



20
años
BES
2005-2025

Vigilancia integrada de la rabia

Actuemos ahora:
¡tú, yo y la comunidad!

Semana
epidemiológica

21 al 27 de septiembre del 2025

39

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
	Situación nacional	8
	Mortalidad	10
	Eventos trazadores	17
	Brotes y alertas	36
	Tablas de mando por departamento	39

TEMA CENTRAL

Vigilancia integrada de la rabia: Actuemos ahora: ¡tú, yo y la comunidad!

Alejandra Pinilla Farías, ipinilla@ins.gov.co
Leonardo Gómez Gómez, jgomezg@ins.gov.co

La rabia es una zoonosis viral que afecta a los mamíferos, incluyendo a los seres humanos, se manifiesta como una encefalomieleritis aguda y tiene la letalidad más alta entre los eventos transmisibles (100 %). Se transmite a través del contacto con la saliva y/o otros tejidos por mordedura, rasguño, arañazo o contacto. Está presente en todos los continentes, en más de 150 países y causa cerca de 60 000 muertes al año (el 40 % se da en menores de 15 años).

En 1983, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció el compromiso regional de eliminación de la rabia humana transmitida por perro y control de la rabia humana de origen silvestre. Se ha logrado la reducción de casos en humanos en 95 % y en perros del 98 %. El Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2022-2031 establece como objetivo específico que, para el año 2031, el 50 % de los departamentos y distritos alcancen las condiciones necesarias para la eliminación de la rabia transmitida por perros y fortalezcan las acciones de control de la rabia humana asociada a los linajes del ciclo silvestre.

Componente animal

En el periodo comprendido entre el 2004 y el 2025 se han notificado 108 casos de rabia animal en Colombia. De estos, 78 casos (72,2 %) correspondieron a rabia de ciclo urbano asociada al linaje genético canino, 28 casos (25,9 %) a rabia de ciclo silvestre vinculada a murciélagos hematófagos y frugívoros, y en dos casos (1,9 %) no fue posible determinar el linaje viral.

El análisis de la distribución regional evidencia un patrón epidemiológico consistente en los últimos 24 años. La región Caribe ha sido clasificada como de “alto riesgo”, debido no solo a la ocurrencia de casos de rabia humana transmitida por perros en el distrito de Santa Marta (2006–2007), sino también a su alta carga de rabia animal, con un total de 84 casos reportados en los departamentos de Magdalena, Santa Marta D. T., Bolívar, Cesar y Sucre. Le siguen en magnitud la región Andina con 14 casos (Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Risaralda, Tolima, Boyacá y Santander); la región Pacífica con ocho casos (Cauca, Nariño y Valle del Cauca); y la región Orinoquia con dos casos (Casanare y Meta). La región Amazónica no ha registrado eventos en el periodo analizado.

Dentro de la región Caribe, el departamento de Magdalena concentra la mayor incidencia, siendo el único territorio con circulación simultánea de variantes urbanas (31 casos en caninos y 18 en zorros) y silvestres (cuatro casos: tres en felinos domésticos y uno en murciélagos hematófagos). En esta zona, se ha

documentado la capacidad del virus para generar transmisión interespecie, lo que evidencia procesos de infección cruzada en cadenas como perro–perro, perro–zorro–perro, perro–gato y murciélagos–gato.

