



Evaluación del desempeño de la Vigilancia en Salud Pública en Colombia.

La evaluación del desempeño en vigilancia en salud pública no solo mide resultados, sino que impulsa el compromiso territorial: entre 2018 y preliminar 2024 y primer trimestre 2025, el país ha mostrado un avance sostenido en los niveles de cumplimiento, con un aumento acumulado superior al 30%, y solo entre 2023 y 2024 preliminar se evidenció un incremento del 2,4%, reflejo de un sistema cada vez más fortalecido, oportuno y preparado para responder a los desafíos de la salud pública nacional.

**Semana
epidemiológica**

25 al 31 de mayo de 2025

22

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

Evaluación del desempeño de la Vigilancia en Salud Pública en Colombia.

Pág.

3



Situación nacional

10



Mortalidad

12



Eventos trazadores

19



Brotes y alertas

38



Tablas de mando por departamento

41

Introducción

El origen formal de la evaluación del desempeño se remonta, principalmente, a Estados Unidos y Europa durante la segunda mitad del siglo XX. Este proceso emergió en un contexto de creciente profesionalización en la gestión organizacional y de adopción de metodologías estructuradas para mejorar la eficiencia laboral. Así, se establecieron marcos de evaluación enfocados en analizar las contribuciones individuales y colectivas dentro de las empresas.

Según Montoya (2009), estas ideas se desarrollaron en un entorno internacional influido por la evolución del pensamiento gerencial moderno. Posteriormente, fueron adoptadas por varios países de América Latina, especialmente durante las décadas de 1970 y 1980, en respuesta a la necesidad de fortalecer la eficiencia organizacional y adaptar los modelos de gestión a los contextos regionales. Aunque no se ha determinado con exactitud su lugar de origen, es claro que la evaluación del desempeño se convirtió en una herramienta clave para gestionar el crecimiento empresarial, evolucionando para responder a las particularidades de cada organización.

La evaluación del desempeño se concibe como un proceso continuo de retroalimentación, acompañamiento y seguimiento entre líderes y colaboradores. Su carácter participativo y dinámico promueve el aprendizaje mutuo y el fortalecimiento de competencias. A través del diálogo constante, se fomenta la corresponsabilidad en la planificación, ejecución y mejora de los procesos laborales, contribuyendo directamente al logro de los objetivos institucionales. En este sentido, la evaluación del desempeño se posiciona como una estrategia administrativa clave para fomentar el compromiso y la mejora continua.

En el ámbito de la salud, el desempeño del sistema se refiere al grado en que este contribuye al logro de resultados sanitarios. La evaluación considera tanto la eficacia del sistema para alcanzar sus objetivos como su capacidad de mejora mediante la asignación eficiente de recursos y la implementación de reformas estructurales o estratégicas.

En Colombia, los antecedentes de la vigilancia de eventos de interés en salud pública se remontan a 1971, cuando se estableció la necesidad de fortalecer los procesos asociados a la vigilancia epidemiológica. Desde entonces, se

TEMA CENTRAL

Evaluación del desempeño de la Vigilancia en Salud Pública en Colombia.

Gina Paola Flórez Piñeros, gflorez@ins.gov.co
Claudia Marcella Huguett Aragón, chuguett@ins.gov.co

han desarrollado diversas estrategias orientadas a la recolección y análisis de información sobre las condiciones de salud y enfermedad de la población. Durante la década de 1980, se consolidó un flujo formal de información hacia el entonces Ministerio de Salud, lo que permitió estructurar un sistema más organizado de vigilancia sanitaria.

En el año 2000, la coordinación y operación del sistema fue delegada al Instituto Nacional de Salud (INS), entidad a la que se asignaron funciones clave en vigilancia, prevención y control de enfermedades. En este contexto, se establecieron los fundamentos legales y operativos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

Como parte del fortalecimiento continuo del sistema, el INS implementó mecanismos de monitoreo para verificar el cumplimiento de los atributos esenciales de un sistema de vigilancia eficaz. En 2017, se inició formalmente la medición del desempeño de la vigilancia en salud pública, con el propósito de evaluar de forma integral los indicadores de proceso definidos en los protocolos de vigilancia de los eventos.

4

Este ejercicio de evaluación, de enfoque cuantitativo, se basa en la estimación trimestral de indicadores y tiene como finalidad identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la capacidad de respuesta de las entidades territoriales, tanto en situaciones rutinarias como en contextos de brotes o emergencias de salud pública.

Entre 2007 y 2016, se implementaron diversas acciones para garantizar la operación del sistema de vigilancia. Durante este periodo, se elaboraron lineamientos técnicos evaluados mediante informes de retroalimentación, lo que permitió una mejora progresiva en los procesos.

A partir de 2017, se estructuró un sistema de evaluación periódica del desempeño territorial. En su primera fase, se seleccionaron 67 indicadores que permitieran analizar distintos componentes del sistema, incluyendo el subsistema de información, análisis y divulgación, intervención, y formación del talento humano. Este último, junto con el subsistema de evaluación, tiene un carácter transversal y no cuenta con indicadores propios.

Inicialmente, la evaluación se enfocó en las entidades territoriales como parte

del monitoreo de su gestión. Sin embargo, en 2019 se realizaron ajustes a raíz de dificultades en el cálculo de ciertos indicadores, como los relacionados con la confirmación de casos de leptospirosis y tos ferina, que fueron excluidos desde ese año.

En 2023 se incorporaron nuevos indicadores para fortalecer el seguimiento a eventos priorizados y capacidades críticas del sistema de vigilancia. Entre estos se encuentran: el porcentaje de cumplimiento de la tasa de notificación de sarampión-rubéola, el porcentaje de focos de Chagas abordados, el porcentaje de casos agudos de Chagas notificados con pruebas parasitológicas y un indicador derivado de la encuesta sobre capacidades básicas en gestión del riesgo. Estos indicadores fueron incorporados como una categoría adicional en el sistema de evaluación y comenzaron a medirse en el primer y cuarto trimestre de 2023. Esta actualización respondió a la necesidad de fortalecer el monitoreo de eventos asociados a metas de eliminación y control nacional, así como al seguimiento de capacidades institucionales en gestión del riesgo. Los 67 indicadores se agrupan en seis grandes categorías, que permiten una evaluación integral del sistema:

- Indicadores de lineamientos
- Indicadores de gestión
- Indicadores del subsistema de información
- Indicadores de unidad de análisis
- Indicadores de laboratorio
- Indicador de la encuesta de capacidades básicas en gestión del riesgo

Para analizar el desempeño de las entidades territoriales entre 2018 a 2023 y preliminar 2024 y 2025, se toma como base la clasificación de eventos de interés en salud pública establecida por el INS, que agrupa los eventos según sus objetivos sanitarios en: erradicación, eliminación, control nacional y control internacional.

Esta clasificación permite priorizar acciones de vigilancia y respuesta según el riesgo y la relevancia epidemiológica de cada evento. En este sentido, la evaluación del desempeño se apoya en los indicadores definidos para cada categoría, lo que permite identificar fortalezas y brechas en la gestión territorial. Los eventos con metas de erradicación y eliminación requieren mayor rigurosidad en la detección, notificación oportuna, confirmación diagnóstica

y acciones de control, dada su importancia a nivel nacional e internacional. Los eventos de control nacional reflejan el compromiso institucional en la reducción del impacto de enfermedades persistentes, mientras que los eventos de control internacional exigen una capacidad de respuesta inmediata ante alertas sanitarias globales, conforme al Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).

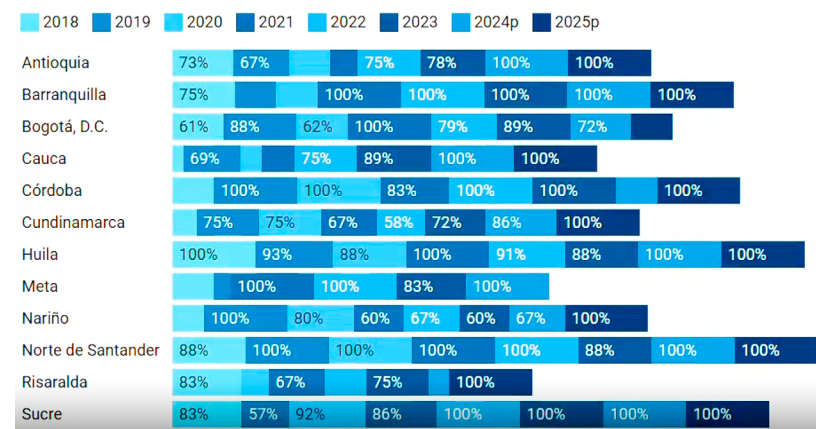
Esta metodología de evaluación integral orienta la toma de decisiones, fortalece la capacidad de respuesta del sistema y contribuye al cumplimiento de los compromisos en salud pública del país.

En esta oportunidad, se hace un análisis de los indicadores de desempeño, conforme a la clasificación de casos acorde a la factibilidad sanitaria, para controlar, eliminar o erradicar un evento:

Análisis de indicadores para los eventos de erradicación

Dentro de los eventos en erradicación se realiza el análisis de comportamiento del indicador de porcentaje de investigación parálisis flácida dentro de 48 horas, ya que dentro de este evento se vigila Poliomielitis por poliovirus salvaje; cuya reducción es permanente a cero en la incidencia mundial de la infección causada por un agente específico, como resultado de esfuerzos deliberados; el agente causal no se encuentra en circulación. El promedio nacional desde el año 2018 ha sido del 54 %, 2019 (77 %), 2020 (67 %), 2021 (70 %), 2022 (81 %), 2023 (84 %), 2024 preliminar (86 %) y primer trimestre 2025 preliminar (83 %).

Figura 1. Porcentaje de cumplimiento del Indicador de gestión Porcentaje de investigación parálisis flácida dentro de 48 horas.



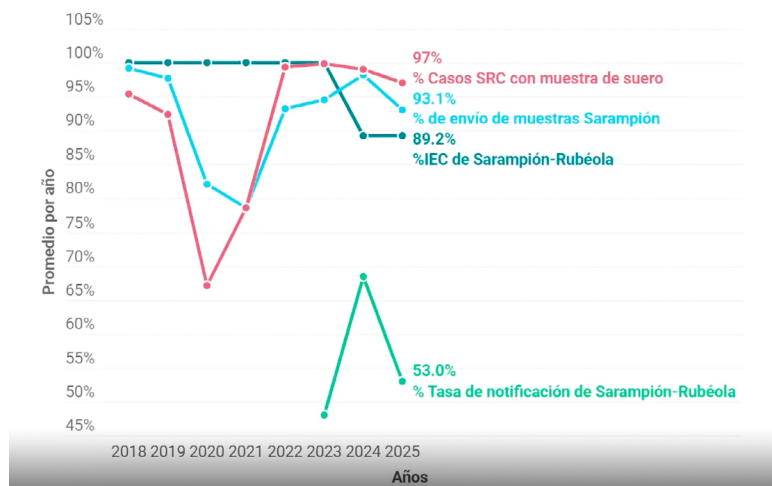
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, promedios acumulados por años de casos notificados

Entre los años 2020 y 2025, se observa una tendencia general de mejora sostenida en el cumplimiento del indicador en la mayoría de los territorios, alcanzando en varios casos el 100 % en los últimos dos años. Esta evolución refleja un fortalecimiento progresivo en la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia frente a un evento crítico para la erradicación de la poliomielitis.

Análisis de indicadores para los eventos de eliminación

En el marco de las estrategias de vigilancia en salud pública implementadas en Colombia, la clasificación de eventos sujetos a eliminación responde a compromisos nacionales e internacionales orientados a la reducción sostenida de enfermedades transmisibles. Esta categorización permite priorizar acciones, optimizar recursos y orientar la toma de decisiones basadas en el riesgo, con el objetivo de interrumpir la transmisión en el territorio nacional. A través del seguimiento sistemático de indicadores específicos, se evalúa el desempeño de las entidades territoriales, fortaleciendo la capacidad de respuesta y la implementación de intervenciones oportunas. La siguiente tabla presenta los eventos incluidos en esta categoría, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud.

Figura 2. Cumplimiento de indicadores nacionales de desempeño de Sarampión, Rubeola y Síndrome de rubeola congénita, Colombia, 2018 y preliminar 2024 y primer trimestre 2025.



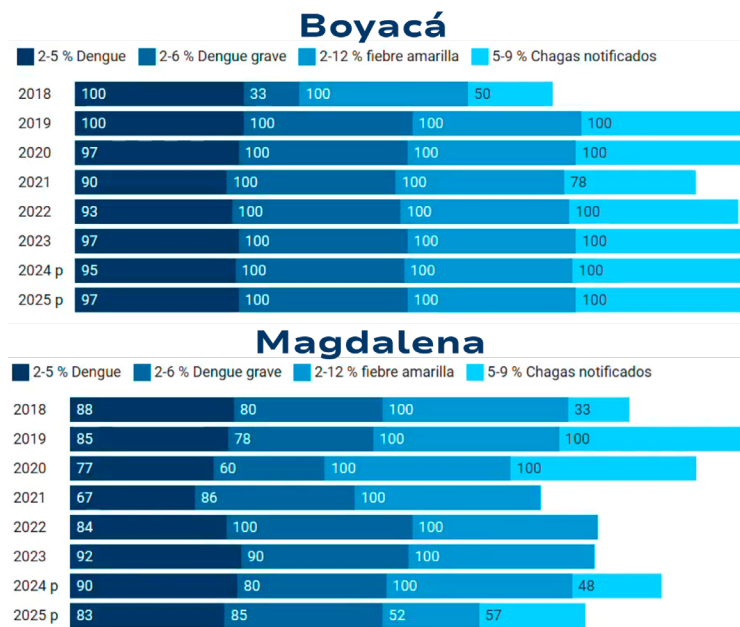
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, promedios acumulados por años de casos notificados

Los indicadores relacionados con la vigilancia integrada de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita han demostrado un comportamiento favorable en los años recientes, con tendencias continuas de mejora, particularmente desde 2021. El porcentaje de casos de síndrome de rubéola congénita con muestra sérica muestra una recuperación considerable después de una caída notable en años previos, lo que indica una mejora en la oportunidad de diagnóstico y el seguimiento de protocolos de toma de muestra. El porcentaje de envío de muestras de sarampión, por su parte, se ha mantenido por encima del umbral esperado, con una leve disminución reciente que podría estar vinculada a factores logísticos u operativos. Respecto a la investigación epidemiológica en el campo, se evidencia un rendimiento elevado y constante, lo que indica el fortalecimiento de las instituciones y la capacidad instalada para responder de manera oportuna a los eventos sospechosos, asegurando el monitoreo de los casos y la prevención de posibles cadenas de transmisión. En conjunto, estos indicadores muestran progresos en la calidad de la supervisión y la dedicación de las entidades territoriales hacia los objetivos de erradicación.

