

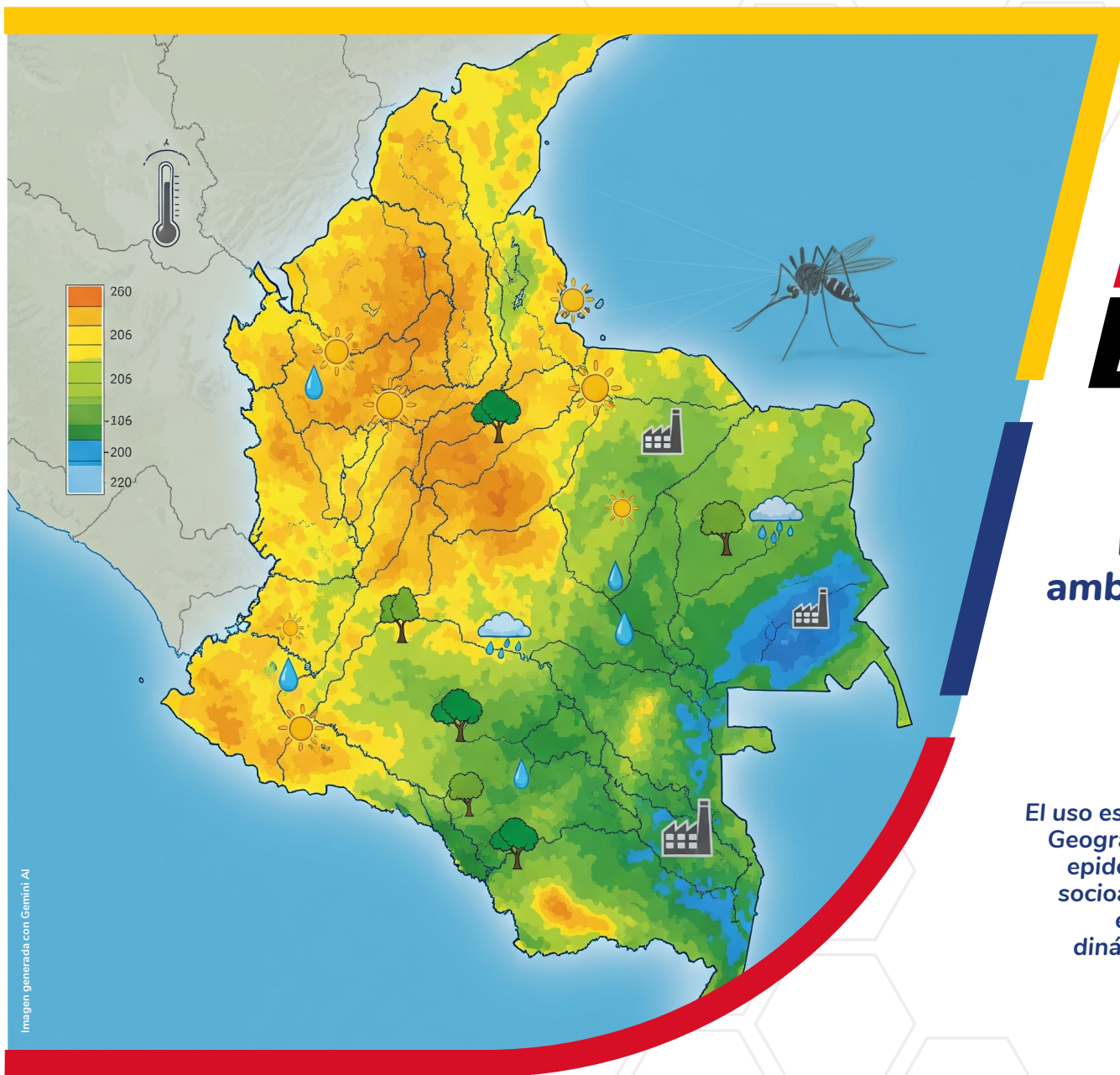


Imagen generada con Gemini AI



Análisis exploratorio de la relación entre factores ambientales y la distribución de la fiebre amarilla en Colombia

El uso estratégico de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) facilita la integración de datos epidemiológicos, genómicos, entomológicos y socioambientales, permitiendo realizar análisis espaciales avanzados para comprender la dinámica de transmisión de la fiebre amarilla.

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

Pág.

3

Análisis exploratorio de la relación entre factores ambientales y la distribución de la fiebre amarilla en Colombia



Situación nacional

8



Mortalidad

10



Eventos trazadores

17



Brotes y alertas

36



Tablas de mando por departamento

39

TEMA CENTRAL

Análisis exploratorio de la relación entre factores ambientales y la distribución de la fiebre amarilla en Colombia

Iván Romero, iromero@ins.gov.co
 Juanita Guerrero, jguerreros@ins.gov.co
 William León, wleon@ins.gov.co
 Jorge Candamil, jcandamil@ins.gov.co

Como parte del análisis integral de fiebre amarilla (FA) en Colombia, se realizó un estudio ecológico exploratorio con enfoque ambiental, cuyo objetivo fue identificar los factores ecológicos asociados a la ocurrencia de casos humanos de FA entre los años 2007 y 2025. El estudio se realizó con la unidad de análisis municipal e incluyó 1121 municipios del país, seleccionados con base en la disponibilidad de información ambiental y la presencia de primates no humanos (PNH), considerados reservorios relevantes en el ciclo selvático de transmisión. La variable dependiente fue la presencia o ausencia de casos humanos confirmados de FA en cada municipio durante el periodo de análisis.

Las variables independientes evaluadas fueron: altitud mínima (en metros) (1), temperatura media y máxima (en grados Celsius) (2), precipitación media anual (en milímetros) (2), deforestación acumulada entre 2000 y 2023 (porcentaje) (3), cobertura boscosa (porcentaje) (3), fragmentación del paisaje (medida mediante el número de parches y el área promedio de los mismos) (3), diversidad de géneros de primates no humanos, y el tipo de ecosistema predominante (4), con énfasis en la proporción de bosque seco tropical.

Inicialmente, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar la distribución de estas variables entre municipios con y sin casos de fiebre amarilla, con el objetivo de identificar diferencias significativas entre ambos grupos. Todas las variables analizadas mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), lo que sugiere la existencia de patrones ecológicos distintos. En general, los municipios con casos confirmados de fiebre amarilla presentaron temperaturas más altas, altitudes mínimas más bajas (promedio de 332 msnm), mayores niveles de precipitación, mayor cobertura boscosa, deforestación reciente más intensa, paisajes más fragmentados (es decir, con un mayor número de parches y menor tamaño promedio), así como una mayor diversidad de primates no humanos.

Una vez identificadas estas diferencias, se realizó una regresión logística univariada para estimar el riesgo (odds ratio, OR) de presencia de fiebre amarilla en función de cada variable de manera independiente. Los resultados indicaron que la temperatura media tuvo un OR de 1,12, lo que implica que por cada grado adicional, los odds de ocurrencia de fiebre amarilla aumentan en un 12 %. Para la temperatura máxima, el OR fue de 1,26, equivalente a un incremento del 26 % por grado adicional. La precipitación media anual presentó un OR de 1,0004, lo que representa un aumento marginal por cada milímetro, aunque en acumulaciones significativas puede tener impacto real. La altitud

mínima tuvo un OR de 0,998, lo que indica un efecto protector: por cada metro adicional de altitud, el riesgo disminuye en un 0,2 %.

En cuanto a las variables relacionadas con la cobertura del paisaje, la cobertura boscosa presentó un OR de 1,025, por lo que cada aumento del 1 % en cobertura se asocia con un aumento del 2,5 % en los odds de ocurrencia. La deforestación reciente mostró un OR de 1,07, lo que significa que por cada 1 % adicional de deforestación, los odds de ocurrencia aumentan en un 7 %.

En cuanto a la fragmentación del paisaje, el número de parches tuvo un OR de 1,000002. Si bien el incremento por cada parche es muy bajo, en procesos de deforestación masiva pueden generarse miles de parches adicionales, lo que puede representar un cambio importante en el riesgo. Finalmente, la diversidad de géneros de primates no humanos presentó un OR de 1,94, indicando que por cada género adicional presente, los odds de ocurrencia de fiebre amarilla casi se duplican.

Tabla 1. Resultados del modelo de regresión logística univariada para fiebre amarilla humana (2007–2025)

Variable	p-value	Odds Ratio (IC 95%)
Temperatura media (°C)	0,0019	1,12 (1,05–1,20)
Temperatura máxima (°C)	<0,001	1,26 (1,11–1,44)
Precipitación media (mm)	<0,001	1,0004 (1,0002–1,0007)
Altitud mínima (msnm)	<0,001	0,998 (0,998–0,999)
Diversidad de primates no humanos (PNH)	<0,001	1,94 (1,56–2,4)
Proporción de área boscosa	<0,001	1,025 (1,01–1,03)
Deforestación (%)	<0,001	1,07 (1,03–1,12)
Número de parches	<0,001	1,000002 (1,000001–1,000003)

Con base en estos resultados, se desarrolló un modelo de regresión logística multivariada, para el periodo 2007-2025. Este modelo permitió evaluar el efecto conjunto de las variables y ajustar por posibles factores de confusión. Se identificaron como factores que permanecen significativamente asociados al riesgo de fiebre amarilla la alta proporción de cobertura de bosque seco tropical (más del 50 % del municipio), con un OR de 5,85; la alta diversidad de primates no humanos; la fragmentación del paisaje (menor tamaño promedio de los parches de bosque, lo que indica una mayor fragmentación del paisaje y una menor conectividad ecológica); y la deforestación reciente.

Tabla 2. Resultados del modelo de regresión logística multivariada para fiebre amarilla humana (2007–2025)

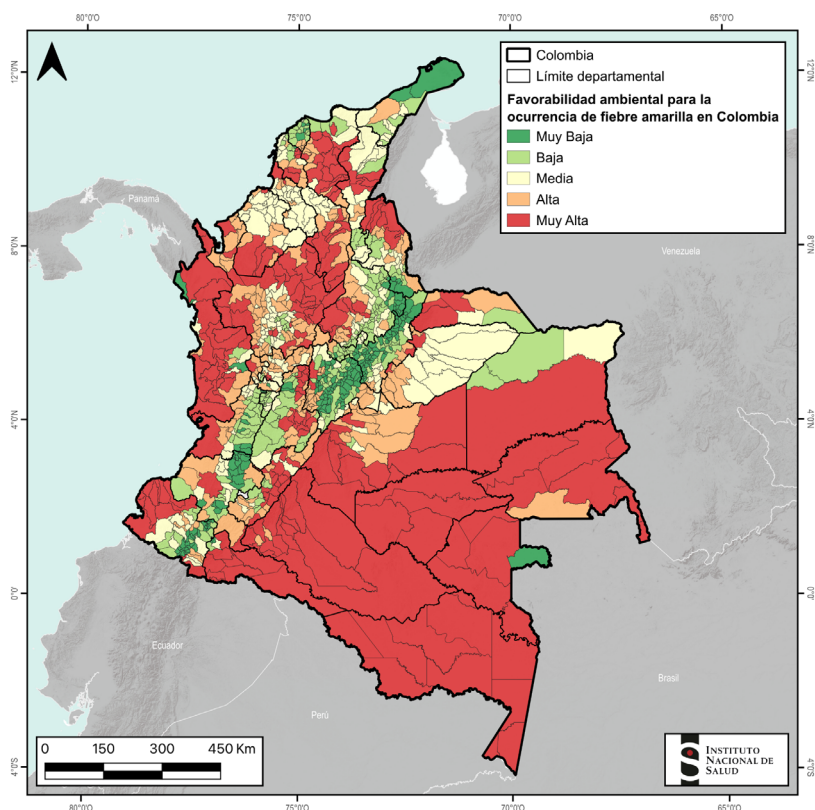
Variable	p-value	Odds Ratio (IC 95%)
Proporción de área boscosa	<0,001	1,03 (1,01–1,05)
Deforestación (%)	0,027	1,05 (1,02–1,11)
Proporción de bosque seco > 50 %	<0,001	5,85 (2,12–16,2)
Diversidad de primates no humanos (PNH)	0,0023	1,59 (1,18–2,14)
Área promedio de parches (ha)	0,019	0,97 (0,95–0,99)

A partir del modelo multivariado se estimó la probabilidad de ocurrencia de fiebre amarilla para cada municipio del país. Con base en estos valores, los municipios fueron reclasificados en quintiles, permitiendo categorizar su favorabilidad ecológica definida en cinco niveles: muy baja, baja, media, alta y muy alta. Esta reclasificación facilita la comparación entre municipios y permite identificar aquellos con mayor riesgo potencial. Como resultado, se presenta la figura 1, donde se identifican regiones del país con mayor favorabilidad ecológica para la fiebre amarilla humana, especialmente en la Amazonía, la Orinoquía y parte del suroccidente colombiano.

Conclusiones

El modelo multivariado confirmó que la ocurrencia de fiebre amarilla humana en Colombia está estrechamente relacionada con condiciones ambientales particulares. La alta proporción de bosque seco tropical, la diversidad de primates no humanos, la fragmentación del paisaje y la deforestación reciente se mantuvieron como factores significativamente asociados al riesgo, lo que evidencia la influencia del entorno ecológico en la dinámica de transmisión del virus. El modelo permite identificar áreas con mayor favorabilidad ecológica para la circulación del virus y aporta insumos relevantes para orientar acciones de vigilancia, prevención y control.

