



Evolución de la evaluación de desempeño de las Entidades Territoriales

La evaluación de desempeño y el ranking, ha potenciado la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, logrando que los territorios fortalezcan su capacidad de respuesta y análisis, protegiendo de manera oportuna y efectiva la salud de sus comunidades

Semana epidemiológica

32

3 al 9 de agosto de 2025



BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

	Pág.
 Tema central	3
Evolución de la evaluación de desempeño de las entidades territoriales y ranking en la serie histórica de 2018 a segundo trimestre preliminar 2025	
 Situación nacional	13
 Mortalidad	15
 Eventos trazadores	22
 Brotes y alertas	41
 Tablas de mando por departamento	44

TEMA CENTRAL

Evolución de la evaluación de desempeño de las entidades territoriales y ranking en la serie histórica de 2018 a segundo trimestre preliminar 2025

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

Sandra Patricia Silva Duarte, ssilva@ins.gov.co
María Teresa Zabala Luna, mzabala@ins.gov.co

Se analiza la evolución del desempeño de los indicadores del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en Colombia durante el periodo 2018–2025, con corte al primer trimestre de cada año. A partir de la revisión de los grupos de indicadores, se identifican patrones de comportamiento, brechas operativas y oportunidades de mejora que impactan la capacidad de respuesta del sistema ante eventos de interés en salud pública. Este análisis, complementado con comparaciones internas y transversales entre grupos, busca ofrecer una visión integral y estratégica que oriente la toma de decisiones, optimice recursos y fortalezca las capacidades territoriales, con el fin de alcanzar mayores niveles de eficiencia y efectividad en la vigilancia sanitaria.

Desde su implementación en 2018, la evaluación del desempeño del sistema ha transitado por un proceso de evolución continua, incorporando gradualmente más indicadores, mejorando los métodos de medición y fortaleciendo los mecanismos de retroalimentación hacia las entidades territoriales. En los primeros años, el enfoque se centró en medir el cumplimiento de lineamientos básicos y consolidar los procesos de notificación y análisis de eventos; posteriormente, se incluyeron indicadores más complejos relacionados con la oportunidad en la respuesta, la calidad de la información y la gestión integral del riesgo. A partir del 2023, la evaluación integró nuevas dimensiones estratégicas, como la medición de capacidades básicas y el seguimiento a metas de eliminación y control de enfermedades. Esto ha facilitado una visión más robusta y precisa del desempeño territorial y nacional, evidenciando una tendencia progresiva hacia la mejora y la madurez del Sistema.

La evaluación se organiza en grupos de indicadores con finalidades complementarias que, en conjunto, reflejan la capacidad del país para responder de manera efectiva a los retos en salud pública:

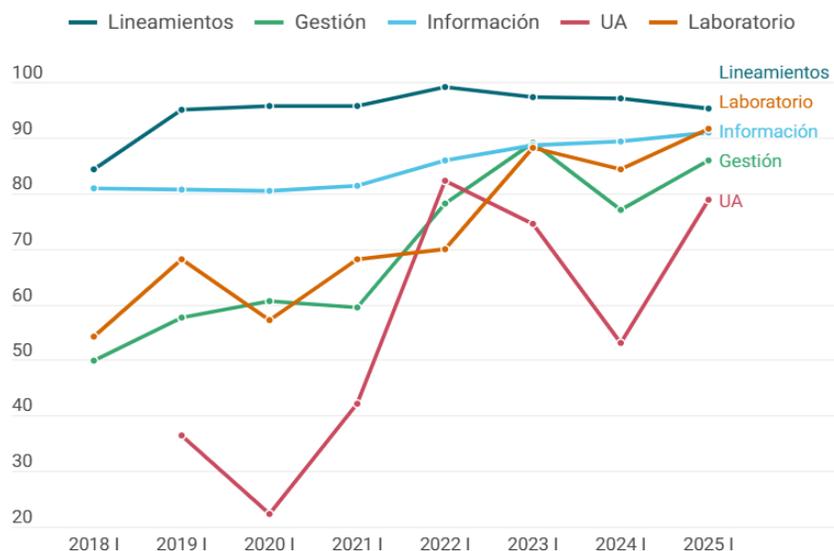
- **Indicadores de lineamientos:** miden la adopción y cumplimiento de directrices nacionales, asegurando la estandarización de procesos entre territorios.
- **Indicadores de gestión:** evalúan la eficiencia administrativa y operativa, incluyendo la articulación con actores externos al Instituto Nacional de Salud, como entidades territoriales, laboratorios departamentales y equipos de respuesta locales.
- **Subsistema de información:** valora la calidad, oportunidad y completitud de los datos reportados, garantizando la coordinación entre niveles municipal, departamental y nacional.

- **Indicadores de unidad de análisis:** examinan la capacidad instalada de departamentos, distritos, municipios y unidades primarias generadoras de datos (UPGD) para realizar investigaciones detalladas de casos y brotes, integrando la experiencia de equipos técnicos regionales y el soporte de organismos internacionales.
- **Indicadores de laboratorio y capacidades básicas:** permiten evaluar el fortalecimiento de la Red nacional de diagnóstico y la preparación técnica del Sistema, incluyendo laboratorios de salud pública y redes hospitalarias.

La comparación entre estos grupos evidencia que, aunque existen avances significativos en la consolidación de procesos, persisten brechas de desempeño ligadas a la heterogeneidad de capacidades a nivel territorial.

Análisis del grupo de indicadores

Figura 1. Promedio de la serie histórica 2018–2025 (primer trimestre) para los grupos de indicadores de lineamientos, laboratorio, información, gestión y unidad de análisis.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, promedios acumulados serie histórica 2018 a 2025

Los indicadores evaluados muestran una tendencia sostenida de mejora,

con incrementos progresivos en los niveles de cumplimiento y una reducción de brechas entre territorios. En los primeros años del periodo analizado se identificaban variaciones significativas en aspectos como la actualización de directorios de personal, la disponibilidad de equipos de respuesta inmediata y la entrega oportuna de informes. Sin embargo, a partir del 2020 se observa una mayor homogeneidad, alcanzando un promedio nacional de 91,5 %. Sobresalen Boyacá, Putumayo, Valle del Cauca, Cundinamarca y Cauca, con porcentajes de cumplimiento iguales o superiores al 90 %.

En **indicadores de lineamientos**, el cumplimiento ha sido alto, especialmente en el reporte del informe trimestral de malaria y en la vigilancia integrada de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT. No obstante, persisten diferencias entre algunos territorios en plazos y formatos. El indicador de actualización de soportes de visitas potenciales presenta variabilidad: en 2018 el promedio nacional fue del 12,5 % y en el segundo trimestre de 2025 alcanzó el 91,5 %. Veintisiete entidades —incluyendo Amazonas, Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Valle del Cauca y Santiago de Cali D. E. lograron un 100 % de cumplimiento en el primer trimestre de 2025.

En **indicadores de gestión**, se observa una evolución estratégica relevante: el promedio pasó de 50 % en 2018 a 78 % en 2022, con un crecimiento anual promedio de 0,06 puntos. Algunos indicadores mantienen un desempeño cercano al 100 % (por ejemplo, porcentaje de focos realizados para forma clínica de leishmaniasis visceral, porcentaje de casos confirmados y porcentaje de focos de Chagas realizados). Sin embargo, el indicador de causas de muerte bien definidas en mortalidad materna presenta fluctuaciones importantes, con un promedio de 49,3 %.

En el **subsistema de información**, los indicadores de cumplimiento de notificación para distritos, municipios y UPGD alcanzan el 100 %. En cuanto a la oportunidad en el ajuste, se evalúa el tiempo transcurrido entre la notificación inicial y la fecha de ajuste, conforme a plazos establecidos por normativa:

- **Defectos congénitos:** hasta 365 días.
- **Parálisis flácida aguda:** 10 semanas epidemiológicas.
- **Rubéola, sarampión, muertes por dengue y mortalidad en menores de 5**

años por IRA, EDA o DNT: 8 semanas epidemiológicas.

- **Otros eventos:** 4 semanas epidemiológicas.

Para el cálculo nacional, se excluyen eventos dentro de plazos vigentes, eventos que no requieren ajuste y casos con ajuste tipo 7. Solo se consideran registros de notificación rutinaria (valor “1” en la variable Fuente).

En laboratorio, se registran mejoras sostenidas en oportunidad diagnóstica y envío de muestras, especialmente en eventos de notificación inmediata. Sin embargo, algunas entidades aún enfrentan barreras logísticas que afectan la trazabilidad y respuesta, como Atlántico, Buenaventura D. E., Guainía y La Guajira, con promedios de 33,3 %.

Análisis del ranking de la serie histórica 2022–2025

Hasta 2022 se utilizó una metodología que sirvió como línea base para el rediseño del sistema. En 2023 se implementó una nueva metodología con indicadores actualizados y ponderaciones ajustadas, orientada a un enfoque más integral que considera no solo el cumplimiento de reportes, sino también la calidad del análisis, la oportunidad diagnóstica y la articulación entre componentes del sistema.

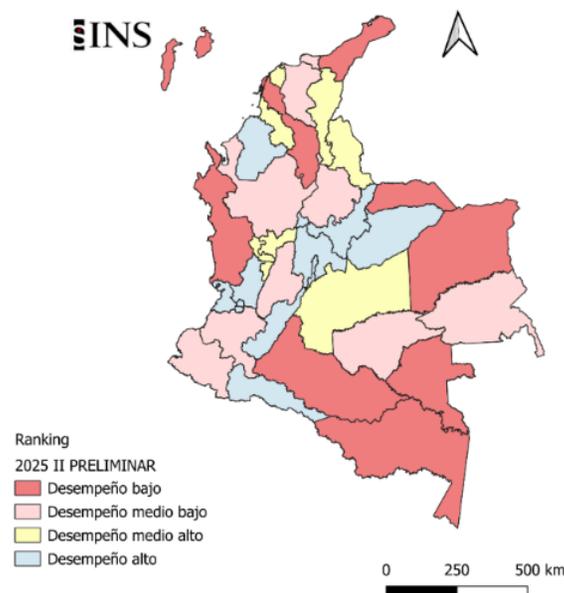
- **2022- I trimestre:** Guaviare lideró con 94,8 %; Archipiélago de San Andrés y Providencia tuvo el valor más bajo (51,5 %). Mediana: 81 %.
- **2023- I trimestre:** Casanare lideró con 82,8 %; Buenaventura D.E. obtuvo 46,8 %. Mediana: 74 %. Disminución atribuida al proceso de adaptación a la nueva metodología.
- **2024- I trimestre:** Putumayo alcanzó 99,7 %, el más alto registrado; Buenaventura D.E. 43,2 %. Mediana: 73 %, con polarización del desempeño.
- **2025- I trimestre:** Valle del Cauca y Putumayo compartieron el primer lugar con 98,7 %; Magdalena obtuvo 57,0 %. Mediana: 86 %, con mejora generalizada.

Destacan Putumayo y Valle del Cauca por su ascenso sostenido, mientras que Buenaventura D. E. y La Guajira se mantienen en los últimos lugares pese a algunas mejorías.

En conclusión, entre 2022 y 2024 las entidades experimentaron un periodo de ajuste metodológico, seguido de un repunte en 2025, reflejado en mayores puntajes mínimos, ascenso de la mediana nacional y fortalecimiento de los sistemas locales. Esto sugiere mayor madurez institucional, mejores capacidades operativas y adaptación a un modelo evaluativo más exigente, orientado a respuestas oportunas y basadas en evidencia.

Presentamos a continuación la evaluación preliminar de indicadores al segundo trimestre de 2025, donde se observan la distribución del desempeño por cada una de las entidades territoriales.

Figura 2. Ranking de desempeño de entidades territoriales preliminar segundo trimestre 2025.



Para 2026 se proyecta revisar los indicadores con promedios sostenidos por encima del 90 % para priorizar nuevas variables contempladas en protocolos de vigilancia, pero aún no incluidas en la evaluación. Este ajuste permitirá abordar brechas emergentes y retos actuales, fortaleciendo la vigilancia desde una perspectiva estratégica y adaptativa frente a los desafíos epidemiológicos del país.

Conclusiones

- **Fortalecimiento progresivo del sistema:** desde la implementación del sistema de evaluación del desempeño en 2017, se ha observado una mejora continua en los indicadores, lo que refleja una mayor capacidad de respuesta de las entidades territoriales frente a los eventos de interés en salud pública.
- **Marco evaluativo robusto:** la estructuración de 67 indicadores organizados en seis categorías permite una evaluación integral del sistema, identificando fortalezas, brechas y áreas prioritarias de intervención.
- **Adecuación y evolución del sistema:** la inclusión de nuevos indicadores en 2023 orientados a metas de eliminación y control nacional demuestra la capacidad del sistema para adaptarse a nuevos desafíos y prioridades en salud pública.
- **Utilidad estratégica de la clasificación por objetivos sanitarios:** la agrupación de eventos según metas de erradicación, eliminación o control proporciona una guía clara para priorizar acciones de vigilancia y respuesta, alineadas con compromisos internacionales como el Reglamento Sanitario Internacional.

Recomendaciones

- Aumentar la formación del talento humano: desarrollar programas de capacitación continua en vigilancia epidemiológica, uso de indicadores y análisis de datos, especialmente en niveles subnacionales, para garantizar una respuesta oportuna y de calidad.
- Mejorar el uso de los resultados de evaluación: promover que los resultados de desempeño sean utilizados como insumos en la toma de decisiones locales, la formulación de planes de acción y la asignación de recursos, fomentando una cultura de mejoramiento continuo.
- Integrar herramientas digitales de análisis y visualización: desarrollar plataformas que permitan el monitoreo en tiempo real y el análisis automatizado de indicadores para facilitar la supervisión y retroalimentación oportuna a los territorios.

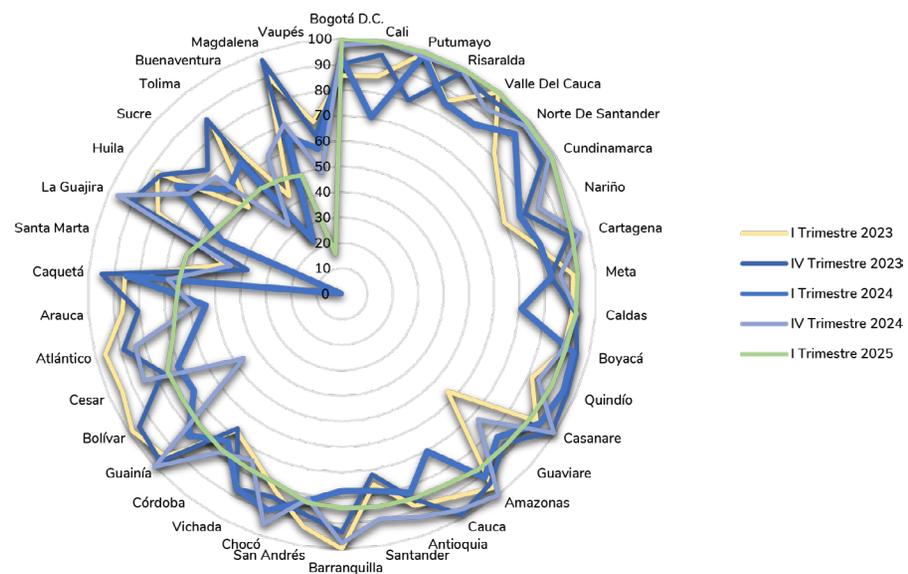
Evaluación de Capacidades Básicas en Gestión del Riesgo ante eventos de interés en salud pública – Colombia, I Trimestre 2025

Durante el primer trimestre de 2025, el Instituto Nacional de Salud (INS) llevó a cabo la medición de las capacidades básicas para la gestión del riesgo en salud pública en las Entidades territoriales (ET) en coherencia con los lineamientos nacionales. Esta evaluación, aplicada mediante formulario digital y verificación documental, midió el desempeño de 38 ET en cinco componentes: 1. Preparación, 2. Identificación, 3. Valoración y análisis, 4. Respuesta y 5. Comunicación del riesgo. Del total de las entidades, el 97,3 % (37) diligenció la encuesta, el 94,7 % (36) envió el soporte documental, con un promedio nacional de evaluación de capacidad de los territorios del 78,6 %. Dentro de las ET que se destacan se encuentran: Bogotá D. C., Putumayo, Valle del Cauca, Santiago de Cali D. E. y Risaralda quienes alcanzaron el puntaje máximo (100).