Análisis de indicadores para los eventos de control nacional e internacional

La vigilancia de los eventos clasificados en control nacional e internacional facilita el seguimiento de enfermedades con gran impacto en el sistema de salud y potencial epidémico, que demandan intervenciones constantes y a tiempo. En este conjunto, los indicadores tales como el porcentaje de confirmación de dengue y dengue grave, el porcentaje de intervención en focos de fiebre amarilla, y la notificación de casos de Chagas agudos con pruebas parasitológicas son esenciales para medir la capacidad diagnóstica, la respuesta operativa y la calidad de la vigilancia en las áreas. Estos indicadores facilitan la detección del grado de adherencia a los lineamientos técnicos, además de guiar acciones de fortalecimiento en áreas con mayor riesgo, asegurando una respuesta más efectiva y coordinada ante eventos que conllevan riesgos locales y regionales

Figura 3. Cumplimiento de indicadores de Boyacá y Magdalena de confirmación de dengue y dengue grave, intervención en focos de fiebre amarilla, y la notificación de casos de Chagas agudos con pruebas parasitológicas, 2018 y preliminar 2024 y primer trimestre 2025.



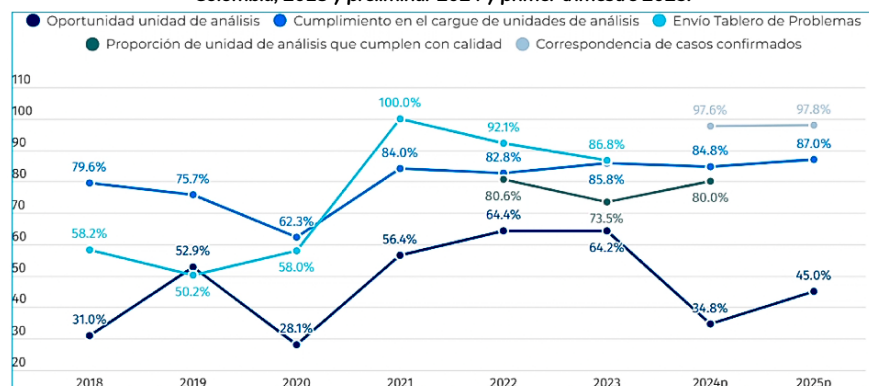
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, promedios acumulados por años de casos notificados

Al realizar el análisis de los promedios de la evaluación de desempeño de las entidades territoriales de Boyacá y Magdalena en los indicadores relacionados con dengue, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas, se evidencian diferencias en la consistencia de los resultados y en la capacidad de mantener altos niveles de cumplimiento a lo largo del tiempo. Las dos entidades territoriales han mostrado un comportamiento estable, con cumplimiento sostenido en la mayoría de los indicadores, Boyacá ha mantenido un desempeño sólido en los indicadores analizados, con 100 % de cumplimiento en dengue grave y Chagas agudo con pruebas parasitológicas desde 2019 hasta 2025 (preliminar). En contraste, Magdalena presenta fluctuaciones importantes, como el descenso al 60 % en dengue grave en 2020.

Análisis de indicadores de grupo de unidad de análisis de casos especiales

El proceso de Unidad de Análisis de Casos Especiales (UACE) del Instituto Nacional de Salud de Colombia inicia con la creación del grupo y la documentación del proceso a partir de 2015, posteriormente en 2017 se elaboran manuales técnicos, y desde 2018 comienza el monitoreo de indicadores. En 2022 se fortalece el repositorio y se lanza el piloto del aplicativo web UACE. En 2023 inicia la transición total al aplicativo con nuevos indicadores de calidad y, para 2025, se automatizan los indicadores, incluyendo la oportunidad en la realización de unidades de análisis.

Figura 4. Cumplimiento de indicadores nacionales de desempeño de unidad de análisis de casos especiales, Colombia, 2018 y preliminar 2024 y primer trimestre 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, promedios acumulados por años de casos notificados

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.

Análisis de indicadores de grupo de subsistema de información

El análisis tiene como finalidad revisar el comportamiento de los indicadores que pertenecen a este grupo del subsistema de información en salud pública para encontrar avances, brechas y oportunidades que mejoren la gestión de los datos. La revisión permite evaluar la calidad, oportunidad, completitud y consistencia de los datos reportados, aspectos clave para la toma de decisiones, el monitoreo de los eventos de interés propio de la salud pública y el fortalecimiento general del sistema de vigilancia en la esfera territorial y nacional.

Figura 5. Cumplimiento de indicadores nacionales de desempeño del subsistema de información, Colombia, 2018 y preliminar 2024 y primer trimestre 2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
3-1 Cumplimiento notificación UND	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3-2 Cumplimiento notificación UNM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3-3 Cumplimiento notificación UPGD	97%	98%	97%	98%	98%	98%	99%	99%
3-4 Oportunidad en la notificación	92%	89%	86%	87%	89%	92%	95%	98%
3-5 Cumplimiento en el ajuste	69%	72%	65%	77%	84%	91%	90%	92%
3-6 Oportunidad en el ajuste	41%	38%	38%	45%	57%	64%	70%	80%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, promedios acumulados por años de casos notificados

Entre 2018 y 2025, los indicadores de cumplimiento en la notificación para las Unidades Notificadoras Departamentales (UND) y Unidades Notificadoras Municipales (UNM) se han mantenido en 100 %, mientras que las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) muestra una mejora de 97 % a 99 %, reflejando una alta consolidación del proceso. La oportunidad en la notificación ha mejorado progresivamente, pasando de 86 % en 2020 a 98 % en 2025.

El cumplimiento en el ajuste pasó de 69 % en 2018 a 92 % en 2025, y la oportunidad en el ajuste presenta el mayor avance, de 41 % a 80 % en el mismo periodo. En conjunto, los indicadores muestran un fortalecimiento sostenido en la calidad y oportunidad de la información.

Proceso y elaboración del ranking

A partir de la evaluación general de los 67 indicadores, se priorizaron 33 indicadores de las diversas categorías para generar un ranking que permite generar una clasificación que refleje el desempeño en la vigilancia en salud pública de las entidades territoriales. Este ejercicio se lleva a cabo desde 2017, pero desde 2023 fue modificado con la inclusión de los siguientes indicadores:

- Búsqueda Activa Institucional (BAI) de Unidades Informadoras (UI) sin notificación en seis periodos consecutivos.
- Informe semestral de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
- Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD)
- Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico Quirúrgicos (IAPMQ)
- Brotes de IAAS y Consumo de Antibióticos (CAB)
- Informe semestral integrado maternidad segura
- Informe trimestral parálisis flácida aguda
- Informe trimestral sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita
- Porcentaje de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos con investigación epidemiológica de campo
- Porcentaje de casos de tos ferina con investigación de campo
- Porcentaje de focos de Chagas realizados
- Cumplimiento de la tasa de notificación de sarampión-rubéola
- Oportunidad en el cargue de la unidad de análisis
- Cumplimiento en el cargue de unidades de análisis
- Proporción de unidad de análisis que cumplen con calidad en la metodología de realización
- correspondencia de casos confirmados por medio de unidad de análisis
- Casos con tablero de problemas
- Porcentaje de confirmación dengue grave
- Porcentaje de casos de Chagas agudos notificados con pruebas parasitológicas.

De igual manera fueron excluidos los indicadores de entrega de alistamiento de equipos de respuesta inmediata, evento adverso prevenible por vacunas clasificados oportunamente, oportunidad unidad de análisis, envío de unidad de análisis y porcentaje casos confirmados de meningitis meningocócica.

Los 33 indicadores seleccionados se distribuyen en los seis grupos temáticos iniciales (lineamientos, gestión, subsistema de información, unidad de análisis, laboratorio y encuesta de capacidades básicas en gestión del riesgo).

El resultado final, obtenido del promedio de los indicadores, clasifica a las entidades territoriales en cuatro categorías de desempeño: alto, medio alto, medio bajo y bajo, según el percentil en el que se ubiquen (75 %, 50 %, 25 %). El detalle de los resultados de esta evaluación se encuentra publicado en el portal Sivigila 4.0 en el enlace <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=128>

El cierre oficial de la evaluación de desempeño final 2024 aún no ha sido realizado, en razón a la evaluación de calidad de los informes de análisis de los eventos de interés en salud pública, el cual es consolidado con los otros indicadores y sometido a revisión y retroalimentación por las entidades territoriales, los cuales no han sido finalizados.

Referente al comportamiento de los indicadores, se evidencia un fortalecimiento gradual desde 2017 hasta 2025. Para 2025 preliminar, el valor mínimo observado en la evaluación se mostró en un 50 % y el máximo le correspondió a un 96,6 %. Esto indica que la brecha de entidades se ha ido cerrando, lo que se puede evidenciar en un avance general en la implementación y seguimiento de los indicadores a nivel país. El INS considera que como muchos de los indicadores ya están sobrepasando el 100 %, es el momento de evaluar acciones de ajuste para incluir nuevas fuentes desde los protocolos.

Conclusiones

- **Fortalecimiento progresivo del sistema:** Desde la implementación del sistema de evaluación del desempeño en 2017, se ha observado una mejora continua en los indicadores, lo que refleja una mayor capacidad de respuesta de las entidades territoriales frente a los eventos de interés en salud pública.
- **Marco evaluativo robusto:** La estructuración de 67 indicadores organizados en seis categorías permite una evaluación integral del sistema, identificando fortalezas, brechas y áreas prioritarias de intervención.
- **Avances en eventos de erradicación y eliminación:** Indicadores clave como

la investigación de parálisis flácida aguda en 48 horas y el monitoreo del sarampión-rubéola muestran una tendencia positiva, lo que evidencia compromiso institucional y mejoras operativas.

- **Adecuación y evolución del sistema:** La inclusión de nuevos indicadores en 2023 orientados a metas de eliminación y control nacional demuestra la capacidad del sistema para adaptarse a nuevos desafíos y prioridades en salud pública.
- **Utilidad estratégica de la clasificación por objetivos sanitarios:** La agrupación de eventos según metas de erradicación, eliminación o control proporciona una guía clara para priorizar acciones de vigilancia y respuesta, alineadas con compromisos internacionales como el Reglamento Sanitario Internacional.

Recomendaciones

- **Consolidar la sostenibilidad del sistema de evaluación:** Garantizar la continuidad técnica y financiera del sistema de evaluación del desempeño, asegurando la actualización periódica de indicadores y metodologías.
- **Fortalecer la capacidad diagnóstica y logística:** Mejorar la infraestructura de laboratorio y los sistemas de transporte de muestras para mantener o aumentar el cumplimiento de indicadores clave, especialmente en eventos de eliminación como sarampión y rubéola.
- **Aumentar la formación del talento humano:** Desarrollar programas de capacitación continua en vigilancia epidemiológica, uso de indicadores y análisis de datos, especialmente en niveles subnacionales, para garantizar una respuesta oportuna y de calidad.
- **Mejorar el uso de los resultados de evaluación:** Promover que los resultados de desempeño sean utilizados como insumos en la toma de decisiones locales, la formulación de planes de acción y la asignación de recursos, fomentando una cultura de mejoramiento continuo.
- **Integrar herramientas digitales de análisis y visualización:** Desarrollar plataformas que permitan el monitoreo en tiempo real y el análisis

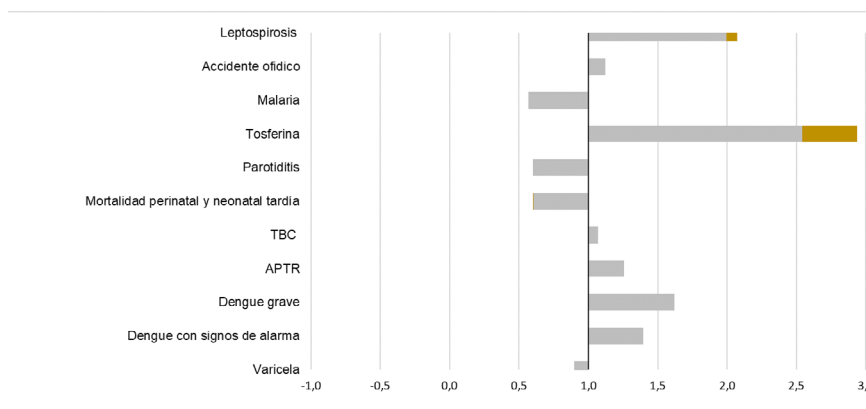
automatizado de indicadores para facilitar la supervisión y retroalimentación oportuna a los territorios.

- **Evaluar el impacto en los resultados de salud:** Ampliar el análisis del desempeño incluyendo no solo indicadores de proceso, sino también indicadores de impacto en la salud de la población, fortaleciendo la evaluación orientada a resultados.



Para la semana epidemiológica 22 de 2025, se identificó que los eventos leptospirosis y tosferina 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 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 22 de 2025.