Figura 1. Favorabilidad ambiental para fiebre amarilla en Colombia



Susceptibilidad a la fiebre amarilla, un análisis desde “lugar”

Diversos investigadores en salud pública, han contribuido al estudio de fiebre amarilla mediante análisis orientados a su identificación, control y predicción (5). Un estudio publicado en *Frontiers in Microbiology* analiza la persistencia del virus de fiebre amarilla (YFV) en Colombia entre 2020 y 2023 (6), en otro se evaluaron hogares urbanos y rurales, muestreo de mosquitos y se analizó la presencia del virus de la fiebre amarilla, dengue, chikunguña y Zika, encontrando altas tasas de infección en vectores *Aedes aegypti*, *Haemagogus janthinomys* y *Aedes serratus*, identificando factores de riesgo sociodemográficos y biológicos (7). Este virus se ha convertido en

una enfermedad reemergente y un problema para la salud pública (8). En Sudamérica la fiebre amarilla es endémica en once países, existiendo zonas específicas de alto riesgo en áreas tropicales de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. (9). Autores sugieren que un brote actual podría ser más devastador que la COVID 19 y enfatizan en la cobertura de vacunación y el control de mosquitos (10).

En este contexto, el uso de herramientas propias de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) permite realizar análisis espaciales de mayor precisión, facilitando la identificación de zonas geográficas cuya configuración ecológica, topográfica y ambiental las hace más susceptibles a la ocurrencia de casos de fiebre amarilla en humanos.

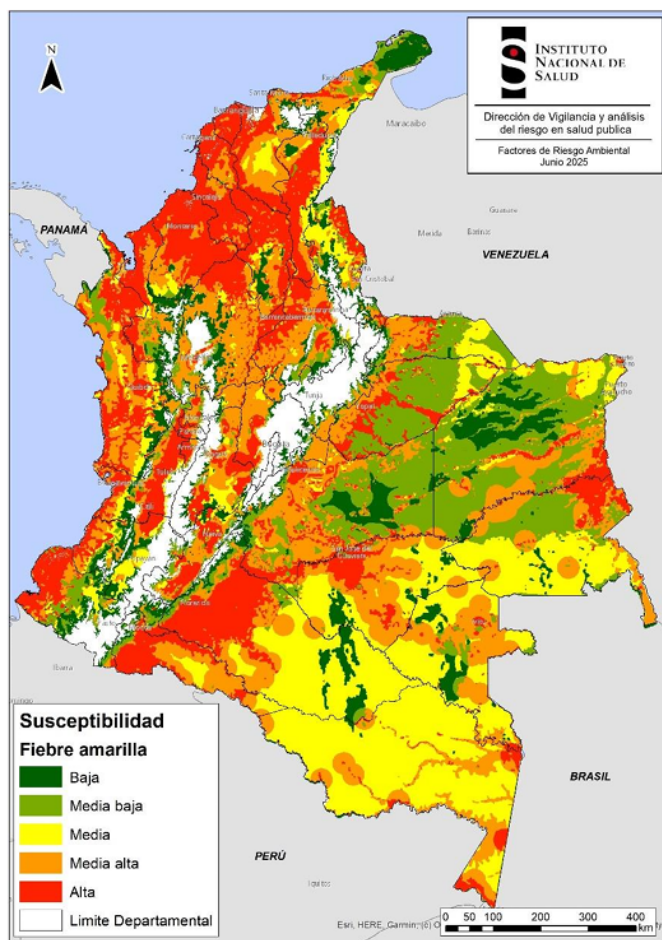
El objetivo de este análisis es identificar la susceptibilidad para fiebre amarilla en Colombia y para lograr este objetivo, se consideraron variables geográficas clave como la presencia de casos humanos y epizootias en primates no humanos (PNH). Para ello, se empleó información sobre las áreas ecológicas donde pueden habitar 38 especies de primates, 10 de ellas endémicas, con base en sus hábitos alimenticios y rangos altitudinales (11).

A fin de identificar las zonas donde habita el vector transmisor del virus entre PNH y humanos, se incorporaron datos sobre la distribución espacial de *Aedes aegypti*, *Haemagogus spp.* y *Sabethes spp.*, durante los años 2024–2025. Adicionalmente, se incluyeron capas sobre los ecosistemas favorables para el vector y las alturas sobre el nivel del mar con presencia confirmada de vectores adultos, para el período 2021–2024.

Cada una de estas variables fue procesada mediante análisis cartográfico utilizando imágenes ráster. Dichos insumos se analizaron de forma individual, fueron depurados, proyectados y estandarizados con base en datos oficiales para Colombia, posteriormente, se realizó el álgebra de mapas a través de la herramienta del software SIG, Arcgis y su herramienta de escritorio ArcMap versión 10.8. La variable con mayor peso fue presencia de casos Fiebre Amarilla (30 puntos), presencia de primates no humanos PNH (20 puntos), presencia del vector (15 puntos), ecosistema del vector (25 puntos), y la altura sobre el nivel del mar (10 puntos), para un total de 100. A partir de este proceso, se categorizaron en cinco niveles de susceptibilidad geográfica, identificando así áreas con mayor o menor probabilidad de ocurrencia de casos en humanos.

Los resultados obtenidos muestran que las zonas clasificadas con alta y media-alta susceptibilidad coinciden con los brotes reportados entre 2024 y junio de 2025, principalmente en departamentos como Putumayo, Tolima, el Eje Cafetero, así como en la región del Catatumbo y sierra Nevada de Santa Marta. Estas dos últimas áreas también son coherentes con la distribución geográfica del brote ocurrido en el año 2003.

Figura 2. Susceptibilidad a la fiebre amarilla en Colombia



Conclusiones

- El uso estratégico de los Sistemas de Información Geográfica ha integrado datos epidemiológicos, genómicos, entomológicos y socioambientales, permitiendo análisis espaciales en la dinámica de transmisión de la fiebre amarilla. Esta integración posibilita visualizar patrones geográficos complejos, identificar poblaciones en riesgo y delimitar zonas críticas. Así, optimizar las intervenciones en salud pública, como campañas de vacunación y control, vigilancia vectorial y acciones preventivas, fortaleciendo la capacidad de respuesta frente a futuros brotes.
- Se resalta la importancia de continuar este tipo de análisis con herramientas geoespaciales robustas, así como mejorar el acceso a la información geográfica y ambiental, lo que permitiría fortalecer la validación de los modelos y su aplicación operativa en salud pública.

Referencias

- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Modelo Digital de Elevación Colombia: SRTM-30 m [Internet]. Bogotá: IGAC; 2011 [citado el 6 ago 2025]. Producto: SRTM30; resolución 30 m; elaboración 01 ene 2011; datos de insumo: 29 feb 2000; licencia CC BY 4.0. Disponible en: <https://www.colombiaenmapas.gov.co/>
- Fick SE, Hijmans RJ. WorldClim 2: new 1-km spatial resolution climate surfaces for global land areas. Int J Climatol. 2017;37(12):4302–15. doi:10.1002/joc.5086.
- Fundación Gaia Amazonas. Proyecto MapBiomás Colombia: Colección 2.0 – Mapeo Anual de Cobertura y Uso del Suelo, 1985–2023 [Internet]. 2023 [citado 6 ago 2025]. Disponible en: <https://colombia.mapbiomas.org/segunda-coleccion-de-mapbiomas-colombia/>
- IUCN (International Union for Conservation of Nature). The IUCN Red List of Threatened Species [Internet]. 2025 [citado 6 ago 2025]. Disponible en: <https://www.iucnredlist.org>

5. Arjona, A. C. (mayo de 1999). La Fiebre Amarilla en Colombia: Una Investigación Seminal. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00641999000200137&script=sci_arttext
6. Perez LJ, Perez-Restrepo LS, Ciuderis K, Usuga J, Moreno I, Vargas V, et al. Emergence, persistence, and positive selection of yellow fever virus in Colombia. *Front Microbiol* [Internet]. 7 de abril de 2025 [citado 6 de agosto de 2025];16. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/microbiology/articles/10.3389/fmicb.2025.1548556/full>
7. Mantilla-Granados JS, Sarmiento-Senior D, Manzano J, Calderón-Peláez MA, Velandia-Romero ML, Buitrago LS, et al. Multidisciplinary approach for surveillance and risk identification of yellow fever and other arboviruses in Colombia. *One Health*. diciembre de 2022;15:100438.
8. Fila AO, Morera ND, Ferrer LER. Actualización sobre fiebre amarilla en el contexto de la reemergencia de la enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 18 de agosto de 2021 [citado 6 de agosto de 2025];47(3). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2244>
9. Frantchez, V. (2017). Fiebre Amarilla: actualización epidemiológica en las Américas. 2-7. Uruguay: Universidad de la Republica. Obtenido de http://www.infectologia.edu.uy/images/archivos/Fiebre_Amarilla_Enero2017.pdf
10. The Sun. 2025 [citado 6 de agosto de 2025]. Mosquito disease that causes organ failure «could erupt sparking pandemic». Disponible en: <https://www.thesun.co.uk/health/34690331/yellowfevermosquitopandemic/>
11. Diaz H. Atlas de la biodiversidad de Colombia. Primates [Internet]. Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt; 2020. 51 p. [Internet]. 2020 [citado 6 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://biomodelos.humboldt.org.co/atlas/Primates.pdf>.





SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

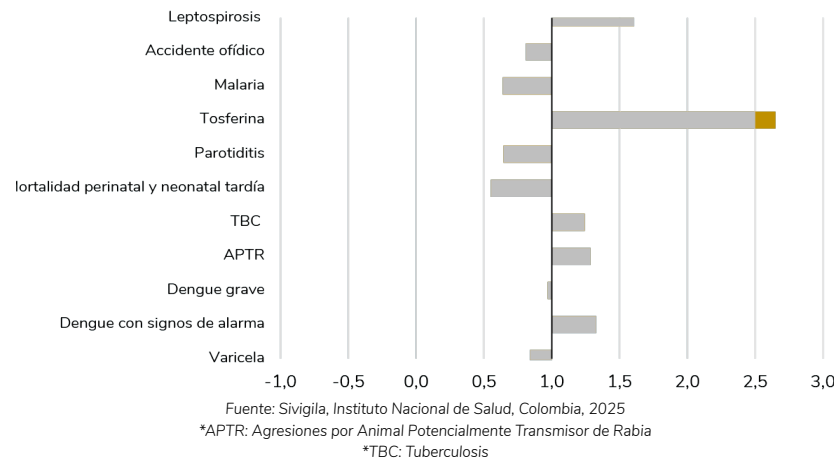
Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se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

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



Para la semana epidemiológica 31 de 2025, se identifica que el evento de tos ferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 31 del 2025.



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 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 31 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	116 045	96 304	1,26	0,20

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

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

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

En la semana epidemiológica 31 del 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 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	11	4	0,00
Leishmaniasis cutánea	16	98	0,00
Zika	5	3	0,10
Lepra	5	7	0,14
Chicungunya	1	2	0,22
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,24
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,32

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos (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 epidemiológica 17 de 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

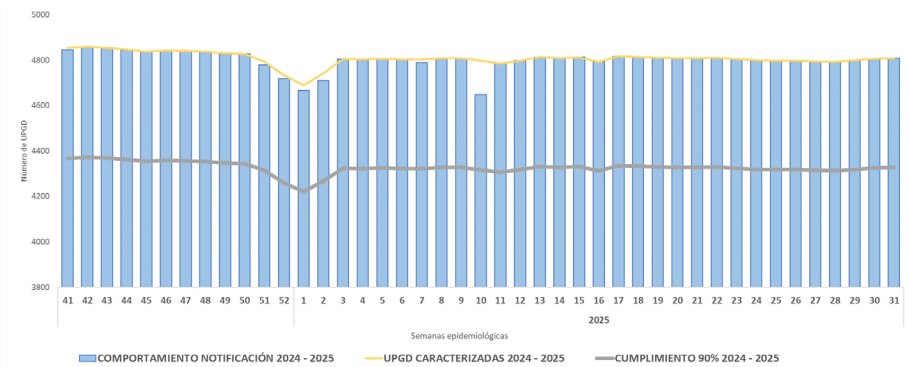
Para esta semana epidemiológica la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 31 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 con relación a la semana epidemiológica anterior e identificando un aumento del 0,09 % respecto a la semana 31 del 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 809 / 4 809); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y aumentando en 0,20 % con relación a la semana 31 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, 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 4)

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, Semana Epidemiológica 31 del 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección 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://lit.ins.gov.co/9130q>

