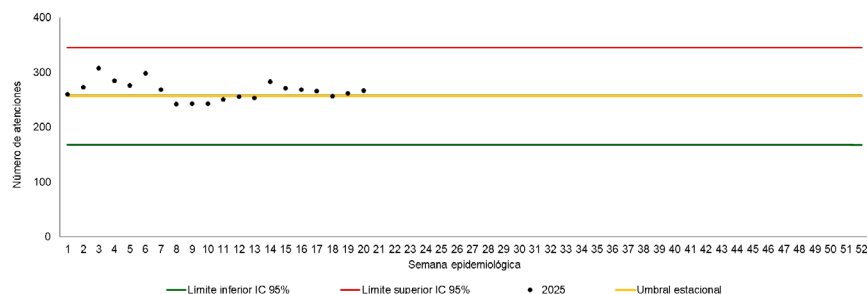


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 20 de 2025, se notificaron 267 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 encima del umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 19 de 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, hospitalizaciones en sala general y UCI/UCIM en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA se observa que el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM esta semana se ubican dentro de los límites esperados, sin embargo el servicio de hospitalización en sala general presenta una tendencia hacia el aumento con respecto a la semana anterior.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, 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 aumento en América del Norte 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(H1N1)pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región Andina y Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una marcada disminución en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 20 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 rinovirus, VSR, enterovirus, parainfluenza e Influenza A(H1N1)pdm09. Al decremento influenza A sin subtipo e influenza B y SARS-CoV2. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

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 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 13 a 20 de 2025

Agente viral identificado	SE 13 a SE 16			SE 17 a SE 20			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	50,1	56,5	34,6	45,4	49,1	25,7	
Rinovirus	8,2	7,4	-	12,2	10,8	10,5	
VSR	28,8	7,4	7,1	32,1	45,2	10,5	
Enterovirus	6,3	5,9	7,1	11,0	9,6	5,3	
Adenovirus	5,7	5,1	7,1	3,8	4,5	5,3	
Influenza B	4,9	16,4	-	0,4	0,6	-	
Influenza A	20,1	16,4	32,1	12,2	8,9	15,7	
Parainfluenza	5,4	5,9	7,1	9,7	9,6	5,3	
Metapneumovirus	9,2	3,1	10,7	6,3	3,8	26,3	
A(H1N1)pdm09	0,3	0,4	-	3,8	3,2	10,5	
SARS-CoV2	4,9	7,4	28,6	1,3	1,3	-	
A(H3N2)	5,2	3,9	-	6,3	1,9	10,5	
Coronavirus	1,1	1,6	-	0,8	0,6	-	

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

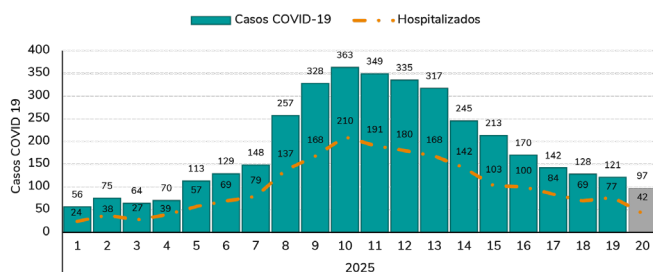
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 20 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 17 de mayo de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 3 720 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (17 a 20 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 48,4 %, con 488 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 13 a 16 de 2025), en el cual se reportaron 945 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado una disminución del 46,9 %, pasando de 513 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 272 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de COVID-19 a semana epidemiológica 20 de 2025, Colombia



Fuente: Sivigila, Covid19, 2025

Entre el 11 y el 17 de mayo de 2025 se confirmaron 160 casos en el territorio nacional; de estos el 60,0 % (96 casos) corresponde a la semana epidemiológica 20. El 56,9 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Santander y Cundinamarca (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 20 de 2025, Colombia

Entidad Territorial	Otros	SE 17	SE 18	SE 19	SE 20	Total
Colombia	10	4	16	34	96	160
Bogotá D.C	3	0	5	16	33	57
Antioquia	2	1	1	1	7	12
Santander	0	1	1	2	7	11
Cundinamarca	0	0	1	1	9	11
Cauca	2	0	0	0	8	10
Boyacá	0	0	0	4	5	9
Meta	0	1	2	1	3	7
Putumayo	0	0	0	0	4	4
Barranquilla D.E.	0	0	0	1	3	4
Atlántico	0	0	2	0	2	4
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	1	2	3
Vichada	0	1	0	1	1	3
Risaralda	1	0	0	2	0	3
Tolima	0	0	2	1	0	3
Nariño	0	0	0	0	3	3
Sucre	0	0	0	1	2	3
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	2	2
Córdoba	0	0	0	0	2	2
Huila	0	0	0	2	0	2
Valle del Cauca	0	0	1	0	1	2
Amazonas	0	0	0	0	1	1
Bolívar	1	0	0	0	0	1
Norte Santander	1	0	0	0	0	1
Casanare	0	0	0	0	1	1
Quindío	0	0	1	0	0	1
Magdalena	0	0	0	1	0	1
Risaralda	1	0	0	0	0	1

Fuente: Sivigila, Covid19, 2025. SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (Semanas epidemiológicas 17-20), se registró una incidencia de 0,91 casos por cada 100 000 habitantes, con la afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 132 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Villavicencio (Meta), Orito (Putumayo) y Mitú (Vaupés).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 57 fallecimientos relacionados con COVID-19 (Procedencia Colombia 56 y exterior 1). En el período observado, las muertes se registraron en Bogotá D.C. (tres casos), y Santander (dos casos) y Cundinamarca, Meta y Santiago de Cali con un caso respectivamente. El 75,4 % (43 casos) correspondió a personas mayores de 60 años.

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 20 de 2025, Colombia

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	56	13	8	Sin cambios
Bogotá, D.C.	17	5	3	Sin cambios
Santander	6	1	2	Aumento
Cundinamarca	4	2	1	Sin cambios
Meta	3	0	1	Aumento
Santiago de Cali D.E.	4	0	1	Aumento
Antioquia	5	1	0	Sin cambios
Cauca	5	2	0	Sin cambios
Chocó	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	0	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	0	0	Sin cambios
Sucre	1	1	0	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	1	0	Sin cambios
Arauca	1	0	0	Sin cambios

Fuente: Sivigila, Covid19, 2025. SE: semana epidemiológica

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 20 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 20 de 2025 se notificaron 4 154 casos de dengue: 2 650 casos de esta semana y 1 504 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 70 786 casos, 44 728 (63,2 %) sin signos de alarma, 25 371 (35,8 %) con signos de alarma y 687 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,5 % (40 683) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D.T., Tolima, Norte de Santander, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 1); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 16 a 19, 2025) el 53,7 % (8 071) de los casos se concentran en Córdoba, Meta, Santander, Antioquia, Tolima y Norte de Santander.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

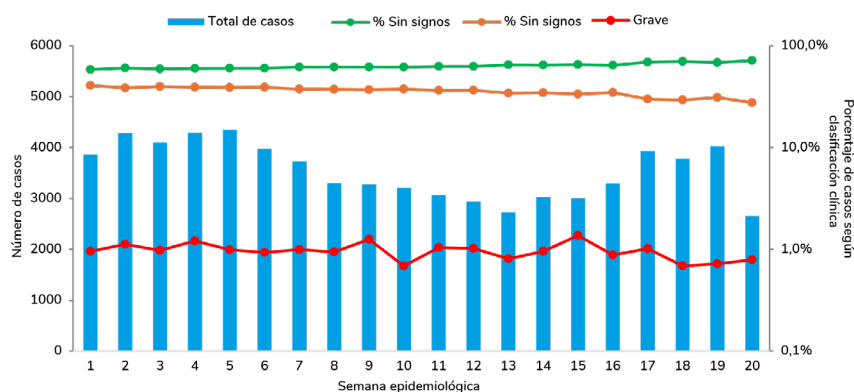
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 12-15 de 2025)	Observado (SE 16-19 de 2025)
Meta	5 716	38,2	1,1	1 178	1 662
Córdoba	5 514	32,0	0,3	806	1 860
Santander	5 461	31,3	0,6	1 129	1 285
Antioquia	4 807	34,4	0,9	916	1 171
Cartagena de Indias D.T.	4 345	23,5	1,2	317	179
Tolima	4 211	35,4	1,3	725	1 109
Norte de Santander	4 116	41,0	1,5	795	984
Valle del Cauca	3 265	26,3	0,4	554	506
Cundinamarca	3 248	36,9	0,6	476	602
Putumayo	2 936	26,0	0,4	591	778
Huila	2 832	32,7	2,4	522	571
Santiago de Cali D.E.	2 307	36,0	0,9	293	350
Atlántico	2 143	48,3	1,3	147	140
Barranquilla D.E.	2 120	37,4	1,1	109	100
Caquetá	1 963	37,3	1,3	462	511
Sucre	1 955	61,7	0,8	245	297
Bolívar	1 826	40,8	0,9	267	318
La Guajira	1 682	60,8	1,4	220	155
Arauca	1 354	35,3	1,3	270	269
Cesar	1 190	56,5	2,0	174	215
Guaviare	888	18,0	0,2	212	417
Casanare	881	31,9	0,5	214	336
Cauca	866	36,0	1,2	113	116
Risaralda	821	36,9	0,9	127	116
Quindío	651	29,5	0,3	84	102
Nariño	622	29,4	1,1	145	126
Magdalena	486	56,8	1,2	103	113
Boyacá	479	41,1	0,4	94	97
Chocó	436	17,4	1,1	69	108
Vichada	422	33,4	0,2	64	155
Caldas	313	46,3	0,3	54	70
Santa Marta D.T.	235	54,5	0,4	46	32
Amazonas	190	30,0	0,0	37	48
Vaupés	173	8,1	0,6	71	68
Exterior	144	43,1	3,5	27	29
Buenaventura D.E.	116	37,1	2,6	21	27
Archipiélago de San Andrés y Providencia	50	44,0	0,0	7	5
Guainía	22	36,4	0,0	3	2
Colombia	70 786	35,8	1,0	11 687	15 029

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 16 a 19, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Casanare, Chocó, Córdoba, Guaviare, Meta, Putumayo, Tolima y Vichada; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Cartagena de Indias D.T. y Santa Marta D.T.; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 13); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 16 a 19, 2025) fueron: Caldas, Cesar, La Guajira, Magdalena, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Sucre.

Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20, 2025

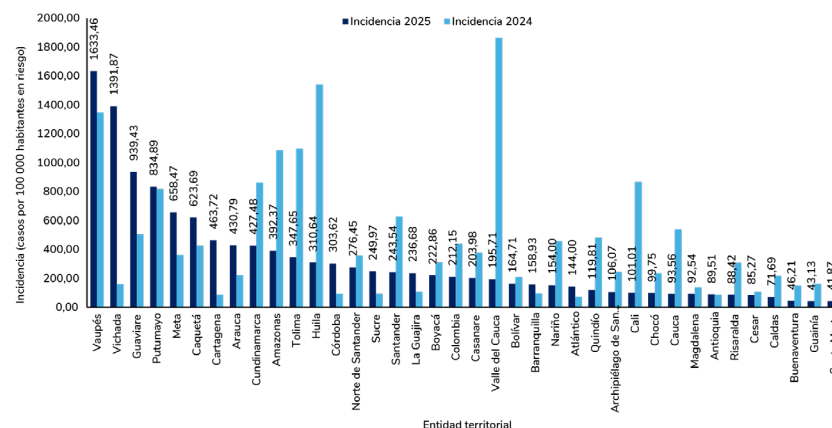


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 20 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 212,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 441,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vaupés, Vichada, Guaviare, Putumayo, Meta y Caquetá presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 20 de 2025 registrando tasas superiores a 600 casos por

100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 402,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2024 y 2025



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

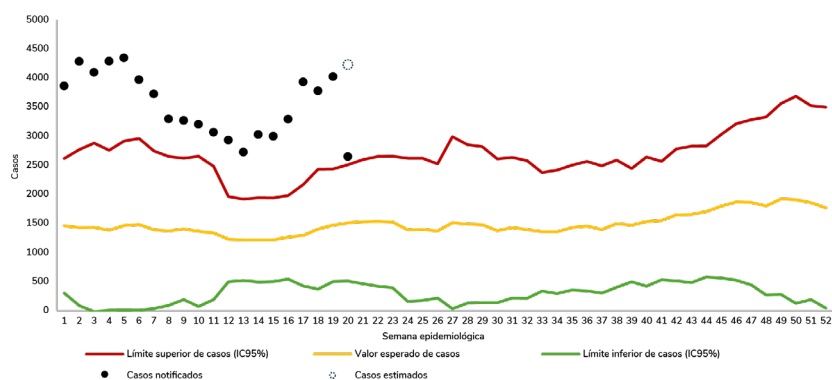
En la semana epidemiológica 20 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento con una variación de 28,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 16 a 19, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15, 2025) (figura 15).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico se observa que, el 8,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentran en situación de alerta y el 70,3 % (26) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Arauca, Boyacá, Chocó, Guaviare, Meta, Nariño, Putumayo y Vichada 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 18). 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 20 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 29,7 % (245) 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 64,9 % (37/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 15. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2025



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 20 de 2025

Situación epidemiológica a SE 20, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de mayo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Arauca, Boyacá, Chocó, Guaviare, Meta, Nariño, Putumayo, Vichada	Antioquia, Caquetá, Cundinamarca, Quindío, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T.
Alerta	Casanare, Cauca	Buenaventura D.E., Caldas, Huila, Valle del Cauca	Barranquilla D.E., Cesar
Dentro de lo esperado	-	Amazonas, Santiago de Cali D.E., Guainía	-

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

Tabla 19. 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 20 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 12-15, 2025)	Esperado (SE 16-19, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	32,5	849	151	177
	Apartadó	203,4	268	43	73
	Bello	14,8	82	13	22
	Envigado	37,6	91	9	12
	Itagüí	17,5	48	8	21
	Turbo	137,8	185	33	48
Atlántico	Malambo	173,2	249	28	21
	Sabanalarga	51,4	53	4	24
	Soledad	190,9	1 306	77	51
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	411,8	4 345	317	179
	Magangué	190,0	273	49	57
Caquetá	Florencia	339,5	600	80	100
Cauca	Popayán	28,0	76	9	8
	Santander de Quilichao	135,9	156	16	18
Córdoba	Montería	622,0	3 191	463	1511
	Cereté	131,8	145	22	22
	Sahagún	195,7	219	35	32
Cundinamarca	Fusagasugá	292,1	483	82	59
	Girardot	828,1	975	116	202
La Guajira	Maicao	221,3	425	53	21
Santa Marta	Santa Marta D.T.	42,5	235	46	32
Magdalena	Ciénaga	57,3	73	23	23
Meta	Villavicencio	469,5	2 394	507	697
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	113,5	292	57	68
	Cúcuta	323,7	2 471	484	600
Norte de Santander	Ocaña	166,9	198	18	70
	Villa del Rosario	475,9	524	99	102
Quindío	Armenia	100,8	315	43	42
	Pereira	87,4	424	69	65
Risaralda	Dosquebradas	100,2	218	31	28
	Bucaramanga	265,3	1 642	379	378
Santander	Barrancabermeja D.E.	158,4	340	50	73
	Floridablanca	298,7	937	206	200
	Girón	264,9	464	85	90
Tolima	Ibagué	232,7	1 266	178	397
Valle del Cauca	Jamundí	479,7	812	115	130
Arauca	Arauca	76,7	77	16	28

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

A semana epidemiológica 20 de 2025 se han notificado 173 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 40 casos, se descartó 60 casos y se encuentran en estudio 73 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 118 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 20, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 20 2025	Letalidad por dengue a SE 20, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	2	1	0,24	0,14
Vichada	1	0	0,24	0,00
Bolívar	2	1	0,11	0,21
Sucre	2	3	0,10	0,14
Putumayo	3	1	0,10	0,28
Barranquilla	2	0	0,09	0,00
Atlántico	2	0	0,09	0,18
Cartagena	4	0	0,09	0,00
Cali	2	1	0,09	0,04
Arauca	1	0	0,07	0,00
Huila	2	1	0,07	0,01
Meta	4	3	0,07	0,13
La Guajira	1	8	0,06	0,00
Córdoba	3	2	0,05	0,00
Norte de Santander	2	2	0,05	0,15
Antioquia	2	12	0,04	0,15
Santander	2	5	0,04	0,11
Tolima	1	11	0,02	0,09
Cauca	0	5	0,00	0,02
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,05
Buenaventura	0	2	0,00	0,53
Caquetá	0	2	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0,00	0,05
Guaviare	0	2	0,00	1,67
Boyacá	0	1	0,00	0,30
Caldas	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,26
Chocó	0	1	0,00	0,10
Quindío	0	1	0,00	0,08
Exterior	2	1	1,39	0,00
Colombia	38	72	0,05	0,08

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

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

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscar-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 16).