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

SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para 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 22 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	79 973	67 759	1,07	0,29

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

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

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

En la semana epidemiológica 22 de 2025, El evento mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que 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 22 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	11	3	0,00
Leishmaniasis cutánea	13	101	0,00
Lepra	7	7	0,15
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,17
Zika	2	3	0,22
Chicungunya	1	2	0,24
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0,37

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y 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.

11

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

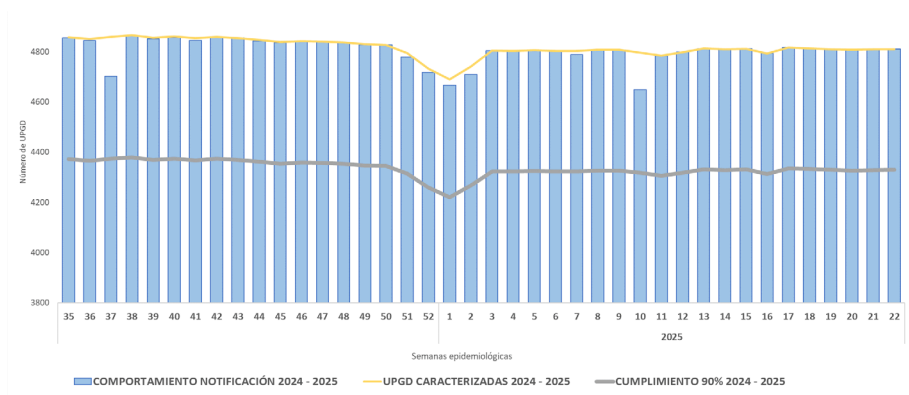
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y de la semana 22 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100% (4 810/ 4 810); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,2 % comparado con la semana epidemiológica 22 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %), en tanto 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 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://bit.ly/ins.gov.co/3130q>

A semana epidemiológica (SE) 22 de 2025, se han notificado 293 muertes probables en menores de cinco años: 161 por infección respiratoria aguda (IRA), 84 por desnutrición (DNT) aguda y 48 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, cuatro 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 22 de 2025 se han notificado 286 fallecimientos (157 por IRA, 82 por DNT aguda y 47 por EDA); de estos, 107 casos han sido confirmados, 30 han sido descartados y 149 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 22 2025			Casos en estudio a SE 22 2025			Tasa a SE 22 2024			Tasa a SE 22 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	37	48	22	38	88	23	2,89	3,88	2,25	1,04	1,34	0,62
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	21,10	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	1	2	1	2	19	0	2,83	3,07	1,18	0,24	0,48	0,24
Arauca	0	1	0	0	0	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	2	1	0	3,50	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	1,95	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	1	0	1	2	0	0,00	6,89	1,97	1,01	1,01	0,00
Boyacá	0	2	1	1	0	1	0,00	4,71	0,00	0,00	2,40	1,20
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	2	1	2,89	2,89	8,66	2,96	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	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	1	1	2	3	1	0,00	2,67	0,00	0,00	0,90	0,90
Cesar	2	0	2	3	1	2	3,32	2,49	2,49	1,69	0,00	1,69
Chocó	8	15	4	3	3	0	34,84	33,10	52,26	14,01	26,28	7,01
Córdoba	4	1	0	2	2	2	4,66	2,66	0,67	2,72	0,68	0,00
Cundinamarca	0	2	0	1	6	2	0,00	2,54	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	1	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	0	0	0	2	0	1,01	2,02	0,00	1,03	0,00	0,00
La Guajira	7	1	3	9	9	5	17,34	9,13	11,87	6,47	0,92	2,77
Magdalena	2	1	1	3	2	0	8,41	2,40	1,20	2,44	1,22	1,22
Meta	1	2	1	1	1	0	1,21	3,64	1,21	1,23	2,47	1,23
Nariño	0	6	0	2	1	0	0,84	2,53	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	1	0	3,18	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	10,47	6,98	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	1	3	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	2	0	0,00	2,68	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	7,30	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	1	0	2	0	0	2	30,23	0,00	15,11	14,72	0,00	29,44
Vichada	3	0	0	1	3	0	21,61	21,61	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 epidemiológica se han notificado 157 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 39 confirmadas por clínica y nueve por laboratorio, 21 descartadas y 88 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fueron 141, para una tasa de mortalidad de 3,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 22 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Bogotá D.C., y La Guajira, a nivel municipal, en San Andrés de Tumaco D.E., Nariño. 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*, *Metapneumovirus*, *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 22, 2024–2025

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Adenovirus</i>	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Enterovirus</i>	3	2	2	1	1	9	2	0	0	0	0	2
<i>Escherichia coli</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Haemophilus influenzae B</i>	3	1	0	0	0	4	2	0	0	0	0	2
<i>Influenza A</i>	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1	0	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Rhinovirus</i>	5	2	4	1	2	14	1	1	0	0	0	2
<i>SARS-CoV2</i>	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	0	1	0	6	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	2	0	3	1	8	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	12	0	1	1	0	14	0	0	0	0	0	0
Total	49	13	12	10	5	89	11	2	0	0	0	13

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 82 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 37 fueron confirmadas, siete descartadas y 38 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,03 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fue de 105, para una tasa de mortalidad de 2,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 22 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 en el nivel nacional. A nivel municipal; en Tierra Alta, Quibdó; Riohacha D.E., 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 por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 22 se han notificado 47 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*), 21 confirmadas por clínica, dos descartadas y 23 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fue de 82 para una tasa de mortalidad de 2,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 22 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia, Chocó y en el nivel nacional. A nivel municipal, en Manaure, Uribia y Mitú. 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 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/10.33610/OPS-028773>

En la semana epidemiológica 22 de 2025 se notificaron al Sivigila siete casos, tres muertes maternas tempranas, tres muertes maternas tardías y una muerte materna coincidente; para un total acumulado de 80 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 75 residen en territorio colombiano y cinco 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 22, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	118	62	32	212
2023	110	60	31	201
2024	86	61	26	173
2025p	75	47	14	136

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, La Guajira, Bogotá D.C., Cesar, Cundinamarca, Chocó y Córdoba. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bolívar, 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), Puerto Colombia (Atlántico), Valencia (Córdoba), El Rosal (Cundinamarca), El Tarra (Norte de Santander) e Icononzo (Tolima) 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 22 de 2025, el 62,7 % corresponden a causas directas y el 28,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 21,3 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 22	Acumulado de casos a SE 22	
		2024	2025
Colombia	123	86	75
Antioquia	11	7	8
La Guajira	9	6	8
Bogotá D.C.	11	8	7
Cesar	6	8	5
Cundinamarca	6	4	5
Chocó	6	8	4
Córdoba	5	5	4
Santiago de Cali D.E.	3	2	3
Casanare	1	1	3
Nariño	6	5	3
Atlántico	4	1	2
Barranquilla D.E.	3	3	2
Norte de Santander	5	4	2
Risaralda	3	1	2
Santander	3	2	2
Tolima	3	0	2
Valle del Cauca	3	1	2
Bolívar	5	3	1
Boyacá	1	2	1
Caquetá	1	0	1
Cartagena de Indias D.T.	3	0	1
Cauca	4	3	1
Guainía	0	0	1
Huila	3	5	1
Meta	4	2	1
Quindío	1	0	1
Sucre	3	2	1
Vichada	1	0	1
Arauca	1	0	0
Buenaventura D.E.	2	0	0
Caldas	1	1	0
Guaviare	0	0	0
Magdalena	5	0	0
Putumayo	1	1	0
Santa Marta D.T.	4	1	0
Amazonas	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	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 22 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 22	Valor observado SE 22
Colombia	123	75
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Puerto Colombia (Atlántico)	0	1
Valencia (Córdoba)	0	1
El rosal (Cundinamarca)	0	1
El tarra (Norte de Santander)	0	1
Icononzo (Tolima)	0	1
El Tarra (Norte de Santander)	0	1
Icononzo (Tolima)	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 22 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 22	Número de casos y proporción a SE 22 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	98	110	100	85	100	75	100
DIRECTA	64	73	66,4	54	63,5	47	62,7
Hemorragia obstétrica	17	15	13,6	18	21,2	16	21,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	23	27	24,5	18	21,2	9	12,0
Sepsis obstétrica	8	10	9,1	5	5,9	7	9,3
Evento tromboembólico como causa básica	7	8	7,3	5	5,9	6	8,0
Embarazo ectópico	5	6	5,5	3	3,5	5	6,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	3	2,7	2	2,4	3	4,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	2	2,4	1	1,3
Embolia de líquido amniótico	1	2	1,8	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,9	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	0,9	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	33	35	31,8	30	35,3	21	28,0
Otras causas indirectas	14	15	13,6	13	15,3	8	10,7
Otras causas indirectas: neumonía	6	7	6,4	4	4,7	6	8,0
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	2,7
Otras causas indirectas: cáncer	4	5	4,5	3	3,5	2	2,7
Sepsis no obstétrica	6	7	6,4	4	4,7	1	1,3
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1	0,9	2	2,4	1	1,3
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	4,7	1	1,3
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	0,9	0	0,0	1	1,3
En estudio	1	1	0,9	1	1,2	6	8,0

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 22 de 2025 se han notificado 2 264 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 241 corresponden a residentes en Colombia y 23 residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia (269), Bogotá D.C. (268), Cundinamarca (152), La Guajira (107) y Santiago de Cali D.E. (94). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 y 2024, con corte a semana epidemiológica 22 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Arauca, Atlántico, Buenaventura D.E., Santiago de Cali D.E., Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, Huila,

Putumayo, Quindío, Santa Marta D.T., Tolima y Vichada. 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 Puerto Gaitán (Meta), Timbiquí (Cauca), Riosucio (Caldas), Aguazul (Casanare), Pueblo Nuevo (Córdoba), El Litoral del San Juan (Chocó), Buriticá (Antioquia), Neira (Caldas), Tenjo (Cundinamarca) y Silos (Norte de Santander) (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 27,3 %, neonatales tardías con 17,2 % y fetales intraparto con 10,2 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,1 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 22 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 22 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 22	Acumulado de casos a SE 22	
		2024	2025
Colombia	3 467	2 592	2 241
Antioquia	393	289	269
Bogotá, D.C.	383	330	268
Cundinamarca	184	165	152
La Guajira	178	130	107
Santiago de Cali D.E.	128	105	94
Córdoba	177	127	94
Nariño	98	84	83
Cesar	122	75	77
Meta	77	60	73
Valle del Cauca	95	77	69
Bolívar	101	56	66
Santander	107	67	66
Cartagena de Indias D.T.	112	75	64
Cauca	116	77	64
Norte de Santander	104	80	61
Barranquilla D.E.	131	73	56
Atlántico	109	81	49
Boyacá	65	56	49
Magdalena	81	62	49
Huila	84	63	48
Sucre	87	63	47
Tolima	70	52	46
Caldas	43	32	40
Chocó	85	73	37
Risaralda	54	41	32
Buenaventura D.E.	38	26	30
Casanare	36	28	24
Santa Marta D.T.	41	24	21
Caquetá	31	17	19
Putumayo	25	23	16
Quindío	29	20	15
Arauca	31	17	13
Vichada	17	17	11
Amazonas	7	6	8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	5	6	8
Guaviare	6	1	7
Guainía	9	4	6
Vaupés	7	10	3

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 22 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 22 2020 - 2024	Valor observado a SE 22 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 467	2 241	-
Puerto Gaitán (Meta)	9	13	3
Timbiquí (Cauca)	3	6	3
Riosucio (Caldas)	2	5	11
Aguazul (Casanare)	2	5	18
Pueblo Nuevo (Córdoba)	1	5	1
El Litoral del San Juan (Chocó)	1	4	1
Buriticá (Antioquia)	0	3	1
Neira (Caldas)	1	3	1
Tenjo (Cundinamarca)	1	3	1
Sílos (Norte de Santander)	1	3	1

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 22, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 22, 2023 -2025					
	2023 a SE 22	(%)	2024 a SE 22	(%)	2025 a SE 22	(%)
Colombia	3 205	100,0	2 592	100,0	2 241	100,0
Asfixia y causas relacionadas	782	24,4	672	25,9	585	26,1
Prematuridad-inmadurez	577	18,0	437	16,9	350	15,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	517	16,1	395	15,2	294	13,1
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	364	11,4	300	11,6	202	9,0
Infecciones	264	8,2	221	8,5	179	8,0
Sin información	6	0,2	0	0,0	164	7,3
Malformación congénita	303	9,5	233	9,0	166	7,4
Otras causas de muerte	205	6,4	172	6,6	126	5,6
Causas no específicas	65	2,0	65	2,5	98	4,4
Trastornos cardiovasculares	79	2,5	71	2,7	55	2,5
Lesión de causa externa	32	1,0	13	0,5	13	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	11	0,3	13	0,5	9	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 22 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 al aumento 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 18 a 22 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 15 a SE 18 2025	SE 19 a SE 22 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	526 105	644 664	22,54%	
Hospitalización en sala general	27 379	30 345	10,83%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 010	3 262	8,37%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 22 de 2025 se notificaron 160 681 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, La Guajira, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D.E. y Vichada. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (18 a 21 de 2025) en 32 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2025.