En la semana epidemiológica 31 del 2025 se han notificado 464 muertes probables en menores de cinco años: 270 por infección respiratoria aguda (IRA), 120 por desnutrición (DNT) aguda y 74 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, siete casos de IRA, tres de DNT aguda y tres 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 31 del 2025 se han notificado 451 fallecimientos (263 por IRA, 117 por DNT aguda y 71 por EDA); de estos, 208 casos han sido confirmados, 76 han sido descartados y 167 casos se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. 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 31, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 31 2025			Casos en estudio a SE 31 2025			Tasa a SE 31 2024			Tasa a SE 31 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	70	102	36	34	107	26	3,96	5,83	2,78	1,96	2,86	1,01
Amazonas	0	1	0	0	1	0	0,00	31,65	10,55	0,00	10,65	0,00
Antioquia	3	11	2	4	17	0	3,78	3,07	1,42	0,72	2,65	0,48
Arauca	0	1	0	1	1	0	3,65	7,30	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	2	0	0	1	2	0	4,38	5,25	0,88	1,79	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	1	1	0	2	0	2,28	4,57	1,14	0,00	1,17	1,17
Bogotá D. C.	0	6	0	0	9	1	0,00	3,68	0,22	0,00	1,33	0,00
Bolívar	1	3	0	1	1	0	0,98	8,86	1,97	1,01	3,03	0,00
Boyacá	0	3	2	1	3	0	0,00	4,71	0,00	0,00	3,60	2,40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	1	2	2,89	5,77	8,66	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	0	1	0	2	0	0,00	3,38	0,00	0,00	0,00	1,73
Santiago de Cali D. E.	0	3	0	0	5	1	0,00	3,53	0,00	0,00	2,18	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	5,39	16,18	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	2	1	0	2	0	1,29	6,47	1,29	1,33	2,65	1,33
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,31	2,65	2,70	0,00	0,00
Cauca	0	4	1	2	3	3	0,00	6,23	2,67	0,00	3,61	0,90
Cesar	5	3	3	3	1	0	4,98	3,32	3,32	4,22	2,53	2,53
Chocó	13	18	5	4	12	4	48,77	48,77	57,48	22,77	31,53	8,76
Córdoba	6	3	2	1	1	2	4,66	3,99	0,67	4,08	2,04	1,36
Cundinamarca	0	5	0	0	9	2	0,00	2,97	0,00	0,00	2,12	0,00
Guainía	1	1	0	1	0	0	0,00	28,32	28,32	14,02	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	0	0	10,32	10,32	0,00	0,00	0,00	10,25
Huila	1	1	0	0	2	0	1,01	4,05	0,00	1,03	1,03	0,00
La Guajira	18	4	6	6	7	5	27,38	13,69	18,25	16,63	3,69	5,54
Magdalena	4	1	1	1	8	0	10,82	7,21	1,20	4,88	1,22	1,22
Meta	1	4	1	1	2	0	6,07	4,85	3,64	1,23	4,93	1,23
Nariño	2	8	0	0	1	1	1,69	2,53	0,00	1,73	6,91	0,00
Norte de Santander	0	1	0	0	0	1	3,12	1,56	0,00	0,00	0,80	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	1	3,18	6,36	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	4	6	4	3	1	12,22	13,97	10,47	1,80	7,18	10,78
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	1	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	5,15	2,58	0,00
Santander	0	0	0	0	1	0	0,00	3,35	4,03	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	3	0	0	3	0	7,87	5,24	0,00	0,00	3,99	0,00
Tolima	0	2	0	1	1	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	4	0	0	3	0	2,23	5,21	0,74	0,77	3,06	0,00
Vaupés	1	0	3	0	0	1	30,23	30,23	15,11	14,72	0,00	44,16
Vichada	4	2	0	2	1	0	21,61	50,43	7,20	28,82	14,41	0,00

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

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

En esta semana epidemiológica se han notificado 263 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 75 confirmadas por clínica y 27 por laboratorio, 54 descartadas y 107 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 31 fueron 212, para una tasa de mortalidad de 5,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 31 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Santiago de Cali D. E., Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Nariño y Santander y, a nivel municipal, en Pueblo Bello, Lloró, San Andrés de Tumaco D. E y Pueblo Rico. 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 *Rhinovirus*, *Enterovirus*, *Haemophilus influenzae B*, *Bordetella pertussis*, *SARS-CoV2*, *Adenovirus*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Influenza A*, *Streptococcus pneumoniae*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Influenza B*, *Klebsiella pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Parainfluenza tipo 3*, *Streptococcus pyogenes* (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 31, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	9	4	5	1	2	21	8	1	2	0	0	11
<i>Enterovirus</i>	5	2	3	1	1	12	7	0	1	0	0	8
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	2	2	0	0	8	6	2	0	0	0	8
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	7
<i>SARS-CoV2</i>	6	2	0	0	0	8	3	1	0	1	0	5
<i>Adenovirus</i>	7	6	2	0	0	15	2	0	1	1	0	4
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	1	2	2	0	7	2	2	0	0	0	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	7	0	1	1	0	9	4	0	0	0	0	4
<i>Influenza A</i>	1	3	0	0	1	5	2	0	1	0	0	3
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	4	3	3	1	14	2	1	0	0	0	3
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	28	1	1	1	0	31	1	0	1	1	0	3
<i>Influenza B</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	1	1	0	0	4	1	1	0	0	0	2
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A H1N1</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<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 4</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	83	27	23	10	5	148	48	10	6	4	0	68

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

Mortalidad por desnutrición aguda

En esta semana epidemiológica se han notificado 117 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 70 fueron confirmadas, 13 descartadas y 34 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 31 fue de 144, 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 31 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Cesar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander

y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Belén de Bajirá, Quibdó y Maicao. 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

En la semana epidemiológica 31 se han notificado 71 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, dos confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli y Norovirus), 34 confirmadas por clínica, nueve descartadas y 26 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 31 fue de 103 para una tasa de mortalidad de 2,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 31 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Chocó, Córdoba y La Guajira y, a nivel municipal, en Manaure, Uribe 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, muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana².

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/INSPC28779>

En la semana epidemiológica 31 del 2025 se notificaron al Sivigila 11 casos; dentro de los cuales cinco son muertes maternas tempranas, tres son muertes maternas tardías y tres, muertes maternas coincidentes; para un total acumulado de 112 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 106 residen en territorio colombiano y seis residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 31, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	159	94	42	295
2023	157	92	48	297
2024	125	87	32	244
2025p	106	74	23	203

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Bogotá D. C., Cesar, La Guajira y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Magdalena, Meta y Santa Marta D. T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Santa Catalina (Bolívar), El Carmen (Norte de Santander), Maicao (La Guajira), Soledad (Atlántico) y Riohacha D. E. (La Guajira); comparado con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 31 del 2025, el 54,7 % corresponden a causas directas y el 34,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 17,9 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 31, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 31	Acumulado de casos a SE 31	
		2024	2025
Colombia	189	125	106
Antioquia	17	10	12
Bogotá D. C.	17	10	9
Cesar	8	9	9
La Guajira	13	11	9
Cundinamarca	10	8	6
Atlántico	6	3	5
Bolívar	7	3	5
Nariño	8	7	5
Norte de Santander	6	5	5
Barranquilla D. T.	4	4	4
Chocó	9	11	4
Córdoba	10	5	4
Santiago de Cali D. E.	5	3	3
Casanare	2	1	3
Santander	7	4	3
Boyacá	3	2	2
Guainía	0	0	2
Huila	4	5	2
Risaralda	3	2	2
Tolima	4	1	2
Valle del Cauca	4	1	2
Buenaventura D. E.	2	0	1
Caquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. E.	5	0	1
Cauca	6	6	1
Meta	6	3	1
Quindío	2	0	1
Sucre	3	2	1
Vichada	2	2	1
Amazonas	1	0	0
Arauca	2	0	0
Caldas	2	1	0
Guaviare	1	0	0
Magdalena	7	3	0
Putumayo	2	1	0
Santa Marta D. T.	5	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0
Vaupés	0	0	0

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

Tabla 9. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 31	Valor observado SE 31
Colombia	189	101
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Santa Catalina (Bolívar)	0	1
El Carmen (Norte de Santander)	0	1
Maicao (La Guajira)	4	0
Soledad (Atlántico)	4	0
Riohacha D. E. (La Guajira)	3	0

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 31	Número de casos y proporción a SE 31 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	141	157	100	125	100	106	100
DIRECTA	91	104	66,2	78	62,4	58	54,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	27	30	19,1	24	19,2	19	17,9
Hemorragia obstétrica	24	23	14,6	25	20,0	17	16,0
Sepsis obstétrica	11	16	10,2	6	4,8	6	5,7
Evento tromboembólico como causa básica	11	14	8,9	7	5,6	6	5,7
Embarazo ectópico	8	10	6,4	5	4,0	5	4,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2,5	4	3,2	3	2,8
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,6	3	2,4	2	1,9
Embolia de líquido amniótico	3	3	1,9	3	2,4	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	2	1,3	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	48	51	32,5	45	36,0	36	34,0
Otras causas indirectas	19	20	12,7	18	14,4	16	15,1
Otras causas indirectas: neumonía	8	10	6,4	5	4,0	8	7,5
Sepsis no obstétrica	8	10	6,4	6	4,8	5	4,7
Otras causas indirectas: cáncer	8	8	5,1	8	6,4	3	2,8
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	1,9
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	1,3	2	1,6	1	0,9
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	3,2	1	0,9
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,6	1	0,8	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	0,6	0	0,0	1	0,9
En estudio	2	1	0,6	2	1,6	11	10,4

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 31 del 2025 se han notificado 3 293 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 262 corresponden a residentes en Colombia y 31 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia (392), Bogotá D. C. (380), Cundinamarca (214), Santiago de Cali D. E (155) y La Guajira (153). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 31 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Córdoba, Norte de Santander, Atlántico, Huila, Tolima, Sucre, Chocó, Quindío, Caquetá, Putumayo, Arauca y Vaupés. Las demás entidades territoriales

no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.), Cesar (Agustín Codazzi), Cundinamarca (Girardot), Meta (Acacías), Cauca (Timbiquí), Cundinamarca (Tocancipá), Caldas (Riosucio), Casanare (Aguazul) y Cundinamarca (La Calera) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,5 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,9 %, neonatales tardías con 17,8 % y fetales intraparto con 9,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 31 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 31, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 31	Acumulado de casos a SE 31	
		2024	2025
Colombia	4 898	3 634	3 262
Antioquia	544	397	392
Bogotá, D.C.	535	453	380
Cundinamarca	263	242	214
Santiago de Cali D. E.	186	151	155
La Guajira	251	189	153
Córdoba	256	174	135
Nariño	131	117	126
Cesar	175	111	124
Meta	112	84	101
Valle del Cauca	132	99	99
Bolívar	144	91	94
Cauca	163	107	93
Barranquilla D. E.	190	103	92
Santander	153	99	90
Cartagena de Indias D. T.	156	99	87
Norte de Santander	154	106	85
Magdalena	120	92	80
Atlántico	148	102	78
Huila	115	80	69
Boyacá	91	76	67
Tolima	102	71	61
Sucre	124	87	60
Chocó	120	106	55
Caldas	61	44	51
Risaralda	72	56	49
Casanare	49	38	40
Buenaventura D. E.	51	36	39
Santa Marta D. T.	61	35	34
Quindío	41	33	28
Caquetá	44	29	26
Putumayo	39	35	25
Vichada	24	23	22
Arauca	42	24	16
Amazonas	11	9	12
Guainía	12	6	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	12	9
Guaviare	8	6	7
Vaupés	10	12	5

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

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 31 2020 - 2024	Valor observado a SE 31 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	4 898	3 262	-
Nariño (San Andrés de Tumaco D. E.)	34	40	7
Cesar (Agustín Codazzi)	11	21	12
Cundinamarca (Girardot)	8	13	10
Meta (Acacías)	8	12	4
Cauca (Timbiquí)	4	8	5
Cundinamarca (Tocancipá)	4	8	4
Caldas (Riosucio)	3	7	20
Casanare (Aguazul)	2	7	27
Cundinamarca (La Calera)	2	6	2

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 31, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 31, 2023 -2025					
	2023 a SE 31	(%)	2024 a SE 31	(%)	2025 a SE 31	(%)
Colombia	4 421	100,0	3 634	100,0	3 262	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1081	24,5	953	26,2	836	25,6
Prematuridad-inmadurez	822	18,6	598	16,5	513	15,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	694	15,7	557	15,3	440	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	483	10,9	413	11,4	297	9,1
Infecciones	386	8,7	318	8,8	271	8,3
Malformación congénita	403	9,1	322	8,9	264	8,1
Sin información	9	0,2	0	0,0	216	6,6
Otras causas de muerte	289	6,5	239	6,6	191	5,9
Causas no específicas	87	2,0	91	2,5	123	3,8
Trastornos cardiovasculares	106	2,4	107	2,9	82	2,5
Lesión de causa externa	43	1,0	18	0,5	14	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	18	0,4	18	0,5	15	0,5

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 31 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, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica y umbral estacional (promedio histórico) de los años 2017 a 2024 y el intervalo de confianza.

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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se observa una variación porcentual con tendencia de disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 24 a 31 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 24 a SE 27 2025	SE 28 a SE 31 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	606 143	564 918	-6,80%	
Hospitalización en sala general	32 079	27 895	-13,04%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 603	3 277	-9,05%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 31 del 2025 se notificaron 141 741 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, Guainía, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D. E. Las 29 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 (28 a 31 del 2025) en 25 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 28 a 31 del 2025

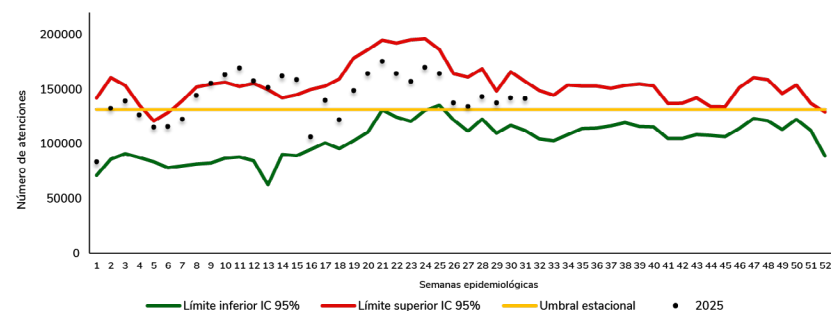
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	62 134	55 008	7 761	7 002
Cundinamarca	Soacha	50 504	52 089	3 403	6 446
Antioquia	Itagüí	49 788	54 315	3 803	6 159
Antioquia	Bello	48 472	39 077	3 861	5 387
Guajira	Maicao	36 632	37 628	2 268	5 095
Cundinamarca	Chía	42 202	36 327	3 551	4 529
La Guajira	Uribia	32 973	29 693	2 053	4 084
Risaralda	Dosquebradas	16 584	18 657	1 332	2 663
Antioquia	Rionegro	18 783	23 836	1 492	2 576
Santander	Barrancabermeja D. E.	11 956	18 544	564	2 468
Santander	Floridablanca	18 153	17 051	1 722	2 304
Bolívar	Magangué	10 014	13 122	971	2 213
Córdoba	Sahagún	13 454	15 419	1 538	2 154
Magdalena	Ciénaga	14 907	14 095	797	2 137
Cundinamarca	Zipaquirá	12 903	14 401	1 662	2 068
Boyacá	Duitama	16 448	13 738	1 557	2 015
Boyacá	Sogamoso	10 177	12 514	1 657	1 968
Valle del Cauca	Palmira	19 157	17 659	1 683	1 930
Cundinamarca	Girardot	13 957	13 686	1 269	1 881
Valle del Cauca	Cartago	10 712	11 036	340	1 855
Córdoba	Cereté	10 248	11 324	621	1 740
Antioquia	Envigado	15 746	16 946	1 644	1 711
Córdoba	Lorica	8 997	9 673	1 029	1 543
Antioquia	Apartadó	11 779	11 259	1 088	1 522
Casanare	Yopal	10 310	9 432	1 145	1 428
Antioquia	Turbo	9 151	9 509	817	1 357
Cundinamarca	Facatativá	14 577	11 531	1 620	1 351
Cundinamarca	Madrid	12 942	8 734	808	1 348
Huila	Pitalito	7 577	8 526	976	1 115
Cesar	Aguachica	5 701	7 503	858	1 076
Valle del Cauca	Yumbo	9 011	9 564	1 048	1 014
Cundinamarca	Funza	9 564	9 689	768	991
Santander	Girón	5 279	5 433	267	990
Santander	Piedecuesta	4 224	6 399	319	986
Valle del Cauca	Tuluá	11 193	8 378	534	879
Cauca	Santander De Quilichao	8 425	7 462	950	804
Cundinamarca	Mosquera	4 851	4 599	434	673
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	5 546	4 151	700	592
Atlántico	Malambo	6 942	4 054	435	475
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 713	4 363	319	472
Cauca	Guapi	1 620	3 062	210	395
Nariño	La Florida	457	461	64	42

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (28 a 31 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 24,8 % (139 791) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 17,9 % (100 812). 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 12,1 % seguido de los menores de un año con el 11,0 %.