Figura 16. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 20, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 20 de 2025 se notificaron 1 873 casos de malaria, para un acumulado de 32 041 casos, de los cuales 31 509 son de malaria no complicada y 532 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,2 % (21 545), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,6 % (10 137) e infección mixta con 1,1 % (359). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 88,4 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (25,8 %), Antioquia (14,6 %), Nariño (12,7 %), Córdoba (8,7 %), Vaupés (6,4 %), Risaralda (3,6 %), Cauca (3,4 %), Amazonas (2,5 %), Guainía (2,4 %), Bolívar (2,2 %), Vichada (2,1 %), Buenaventura D.E. (2,1 %), y Boyacá (1,8 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 74,1 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 13 a 16	Casos 2025 SE 16 a 19	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	1 901	381	247	78,25
Córdoba	Tierralta	1 631	131	102	16,34
Chocó	Quibdó	1 505	144	154	10,41
Risaralda	Pueblo Rico	1 104	166	142	65,76
Antioquia	El Bagre	1 006	189	169	17,87
Nariño	Roberto Payán	957	201	151	71,80
Nariño	Magüí	770	150	87	2,88
Guainía	Inírida	756	167	90	19,94
Nariño	El Charco	730	164	180	31,40
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	708	151	108	2,18
Chocó	Lloró	664	147	63	11,33
Chocó	Tadó	647	111	99	32,10
Vichada	Cumaribo	632	150	55	7,26
Córdoba	Puerto Libertador	623	105	77	13,72
Boyacá	Cubará	620	110	184	72,78
Chocó	Bajo Baudó	615	98	38	18,13
Cauca	Timbiquí	570	69	105	20,28
Amazonas	Tarapacá (CD)	562	108	79	128,46
Antioquia	Nechí	558	136	114	20,00
Nariño	Barbacoas	549	67	62	9,37
Chocó	El Cantón del San Pablo	541	158	52	78,34
Nariño	Olaya Herrera	494	171	98	18,66
Chocó	Bagadó	489	94	121	41,29
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	466	77	46	1,75
Chocó	Medio San Juan	460	50	38	39,10
Chocó	Istrmina	441	89	72	13,04
Chocó	Alto Baudó	437	50	87	13,98
Bolívar	Montecristo	428	80	88	23,30
Cauca	Guapi	424	71	37	14,35
Chocó	Carmen del Darién	424	59	43	19,14
Antioquia	Chigorodó	375	72	62	6,03
Antioquia	Turbo	354	71	64	2,63
Antioquia	Mutatá	315	78	45	20,95
Chocó	Río Quito	300	45	27	32,76
Arauca	Saravena	277	37	69	4,38

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 74,1% de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 47,2 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia en incremento los municipios de Cubará, Quibdó, Bagadó, Cáceres, Montecristo y Saravena y en decremento en los municipios de Mitú, El Bagre, Pueblo Rico, Inírida, Tierralta, Puerto Libertador y Tarapacá (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 59,6 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia en incremento los municipios de El Charco, Timbiquí, El Bagre y Bagadó y en decremento los municipios de Roberto Payán, Magüi, Buenaventura D.E., Olaya Herrera, Barbacoas, Istmina, Guapi y Lloró como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 13 a 16 de 2025	Casos SE 17 a 20 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	365	240	-34 %	8,6 %
Boyacá	Cubará	110	184	67 %	2,9 %
Antioquia	El Bagre	151	128	-15 %	3,6 %
Risaralda	Pueblo Rico	148	124	-16 %	4,5 %
Guainía	Inírida	163	90	-45 %	3,5 %
Chocó	Quibdó	77	89	16 %	3,8 %
Córdoba	Tierralta	100	87	-13 %	6,4 %
Chocó	Bagadó	73	87	19 %	1,7 %
Antioquia	Cáceres	41	81	98 %	1,0 %
Bolívar	Montecristo	74	80	8 %	1,8 %
Córdoba	Puerto Libertador	91	76	-16 %	2,7 %
Antioquia	Nechí	80	68	-15 %	1,7 %
Arauca	Saravena	37	67	81 %	1,3 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	83	64	-23 %	2,2 %
Chocó	Alto Baudó	39	62	59 %	1,5 %

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 13 a 16 de 2025	Casos SE 17 a 20 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	149	159	7 %	6,6 %
Cauca	Timbiquí	68	105	54 %	5,6 %
Nariño	Roberto Payán	116	93	-20 %	6,6 %
Nariño	Magüi	105	72	-31 %	5,5 %
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	93	69	-26 %	4,2 %
Chocó	Quibdó	65	60	-8 %	6,7 %
Chocó	Tadó	54	52	-4 %	3,5 %
Nariño	Olaya Herrera	104	47	-55 %	2,4 %
Antioquia	Nechí	56	46	-18 %	2,1 %
Antioquia	El Bagre	38	40	5 %	2,3 %
Nariño	Barbacoas	51	40	-22 %	4,2 %
Chocó	Istmina	43	37	-14 %	2,3 %
Cauca	Guapi	65	35	-46 %	3,9 %
Chocó	Bagadó	21	34	62 %	1,2 %
Chocó	Lloró	40	28	-30 %	2,5 %

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

Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 20 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; siete departamentos y diecisiete municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y cinco departamentos y diez municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 25).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 20 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 20 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 17 A 20	Observado SE 17 A 20 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 938	279	249
Boyacá	Cubará	4	625	33	185
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	570	17	79
Antioquia	Nechí	5	560	26	116
Arauca	Saravena	4	281	1	70
Antioquia	Tarazá	4	251	19	67
Amazonas	Leticia	4	206	39	69
Caquetá	Florencia	4	204	2	39
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	137	0	23
Chocó	Sipí	4	102	10	29
Chocó	Condoto	4	101	16	21
Chocó	Acandí	4	83	10	16
Meta	Puerto López	4	73	2	12
Arauca	Fortul	4	24	0	13
Arauca	Tame	4	13	0	4
Vaupés	Carurú	4	7	1	4
Putumayo	Orito	4	5	1	4

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 20 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 20 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 17 A 20	Observado SE 17 A 20 de 2025
Nariño	El Charco	5	732	98	180
Chocó	Bagadó	5	493	286	122
Antioquia	Turbo D.E.	5	362	66	66
Antioquia	Frontino	4	86	24	20
Guaviare	Calamar	4	84	16	21
Chocó	Río Iro	4	74	29	18
Meta	Puerto Rico	4	42	2	5
Guaviare	Miraflores	3	38	8	8
Vaupés	Taraira	5	19	4	5
Sucre	Sincelejo	4	8	1	2

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

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

epidemiológicas (21 de 2024 a 20 de 2025) es de 0,63 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Guaviare. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 179 municipios a nivel nacional (15,9 %) y de disminución en 15 municipios (1,3 %) (tabla 26).

El 80,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 20,0 % como desnutrición aguda severa; el 6,2 % 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 (27,3 %) y de 1 año (28,8 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,9 %.

Para la semana epidemiológica 20 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Caquetá, Cesar, Magdalena, 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 14 municipios (tabla 27).

A semana epidemiológica 20 de 2025, se han notificado 8 907 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 8 816 corresponden a residentes en Colombia y 91 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas

Tabla 26. 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 20, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 20 de 2024	Casos a SE 20 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	10 157	8 816	0,63	15,9	1,3
La Guajira	998	620	2,25	13,3	0,0
Vichada	151	78	1,76	0,0	0,0
Chocó	483	388	1,69	22,6	0,0
Guaviare	47	42	0,99	0,0	0,0
Arauca	181	83	0,95	0,0	28,6
Magdalena	266	310	0,91	27,6	0,0
Risaralda	187	202	0,81	14,3	0,0
Guainía	24	26	0,81	11,1	11,1
Amazonas	27	32	0,80	18,2	0,0
Cesar	362	382	0,77	24,0	4,0
Antioquia	1 069	1 308	0,72	32,0	0,8
Casanare	148	110	0,70	5,3	5,3
Vaupés	29	15	0,68	33,3	16,7
Nariño	410	297	0,67	18,8	1,6
Putumayo	74	91	0,65	7,7	0,0
Boyacá	208	220	0,63	12,2	0,0
Bolívar	254	226	0,63	26,7	0,0
Bogotá D.C.	1 460	1 203	0,61	0,0	0,0
Cartagena de Indias D.T.	165	186	0,61	0,0	0,0
Meta	213	172	0,59	10,3	0,0
Buenaventura D.E.	109	80	0,58	0,0	0,0
Norte Santander	275	293	0,55	15,0	2,5
Tolima	214	132	0,54	4,3	0,0
Cundinamarca	641	468	0,53	6,9	1,7
Huila	252	196	0,52	16,2	0,0
Valle	240	274	0,47	32,5	0,0
Sucre	108	148	0,46	30,8	0,0
Caquetá	100	62	0,43	6,3	6,3
Santiago de Cali D.E.	245	251	0,42	0,0	0,0
Santa Marta D.T.	44	69	0,42	100,0	0,0
Santander	286	236	0,40	12,6	2,3
Córdoba	285	184	0,36	6,7	3,3
Caldas	128	70	0,36	11,1	0,0
Atlántico	188	103	0,34	4,5	0,0
Barranquilla D.E.	90	107	0,32	0,0	0,0
Cauca	143	120	0,28	7,1	0,0
Quindío	49	30	0,23	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 21 de 2024 a SE 20 de 2025

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Bello	46	84
Chocó	Quibdó	33	66
Antioquia	Turbo D.E.	19	64
Sucre	Sincelejo	17	30
Antioquia	Itagüí	15	29
Valle del Cauca	Jamundí	15	29
Antioquia	Rionegro	13	25
Boyacá	Sogamoso	14	24
Cesar	Aguachica	13	21
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	8	15
Norte de Santander	Villa del Rosario	27	14
Cundinamarca	Girardot	23	13
Bolívar	Turbaco	5	11
Santander	Floridablanca	14	6

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

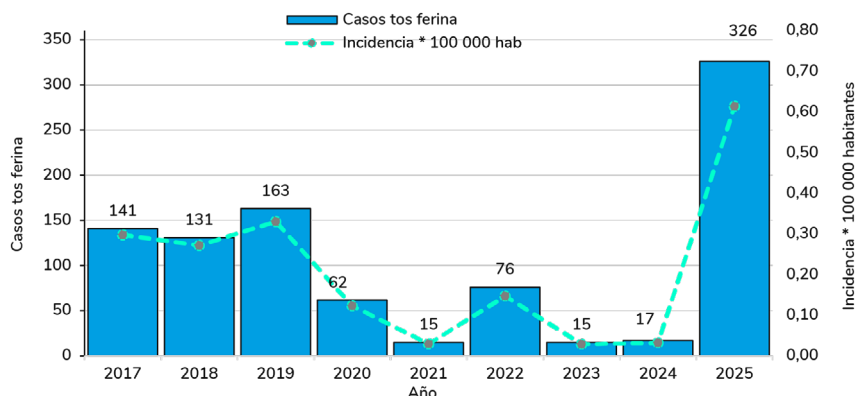
Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de cinco años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r>

Tos ferina

Nota: El presente informe descriptivo corresponde exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexos epidemiológico o criterio clínico.