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	33 589	36 395	4 126	8 554
Atlántico	Soledad	38 898	36 958	6 355	8 191
Antioquia	Itagüí	32 924	39 278	3 907	7 789
Antioquia	Bello	31 981	27 990	3 335	5 821
Cundinamarca	Chía	27 758	25 397	3 828	5 190
La Guajira	Maicao	24 261	26 289	2 561	4 945
La Guajira	Uribia	22 675	20 851	1 523	4 283
Antioquia	Rionegro	13 025	17 504	1 538	4 086
Santander	Floridablanca	10 614	11 459	1 746	2 580
Risaralda	Dosquebradas	11 084	13 161	1 114	2 428
Antioquia	Envigado	10 297	11 778	1 629	2 401
Valle del Cauca	Palmira	12 054	13 019	1 644	2 331
Santander	Barrancabermeja D.E.	7 910	13 079	652	2 242
Cundinamarca	Zipaquirá	8 570	9 911	1 666	2 142
Córdoba	Sahagún	9 316	10 848	1 374	2 137
Boyacá	Sogamoso	6 462	8 340	1 415	2 118
Boyacá	Duitama	10 968	9 496	1 885	1 958
Antioquia	Apartadó	7 765	7 628	976	1 785
Casanare	Yopal	6 722	5 931	904	1 697
Cundinamarca	Facatativá	9 671	8 356	1 753	1 689
Cundinamarca	Girardot	8 698	9 696	1 513	1 631
Cundinamarca	Funza	6 104	7 428	981	1 548
Bolívar	Magangué	6 446	8 705	935	1 517
Córdoba	Cereté	6 558	7 689	511	1 511
Magdalena	Ciénaga	9 814	9 542	978	1 508
Norte de Santander	Ocaña	6 794	7 072	333	1 439
Valle del Cauca	Cartago	7 391	7 365	366	1 429
Antioquia	Turbo	5 945	6 319	787	1 415
Valle de Cauca	Yumbo	5 814	6 819	1 010	1 410
Córdoba	Lorica	5 560	6 514	741	1 294
Cauca	Santander De Quilichao	5 589	5 596	876	1 272
Huila	Pitalito	4 683	6 072	546	1 166
Cundinamarca	Madrid	8 967	5 977	1 006	1 140
Santander	Piedecuesta	2 374	4 123	304	1 112
Cesar	Aguachica	3 836	5 297	830	1 054
Valle Del Cauca	Tuluá	6 984	5 999	503	1 015
Cundinamarca	Mosquera	3 679	2 942	541	824
Atlántico	Malambo	5 048	2 812	391	735
Santander	Girón	2 956	3 463	281	707
Norte de Santander	Villa Del Rosario	2 901	3 317	518	607
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	3 949	2 907	672	585
Cauca	Guapi	1 093	2 221	191	380
Nariño	La Florida	290	336	70	64

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

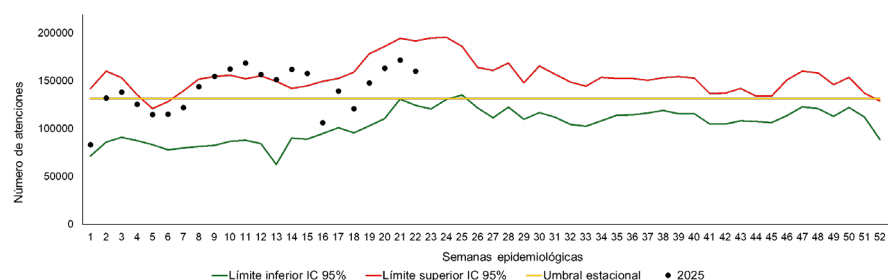
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

* 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 (19 a 22 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 23,8 % (153 199) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 21,5 % (138 925). 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 14,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 14,5 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados; sin embargo, entre las semana 09 a 15 se observó una tendencia al alza que superó el límite superior. A partir de la semana 16 y hasta la 22, las atenciones se encuentran dentro de lo esperado (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

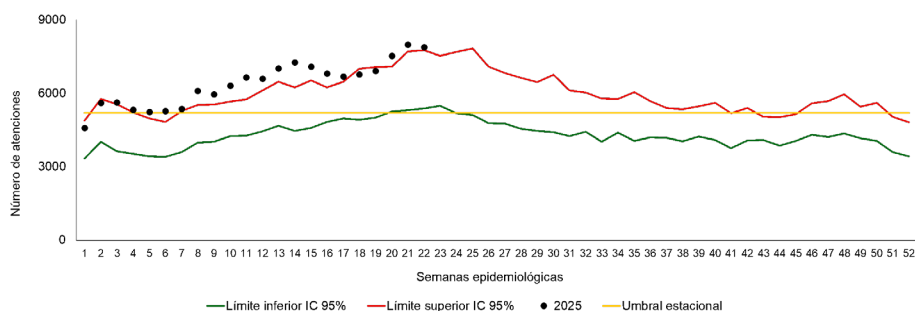
En la semana epidemiológica 22 de 2025 se notificaron 7 895 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Guainía, Guaviare, La Guajira, Quindío, Vaupés y Vichada e incremento en Antioquia, Arauca, Barranquilla D.E., Santiago de Cali D.E., Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D.T., Santander, Tolima y Valle del Cauca. En las 16 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 436) representaron el 24,5 %, seguido

del grupo de dos a cuatro años con el 17,4 % (5 276). 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 33,2 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 27,2 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17, el número de hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, seguido de una disminución en las semanas epidemiológicas 18 a 19 ubicándose dentro de los límites esperados, sin embargo en las semanas epidemiológicas 20 al 22 se observó una tendencia al aumento, superando el límite superior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 202

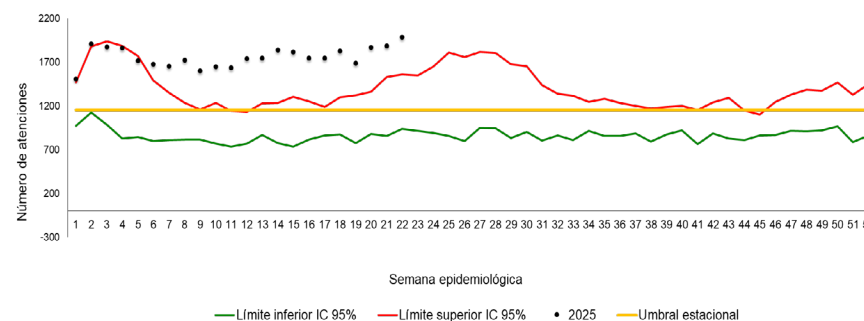


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 22 de 2025, se notificaron (1 989) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 22 se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 22 de 2025



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

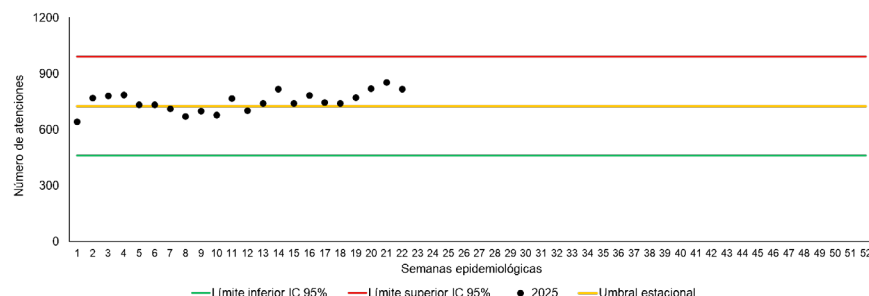
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 22 de 2025 se notificaron 817 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 9 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, Chocó, Meta, Nariño, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D.T., Santander, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 33,7 % (1 099), seguido de los menores de un año con el 26,8 % (873) 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 30,2 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 25,8 %.

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 las semanas epidemiológicas 14 a la 22 se observó una tendencia por encima del umbral estacional pero sin superar el límite superior (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2025

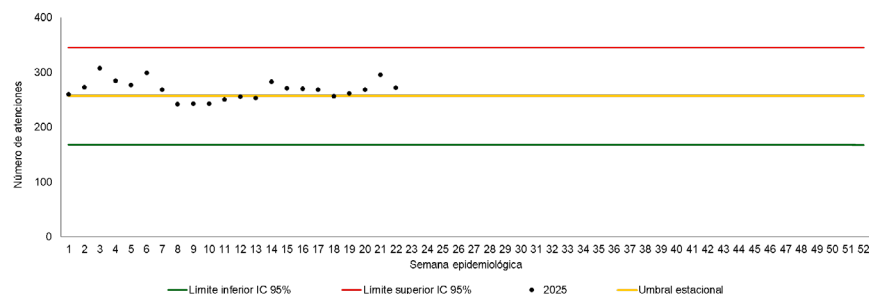


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 22 de 2025, se notificaron 272 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana una tendencia por encima del umbral estacional (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 22 de 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2025 se observó un aumento 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, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 21 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general presentaron una tendencia hacia el aumento con respecto a la semana anterior.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, 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 22 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. Al decremento influenza A, influenza B y metapneumovirus. 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 15 a 22 de 2025

Agente viral identificado	SE 15 a SE 18			SE 19 a SE 22			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	49,5	56,6	31,8	51,7	54,9	27,9	
Rinovirus	8,0	7,4	3,7	11,8	9,9	5,3	
VSR	34,8	44,4	14,8	40,6	54,7	10,5	
Enterovirus	7,1	7,0	7,4	9,8	7,0	10,5	
Adenovirus	5,7	5,4	11,1	4,7	4,7	-	
Influenza B	3,4	2,3	-	0,8	-	5,3	
Influenza A	14,8	11,3	14,8	9,4	8,1	15,8	
Parainfluenza	6,8	7,4	3,7	7,9	7,6	10,5	
Metapneumovirus	9,4	7,4	29,6	3,5	2,9	10,5	
A(H1N1)pdm09	1,7	1,9	-	2,0	0,6	10,5	
SARS-CoV2	2,0	1,6	7,4	1,2	1,7	-	
A(H3N2)	6,0	3,5	7,4	7,5	2,3	21,1	
Coronavirus	0,3	0,4	-	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

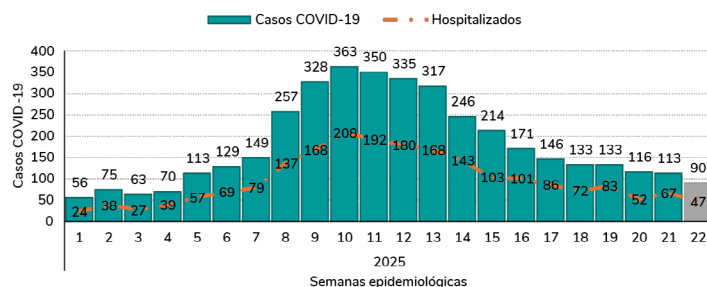
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 22 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 31 de mayo de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 3 967 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 19 a 22 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 31,9 %, con 452 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2025), en el cual se reportaron 664 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado una disminución del 31,2 %, pasando de 362 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 249 casos en el periodo analizado (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de COVID-19 a semana epidemiológica 22 de 2025, Colombia



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

Entre el 25 y el 31 de mayo de 2025 se confirmaron 137 casos en el territorio nacional; de estos el 65,7 % (90 casos) corresponde a la semana epidemiológica 22. El 52,6 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cundinamarca, Boyacá y Arauca (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 22 de 2025, Colombia

Entidad Territorial	Otros	SE 19	SE 20	SE 21	SE 22	Total
Colombia	11	3	5	28	90	137
Bogotá D.C.	1	0	2	6	29	38
Cundinamarca	4	1	1	5	4	15
Boyacá	0	0	0	1	11	12
Arauca	0	0	0	2	5	7
Antioquia	1	2	0	0	4	7
Tolima	1	0	0	3	2	6
Santander	0	0	0	0	6	6
Barranquilla D.E.	0	0	0	1	4	5
Cauca	0	0	0	3	2	5
Huila	0	0	0	1	3	4
Putumayo	0	0	0	1	3	4
Sucre	0	0	0	2	1	3
Vichada	0	0	0	1	2	3
Guajira	1	0	0	1	1	3
Valle del Cauca	1	0	0	0	2	3
Guaviare	0	0	0	0	2	2
Córdoba	0	0	0	0	2	2
Risaralda	0	0	0	0	2	2
Cesar	0	0	2	0	0	2
Norte Santander	0	0	0	0	2	2
Nariño	0	0	0	0	1	1
Casanare	0	0	0	0	1	1
Meta	1	0	0	0	0	1
Bolívar	0	0	0	1	0	1
Magdalena	1	0	0	0	0	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	1	1

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

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 19-22), se registró una incidencia de 0,85 casos por cada 100 000 habitantes, con la afectación en 31 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 134 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Barranquilla D.E., Risaralda, Arauca, y a nivel municipal en Patía (Cauca), Pereira (Risaralda), Bucaramanga (Santander) y Arauquita (Arauca).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 62 fallecimientos relacionados con COVID-19 (Procedencia Colombia 60 y exterior 2). En el período observado, las muertes se registraron en Bogotá D.C. (tres casos), Nariño y Santander con un caso respectivamente. El 75,8 % (47 casos) correspondió a personas mayores de 60 o más años.

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 en Colombia a semana epidemiológica 22 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	60	9	5	Sin cambios
Bogotá, D.C.	18	2	3	Aumento
Nariño	3	0	1	Aumento
Santander	6	1	1	Sin cambios
Antioquia	5	1	0	Sin cambios
Cauca	5	0	0	Sin cambios
Cundinamarca	4	3	0	Sin cambios
Chocó	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	0	Sin cambios
Magdalena	1	0	0	Sin cambios
Meta	3	1	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	0	0	Sin cambios
Sucre	1	0	0	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	0	0	Sin cambios
Santiago de Cali D.E.	4	1	0	Sin cambios
Arauca	1	0	0	Sin cambios

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 22 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 22 de 2025 se notificaron 3 467 casos de dengue: 2 396 casos de esta semana y 1 071 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 76 398 casos, 48 457 (63,4 %) sin signos de alarma, 27 193 (35,6 %) con signos de alarma y 748 (1,0 %) de dengue grave.