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 semanas 09 a 15 se observó una tendencia al alza que superó el límite superior. A partir de la semana 16 y hasta la 31 se presenta una disminución, ubicándose dentro de los límites esperados (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

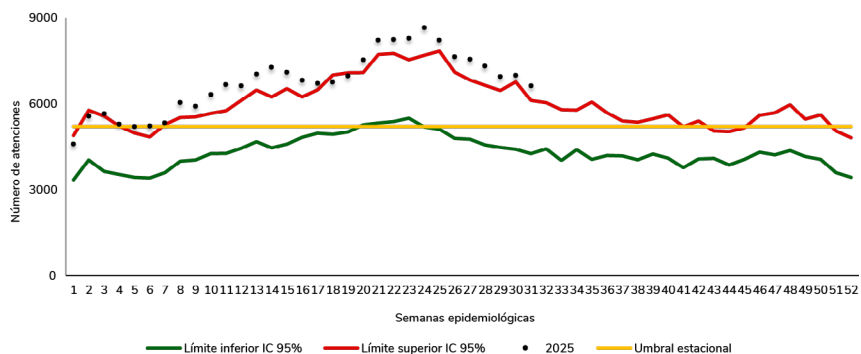
En la semana epidemiológica 31 del 2025 se notificaron 6 634 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Guainía, Guaviare y La Guajira, e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre y Tolima. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (28 a 31 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 040) representaron el 28,8 %, seguido

de los menores de un año con el 17,6 % (4 933). 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 30,9 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,8 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17 y 20 a 31 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025

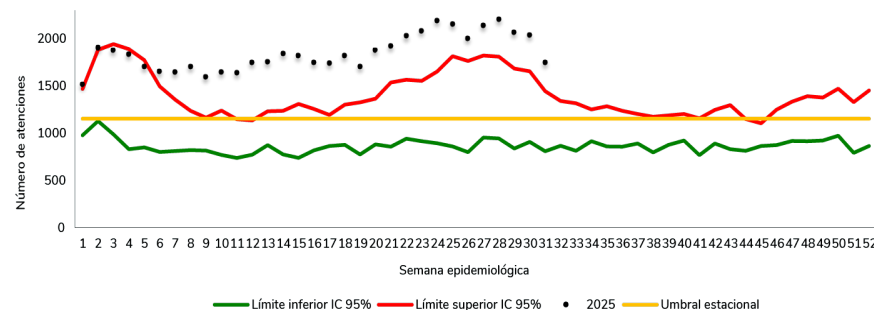


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 31 del 2025, se notificaron 1 745 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 31, se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 31 del 2025



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

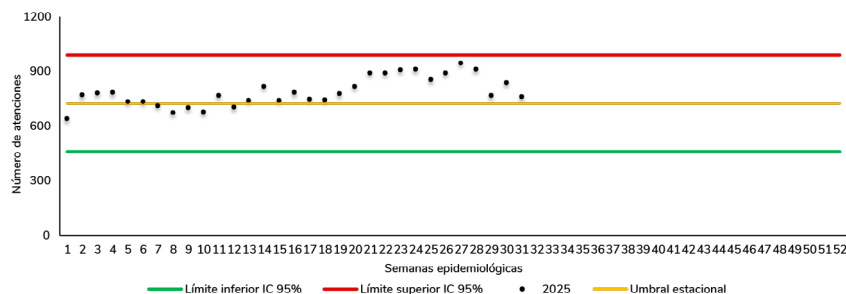
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 31 del 2025 se notificaron 762 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, y se observó incremento en ocho entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Santiago de Cali D. E., Casanare, Cesar, Chocó, La Guajira, Magdalena, Meta y Archipiélago de San Andrés y Providencia. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Boyacá, Buenaventura D. E., Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Santander, Sucre ni Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (28 a 31 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,7 % (1 140), seguido de los menores de un año con el 26,3 % (863) 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 27,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 23,0 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observa a nivel nacional desde semana epidemiológica 13 a 31 una tendencia hacia el aumento, ubicándose por encima del umbral estacional (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025

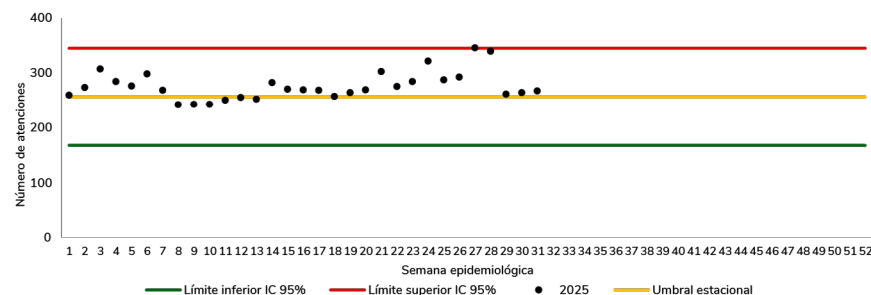


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 31 del 2025 se notificaron 268 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 a la disminución, ubicándose sobre el umbral estacional (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, en las hospitalizaciones en sala general, y en hospitalización en 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 31 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior.

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 para ello un monitoreo continuo con el fin de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación.
- Promover una adecuada comunicación del 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 adecuadas ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento únicamente en la subregión Centroamérica. 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 bajos de circulación excepto en las subregiones Centroamérica, Andina y Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas se evidencia una disminución en todas las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 31 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 variación significativa al incremento para rinovirus, enterovirus, coronavirus. Al decremento para VSR, influenza A y metapneumovirus, los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16).

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 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 24 a 31 del 2025

Agente viral identificado	SE 24 a SE 27			SE 28 a SE 31			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	55,2	62,1	35,8	53,8	60,5	39,6	
Rinovirus	6,0	4,7	-	15,0	11,6	15,8	
VSR	43,8	57,3	3,4	36,4	49,6	21,1	
Enterovirus	5,4	5,5	-	9,1	7,4	-	
Adenovirus	3,8	4,3	-	6,4	7,4	-	
Influenza B	0,5	0,4	-	0,5	-	-	
Influenza A	18,5	11,9	37,9	10,7	5,0	31,5	
Parainfluenza	4,9	4,3	3,4	5,9	7,4	-	
Metapneumovirus	6,0	6,3	13,7	2,7	3,3	-	
A(H1N1)pdm09	3,3	1,6	17,2	5,9	2,5	26,3	
SARS-CoV2	2,7	1,6	6,9	2,1	1,7	5,3	
A(H3N2)	4,3	1,2	17,2	1,6	0,8	-	
Coronavirus	0,8	0,8	-	3,7	3,3	-	

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

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral. *Se muestra la variación con significancia estadística.

COVID-19

Metodología

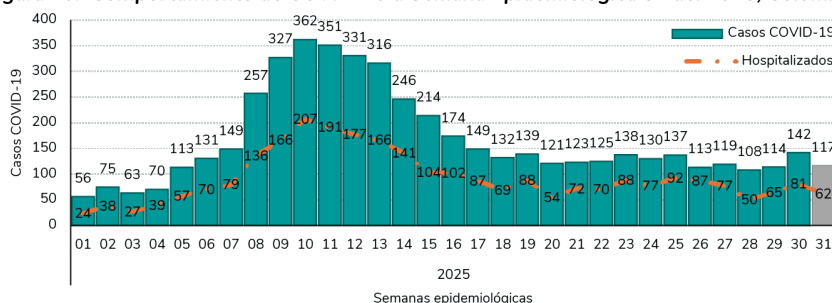
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 31 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 02 de agosto de 2025, y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 5 142 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (28 a 31 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 3,6 %, con 481 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 25 a 28 del 2025), en el cual se reportaron 499 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 22,5 %, pasando de 333 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 258 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de COVID-19 a Semana Epidemiológica 31 del 2025, Colombia.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:31.
*SE: semana epidemiológica.

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

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

Entre el 27 de julio y el 02 de julio del 2025 se confirmaron 150 casos en el territorio nacional; de estos el 78,0 % (117 casos) corresponde a la semana epidemiológica 31. El 69,3 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D. C, Antioquia, Santander, Boyacá y Cundinamarca (tabla 17).

Tabla 17. Casos nuevos de COVID-19 en la Semana Epidemiológica 31 del 2025, Colombia.

Entidad Territorial	Otros	SE 28	SE 29	SE 30	SE 31	Total
Colombia	5	0	1	27	117	150
Bogotá D. C.	0	0	0	9	49	58
Antioquia	1	0	0	4	12	17
Santander	0	0	1	2	9	12
Boyacá	0	0	0	1	8	9
Cundinamarca	1	0	0	3	4	8
Barranquilla D. E.	0	0	0	0	6	6
Santiago de Cali D. E.	0	0	0	1	5	6
Arauca	0	0	0	1	5	6
Casanare	0	0	0	1	3	4
Cauca	0	0	0	0	4	4
Córdoba	0	0	0	0	3	3
Sucre	0	0	0	2	0	2
Cartagena de Indias D. T.	2	0	0	0	0	2
Nariño	0	0	0	0	2	2
Atlántico	0	0	0	0	2	2
Valle del Cauca	0	0	0	1	1	2
Caldas	0	0	0	0	1	1
La Guajira	0	0	0	0	1	1
Meta	0	0	0	1	0	1
Buenaventura D. E.	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D. T.	0	0	0	0	1	1
Huila	1	0	0	0	0	1
Cesar	0	0	0	1	0	1

Fuente: Sivigila, 2025. SE:31.
*SE: semana epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 28-31), se registró una incidencia de 0,90 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 29 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 115 municipios.

En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Antioquia, Barranquilla D. E., Boyacá, Santa Marta D. T., Casanare y a nivel municipal en Medellín D. E. y Envigado (Antioquia), Chía (Cundinamarca), Villavicencio (Meta), Bucaramanga y Barrancabermeja D. E. (Santander), y en Yopal (Casanare) (tabla 18).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 94 fallecimientos relacionados con COVID-19 (procedencia de Colombia 91 y del exterior 3). En el período observado, las muertes se registraron en Bogotá D. C., Bolívar, Boyacá, Córdoba, Magdalena, Arauca y Casanare. El 72,5 % (66 casos) correspondió a personas de 60 o más años (tabla 18).

Tabla 18. Fallecimientos por COVID-19 a Semana Epidemiológica 31 del 2025, Colombia

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	91	12	7	0,02	0,01
Bogotá D. C.	23	4	1	0,05	0,01
Bolívar	1	0	1	0,00	0,08
Boyacá	3	0	1	0,00	0,08
Córdoba	3	2	1	0,10	0,05
Magdalena	2	0	1	0,00	0,10
Arauca	3	0	1	0,00	0,31
Casanare	1	0	1	0,00	0,21
Antioquia	5	0	0	0,00	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Cundinamarca	7	1	0	0,03	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
Huila	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Meta	6	1	0	0,09	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Quindío	3	1	0	0,18	0,00
Santander	6	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	1	0	0,10	0,00
Tolima	3	0	0	0,00	0,00
Valle del Cauca	3	1	0	0,05	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Guaviare	1	1	0	0,97	0,00
Exterior	3	0	0	-	-

Fuente: Sivigila, 2025, SE:31.

*SE: semana epidemiológica.

PE: periodo epidemiológico -PE anterior SE 24-28 y PE actual (SE 28-31)

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 31 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.

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 31 del 2025 se notificaron 2 688 casos de dengue: 1 988 casos de esta semana y 700 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 94 876 casos, 59 598 (62,8 %) sin signos de alarma, 34 366 (36,2 %) con signos de alarma y 912 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,9 % (54 911) de los casos a nivel nacional proceden de Córdoba, Santander, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Tolima, Cartagena de Indias D. T., Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 1); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 27 a 30 del 2025) el 54,5 % (5 826) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Córdoba, Antioquia, Meta, Tolima y Sucre.

Tabla 19. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025.