Capacidades Básicas 2023-2025

Se evidencia un liderazgo nacional durante estos años, en Putumayo, Risaralda, Bogotá D.C y Casanare, quienes se han destacado por puntajes altos y sostenidos; Caldas, Valle del Cauca, Cartagena de Indias D. T. y Norte de Santander han mantenido resultados sobresalientes durante varios periodos. Se destacan avances en Norte de Santander y Cundinamarca. Presentan comportamientos fluctuantes Santa Marta D. T., Vaupés y Buenaventura (figura 3).

Figura 3. Distribución de puntajes en la evaluación de capacidades en gestión del riesgo para la atención de alertas, brotes o situaciones de emergencias 2023 a 2025.

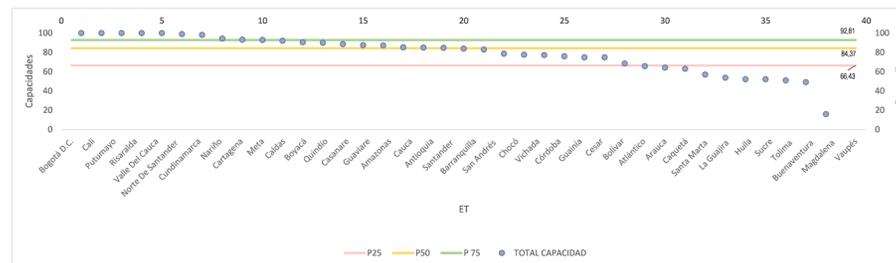


Fuente: Resultados de evaluación en gestión del riesgo ante brotes y emergencias, GGRI 2023 a 2025.

Evaluación de capacidades en gestión del riesgo ante brotes y emergencias

Los resultados indican un percentil 50 (P50) de capacidad de respuesta en gestión del riesgo de 84,38 a nivel nacional. Entre las entidades territoriales que superaron el P75, además de las que alcanzaron el puntaje máximo, se encuentran Norte de Santander, Cundinamarca, Nariño, Cartagena de Indias D.T. y Meta, mientras que por debajo del P25 se encuentran Arauca, Caquetá, Santa Marta D. T., La Guajira, Huila, Tolima, Sucre, Buenaventura D. E., Magdalena y Vaupés; lo que evidencia variabilidad en la capacidad de respuesta ante alertas, brotes o emergencias en salud pública, y señala tanto fortalezas como áreas de mejora entre las distintas entidades (figura 4).

Figura 4. Distribución de puntajes en la evaluación de capacidades en gestión del riesgo para la atención de alertas, brotes o situaciones de emergencias, I Trimestre 2025.

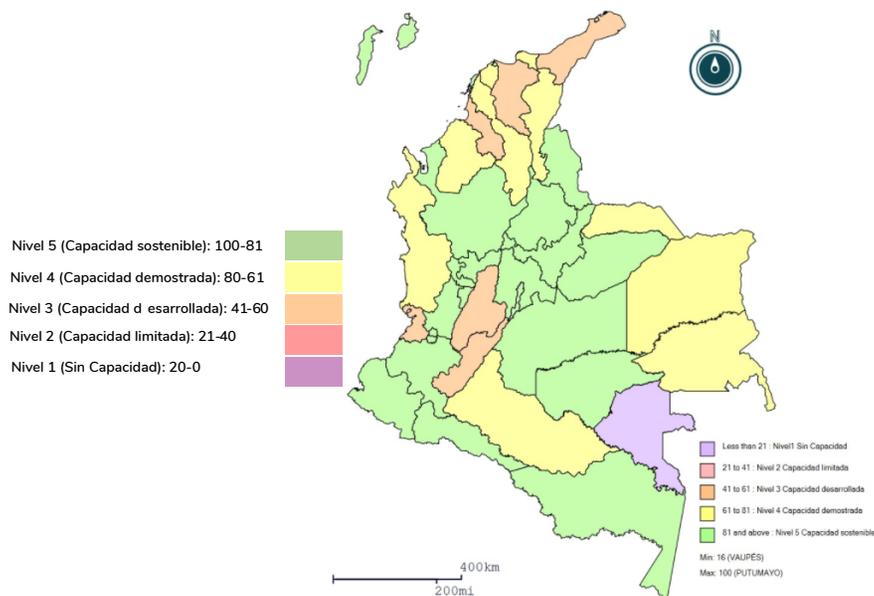


Fuente: Resultados de evaluación en gestión del riesgo ante brotes y emergencias, GGRI I trimestre de 2025.

Resultado capacidad evaluación vs evidencias

El 55,3 % (21) de las Entidades Territoriales se encuentran en el nivel 5 (Capacidad Sostenible, puntaje 81-100), incluyendo Bogotá D. C., Santiago de Cali, Putumayo, Risaralda, Valle del Cauca, Norte de Santander, Cundinamarca, Nariño, Cartagena de Indias D. T., Meta, Caldas, Boyacá, Quindío, Casanare, Guaviare, Amazonas, Cauca, Antioquia, Santander, Barranquilla D. E. y Archipiélago de San Andrés y Providencia; el 26,3 % (10) corresponde al nivel 4 (Capacidad Demostrada, puntaje 61-80), conformado por Chocó, Vichada, Córdoba, Guainía, Bolívar, Cesar, Atlántico, Arauca, Caquetá y Santa Marta D. T.; el 15,8 % (6) se ubica en el nivel 3 (Capacidad Desarrollada, puntaje 41-60), integrado por La Guajira, Huila, Tolima, Sucre, Buenaventura D. E. y Magdalena, finalmente, el 2,6 % (1) corresponde al nivel 1 (Sin Capacidad, puntaje menor a 21), que incluye el departamento de Vaupés, lo que evidencia que, si bien la mayoría de las entidades presentan una capacidad sostenible, aún existen regiones que requieren fortalecimiento para alcanzar niveles óptimos de gestión frente a emergencias en salud pública (figura 5).

Figura 5. Distribución de puntajes en la evaluación de capacidades en gestión del riesgo para la atención de alertas, brotes o situaciones de emergencias, I Trimestre 2025.



Fuente: Resultados de evaluación en gestión del riesgo ante brotes y emergencias, GGRR I trimestre de 2025.

Preparación – I Trimestre 2025

A nivel nacional, la preparación ante amenazas o incidentes ha alcanzado un promedio del 76,3, destacándose con un puntaje de 100, Bogotá D. C., Santiago de Cali D. E., Putumayo, Risaralda, Valle del Cauca y Norte de Santander. Esto refleja una adecuada capacitación y disposición de recursos. En la clasificación por niveles, el 42,1 % (16) de las ET, se ubican en nivel 5 (Preparación Sostenible), el 39,5 % (15) en nivel 4 (Preparación Demostrada), el 10,5 % (4) en nivel 3 (Preparación desarrollada), el 5,3 % (2) nivel 2 (preparación limitada) y solo un 2,6 % (1) (sin preparación).

VARIABLES EVALUADAS:

- Talento humano para liderar el proceso de vigilancia basada en comunidad el 100 % (38); el 50 % (19) de las ET con contratación de 9 a 12 meses.

- Contratos de traslado de muestras en el 90,6 % (29) de las ET, sin embargo, solo el 39,5 % (15) con contrato de 9 a 12 meses.
- Alta participación en el curso nacional de gestión del riesgo con el 87,2 % (34). El 65,8 % de las ET donde el 100 % del talento humano de VSP se encuentra capacitado.
- Generación de estrategias con actores clave el 92,1 % (35) y disponibilidad de EPP para investigaciones de campo el 89,5 % (34).
- Directorios actualizados de actores clave, el 97,4 % (37) de las ET y la publicación semanal de alistamiento de ERI, en la misma proporción 97,4 %.
- Amplia disponibilidad de planes de contingencia para sarampión el 81,6 % (31) y para fenómenos migratorios o naturales el 71,1 % (27).

Retos identificados:

- Brechas en autonomía logística para mantenerse en terreno de forma independiente.
- Insuficiencia de recursos asignados para la atención de alertas, brotes o emergencias, afectando la capacidad de respuesta inmediata.
- Baja frecuencia de simulaciones y simulacros, lo que reduce la oportunidad de evaluar y mejorar los planes de contingencia.
- Falta de actualización en atención a brotes y gestión del riesgo en cerca de una cuarta parte de las ET.

Identificación – I Trimestre 2025

En el país, la identificación de riesgos en salud pública alcanzó un promedio nacional de 81,4, reflejando un desempeño adecuado en la mayoría de las ET. El puntaje máximo (100) lo lograron 12 ET: Atlántico, Bogotá D. C., Caldas, Santiago de Cali D. E., Cauca, Cundinamarca, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda y Valle del Cauca, lo que evidencia una gestión sobresaliente en la detección y análisis inicial de riesgos.

En la clasificación por niveles, el 57,9 % (22) de las ET se ubican en nivel 5 (Identificación Sostenible), el 26,3 % (10) en nivel 4 (Identificación Demostrada), el 10,5 % (4) en nivel 3 (Identificación Desarrollada) y los niveles 2 y 1 cuentan cada uno con una ET (Arauca y Vaupés, respectivamente).

Variables con avances sobresalientes:

- El 94,7 % (36) realiza análisis de comportamientos inusuales en eventos de alta frecuencia y 92,1 % (35) en eventos de baja frecuencia.
- El 92,1 % (35) incorpora líderes comunitarios o actores clave como sensores de información.
- El 86,8 % (33) cuenta con procedimiento SAT documentado y el 78,9 % (30) dispone de gestor responsable 24/7.
- El 81,6 % (31) mantiene un repositorio de señales y alertas. La misma proporción dispone de ruta para verificación y respuesta a señales desde la comunidad.

Retos persistentes:

- Ausencia de gestor SAT 24/7 en ocho (8) Entidades Territoriales (incluyendo Vaupés, Sucre y Arauca), lo que limita la vigilancia continua y oportuna de señales y alertas.
- Brechas en el monitoreo de medios de comunicación, se identifican ocho (8) ET que no realizan esta actividad, mientras que el 63,2 % (24) la ejecuta todos los días, incluyendo fines de semana y festivos.
- Inconsistencias en la actualización y reporte de información del SAT y elaboración semanal de los informes o reportes. Ausencia de repositorios y rutas documentadas para la gestión de señales y alertas en varias ET, entre ellas Vaupés, Buenaventura D. E., Arauca y Santa Marta D. T..

Valoración y análisis – I Trimestre 2025

El componente de valoración y análisis del riesgo alcanzó un promedio nacional de 83,7, consolidándose como uno de los más fuertes dentro de la gestión del riesgo en salud pública. Para el periodo a evaluar, 16 ET lograron puntaje máximo (100) entre ellas Amazonas, Bogotá D. C., Santiago de Cali D. E., Cartagena de Indias D. T., Chocó, Cundinamarca, Guainía, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Valle del Cauca, evidenciando procesos sólidos de análisis y toma de decisiones.

La clasificación por niveles mostró que el 65,8 % (25) de las ET se ubicó en el nivel 5 (Valoración y análisis sostenible), el 21,1 % (8) en el nivel 4 (Valoración y análisis demostrada), el 7,9 % (3) en el nivel 3 (Valoración y análisis desarrollada) y el 5,3 % (2) en el nivel 1 (Sin valoración y análisis), representado únicamente por Magdalena y Vaupés. Lo anterior evidencia que, si bien la mayoría de los territorios cuenta con procesos consolidados, persisten puntos críticos que se requieren fortalecer en el proceso.

Variables con avances sobresalientes:

- El 100 % (38) activa la SAR en caso de requerirlo.
- El 94,7 % (37) de las ET cuenta con estructura física adecuada y metodología documentada para la SAR. Es importante incluir en dicho procedimiento los puntos gatillo que realizan la activación de una SAR en el 81,6 % (31).
- El 89,5 % (34) cuenta con matriz de valoración del riesgo y participación intrasectorial.
- El 73,7 % (28) elabora plan de respuesta y el 76,3 % (29) genera SITREP posteriores a las SAR.

Retos prioritarios:

- Participación comunitaria en la priorización de necesidades territoriales.
- Fortalecimiento del repositorio documental de las Salas de Análisis de

Riesgo (SAR) de las ET, el cual debe incluir, como mínimo: acta de la sesión, matriz de valoración del riesgo y listado de asistencia.

Respuesta – I Trimestre 2025

A nivel nacional, la respuesta representa un promedio de 73,3, con puntajes máximos (100) en Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Santiago de Cali D. E., Cundinamarca, Putumayo, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Valle del Cauca. En la clasificación por niveles, el 52,6 % (20) de las ET se ubica en Nivel 5 (Respuesta sostenible), el 15,8 % (6) en Nivel 4 (Respuesta demostrada), el 13,2 % (5) en Nivel 3 (Respuesta desarrollada), el 10,5 % (4) en Nivel 2 (Respuesta limitada), y el 2,6 % (1) en Nivel 1 (Sin respuesta).

Variables con avances sobresalientes:

- El 81,6 % (31) con disponibilidad de recursos para gastos de desplazamiento e integración de médicos o enfermeros asistenciales en los ERI y el 71,1 % (27) ERI cuenta con talento humano del laboratorio.
- El 63,2 % (24) cuenta con plan de acción de ERI, el 84,2 % (32) con seguimiento y un 86,8 % (33) generan SITREP.
- El 55,3 % (21) realiza entrenamiento de ERI en BAC, BAI y otras estrategias.
- El 78,9 % (33) tiene disponibilidad de EPP, insumos y transporte para investigación de campo y capacidad de respuesta efectiva ante señales epidemiológicas.

Retos identificados:

- Ausencia de recursos para desplazamiento en algunos territorios (Huila, Arauca, Sucre, Tolima y Buenaventura D. E.).
- Deficiencias en formulación y seguimiento de planes de acción en 13 ET, especialmente en regiones con baja capacidad operativa.
- Limitaciones en entrenamiento técnico y dotación en Meta, Chocó, Buenaventura D. E., Caquetá, Magdalena, Bolívar, La Guajira y Vaupés.

Conclusiones

- La evaluación nacional pone de manifiesto desigualdades notables en las capacidades territoriales, aunque más de la mitad de las ET logran un nivel de capacidad sostenible, hay departamentos que enfrentan fluctuaciones significativas, lo que exige acciones prioritarias desde los territorios para solventar.
- Se destacan territorios líderes como Bogotá D. C., Santiago de Cali D. E., Putumayo, Risaralda y Valle del Cauca, que cuentan con una buena organización, recursos y procedimientos sólidos para la preparación y respuesta.
- Se evidencian brechas en la documentación y estandarización de procedimientos, lo que limita la implementación efectiva de los sistemas de alerta temprana y la creación de repositorios documentales que faciliten la toma de decisiones basadas en evidencia.
- En cuanto a capacitación y simulacros, se observa una cobertura considerable, pero faltan los procesos en varias ET, lo que podría afectar la preparación continua en éstas.
- La comunicación del riesgo y la participación comunitaria también presentan áreas de mejora, especialmente en la formalización de manuales y protocolos, así como en el uso de la información generada por la vigilancia comunitaria.
- Se identificaron limitaciones internas en la gestión, como demoras en la contratación de personal y la adquisición de insumos, así como dificultades en la coordinación de interdependencias para participar en las Salas de Análisis de Riesgo.

Recomendaciones

- Generar estrategias y planes de acción para fortalecer las capacidades en los territorios menos fortalecidos
- Estandarizar y actualizar procedimientos y actualización periódica de repositorios.

- Fortalecer los Equipos de Respuesta Inmediata – ERI, desde cada uno de los territorios.
- Optimizar la comunicación del riesgo con planes de medios, manuales y protocolos estandarizados, establecer voceros entrenados y mayor integración de la comunidad en la vigilancia y respuesta.
- Mejorar la autonomía operativa de las ET asegurando disponibilidad de insumos, EPP, transporte y recursos logísticos para permanencia en terreno las 24/7.
- Fomentar la participación intersectorial y comunitaria, fortaleciendo la articulación con otros sectores y vinculando líderes comunitarios como detectores tempranos de riesgos.
- Promover la mejora continua mediante evaluaciones periódicas de capacidades y realización de simulacros integrales, ajustando las estrategias según los hallazgos.