El 62,1 % (47 433) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Norte de Santander, Tolima, Cartagena de Indias D.T., Valle del Cauca, Cundinamarca y Putumayo (tabla 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21, 2025) el 55,0 % (8 020) de los casos se concentran en Meta, Córdoba, Santander, Antioquia, Norte de Santander y Tolima.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2025

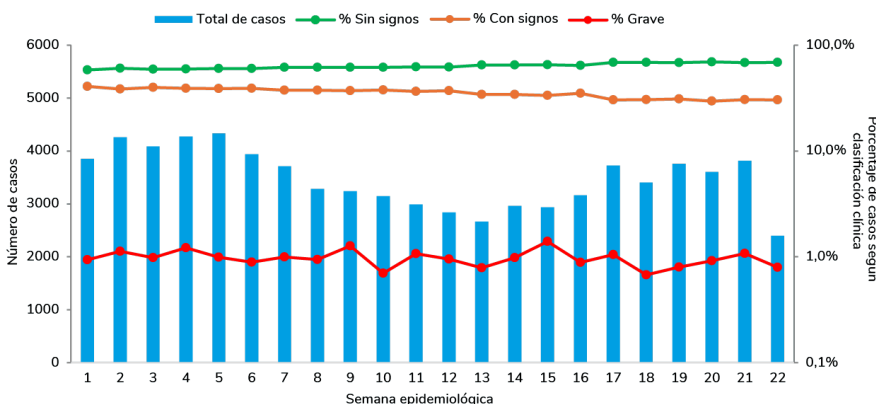
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 14-17 de 2025)	Observado (SE 18-21 de 2025)
Meta	6 334	37,0	1,2	1 374	1 645
Córdoba	6 192	31,0	0,2	1 421	1 598
Santander	6 077	31,5	0,6	1 184	1 326
Antioquia	5 385	34,1	0,8	983	1 275
Cartagena de Indias D.T.	4 424	23,5	1,1	218	181
Norte de Santander	4 608	41,0	1,3	801	1 145
Tolima	4 479	34,4	1,4	808	1 031
Valle del Cauca	3 541	26,1	0,5	543	514
Cundinamarca	3 290	37,8	0,7	478	487
Putumayo	3 103	25,8	0,5	690	662
Huila	2 842	34,0	2,6	430	521
Santiago de Cali D.E.	2 428	35,5	0,9	309	342
Atlántico	2 224	47,8	1,3	122	132
Barranquilla D.E.	2 135	37,4	1,2	96	89
Sucre	2 197	60,9	0,8	243	393
Caquetá	2 095	37,4	1,2	554	376
Bolívar	2 049	40,5	0,9	304	343
La Guajira	1 759	60,8	1,5	167	165
Arauca	1 522	35,5	1,4	261	295
Cesar	1 303	56,6	2,2	208	201
Casanare	1 056	31,2	0,4	270	388
Cauca	887	35,9	0,9	101	79
Risaralda	838	36,4	1,1	109	96
Guaviare	875	17,6	0,5	266	286
Quindío	684	26,8	0,3	84	105
Nariño	670	29,3	1,2	136	107
Magdalena	548	56,0	1,3	106	132
Boyacá	512	39,6	0,4	99	78
Vichada	542	31,4	0,2	89	214
Chocó	496	17,1	1,2	71	129
Caldas	313	48,2	0,0	57	48
Santa Marta D.T.	240	55,8	0,8	27	43
Amazonas	204	29,4	0,0	40	48
Vaupés	197	7,6	0,5	78	53
Exterior	151	44,4	4,0	30	24
Buenaventura D.E.	122	36,1	2,5	23	24
Archipiélago de San Andrés y Providencia	52	42,3	0,0	7	2
Guainía	24	37,5	0,0	3	4
Colombia	76 398	35,6	1,0	12 790	14 581

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 14 a 17, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Norte de Santander, Sucre, Casanare, Vichada, Chocó y Santa Marta D.T.; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Caquetá, Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia; 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 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 17 a 20, 2025) fueron: Caldas, Cesar, La Guajira, Magdalena y Sucre.

Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22, 2025

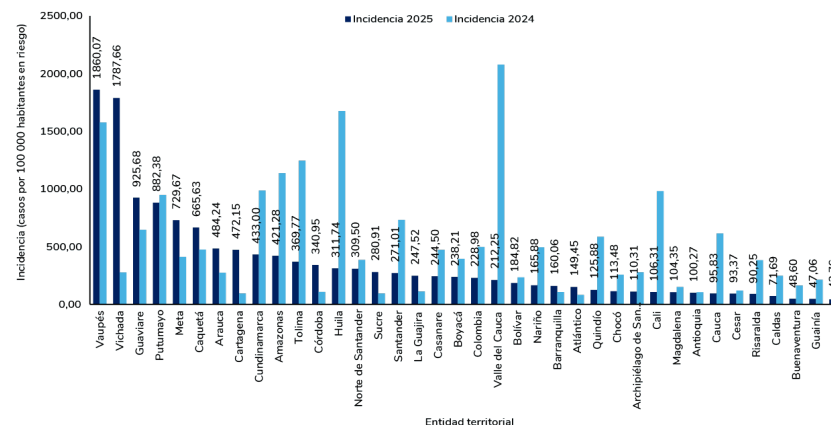


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 22 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 228,9 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 498,6 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vaupés, Vichada, Guaviare, Putumayo, Meta y Caquetá presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 22 de 2025 registrando tasas superiores a 600 casos por 100 000

habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 435,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2024 y 2025



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

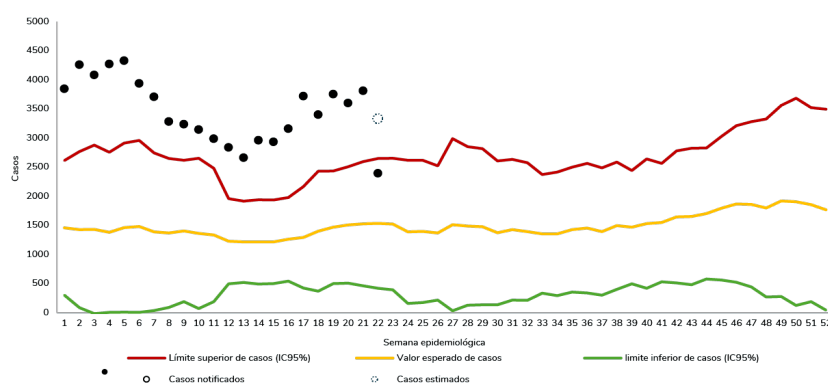
En la semana epidemiológica 22 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento con una variación de 14,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 14 a 17, 2025) (figura 16).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico se observa que, el 8,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 29,7 % (11) se encuentran en situación de alerta y el 62,2 % (23) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Arauca, 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 mayo (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 22 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 27,2 % (224) 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 61,4 % (35/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 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 22 de 2025

Situación epidemiológica a SE 22, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de mayo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Arauca, Chocó, Guaviare, Meta, Nariño, Putumayo, Vichada	Antioquia, Caquetá, Cundinamarca, Quindío, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés	Atlántico, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santa Marta D.T..
Alerta	Boyacá, Casanare	Amazonas, Buenaventura D.E., Caldas, Huila, Valle del Cauca	Barranquilla D.E., Bolívar, Cesar, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Dentro de lo esperado	Cauca	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 22 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 14-17, 2025)	Esperado (SE 18-21, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	34,3	896	165	145
	Apartadó	233,0	307	51	84
	Bello	16,1	89	16	21
	Envigado	44,2	107	11	20
	Itagüí	15,6	43	10	12
	Turbo D.E.	159,4	214	40	54
Atlántico	Malambo	178,7	257	24	20
	Sabanalarga	64,0	66	12	24
	Soledad	198,3	1 357	58	50
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	419,3	4 424	218	181
	Magangué	223,4	321	39	68
Caldas	Manizales	3,3	15	3	7
Caquetá	Florencia	358,2	633	96	105
Cauca	Popayán	28,0	76	10	6
Córdoba	Montería	713,3	3 659	1 114	1 175
	Cereté	144,5	159	20	28
	Sahagún	215,4	241	27	47
Cundinamarca	Fusagasugá	276,4	457	52	68
	Girardot	815,3	960	146	112
Santa Marta D.T.	Santa Marta D.T.	43,4	240	27	43
Magdalena	Ciénaga	54,9	70	22	13
Meta	Villavicencio	545,6	2 782	584	773
Norte de Santander	Cúcuta	357,1	2 726	485	692
	Ocaña	193,9	230	32	84
	Villa del Rosario	534,9	589	90	128
Quindío	Armenia	106,9	334	37	44
Risaralda	Pereira	89,8	436	53	58
	Dosquebradas	104,8	228	30	23
Santander	Bucaramanga	293,6	1 817	383	380
	Barrancabermeja D.E.	181,2	389	55	95
	Floridablanca	324,5	1 018	202	198
	Girón	294,0	515	85	100
Tolima	Ibagué	246,2	1 339	196	396
Valle del Cauca	Jamundí	506,3	857	110	124
Arauca	Arauca	102,6	103	20	40

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

A semana epidemiológica 22 de 2025 se han notificado 200 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 42 casos, se descartó 79 casos y se encuentran en estudio 79 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 123 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,07 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 22 2025	Letalidad por dengue a SE 22, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	2	1	0,24	0,11
Vichada	1	0	0,18	0,00
La Guajira	3	5	0,17	0,00
Bolívar	2	1	0,10	0,23
Putumayo	3	0	0,10	0,30
Barranquilla D.E.	2	0	0,09	0,00
Sucre	2	1	0,09	0,14
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,09	0,00
Atlántico	2	0	0,09	0,16
Santiago de Cali D.E.	2	1	0,08	0,03
Huila	2	4	0,07	0,01
Arauca	1	3	0,07	0,00
Meta	4	9	0,06	0,11
Córdoba	3	2	0,05	0,00
Norte de Santander	2	2	0,04	0,14
Antioquia	2	13	0,04	0,13
Santander	2	4	0,03	0,10
Tolima	1	16	0,02	0,08
Cauca	0	5	0,00	0,02
Cundinamarca	0	3	0,00	0,04
Boyacá	0	1	0,00	0,24
Buenaventura D.E.	0	1	0,00	0,49
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,24
Guaviare	0	1	0,00	1,31
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Quindío	0	1	0,00	0,06
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Risaralda	2	1	0,24	0,11
Exterior	2	1	1,32	0,00
Colombia	40	78	0,05	0,07

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 22 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

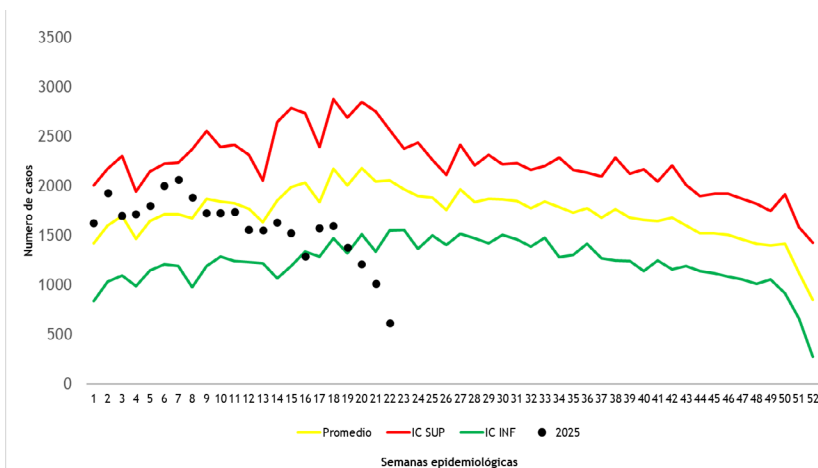
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuantiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 17).

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 22, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 22 de 2025 se notificaron 1 325 casos de malaria, para un acumulado de 35 102 casos, de los cuales 34 527 son de malaria no complicada y 575 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,3 % (23 641), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,5 % (11 066) e infección mixta con 1,1 % (395). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,5 %), Antioquia (15,3%), Nariño (13,4 %), Córdoba (9,1 %), Vaupés (6,7 %), Risaralda (4,0 %), Cauca (3,6 %), Amazonas (2,8 %), Vichada (2,6 %), Guainía (2,5 %), Bolívar (2,3 %), Buenaventura D.E. (2,3 %), y Boyacá (1,9 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 74,0 % 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 22 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 15 a 18	Casos 2025 SE 19 a 22	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 053	237	349	84.50
Córdoba	Tierralta	1 818	68	242	18.22
Chocó	Quibdó	1 641	173	173	11.35
Risaralda	Pueblo Rico	1 252	155	208	74.57
Antioquia	El Bagre	1 086	147	199	19.29
Nariño	Roberto Payán	1 016	111	199	76.23
Nariño	Magúí	851	48	186	3.19
Guainía	Inírida	800	72	148	21.10
Nariño	El Charco	820	160	176	35.27
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	780	92	142	2.41
Chocó	Lloró	734	63	140	12.52
Córdoba	Puerto Libertador	730	76	119	16.07
Chocó	Bajo Baudó	656	51	47	19.33
Chocó	Tadó	680	69	113	33.74
Vichada	Cumaribo	784	46	110	9.01
Boyacá	Cubará	649	121	141	76.18
Chocó	El Cantón del San Pablo	560	44	67	81.09
Antioquia	Nechí	595	81	150	21.33
Cauca	Timbiquí	638	72	133	22.70
Amazonas	Tarapacá (CD)	605	64	128	138.29
Nariño	Barbacoas	565	47	60	9.64
Chocó	Bagadó	573	152	82	48.38
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	495	38	71	1.85
Chocó	Medio San Juan	532	73	50	45.22
Nariño	Olaya Herrera	512	50	158	19.34
Cauca	Guapi	453	40	55	15.34
Bolívar	Montecristo	469	82	86	25.53
Chocó	Alto Baudó	481	78	72	15.38
Chocó	Istmina	505	98	91	14.93
Chocó	Carmen del Darién	443	32	60	20.00
Antioquia	Chigorodó	426	65	76	6.85
Antioquia	Turbo D.E.	389	64	68	2.89
Antioquia	Mutatá	338	42	60	22.48
Chocó	Río Quito	318	24	37	34.72
Arauca	Saravena	294	34	72	4.65