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 23-26 de 2025)	Observado (SE 27-30 de 2025)
Córdoba	8 136	34,5	0,3	834	900
Santander	8 133	32,7	0,6	1 031	915
Meta	8 047	34,8	1,2	1 189	740
Norte de Santander	6 836	39,2	1,2	1 040	1 232
Antioquia	6 450	35,7	0,9	725	819
Tolima	5 217	32,4	1,1	632	657
Cartagena de Indias D. T.	4 667	23,6	1,1	158	365
Valle del Cauca	4 028	26,8	0,6	359	380
Cundinamarca	3 397	39,5	0,5	198	235
Sucre	3 179	56,5	0,7	433	563
Atlántico	3 142	42,9	1,5	351	385
Bolívar	3 039	39,3	0,9	492	479
Putumayo	3 029	27,4	0,5	191	182
Huila	2 998	35,6	2,9	219	256
Santiago de Cali D. E.	2 745	35,0	0,7	259	241
Barranquilla D. E.	2 396	36,8	1,2	120	158
Caquetá	2 250	38,5	1,2	112	70
La Guajira	2 216	59,7	1,3	161	233
Arauca	2 094	33,9	1,1	293	211
Cesar	2 029	57,2	2,0	258	405
Casanare	1 435	31,6	0,3	247	156
Magdalena	1 168	55,7	0,9	245	306
Guaviare	978	20,3	0,4	111	120
Risaralda	977	36,1	1,0	66	71
Cauca	941	37,8	1,2	46	41
Nariño	864	30,9	1,3	75	109
Quindío	834	25,9	0,1	87	94
Vichada	804	28,4	0,4	148	157
Chocó	762	16,5	0,7	127	125
Boyacá	580	42,6	0,3	59	44
Santa Marta D. T.	379	59,1	0,8	49	91
Caldas	319	49,8	0,3	19	19
Amazonas	277	30,3	0,0	15	50
Exterior	213	48,4	5,6	32	39
Buenaventura D. E.	159	37,7	1,9	16	17
Vaupés	66	13,6	1,5	4	35
Archipiélago de San Andrés y providencia	47	40,4	0,0	2	1
Guainía	45	26,7	0,0	2	17
Colombia	94 876	36,2	1,0	10 405	10 918

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 27 a 30 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 23 a 26 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Barranquilla D. E., Cartagena de Indias D. T., Cesar, Nariño, Santa Marta D. T., Sucre, La Guajira, Guainía y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Arauca, Caquetá, Casanare y Meta; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 19).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 11); 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 27 a 30 del 2025) fueron: Caquetá, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., La Guajira y Exterior.

Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025.

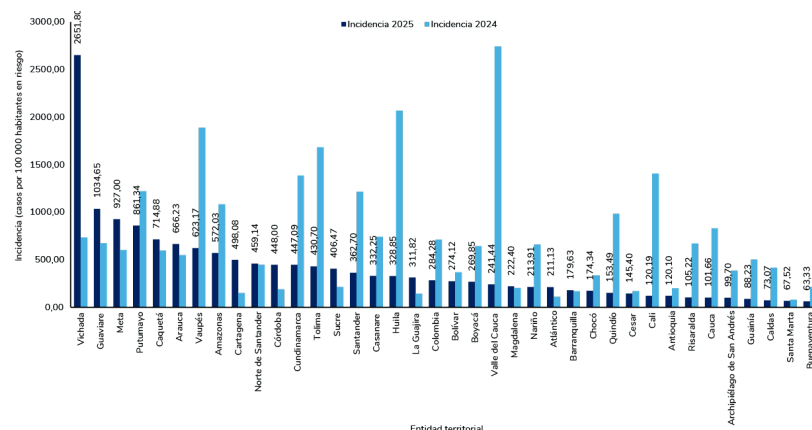


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 31 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 284,3 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 712,5 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare, Meta y Putumayo presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 31 del 2025, registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000

habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 530,8 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a la Semana Epidemiológica 31, 2024-2025.



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

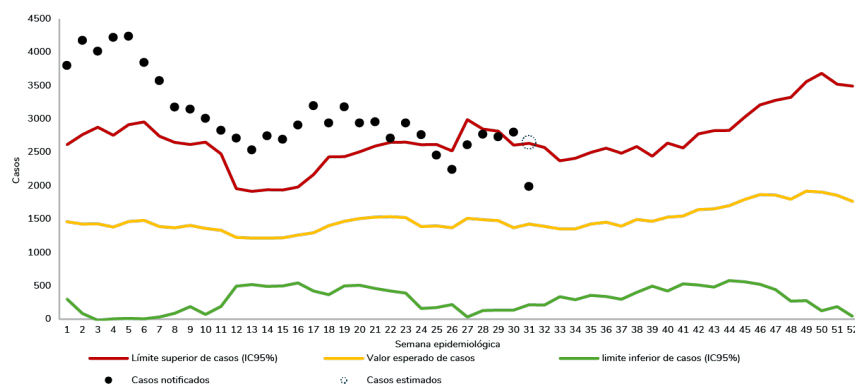
En la semana epidemiológica 31 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia estable con una variación de -4,9 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 27 a 30 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 23 a 26 del 2025) (figura 13).

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 16,2 % (6) se encuentra dentro de lo esperado, el 27,0 % (10) se encuentra en situación de alerta y el 56,8 % (21) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Córdoba, Meta y Sucre 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 julio (tabla 20).

Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se mantiene activo el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional, así como las directrices emitidas por el 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 31 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país, el 22,7 % (187) se encuentra por encima de lo esperado según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, el 49,1 % (28/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 21).

Figura 13. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025.



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

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, Semana Epidemiológica 31 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 31, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de julio		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Córdoba, Meta, Sucre	Amazonas, Bolívar, Guaviare, Guainía, Magdalena, Quindío, Santa Marta D. T., Santander, Vichada	Atlántico, Norte de Santander, Cartagena de Indias D. T., La Guajira, Putumayo, Risaralda, Vaupés
Alerta	Chocó	Caquetá, Boyacá, Cesar, Tolima	Barranquilla D. E., Cundinamarca, Huila, Nariño, Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	Caldas	Buenaventura D. E., Casanare, Archipiélago de San Andrés y Providencia	Santiago de Cali D. E., Cauca

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

Tabla 21. 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 31 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Observado	Esperado
Antioquia	Medellín D. E.	40,0	1 045	83	116
	Apartadó	327,1	431	66	68
	Bello	17,9	99	5	13
	Envigado	46,7	113	8	7
	Itagüí	16,7	46	2	10
Atlántico	Turbo D. E.	239,1	321	56	50
	Sabanalarga	162,1	167	35	53
Bolívar	Soledad	274,9	1 881	227	113
	Cartagena de Indias D. T.	442,4	4 667	158	365
Cauca	Magangué	317,3	456	74	63
	Popayán	33,2	90	5	5
Córdoba	Montería	830,8	4 262	272	304
	Cereté	243,6	268	57	41
Cundinamarca	Sahagún	309,3	346	47	41
	Fusagasugá	272,2	450	16	38
Santa Marta D.T.	Santa Marta D. T.	68,6	379	49	91
	Villavicencio	755,0	3 850	637	411
Norte de Santander	San José de Cúcuta	536,3	4 094	639	777
	Ocaña	256,2	304	36	62
Quindío	Villa del Rosario	667,5	735	86	69
	Armenia	112,9	353	26	18
Risaralda	Pereira	103,2	501	32	37
	Dosquebradas	120,9	263	17	19
Santander	Bucaramanga	366,4	2 268	283	234
	Barrancabermeja D. E.	256,2	550	73	91
Tolima	Ibagué	300,4	1 634	332	331
	Jamundí	513,4	869	70	56
Valle del Cauca	Tuluá	239,2	530	58	64

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

A semana epidemiológica 31 del 2025, se han notificado 277 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 71 casos, se descartaron 149 casos y se encuentran en estudio 57 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,07 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 203 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 22).

Tabla 21. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a la Semana Epidemiológica 31, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 31, 2025	Letalidad por dengue a SE 31, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,31	0,10
La Guajira	5	0	0,23	0,00
Cauca	2	2	0,21	0,08
Putumayo	4	1	0,13	0,23
Vichada	1	0	0,12	0,00
Meta	10	2	0,12	0,11
Antioquia	8	5	0,12	0,10
Santiago de Cali D. E.	3	1	0,11	0,04
Huila	3	3	0,10	0,02
Bolívar	3	1	0,10	0,17
Arauca	2	2	0,10	0,17
Cartagena de Indias D. T.	4	1	0,09	0,00
Barranquilla D. E.	2	1	0,08	0,00
Atlántico	2	3	0,06	0,12
Sucre	2	1	0,06	0,12
Santander	5	3	0,06	0,09
Cesar	1	1	0,05	0,21
Córdoba	4	5	0,05	0,03
Cundinamarca	1	0	0,03	0,04
Norte de Santander	2	3	0,03	0,15
Tolima	1	11	0,02	0,10
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,05
Magdalena	0	2	0,00	0,00
Buenaventura D. E.	0	1	0,00	0,74
Nariño	0	1	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	0	1	0,00	0,22
Risaralda	3	0	0,31	0,10
Exterior	4	0	1,88	0,78
Colombia	68	56	0,07	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: Semana Epidemiológica.

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 31 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 desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos. En el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

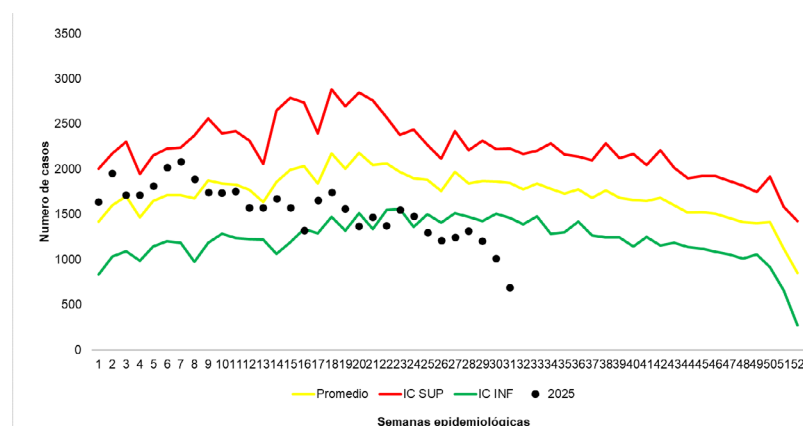
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual se utilizó una escala de colores basada en cuantiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/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 14).

Figura 14. Canal endémico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025.



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 31, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 31 del 2025 se notificaron 1 378 casos de malaria para un acumulado de 48 252 casos, de los cuales 47 468 son de malaria no complicada y 784 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,1 % (32 400), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,7 % (15 318) e infección mixta con 1,1 % (534). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,5 %), Antioquia (15,8 %), Nariño (13,7 %), Córdoba (8,7 %), Vaupés (6,3 %), Risaralda (3,9 %), Cauca (3,4 %), Amazonas (3,1 %), Vichada (2,5 %), Buenaventura D. E. (2,5 %), Bolívar (2,4 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,7 %). Mientras que por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,2 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 24 a 27	Casos 2025 SE 28 a 31	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 672	150	301	109,98
Córdoba	Tierralta	2 390	218	181	23,95
Chocó	Quibdó	2 048	137	154	14,16
Risaralda	Pueblo Rico	1 695	157	152	100,96
Antioquia	El Bagre	1 484	136	156	26,36
Nariño	El Charco	1 294	229	181	55,66
Nariño	Roberto Payán	1 244	62	117	93,34
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 167	117	154	3,60
Chocó	Lloró	1 107	70	150	104,33
Chocó	Bajo Baudó	1 104	160	104	32,54
Nariño	Maguí	1 070	33	69	4,01
Guainía	Inírida	994	71	74	26,22
Vichada	Cumaribo	991	70	111	11,39
Nariño	Olaya Herrera	971	96	155	36,68
Chocó	Tadó	945	62	145	46,89
Córdoba	Puerto Libertador	945	59	93	20,81
Chocó	Bagadó	830	108	99	70,08
Cauca	Timbiquí	829	18	62	29,49
Boyacá	Cubará	828	47	69	97,19
Amazonas	Tarapacá (CD)	824	30	88	188,34
Chocó	Istmina	796	87	122	23,54
Chocó	Medio San Juan	767	83	98	65,20
Antioquia	Nechí	744	64	40	26,67
Chocó	El Cantón del San Pablo	679	46	50	98,32
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	673	74	69	2,52
Chocó	Alto Baudó	670	76	88	21,43
Nariño	Barbacoas	661	35	42	11,28
Bolívar	Montecristo	659	77	89	35,87
Cauca	Guapi	589	37	59	19,94
Antioquia	Chigorodó	587	53	77	9,43
Chocó	Carmen del Darién	564	36	37	25,46
Antioquia	Turbo D. E.	562	56	84	4,18
Antioquia	Segovia	462	60	71	11,29
Antioquia	Cáceres	456	77	75	14,63
Antioquia	Mutató	444	46	29	29,53

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 73,3 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, se observa que 15 municipios aportan el 47,8 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia incremento en los municipios de Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida y Bagadó, y decremento en los municipios de Mitú, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Tarapacá (CD), Lloró, Montecristo y Chigorodó (tabla 23). En 15 municipios aportan el 62,0 % de los casos por *P. falciparum*; de los cuales se evidencia incremento en los municipios de El Charco, Bajo Baudó y Tierralta, y decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Roberto Payán, Magüi, Buenaventura D. E., Guapi, Olaya Herrera, Tadó, Barbacoas, Lloró, Istmina y Medio San Juan, como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 24 a 27 de 2025	Casos SE 28 a 31 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	290	142	-51 %	8,0 %
Córdoba	Tierralta	155	191	23 %	6,3 %
Risaralda	Pueblo Rico	130	133	2 %	4,6 %
Antioquia	El Bagre	114	122	7 %	3,7 %
Chocó	Quibdó	75	83	11 %	3,4 %
Guainía	Inírida	68	69	1 %	3,0 %
Córdoba	Puerto Libertador	79	52	-34 %	2,7 %
Boyacá	Cubará	69	47	-32 %	2,6 %
Vichada	Cumaribo	89	55	-38 %	2,4 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	73	26	-64 %	2,1 %
Chocó	Lloró	84	40	-52 %	1,9 %
Chocó	Bagadó	66	80	21 %	1,9 %
Bolívar	Montecristo	76	69	-9 %	1,8 %
Antioquia	Chigorodó	68	47	-31 %	1,7 %
Chocó	Carmen del Darién	35	36	3 %	1,7 %