Hasta el 16 de mayo de 2025, a nivel nacional se han reportado en SIVIGILA un total de 1 994 casos de tos ferina. De estos, el 16,3 % (326 casos) han sido confirmados, el 62,7 % (1 250 casos) fueron descartados y el 21,0 % (418 casos) se encuentran en estudio. La incidencia nacional es de 0,61 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento con respecto a los años 2017 y 2024, cuando la incidencia no superó los 0,33 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana epidemiológica 19, Colombia, 2017 - 2025



Fuente: SIVIGILA 2017 - 2025p

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia. Semana epidemiológica 19, 2019 -2025, Colombia

La mayor incidencia se presenta en Vichada, con 2,35 casos por cada 100 000 habitantes (tres casos), seguido de Bogotá D.C., con 1,80 casos por cada 100 000 habitantes (143 casos), y Risaralda, con 1,44 casos por cada 100 000 habitantes (12 casos).

En la tabla 28 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparado con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 28. Incidencia de tos ferina hasta la semana epidemiológica 19, por entidad territorial de procedencia. 2019 -2025 ,Colombia

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrografico	2025
Colombia	0,30	0,11	0,03	0,15	0,03	0,03	0,61		326
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,35		3
Bogotá D.C.	0,41	0,09	0,01	0,03	0,01	0,00	1,80		143
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44		12
Huila	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,10	1,41		17
Antioquia	0,34	0,17	0,04	0,12	0,03	0,01	0,92		64
Chocó	0,00	0,18	0,17	0,00	0,00	0,33	0,81		7
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,74		8
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,66		8
Cundinamarca	0,23	0,13	0,03	0,00	0,03	0,11	0,57		21
Caldas	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57		6
Meta	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,43		5
Cauca	0,14	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31		5
Valle del Cauca	0,10	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,29		6
Caquetá	0,49	0,48	0,00	0,00	0,00	0,47	0,23		1
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20		3
Sucre	0,22	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20		2
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18		1
Santander	0,09	0,13	0,17	0,00	0,00	0,00	0,17		4
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,16		3
Santiago de Cali D.E.	0,04	0,31	0,00	0,00	0,04	0,04	0,13		3
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,10		1
Boyacá	0,24	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,08		1
Barranquilla D.E.	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,07		1
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,00	0,06	0,06		1

Fuente: sivigila 2019-2025p

La incidencia más alta en las últimas cuatro semanas se registró en Cartagena de Indias D.T. con 0,28 casos por cada 100 000 habitantes (tres casos). Se observa una tendencia creciente en Huila.

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina por entidad territorial de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (SE) 12 a 19 de 2025, Colombia

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 12-15)	Casos PE actual (SE 16-19)	Incidencia PE anterior (SE 12-15)	Incidencia PE actual (SE 16-19)	Tendencia de la incidencia
Colombia	29	0,61	12	0	0,22	0,03	
Cartagena de Indias D.T.	6	0,56	3	3	0,28	0,28	
Huila	17	1,41	0	2	0,00	0,17	
Risaralda	12	1,23	6	1	0,62	0,10	
Meta	4	0,34	1	1	0,09	0,09	
Atlántico	3	0,20	1	1	0,07	0,07	
Cundinamarca	21	0,57	10	2	0,27	0,05	
Valle del Cauca	6	0,29	3	1	0,15	0,05	
Bogotá, D.C.	144	1,81	62	3	0,78	0,04	
Antioquia	64	0,92	9	1	0,13	0,01	
Barranquilla D.E.	1	0,07	0	0	0,00	0,00	
Bolívar	2	0,16	2	0	0,16	0,00	
Boyacá	1	0,08	1	0	0,08	0,00	
Caldas	6	0,57	1	0	0,10	0,00	
Caquetá	1	0,23	0	0	0,00	0,00	
Cauca	5	0,31	3	0	0,19	0,00	
Córdoba	3	0,16	1	0	0,05	0,00	
Chocó	7	1,14	0	0	0,00	0,00	
La Guajira	7	0,65	6	0	0,56	0,00	
Magdalena	1	0,10	0	0	0,00	0,00	
Norte de Santander	1	0,06	1	0	0,06	0,00	
Quindío	1	0,18	0	0	0,00	0,00	
Santander	4	0,17	1	0	0,04	0,00	
Sucre	2	0,20	1	0	0,10	0,00	
Santiago de Cali	3	0,13	0	0	0,00	0,00	
Vichada	3	2,35	3	0	2,35	0,00	

Fuente: sivigila 2025p. SE: semana epidemiológica. PE: periodo epidemiológico

Seguimiento de brotes en población indígena, semana epidemiológica 19 de 2025

Se han reportado 54 casos con pertenencia étnica indígena en el país. Antioquia es el departamento con el mayor número de casos (29), concentrados en los municipios de Urrao (28) y Betulia (un caso). La Guajira registró siete casos, mientras que Bogotá D.C. y Chocó reportaron seis casos cada uno. Por su parte, departamentos como Caldas, Cauca, Meta y Risaralda notificaron entre uno y dos casos.

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena, por entidad territorial de procedencia, en semana epidemiológica 19 de 2025, Colombia

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		54	Abierto
Antioquia	Betulia	28	Abierto
	Urrao	1	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	6	Abierto
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	2	Abierto
Chocó	Bagadó	6	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	
La Guajira	Maicao	1	Abierto
	Riohacha D.E.	2	
	Uribia	4	
Meta	Puerto Gaitán	1	Abierto
Risaralda	Mistrató	1	Cerrado

Fuente: Sivigila 2025p

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 20 de mayo de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 92 casos de fiebre con 40 defunciones (acumuladas 2024-2025preliminar), lo que representa una letalidad acumulada preliminar del 43,5 % (40/92).

Durante el año 2024, se registraron 23 casos con 13 fallecimientos. Desde enero de 2025 hasta la fecha, se han confirmado 69 casos de fiebre amarilla, de los cuales 27 resultaron en defunción (cifra preliminar). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- Tolima (74 casos): Prado (16 casos), Cunday (15 casos), Villarrica (15 casos), Ataco (12 casos), Purificación (5 casos), Chaparral (3 casos), Dolores (2 casos), Rioblanco (2 casos), Ibagué (1 caso), Palocabildo (1 caso), Valle de San Juan (1 caso), y Espinal (1 caso).
- Putumayo (7 casos): Orito (3 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso).
- Caquetá (2 casos): Cartagena del Chaira (1 caso) y El Doncello (1 caso).
- Nariño: Ipiales (2 casos).
- Meta (2 casos): Granada (1 caso) y La Macarena (1 caso).
- Vaupés: Mitú (1 caso).
- Caldas: Neira (1 caso).
- Cauca: Piamonte (1 caso).
- Huila: Campoalegre (1 caso).
- Guaviare: San José del Guaviare (1 caso).

Las 40 defunciones acumuladas 2024-2025p, se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (27), Putumayo (5), Meta (2), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

Entre los 92 casos confirmados, la edad promedio es de 44,9 años (con una edad mínima de 2 años y máxima de 89 años), con una distribución por sexo de



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

18 mujeres y 74 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 (19 casos) y las personas entre 60 y 64 años (12 casos).

Se ha confirmado la presencia del virus de la fiebre amarilla en 48 primates no humanos (PNH). De estos, 36 corresponden al departamento de Tolima, con la siguiente distribución por municipio: Purificación (1), Cunday (1), Ataco (10), Chaparral (14), Planadas (6) y Villarrica (1) y Rioblanco (3).

De los doce casos restantes, siete se registraron en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3), Aipe (1), uno (1) procedente del departamento del Meta en el municipio de Villavicencio y cuatro (4) de Putumayo del municipio de Mocoa. 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 Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 20 de mayo de 2025

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Cunday, Chaparral, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Prado, Purificación, Villarrica, Valle de San Juan, Rioblanco y Espinal. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 74 casos acumulados de fiebre amarilla (73 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico). Los últimos dos casos fueron confirmados el 19 de mayo de 2025, el primer caso es un masculino, estudiante, procedente de Rioblanco, vereda Marmajita, con inicio de síntomas el 11 de mayo de 2025, el segundo caso es un masculino, agricultor, procedente de Chaparral, vereda La Pradera, con inicio de síntomas el 14 de mayo de 2025, los dos sin antecedente vacunal. Se han registrado 27 fallecidos para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 36,5 % (27/74).