Sistema de Alerta Temprana (SAT) Sivigila 4.0

La integración del Sistema de Alerta Temprana (SAT) en el aplicativo Sivigila 4.0 tiene como propósito fortalecer las capacidades nacionales y territoriales para la detección, verificación y seguimiento oportuno de señales, alertas y situaciones de interés en salud pública, que incluyen casos, brotes y emergencias. Esta herramienta facilita la adopción de medidas de control y mitigación oportunas, orientadas a reducir el impacto de los eventos en la salud colectiva y, en consecuencia, contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad en las poblaciones afectadas.

El SAT Sivigila fue diseñado para operar de manera unificada, sencilla y organizada, facilitando la disponibilidad en tiempo real de la información y de las gestiones realizadas por los gestores territoriales, los referentes y el gestor nacional. Al funcionar como un repositorio centralizado, permite un acceso ágil y seguro a la información registrada, lo que favorece la toma de decisiones oportunas en salud pública, siempre que se disponga de una conexión estable a internet.

La responsabilidad del diligenciamiento y uso adecuado del SAT Sivigila recae principalmente en el gestor de cada entidad territorial; sin embargo, los responsables de verificar, organizar y actualizar la información son los referentes de evento de la entidad territorial. Por ello, la comunicación entre ambos debe ser permanente para garantizar el flujo de información y nutrir oportunamente el SAT Sivigila. Algunas de estas alertas son gestionadas directamente por la entidad territorial con el acompañamiento del referente correspondiente, mientras que otras cumplen criterios para recibir seguimiento adicional por parte del gestor nacional.

Este aplicativo es el resultado del trabajo conjunto entre Sivigila y el Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata, así como de la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones desarrolladas con las entidades territoriales en el marco del proceso de transferencia del Modelo de Preparación y Respuesta. Su implementación ha contribuido de manera significativa al fortalecimiento de la capacidad territorial para la gestión del riesgo en salud pública.

El aplicativo actúa como un facilitador para la integración de las señales captadas desde diversas fuentes y de las alertas en salud pública, permitiendo así su gestión de forma centralizada. Para ello, cuenta con los submódulos brotes, seguimiento a medios, señales y monitoreo de medios. Desde cada uno es posible generar un archivo en formato XLS con las variables registradas, el cual puede emplearse para diversos fines, como documentar evidencias en la fase de identificación para la evaluación de capacidades básicas, elaborar tableros de control o registrar acciones relacionadas con la gestión de la información, entre otros.

Desde finales de 2023, el SAT Sivigila se ha implementado de manera progresiva en las entidades territoriales. La fase piloto inició en Atlántico, Norte de Santander, Caquetá, Risaralda, Boyacá y Magdalena. Durante 2024 se incorporaron Cauca, Guainía, Buenaventura D. E., Córdoba, Nariño, Antioquia, Caldas, Vichada, Cundinamarca, La Guajira, Amazonas, Chocó, Cesar, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Santiago de Cali D. E. y Valle del Cauca. En 2025 hasta la fecha, se ha entregado a Sucre, Subred Suroccidente Bogotá, Quindío, Vaupés, Huila, Santander, Bolívar, Guaviare, Arauca, Putumayo y Barranquilla D. E., quedando pendiente Meta, Casanare, las demás subredes de Bogotá D.C., Archipiélago de San Andrés y Providencia y Santa Marta D. T.

Durante 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 32, en el submódulo de brotes se registraron 844 alertas, de las cuales 327 (38,7 %) cumplen criterios de seguimiento por el nivel nacional y de estas 283 (86,5 %) fueron ingresadas por el gestor nacional. Los cinco eventos con mayor número de registros fueron:

1. Enfermedad transmitida por alimentos: 168 registros (19,9 %).
2. Varicela colectiva: 141 (16,7 %).
3. Evento individual sin establecer: 104 (12,3 %).
4. Infecciones asociadas a la atención en salud: 100 (11,8 %).
5. Infección respiratoria aguda: 91 (10,8 %).

A la SE 32, el submódulo de señales acumuló 54 162 registros, el de seguimiento a medios registró 858, de los cuales 603 (70,2 %) culminaron su proceso de verificación.

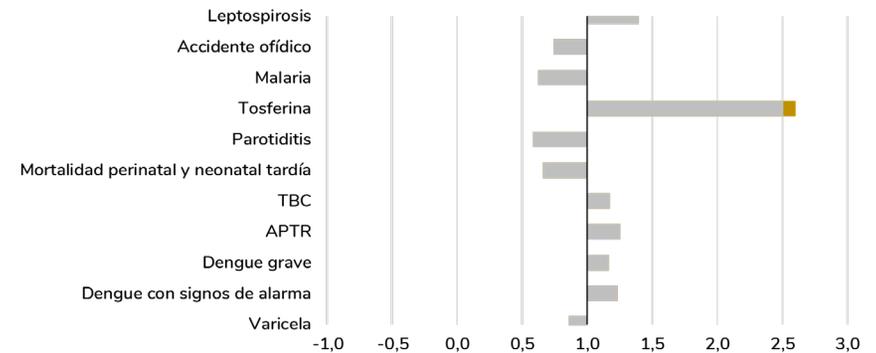
Conclusión

El SAT Sivigila 4.0 es el resultado de un esfuerzo continuo y coordinado entre el INS y las entidades territoriales, orientado a fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública y garantizar una respuesta rápida y articulada frente a las amenazas que puedan afectar la salud de la población.



Para la semana epidemiológica 32 del 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 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 32 del 2025.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025
 *APTR: Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia
 *TBC: Tuberculosis



SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para el evento de violencia de género e intrafamiliar de mayor notificación, se realiza el análisis utilizando la metodología de la prueba Z, en la que se comparó el valor observado en la semana epidemiológica evaluada con una línea de base conformada por los datos de los tres años anteriores (2022 a 2024), lo cual permite identificar variaciones significativas en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Para esta semana se encontró el evento violencia de género e intrafamiliar dentro de su comportamiento histórico de la notificación.

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 32 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	119 738	99 405	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 32 del 2025, el evento leishmaniasis mucosa se encontró por encima de lo esperado, mientras que los eventos de leishmaniasis cutánea y lepra se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis mucosa	4	1	0.02
Leishmaniasis cutánea	9	83	0.00
Lepra	2	6	0.04
Mortalidad por dengue	6	4	0.10
Zika	5	3	0.07
Chikungunya	0	2	0.14
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0.14

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

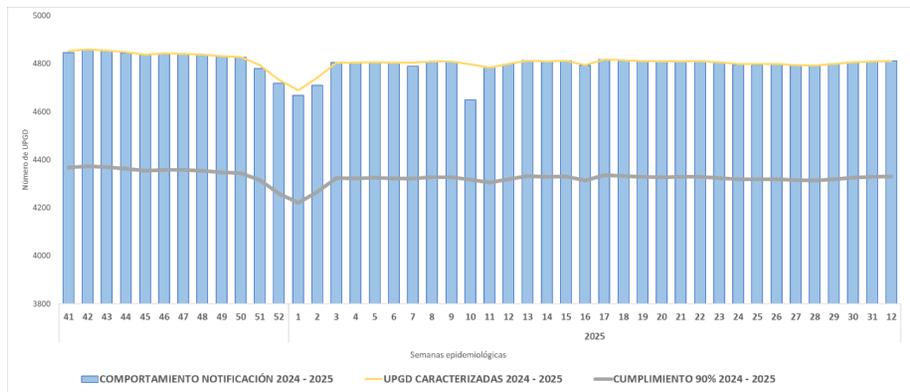
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 32 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 32 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 811 / 4 811); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y aumentando en 0,2 % con relación a la semana 32 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 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, Semana Epidemiológica 32 del 2025



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos 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://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 32 del 2025, se han notificado 478 muertes probables en menores de cinco años: 273 por infección respiratoria aguda (IRA), 129 por desnutrición (DNT) aguda y 76 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 32 del 2025 se han notificado 465 fallecimientos (266 por IRA, 126 por DNT aguda y 73 por EDA); de estos, 218 casos han sido confirmados, 84 han sido descartados y 163 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 32, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 32 2025			Casos en estudio a SE 32 2025			Tasa a SE 32 2024			Tasa a SE 32 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	75	107	36	37	99	27	4,10	6,05	2,83	2,10	3,00	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	15	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	6,13	0,88	1,79	0,00	0,00
Barranquilla	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	11	1	0,00	3,89	0,22	0,00	1,33	0,00
Bolívar	1	3	0	1	1	0	1,97	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	0	2	2,89	5,77	8,66	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	1	0	0,00	3,38	0,00	0,00	1,73	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. E.	1	4	1	0	0	0	1,29	9,05	1,29	1,33	5,31	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	4	3	0,00	6,23	2,67	0,00	3,61	0,90
Cesar	5	3	3	3	1	0	5,81	4,15	3,32	4,22	2,53	2,53
Chocó	15	19	5	7	10	3	48,77	50,52	57,48	26,28	33,28	8,76
Córdoba	8	3	2	1	0	2	4,66	3,99	0,67	5,44	2,04	1,36
Cundinamarca	0	5	0	0	8	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	19	5	6	6	6	5	28,29	13,69	18,25	17,55	4,62	5,54
Magdalena	4	1	1	1	10	0	10,82	7,21	1,20	4,88	1,22	1,22
Meta	1	4	1	1	1	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	2,34	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	2	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	0	0	0,00	0,00	5,06	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	1	9,18	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	28,81	57,63	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 266 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 77 confirmadas por clínica y 30 por laboratorio, 60 descartadas y 99 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fueron 229, para una tasa de mortalidad de 6,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 32 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., Caquetá, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Santa Marta D. T., Santander, Vaupés y, a nivel municipal, en Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Lloró, Ciénaga, 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*, *Influenza A*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Streptococcus pneumoniae*, *Influenza B*, *Klebsiella pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Parainfluenza tipo 3*, *Parainfluenza tipo 4*, *Streptococcus pyogenes* (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 32, 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>	8	2	0	0	0	10	3	1	0	1	0	5
<i>Adenovirus</i>	7	6	2	0	0	15	2	0	1	1	0	4
<i>Influenza A</i>	3	3	0	0	1	7	2	0	2	0	0	4
<i>Moraxella catarrhalis</i>	3	1	2	2	1	9	2	2	0	0	0	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	10	1	2	2	0	15	4	0	0	0	0	4
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	30	2	1	1	0	34	2	0	1	1	0	4
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	4	3	3	1	14	2	1	0	0	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>	3	0	1	0	0	4	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	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>	1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 1</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	96	29	24	11	6	166	50	10	7	4	0	71

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 126 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 75 fueron confirmadas, 14 descartadas y 37 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fue de 149, para una tasa de mortalidad de 4,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 32 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, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de

Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Alto Baudó, 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

A esta semana epidemiológica 32 se han notificado 73 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, 10 descartadas y 27 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 32 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 32 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 Riohacha D. E., 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 cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAUF ND 2024 y 2025 datos preliminares.

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <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/10.33810/INS.P0237773>

En la semana epidemiológica 32 del 2025 se notificaron al Sivigila nueve casos; dentro de los cuales cinco son muertes maternas tempranas, dos son muertes maternas tardías y dos muertes maternas coincidentes para un total acumulado de 117 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 111 residen en territorio colombiano y seis residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 32, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	161	100	43	304
2023	164	96	48	308
2024	128	87	32	247
2025p	111	76	25	212

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 32 del 2025 fue de 43,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 47,8 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2024. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 31 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Cesar, La Guajira, Bogotá D. C y Norte de Santander. 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, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Santa Marta D. T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Santa Catalina (Bolívar), Ariguaní (Magdalena), El Carmen y Gramalote (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 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 32 del 2025, el 55,9 % corresponden a causas directas y el 33,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,8 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 32, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 32	Acumulado de casos a SE 32		Razón de MM por 100 000 NV a SE 32	
		2024	2025	2024	2025
Colombia	195	128	111	47,8	43,3
Guainía	0	0	2	0,0	446,4
Chocó	9	11	5	316,0	152,8
Vichada	2	2	1	226,0	142,9
Cesar	8	9	10	101,2	117,3
Casanare	2	1	3	34,9	109,1
La Guajira	14	12	10	121,8	104,0
Nariño	8	7	5	100,7	73,1
Bolívar	7	3	5	41,8	72,3
Atlántico	6	3	5	41,0	71,5
Norte de Santander	6	5	6	52,9	68,5
Buenaventura D. E.	2	0	1	0,0	67,2
Barranquilla D. E.	4	4	4	51,4	51,9
Risaralda	3	2	2	43,3	47,9
Quindío	2	0	1	0,0	43,7
Córdoba	10	5	4	47,4	40,2
Antioquia	17	10	12	31,4	39,4
Caquetá	2	0	1	0,0	35,0
Boyacá	3	2	2	32,0	34,3
Cundinamarca	10	8	5	48,3	31,4
Santiago de Cali D. E.	5	3	3	29,0	30,3
Tolima	5	2	2	29,7	29,8
Santa Marta D. T.	5	2	1	54,9	28,7
Santander	7	4	3	35,3	26,9
Bogotá D. C.	17	10	9	29,0	26,8
Huila	5	5	2	61,2	26,3
Valle del Cauca	4	1	2	12,0	24,8
Sucre	4	2	1	34,8	18,6
Magdalena	7	3	1	52,8	18,5
Meta	6	4	1	55,8	14,9
Cartagena D. T.	5	0	1	0,0	14,4
Cauca	6	6	1	77,0	14,2
Arauca	2	0	0	0,0	0,0
Caldas	2	1	0	27,4	0,0
Guaviare	1	0	0	0,0	0,0
Putumayo	2	1	0	46,6	0,0
Amazonas	1	0	0	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0	0	0,0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 – 2025 PE VII (datos preliminares).
RUAF - ND, nacimientos PE VII 2024 - 2025 datos preliminares. SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 7. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 32	Valor observado SE 32
Colombia	195	111
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Santa Catalina (Bolívar)	0	1
Ariguani (Magdalena)	0	1
El Carmen (Norte de Santander)	0	1
Gramalote (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 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 32	Número de casos y proporción a SE 32 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	146	164	100	128	100	111	100
DIRECTA	94	107	65,2	81	63,3	62	55,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	28	31	18,9	25	19,5	22	19,8
Hemorragia obstétrica	25	24	14,6	26	20,3	18	16,2
Sepsis obstétrica	11	16	9,8	6	4,7	6	5,4
Evento tromboembólico como causa básica	11	15	9,1	7	5,5	6	5,4
Embarazo ectópico	8	10	6,1	6	4,7	5	4,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2,4	4	3,1	3	2,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,6	3	2,3	2	1,8
Embolia de líquido amniótico	3	3	1,8	3	2,3	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	1,2	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	50	54	32,9	45	35,2	37	33,3
Otras causas indirectas	20	22	13,4	18	14,1	17	15,3
Otras causas indirectas: neumonía	8	10	6,1	5	3,9	8	7,2
Sepsis no obstétrica	8	10	6,1	6	4,7	5	4,5
Otras causas indirectas: cáncer	8	8	4,9	8	6,3	3	2,7
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,6	0	0,0	2	1,8
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	1,2	2	1,6	1	0,9
Otras causas indirectas: dengue	2	0	0,0	4	3,1	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	2	1,2	0	0,0	1	0,9
En estudio	2	1	0,6	2	1,6	11	9,9

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y por el 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=9470cccc_2#:~:text=ICD%20PM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20PM.

A semana epidemiológica 32 del 2025 se han notificado 3 397 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 366 corresponden a residentes en Colombia y 31 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Antioquia (402), Bogotá D. C. (398), Cundinamarca (222), La Guajira (162) y Santiago de Cali D. E (161). Las razones más altas se observaron en Vichada

(32,9), Amazonas (28,9), Buenaventura D. E. (27,6) y Archipiélago de San Andrés y Providencia (27,5). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 32 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Vaupés, Chocó, Córdoba, Cartagena de Indas D. T., Putumayo, Quindío, Atlántico, Sucre, Huila, Arauca, Tolima y Caquetá. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño), Agustín Codazzi (Cesar), Girardot (Cundinamarca), Acacías (Meta), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Riosucio (Caldas), Aguazul (Casanare) y Urrao (Antioquia) (tabla 10).