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

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 31 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 24 a 27 de 2025	Casos SE 28 a 31 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	174	221	27 %	7,9 %
Chocó	Quibdó	77	53	-31 %	6,0 %
Cauca	Timbiquí	61	18	-70 %	5,4 %
Nariño	Roberto Payán	65	21	-68 %	5,4 %
Nariño	Magüi	41	21	-49 %	5,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	99	85	-14 %	4,8 %
Chocó	Bajo Baudó	57	76	33 %	3,7 %
Cauca	Guapi	53	33	-38 %	3,6 %
Nariño	Olaya Herrera	91	48	-47 %	3,4 %
Chocó	Tadó	76	32	-58 %	3,4 %
Nariño	Barbacoas	19	13	-32 %	3,1 %
Chocó	Lloró	62	26	-58 %	2,8 %
Chocó	Istmina	58	36	-38 %	2,7 %
Córdoba	Tierralta	25	27	8 %	2,6 %
Chocó	Medio San Juan	41	38	-7 %	2,3 %

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 31 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; trece departamentos y veinticuatro municipios se encuentran en situación de brote (tabla 25) y un departamento y seis municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 26).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 31 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 31 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 28 A 31	Observado SE 28 A 31 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2 721	273	151
Nariño	El Charco	5	1 298	77	231
Vichada	Cumaribo	5	1 009	60	71
Boyacá	Cubará	4	833	33	47
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	683	41	46
Antioquia	Cáceres	4	457	35	77
Arauca	Saravena	4	413	9	42
Amazonas	Leticia	4	408	11	39
Antioquia	Tarazá	4	380	23	42
Caquetá	Florencia	4	246	2	11
Meta	Puerto Gaitán	4	242	12	38
Vichada	Puerto Carreño	4	191	9	24
Meta	Puerto López	4	189	1	18
Chocó	Cértegui	4	146	13	17
Risaralda	La Virginia	4	80	1	7
Vaupés	Taraira	5	76	4	23
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	66	3	6
Valle del Cauca	Pradera	4	49	1	9
Arauca	Fortul	4	42	0	8
Antioquia	Yondó	4	41	0	8
Córdoba	San José de Uré	4	33	2	4
Risaralda	Pereira	4	32	1	5
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	22	1	6
Bolívar	San Jacinto del Cauca	4	14	0	3

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

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las Semanas Epidemiológicas 01 a 31 del 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 31 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 31 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 28 A 31	Observado SE 28 A 31 de 2025
Chocó	Istmina	5	805	89	88
Antioquia	Chigorodó	5	592	60	53
Antioquia	Turbo	5	574	79	57
Chocó	Sipí	4	168	16	11
Chocó	Bahía Solano	5	128	37	27
Antioquia	Vegachí	4	6	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 2025. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (32 del 2024 a 31 del 2025) es de 0,60 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 173 municipios a nivel nacional (15,4 %) y de disminución en 22 municipios (2,0 %) (tabla 28).

El 80,6 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,4 % como desnutrición aguda severa. El 6,2 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,8 %) y de 1 año (28,1 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en cabeceras municipales el 67,0 %.

Para la semana epidemiológica 31 del 2025, comparada con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T. 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 20 municipios (tabla 29).

A semana epidemiológica 31 del 2025, se han notificado 13 416 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 13 305 corresponden a residentes en Colombia y 111 casos de residentes en el exterior.

Tabla 28. 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 31, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 31 de 2024	Casos a SE 31 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	15 740	13 305	0,60	15,4	2,0
La Guajira	1 729	1 013	1,97	13,3	0,0
Vichada	226	141	1,66	0,0	0,0
Chocó	737	542	1,52	9,7	6,5
Magdalena	452	524	0,95	48,3	3,4
Amazonas	40	48	0,84	27,3	0,0
Arauca	251	118	0,83	0,0	28,6
Risaralda	286	299	0,82	28,6	7,1
Guaviare	64	48	0,82	0,0	0,0
Cesar	595	595	0,77	12,0	0,0
Casanare	208	170	0,69	5,3	5,3
Antioquia	1 789	1 817	0,68	31,2	0,8
Cartagena de Indias D. T.	268	329	0,67	0,0	0,0
Bolívar	393	384	0,65	20,0	2,2
Guainía	38	30	0,64	11,1	11,1
Vaupés	36	21	0,63	16,7	16,7
Nariño	607	439	0,62	18,8	1,6
Boyacá	324	328	0,62	8,9	0,8
Putumayo	122	123	0,61	0,0	0,0
Bogotá D. C.	2 114	1 726	0,59	0,0	0,0
Meta	349	257	0,54	10,3	0,0
Norte Santander	423	435	0,53	12,5	2,5
Buenaventura D. E.	176	115	0,51	0,0	0,0
Tolima	270	205	0,51	8,5	0,0
Huila	360	290	0,49	16,2	0,0
Cundinamarca	958	712	0,49	5,2	1,7
Sucre	176	240	0,48	34,6	0,0
Valle del Cauca	391	396	0,46	22,5	0,0
Santa Marta D. T.	76	108	0,44	100,0	0,0
Caquetá	131	93	0,43	6,3	6,3
Santiago de Cali D. E.	376	384	0,43	0,0	0,0
Santander	420	330	0,38	16,1	2,3
Córdoba	392	299	0,35	13,3	3,3
Caldas	177	117	0,34	14,8	0,0
Barranquilla D. E.	173	187	0,32	0,0	0,0
Atlántico	329	210	0,31	9,1	9,1
Quindío	56	49	0,26	0,0	0,0
Cauca	220	179	0,26	2,4	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	4	0,15	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 32 del 2024 a SE 31 de 2025.

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

Tabla 29. 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 31 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Chocó	Quibdó	49	92
Antioquia	Turbo D. E.	36	90
Sucre	Sincelejo	27	58
Tolima	Ibagué	36	57
Antioquia	Itagüí	27	52
Boyacá	Sogamoso	22	45
Risaralda	Dosquebradas	23	43
Valle del Cauca	Jamundí	23	41
Antioquia	Rionegro	21	33
Valle del Cauca	Yumbo	24	32
Cesar	Aguachica	17	31
Cundinamarca	Chía	17	30
Cauca	Popayán	19	29
Cundinamarca	Fusagasugá	41	27
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	12	27
Antioquia	Envigado	9	21
Norte de Santander	Villa del Rosario	38	21
Bolívar	Turbaco	9	18
Cundinamarca	Girardot	34	15
Santander	Floridablanca	21	8

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>

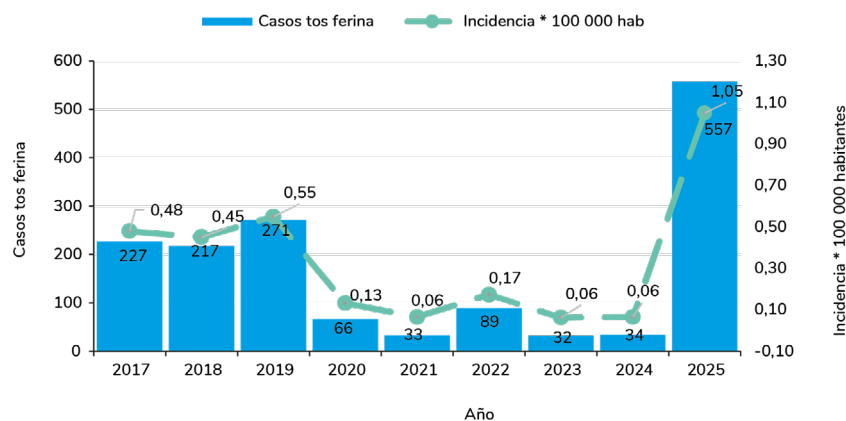
Tos ferina

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina; ya sea por laboratorio, nexa epidemiológico o criterio clínico. Las tasas de incidencia se calcularon únicamente con base en los casos cuya procedencia corresponde a Colombia.

Durante el periodo analizado (semana epidemiológica 30) a nivel nacional se han reportado en Sivigila un total de 4 426 casos de tos ferina. De estos, el 12,7 %, equivalente a 563 casos han sido confirmados (557 procedentes de Colombia y 6 del exterior); el 75,4 % (3 336 casos) fueron descartados y el 11,9 % (526 casos) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 1,05 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un aumento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,55 casos por cada 100 000 habitantes (figura 15).

Figura 15. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 30, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 30, de 2019 a 2025.

El mayor número de casos se reporta en Bogotá D. C. con 203 casos y una incidencia de 2,61 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 1,91 (133 casos), Cundinamarca con 0,96 (35 casos) y Huila con 1,91 (23 casos).

En la tabla 30 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia, junto con su respectiva incidencia, comparados con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 30. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 30 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrográfico	2025
Colombia	0,49	0,12	0,06	0,17	0,06	0,06	1,05		557
Bogotá D. C.	0,58	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,61		207
Antioquia	0,69	0,17	0,09	0,13	0,03	0,07	1,91		133
Cundinamarca	0,45	0,13	0,03	0,00	0,09	0,14	0,96		35
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,08	0,25	1,91		23
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64		16
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	1,52		16
Cartagena de Indias D. T.	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,31		14
Chocó	0,19	0,18	1,57	0,17	0,00	0,33	1,95		12
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,44		9
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,74		8
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,66		8
Cesar	0,32	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,49		7
Cauca	0,27	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,36		7
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,31		7
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,45		6
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40		6
Nariño	0,31	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,35		6
Santander	0,31	0,13	0,39	0,04	0,00	0,00	0,25		6
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,14		4
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,34		4
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,30		3
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,62		2
Caqueté	0,74	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,46		2
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,35		2
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,11	0,11	0,00	0,21		2
Barranquilla D. T.	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,22	0,15		2
Norte de Santander	0,83	0,12	0,00	0,00	0,18	0,06	0,12		2
Tolima	0,15	0,00	0,07	0,07	0,07	0,14	0,07		1
Exterior	-	-	-	-	-	-	-		6

Fuente: sivigila 2019-2025p

En las últimas cuatro semanas, la incidencia fue de 0,09 casos por cada 100 000 habitantes (46 casos). La mayor incidencia se registró en el distrito de Bogotá con 0,23 casos por cada 100 000 habitantes (18 casos), seguido de Antioquia con 0,09 (6 caso) (tabla 31).

Tabla 31. Tendencia de casos de tos ferina por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (23 a 30) del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 23-26)	Casos PE actual (SE 27-30)	Incidencia PE anterior (SE 23-26)	Incidencia PE actual (SE 27-30)	Tendencia de la incidencia
Colombia	557	1,05	68	46	0,13	0,09	
Bogotá, D. C.	207	2,61	19	18	0,24	0,23	
Antioquia	133	1,91	23	6	0,33	0,09	
Cartagena de Indias D. T.	14	1,31	0	6	0,00	0,56	
Boyacá	6	0,45	0	4	0,00	0,30	
Cundinamarca	35	0,96	8	3	0,22	0,08	
Bolívar	8	0,66	2	2	0,16	0,16	
Caldas	16	1,52	1	2	0,10	0,19	
Nariño	6	0,35	1	2	0,06	0,12	
Barranquilla D. E.	2	0,15	0	1	0,00	0,07	
La Guajira	8	0,74	0	1	0,00	0,09	
Arauca	2	0,62	0	1	0,00	0,31	
Atlántico	6	0,40	0	0	0,00	0,00	
Cauca	2	0,46	0	0	0,00	0,00	
Cesar	7	0,44	0	0	0,00	0,00	
Córdoba	7	0,36	2	0	0,10	0,00	
Chocó	12	1,95	1	0	0,16	0,00	
Huila	23	1,91	0	0	0,00	0,00	
Magdalena	2	0,21	1	0	0,10	0,00	
Santa Marta D. T.	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Meta	4	0,34	0	0	0,00	0,00	
Norte de Santander	2	0,12	1	0	0,06	0,00	
Quindío	2	0,35	0	0	0,00	0,00	
Risaralda	16	1,64	2	0	0,21	0,00	
Santander	6	0,25	0	0	0,00	0,00	
Sucre	3	0,30	1	0	0,10	0,00	
Tolima	1	0,07	1	0	0,07	0,00	
Valle del Cauca	9	0,44	2	0	0,10	0,00	
Santiago de Cali D. E.	7	0,31	1	0	0,04	0,00	
Buenaventura D. E.	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Casanare	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Putumayo	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Amazonas	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Guainía	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Guaviare	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Vaupés	0	0,00	0	0	0,00	0,00	
Vichada	4	3,14	1	0	0,78	0,00	
Exterior	6	-	-	1	-	-	

Fuente: savigila 2019-2025p

Tabla 32. Casos de tos ferina en etnia indígena, por departamento de procedencia, en Semana Epidemiológica 30 del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		65	Abierto
Antioquia	Urrao	28	Cerrado
	Betulía	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	5	Cerrado
Chocó	Bagadó	9	Abierto
	Tadó	1	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha D.E.	2	Cerrado
	Uribia	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Cerrado
Meta	Puerto Gaitán	1	Cerrado
Risaralda	Pueblo Rico	1	Abierto
	Mistrató	1	Cerrado
Magdalena	Ciénaga	1	Cerrado
Vichada	Cumaribo	1	Abierto

Fuente: Savigila 2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 30 del 2025.

Durante el periodo analizado se notificaron 65 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 17 municipios de once entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 28 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 9 casos y Bogotá D. C. con 6 casos (tabla 32).

A la fecha, continúan en seguimiento los brotes en población indígena en Bagadó y Tadó (Chocó), Cumaribo (Vichada) y Pueblo Rico (Risaralda) (tabla 32).