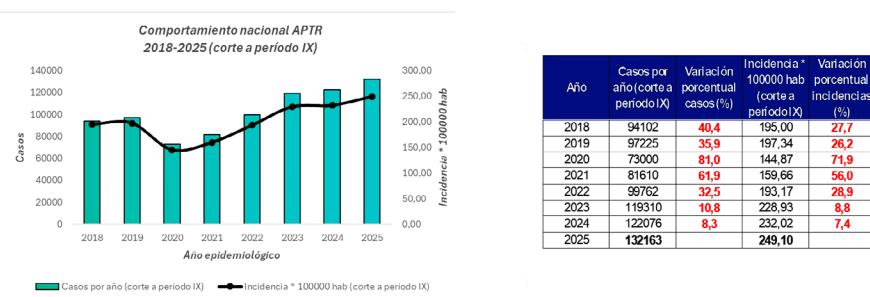
En contraste, el resto del país ha mostrado una marcada reducción de la rabia urbana, limitándose la presentación a casos de origen silvestre. Esta variante mantiene como principal reservorio a los murciélagos hematófagos, con reportes en Antioquia, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Meta, Nariño, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca. No obstante, el gato doméstico, aunque no constituye un reservorio natural del virus, se ha posicionado como un importante hospedero intermediario en la dinámica de transmisión, debido a sus hábitos predadores que incluyen la caza de murciélagos. Esto lo convierte en un vector eficiente tanto en la transmisión de rabia entre felinos (gato–gato) como en la eventual transmisión zoonótica (gato–humano).

Componente humano

Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia (APTR)

Con corte a período epidemiológico IX 2025, se han notificado 132 136 casos de APTR, lo que equivale a una incidencia nacional de 249,10 casos por 100 000 habitantes (figura 1). Esto representa variaciones porcentuales positivas tanto para los casos como para la incidencia comparando con todos los años desde el 2018.

Figura 1. Comportamiento APTR nacional con corte a período epidemiológico IX, 2018–2025



Fuente: Sivigila y Proyecciones poblacionales DANE 2025.

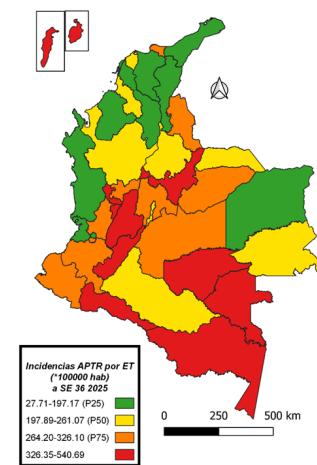
Una parte considerable de los casos se centra en entidades territoriales con grandes conglomerados urbanos. La incidencia tiene variaciones, dado que se ven valores altos en entidades con baja densidad poblacional, pero también en

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

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

algunas de regiones con mayor densidad. A continuación, se muestra el resumen de casos e incidencia por entidad territorial con corte a período epidemiológico IX (figura 2):

Figura 2. Comportamiento APTR por entidad territorial con corte a período epidemiológico IX, 2025



ET	Casos	Incidencia* 100000 hab	ET	Casos	Incidencia* 100000 hab
Bogotá	17433	219,48	Quindío	2312	414,42
Antioquia	14861	214,49	Bolívar	2225	180,93
Cundinamarca	11082	313,49	Sucre	2189	211,68
Valle del Cauca	6711	319,72	Magdalena	1897	197,17
Santander	5858	244,26	Santa Marta	1736	298,08
Nariño	5588	326,10	La Guajira	1711	160,40
Tolima	5469	394,47	Cartagena	1388	137,22
Boyacá	5266	408,09	Putumayo	1341	343,19
Norte de Santander	4992	292,05	Casanare	1333	281,72
Huila	4887	404,31	Caquetá	868	202,31
Cauca	4225	264,20	Arauca	633	226,73
Córdoba	3894	195,39	Amazonas	356	418,54
Cali	3857	169,37	San Andrés	343	540,69
Barranquilla	3340	261,07	Guaviare	298	351,85
Meta	3297	285,11	Vaupés	218	493,86
Risaralda	3274	326,35	Chocó	212	35,74
Atlántico	3138	197,89	Vichada	205	137,83
Caldas	3023	286,69	Guainía	146	244,53
Cesar	2313	157,44	Buenaventura	92	27,71

* 152 casos son procedentes del Exterior.

Fuente: Sivigila y Proyecciones poblacionales DANE 2025.