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 17,7 % y fetales intraparto con 9,9 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en asfixia y causas relacionadas con un 25,7 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 32 del 2025 (datos preliminares) frente a 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 32, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 32	Acumulado de casos a SE 32		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024 a SE 32	2025 a SE 32
Colombia	5 056	3 733	3 366	13,9	13,1
Vichada	25	24	23	27,1	32,9
Amazonas	12	11	12	22,6	28,9
Buenaventura D. E.	53	37	41	22,8	27,6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	12	9	35,7	27,5
Guainía	12	7	9	17,1	20,1
Nariño	134	120	128	17,3	18,7
Vaupés	10	12	5	34,8	17,7
Chocó	124	107	58	30,7	17,7
La Guajira	260	194	162	19,7	16,8
Santiago de Cali D. E.	191	151	161	14,6	16,2
Magdalena	124	99	85	17,4	15,7
Caldas	64	46	51	12,6	15,6
Cesar	181	117	131	13,2	15,4
Meta	115	86	102	12,0	15,2
Casanare	51	39	40	13,6	14,6
Guaviare	9	6	8	10,2	14,0
Cundinamarca	273	250	222	15,1	13,9
Córdoba	263	176	137	16,7	13,8
Bolívar	148	92	95	12,8	13,7
Cauca	167	111	95	14,2	13,5
Antioquia	563	406	402	12,8	13,2
Cartagena de Indias D. T.	163	103	89	14,1	12,8
Putumayo	42	38	26	17,7	12,5
Valle del Cauca	135	101	100	12,1	12,4
Quindío	42	35	28	15,5	12,2
Barranquilla D. E.	197	108	94	13,9	12,2
Risaralda	73	56	50	12,1	12,0
Bogotá, D. C.	549	461	398	13,4	11,8
Boyacá	93	76	67	12,2	11,5
Atlántico	156	104	80	14,2	11,4
Sucre	127	88	61	15,3	11,4
Norte de Santander	159	110	94	11,6	10,7
Santa Marta D. T.	62	35	35	9,6	10,1
Huila	120	83	72	10,2	9,5
Arauca	44	25	16	13,8	9,4
Tolima	106	75	61	11,1	9,1
Caquetá	45	30	26	10,2	9,1
Santander	157	102	93	9,0	8,3

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 32 2020 - 2024	Valor observado a SE 32 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 056	3 366	-
San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño)	35	40	8
Agustín Codazzi (Cesar)	11	21	12
Girardot (Cundinamarca)	9	13	11
Acacías (Meta)	8	12	5
Tocancipá (Cundinamarca)	4	9	5
Timbiquí (Cauca)	4	8	6
Riosucio (Caldas)	4	7	21
Aguazul (Casanare)	2	7	28
Urrao (Antioquia)	3	6	1

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 32, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 32, 2023 -2025					
	2023 a SE 32	(%)	2024 a SE 32	(%)	2025 a SE 32	(%)
Colombia	4 562	100,0	3 733	100,0	3 366	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 118	24,5	982	26,3	866	25,7
Prematuridad-inmaturidad	845	18,5	612	16,4	536	15,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	719	15,8	566	15,2	456	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	496	10,9	424	11,4	311	9,2
Infecciones	396	8,7	329	8,8	281	8,3
Malformación congénita	414	9,1	330	8,8	272	8,1
Sin información	10	0,2	0	0,0	220	6,5
Otras causas de muerte	299	6,6	248	6,6	196	5,8
Causas no específicas	92	2,0	95	2,5	116	3,4
Trastornos cardiovasculares	112	2,5	110	2,9	83	2,5
Lesión de causa externa	43	0,9	19	0,5	14	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	18	0,4	18	0,5	15	0,4

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 32 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

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

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

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

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

En el último periodo, 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 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 25 a 32 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 25 a SE 28 2025	SE 29 a SE 32 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	582 344	549 086	-5,70%	
Hospitalización en sala general	30 779	26 741	-13,12%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 602	3 455	-6,86%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 32 del 2025 se notificaron 125 465 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Chocó, Córdoba, Guainía, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E. y Santiago de Cali D. E. Las 27 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2025) en 23 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 29 a 32 del 2025

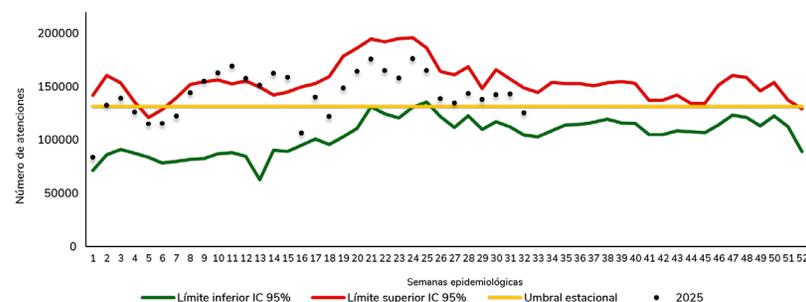
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	64 315	56 715	7 713	7 301
Cundinamarca	Soacha	51 899	53 444	3 348	6 221
La Guajira	Maicao	37 736	39 174	2 112	5 476
Antioquia	Itagüí	51 266	54 943	3 982	5 116
Antioquia	Bello	49 702	40 066	3 714	4 430
Cundinamarca	Chía	43 358	37 297	3 534	4 326
La Guajira	Uribe	33 683	30 415	2 119	3 587
Risaralda	Dosquebradas	17 187	19 200	1 233	2 550
Antioquia	Rionegro	19 242	24 479	1 620	2 411
Santander	Barrancabermeja D. E.	12 255	19 044	536	2 361
Santander	Floridablanca	18 665	17 635	1 781	2 278
Bolívar	Magangué	10 355	13 728	984	2 234
Magdalena	Ciénaga	15 359	14 589	740	2 104
Córdoba	Sahagún	14 109	15 944	1 615	2 096
Cundinamarca	Zipaquirá	13 325	14 922	1 661	2 081
Boyacá	Duitama	17 045	14 159	1 530	1 961
Boyacá	Sogamoso	10 546	12 941	1 631	1 959
Córdoba	Cereté	10 656	11 823	607	1 866
Valle del Cauca	Palмира	19 667	18 028	1 707	1 800
Antioquia	Envigado	16 134	17 529	1 642	1 795
Cundinamarca	Girardot	14 310	14 002	1 358	1 746
Valle del Cauca	Cartago	11 021	11 350	341	1 716
Córdoba	Lorica	9 468	10 019	849	1 594
Antioquia	Apartadó	12 083	11 583	1 117	1 445
Cundinamarca	Madrid	13 358	9 128	867	1 427
Casanare	Yopal	10 630	9 734	1 231	1 417
Cundinamarca	Facatativá	15 050	11 872	1 663	1 352
Antioquia	Turbo	9 440	9 797	756	1 302
Huila	Pitalito	7 842	8 798	878	1 093
Cesar	Aguachica	5 920	7 766	764	1 063
Cundinamarca	Funza	9 778	9 966	739	1 058
Valle del Cauca	Yumbo	9 240	9 778	1 000	978
Santander	Piedecuesta	4 438	6 604	323	969
Santander	Girón	5 437	5 608	240	926
Valle del Cauca	Tuluá	11 580	8 576	484	855
Cauca	Santander De Quilichao	8 663	7 616	923	785
Cundinamarca	Mosquera	4 937	4 801	409	704
Atlántico	Malambo	7 051	4 275	430	603
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	5 742	4 304	694	599
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 785	4 443	324	429
Cauca	Guapi	1 675	3 103	206	365
Nariño	La Florida	474	478	59	52

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 24,2 % (133 048) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 17,2 % (95 104). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 11,7 % 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 32 se presenta una disminución, ubicándose dentro de los límites esperados (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

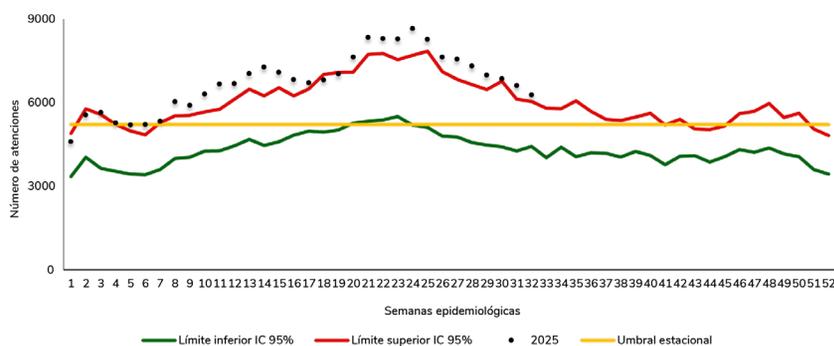
En la semana epidemiológica 32 del 2025 se notificaron 6 276 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Guainía, La Guajira y Vichada, e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre y Tolima. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 578) representaron el 28,3 %, seguido de los menores de un año con el 17,4 % (4 658). La mayor proporción de

hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 29,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,9 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17 y 20 a 32 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una tendencia a la disminución desde semana 26 a 32 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025

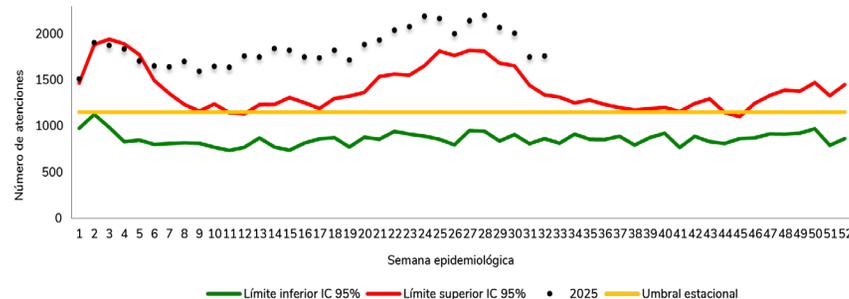


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 32 del 2025, se notificaron 1 758 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 32, se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 32 del 2025



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

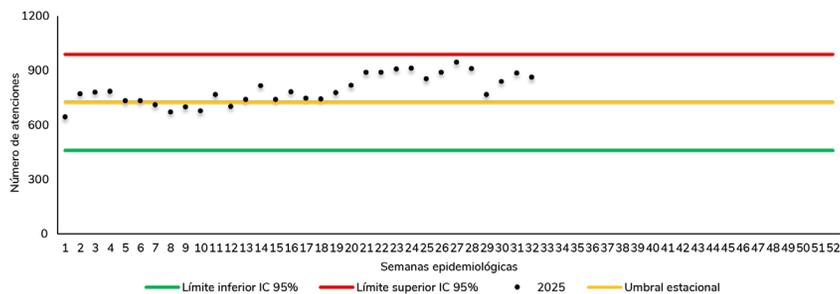
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 32 del 2025 se notificaron 863 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, Chocó, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo 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, Norte de Santander, Quindío, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima ni Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,9 % (1 174), seguido de los menores de un año con el 24,9 % (836) 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 28,0 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,7 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observa a nivel nacional desde semana epidemiológica 13 a 32 una tendencia hacia el aumento, ubicándose por encima del umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025

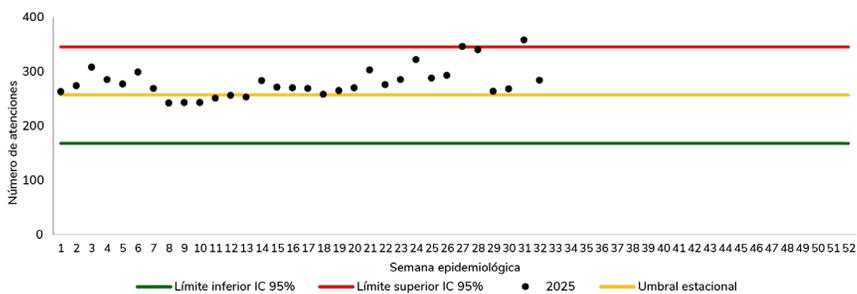


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 32 del 2025, se notificaron 284 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 por debajo del límite superior (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 29 a 32 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 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 32 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 pero con tendencia a la disminución.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional, los cuales influyen en la presentación de las infecciones respiratorias agudas, se insta a las entidades territoriales a:

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado 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, 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 32, 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 y enterovirus, y al decremento para VSR. 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 14).

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

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 25 a 32 del 2025

Agente viral identificado	SE 25 a SE 28			SE 29 a SE 32			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	55,0	62,0	34,5	51,0	56,2	39,3	
Rinovirus	7,5	5,8	-	16,0	12,3	18,2	
VSR	43,6	56,9	6,7	30,5	43,0	27,3	
Enterovirus	5,7	5,3	-	11,2	9,6	4,5	
Adenovirus	4,4	5,3	-	4,3	4,4	-	
Influenza B	0,6	0,4	-	0,5	-	-	
Influenza A	16,4	11,6	26,6	13,4	7,0	22,7	
Parainfluenza	5,4	4,9	3,3	7,5	8,8	4,5	
Metapneumovirus	4,4	4,0	13,3	4,3	5,3	4,5	
A(H1N1)pdm09	3,8	1,3	26,6	4,8	2,6	13,6	
SARS-CoV2	2,3	1,7	10,0	2,7	3,5	-	
A(H3N2)	4,2	1,3	13,3	1,6	-	4,5	
Coronavirus	1,5	1,3	-	3,2	3,5	-	

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 32 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 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 ($p > 0,05$)).

Entre el 03 y el 09 de agosto de 2025 se confirmaron 153 casos en el territorio nacional; de estos el 74,5 % (114 casos) corresponde a la semana epidemiológica 32. El 69,9 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D. C., Antioquia, Santander, Cundinamarca y Arauca (tabla 15).

Tabla 15. Casos nuevos de COVID-19 en la Semana Epidemiológica 32 del 2025, Colombia.

Entidad Territorial	Otros	SE 29	SE 30	SE 31	SE 32	Total
Colombia	2	4	5	28	114	153
Bogotá D. C.	0	2	1	7	55	65
Antioquia	0	1	1	3	15	20
Santander	0	0	0	6	5	11
Cundinamarca	0	0	0	0	6	6
Arauca	0	0	0	2	3	5
Cauca	0	0	0	0	4	4
Quindío	1	0	0	1	2	4
Valle del Cauca	0	0	0	0	4	4
Atlántico	0	0	0	2	2	4
Boyacá	1	0	0	1	1	3
Barranquilla D. E.	0	0	0	1	2	3
Sucre	0	0	0	1	2	3
Magdalena	0	0	0	0	2	2
Santiago de Cali D. E.	0	0	0	0	2	2
Risaralda	0	0	0	0	2	2
Tolima	0	0	0	0	2	2
Norte de Santander	0	0	0	1	1	2
Córdoba	0	0	0	1	1	2
Putumayo	0	1	0	0	1	2
Caquetá	0	0	1	0	0	1
Cartagena de Indias D. T.	0	0	1	0	0	1
Nariño	0	0	0	0	1	1
Meta	0	0	0	1	0	1
Santa Marta D. T.	0	0	1	0	0	1
Vichada	0	0	0	1	0	1
Exterior	0	0	0	0	1	1

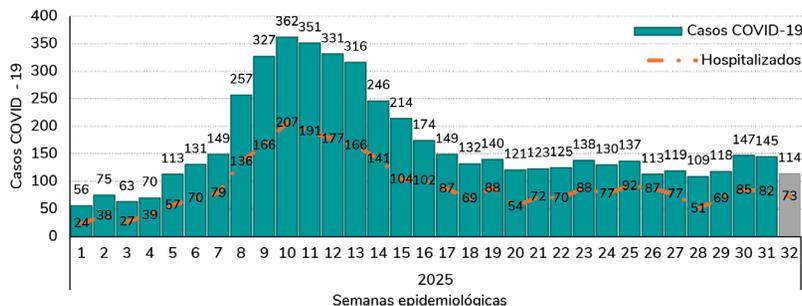
Fuente: Sivigila, 2025. SE:32.
*SE: semana epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 29-32), se registró una incidencia de 0,96 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 125 municipios.

En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Antioquia, Bogotá D. C., Santa Marta D. T., Casanare y a nivel municipal en Medellín D. E. y Envigado (Antioquia), Chía (Cundinamarca), Barrancabermeja D.E (Santander) y Yopal (Casanare) (tabla 15).