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 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 49,5 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Inírida, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Tarapacá (CD), Carmen del Darién, Montecristo, Lloró y Chigorodó e incremento Quibdó y Bagadó (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 62,0 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios El Charco, Quibdó, Roberto Payán, Timbiquí, Magüi, Buenaventura D.E., Barbacoas, Guapi, Tadó, Tierralta, Lloró y Olaya Herrera y en incremento Bajo Baudó, Istmina y Medio San Juan 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 22 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 15 a 18 de 2025	Casos SE 19 a 22 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	344	228	-34%	8.5%
Córdoba	Tierralta	201	51	-75%	6.4%
Risaralda	Pueblo Rico	184	137	-26%	4.6%
Chocó	Quibdó	92	101	10%	3.8%
Antioquia	El Bagre	158	120	-24%	3.6%
Guainía	Inírida	146	71	-51%	3.4%
Córdoba	Puerto Libertador	109	71	-35%	2.9%
Boyacá	Cubará	141	121	-14%	2.8%
Vichada	Cumaribo	91	37	-59%	2.5%
Amazonas	Tarapacá (CD)	94	59	-37%	2.2%
Chocó	Bagadó	55	117	113%	1.8%
Chocó	Carmen del Darién	59	32	-46%	1.8%
Bolívar	Montecristo	77	68	-12%	1.8%
Chocó	Lloró	85	39	-54%	1.7%
Antioquia	Chigorodó	70	61	-13%	1.7%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 15 a 18 de 2025	Casos SE 19 a 22 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	151	147	-3%	6.8%
Chocó	Quibdó	76	69	-9%	6.7%
Nariño	Roberto Payán	118	70	-41%	6.4%
Cauca	Timbiquí	131	72	-45%	5.8%
Nariño	Magüi	151	33	-78%	5.6%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	95	56	-41%	4.3%
Nariño	Barbacoas	41	29	-29%	3.9%
Cauca	Guapi	54	34	-37%	3.8%
Chocó	Tadó	54	43	-20%	3.4%
Chocó	Bajo Baudó	21	34	62%	3.0%
Córdoba	Tierralta	40	16	-60%	2.9%
Chocó	Istmina	38	54	42%	2.5%
Chocó	Lloró	40	22	-45%	2.4%
Nariño	Olaya Herrera	76	31	-59%	2.2%
Chocó	Medio San Juan	21	25	19%	2.2%

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 22 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; trece departamentos y veintitrés municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y dos departamentos y ocho 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 22 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 22 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 22 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 19 A 22	Observado SE 19 A 22 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2 093	267	240
Nariño	El Charco	5	822	95	160
Boyacá	Cubará	4	654	59	121
Chocó	Istmina	5	509	75	99
Antioquia	Nechí	5	597	31	83
Antioquia	Cáceres	4	289	56	82
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	613	22	64
Meta	Puerto Gaitán	4	137	13	45
Amazonas	Leticia	4	218	24	45
Chocó	Juradó	4	124	27	40
Antioquia	Tarazá	4	264	27	39
Arauca	Saravena	4	299	3	36
Chocó	Sipí	4	132	13	32
Caquetá	Florencia	4	213	3	28
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	148	0	21
Vichada	Puerto Carreño	4	94	7	14
Putumayo	#N/D	#N/D	24	1	12
Chocó	El Carmen de Atrato	4	94	7	11
Meta	Puerto López	4	77	2	9
Risaralda	La Virginia	4	59	0	9
Risaralda	Pereira	4	22	0	6
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	19	1	6
Arauca	Fortul	4	26	0	6

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 22 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 22 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 22 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 19 A 22	Observado SE 19 A 22 de 2025
Bolívar	Montecristo	5	486	95	89
Chocó	Río Iró	4	86	26	21
Chocó	Cértgui	4	115	20	18
Antioquia	Remedios	4	47	8	10
Córdoba	Tuchín	4	47	6	6
Córdoba	San José de Uré	4	24	6	5
Bolívar	El Carmen de Bolívar	4	5	1	2
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.

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

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

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 177 municipios a nivel nacional (15,8 %) y de disminución en 17 municipios (1,5 %) (tabla 26).

El 80,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 19,9 % como desnutrición aguda severa; el 6,3 % 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 (27,4 %) y de 1 año (28,4 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 67,3 %.

Para la semana epidemiológica 22 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Santa Marta D.E, 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 17 municipios (tabla 27).

A semana epidemiológica 22 de 2025, se han notificado 9 857 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 9 763 corresponden a residentes en Colombia y 94 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (23 de 2024 a 22 de 2025) es de 0,63 casos por 100

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 22, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 22 de 2024	Casos a SE 22 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	11 401	9 763	0,63	15,8	1,5
La Guajira	1 109	673	2,19	13,3	0,0
Vichada	175	101	1,75	0,0	0,0
Chocó	542	424	1,65	22,6	0,0
Guaviare	50	40	0,94	0,0	0,0
Magdalena	309	354	0,91	34,5	0,0
Arauca	201	88	0,90	0,0	28,6
Amazonas	30	36	0,81	18,2	0,0
Risaralda	210	225	0,81	28,6	0,0
Guainía	26	27	0,79	22,2	0,0
Cesar	407	430	0,78	24,0	4,0
Antioquia	1 222	1 439	0,71	32,8	0,8
Casanare	163	125	0,70	5,3	5,3
Vaupés	30	16	0,68	33,3	16,7
Nariño	473	329	0,64	17,2	1,6
Putumayo	87	98	0,64	15,4	0,0
Boyacá	228	240	0,63	9,8	0,0
Cartagena de Indias D.E.	180	209	0,62	0,0	0,0
Bolívar	291	250	0,61	20,0	2,2
Bogotá D.C	1 624	1 332	0,60	0,0	0,0
Meta	240	193	0,59	10,3	0,0
Buenaventura D.E.	123	86	0,56	0,0	0,0
Norte Santander	312	320	0,54	10,0	2,5
Tolima	230	144	0,53	8,5	0,0
Huila	276	212	0,52	18,9	0,0
Cundinamarca	716	513	0,52	6,0	2,6
Sucre	121	172	0,48	30,8	0,0
Valle	276	304	0,46	27,5	0,0
Caquetá	109	69	0,43	6,3	6,3
Cali	273	274	0,41	0,0	0,0
Santa Marta D.E	52	73	0,40	100,0	0,0
Santander	314	262	0,40	12,6	1,1
Córdoba	313	211	0,36	6,7	6,7
Caldas	143	79	0,35	14,8	0,0
Atlántico	221	127	0,34	4,5	4,5
Barranquilla D.E	112	126	0,31	0,0	0,0
Cauca	157	128	0,27	4,8	0,0
Quindío	52	32	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 23 de 2024 a SE 22 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 a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D.E.	301	572
Chocó	Quibdó	34	72
Antioquia	Turbo D.E	23	70
Córdoba	Montería	88	56
Sucre	Sincelejo	19	37
Antioquia	Itagüí	18	36
Valle del Cauca	Jamundí	17	35
Risaralda	Dosquebradas	17	30
Boyacá	Sogamoso	16	29
Antioquia	Rionegro	14	27
Cesar	Aguachica	13	22
Cundinamarca	Fusagasugá	32	20
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	9	18
Norte de Santander	Villa del Rosario	29	16
Bolívar	Turbaco	6	13
Cundinamarca	Girardot	26	13
Córdoba	Lorica	14	6

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

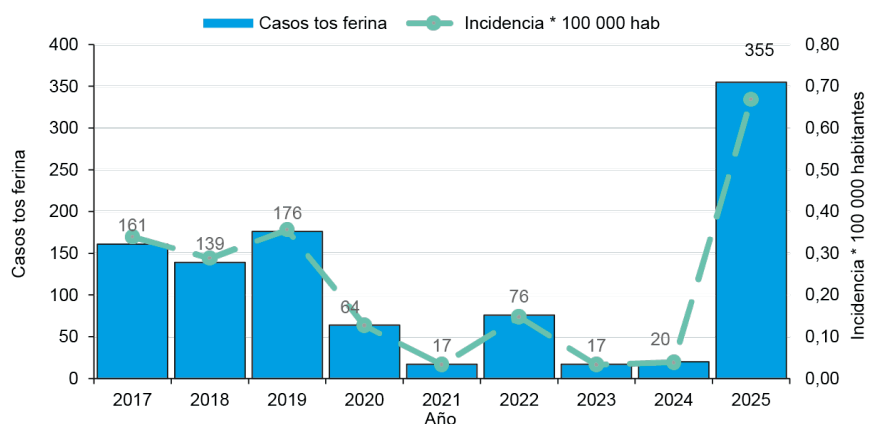
Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de cinco años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Tos ferina

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

Hasta el 30 de mayo de 2025, a nivel nacional se han reportado en SIVIGILA un total de 2 455 casos de tos ferina. De estos, el 14,5 % (355 casos) han sido confirmados, el 65,6 % (1 610 casos) fueron descartados y el 20,0 % (490 casos) se encuentran en estudio. La incidencia nacional es de 0,67 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 0,36 casos por cada 100 000 habitantes (figura 18).

Figura 18. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 21, Colombia, 2017 - 2025



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia. Semana epidemiológica 21, 2019 -2025, Colombia

La mayor incidencia se presenta en Vichada, con 2,35 casos por cada 100 000 habitantes (tres casos), seguido de Bogotá, con 1,85 casos por cada 100 000 habitantes (147 casos), y Huila, con 1,74 casos por cada 100 000 habitantes (21 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 21, por entidad territorial de procedencia. 2019 -2025, Colombia

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrografico	2025
Colombia	0,32	0,12	0,03	0,15	0,03	0,04	0,67		354
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	0,01	1,85		147
Huila	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,10	1,74		21
Chocó	0,00	0,18	0,17	0,00	0,00	0,33	1,46		9
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,23		12
Antioquia	0,41	0,17	0,06	0,12	0,03	0,01	1,04		72
Cartagena de Indias D.T.	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66		7
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,65		7
Caldas	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57		6
Cundinamarca	0,23	0,13	0,03	0,00	0,03	0,14	0,55		20
Cauca	0,14	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40		6
Meta	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,34		4
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,31		1
Valle del Cauca	0,15	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,29		6
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,25		3
Caquetá	0,49	0,48	0,00	0,00	0,00	0,70	0,23		1
Santander	0,13	0,13	0,17	0,00	0,00	0,00	0,21		5
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,21		4
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
Santiago de Cali D.E.	0,04	0,31	0,00	0,00	0,09	0,04	0,18		4
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,10		1
Boyacá	0,24	0,08	0,08	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
Cesar	0,16	0,31	0,00	0,00	0,07	0,07	0,07		1
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,06	0,06	0,06		1
Nariño	0,25	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,06		1

Fuente: sivigila 2019-2025p

Durante las últimas cuatro semanas, la mayor incidencia se registró en el departamento de Chocó, con 0,33 casos por 100 000 habitantes (dos casos), seguido de Atlántico con 0,20 casos por 100 000 habitantes (tres casos) y Huila con 0,17 casos por 100 000 habitantes (dos casos) (tabla 29).

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina por entidad territorial de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (SE 14 a 21) de 2025, Colombia

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 13-16)	Casos PE actual (SE 17-20)	Incidencia PE anterior(SE 13-16)	Incidencia PE actual (SE 17-20)	Tendencia de la incidencia
Colombia	341	0,64	96	21	0,18	0,04	
Chocó	9	1,46	0	3	0,00	0,49	
Atlántico	5	0,33	1	3	0,07	0,20	
Cartagena de Indias D.T.	7	0,66	5	2	0,47	0,19	
Córdoba	4	0,21	1	2	0,05	0,10	
Risaralda	12	1,23	5	1	0,51	0,10	
Meta	4	0,34	1	1	0,09	0,09	
Huila	19	1,58	3	1	0,25	0,08	
Cauca	7	0,44	0	1	0,00	0,06	
Cundinamarca	21	0,57	5	2	0,14	0,05	
Bogotá, D.C.	148	1,86	48	4	0,60	0,05	
Antioquia	65	0,94	7	1	0,10	0,01	
Barranquilla D.E.	1	0,07	0	0	0,00	0,00	
Bolívar	3	0,25	3	0	0,25	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	
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	
Valle del Cauca	6	0,29	4	0	0,20	0,00	
Santiago de Cali D.E.	3	0,13	0	0	0,00	0,00	
Vichada	3	2,35	2	0	1,57	0,00	

Fuente: sivigila 2025p.

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena, por entidad territorial de procedencia, en semana epidemiológica 21 de 2025, Colombia

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		57	Abierto
Antioquia	Betulia	28	Cerrado
	Urrao	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	2	Cerrado
Chocó	Bagadó	8	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha D.E.	2	Cerrado
	Uribia	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Abierto
Meta	Puerto Gaitán	1	Abierto
Risaralda	Mistrató	1	Cerrado

Fuente: Sivigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena semana epidemiológica 21 de 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 57 casos de tos ferina en población indígena distribuidos en 13 municipios de 8 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Betulia (Antioquia) con 28 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 8 casos y Bogotá D.C. con 6 casos.

A la fecha del corte, 6 municipios mantienen brotes abiertos, lo que representa el 46,2 % de los municipios afectados. Estos municipios son: Bagadó (Chocó), Maicao, Riohacha D.E. y Uribia (La Guajira), Tierralta (Córdoba) y Puerto Gaitán (Meta). Los restantes 7 municipios han cerrado sus brotes tras implementar acciones de control y vigilancia.

ALERTAS NACIONALES

Actualización de brote de fiebre amarilla a nivel nacional, 3 de junio de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 100 casos con 43 defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), lo que representa una letalidad acumulada preliminar del 43,0 % (43/100)**.