Los indicadores de gestión para la vigilancia del evento involucran la correcta clasificación de las exposiciones ráticas (no exposición, exposición leve y exposición grave). A continuación, se resumen estos por entidad territorial y el total nacional con corte a período epidemiológico IX. A nivel nacional, se evidencian buenos indicadores en la clasificación de no exposición y exposición grave, y una oportunidad de mejora en exposición leve (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación correcta de exposiciones por entidad territorial con corte a período epidemiológico IX, 2025

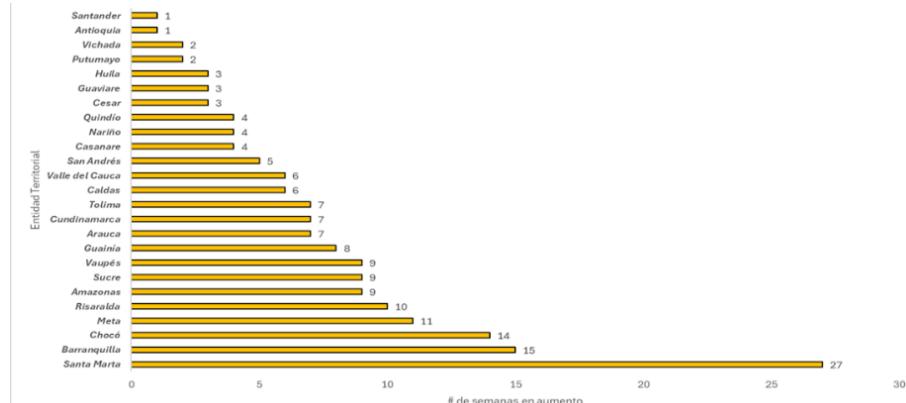
Dirección territorial	Indicador grave	Indicador leve	Indicador no expo	Dirección territorial	Indicador grave	Indicador leve	Indicador no expo
Amazonas	95,0	67,3	99,3	Guainía	93,5	100,0	98,9
Antioquia	95,8	75,8	98,6	Guaviare	100,0	96,7	100,0
Arauca	87,1	62,2	97,1	Huila	86,2	95,2	99,3
Atlántico	86,4	41,5	97,8	La Guajira	83,6	45,0	98,9
Barranquilla	99,5	96,5	100,0	Magdalena	91,4	64,0	99,3
Bogotá	98,0	95,1	99,6	Meta	96,1	74,5	98,6
Bolívar	96,4	45,8	99,2	Nariño	96,9	76,5	99,0
Boyacá	97,7	89,7	99,3	Norte Santander	98,0	86,6	99,8
Buenaventura	100,0	22,2	94,1	Putumayo	99,7	99,4	100,0
Caldas	90,2	67,4	98,6	Quindío	97,8	92,3	99,7
Cali	94,0	65,8	99,6	Risaralda	88,8	63,9	97,3
Caquetá	99,0	96,2	100,0	San Andrés	94,4	100,0	99,6
Cartagena	94,9	67,3	98,7	Santa Marta	90,0	60,5	97,4
Casanare	92,0	65,9	99,4	Santander	91,4	58,2	98,1
Cauca	91,2	60,2	98,5	Sucre	83,2	31,9	94,9
Cesar	90,8	72,2	99,4	Tolima	92,7	78,5	98,2
Chocó	80,0	31,3	86,9	Valle	99,9	99,9	100,0
Córdoba	99,4	98,4	100,0	Vaupés	95,7	73,9	97,5
Cundinamarca	94,7	82,3	98,8	Vichada	94,9	72,2	100,0
				Nacional	95,1	79,3	98,9

Fuente: Sivigila 2025.