En Colombia, con corte al 09 de agosto del 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 5 295 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2025), se ha observado un aumento del 9,6 %, con 524 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 25 a 28 del 2025), en el cual se reportaron 478 casos. En las hospitalizaciones se presentó un aumento del 0,6 %, pasando de 307 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 309 casos en el periodo analizado (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de COVID-19 a Semana Epidemiológica 32 del 2025, Colombia.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:32.
*SE: semana epidemiológica.

Durante 2025, en Colombia se han reportado 99 fallecimientos relacionados con COVID-19 (procedencia de Colombia 96 y del exterior 3). En el periodo observado, las muertes se registraron en Bogotá D. C., Bolívar, Boyacá, Córdoba, Magdalena, Valle del Cauca. Arauca y Casanare. El 68,7 % (68 casos) correspondió a personas de 60 o más años (tabla 16).

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 a Semana Epidemiológica 32 del 2025, Colombia

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	96	11	8	0,021	0,015
Bogotá, D.C.	25	3	1	0,04	0,01
Bolívar	1	0	1	0,00	0,08
Boyacá	3	1	1	0,08	0,08
Córdoba	4	1	1	0,05	0,05
Magdalena	2	0	1	0,00	0,10
Valle del Cauca	8	0	1	0,00	0,05
Arauca	3	1	1	0,31	0,31
Casanare	1	1	1	0,21	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	0	0	0,00	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	4	2	0	0,35	0,00
Santander	6	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Tolima	3	0	0	0,00	0,00
Guaviare	1	1	0	0,97	0,00
Exterior	3	0	0	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:32

*SE: Semana Epidemiológica

PE: Periodo Epidemiológico -PE anterior SE 25-28 y PE actual (SE 29-32)

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, donde podrá ampliar detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2025.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 32 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, rash o leucopenia.
- **Dengue con signos de alarma:** paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cm, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100 000) asociada a hemoconcentración.
- **Dengue grave:** todo caso de dengue que cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación: • Extravasación severa de plasma: Que conduce a síndrome de choque por dengue o acúmulo de líquidos con dificultad respiratoria. • Hemorragias severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico. • Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afeción 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 32 del 2025 se notificaron 2 300 casos de dengue: 1 665 casos de esta semana y 635 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 96 391 casos, 60 500 (62,8 %) sin signos de alarma, 34 961 (36,3 %) con signos de alarma y 930 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,8 % (55 693) 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 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025) el 54,6 % (5 657) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Córdoba, Antioquia, Meta, Tolima y Sucre.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025.

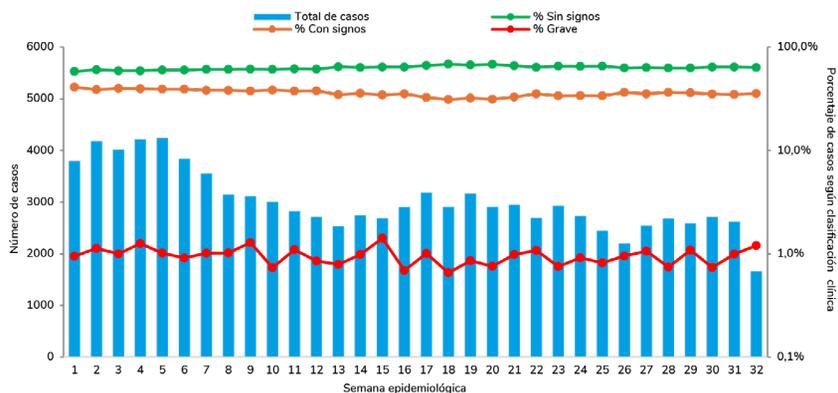
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 24-27 de 2025)	Observado (SE 28-31 de 2025)
Córdoba	8 294	35,0	0,3	800	892
Santander	8 293	32,4	0,6	953	920
Meta	8 201	34,6	1,3	1 039	697
Norte de Santander	7 036	39,0	1,2	1 018	1 258
Antioquia	6 541	35,7	0,8	674	776
Tolima	5 279	32,2	1,2	601	588
Cartagena de Indias D. T.	4 707	23,7	1,1	169	385
Valle del Cauca	3 948	26,9	0,6	332	336
Cundinamarca	3 394	39,7	0,6	175	204
Sucre	3 266	56,0	0,8	464	526
Atlántico	3 211	43,0	1,5	357	354
Bolívar	3 126	39,5	0,9	478	447
Putumayo	3 030	27,5	0,5	180	156
Huila	3 010	35,5	2,9	213	243
Santiago de Cali D. E.	2 681	35,3	0,7	273	199
Barranquilla D. E.	2 443	36,7	1,1	129	157
Caquetá	2 247	38,5	1,2	96	61
La Guajira	2 284	59,7	1,3	171	248
Arauca	2 128	33,6	1,2	226	212
Cesar	2 127	57,4	1,9	280	402
Casanare	1 460	31,9	0,3	209	146
Magdalena	1 231	56,3	0,9	244	322
Guaviare	1 001	20,5	0,4	98	143
Risaralda	992	36,2	1,0	62	80
Cauca	945	37,9	1,2	41	47
Nariño	883	31,1	1,2	76	109
Quindío	841	25,7	0,1	79	85
Vichada	847	27,5	0,4	143	169
Chocó	786	16,5	0,6	123	121
Boyacá	588	42,9	0,3	49	47
Santa Marta D. T.	414	58,5	0,7	70	95
Caldas	324	49,1	0,3	18	24
Amazonas	291	30,2	0,0	20	52
Exterior	219	47,5	5,5	36	32
Buenaventura D. E.	164	36,6	1,8	15	19
Vaupés	76	11,8	1,3	4	44
Archipiélago de San Andrés y providencia	47	40,4	0,0	1	2
Guainía	36	30,6	0,0	2	7
Colombia	96 391	36,3	1,0	9 918	10 605

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Caldas, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Guaviare, Magdalena, Nariño, Santa Marta D. T., Guainía, La Guajira y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Caquetá, Casanare y Meta; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025) fueron: Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., La Guajira y Exterior.

Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025.

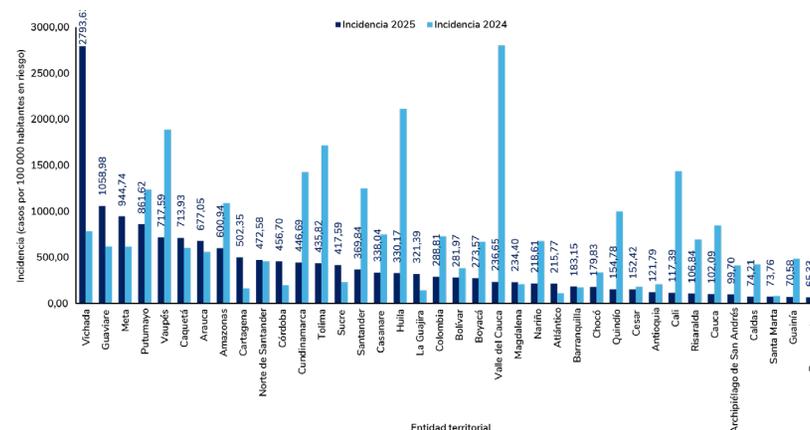


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 32 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 288,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 730,5 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 32 del 2025 registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000

habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 539,3 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a la Semana Epidemiológica 32, 2024-2025.



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

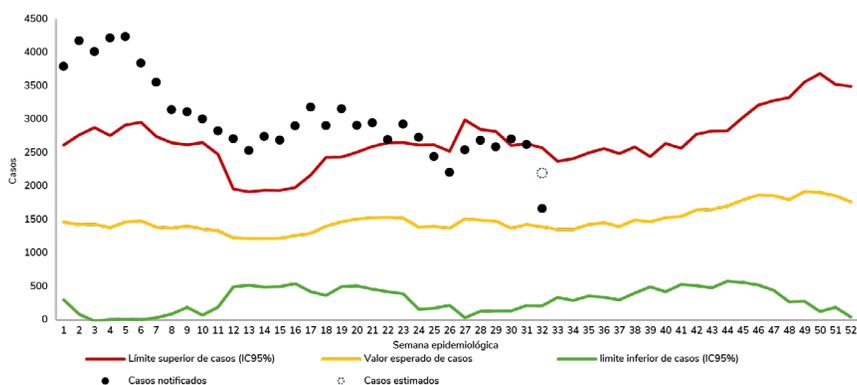
En la semana epidemiológica 32 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia estable con una variación de 6,9 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27 del 2025) (figura 16).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 18,9 % (7) se encuentra dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 48,6 % (18) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo, las entidades territoriales de Córdoba 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 18).

Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se mantiene activo el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional, y 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 32 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 21,6 % (178) 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 43,8 % (25/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 16. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025.



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, Semana Epidemiológica 32 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 32, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de agosto		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Córdoba, Sucre	Antioquia, Atlántico, Guainía, Magdalena, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santa Marta D. T., Vaupés	Amazonas, Cartagena de Indias D. T., Guaviare, La Guajira, Meta, Putumayo, Vichada
Alerta	Arauca, Santander	Bolívar, Boyacá, Cesar, Chocó, Huila, Nariño	Caquetá, Cundinamarca, Tolima, Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura D. E., Caldas, Casanare	Barranquilla D. E., Santiago de Cali D. E., Cauca, Archipiélago de San Andrés y Providencia

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

Tabla 19. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue. Colombia, Semana Epidemiológica 32 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado	Esperado
Antioquia	Medellín D. E.	40,0	1 044	83	93
	Apartadó	337,8	445	60	68
	Bello	18,6	103	6	14
	Envigado	45,9	111	6	4
	Itagú	16,7	46	2	8
Atlántico	Turbo D. E.	243,5	327	44	44
	Sabanalarga	167,9	173	44	53
Bolívar	Soledad	276,5	1 892	194	94
	Cartagena de Indias D. T.	446,1	4 707	169	385
Cauca	Magangué	333,3	479	63	64
	Popayán	33,9	92	5	4
Córdoba	Montería	832,0	4 268	247	269
	Cereté	250,8	276	59	38
	Sahagún	319,1	357	42	38
Cundinamarca	Fusagasugá	264,9	438	14	27
Santa Marta D.T.	Santa Marta D. T.	74,9	414	70	95
Meta	Villavicencio	769,7	3 925	568	378
	San José de Cúcuta	547,4	4 179	611	753
	Ocaña	272,2	323	34	91
Norte de Santander	Villa del Rosario	683,9	753	80	71
	Armenia	114,5	358	23	18
Risaralda	Pereira	105,3	511	31	39
	Dosquebradas	121,8	265	14	23
Santander	Barrancabermeja D. E.	259,4	557	82	80
Valle del Cauca	Jamundí	518,7	878	70	53

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

A semana epidemiológica 32 del 2025, se han notificado 283 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 74 casos, se descartaron 157 casos y se encuentran en estudio 52 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 209 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a la Semana Epidemiológica 32, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 32, 2025	Letalidad por dengue a SE 32, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,30	0,09
La Guajira	6	1	0,26	0,00
Cauca	2	2	0,21	0,08
Putumayo	4	1	0,13	0,23
Barranquilla D. E.	3	0	0,12	0,00
Antioquia	8	3	0,12	0,11
Meta	10	3	0,12	0,11
Vichada	1	1	0,12	0,00
Huila	3	3	0,10	0,02
Bolívar	3	1	0,10	0,16
Arauca	2	2	0,09	0,17
Cartagena de Indias D. T.	4	1	0,08	0,06
Magdalena	1	1	0,08	0,00
Santiago de Cali D. E.	2	1	0,07	0,05
Atlántico	2	3	0,06	0,12
Sucre	2	1	0,06	0,11
Santander	5	2	0,06	0,10
Córdoba	4	5	0,05	0,03
Cesar	1	1	0,05	0,24
Cundinamarca	1	0	0,03	0,06
Norte de Santander	2	4	0,03	0,15
Tolima	1	9	0,02	0,10
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,05
Bogotá D. C.	0	1	0,00	0,00
Buenaventura D. E.	0	1	0,00	0,72
Nariño	0	1	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	0	1	0,00	0,22
Exterior	4	0	1,88	0,78
Colombia	70	52	0,07	0,09

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

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 32 del 2025 con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos, con metodología de mediana y de comportamientos inusuales de incrementos y decrementos. En el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

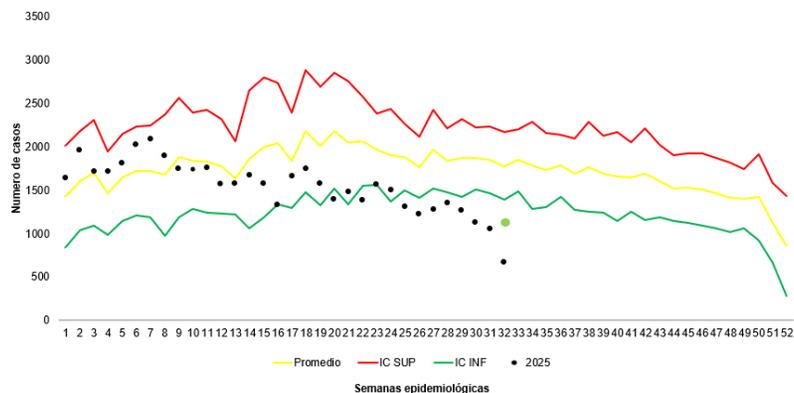
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025.



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 32, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 32 del 2025 se notificaron 1 467 casos de malaria, para un acumulado de 49 719 casos, de los cuales 48 912 son de malaria no complicada y 807 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,1 % (33 382), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,7 % (15 775) e infección mixta con 1,1 % (562). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,5 %), Antioquia (15,9 %), Nariño (13,8 %), Córdoba (8,5 %), Vaupés (6,3 %), Risaralda (3,9 %), Amazonas (3,3 %), Cauca (3,3 %), Buenaventura D. E. (2,5 %), Vichada (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 73,1 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 25 a 28	Casos 2025 SE 29 a 32	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	2 739	274	152	112,74
Córdoba	Tierralta	2 419	234	163	24,24
Chocó	Quibdó	2 094	138	137	14,48
Risaralda	Pueblo Rico	1 738	163	131	103,52
Antioquia	El Bagre	1 523	135	136	27,05
Nariño	El Charco	1 352	180	228	58,15
Nariño	Roberto Payán	1 272	105	71	95,44
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 235	164	131	3,81
Chocó	Lloró	1 223	148	105	115,26
Chocó	Bajo Baudó	1 152	102	170	33,95
Nariño	Magüí	1 085	61	40	4,06
Guainía	Inírida	1 023	76	80	26,98
Vichada	Cumaribo	1 001	112	57	11,50
Nariño	Olaya Herrera	1 024	155	90	38,69
Chocó	Tadó	975	119	76	48,38
Córdoba	Puerto Libertador	958	96	45	21,09
Chocó	Bagadó	851	94	99	71,86
Cauca	Timbiquí	834	41	15	29,67
Boyacá	Cubará	837	69	37	98,25
Amazonas	Tarapacá (CD)	882	82	25	201,60
Chocó	Istmina	808	114	72	23,90
Chocó	Medio San Juan	811	75	109	68,94
Antioquia	Nechí	755	62	42	27,06
Chocó	El Cantón del San Pablo	687	39	46	99,48
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	689	78	62	2,58
Chocó	Alto Baudó	697	76	84	22,29
Nariño	Barbacoas	679	50	37	11,59
Bolívar	Montecristo	679	86	72	36,96
Cauca	Guapi	591	69	21	20,01
Antioquia	Chigorodó	600	94	37	9,64
Chocó	Carmen del Darién	568	35	29	25,64
Antioquia	Turbo	577	80	59	4,29
Antioquia	Segovia	476	73	54	11,63
Antioquia	Cáceres	482	66	85	15,47
Antioquia	Mutatá	456	37	42	30,33