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

- Tolima (81 casos): Prado (17 caso), Ataco (16 casos), Villarrica (15 casos), Cunday (15 casos), Purificación (5 casos), Chaparral (4 casos), Dolores (3 casos), Rioblanco (2 casos), Ibagué (1 casos), Palocabildo (1 casos), Valle de San Juan (1 casos) y Espinal (1 casos).
- Putumayo (8 casos): Orito (4 casos), Villagarzón (2 casos), San Miguel (1 caso) y Valle del Guamuez (1 caso)
- Caquetá (2 casos): Cartagena del Chairá (1 caso) y El Doncello (1 caso)
- Nariño: Ipiales (2 casos).
- Vaupés: Mitú (1 caso).
- Caldas: Neira (1 caso).
- Cauca: Piamonte (1 caso).
- Huila: Campoalegre (1 caso).
- Guaviare: San José del Guaviare (1 caso).

Las 43 defunciones acumuladas 2024-2025p, se han presentado en nueve (9) departamentos: Tolima (29), Putumayo (6), Meta (2), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

Entre los 100 casos confirmados, la edad promedio es de 45,0 años (con una edad mínima de 2 años y máxima de 89 años), con una distribución por sexo de 20 mujeres y 80 hombres. Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 (21 casos) y 60-64 años (12 casos).

** Se excluye un caso del cálculo de letalidad por hallazgos histopatológicos que descartaron la fiebre amarilla como causa de la defunción. Se recuerda que la letalidad es un indicador sujeto a actualizaciones permanentes conforme se realizan ajustes y validaciones en las bases de datos del sistema de vigilancia en salud pública.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Se ha confirmado la presencia del virus de la fiebre amarilla en 52 primates no humanos (PNH). De estos, 38 corresponden al departamento del Tolima, con la siguiente distribución por municipio: Chaparral (16), Ataco (10), Planadas (6), Rioblanco (3), Cunday (1), Purificación (1), Villarrica (1); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); cinco (5) casos procedentes de Putumayo, en el municipio de Mocoa y un caso procedente Villavicencio, Meta. Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional de fiebre amarilla – INS

Actualización de brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 3 de junio 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 81 casos acumulados de fiebre amarilla (80 por laboratorio y uno por nexo epidemiológico). Los dos últimos casos fueron confirmados el 28 de mayo de 2025: el primer caso es un hombre de 87 años, procedente de Ataco, sin antecedente vacunal, con inicio de síntomas el 21 de mayo de 2025 y condición final vivo. El segundo caso es una mujer, estudiante, procedente de Dolores, inicio de síntomas el 23 de mayo de 2025, con antecedente vacunal para fiebre amarilla actualmente viva. Se han registrado 29 fallecidos** para una letalidad acumulada 2024-2025 preliminar del 36,2 % (29/81).

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional de fiebre amarilla – INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 22 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

** La información de fallecidos puede variar de acuerdo con la clasificación final del caso con el cierre de base de 2025.

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta Epidemiológica sobre fiebre amarilla en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 31 de mayo de 2025.

En 2025, hasta el 25 de mayo se han notificado 235 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cinco países de la Región, incluyendo 96 defunciones (letalidad: 41 %). Los casos han sido reportados en: Bolivia (cuatro casos incluyendo dos defunciones), Brasil (111 casos, incluyendo 44 defunciones), Colombia (74 casos, incluyendo 31 defunciones), Ecuador (ocho casos, incluyendo seis defunciones) y Perú (38 casos, incluyendo 13 defunciones).

En 2024, los casos de fiebre amarilla en humanos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se han detectado principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

La evaluación de riesgo para la salud pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas realizada por la OPS en febrero de 2025 y actualizada en mayo, clasificó el riesgo general en las Américas como alto. Los factores que contribuyen a esta evaluación incluyen el aumento del número de casos, las altas tasas de letalidad y la propagación a zonas que antes no estaban afectadas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta Epidemiológica sobre fiebre amarilla en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 31 de mayo de 2025. Fecha de consulta: 03 de junio de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf>

Alerta epidemiológica por aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 31 de mayo de 2025.

En 2025, siete países de la Región han reportado un aumento de casos de tos ferina en comparación con los años previos. En Brasil, hasta la SE 19 del 2025 se notificaron 1 634 casos confirmados de tos ferina, incluyendo cinco defunciones. En Colombia, hasta SE 18 del 2025 se reportaron 318 casos confirmados de tos ferina, incluyendo dos defunciones. En Ecuador, hasta la SE

19 del 2025, se han notificado un total de 593 casos de tos ferina, incluyendo 15 defunciones. En los Estados Unidos de América, hasta la SE 18 del 2025, se notificaron 10 062 casos confirmados y probables de tos ferina, incluyendo cinco defunciones. En México, hasta la SE 19 del 2025, se reportaron 943 casos confirmados de tos ferina incluyendo 51 defunciones. En Paraguay, hasta la SE 19 del 2025, se reportaron 37 casos confirmados de tos ferina incluyendo dos defunciones. En Perú, hasta la SE 19 del 2025, se han reportado 404 casos confirmados y 219 casos probables de tos ferina, incluyendo 13 defunciones.

La OPS/OMS recuerda a los países las principales recomendaciones para la vigilancia, diagnóstico y laboratorio, vacunación, manejo clínico y tratamiento, y comunicación de riesgo.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica - Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 31 de mayo de 2025. Fecha de consulta: 03 de junio de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-05-31-alerta-epidemiologica-tos-ferina-final-es.pdf>

*La información de fallecidos puede variar de acuerdo con la clasificación final del caso con el cierre de base de 2025.





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 22 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 22

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
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 confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	30	2	3	234	27	52	0	0	0	60	17	16	0	0	0	2	0	0	1.015	87	126
Antioquia	278	16	9	8.992	1.263	1.527	44	4	4	1.837	114	392	403	26	30	40	7	7	5.355	1.103	758
Arauca	40	3	1	382	53	79	21	1	5	540	38	99	2	0	0	28	4	10	368	4	49
Atlántico	53	3	4	1.937	260	338	29	3	2	1.064	41	62	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	2.090	224	340	25	1	1	799	26	27	9	1	3	9	1	3	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	10.657	1.635	1.800	0	0	0	0	0	0	57	10	6	5	1	0	4	0	0
Bolívar	133	6	6	1.431	198	214	19	4	3	829	104	129	1	0	0	2	1	0	834	119	139
Boyacá	30	1	3	3.134	446	526	2	0	0	203	17	26	2	0	0	0	0	0	654	0	121
Buenaventura D.E.	0	0	0	56	11	4	3	0	0	44	7	8	0	0	0	0	0	0	799	174	94
Caldas	34	0	0	1.811	262	323	0	0	0	151	16	27	5	1	0	22	4	3	13	2	4
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	2.302	393	371	21	4	4	862	184	110	52	27	3	30	5	3	6	1	1
Caqueté	120	3	6	507	86	95	26	2	3	784	63	133	1	0	0	2	1	0	269	6	32
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	875	123	134	50	2	1	1.041	18	34	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	78	4	4	769	103	127	4	4	3	329	144	124	15	0	7	1	0	0	3	3	1
Cauca	56	4	4	2.426	414	388	8	1	0	318	32	22	15	0	0	5	1	1	1.264	390	129
Cesar	136	8	12	1.401	182	215	29	6	5	737	130	119	3	0	0	3	1	0	13	2	3
Chocó	104	3	2	127	13	18	6	1	0	85	16	20	2	0	0	3	1	0	9.592	2.638	1.261
Córdoba	121	10	10	2.321	359	398	15	3	4	1.922	86	318	3	1	0	3	1	1	3.174	884	205
Cundinamarca	42	3	4	6.613	942	1.155	22	1	5	1.242	103	153	8	3	0	15	2	5	2	0	0
Guainía	13	0	0	79	11	9	0	0	0	9	4	1	0	0	0	0	0	0	860	277	74
Guaviare	57	2	3	178	22	20	4	0	2	154	9	39	1	0	0	1	0	0	510	123	74
Huila	73	3	3	3.003	404	516	74	9	15	966	176	127	5	1	0	2	0	0	1	0	0
La Guajira	55	5	3	1.024	161	189	26	3	2	1.069	61	94	1	0	0	4	1	0	30	1	2
Magdalena	66	5	2	1.201	188	181	7	1	2	307	45	66	0	0	0	3	1	1	3	1	0
Meta	142	7	3	1.983	260	302	77	5	21	2.346	252	534	36	2	5	9	0	5	394	59	73
Nariño	53	2	2	3.333	499	596	8	1	2	196	19	36	2	2	0	11	3	1	4.713	1.076	515
Norte de Santander	153	5	15	2.957	395	536	61	4	10	1.888	127	418	20	9	6	0	0	0	246	208	26
Putumayo	92	2	2	831	114	157	15	0	4	800	45	133	0	0	0	1	0	0	43	5	15
Quindío	11	0	0	1.384	203	254	2	0	0	183	6	28	24	1	2	3	0	0	4	2	1
Risaralda	19	0	0	1.953	291	372	9	0	1	305	12	26	5	1	0	0	0	0	1.397	311	172
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	224	24	30	0	0	0	22	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	1.043	108	167	2	1	1	134	12	19	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Santander	117	4	4	3.594	481	614	34	4	4	1.912	220	377	65	4	2	7	1	2	10	1	3
Sucre	43	1	0	1.361	190	227	17	5	4	1.339	107	221	2	0	0	2	1	0	46	5	6
Tolima	77	3	3	3.246	453	606	61	5	17	1.541	245	293	4	0	2	12	1	4	6	0	0
Valle del Cauca	56	2	0	4.029	560	714	19	3	1	923	186	135	15	2	0	26	4	2	44	4	3
Vaupés	21	1	1	91	10	13	1	0	0	15	3	2	10	0	1	1	0	0	2.340	222	277
Vichada	21	1	1	122	18	24	1	0	0	170	6	59	0	0	0	0	0	0	902	156	62
Total nacional	2.326	109	110	79.701	11.386	13.631	742	78	126	27.126	2.693	4.428	773	91	68	255	35	48	34.918	7.963	4.226

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
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	2	4	1	2.517	802	494	59	14	11	0	0	0	2.482	384	405	8	7	8	0	0	0
Antioquia	120	32	44	436.119	79.194	89.352	21.441	3.078	4.328	2.582	849	833	158.006	34.880	27.460	269	393	269	5	6	0
Arauca	6	1	1	11.512	2.310	2.516	1.441	140	210	35	3	23	3.689	773	744	13	31	13	1	0	0
Atlántico	8	5	2	66.634	11.636	14.564	1.351	234	301	847	155	275	31.050	4.745	6.656	49	109	49	2	2	0
Barranquilla D.E.	18	5	5	96.709	18.883	20.823	5.434	370	1.151	909	260	295	39.995	6.803	7.684	56	131	56	1	1	0
Bogotá D.C.	121	45	44	846.917	163.075	179.951	38.952	8.234	9.212	3.998	1.863	1.765	362.597	60.065	49.229	268	383	268	4	6	0
Bolívar	6	4	1	58.159	11.906	11.524	1.118	219	204	203	106	68	13.085	3.146	2.565	66	101	66	1	1	0
Boyacá	18	4	5	64.989	15.086	13.784	3.448	634	809	208	76	82	24.174	4.449	3.681	49	65	49	0	1	0
Buenaventura D.E.	3	2	1	2.907	1.043	585	54	0	18	8	2	3	1.272	466	217	30	38	30	0	0	0
Caldas	12	2	3	40.978	8.489	8.079	1.582	336	305	625	152	232	14.324	2.771	3.031	40	43	40	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	34	11	12	124.216	28.538	23.166	4.131	694	1.229	344	69	127	48.716	12.337	7.598	94	128	94	0	2	0
Caquetá	5	0	0	13.313	3.954	2.941	837	175	223	16	16	6	6.218	1.766	1.042	19	31	19	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	8	5	1	92.236	16.874	18.568	5.820	355	1.167	731	220	262	25.743	4.405	4.925	64	112	64	3	1	0
Casanare	3	0	0	11.513	2.880	3.126	172	68	36	13	16	11	5.073	1.224	981	24	36	24	0	1	0
Cauca	17	5	6	56.758	11.093	10.318	2.236	271	459	287	90	114	18.555	4.907	2.658	64	116	64	2	2	0
Cesar	9	6	3	60.215	11.959	13.083	3.009	578	602	222	67	91	13.097	5.194	2.979	77	122	77	2	2	0
Chocó	9	2	4	13.888	1.836	3.794	1.076	154	213	10	8	4	6.157	1.022	1.124	37	85	37	0	1	0
Córdoba	16	3	5	95.006	14.381	18.674	3.402	471	679	651	167	257	27.681	5.011	4.648	94	177	94	2	2	0
Cundinamarca	34	7	10	186.137	33.589	40.197	6.415	1.231	1.245	756	435	319	74.405	12.614	11.511	152	184	152	6	3	0
Guainía	0	0	0	1.116	191	235	49	22	14	1	0	1	696	180	180	6	9	6	0	0	0
Guaviare	0	0	0	3.113	713	910	120	49	21	27	8	6	1.499	293	352	7	6	7	0	0	0
Huila	10	3	2	51.133	12.823	11.418	2.700	476	592	282	98	120	21.194	3.930	2.948	48	84	48	3	1	1
La Guajira	5	4	4	99.424	12.465	19.773	1.141	578	282	133	47	40	16.441	4.350	3.308	107	178	107	1	1	0
Magdalena	2	3	1	49.907	7.880	9.682	1.730	193	284	61	11	12	15.110	3.645	2.788	49	81	49	0	1	0
Meta	11	2	3	37.678	8.501	9.844	1.611	231	414	97	79	38	22.294	4.522	4.206	73	77	73	4	1	0
Nariño	28	9	13	69.538	16.019	14.752	3.848	597	827	73	47	19	23.091	7.086	3.735	83	98	83	2	2	0
Norte de Santander	32	9	12	81.367	14.303	15.383	4.179	956	867	364	137	171	25.620	5.609	4.337	61	104	61	4	2	1
Putumayo	5	2	2	15.946	3.152	3.811	635	168	159	16	7	8	5.529	1.103	1.157	16	25	16	1	0	1
Quindío	2	0	0	27.110	6.342	4.626	1.377	349	217	198	67	70	11.889	2.612	2.042	15	29	15	0	0	0
Risaralda	12	3	3	56.501	9.673	9.623	2.651	334	568	193	50	76	16.346	3.422	2.527	32	54	32	6	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3.716	815	582	408	67	77	1	1	0	1.343	313	196	8	5	8	0	0	0
Santa Marta D.T.	4	2	1	109.165	2.895	24.288	1.379	159	241	390	148	130	8.960	1.407	1.507	21	41	21	2	1	0
Santander	44	6	19	32.359	16.275	6.582	7.553	1.034	1.411	988	410	364	40.755	7.925	6.602	66	107	66	0	2	0
Sucre	7	4	2	38.436	7.946	7.491	3.061	544	623	671	197	257	9.719	3.035	1.829	47	87	47	3	1	0
Tolima	15	4	5	70.365	14.898	14.963	4.585	539	945	183	82	68	29.800	5.231	4.117	46	70	46	3	1	0
Valle del Cauca	30	9	8	75.676	14.872	14.323	1.734	301	394	375	101	121	30.623	6.570	5.304	69	95	69	0	2	0
Vaupés	8	2	3	2.014	300	580	23	12	6	4	35	4	855	88	192	3	7	3	0	0	0
Vichada	2	2	1	1.629	443	259	9	4	1	1	0	0	749	143	223	11	17	11	1	0	0
Total nacional	666	207	227	3.106.916	588.034	644.664	140.771	23.869	30.345	16.503	6.070	6.272	1.158.832	237.826	186.688	2.241	3.467	2.241	60	48	3