El evento tiene una tendencia similar entre hombres y mujeres (51,4 % y 48,6 %, respectivamente). El 34,2 % de los casos se dieron en menores de 20 años. El 48,0 % pertenecen a régimen subsidiado. El 77,6 % corresponden a los estratos 1 y 2. El 1,7 % son indígenas y otro 1,7 % son afrocolombianos. Los agentes agresores son perros (83,1 %), gatos (15,2 %), animales silvestres (1,0 %) y animales de producción primaria (0,7 %).

En cuanto a los comportamientos inusuales, hay 25 entidades territoriales que reportan al menos una semana con tendencia estadísticamente significativa al aumento. De estas, 5 tienen 10 o más semanas de incremento (Santa Marta D. T., Barranquilla D. E., Chocó, Meta y Risaralda) (figura 4). Solo Buenaventura D. E. presentó semanas con tendencia a la disminución (cuatro semanas, entre la 23 y 26).

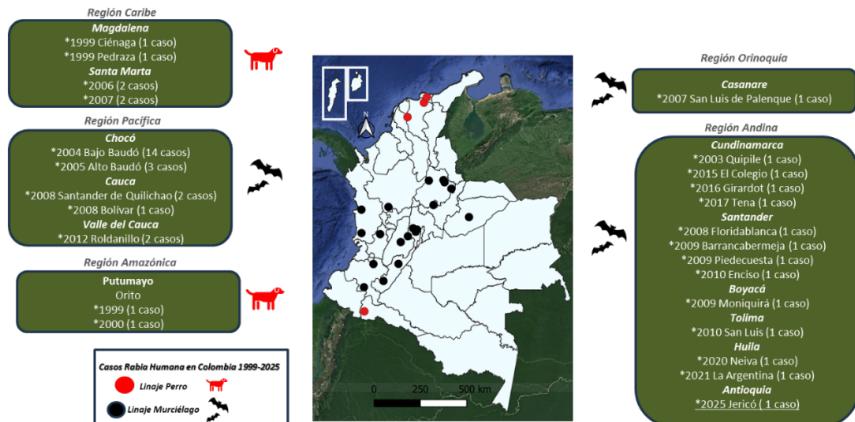
Figura 3. Entidades territoriales con más semanas en incremento, con corte a período epidemiológico IX, 2025



Fuente: Sivigila 2025.

Rabia Humana

En Colombia, se han reportado 44 casos confirmados de rabia humana en el período 1999-2025. A continuación, se presenta el resumen de estos casos, en donde llama la atención la presencia de linaje perro en las regiones Amazonía y Caribe (aunque el último caso data del 2007), mientras que en las demás, predomina el linaje de murciélagos (figura 5). Desde el 2012, los intermediarios han sido felinos.

Figura 4. Casos confirmados de rabia humana en Colombia, 1999-2025.

Fuente: Sivigila 2025.

6

En 2025, se confirmó un caso de rabia humana en una mujer de 24 años procedente y residente de zona rural de Jericó, Antioquia. La paciente presentó un síndrome neurológico agudo que inició en la semana epidemiológica 9, se exacerbó en la semana 10 y terminó con el fallecimiento en la semana 11. Se estableció que tuvo contacto con un tigrillo que llegó enfermo a su vivienda en la semana 2 y falleció en la semana 3. Además, uno de los gatos del hogar enfermó en la semana 3 y falleció en la semana 5 posterior a tener manifestaciones neurológicas. En la semana 11, se emitió el reporte de Inmunofluorescencia Directa (IFD) positiva para rabia, y el linaje detectado fue de murciélagos hematófago.

Conclusiones

- La presentación de la rabia urbana en Colombia ha disminuido gracias a los programas de control, divulgación y la disponibilidad de biológico humano y animal; sin embargo, la rabia urbana permanece activa en el departamento de Magdalena donde la interacción zorro – perro – zorro se hace más estrecha, facilitando la infección al ser humano.
- La rabia silvestre por su lado, se ve con mayor fuerza en animales destinados

a la producción primaria (bovinos, équinos, porcinos, entre otros) por linajes de origen silvestre; sin embargo, los gatos son relevantes en la transmisión de la rabia, ya que la población de gatos tiene alto contacto con murciélagos y otros animales silvestres, por su etología depredadora.