Se ha identificado el virus de la fiebre amarilla en 36 primates no humanos (PNH) con la siguiente distribución por municipio: Purificación (1), Cunday (1), Ataco (10), Chaparral (14), Planadas (6) y Villarrica (1) y Rioblanco (3), este último confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia del INS el 13 de mayo.

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

Caso de Chagas agudo con posible transmisión oral o vectorial, Nunchía, Casanare, 20 de mayo de 2025

Caso confirmado de Chagas agudo notificado el 02 de mayo de 2025, con fecha de inicio de síntomas (FIS) el 23 de abril de 2025. Corresponde a un paciente de sexo masculino de 14 años, residente del área rural del municipio de Nunchía. Se obtuvo resultado positivo para *Trypanosoma cruzi* en pruebas parasitológicas el 02 de mayo de 2025, tras consulta médica en el Hospital Regional de la Orinoquía el 01 de mayo de 2025. Actualmente, el paciente se encuentra en su domicilio recibiendo tratamiento específico, con evolución favorable y sin aparentes complicaciones cardíacas según ecocardiograma normal; los síntomas remitieron rápidamente posterior al inicio del tratamiento.

Acciones implementadas:

- Investigación epidemiológica de campo (IEC) para determinar la posible fuente de infección, enfocada en dos fincas: una en Nunchía (donde el caso permaneció del 31 de marzo al 10 de abril) y otra en Yopal (visitada del 11 al 20 de abril).
- Seguimiento a 17 contactos, quienes a la fecha no han presentado sintomatología compatible en el último mes.
- Búsqueda Activa Comunitaria (BAC): se visitaron 22 viviendas y se entrevistaron 78 personas, sin identificar casos compatibles.
- Búsqueda Activa Institucional (BAI): se procesaron 585 registros clínicos; 10 presentaron diagnósticos relacionados, pero ninguno cumplió con la definición de caso tras la revisión de las historias clínicas.
- Toma de muestras serológicas a 9 contactos familiares y compañeros de escuela del caso.

Estudio entomológico:

- Se verificaron antecedentes en la vereda El Pretexto (Nunchía), donde la última intervención en 2022 reportó 45 viviendas positivas para *Rhodnius prolixus* y una tasa de infección natural en vectores (TINV) de 5,6 % (2/36), especímenes que fueron reportados por la comunidad.
- En la vereda Manantiales (Yopal), la última visita (hace dos semanas) identificó dos viviendas positivas para *Rhodnius prolixus* y una TINV de 25 % (3/12) especímenes que fueron reportados por la comunidad.

- Inspección de la vivienda del caso y de las fincas de interés epidemiológico, con instalación de trampas para triatominos y muestreo de posibles reservorios en Nunchía y Yopal.

Análisis y resultados adicionales:

- El mecanismo de transmisión continúa en estudio. La IEC orienta hacia una posible transmisión oral, considerando la presentación clínica, la ausencia de una puerta de entrada vectorial identificada, el reporte familiar de no haber observado vectores históricamente en la vivienda y la adherencia referida al uso de toldillos.
- El 20 de mayo de 2025, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) informó resultados serológicos negativos para los 9 contactos estudiados.
- El lugar exacto de ocurrencia de la transmisión se encuentra todavía en investigación.
- El abordaje de este evento permitió fortalecer las capacidades del equipo local para la respuesta a alertas de enfermedad de Chagas aguda.

Pendiente:

- Actualización del programa integrado de manejo de vectores a nivel local.
- Seguimiento serológico a los contactos con resultado negativo inicial para verificar posible seroconversión.
- Emisión del informe de situación (SitRep) de cierre del caso.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Casanare, Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 20 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: SiviGila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización de fiebre amarilla en la Región de Las Américas. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 16 de mayo de 2025

Entre el 29 de diciembre de 2024 y el 26 de abril de 2025, se han reportado 212 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, de los cuales 85 fueron mortales, letalidad: 40 %. Los casos se notificaron en: Bolivia (tres casos, incluida una muerte, letalidad: 33 %; Brasil (110 casos, incluyendo 44 muertes letalidad: 40 %); Colombia (60 casos, 24 mortales, letalidad: 40 %); Ecuador (cuatro casos mortales, letalidad 100 %, hasta el 02 de mayo de 2025) y Perú (35 casos, 12 muertes, letalidad: 34 %). El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como alto.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización de fiebre amarilla en la Región de Las Américas. Fecha de publicación: 16 de mayo de 2025. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2025-DON570>

Actualización Epidemiológica Influenza A(H5N1) en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 16 de mayo de 2025

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 18 del 2025, un total de 19 países de la Región reportaron 4 948 brotes animales de influenza A(H5N1). Entre 2022 y el 12 de mayo de 2025, se notificaron 75 infecciones humanas causadas por influenza A(H5) en cinco países de las Américas. El caso de infección humana más reciente se registró en México el 2 de abril de 2025; se notificaron 71 casos en los Estados Unidos de América: uno en 2022 y 70 desde 2024, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre de 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo de 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero de 2023.

En 2025, hasta la semana epidemiológica 18, se han notificado 330 brotes de influenza aviar en aves domésticas (312) y/o silvestres (18) en: Argentina (1), Canadá (24), Estados Unidos (288), México (2), Panamá (1) y Perú (14). En 2025, hasta el 13 de mayo se registraron más de 1 250 detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en los Estados Unidos, 154 en Canadá y ocho en las Islas Malvinas. En 2025, hasta la SE 18, se han notificado 75 brotes en mamíferos silvestres (13) y domésticos (62) en los Estados Unidos; en Canadá

se reportan siete detecciones en mamíferos silvestres.

En el mismo periodo de 2025, se han notificado cuatro casos humanos de influenza A(H5N1) en México (1) y los Estados Unidos (3).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 16 de mayo de 2025. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-15-phe-actualizacion-influenza-aviar-es.pdf>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 20 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 entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Defectos Congénitos			Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	26	2	4	209	28	44	0	0	0	57	20	15	8	1	2	0	0	0	12	1	3
Antioquia	265	19	7	8.182	1.268	1.482	42	4	10	1.653	102	375	598	107	100	386	33	42	1.352	303	250
Arauca	34	3	1	342	55	78	17	1	4	478	31	93	27	4	3	2	0	1	30	5	3
Atlántico	32	5	1	1.783	261	333	28	3	2	1.036	38	62	20	5	5	0	0	0	226	50	52
Barranquilla D.E.	7	0	1	1.911	225	346	24	1	0	793	27	39	35	5	5	7	1	2	245	49	59
Bogotá D.C.	2	0	0	9.691	1.638	1.796	0	0	0	0	0	0	1.583	145	316	53	8	7	1.575	308	331
Bolívar	111	8	7	1.330	204	233	17	4	2	745	91	121	60	9	7	1	0	0	99	25	19
Boyacá	25	2	0	2.866	452	557	2	0	0	197	17	36	263	32	71	2	1	0	176	40	32
Buenaventura D.E.	10	0	1	55	11	6	3	0	1	43	8	11	6	3	1	0	0	0	12	2	2
Caldas	31	2	4	1.635	262	309	1	0	1	145	14	37	35	8	6	5	1	0	197	56	42
Santiago de Cali D.E.	5	0	2	2.091	395	377	21	5	5	830	190	125	226	46	52	51	23	3	393	82	59
Caqueté	107	3	3	471	85	102	25	2	2	732	69	156	27	11	1	1	0	0	44	6	6
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	828	125	177	51	1	4	1.019	19	36	67	15	10	3	0	0	124	28	31
Casanare	70	6	5	702	104	138	4	4	4	281	136	112	38	5	3	12	0	9	59	11	8
Cauca	51	4	3	2.190	415	371	10	1	4	312	31	31	138	27	30	15	0	2	99	29	23
Cesar	115	6	17	1.286	184	234	24	5	2	672	120	111	36	11	6	3	0	0	145	29	33
Chocó	100	4	4	121	12	25	5	1	2	76	15	22	44	4	7	2	0	0	9	2	2
Córdoba	104	7	6	2.107	363	414	15	3	4	1.764	77	282	105	23	14	3	1	1	224	44	31
Cundinamarca	36	2	2	6.025	949	1.152	19	2	2	1.200	105	176	426	47	77	8	2	2	458	85	98
Guainía	13	0	2	74	10	15	0	0	0	8	5	0	6	1	3	0	0	0	3	1	2
Guaviare	53	2	2	166	21	31	2	0	1	160	8	71	18	2	1	1	0	1	16	2	1
Huila	63	4	2	2.725	399	526	68	9	10	926	174	147	158	24	21	5	1	0	109	27	21
La Guajira	49	3	3	911	158	166	24	3	1	1.022	61	91	25	7	6	1	1	0	73	12	15
Magdalena	52	7	3	1.092	194	179	6	2	0	276	41	59	20	3	1	0	0	0	78	22	11
Meta	131	7	8	1.832	261	329	64	5	21	2.183	252	609	73	13	20	31	2	4	140	25	31
Nariño	47	1	8	3.016	501	580	7	1	2	183	18	41	137	19	31	2	2	0	273	51	68
Norte de Santander	135	6	1	2.683	390	543	60	4	15	1.688	131	386	143	28	24	17	8	4	234	45	32
Putumayo	87	2	3	758	112	145	12	1	1	763	50	171	67	7	17	0	0	0	53	9	10
Quindío	10	0	0	1.259	198	261	2	0	0	192	6	36	17	7	2	24	1	6	82	22	15
Risaralda	17	0	1	1.753	292	341	7	0	0	303	12	36	74	12	33	5	0	1	252	51	58
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	208	25	34	0	0	0	22	2	3	3	1	0	0	0	0	5	1	1
Santa Marta D.T.	9	1	0	958	111	181	1	1	0	128	11	12	13	3	1	1	0	1	83	17	11
Santander	107	4	6	3.268	484	614	33	4	8	1.712	200	390	88	19	21	64	3	2	333	69	68
Sucre	40	2	3	1.238	193	231	16	4	3	1.207	94	191	23	5	1	2	0	0	128	26	29
Tolima	69	4	2	2.940	450	595	56	5	11	1.490	243	359	85	16	23	3	1	1	187	40	49
Valle del Cauca	41	1	3	3.666	561	721	14	4	2	858	204	167	149	24	27	15	2	1	285	66	48
Vaupés	20	2	1	85	11	15	1	0	0	14	3	2	8	1	2	9	0	3	1	0	0
Vichada	18	1	1	113	19	24	1	0	0	141	4	51	8	2	0	0	0	0	3	1	0
Total nacional	2.098	120	117	72.570	11.426	13.705	682	80	124	25.309	2.629	4.662	4.857	707	950	734	91	93	7.817	1.642	1.554