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, agosto 5 de 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 127 casos de fiebre amarilla y 2 casos procedentes del exterior, con 53** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), de las cuales cinco (5) se excluyen del cálculo de letalidad porque se determinó que la causa de muerte no fue fiebre amarilla (Cunday 2, Dolores 1, Vale de San Juan 1, Chaparral 1), con una letalidad acumulada preliminar es del 37,7 % (48/127)**.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. **En lo corrido del 2025**, se han confirmado 104 casos de fiebre amarilla de los cuales 35 resultaron en defunción (cifra preliminar**).

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

- **Tolima (107 casos):** Ataco (25), Villarrica (19), Prado (17), Cunday (17), Chaparral (8), Rioblanco (7), Purificación (6), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villa Garzón (2), San Miguel (1), Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1), La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1), El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (2 casos):** procedentes del estado de Apure-Venezuela.

** Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, de los hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y del análisis epidemiológico.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Las mortalidades acumuladas 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (33)**, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad promedio de los casos es de 45 años (rango entre 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (102 hombres y 25 mujeres). Los grupos etarios más afectados son los mayores de 65 años (26 casos) y los de 60 a 64 años (14 casos).

Se han confirmado 66 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 49 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Cunday (3) y Purificación (1); ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6) y Orito (2) y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

** Se excluyen del cálculo de letalidad cinco (5) casos en los que su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima. Agosto 5 de 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de Ataco, Villarrica, Prado, Cunday, Chaparral, Rioblanco, Purificación, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Valle de San Juan, y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en octubre de 2024, y hasta la fecha se han confirmado 107 casos de fiebre amarilla, 106 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico. El último caso confirmado por fiebre amarilla corresponde a una mujer de 31 años, ocupación ama de casa y recolectora de café, con procedencia en Ataco (Tolima), y con fecha de inicio de síntomas el 27 de julio de 2025, sin antecedente vacunal para fiebre amarilla en PAI web.

Se han registrado 33** fallecimientos acumulados en el periodo 2024-2025p, lo que corresponde a una letalidad acumulada del 31 %** (33 /107).

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

** Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, de los hallazgos de laboratorio (viroológico y patológico) y del análisis epidemiológico.

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.

Brote de varicela en población de interés especial, Sincelejo, Sucre. 30 de julio de 2025.

Situación identificada en una institución penitenciaria de Sincelejo, Sucre. El primer caso se detectó el 07 de julio de 2025, y el 09 de julio de 2025 se inició la investigación epidemiológica de campo. Actualmente se registra un caso entre 676 personas expuestas, resultando en una tasa de ataque del 0,15 %. Ningún caso requirió hospitalización, no se han registrado fallecidos ni se ha identificado población de alto riesgo de complicaciones. El último caso conocido presentó erupción el 23 de junio del 2025 y está bajo seguimiento por 42 días con la hipótesis de contagio de origen comunitario. Las acciones de control implementadas incluyen el aislamiento del caso, educación y comunicación a la población expuesta, suspensión de visitas, promoción de medidas de autocuidado como uso obligatorio e inmediato de tapabocas, no compartir utensilios para alimentación, restringir visitas y aislar del brote a la población con alto riesgo de complicaciones por varicela. Se realizó una búsqueda activa comunitaria el 07 de julio del 2025 para garantizar muestras para diagnóstico diferencial de Mpox y se establecieron reuniones de coordinación entre las entidades territoriales, el establecimiento penitenciario y representantes de derechos humanos. La situación permanece en seguimiento hasta su cierre y está sujeta a posibles cambios.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 31 del 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: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Resumen mundial de casos recientes de Influenza A(H5N1) en humanos. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). 04 de agosto de 2025.

Entre el 1 de enero y el 4 de agosto del 2025 se detectaron 26 infecciones en humanos por los virus de la influenza A(H5N1), incluidos 11 fallecimientos que ocurrieron en Camboya (8), India (2) y México (1).

En Camboya, se notificaron 14 infecciones humanas por el virus de la influenza A(H5N1), incluidas ocho muertes; de estas infecciones, siete fueron en niños. La secuenciación genética los ha identificado como virus del clado H5 2.3.2.1e, que ha circulado entre las aves de corral en Camboya y la región.

India notificó dos infecciones mortales por el virus de la gripe A(H5N1) en un niño y en un adulto durante el 2025. Los resultados de la secuenciación genética indican que el virus H5N1 pertenece al clado 2.3.2.1a, que circula en la región.

México reportó una infección fatal en un niño en el 2025, sin reporte de exposición a aves de corral u otros animales infectados. Los resultados de la secuenciación genética indicaron que el virus de la influenza A(H5N1) asociado con esta infección era el clado 2.3.4.4b, que circula en América del Norte.

Vietnam reportó en 2025, una infección en un niño con encefalitis que tuvo antecedente de contacto con aves de corral muertas. Los resultados de la secuenciación genética de la muestra del paciente se identificaron como el clado 2.3.2.1.e.

Otros países que han detectado casos humanos de gripe aviar H5N1 durante 2025 incluyen Bangladesh (3 casos), China (1 caso), Reino Unido (1 caso) y Estados Unidos (3 casos).

No se identificó propagación de persona a persona en ninguno de estos casos.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Summary of Recent Human Cases of H5N1 Bird Flu. Fecha de publicación: 04 de agosto de 2025. Fecha de consulta: 06 de agosto de 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bird-flu/spotlights/h5n1-summary-08042025.html>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 31 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 31

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 confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			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	40	1	2	303	31	39	0	0	0	84	9	16	0	0	0	3	0	1	1597	127	118
Antioquia	378	10	6	12767	1294	1567	56	4	9	2304	138	262	497	42	29	57	9	3	7628	919	796
Arauca	68	3	1	544	49	76	24	1	1	709	41	67	2	0	0	37	6	5	512	7	52
Atlántico	69	2	2	2711	260	300	47	6	11	1347	109	162	2	1	0	4	1	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	11	1	0	2874	237	355	28	4	0	881	83	50	14	2	3	16	4	1	0	0	0
Bogotá D.C.	2	0	0	15001	1721	1939	0	0	0	0	0	0	76	12	6	8	0	1	0	0	0
Bolívar	194	6	6	1947	192	215	28	7	3	1193	160	187	1	1	0	3	1	0	1162	96	128
Boyacá	42	2	1	4517	462	596	2	0	0	247	14	19	4	1	0	2	0	1	833	0	47
Buenaventura D.E.	14	1	1	82	12	15	3	0	0	60	10	5	0	0	0	0	0	0	1196	166	120
Caldas	43	3	1	2573	277	324	1	0	1	159	19	8	9	1	0	35	4	7	18	2	1
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	3262	406	372	18	5	0	962	213	78	58	28	1	39	6	1	5	1	2
Caquetá	142	3	3	743	85	100	28	1	0	866	44	37	2	0	0	3	1	0	317	6	16
Cartagena de Indias D.T.	13	1	3	1194	125	139	50	4	1	1103	61	57	4	0	0	0	0	0	5	0	2
Casanare	106	4	3	1132	112	159	5	3	0	453	110	51	37	1	10	3	1	0	5	5	2
Cauca	69	2	0	3608	431	492	11	1	2	356	22	18	21	1	3	6	0	1	1608	281	60
Cesar	203	5	10	1974	181	247	40	10	3	1161	192	218	4	1	1	21	1	4	13	2	1
Chocó	143	4	8	187	17	19	5	1	0	126	17	19	2	0	0	1	0	0	13182	2410	1211
Córdoba	188	9	4	3341	356	419	26	6	2	2809	169	439	3	1	0	9	1	3	4134	926	347
Cundinamarca	50	1	0	9552	986	1229	18	1	1	1341	82	78	14	2	1	16	1	1	0	0	0
Guainía	17	0	0	123	10	19	0	0	0	12	1	4	0	0	0	0	0	0	1070	355	80
Guaviare	71	2	0	254	25	36	4	0	0	199	8	27	1	0	0	1	0	0	674	93	41
Huila	106	3	1	4197	426	522	88	11	8	1068	157	95	7	0	0	6	0	2	3	0	2
La Guajira	87	4	0	1445	159	187	29	2	2	1324	77	130	2	0	0	10	1	2	30	1	0
Magdalena	93	1	3	1651	177	177	11	2	1	651	76	185	0	1	0	7	1	2	5	1	1
Meta	185	8	2	2851	280	351	98	4	11	2800	181	241	50	2	5	12	2	2	671	38	71
Nariño	78	4	2	4810	497	612	11	1	2	267	19	47	4	0	2	14	2	1	6627	967	613
Norte de Santander	216	6	10	4264	405	557	84	4	12	2679	151	381	21	12	0	2	0	1	377	210	50
Putumayo	114	1	1	1176	116	161	16	0	2	830	22	34	0	0	0	3	1	0	56	5	4
Quindío	12	0	0	1973	219	262	1	0	0	216	8	24	28	1	0	4	1	0	3	2	0
Risaralda	36	1	1	2822	304	352	10	0	1	353	11	25	6	1	1	1	0	0	1876	311	170
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	307	26	38	0	0	0	19	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	28	1	0	1510	107	224	3	1	0	224	21	51	1	0	0	7	1	1	0	0	0
Santander	149	4	2	5069	476	628	48	6	7	2656	249	328	79	5	3	13	2	2	10	1	1
Sucre	66	2	1	1906	183	226	23	6	3	1795	176	240	2	0	0	3	1	0	62	6	7
Tolima	108	2	0	4630	474	604	57	5	7	1692	254	178	5	1	0	23	3	3	0	0	0
Valle del Cauca	53	1	1	5768	592	728	23	2	3	1080	133	93	17	4	1	38	6	0	56	6	11
Vaupés	35	2	2	150	12	20	1	0	0	9	2	1	12	0	1	2	1	0	3052	210	183
Vichada	30	0	2	173	19	32	3	0	0	228	6	38	0	0	0	0	0	0	1211	148	96
Total nacional	3.265	100	79	113.391	11.741	14338	900	98	93	34.263	3.047	3.893	985	121	67	409	51	45	48.001	7.379	4.233

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 31

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		
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		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	3	4	1	4018	685	489	124	13	19	0	0	0	3412	378	300	0	0	0
Antioquia	170	23	41	612821	79183	73550	31332	3007	3985	3589	867	799	228654	37166	33181	7	8	0
Arauca	9	2	3	16479	2535	2163	2357	169	365	61	3	22	5263	730	708	1	1	0
Atlántico	9	4	1	101033	11723	13736	2153	299	308	1298	241	417	46336	4192	6779	6	2	0
Barranquilla D.E.	25	11	4	146685	19704	19712	8288	429	1209	1285	297	325	58421	6461	7585	2	2	0
Bogotá D.C.	178	37	48	1188029	137555	137201	57590	5491	7085	6148	1818	1850	469662	53126	49361	11	8	0
Bolívar	9	3	3	85727	11736	12478	1690	243	233	284	133	69	19664	2866	2783	3	2	1
Boyacá	28	4	5	92893	13471	12723	5369	561	816	321	121	102	31931	3912	3578	1	2	0
Buenaventura D.E.	4	2	1	4178	957	612	85	0	9	9	1	1	1814	397	221	0	1	0
Caldas	17	2	4	57097	8628	6895	2449	311	310	886	180	225	19358	2681	2120	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	54	13	14	172354	23626	17111	6439	662	425	438	130	76	65090	11531	7858	1	3	0
Caqueté	9	4	3	21287	3873	4390	1292	157	249	25	9	8	8791	1694	1264	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	11	3	3	134285	17326	17014	8318	406	1068	1071	289	304	34905	4497	3784	3	1	0
Casanare	4	1	1	18528	3205	2755	315	90	58	21	15	8	7134	1020	882	1	1	0
Cauca	23	5	4	77597	10431	9156	2645	180	270	433	64	136	26095	4558	3487	3	2	0
Cesar	16	5	7	85942	11024	10673	4504	677	656	292	94	53	18951	3378	2559	2	2	0
Chocó	12	2	2	18813	1907	2902	1628	155	240	13	5	2	9500	950	1450	0	1	0
Córdoba	26	3	8	137268	15190	19680	4635	606	828	966	280	289	38125	4969	4557	4	3	1
Cundinamarca	54	7	13	266858	30299	34976	9643	1004	1247	1123	354	323	98360	11573	11244	6	5	0
Guainía	0	0	0	1839	194	360	86	25	16	1	0	0	1064	135	114	0	0	0
Guaviare	0	0	0	4684	708	684	191	45	25	35	6	7	2099	275	231	0	0	0
Huila	15	6	4	76655	11967	11113	3972	446	550	474	123	170	27971	4280	3268	3	2	0
La Guajira	8	1	3	143346	11943	19854	1652	533	195	160	67	24	24220	4728	3309	1	2	0
Magdalena	5	4	2	73806	8893	11585	2571	242	300	75	23	14	21957	3360	3126	0	2	0
Meta	11	0	0	58786	8537	8041	2380	243	275	168	114	66	31061	4130	3964	5	2	0
Nariño	48	9	18	97751	14608	11619	5655	445	736	118	58	42	31221	7161	3705	3	2	0
Norte de Santander	46	7	12	114672	12154	14547	6300	819	930	551	159	169	35488	6155	4433	6	2	0
Putumayo	6	1	1	23102	2819	2919	937	129	111	24	9	7	7698	1107	985	1	1	0
Quindío	9	5	5	38255	6474	5413	2006	291	262	285	71	76	16343	2563	2155	1	1	0
Risaralda	21	2	6	78312	9222	9907	4014	299	754	368	74	149	21594	3414	2508	6	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5233	719	686	628	83	107	1	4	0	1836	299	220	0	0	0
Santa Marta D.T.	7	2	3	47469	2918	5745	2138	197	316	564	153	148	12995	1614	1632	2	1	0
Santander	64	10	15	166690	17997	25881	11119	1251	1540	1459	470	414	56962	7080	6757	1	3	0
Sucre	9	3	3	58376	9114	8994	5193	641	1173	993	260	293	14529	3158	1953	3	1	0
Tolima	20	3	3	103840	12344	14674	7010	440	890	307	81	111	39352	4787	4157	5	2	0
Valle del Cauca	45	5	13	105981	13191	12837	2583	276	316	556	122	176	41701	6130	5293	0	3	0
Vaupés	12	2	2	4405	359	1463	49	15	15	9	1	5	1514	97	220	0	0	0
Vichada	3	2	1	2357	477	380	14	4	4	1	0	0	1119	174	172	1	0	0
Total nacional	990	197	257	4.447.451	547.696	564.918	209.354	20.884	27.895	24.412	6.689	6.880	1.582.190	234.006	191.903	90	68	2