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 73,1 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,7 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia incremento el municipio de El Bagre, Quibdó, Inírida y Bagadó y en decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Tarapacá (CD), Chigorodó y Bajo Baudó (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 62,1 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en incremento en el municipio de El Charco, Bajo Baudó y Medio San Juan y en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Roberto Payán, Magüi, Buenaventura D. E., Guapi, Olaya Herrera, Tadó, Barbacoas, Lloró, Istmina y Tierralta como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 25 a 28 de 2025	Casos SE 29 a 32 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	265	144	-46 %	8,0 %
Córdoba	Tierralta	208	140	-33 %	6,2 %
Risaralda	Pueblo Rico	143	109	-24 %	4,6 %
Antioquia	El Bagre	106	121	14 %	3,7 %
Chocó	Quibdó	70	74	6 %	3,4 %
Guainía	Inírida	70	77	10 %	3,0 %
Córdoba	Puerto Libertador	81	41	-49 %	2,7 %
Boyacá	Cubará	69	37	-46 %	2,6 %
Vichada	Cumaribo	88	48	-45 %	2,3 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	71	19	-73 %	2,2 %
Chocó	Lloró	87	53	-39 %	2,1 %
Chocó	Bagadó	65	69	6 %	1,9 %
Bolívar	Montecristo	74	69	-7 %	1,8 %
Antioquia	Chigorodó	85	30	-65 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	56	76	36 %	1,7 %

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025

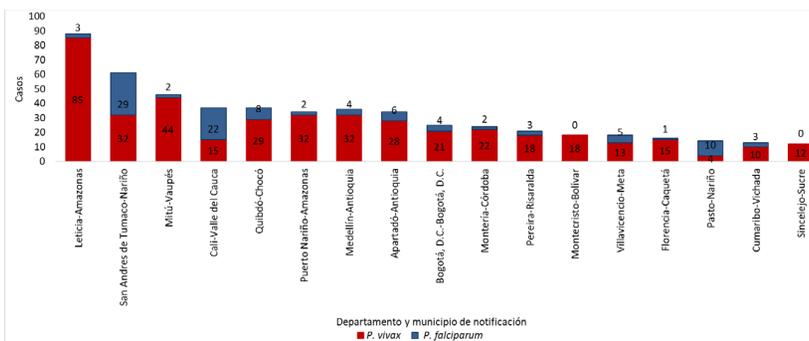
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 25 a 28 de 2025	Casos SE 29 a 32 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	175	219	25 %	8,0 %
Chocó	Quibdó	67	61	-9 %	6,0 %
Cauca	Timbiquí	41	15	-63 %	5,3 %
Nariño	Roberto Payán	54	20	-63 %	5,3 %
Nariño	Magüi	39	27	-31 %	5,0 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	111	85	-23 %	4,9 %
Chocó	Bajo Baudó	45	92	104 %	3,8 %
Cauca	Guapi	62	19	-69 %	3,5 %
Nariño	Olaya Herrera	98	36	-63 %	3,4 %
Chocó	Tadó	61	39	-36 %	3,4 %
Nariño	Barbacoas	22	16	-27 %	3,1 %
Chocó	Lloró	55	44	-20 %	3,0 %
Chocó	Istmina	50	34	-32 %	2,6 %
Córdoba	Tierralta	25	23	-8 %	2,5 %
Chocó	Medio San Juan	25	53	112 %	2,4 %

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 32 del 2025 se han notificado 807 casos de malaria complicada que proceden de nueve entidades territoriales y tres casos procedentes del exterior. Nariño, Amazonas, Antioquia, Bolívar, Cauca, Chocó, y Córdoba notificaron el 80,4 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 76,1 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

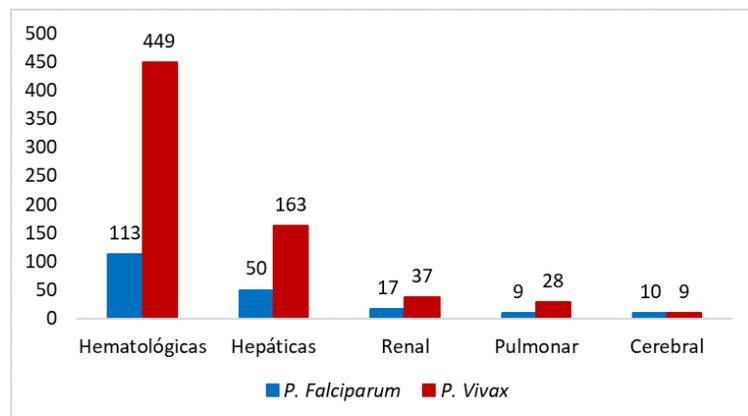
Figura 18. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de notificación con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 32 del 2025.



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 63,5 % (562) presentaron complicaciones hematológicas; 24,1 % (213) complicaciones hepáticas; 6,1 % (54) complicaciones renales; 4,2 % (37) complicaciones pulmonares y 2,1 % (19) complicaciones cerebrales (figura 19).

Figura 19. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 32 del 2025.



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 32 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; doce departamentos y veinte municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y dos departamentos y nueve municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 25).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 32 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 32 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 29 A 32	Observado SE 29 A 32 de 2025
Vaupés	Mitú	4	2 788	289	153
Nariño	El Charco	5	1 356	78	229
Boyacá	Cubará	4	842	27	37
Chocó	Medio San Juan	5	813	93	109
Antioquia	Cáceres	4	483	37	85
Antioquia	Segovia	5	482	45	54
Amazonas	Leticia	4	443	9	57
Arauca	Saravena	4	419	11	39
Antioquia	Vigía del Fuerte	5	382	40	63
Antioquia	Caucasia	4	280	13	24
Caquetá	Florencia	4	247	2	8
Meta	Puerto Gaitán	4	244	11	28
Amazonas	Puerto Nariño	5	214	27	50
Vichada	Puerto Carreño	4	199	9	27
Risaralda	La Virginia	4	83	2	9
Vaupés	Taraira	5	76	5	15
Valle del Cauca	Pradera	4	49	2	9
Arauca	Fortul	4	43	0	4
Risaralda	Pereira	4	39	1	11
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	22	1	5

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las Semanas Epidemiológicas 01 a 32 del 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 32 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 32 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 29 A 32	Observado SE 29 A 32 de 2025
Vichada	Cumaribo	5	1 020	67	59
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	690	43	46
Antioquia	Chigorodó	5	604	62	37
Antioquia	Turbo	5	589	72	59
Antioquia	Tarazá	4	384	23	37
Chocó	Sipí	4	169	18	8
Chocó	Cértegui	4	151	14	17
Bolívar	Achí	4	32	4	4
Vaupés	Carurú	4	14	1	3

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

A semana epidemiológica 32 del 2025, se han notificado 13 730 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 13 619 corresponden a residentes en Colombia y 111 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (33 del 2024 a 32 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 176 municipios a nivel nacional (15,7 %) y de disminución en 23 municipios (2,0 %) (tabla 26).

El 80,7 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,3 % como desnutrición aguda severa. El 6,1 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,8 %), y de 1 año (27,9 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales el 67,0 %.

Para la semana epidemiológica 32 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, Guainía 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 18 municipios (tabla 27).

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 32, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 32 de 2024	Casos a SE 32 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	16 175	13 619	0,60	15,7	2,0
La Guajira	1 800	1 037	1,93	13,3	0,0
Vichada	232	143	1,64	0,0	0,0
Chocó	758	551	1,49	9,7	6,5
Magdalena	466	537	0,94	48,3	3,4
Amazonas	40	50	0,86	18,2	0,0
Arauca	256	120	0,81	0,0	28,6
Risaralda	296	299	0,80	28,6	7,1
Guaviare	67	48	0,79	0,0	0,0
Cesar	615	602	0,76	8,0	0,0
Antioquia	1 845	1 861	0,67	32,8	0,8
Casanare	217	173	0,67	10,5	5,3
Cartagena de Indias D. T	276	334	0,66	0,0	0,0
Bolívar	418	399	0,64	26,7	4,4
Guainía	38	29	0,63	11,1	11,1
Nariño	614	455	0,63	18,8	1,6
Boyacá	328	336	0,62	8,9	0,8
Vaupés	36	20	0,62	16,7	16,7
Putumayo	123	126	0,62	0,0	0,0
Bogotá D. C	2 161	1 773	0,59	0,0	0,0
Norte Santander	431	448	0,54	15,0	2,5
Meta	352	260	0,54	10,3	0,0
Buenaventura D. E.	178	115	0,51	0,0	0,0
Tolima	280	209	0,50	8,5	0,0
Sucre	180	250	0,49	34,6	0,0
Huila	369	294	0,48	16,2	0,0
Cundinamarca	986	728	0,48	5,2	1,7
Valle del Cauca	400	408	0,46	20,0	0,0
Santa Marta D. T.	79	111	0,44	100,0	0,0
Santiago de Cali D. E.	381	395	0,43	0,0	0,0
Caquetá	137	96	0,42	6,3	6,3
Santander	427	327	0,37	16,1	2,3
Córdoba	397	313	0,36	13,3	3,3
Caldas	181	122	0,34	11,1	0,0
Barranquilla D. E.	179	195	0,32	0,0	0,0
Atlántico	345	214	0,30	9,1	9,1
Quindío	57	52	0,27	0,0	0,0
Cauca	222	185	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 33 de 2024 a SE 32 de 2025.

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a Semana Epidemiológica 32 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Chocó	Quibdó	52	95
Antioquia	Turbo	37	93
Sucre	Sincelejo	28	60
Tolima	Ibagué	37	58
Antioquia	Itagüí	27	53
Boyacá	Sogamoso	22	46
Valle del Cauca	Jamundí	23	45
Risaralda	Dosquebradas	23	43
Antioquia	Rionegro	22	35
Cundinamarca	Chía	17	30
Norte de Santander	Ocaña	24	30
Cundinamarca	Fusagasugá	42	28
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	13	28
Antioquia	Envigado	10	21
Norte de Santander	Villa del Rosario	38	21
Bolívar	Turbaco	10	19
Cundinamarca	Girardot	34	15
Santander	Floridablanca	21	10

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>

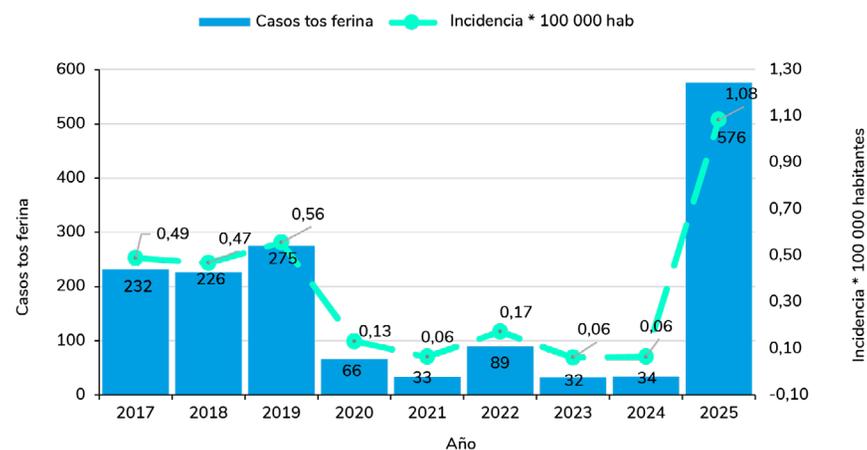
Tos ferina

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexo 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 31) a nivel nacional se han reportado en Sivigila un total de 4 539 casos de tos ferina. De estos, el 12,8 %, equivalente a 582 casos han sido confirmados (576 procedentes de Colombia y 6 del exterior); el 74,6 % (3 386 casos) fueron descartados y el 12,6 % (571 casos) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 1,08 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 0,56 casos por cada 100 000 habitantes (figura 20).

Figura 20. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 31, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2017 -2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 31, del 2019 al 2025

El mayor número de casos se reporta en Bogotá D. C. con 210 casos y una incidencia de 2,65 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 1,97 (137 casos), Cundinamarca con 0,93 (34 casos) y Huila con 1,91 (23 casos).

En la tabla 28 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 28. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 31 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrográfico	2025
Colombia	0,50	0,12	0,06	0,17	0,06	0,06	1,08		576
Bogotá D.C.	0,62	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,65		210
Antioquia	0,69	0,17	0,09	0,13	0,03	0,07	1,97		137
Cundinamarca	0,45	0,13	0,03	0,00	0,09	0,14	0,93		34
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,08	0,25	1,91		23
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	1,71		18
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64		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	2,11		13
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,54		11
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,47		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
Santiago de Cali D.E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,35		8
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,53		7
Cesar	0,32	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,49		7
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47		7
Cauca	0,27	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,52		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
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,39		4
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,62		2
Caquetá	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.E.	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 epidemiológicas, la incidencia fue de 0,03 casos por cada 100 000 habitantes (18 casos). La mayor incidencia se registró en Caldas con 0,29 casos por cada 100 000 habitantes (3 casos), seguido de Meta con 0,17 (2 casos) (tabla 29).

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (24 a 31) del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Casos acumulados		Casos PE anterior (SE 24-27)	Casos PE actual (SE 28-31)	Incidencia PE anterior (SE 24-27)	Incidencia PE actual (SE 28-31)	Tendencia de la incidencia
Colombia	582	1,05	59	18	0,11	0,03	
Caldas	18	1,71	3	3	0,29	0,29	
Meta	6	0,52	0	2	0,00	0,17	
Chocó	13	2,11	1	1	0,16	0,16	
Boyacá	7	0,53	2	2	0,15	0,15	
Córdoba	9	0,47	1	2	0,05	0,10	
Cartagena de Indias D. T.	14	1,31	0	1	0,00	0,09	
Atlántico	7	0,47	0	1	0,00	0,07	
Valle del Cauca	11	0,54	2	1	0,10	0,05	
Santiago de Cali D. E.	9	0,39	0	1	0,00	0,04	
Antioquia	137	1,97	12	2	0,17	0,03	
Bogotá D. C.	210	2,65	19	1	0,24	0,01	
Barranquilla D. E.	2	0,15	1	0	0,07	0,00	
Bolívar	8	0,66	3	0	0,25	0,00	
Caquetá	2	0,46	0	0	0,00	0,00	
Cauca	7	0,44	0	0	0,00	0,00	
Cesar	7	0,49	1	0	0,07	0,00	
Cundinamarca	34	0,93	7	0	0,19	0,00	
Huila	23	1,91	0	0	0,00	0,00	
La Guajira	8	0,74	0	0	0,00	0,00	
Magdalena	2	0,21	0	0	0,00	0,00	
Nariño	6	0,35	1	0	0,06	0,00	
Norte de Santander	2	0,12	0	0	0,00	0,00	
Quindío	2	0,35	0	0	0,00	0,00	
Risaralda	15	1,54	2	0	0,21	0,00	
Santander	6	0,25	0	0	0,00	0,00	
Sucre	4	0,39	2	0	0,20	0,00	
Tolima	1	0,07	1	0	0,07	0,00	
Arauca	2	0,62	0	0	0,00	0,00	
Vichada	4	3,14	1	0	0,78	0,00	
Exterior	6	-	-	1	-	-	

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 31 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 30).

A la fecha, continúan en seguimiento los brotes en población indígena en Bagadó y Tadó (Chocó), y Cumaribo (Vichada) (tabla 30).

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena, por departamento de procedencia, en Semana Epidemiológica 31 del 2025, Colombia.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Estado
Colombia		65	Abierto
Antioquia	Urrao	28	Cerrado
	Betulia	1	Cerrado
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	Cerrado
Cauca	Caloto	1	Cerrado
Caldas	Manizales	5	Cerrado
Chocó	Bagadó	10	Abierto
	Tadó	1	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	Cerrado
	Riohacha D. E.	2	Cerrado
	Uribe	4	Cerrado
Córdoba	Tierralta	1	Cerrado
Meta	Puerto Gaitán	1	Cerrado
Magdalena	Mistrató	1	Cerrado
	Ciénaga	1	Cerrado
Vichada	Cumaribo	1	Abierto

Fuente: Sivigila 2025p



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, agosto 12 de 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024- 2025p se han confirmado 129 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior, con 55** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), de las cuales cinco (5) se excluyen del cálculo de letalidad ya que se determinó que la causa de muerte no fue fiebre amarilla (Cunday 2, Dolores 1, Valle de San Juan 1, Chaparral 1), y dos (2) casos en estudio, con una letalidad acumulada preliminar del 37,2 % (48/129)**.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025, se han confirmado 106 casos de fiebre amarilla, de los cuales 35 son casos fallecidos y dos (2) casos en estudio (cifra preliminar**). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (109 casos):** Ataco (25), Villarrica (19), Prado (17), Cunday (18), Chaparral (8), Rioblanco (7), Purificación (7), 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) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1).

Las mortalidades acumuladas 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (35)**, 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 (104 hombres y 25 mujeres). Los grupos etarios más afectados son los mayores de 65 años (27 casos) y los de 60 a 64 años (15 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 y dos (2) casos en estudio.