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0	0	0	2	0	1
Antioquia	249	74	56	3	1	1	7	1	2	35	7	11	264	61	50	83	12	6	405	103	61
Arauca	45	8	9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	20	1	3	1	0	0	2	0	0
Atlántico	36	11	10	1	0	1	1	0	1	30	3	3	84	15	19	2	1	0	52	8	8
Barranquilla D.E.	44	9	6	1	0	0	0	0	0	27	5	5	93	11	13	6	0	2	116	23	20
Bogotá D.C.	95	23	16	3	2	1	4	2	0	49	11	12	420	75	88	111	26	25	909	178	206
Bolívar	49	12	11	1	1	0	1	0	0	18	2	5	49	11	9	37	1	0	47	27	8
Boyacá	63	16	13	0	0	0	0	0	0	5	2	2	32	7	6	10	5	0	27	7	9
Buenaventura D.E.	7	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	0	0	0	1	1	0
Caldas	61	13	12	0	1	0	0	0	0	7	2	1	27	11	6	31	1	8	33	12	3
Santiago de Cali D.E.	37	16	5	2	1	2	1	0	0	15	3	3	101	17	12	5	1	4	53	46	4
Caquetá	45	10	17	0	0	0	0	0	0	6	1	1	16	2	2	1	2	0	10	3	0
Cartagena de Indias D.T.	24	5	6	0	0	0	1	0	0	4	1	2	38	7	6	2	1	1	11	29	6
Casanare	25	10	6	0	0	0	0	0	0	5	1	2	19	2	4	0	0	0	10	4	3
Cauca	110	32	26	1	1	0	0	0	0	8	1	0	46	10	10	12	1	11	19	8	4
Cesar	85	18	23	0	1	0	0	0	0	24	6	3	56	11	12	5	2	1	27	11	8
Chocó	28	3	8	0	1	0	0	0	0	4	0	0	18	3	3	0	0	0	2	1	1
Córdoba	96	27	14	1	2	0	3	0	0	34	7	3	97	22	19	5	2	0	140	32	11
Cundinamarca	112	25	14	2	3	1	1	1	0	20	4	3	94	19	19	32	6	3	138	22	14
Guainía	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0
Guaviare	5	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7	1	0	1	1	0	28	1	3
Huila	120	28	18	0	0	0	1	0	1	8	2	4	46	11	5	5	0	1	39	15	8
La Guajira	36	5	10	0	0	0	0	0	0	9	3	0	32	7	4	9	1	1	4	2	1
Magdalena	35	11	8	0	0	0	0	0	0	7	3	0	32	11	9	2	0	1	8	3	3
Meta	86	21	19	0	0	0	0	0	0	14	3	3	65	16	12	4	0	0	54	14	6
Nariño	198	32	38	2	0	1	1	0	0	13	2	2	91	20	15	3	1	1	77	20	23
Norte de Santander	133	33	24	0	0	0	1	0	0	17	2	6	74	15	10	14	2	0	49	11	7
Putumayo	87	16	12	0	0	0	0	0	0	9	2	1	36	4	7	3	5	1	7	4	1
Quindío	41	8	11	0	0	0	0	0	0	2	1	0	25	6	5	7	1	1	56	18	21
Risaralda	66	15	12	3	1	0	10	0	0	9	2	6	77	11	16	8	2	1	53	13	13
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	1	1	0	0	0	3	0	0
Santa Marta D.T.	31	3	3	0	0	0	0	0	0	5	1	0	21	4	9	0	1	0	17	4	4
Santander	125	25	28	2	0	1	8	0	8	23	6	3	50	15	7	19	3	15	31	10	4
Sucre	33	9	6	0	0	0	0	0	0	10	3	1	47	9	13	1	1	0	5	3	0
Tolima	126	29	22	3	0	0	0	0	0	10	2	1	30	7	9	7	1	2	39	6	9
Valle del Cauca	113	32	18	5	0	0	1	0	0	13	3	2	79	18	15	1	1	0	275	30	44
Vaupés	8	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0
Total nacional	2.467	586	485	30	17	8	41	6	12	443	94	86	2.214	445	421	427	80	85	2.751	672	514

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

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	Observado
Amazonas	2	0	0	0	0	0	949	83	170	2	1	1	41	24	41	2.221	741	521
Antioquia	34	8	5	102	8	16	4.907	1.083	900	109	36	46	1.309	1.200	1.309	389.954	83.946	78.662
Arauca	22	4	9	1	1	1	344	3	88	5	1	0	44	55	44	10.227	2.302	2.224
Atlántico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	2	395	366	395	58.900	10.829	12.068
Barranquilla D.E.	7	1	4	3	2	3	0	0	0	18	4	5	438	582	438	85.613	16.987	17.474
Bogotá D.C.	5	1	0	129	1	22	0	0	0	111	38	46	2.144	1.874	2.144	755.390	160.845	159.839
Bolívar	2	0	1	0	0	0	759	116	146	6	4	2	337	354	337	52.356	11.733	10.968
Boyacá	0	0	0	1	0	1	625	0	185	16	4	4	268	205	268	57.875	15.130	12.389
Buenaventura D.E.	0	0	0	2	1	2	729	164	111	2	2	1	45	52	45	2.624	1.139	553
Caldas	17	4	2	3	11	3	12	2	4	10	2	2	225	209	225	36.565	8.506	6.913
Santiago de Cali D.E.	28	4	4	49	5	11	1	1	0	30	12	10	694	563	694	109.501	27.462	20.169
Caquetá	2	1	0	3	1	3	258	7	47	5	3	0	93	81	93	11.712	3.487	2.433
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	2	2	2	0	0	0	8	3	1	395	381	395	82.391	16.942	16.507
Casanare	0	0	0	0	0	0	5	3	3	3	1	0	134	119	134	9.723	2.591	2.389
Cauca	5	1	1	2	1	2	1.150	390	162	16	2	6	399	362	399	51.318	10.586	9.868
Cesar	3	1	0	0	1	0	13	2	5	8	3	3	426	274	426	53.330	10.547	11.496
Chocó	3	1	0	0	0	0	8.730	2.634	1.201	6	1	1	98	100	98	11.549	1.650	2.831
Córdoba	3	1	1	1	0	1	2.841	855	265	15	2	5	418	370	418	85.616	12.583	17.441
Cundinamarca	15	1	10	3	1	3	0	0	0	30	5	10	830	646	830	165.784	30.933	36.617
Guainía	0	0	0	0	0	0	813	298	94	0	1	0	9	6	9	995	180	234
Guaviare	1	0	0	1	0	0	482	128	86	0	1	0	15	9	15	2.692	697	785
Huila	2	1	0	2	0	1	2	0	2	9	3	4	307	323	307	44.980	12.415	9.570
La Guajira	4	1	0	0	1	2	30	2	8	3	4	2	504	470	504	88.427	12.331	16.718
Magdalena	2	0	1	0	0	0	3	1	0	2	2	1	234	228	234	44.698	7.731	9.256
Meta	5	0	4	12	3	12	340	58	52	10	2	3	196	114	196	32.438	7.658	7.774
Nariño	11	3	1	1	4	1	4.383	1.114	665	23	10	13	636	408	636	62.082	16.040	13.613
Norte de Santander	0	0	0	7	1	7	230	185	27	27	9	12	271	216	271	73.020	14.382	14.099
Putumayo	1	0	0	3	1	3	31	5	7	5	1	2	149	116	149	13.914	3.152	3.481
Quindío	3	1	0	3	2	3	3	2	2	2	1	0	69	42	69	24.733	6.381	4.196
Risaralda	0	0	0	2	0	2	1.239	308	168	12	4	5	210	227	210	51.643	9.356	9.006
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	7	6	3.398	834	542
Santa Marta D.T.	2	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	1	162	174	162	28.809	2.954	5.636
Santander	7	1	5	1	0	0	8	1	2	39	6	16	397	277	397	96.695	15.183	21.772
Sucre	2	1	0	0	0	0	42	5	5	6	3	2	200	209	200	34.656	7.795	6.968
Tolima	10	2	2	7	3	7	0	0	0	14	2	7	346	312	346	62.616	14.811	13.325
Valle del Cauca	25	5	2	6	6	6	42	4	1	29	5	9	369	316	369	67.871	13.969	12.040
Vaupés	1	0	0	0	0	0	2.163	227	290	7	1	2	23	8	23	1.704	246	550
Vichada	0	0	0	0	0	0	732	154	64	2	1	2	30	24	30	1.480	367	264
Total nacional	225	37	52	346	23	62	31.869	7.915	4.761	602	197	226	12.866	11.302	12.866	2.769.500	575.421	571.191