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

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 sospechosos			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	3	2	13	3	2
Antioquia	314	62	43	15	3	0	766	41	134	996	229	204	379	45	30
Arauca	14	2	0	3	0	0	5	0	1	79	10	8	24	7	11
Atlántico	32	6	8	0	1	0	16	0	4	322	73	87	60	10	4
Barranquilla D.E.	67	7	11	0	1	13	16	3	4	317	57	73	109	4	15
Bogotá D.C.	655	117	117	320	3	0	1.084	102	329	2.134	381	477	1.413	252	158
Bolívar	25	3	3	1	1	0	14	1	3	243	29	55	25	10	2
Boyacá	89	13	12	10	1	0	13	5	1	358	72	83	197	55	33
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12	3	4	5	1	0
Caldas	37	5	5	0	0	0	18	2	0	226	34	42	26	7	0
Santiago de Cali D.E.	68	20	8	0	1	0	10	4	7	489	96	93	316	18	5
Caquetá	19	2	2	0	0	0	3	3	1	119	15	21	11	1	0
Cartagena de Indias D.T.	28	5	2	1	1	0	14	1	4	212	32	32	13	0	1
Casanare	12	2	4	5	0	0	1	1	1	67	18	11	4	1	3
Cauca	32	8	7	0	1	0	18	4	3	301	34	62	180	31	21
Cesar	26	5	2	0	1	0	7	3	6	137	29	28	13	1	2
Chocó	7	1	1	3	0	0	82	6	5	27	3	9	14	0	1
Córdoba	72	14	4	1	1	0	23	1	12	453	84	81	61	20	6
Cundinamarca	188	30	21	111	1	9	216	24	54	1.055	173	244	268	53	35
Guainía	3	0	1	1	0	1	0	0	0	52	0	16	0	0	0
Guaviare	8	1	1	2	0	0	0	0	0	46	2	7	3	0	2
Huila	67	14	5	1	1	0	52	11	7	342	38	69	54	11	10
La Guajira	12	3	2	0	1	0	10	1	1	228	32	60	25	7	4
Magdalena	18	2	2	0	1	0	2	1	1	157	16	26	12	4	0
Meta	36	7	5	5	1	0	37	5	10	249	47	58	35	9	10
Nariño	73	11	7	1	1	0	41	15	14	278	69	51	53	10	10
Norte de Santander	103	15	11	1	1	0	12	5	3	377	70	71	35	4	5
Putumayo	13	6	1	1	0	0	12	1	2	110	15	37	67	14	14
Quindío	17	4	0	0	0	0	10	1	1	140	29	25	52	9	4
Risaralda	22	7	3	0	0	0	33	2	6	336	52	53	24	2	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	5	0	1	0	0	0	0	0	0	12	3	3	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	1	1	0	0	0	2	1	0	58	7	6	15	1	0
Santander	41	8	3	0	1	0	24	11	4	295	69	80	109	22	25
Sucre	36	8	4	1	1	0	21	8	2	204	45	26	100	13	8
Tolima	21	5	2	5	1	0	13	6	6	493	72	105	59	16	10
Valle del Cauca	66	11	8	1	1	0	12	6	4	557	90	136	168	13	6
Vaupés	1	0	0	2	0	0	0	1	0	6	2	3	9	6	3
Vichada	1	0	0	0	0	0	3	0	0	6	6	1	8	1	6
Total nacional	2.233	400	307	491	27	23	2.590	276	630	11.521	2.174	2.449	3.959	661	451

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos 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 clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	23	36	0	0	0	0	26	35	6	6
Antioquia	0	0	0	0	766	1.439	1	0	0	1	2.271	2.145	550	539
Arauca	1	0	0	0	130	88	0	0	0	0	74	87	9	9
Atlántico	0	0	0	0	152	127	0	0	0	0	377	400	0	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	86	126	0	0	0	0	371	417	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.448	1.332	1	1	0	0	2.041	2.245	0	0
Bolívar	0	0	0	0	179	250	0	0	0	0	238	225	183	203
Boyacá	1	0	0	0	211	240	0	0	0	0	426	440	62	127
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	59	86	0	0	0	0	41	30	6	5
Caldas	0	0	0	0	76	79	0	0	0	0	518	430	86	94
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	202	274	1	0	0	0	704	794	0	0
Caquetá	0	0	0	0	92	69	0	0	0	0	104	93	113	99
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	99	209	0	0	0	0	237	242	1	0
Casanare	5	1	0	0	152	125	0	0	0	0	121	142	3	0
Cauca	0	0	0	0	125	128	0	0	0	1	365	317	25	34
Cesar	3	0	0	0	295	430	0	0	0	0	261	257	48	191
Chocó	0	0	0	0	319	424	0	0	0	0	46	70	118	106
Córdoba	0	0	0	0	263	211	0	0	0	0	425	437	75	73
Cundinamarca	0	0	0	0	557	513	0	0	0	0	901	1.056	82	75
Guainía	0	0	0	0	28	27	0	0	0	0	12	13	6	8
Guaviare	0	0	0	0	53	40	0	0	0	0	25	27	158	50
Huila	0	0	0	0	196	212	0	1	0	0	350	299	4	4
La Guajira	0	0	0	0	711	673	1	0	0	0	110	158	13	11
Magdalena	0	0	0	0	236	354	0	0	0	0	150	157	3	4
Meta	0	0	0	1	181	193	0	0	0	0	300	272	95	47
Nariño	0	0	0	0	305	329	0	0	0	0	586	681	120	99
Norte de Santander	0	0	0	0	298	320	1	0	0	0	433	516	108	91
Putumayo	0	0	0	0	89	98	0	0	0	0	137	124	114	112
Quindío	0	0	0	0	47	32	0	0	0	0	231	198	0	0
Risaralda	0	0	0	0	168	225	0	0	0	0	499	522	53	64
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	9	11	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	38	73	0	0	0	0	124	143	5	3
Santander	1	1	0	0	196	262	0	0	0	0	648	708	302	371
Sucre	0	0	0	0	99	172	0	2	0	0	206	222	50	37
Tolima	0	0	0	0	154	144	0	0	0	0	513	469	143	103
Valle del Cauca	0	0	0	0	178	304	0	0	0	0	557	569	7	4
Vaupés	0	0	0	0	36	16	0	0	0	0	26	35	23	3
Vichada	0	0	0	0	125	101	0	0	0	0	11	7	17	7
Total nacional	16	2	1	1	8.377	9.763	6	4	3	2	14.475	14.993	2.589	2.581

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1	0
Antioquia	9	3	10	8	6	1	14	21	6	3	58	111
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	3	5
Atlántico	0	1	3	2	1	0	2	1	3	2	13	10
Barranquilla D.E.	1	4	3	2	0	1	1	2	1	0	11	21
Bogotá D.C.	0	1	11	6	0	2	20	8	0	1	67	240
Bolívar	0	0	5	1	1	0	5	3	3	2	10	1
Boyacá	0	0	1	1	0	2	2	2	0	1	11	7
Buenaventura D.E.	0	0	2	0	0	1	1	2	1	1	3	2
Caldas	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	9	2
Santiago de Cali D.E.	2	1	3	3	0	2	5	5	1	0	19	30
Caquetá	3	5	1	1	0	0	4	2	1	1	3	0
Cartagena de Indias D.T.	0	3	3	0	0	0	4	1	1	1	9	8
Casanare	0	0	1	3	1	0	0	0	0	1	4	7
Cauca	2	0	4	1	1	2	3	4	1	2	13	8
Cesar	1	0	5	5	3	4	4	1	7	5	12	11
Chocó	2	0	6	4	12	4	14	18	20	11	5	4
Córdoba	0	0	5	4	1	2	5	3	2	6	16	15
Cundinamarca	0	3	5	4	0	2	6	8	1	1	31	31
Guainía	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
Guaviare	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Huila	1	1	3	1	0	0	3	2	2	1	10	9
La Guajira	0	0	9	7	10	8	18	10	25	16	9	0
Magdalena	0	0	5	0	1	1	5	3	7	5	8	1
Meta	1	0	3	1	1	1	3	3	3	2	10	6
Nariño	0	4	5	3	0	0	5	7	3	2	15	6
Norte de Santander	1	0	5	2	1	0	2	0	4	0	15	13
Putumayo	0	1	1	0	0	0	1	2	1	0	3	2
Quindío	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	5	4
Risaralda	3	3	3	2	4	4	5	6	4	2	8	2
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	1	4	0	0	0	1	0	0	0	5	7
Santander	2	0	2	2	1	0	4	2	1	1	20	8
Sucre	1	0	2	1	0	0	3	3	0	0	9	18
Tolima	4	17	3	2	2	1	6	3	1	0	12	8
Valle del Cauca	3	1	3	2	1	0	5	5	3	1	17	26
Vaupés	0	0	0	0	2	4	1	0	0	1	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	3	3	4	1	0
Total nacional	269	511	115	72	59	45	149	133	110	74	449	623

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 22

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		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 sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	2	2	7	10	0	0	28	32	2	0	227	291
Antioquia	72	58	503	565	0	0	1.492	1.970	47	70	9.383	7.315
Arauca	20	11	74	84	0	0	61	56	2	0	464	537
Atlántico	19	9	149	165	0	0	176	245	6	13	1.013	1.120
Barranquilla D.E.	36	9	186	162	0	0	328	381	7	12	1.036	1.126
Bogotá D.C.	65	26	389	397	0	0	671	648	17	10	11.950	13.756
Bolívar	18	14	122	149	1	0	67	104	2	1	983	1.055
Boyacá	13	13	43	41	0	0	64	88	2	0	1.642	1.910
Buenaventura D.E.	10	10	61	47	0	0	74	102	3	2	172	126
Caldas	10	14	53	84	0	0	139	116	3	0	1.225	1.265
Santiago de Cali D.E.	13	5	200	236	0	1	656	655	22	21	3.320	3.000
Caquetá	4	7	36	50	0	0	99	122	3	1	465	462
Cartagena de Indias D.T.	33	22	123	200	0	1	167	206	4	6	573	624
Casanare	17	18	56	66	0	1	63	90	1	4	352	394
Cauca	8	7	84	64	0	2	116	126	2	0	1.380	1.349
Cesar	20	11	153	120	0	0	151	190	2	3	886	919
Chocó	19	18	103	107	0	0	81	108	2	1	171	187
Córdoba	13	7	140	119	1	0	103	136	3	4	1.556	1.342
Cundinamarca	29	23	155	211	0	0	230	269	6	3	5.371	6.346
Guainía	4	4	7	6	0	0	8	6	0	0	80	67
Guaviare	2	1	11	7	0	0	19	19	2	0	128	144
Huila	5	4	68	61	0	0	161	201	5	5	2.620	2.638
La Guajira	32	14	160	184	0	0	195	279	3	1	554	596
Magdalena	15	11	99	105	0	2	63	87	2	1	600	668
Meta	21	21	108	145	0	0	265	355	8	9	975	1.039
Nariño	7	3	105	96	0	0	86	91	2	2	1.711	2.193
Norte de Santander	41	22	212	237	0	0	276	336	7	4	1.614	1.674
Putumayo	3	2	42	48	0	1	40	61	2	2	530	658
Quindío	5	1	42	50	0	0	117	139	2	1	1.106	1.057
Risaralda	12	12	74	94	0	0	255	331	12	6	1.579	1.592
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	3	7	0	0	2	10	0	0	81	111
Santa Marta D.T.	8	4	48	61	0	0	92	147	3	3	295	325
Santander	28	28	182	217	0	0	358	585	12	7	2.636	2.841
Sucre	11	8	93	85	1	0	42	47	1	0	815	802
Tolima	15	15	74	64	0	1	236	349	5	7	1.219	1.382
Valle del Cauca	15	21	124	168	0	0	303	374	9	11	2.860	3.045
Vaupés	1	0	2	2	0	0	6	9	0	0	83	176
Vichada	2	4	16	16	0	0	15	7	1	1	96	90
Total nacional	660	460	4.342	4.530	3	9	7.306	9.077	194	211	61.750	64.222



Semana epidemiológica 22

25 al 31 de mayo de 2025

TEMA CENTRAL

Evaluación del desempeño de la Vigilancia en Salud Pública en Colombia.

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: Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Situación nacional:** Veronica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, 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:** Gina Paola Flórez Piñeros, 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.

48# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.22>