** 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.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, agosto 12 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 septiembre de 2024, y hasta la fecha se han confirmado 109 casos de fiebre amarilla, 108 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico. El último caso confirmado por fiebre amarilla corresponde a una masculino de 63 años, ocupación agricultor de café, con condición final fallecido, con procedencia en Cunday (Tolima), y con fecha de inicio de síntomas el 08 de agosto de 2025, sin antecedente vacunal para fiebre amarilla en PAI web.

** Se excluyen del cálculo de letalidad cinco (5) casos en los que su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y dos (2) casos en estudio.

** 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.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

Brote de varicela en población de interés especial, Funza, Cundinamarca, agosto 06 de 2025

Situación identificada en población indígena del pueblo Embera Dobidá, ubicada en la Unidad de Protección Integral (UPI) La Florida de Funza, Cundinamarca. El primer caso se detectó el 11 de julio de 2025 y este mismo día se inició la investigación epidemiológica de campo. Actualmente se registran cuatro (4) casos entre 22 personas expuestas, resultando en una tasa de ataque del 18,2 %. Ningún caso requirió hospitalización, no se han registrado fallecidos y no hay información de población de alto riesgo de complicaciones. El último caso conocido presentó erupción el 26 de julio del 2025 y está bajo seguimiento por 42 días con la hipótesis de contagio de origen comunitario. Ningún caso tuvo criterios de riesgo para toma de muestra de Mpox. 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, ventilación adecuada e higiene en los espacios. La situación permanece en seguimiento hasta su cierre y está sujeta a posibles cambios.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 32 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Infección por el virus Nipah en India. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 06 de agosto de 2025.

Entre el 17 de mayo y el 12 de julio de 2025, se informaron cuatro casos confirmados de la infección por el virus Nipah (NiV), incluidas dos muertes, en dos distritos del estado de Kerala (dos en Malappuram y dos en Palakkad). De los cuatro casos, uno se notificó en mayo (con inicio de síntomas en abril) y tres en julio con inicio de síntomas en junio (dos casos) y julio (un caso). Las fuentes de infección de los casos siguen bajo investigación y hasta el momento, ninguno parece estar relacionado entre sí, lo que sugiere eventos de contagio independientes del reservorio natural. En las zonas afectadas se ha observado una presencia significativa de murciélagos frugívoros, el reservorio conocido de NiV.

El número de casos recientes reportados en el estado de Kerala es consistente con las tendencias observadas en años anteriores. En este momento, de acuerdo con la evaluación de riesgos de la OMS, el riesgo general para la población nacional y regional sigue siendo bajo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Infección por el virus Nipah - India. Fecha de publicación: 06 de agosto de 2025. Fecha de consulta: 13 de agosto de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/disease-outbreak-news/item/2025-DON577>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 32 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 32

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Defectos Congénitos			Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	40	1	2	313	31	41	0	0	0	88	8	17	14	1	4	0	0	0	15	1	3
Antioquia	378	10	6	13189	1299	1568	51	4	3	2336	140	249	943	103	75	509	42	32	2257	286	324
Arauca	68	3	1	566	50	77	25	1	1	716	36	56	43	5	2	2	0	0	50	6	6
Atlántico	69	2	2	2800	261	317	48	6	9	1382	116	163	35	5	5	2	0	0	393	50	55
Barranquilla D.E.	11	1	0	2978	240	355	28	4	0	897	92	52	66	7	8	15	2	3	422	56	59
Bogotá D.C.	2	0	0	15464	1735	1888	0	0	0	0	0	0	2423	157	281	79	13	6	2566	267	290
Bolívar	194	6	6	2006	195	220	29	7	2	1235	160	186	99	10	5	1	0	0	182	22	30
Boyacá	42	2	1	4669	471	581	2	0	0	252	13	25	427	31	47	4	1	0	302	40	44
Buenaventura D.E.	14	1	1	82	12	13	3	0	0	60	11	4	16	3	2	0	0	0	22	2	3
Caldas	43	3	1	2654	279	312	1	0	0	159	19	10	61	8	6	9	1	0	332	43	37
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	3359	406	354	18	5	1	946	221	66	408	43	69	58	30	0	662	74	87
Caquetá	142	3	3	758	85	91	28	0	0	864	40	25	48	9	4	2	0	0	66	8	10
Cartagena de Indias D.T.	13	1	3	1228	125	129	51	5	1	1114	71	59	115	15	10	4	0	0	212	32	27
Casanare	106	4	3	1177	114	163	5	2	0	466	101	51	56	4	7	37	1	4	93	10	10
Cauca	69	2	0	3719	432	445	11	1	1	358	21	22	298	25	51	22	1	3	172	26	20
Cesar	203	5	10	2056	177	265	41	9	4	1220	193	219	52	10	1	4	1	1	249	27	32
Chocó	143	4	8	192	17	22	5	1	0	130	17	20	77	6	3	2	0	0	13	1	2
Córdoba	188	9	4	3447	355	417	29	6	5	2901	178	438	176	26	20	3	1	0	378	52	48
Cundinamarca	50	1	0	9862	1003	1222	19	1	1	1347	82	70	691	49	93	14	2	1	787	88	108
Guainía	17	0	0	127	10	17	0	0	0	11	1	3	12	1	0	0	0	0	4	1	0
Guaviare	71	2	0	263	25	37	4	0	0	205	8	31	27	2	1	1	0	0	25	2	3
Huila	106	3	1	4333	431	534	88	11	8	1069	151	81	266	27	41	7	1	0	180	29	26
La Guajira	87	4	0	1505	158	199	30	2	3	1363	78	140	33	8	3	2	0	0	126	15	17
Magdalena	93	1	3	1694	177	167	11	2	2	693	78	204	37	5	3	0	0	0	128	19	18
Meta	185	8	2	2939	284	356	104	4	16	2840	169	221	110	15	10	57	4	9	227	25	37
Nariño	78	4	2	4953	498	604	11	1	1	275	18	47	212	21	23	5	1	1	431	54	54
Norte de Santander	216	6	10	4414	414	550	83	4	12	2744	156	386	229	34	32	21	12	0	385	47	49
Putumayo	114	1	1	1209	119	156	16	0	2	832	20	23	79	6	8	0	0	0	87	9	8
Quindío	12	0	0	2041	218	260	1	0	0	216	9	23	20	7	4	28	1	0	136	18	23
Risaralda	36	1	1	2913	303	357	10	0	1	359	10	23	105	12	28	6	1	1	401	50	57
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	315	26	32	0	0	0	19	2	0	3	1	0	0	0	0	11	1	0
Santa Marta D.T.	28	1	0	1561	109	198	3	1	0	242	23	60	22	4	1	1	0	0	134	15	13
Santander	149	4	2	5217	478	591	49	6	5	2685	249	297	138	20	18	80	4	3	541	62	66
Sucre	66	2	1	1968	182	230	25	6	4	1829	181	232	53	7	1	2	0	0	199	26	16
Tolima	108	2	0	4813	477	602	61	5	6	1701	259	147	150	17	20	5	2	0	316	41	37
Valle del Cauca	53	1	1	5954	594	705	24	2	3	1061	134	80	264	24	35	18	4	1	501	63	69
Vaupés	35	2	2	155	13	22	1	0	0	9	2	1	11	1	0	13	0	1	2	1	0
Vichada	30	0	2	179	21	32	3	0	1	233	6	30	13	2	1	0	0	0	7	0	2
Total nacional	3,265	100	79	117,072	11,826	14,129	918	96	92	34,857	3,073	3,761	7832	732	922	1,013	125	66	13,014	1,570	1,690

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 32

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			IRAG inusitado		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	21	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	2	15	0	15	3	0	1
Antioquia	420	71	61	5	1	0	10	1	1	66	7	13	455	58	56	150	11	50	57	9	3
Arauca	72	8	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	33	3	5	1	0	0	38	5	5
Atlántico	62	12	6	2	0	0	2	0	0	46	4	3	122	13	9	5	0	1	8	1	4
Barranquilla D.E.	68	6	11	1	1	0	1	0	0	45	2	3	142	19	15	24	5	15	16	4	1
Bogotá D.C.	155	17	14	7	1	1	8	1	2	92	14	14	646	74	79	210	26	20	9	0	2
Bolívar	85	12	9	2	0	0	1	0	0	27	2	4	80	13	7	39	1	0	3	1	0
Boyacá	94	17	9	0	1	0	0	0	0	13	1	4	55	9	12	17	3	1	6	0	5
Buenaventura D.E.	9	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	16	2	3	0	0	0	0	0	0
Caldas	93	15	13	1	1	0	0	0	0	8	2	0	39	8	6	56	3	17	37	5	6
Santiago de Cali D.E.	66	15	9	0	0	0	2	0	0	20	3	2	174	16	22	2	1	0	39	5	0
Caquetá	66	9	7	0	0	0	0	0	0	9	1	1	24	4	2	1	0	0	3	1	0
Cartagena de Indias D.T.	33	6	4	1	0	0	1	0	0	8	2	2	59	7	8	3	0	0	0	0	0
Casanare	65	13	18	0	0	0	0	0	0	11	1	1	36	2	6	1	0	1	3	1	0
Cauca	188	30	24	2	1	0	1	1	0	15	1	1	66	9	8	16	1	1	7	0	2
Cesar	148	15	26	0	0	0	0	0	0	39	2	7	95	10	14	5	2	0	22	3	4
Chocó	42	3	6	0	0	0	1	0	0	5	0	0	24	2	5	0	0	0	1	0	0
Córdoba	171	31	18	6	1	0	4	0	0	53	7	6	195	20	15	10	2	0	9	2	1
Cundinamarca	164	19	14	1	3	0	2	0	0	38	4	5	162	21	27	60	9	14	16	1	1
Guainía	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	10	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	2	0	1	0	0	1	0	0
Huila	182	29	16	1	0	0	2	0	1	12	1	1	69	8	10	16	1	5	6	1	2
La Guajira	55	7	7	0	0	0	1	0	1	14	2	2	63	12	9	17	0	1	11	1	2
Magdalena	59	11	9	0	0	0	0	0	0	13	1	2	55	6	6	6	2	4	8	1	2
Meta	163	23	43	0	1	0	1	0	1	25	2	5	104	20	13	10	1	3	12	2	1
Nariño	309	32	36	4	1	0	1	0	0	19	2	2	147	22	23	8	0	0	14	2	1
Norte de Santander	207	30	25	0	0	0	1	0	0	22	3	2	123	19	8	21	2	1	2	0	0
Putumayo	127	19	19	0	0	0	1	0	1	10	1	0	55	6	6	6	0	3	3	1	0
Quindío	58	7	8	0	0	0	0	0	0	6	3	1	38	8	4	7	1	0	4	1	0
Risaralda	101	17	9	4	0	0	10	0	0	12	2	1	125	11	15	13	4	4	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	39	4	3	0	0	0	0	0	0	7	1	0	29	1	4	7	1	7	8	1	1
Santander	192	20	21	2	1	0	8	0	0	35	3	4	98	11	19	37	2	9	13	3	1
Sucre	59	11	5	0	1	0	0	0	0	19	2	2	71	10	8	4	0	3	3	1	0
Tolima	163	27	14	4	1	1	0	0	0	16	1	3	57	8	2	11	0	4	24	2	3
Valle del Cauca	194	29	36	10	1	0	2	0	1	32	2	7	141	18	26	3	0	2	39	5	1
Vaupés	13	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	1	0
Vichada	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3,959	572	515	53	16	2	60	6	8	741	79	98	3,637	454	455	782	79	181	428	51	49

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 32

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad Materna Extrema			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI		
	Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica			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		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	0	0	0	1731	140	148	4	2	2	65	37	65	4131	662	495	126	12	19	0	0	0
Antioquia	175	11	23	7866	894	761	174	22	38	2086	1916	2086	635415	79384	70687	32245	3064	3436	3676	843	775
Arauca	1	1	1	520	7	45	9	1	2	84	93	84	17087	2546	2335	2454	176	414	66	3	25
Atlántico	0	1	0	0	0	0	9	4	1	677	598	677	104215	11942	13377	2242	324	312	1359	250	432
Barranquilla D.E.	4	2	4	0	0	0	25	10	2	690	963	690	150803	19579	18533	8560	452	1157	1332	304	335
Bogotá D.C.	207	4	27	0	0	0	182	31	45	3500	3033	3500	1219733	134388	133899	59261	5405	6820	6336	1714	1773
Bolívar	0	1	0	1194	93	123	10	3	3	586	572	586	88850	11941	12416	1751	247	231	290	129	69
Boyacá	1	1	1	842	0	37	28	4	4	408	339	408	95681	13183	12621	5556	531	785	332	125	96
Buenaventura D.E.	2	1	2	1265	170	135	4	4	1	64	78	64	4331	965	619	88	0	9	9	1	1
Caldas	6	18	6	19	2	2	17	2	4	369	344	369	59741	8250	6895	2523	301	311	913	182	220
Santiago de Cali D.E.	83	6	14	7	1	4	56	13	13	1184	914	1184	176391	23019	15958	6579	646	422	451	121	75
Caquetá	4	1	4	318	6	12	10	4	4	149	128	149	22078	3911	3995	1356	155	232	25	8	8
Cartagena de Indias D.T.	3	2	3	5	0	2	12	4	4	720	613	720	138142	17456	16582	8488	412	977	1112	290	325
Casanare	0	0	0	4	5	1	4	0	0	243	194	243	19184	3254	2745	331	83	59	21	14	5
Cauca	4	2	4	1617	273	40	23	4	3	662	582	662	79483	10323	8867	2711	175	274	441	64	128
Cesar	1	2	1	14	2	1	17	5	7	693	461	693	89784	10958	11560	4597	673	615	396	97	153
Chocó	0	0	0	13657	2400	1265	12	2	2	153	161	153	22440	1963	3270	1552	149	126	13	5	1
Córdoba	2	0	2	4186	919	259	27	4	7	618	604	618	142128	15022	19973	4864	571	704	1003	296	295
Cundinamarca	5	2	5	0	0	0	54	7	12	1360	1058	1360	274643	29342	34031	10143	967	1183	1153	344	315
Guaínía	0	0	0	1103	376	91	0	0	0	15	12	15	1895	219	328	90	23	15	1	0	0
Guaviare	3	0	0	688	93	42	0	0	0	25	17	25	4815	712	652	223	44	53	35	7	5
Huila	2	0	3	3	0	1	17	5	6	518	518	518	78875	11412	10166	4133	448	563	492	109	157
La Guajira	0	1	2	30	1	0	9	1	3	855	746	855	147792	11747	19042	1765	530	203	169	69	30
Magdalena	0	0	0	2	1	0	5	4	2	425	382	425	77868	8731	11691	2666	254	346	76	23	13
Meta	13	6	13	676	35	54	11	0	0	346	202	346	60661	7903	7871	2458	217	297	176	114	68
Nariño	7	6	7	6840	961	610	50	7	17	1058	659	1058	99979	13797	10641	5808	434	706	121	60	41
Norte de Santander	11	2	11	392	204	45	48	8	12	466	363	466	117822	12089	14198	6517	778	933	568	158	165
Putumayo	3	2	3	57	5	4	6	1	1	267	191	267	23829	2678	3013	961	115	111	24	9	5
Quindío	7	2	7	2	2	0	9	4	4	112	72	112	39225	6090	4996	2064	273	249	300	72	82
Risaralda	3	0	3	1932	310	155	21	3	4	346	358	346	80322	9569	9353	4128	306	686	489	78	260
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	9	13	5366	712	600	645	91	93	1	3	0
Santa Marta D.T.	2	0	2	0	0	0	8	2	4	283	292	283	48955	3209	5724	2199	222	293	580	159	135
Santander	2	0	2	9	1	0	67	8	16	629	457	629	172266	17745	24989	11456	1192	1516	1503	472	380
Sucre	0	0	0	65	6	7	9	2	3	324	339	324	60616	8954	9279	5533	692	1382	1036	269	306
Tolima	8	4	8	0	0	0	20	2	3	526	510	526	106571	12822	13529	7197	414	862	314	80	103
Valle del Cauca	8	7	8	56	6	10	45	3	10	600	508	600	108697	13032	12078	2667	279	324	579	116	169
Vaupés	0	0	0	3122	207	176	12	3	2	43	16	43	4805	365	1650	55	16	20	11	1	7
Vichada	0	0	0	1232	155	88	3	0	0	43	35	43	2476	418	428	15	5	3	1	0	0
Total nacional	567	33	74	49,457	7,341	4,118	1,017	179	241	21,205	18,374	21,205	4,587,095	540,292	549,086	216,007	20,676	26,741	25,404	6580	6,957