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			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	53	8	27	0	0	0	2.179	359	390	7	6	7	0	0	0
Antioquia	19.240	2.751	4.136	2.359	808	890	145.259	35.931	27.620	239	353	239	5	5	1
Arauca	1.321	123	194	27	2	17	3.285	715	648	11	29	11	1	0	1
Atlántico	1.174	204	233	768	142	281	27.262	4.506	5.447	45	98	45	2	1	0
Barranquilla D.E.	4.813	331	929	849	244	298	35.789	5.972	7.452	55	121	55	1	1	0
Bogotá D.C.	34.233	8.277	8.527	3.497	1.732	1.644	338.091	61.125	52.316	248	342	248	4	5	1
Bolívar	1.017	224	192	189	104	69	11.648	2.799	2.182	60	91	60	1	1	0
Boyacá	3.003	598	742	192	70	79	22.405	4.852	3.832	42	58	42	0	1	0
Buenaventura D.E.	49	0	16	8	2	4	1.170	491	216	29	34	29	0	0	0
Caldas	1.423	319	286	563	138	217	12.840	2.959	2.866	34	40	34	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	3.401	676	1.040	324	66	140	45.194	13.131	12.287	93	116	93	0	2	0
Caquetá	717	161	159	14	10	5	5.688	1.694	1.075	18	30	18	0	0	1
Cartagena de Indias D.T.	5.166	311	963	658	204	248	23.114	4.433	4.237	55	103	55	3	1	0
Casanare	157	62	35	12	13	10	4.581	1.215	899	22	33	22	0	1	0
Cauca	1.974	272	455	252	84	119	17.264	4.846	2.884	56	107	56	2	1	0
Cesar	2.634	557	584	192	69	75	11.666	4.485	2.708	73	109	73	2	2	0
Chocó	955	158	205	10	8	4	5.598	1.050	1.121	35	78	35	0	1	0
Córdoba	2.967	423	478	585	176	269	25.298	4.710	4.366	87	161	87	2	2	0
Cundinamarca	5.874	1.138	1.358	692	435	334	68.759	12.791	11.865	137	168	137	6	3	0
Guainía	46	18	17	1	0	1	601	177	172	6	8	6	0	0	0
Guaviare	110	44	28	25	7	5	1.333	320	328	7	5	7	0	0	0
Huila	2.370	459	508	244	86	108	19.706	4.075	2.960	41	76	41	2	1	0
La Guajira	975	536	231	126	42	38	14.438	4.212	2.808	94	162	94	1	1	0
Magdalena	1.563	174	231	59	8	17	13.665	3.451	2.693	40	73	40	0	1	0
Meta	1.415	224	350	85	71	30	20.142	4.891	4.089	64	69	64	3	1	0
Nariño	3.445	589	822	68	43	22	21.179	7.388	3.689	74	89	74	2	1	0
Norte de Santander	3.642	863	763	310	128	147	23.463	5.318	4.220	55	94	55	3	2	0
Putumayo	547	173	155	14	5	8	4.906	1.106	1.058	15	23	15	0	0	0
Quindío	1.263	311	208	173	60	63	10.855	2.812	1.914	14	27	14	0	0	0
Risaralda	2.357	297	513	175	52	78	15.134	4.040	2.584	30	50	30	6	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	372	70	95	1	0	1	1.247	299	233	6	5	6	0	0	0
Santa Marta D.T.	1.254	161	241	353	137	124	8.253	1.314	1.510	13	38	13	2	1	0
Santander	6.855	977	1.498	907	397	379	37.545	8.038	6.994	61	98	61	0	2	0
Sucre	2.735	473	535	588	190	239	8.721	2.905	1.651	40	78	40	3	1	0
Tolima	4.091	515	865	158	74	62	27.728	5.371	4.745	39	64	39	3	1	1
Valle del Cauca	1.500	287	321	342	85	125	27.980	6.788	5.276	59	88	59	0	2	0
Vaupés	19	12	6	1	34	1	754	93	188	3	7	3	0	0	0
Vichada	8	3	0	1	0	1	631	141	201	11	15	11	1	0	0
Total nacional	124.738	22.779	27.946	14.822	5.719	6.152	1.065.371	231.479	191.724	2.018	3.147	2.018	56	44	5

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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	Observado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	28	4	5	13	4	3
Antioquia	288	62	42	13	3	1	668	41	95	887	223	179	361	62	35
Arauca	14	2	1	3	0	0	4	0	1	77	11	12	15	3	7
Atlántico	25	6	6	0	1	0	13	0	6	268	69	68	59	10	8
Barranquilla D.E.	62	8	15	0	1	0	13	3	3	277	51	64	99	17	7
Bogotá D.C.	596	109	130	288	3	15	878	106	260	1.863	393	414	1.337	372	186
Bolívar	22	2	1	1	1	0	11	2	4	208	32	38	23	14	3
Boyacá	82	14	16	10	1	0	13	5	1	319	78	84	181	51	41
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	2	5	1	1
Caldas	32	5	2	0	0	0	18	2	0	206	35	43	26	9	1
Santiago de Cali D.E.	64	19	7	0	1	0	6	4	3	434	101	90	314	39	9
Caqueté	17	2	3	0	0	0	3	3	1	106	17	20	11	5	0
Cartagena de Indias D.T.	27	5	2	1	1	0	11	1	2	190	34	28	14	4	2
Casanare	9	3	1	5	0	1	0	1	0	62	24	12	3	1	2
Cauca	31	7	10	0	1	0	17	4	3	269	33	55	169	42	22
Cesar	23	5	3	0	1	0	1	2	0	122	28	24	11	3	0
Chocó	6	1	1	3	0	0	80	7	5	23	3	6	14	0	1
Córdoba	65	13	7	1	1	0	7	1	2	404	78	86	59	21	9
Cundinamarca	172	29	15	96	1	12	187	24	47	919	170	238	246	80	36
Guainía	3	0	1	0	0	0	0	0	0	37	0	9	0	0	0
Guaviare	7	0	1	2	0	0	0	0	0	41	2	7	1	0	0
Huila	66	15	6	1	1	0	48	10	10	294	40	55	46	11	7
La Guajira	11	3	2	0	1	0	9	1	0	173	43	63	20	6	3
Magdalena	15	2	2	0	1	0	2	1	1	140	16	26	11	3	2
Meta	32	6	5	5	1	0	33	4	9	216	43	61	31	5	14
Nariño	70	11	14	1	1	0	34	15	9	251	69	47	49	8	12
Norte de Santander	97	16	17	1	1	0	11	5	4	340	66	74	30	7	2
Putumayo	14	5	1	1	0	0	10	1	4	84	14	29	60	20	12
Quindío	17	3	2	0	0	0	9	1	7	124	31	19	50	16	5
Risaralda	20	6	3	0	0	0	28	1	5	317	50	83	21	5	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	4	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	2	0	0	0	0	2	1	0	52	7	6	15	3	0
Santander	41	7	6	0	1	0	22	11	5	243	73	63	99	40	22
Sucre	33	9	3	1	1	0	19	7	0	180	42	29	96	31	7
Tolima	19	5	2	4	1	0	7	5	2	443	63	104	48	15	8
Valle del Cauca	58	11	9	0	1	0	10	6	3	488	107	145	164	36	6
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5	2	2	8	1	7
Vichada	1	0	0	0	0	0	3	0	0	5	5	0	4	0	3
Total nacional	2.046	406	336	439	25	29	2.177	278	492	10.115	2.071	2.294	3.713	945	485