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 31

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19					
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio						Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado			
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	37	10	3	14	0	0			
Antioquia	7	8	0	429	61	35	20	4	1	1332	36	169	1529	201	192	468	25	52			
Arauca	1	1	0	17	2	1	4	1	0	13	1	3	99	13	8	60	15	13			
Atlántico	6	2	0	44	4	3	0	1	0	22	1	3	529	71	80	90	16	12			
Barranquilla D.E.	2	2	0	115	9	17	0	1	0	24	3	2	521	61	71	175	26	34			
Bogotá D.C.	11	8	0	943	117	108	459	4	12	1867	65	199	3179	416	432	1803	164	162			
Bolívar	3	2	1	31	5	3	1	1	0	20	3	2	381	31	41	39	7	3			
Boyacá	1	2	0	122	17	10	17	1	3	38	5	15	548	61	87	262	25	30			
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	23	3	0	7	0	2			
Caldas	1	1	0	48	6	3	0	0	0	31	2	8	297	33	29	33	2	2			
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	94	22	4	0	1	0	22	3	2	705	84	59	350	12	11			
Cauquetá	0	1	0	23	3	1	0	0	0	4	3	0	172	11	17	13	2	0			
Cartagena de Indias D.T.	3	1	0	40	4	5	1	1	0	31	3	13	310	63	44	15	1	0			
Casanare	1	1	0	19	3	2	5	0	0	1	2	0	103	15	17	12	1	7			
Cauca	3	2	0	45	5	8	1	1	0	21	2	1	372	31	16	207	13	8			
Cesar	2	2	0	38	3	4	0	1	0	16	6	0	204	32	21	26	5	6			
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	0	0	96	3	6	32	7	1	15	1	0			
Córdoba	4	3	1	102	14	9	2	1	0	30	1	4	652	119	44	96	17	11			
Cundinamarca	6	5	0	267	33	25	147	2	3	400	17	37	1601	162	235	340	29	19			
Guainía	0	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	70	2	4	0	0	0			
Guaviare	0	0	0	8	1	0	2	1	0	3	0	3	55	3	5	4	1	0			
Huila	3	2	0	98	14	8	3	1	0	65	8	3	409	38	29	72	10	5			
La Guajira	1	2	0	19	3	1	0	1	0	13	1	3	292	26	22	30	8	1			
Magdalena	0	2	0	25	2	1	0	1	0	19	1	4	223	20	23	14	1	1			
Meta	5	2	0	54	7	8	8	1	0	75	6	25	392	50	64	70	13	13			
Nariño	3	2	0	101	17	4	3	1	1	69	8	9	392	60	43	63	5	4			
Norte de Santander	6	2	0	131	15	15	2	1	0	23	6	3	571	67	70	70	19	13			
Putumayo	1	1	0	19	4	1	1	1	0	16	1	2	144	23	9	77	5	2			
Quindío	1	1	0	23	4	2	1	1	0	15	1	4	193	31	16	61	3	4			
Risaralda	6	1	0	32	5	5	0	1	0	42	1	1	449	36	40	28	2	1			
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	13	0	2	0	1	0	0	0	0	23	2	6	0	0	0			
Santa Marta D.T.	2	1	0	8	1	1	0	0	0	4	2	3	118	8	20	27	2	8			
Santander	1	3	0	68	8	12	0	1	0	52	10	9	438	58	53	202	42	39			
Sucre	3	1	0	53	9	9	2	1	0	36	13	5	314	31	50	123	7	9			
Tolima	5	2	0	43	7	6	6	1	0	25	3	6	622	70	48	63	5	2			
Valle del Cauca	0	3	0	93	13	6	2	1	0	18	6	3	758	86	65	181	11	3			
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	2	2	1	7	0	0	9	0	0			
Vichada	1	0	0	1	0	0	0	1	0	10	0	6	7	3	1	6	0	0			
Total nacional	90	68	2	3.182	409	319	695	38	20	4.459	222	556	16,771	1,935	1,965	5.125	495	477			

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 31

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados 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	32	48	0	0	0	1	41	47	9	8
Antioquia	0	0	0	0	1076	1817	1	0	0	0	3137	3162	678	734
Arauca	1	0	0	0	186	118	0	0	0	0	103	125	11	11
Atlántico	0	0	0	0	234	210	0	0	0	0	526	562	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	123	187	0	0	0	0	517	580	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1897	1726	2	1	0	0	2895	3220	0	0
Bolívar	0	0	0	0	251	384	0	0	0	0	324	340	242	285
Boyacá	1	0	0	0	285	328	0	0	0	0	586	638	68	166
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	82	115	0	0	0	0	54	52	9	7
Caldas	0	0	0	0	103	117	0	0	0	0	717	619	124	128
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	280	384	1	0	0	1	952	1138	1	1
Caquetá	0	0	0	0	122	93	0	0	0	0	148	129	136	141
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	157	329	0	0	0	0	320	352	1	0
Casanare	4	2	0	0	202	170	0	0	0	0	171	203	5	4
Cauca	0	0	0	0	185	179	0	0	1	0	502	490	29	37
Cesar	4	0	0	0	432	595	1	0	0	0	347	380	44	293
Chocó	0	0	0	0	489	542	0	0	0	0	63	86	143	138
Córdoba	0	0	0	0	351	299	0	0	0	0	588	632	114	117
Cundinamarca	0	0	0	0	746	712	0	0	0	2	1266	1558	127	111
Guainía	0	0	0	0	37	30	0	0	0	0	16	16	10	15
Guaviare	0	0	0	0	69	48	0	0	0	0	35	36	230	84
Huila	0	0	0	0	264	290	0	1	0	1	502	422	5	7
La Guajira	0	0	0	0	1102	1013	1	0	0	0	164	235	14	14
Magdalena	0	0	0	0	336	524	0	0	0	0	211	239	5	7
Meta	0	0	0	0	251	257	0	0	0	0	426	392	124	73
Nariño	0	1	0	0	413	439	0	0	0	0	819	951	149	125
Norte de Santander	0	0	0	0	405	435	2	0	0	0	622	710	127	127
Putumayo	0	0	0	1	116	123	0	0	0	0	194	181	149	141
Quindío	0	0	0	0	61	49	0	0	0	0	315	275	0	0
Risaralda	0	0	0	0	228	299	0	0	0	0	694	791	58	69
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	4	0	0	0	0	14	20	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	58	108	0	0	0	0	164	206	6	11
Santander	1	1	0	0	269	330	0	0	0	0	907	1067	336	530
Sucre	0	0	0	0	140	240	0	2	0	0	288	297	58	48
Tolima	0	0	0	0	212	205	0	0	0	0	721	667	171	141
Valle del Cauca	0	0	0	0	251	396	0	0	0	0	767	842	11	9
Vaupés	0	0	0	0	49	21	0	0	0	0	40	57	28	12
Vichada	0	0	0	0	182	141	0	0	0	0	14	15	28	10
Total nacional	11	4	1	1	11.681	13.305	6	4	3	5	20170	21732	3.460	3.628

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 31

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 sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	13	8	17	12	6	2	18	28	8	7	83	170
Arauca	1	0	2	0	1	0	1	2	1	1	4	5
Atlántico	0	2	6	5	1	0	6	2	5	3	18	22
Barranquilla D.E.	0	4	4	4	1	1	4	3	2	0	16	29
Bogotá D.C.	1	2	17	9	0	1	34	15	0	0	95	378
Bolívar	2	3	7	5	1	0	6	4	7	2	14	1
Boyacá	0	0	3	2	1	2	4	6	0	1	16	24
Buenaventura D.E.	1	0	2	1	0	2	2	2	2	1	4	2
Caldas	1	2	2	0	0	1	2	2	0	0	12	3
Santiago de Cali D.E.	2	2	5	3	0	1	5	8	1	0	27	39
Caquetá	0	3	2	1	0	0	5	2	2	1	5	1
Cartagena de Indias D.T.	3	2	5	1	0	1	5	4	2	1	13	12
Casanare	0	0	2	3	1	0	1	0	1	1	6	7
Cauca	2	1	6	1	3	4	7	7	1	2	19	9
Cesar	0	2	8	9	4	3	6	4	14	8	17	16
Chocó	1	0	9	4	20	9	21	30	26	17	7	4
Córdoba	1	0	10	4	1	4	9	4	4	7	23	20
Cundinamarca	0	1	10	6	0	2	8	14	3	0	44	41
Guainía	0	0	0	2	1	0	2	1	1	2	1	0
Guaviare	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
Huila	0	1	4	2	0	0	5	3	2	1	14	11
La Guajira	0	0	13	9	18	11	23	11	35	24	13	0
Magdalena	0	0	7	0	1	1	8	9	9	5	11	2
Meta	0	0	6	1	1	1	6	6	5	2	14	9
Nariño	1	0	8	5	1	1	7	9	3	2	20	9
Norte de Santander	1	0	6	5	1	1	3	1	4	0	20	15
Putumayo	1	1	2	0	0	1	3	1	1	0	5	3
Quindío	2	1	2	1	0	1	2	0	0	0	7	5
Risaralda	4	2	3	2	6	7	5	7	5	5	12	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	2	5	0	1	0	2	0	0	0	7	10
Santander	1	1	7	3	1	0	5	1	1	0	29	18
Sucre	0	1	3	1	0	0	4	6	1	0	12	31
Tolima	6	5	4	2	2	0	6	3	1	1	16	8
Valle del Cauca	3	2	4	2	1	0	9	7	5	1	24	33
Vaupés	0	0	0	0	2	4	2	0	1	1	1	0
Vichada	0	0	2	1	2	0	1	3	8	6	1	0
Total nacional	276	398	189	106	82	62	246	207	144	102	633	939

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

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

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 31

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 confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	3	10	16	0	0	39	42	1	0	340	403
Antioquia	103	72	704	791	0	0	2070	2887	64	96	13241	12883
Arauca	29	12	105	101	0	0	82	84	1	0	661	778
Atlántico	31	15	206	229	0	0	259	340	10	19	1427	1608
Barranquilla D.E.	47	10	255	219	0	0	468	569	11	20	1446	1660
Bogotá D.C.	105	39	554	567	0	0	894	896	22	15	17377	19925
Bolívar	28	20	178	206	1	2	100	140	3	1	1367	1533
Boyacá	14	17	62	52	0	0	89	146	2	3	2351	2783
Buenaventura D.E.	15	11	86	65	0	0	101	145	5	3	230	183
Caldas	11	17	78	111	0	0	192	178	3	0	1782	1906
Santiago de Cali D.E.	17	10	266	322	0	1	872	923	28	31	4654	4358
Caquetá	6	9	51	62	0	0	149	180	4	5	629	668
Cartagena de Indias D.T.	42	27	188	247	0	0	241	317	2	5	837	914
Casanare	26	24	77	100	0	1	91	131	2	8	500	556
Cauca	13	10	118	107	0	2	167	180	2	1	1995	1941
Cesar	26	14	206	164	0	0	228	281	2	7	1232	1258
Chocó	31	20	137	144	0	0	119	160	1	1	243	300
Córdoba	18	8	195	153	1	0	155	180	2	8	2156	1989
Cundinamarca	42	33	225	296	0	0	331	380	9	8	7685	9309
Guainía	5	6	10	10	0	0	12	12	0	0	115	124
Guaviare	3	2	16	12	0	0	30	27	1	1	171	216
Huila	9	6	96	90	0	0	233	278	5	7	3704	3796
La Guajira	45	24	220	237	0	0	300	388	4	4	795	882
Magdalena	21	18	135	154	0	2	93	116	1	1	857	926
Meta	32	23	150	194	0	0	373	525	11	19	1429	1494
Nariño	10	9	144	137	0	1	113	138	3	3	2427	3207
Norte de Santander	57	24	296	333	0	0	393	493	9	7	2290	2527
Putumayo	4	3	57	69	0	1	61	89	2	3	757	947
Quindío	7	1	58	70	0	0	162	210	2	2	1534	1568
Risaralda	19	17	105	120	0	0	354	451	14	7	2188	2303
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	2	4	8	0	0	4	14	0	0	118	159
Santa Marta D.T.	11	12	68	112	0	0	134	196	2	3	391	485
Santander	40	41	251	311	0	0	519	885	17	8	3693	4032
Sucre	15	15	127	119	1	0	60	68	0	0	1120	1164
Tolima	17	18	106	85	0	1	322	476	8	7	1798	2037
Valle del Cauca	18	24	184	215	0	0	420	531	11	19	4134	4502
Vaupés	1	0	2	2	0	0	8	17	0	0	118	253
Vichada	3	8	23	28	0	0	22	12	0	1	143	140
Total nacional	960	624	6.038	6.258	3	11	10.26	13.085	266	323	87.936	95.717



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 31
27 de julio al 2 de agosto de 2025

TEMA CENTRAL

Análisis exploratorio de la relación entre factores ambientales y la distribución de la fiebre amarilla en Colombia

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Bacterióloga, especialista en Epidemiología

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Enfermera, especialista en Epidemiología

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: Iván Romero, Juanita Guerrero, William León, Jorge Candamil. **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 Montañó Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Mónica Lucía Suárez, Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.31>