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 32

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	3455	397	234	12	12	12	0	0	0	1	0	0
Antioquia	235895	37760	32087	402	563	402	8	8	1	444	60	40
Arauca	5420	708	672	16	44	16	1	1	0	17	2	1
Atlántico	47546	4071	6082	80	156	80	6	2	0	44	4	2
Barranquilla D.E.	60004	6403	7210	94	197	94	2	2	0	116	7	12
Bogotá D.C.	480725	54853	48978	398	549	398	11	9	0	968	117	104
Bolívar	20252	2753	2648	95	148	95	3	2	0	33	4	4
Boyacá	32784	4033	3619	67	93	67	1	2	0	125	17	8
Buenaventura D.E.	1868	444	232	41	53	41	0	1	0	1	0	0
Caldas	19756	2819	1980	51	64	51	2	1	1	48	7	3
Santiago de Cali D.E.	66968	11146	6859	161	191	161	1	3	0	97	23	4
Caquetá	9039	1694	1115	26	45	26	0	1	0	23	3	1
Cartagena de Indias D.T.	35819	4529	3568	89	163	89	3	2	0	45	5	4
Casanare	7306	1018	820	40	51	40	1	1	0	19	2	2
Cauca	26935	4646	3629	95	167	95	3	2	0	48	6	9
Cesar	19421	2978	2298	131	181	131	2	2	0	38	3	1
Chocó	9817	952	1362	58	124	58	0	1	0	9	0	0
Córdoba	39126	4941	4384	137	263	137	4	3	0	103	14	6
Cundinamarca	101095	11735	11253	222	273	222	6	5	0	275	33	22
Guainía	1095	138	122	9	12	9	0	0	0	4	0	0
Guaviare	2166	277	234	8	9	8	0	0	0	8	1	0
Huila	28772	4235	3321	72	120	72	3	2	0	102	15	9
La Guajira	25286	4550	3558	162	260	162	1	2	0	19	2	1
Magdalena	22738	3413	3106	85	124	85	0	2	0	26	2	2
Meta	31911	4044	3873	102	115	102	5	2	0	55	6	7
Nariño	32034	7238	3685	128	134	128	3	2	0	102	15	4
Norte de Santander	36633	6104	4498	94	159	94	6	3	0	138	15	8
Putumayo	7894	1106	934	26	42	26	1	1	0	21	4	2
Quindío	16861	2661	2173	28	42	28	2	1	1	24	5	2
Risaralda	22148	3519	2525	50	73	50	7	1	1	33	5	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1878	323	204	9	8	9	0	0	0	13	0	2
Santa Marta D.T.	13338	1475	1490	35	62	35	2	1	0	9	1	2
Santander	58384	6972	6477	93	157	93	1	3	0	70	7	9
Sucre	14998	3106	1937	61	127	61	3	2	0	54	7	5
Tolima	40384	4651	4174	61	106	61	5	2	0	45	8	5
Valle del Cauca	43016	6093	5394	100	135	100	0	3	0	98	13	8
Vaupés	1579	99	237	5	10	5	0	0	0	1	0	0
Vichada	1150	164	158	23	25	23	1	0	0	1	0	0
Total nacional	1.625.496	92.998	187.13	3.366	5.056	3.366	94	71	4	3.277	411	293

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 32

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexos epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexos epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	1	1	0	2	0	0	37	12	2	14	0	0
Antioquia	20	4	0	1380	36	139	1582	207	188	488	25	58
Arauca	4	1	0	15	1	4	100	12	9	65	15	14
Atlántico	0	1	0	23	1	3	566	73	94	94	16	15
Barranquilla D.E.	0	1	0	25	3	1	551	62	85	178	26	27
Bogotá D.C.	485	4	18	1924	59	199	3267	422	416	1867	163	193
Bolívar	1	1	0	20	3	0	389	39	42	39	7	1
Boyacá	17	1	0	42	5	13	583	64	94	265	25	24
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	23	2	0	7	0	2
Caldas	0	0	0	31	1	8	306	35	31	33	2	2
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	26	3	5	718	86	50	352	12	12
Caquetá	0	0	0	4	3	0	177	13	16	14	2	1
Cartagena de Indias D.T.	1	1	0	32	3	11	320	88	46	16	1	1
Casanare	6	0	1	1	1	0	109	17	19	12	1	6
Cauca	1	1	0	21	2	1	379	35	20	211	13	11
Cesar	0	1	0	17	6	1	205	30	16	26	5	2
Chocó	3	0	0	96	3	2	38	8	7	15	1	0
Córdoba	2	1	0	31	1	4	679	106	55	98	17	13
Cundinamarca	156	2	4	411	17	40	1640	160	212	347	30	20
Guainía	1	1	0	1	0	0	70	2	3	0	0	0
Guaviare	2	1	0	3	0	3	57	3	5	4	1	0
Huila	3	1	0	65	7	3	417	40	31	72	10	4
La Guajira	0	1	0	14	1	3	298	27	22	30	8	1
Magdalena	0	1	0	19	2	3	230	20	24	16	1	3
Meta	8	1	0	81	5	20	407	63	67	71	13	10
Nariño	3	1	0	71	7	9	404	62	45	64	5	4
Norte de Santander	2	1	0	25	6	4	612	69	90	72	19	10
Putumayo	1	1	0	16	1	2	149	22	12	79	5	3
Quindío	1	1	0	16	1	3	203	31	20	65	3	5
Risaralda	0	1	0	42	1	1	457	40	40	30	2	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	0	0	0	23	2	4	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	4	2	1	135	10	30	28	2	8
Santander	0	2	0	55	10	12	457	60	54	213	42	38
Sucre	2	1	0	35	14	4	337	34	59	126	7	10
Tolima	7	1	0	26	3	6	638	72	44	65	5	3
Valle del Cauca	2	1	0	19	6	2	779	83	64	185	11	7
Vaupés	3	1	0	3	2	1	7	0	0	9	0	0
Vichada	0	1	0	10	1	6	7	3	1	7	0	1
Total nacional	732	40	23	4,607	214	514	17,356	1,938	2,017	5,277	495	511

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 32

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		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
Amazonas	0	0	0	0	32	50	0	0	0	0	12	11	43	50
Antioquia	0	0	0	0	1111	1861	1	0	0	0	272	394	3244	3275
Arauca	1	0	0	0	190	120	0	0	0	0	12	37	106	129
Atlántico	0	0	0	0	242	214	0	0	0	0	46	59	543	590
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	128	195	0	0	0	1	68	67	533	600
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1943	1773	2	1	0	1	370	646	2994	3320
Bolívar	0	0	0	0	260	399	0	0	0	0	19	20	335	349
Boyacá	1	0	0	0	291	336	0	0	0	0	18	30	608	663
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	84	115	0	0	0	0	7	8	56	54
Caldas	0	0	0	0	107	122	0	0	0	0	37	46	740	631
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	288	395	1	0	0	0	126	153	977	1184
Caquetá	0	0	0	0	127	96	0	0	0	0	17	17	152	132
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	164	334	0	0	0	0	30	38	330	360
Casanare	4	2	0	0	207	173	0	0	0	0	17	50	177	208
Cauca	0	0	0	0	190	185	0	0	0	1	40	55	519	508
Cesar	4	0	0	0	449	602	1	0	0	0	35	48	362	387
Chocó	0	0	0	0	500	551	0	0	0	0	25	31	65	90
Córdoba	0	0	0	0	357	313	0	0	0	0	49	77	608	642
Cundinamarca	0	0	0	0	767	728	0	0	0	0	89	112	1313	1608
Guainía	0	0	0	0	37	29	0	0	0	0	2	2	16	16
Guaviare	0	0	0	0	70	48	0	0	0	0	26	36	35	36
Huila	0	0	0	0	272	294	0	1	0	1	31	44	519	440
La Guajira	0	0	0	0	1148	1037	1	0	0	0	19	42	172	241
Magdalena	0	0	0	0	348	537	0	0	0	0	20	14	219	244
Meta	0	0	0	0	258	260	0	0	0	0	22	37	438	406
Nariño	0	1	0	0	424	455	0	0	0	0	51	66	843	985
Norte de Santander	0	0	0	0	414	448	2	0	0	0	106	177	645	737
Putumayo	0	0	0	0	118	126	0	0	0	0	32	36	198	187
Quindío	0	0	0	0	62	52	0	0	0	0	55	35	326	286
Risaralda	0	0	0	0	233	299	0	0	0	0	45	91	718	818
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	4	0	0	0	0	1	0	15	20
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	60	111	0	0	0	0	20	22	169	213
Santander	1	1	0	0	278	327	0	0	0	0	61	119	932	1096
Sucre	0	0	0	0	142	250	0	2	0	0	19	17	294	304
Tolima	0	0	0	0	217	209	0	0	0	0	39	73	749	690
Valle del Cauca	0	0	0	0	259	408	0	0	0	0	43	88	794	873
Vaupés	0	0	0	0	49	20	0	0	0	0	6	25	41	61
Vichada	0	0	0	0	188	143	0	0	0	0	7	7	15	15
Total nacional	11	4	1	0	12.023	13.619	6	4	1	4	1.893	2.830	20.844	22.448

50

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 32

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nuevo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	9	12	0	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	694	748	13	5	17	12	6	2	18	26	8	7	86	175
Arauca	11	11	0	1	2	0	1	0	2	2	1	1	4	5
Atlántico	1	3	2	2	6	5	1	0	6	2	5	3	18	22
Barranquilla D.E.	0	0	2	2	4	4	1	1	4	3	2	0	17	29
Bogotá D.C.	0	0	1	1	17	9	0	1	34	17	0	0	97	394
Bolívar	246	297	1	0	7	5	1	0	6	4	7	2	15	2
Boyacá	70	171	0	0	3	2	1	2	4	6	0	1	16	25
Buenaventura D.E.	10	8	2	1	2	1	0	2	2	1	2	1	4	2
Caldas	134	135	0	1	2	0	0	1	2	2	0	0	13	2
Santiago de Cali D.E.	1	1	2	0	5	3	0	1	5	8	1	0	28	41
Caquetá	139	144	4	3	2	1	0	0	6	2	2	1	5	1
Cartagena de Indias D.T.	1	0	2	1	5	1	0	1	7	4	2	1	13	13
Casanare	5	5	0	1	2	3	1	0	1	0	1	1	6	7
Cauca	31	37	1	0	6	1	3	4	8	8	1	2	20	9
Cesar	47	294	1	0	8	10	4	3	6	4	16	8	17	16
Chocó	148	137	2	3	9	5	20	8	21	29	26	22	8	6
Córdoba	118	120	1	0	10	4	1	4	10	3	4	9	23	20
Cundinamarca	129	113	2	1	10	5	0	2	8	13	3	0	45	42
Guainía	10	16	0	0	0	2	1	0	2	1	1	2	1	0
Guaviare	254	87	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
Huila	5	7	1	2	5	2	0	0	5	3	2	1	15	12
La Guajira	16	14	0	0	14	10	19	11	25	11	36	25	13	0
Magdalena	5	6	0	0	7	1	1	1	9	11	9	5	12	2
Meta	127	73	0	1	6	1	1	1	6	5	5	2	14	9
Nariño	154	127	1	1	8	5	1	1	7	9	3	2	21	9
Norte de Santander	130	129	1	0	6	6	1	1	3	1	4	0	21	15
Putumayo	150	145	0	0	2	0	0	1	3	1	1	0	5	3
Quindío	0	0	2	0	2	1	0	1	2	0	0	0	7	5
Risaraldá	60	69	4	1	3	2	6	8	5	7	5	5	12	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	6	11	1	0	5	1	1	0	3	0	0	0	7	10
Santander	344	540	1	1	7	3	1	0	5	1	1	0	29	19
Sucre	60	49	0	0	4	1	0	1	4	6	2	0	13	32
Tolima	176	148	4	13	5	2	2	0	6	3	1	1	17	8
Valle del Cauca	11	10	2	2	4	2	2	0	9	7	5	1	25	34
Vaupés	28	13	0	0	0	0	2	4	3	0	1	1	1	0
Vichada	28	11	0	0	2	1	2	0	2	3	8	6	2	0
Total nacional	3358	3691	281	377	195	111	83	63	252	205	149	110	653	971

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 32

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	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 confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	3	3	11	16	0	0	39	44	1	0	16	18	352	411
Antioquia	106	72	726	813	0	0	2070	2984	66	101	1882	1818	13727	13333
Arauca	29	12	107	102	0	0	82	86	1	0	76	56	686	799
Atlántico	32	15	214	231	0	0	259	358	11	19	338	277	1469	1661
Barranquilla D.E.	48	10	261	222	0	0	468	589	12	21	608	452	1501	1715
Bogotá D.C.	108	41	572	581	0	0	894	919	23	15	2635	2201	17965	20582
Bolívar	29	18	185	210	1	1	100	146	3	1	185	136	1411	1584
Boyacá	15	17	64	53	0	0	89	149	2	3	140	147	2429	2858
Buenaventura D.E.	15	11	89	66	0	0	101	150	5	3	88	78	238	189
Caldas	12	17	80	114	0	0	192	182	3	0	237	188	1846	1969
Santiago de Cali D.E.	19	11	272	328	0	1	872	949	29	31	887	821	4812	4482
Caquetá	6	9	52	62	0	0	149	187	4	5	73	55	651	692
Cartagena de Indias D.T.	44	27	196	252	0	1	241	320	2	5	513	330	864	945
Casanare	28	24	80	102	0	1	91	133	2	8	93	92	517	579
Cauca	13	10	122	111	0	2	167	185	2	1	202	194	2061	2015
Cesar	27	14	212	170	0	0	228	294	2	7	255	251	1269	1308
Chocó	32	21	140	147	0	0	119	161	1	1	56	54	251	308
Córdoba	18	8	201	157	1	0	155	191	3	8	418	389	2230	2054
Cundinamarca	43	34	233	304	0	0	331	392	9	8	612	523	7953	9657
Guainía	5	7	10	11	0	0	12	13	0	0	7	5	120	131
Guaviare	3	2	16	12	0	0	30	27	1	1	37	18	177	220
Huila	11	6	99	96	0	0	233	288	5	7	391	233	3829	3929
La Guajira	47	25	230	246	0	0	300	398	4	4	222	204	822	917
Magdalena	21	18	139	160	0	2	93	118	2	1	130	125	888	952
Meta	33	25	156	200	0	0	373	533	12	20	223	207	1480	1549
Nariño	10	9	149	143	0	2	113	142	3	3	253	253	2515	3306
Norte de Santander	60	24	305	343	0	0	393	511	9	7	430	364	2379	2606
Putumayo	4	3	60	70	0	1	61	92	2	3	81	61	785	981
Quindío	7	3	61	71	0	0	162	217	2	2	226	152	1585	1618
Risaralda	19	18	109	127	0	0	354	459	15	7	363	336	2268	2370
Archiipiélago de San Andrés y Providencia	1	3	4	8	0	0	4	14	0	0	16	3	122	167
Santa Marta D.T.	12	13	71	110	0	0	134	204	2	4	197	160	403	505
Santander	41	42	258	321	0	0	519	916	17	9	458	481	3822	4165
Sucre	15	16	131	124	1	1	60	68	0	0	168	161	1152	1195
Tolima	19	18	111	85	0	1	322	488	9	7	260	312	1864	2115
Valle del Cauca	21	24	192	221	0	0	420	545	11	20	494	476	4287	4676
Vaupés	1	0	2	2	0	0	8	16	0	0	4	4	122	267
Vichada	3	8	23	27	0	0	22	12	0	1	16	8	146	142
Total nacional	991	638	6,223	6,418	3	13	10,260	13,480	275	333	13,363	11,643	90,996	98,952



Semana epidemiológica 32

3 al 9 de agosto de 2025

TEMA CENTRAL

Evolución de la evaluación de desempeño de las entidades territoriales

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, magíster 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: Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón, Sandra Patricia Silva Duarte, María Teresa Zabala Luna.

Situación nacional: Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **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.

53# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.32>