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	21	32	0	0	0	0	5	8	22	33
Antioquia	0	0	0	0	692	1.308	1	0	0	0	197	248	2.073	1.950
Arauca	1	0	0	0	120	83	0	0	0	0	2	16	66	81
Atlántico	0	0	0	0	131	103	0	0	0	0	24	35	338	351
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	75	107	0	0	0	0	42	34	339	359
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.331	1.203	1	1	0	0	207	391	1.851	1.986
Bolívar	0	0	0	0	158	226	0	0	0	0	9	12	216	193
Boyacá	1	0	0	0	192	220	0	0	0	0	15	24	384	407
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	53	80	0	0	0	0	6	4	37	27
Caldas	0	0	0	0	69	70	0	0	0	0	20	31	473	388
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	184	251	1	0	1	0	83	96	642	702
Caquetá	0	0	0	0	86	62	0	0	0	0	8	11	97	88
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	90	186	0	0	0	0	10	18	217	221
Casanare	5	1	0	0	139	110	0	0	0	0	9	24	110	126
Cauca	0	0	0	0	113	120	0	0	0	1	22	34	333	287
Cesar	3	0	0	0	263	382	0	0	0	0	22	29	240	236
Chocó	0	0	0	0	289	388	0	0	0	0	15	21	42	62
Córdoba	0	0	0	0	239	184	0	0	0	0	31	44	384	391
Cundinamarca	0	0	0	0	506	468	0	0	1	1	57	67	817	959
Guainía	0	0	0	0	26	26	0	0	0	0	2	2	10	11
Guaviare	0	0	0	0	50	42	0	0	0	0	15	24	24	25
Huila	0	0	0	0	179	196	0	1	0	3	19	31	318	267
La Guajira	0	0	0	0	639	620	1	0	0	0	10	33	101	143
Magdalena	0	0	0	0	213	310	0	0	0	0	14	10	135	142
Meta	0	0	0	0	168	172	0	0	0	0	15	26	273	260
Nariño	0	0	0	0	274	297	0	0	0	0	27	36	529	625
Norte de Santander	0	0	0	0	268	293	1	0	0	0	53	111	391	457
Putumayo	0	0	0	0	79	91	0	0	1	0	14	19	123	117
Quindío	0	0	0	0	43	30	0	0	0	0	22	22	210	183
Risaralda	0	0	0	0	152	202	0	0	0	0	31	54	453	475
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	8	8
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	34	69	0	0	0	0	13	14	114	128
Santander	1	1	0	0	178	236	0	0	0	0	35	91	584	629
Sucre	0	0	0	0	88	148	0	2	0	0	11	9	186	198
Tolima	0	0	1	0	142	132	0	0	0	1	28	54	465	406
Valle del Cauca	0	0	0	0	159	274	0	0	1	1	19	62	508	505
Vaupés	0	0	0	0	34	15	0	0	0	0	3	15	22	31
Vichada	0	0	0	0	108	78	0	0	0	0	1	8	10	7
Total nacional	11	2	1	0	7.590	8.816	6	4	4	7	1.116	1.768		

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

	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	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	5	4	1	0	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0
Antioquia	495	426	12	3	10	8	5	0	13	23	5	3	54	86
Arauca	8	8	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	2	5
Atlántico	0	2	1	1	3	2	1	0	2	1	2	2	12	8
Barranquilla D.E.	0	0	0	5	3	2	0	1	1	2	1	0	10	17
Bogotá D.C.	0	0	1	1	10	4	0	2	17	8	0	1	61	207
Bolívar	165	168	0	2	5	1	1	0	4	1	3	3	9	1
Boyacá	53	97	1	0	1	1	0	1	2	2	0	0	10	5
Buenaventura D.E.	5	4	2	2	2	0	0	1	1	2	1	1	2	2
Caldas	78	82	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	8	2
Santiago de Cali D.E.	0	0	3	3	2	3	0	2	5	5	0	0	18	28
Caquetá	102	78	5	7	1	1	0	0	3	2	1	1	3	0
Cartagena de Indias D.T.	1	0	0	1	3	0	0	0	4	1	1	1	8	8
Casanare	3	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	4	8
Cauca	21	31	1	1	4	1	1	2	3	3	1	2	12	8
Cesar	40	135	0	0	5	5	3	4	4	2	6	5	11	11
Chocó	105	90	2	0	6	4	12	5	12	17	18	11	5	4
Córdoba	68	61	0	2	5	3	1	2	4	3	2	5	15	14
Cundinamarca	72	62	1	3	5	4	0	1	5	9	1	0	28	24
Guainía	5	7	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Guaviare	142	43	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Huila	3	2	0	2	3	1	0	0	3	0	2	1	9	7
La Guajira	12	11	1	0	9	6	9	7	16	9	23	15	8	0
Magdalena	4	2	0	0	4	0	0	1	5	3	6	4	7	1
Meta	84	37	0	0	3	1	1	1	3	3	3	2	9	5
Nariño	104	81	0	1	5	2	0	0	5	6	2	1	13	4
Norte de Santander	95	65	0	1	5	2	1	0	2	0	4	0	13	12
Putumayo	98	87	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	3	2
Quindío	0	0	0	2	1	1	0	0	2	0	0	0	4	4
Risaralda	43	56	5	3	2	2	3	4	4	6	4	2	7	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	4	3	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	4	6
Santander	272	283	1	1	2	2	1	0	3	2	1	1	18	7
Sucre	44	28	0	1	2	1	0	0	2	3	0	0	8	16
Tolima	126	73	3	27	3	2	2	1	6	3	1	0	11	8
Valle del Cauca	6	3	4	3	3	2	1	0	5	5	2	1	16	25
Vaupés	21	2	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0
Vichada	16	6	0	0	1	1	1	0	1	3	3	4	1	0
Total nacional	2.304	2.037	50	74	112	66	54	40	133	128	101	69	408	538

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

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

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo 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	Acumulado 2025
Amazonas	1	2	6	9	0	0	26	30	1	0	8	12	204	266
Antioquia	66	49	459	507	0	0	1.357	1.816	43	63	1.130	1.124	8.446	6.553
Arauca	19	11	68	77	0	0	55	54	1	0	49	33	430	489
Atlántico	17	7	135	152	0	0	162	224	6	10	194	170	923	1.013
Barranquilla D.E.	34	8	166	148	0	0	294	347	6	10	328	269	936	1.019
Bogotá D.C.	59	25	359	348	0	0	616	582	16	10	1.576	1.371	10.699	12.211
Bolívar	17	12	108	130	1	0	62	97	1	1	108	88	889	932
Boyacá	8	10	41	35	0	0	59	83	1	0	85	79	1.474	1.743
Buenaventura D.E.	9	8	54	42	0	0	66	88	2	2	52	48	154	118
Caldas	7	13	49	78	0	0	124	103	2	0	143	122	1.105	1.143
Santiago de Cali D.E.	14	4	183	220	0	1	588	599	21	17	546	549	3.015	2.642
Caquetá	3	6	34	47	0	0	87	117	2	0	48	33	424	403
Cartagena de Indias D.T.	30	22	111	186	0	1	150	189	1	5	316	189	514	559
Casanare	14	16	50	61	0	1	60	84	1	4	62	46	314	344
Cauca	8	7	75	60	0	2	106	110	1	0	130	125	1.234	1.227
Cesar	19	7	139	113	0	0	135	178	1	3	156	168	813	842
Chocó	24	14	94	95	0	0	73	101	1	1	35	29	152	174
Córdoba	13	7	124	106	1	0	92	123	2	4	258	255	1.413	1.195
Cundinamarca	28	22	141	195	0	0	206	245	6	2	361	333	4.795	5.705
Guainía	3	4	6	6	0	0	7	5	0	0	4	3	72	59
Guaviare	2	1	10	7	0	0	18	17	1	0	17	14	119	122
Huila	5	6	61	52	0	0	142	191	4	4	158	170	2.383	2.378
La Guajira	28	13	141	152	0	0	176	255	3	1	137	126	505	546
Magdalena	12	11	88	94	0	1	57	80	1	1	85	75	543	604
Meta	22	19	97	135	0	0	243	328	7	8	139	108	874	921
Nariño	6	3	94	93	0	0	78	78	1	2	161	148	1.541	1.955
Norte de Santander	37	22	189	217	0	0	248	308	6	4	261	211	1.450	1.522
Putumayo	3	2	38	46	0	1	36	57	1	2	47	37	481	611
Quindío	5	1	38	46	0	0	108	119	1	1	142	103	1.005	928
Risaralda	11	12	66	85	0	0	233	300	10	6	211	222	1.420	1.433
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	3	6	0	0	2	9	0	0	11	2	74	105
Santa Marta D.T.	7	3	43	56	0	0	83	135	2	3	121	100	268	296
Santander	27	26	165	190	0	0	328	538	11	7	276	316	2.385	2.540
Sucre	10	8	84	75	1	0	38	44	0	0	111	91	747	715
Tolima	13	12	66	59	0	1	209	317	5	6	170	205	1.097	1.241
Valle del Cauca	11	19	113	151	0	0	273	338	9	11	287	308	2.562	2.725
Vaupés	1	0	1	2	0	0	5	9	0	0	4	2	75	154
Vichada	2	4	14	16	0	0	14	7	0	0	8	3	89	86
Total nacional	602	417	3.937	4.097	3	8	6.832	8.305	178	188	7.958	7.287	55.624	57.519



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 20

11 al 17 de mayo de 2025

TEMA CENTRAL Hepatitis A

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



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Sandra Milena Aparicio Fuentes. **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.

45# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.20>