- De acuerdo con la ubicación geográfica de Colombia y sus características fisiográficas al igual que el clima variado del país, las zonas de mayor riesgo se concentran en la Costa Atlántica, Santander, Norte de Santander y Arauca (fronteras con Venezuela), algunas zonas aisladas de la Orinoquia y Amazonia y todas las zonas ubicadas en los piedemontes de las tres cordilleras y a lo largo del margen del Río Magdalena; áreas por debajo o igual a los 1 500 m.s.n.m con presencia de ganadería extensiva.
- En cuanto a la vigilancia de la rabia a través de laboratorio en muestras de perros y gatos, se evidenció un fortalecimiento en el país, reflejado en la iniciativa de los territorios por monitorear la circulación viral mediante estos animales, que son competencia del sector salud. No obstante, persiste la necesidad de ampliar la vigilancia a los animales silvestres, con el fin de investigar, comprender y controlar la rabia en este grupo, lo cual representa un desafío de alta complejidad
- Dada la circulación viral en el país, existe riesgo permanente de casos de rabia en humanos.
- Las APTR siguen siendo un evento de alta frecuencia, con mayor afectación en población joven y estratos bajos.
- Los casos de APTR se concentran principalmente en grandes centros urbanos.
- Cinco entidades territoriales tienen 10 o más semanas con aumento de casos estadísticamente significativo, con corte a período epidemiológico IX 2025.
- Los indicadores de clasificación de exposición para el país son buenos para la no exposición y la exposición grave. Para la exposición leve, se evidencia una oportunidad de mejora.
- Desde hace 13 años, los casos de rabia humana en Colombia han estado ligados a linaje de murciélagos hematófago y el intermediario ha sido un felino.



Recomendaciones

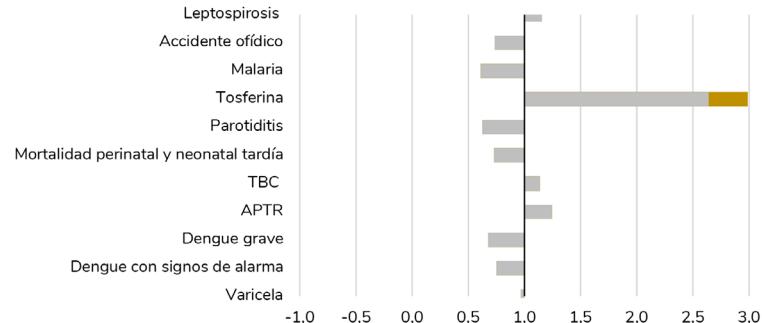
- Seguir promoviendo la cooperación intersectorial entre los servicios veterinarios, la salud pública y la gestión de la fauna silvestre, para preparar, implementar y monitorear los planes para la eliminación de la rabia basados en la comprensión de la epidemiología local.
- Para avanzar en el control y la eventual eliminación de la rabia, es fundamental realizar la vacunación anual de los animales de compañía, alcanzando una cobertura mínima del 80 %, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este nivel resulta suficiente para mantener la inmunidad de rebaño en la población susceptible, pese a los nacimientos, muertes y traslados de animales entre campañas. Asimismo, las coberturas deben evaluarse de manera rutinaria y contar con asesoramiento permanente que garantice el cumplimiento de las metas a nivel nacional.
- Es importante estudiar los tipos de linajes genéticos del virus de la rabia que circulan en otras especies silvestres inclusive los murciélagos; lo cual se logra realizando el procesamiento de muestras con criterio de riesgo en cada una de las entidades territoriales.
- Es preciso que los profesionales de la sanidad animal (veterinarios privados y públicos, funcionarios de las Corporaciones Autónomas Regionales-CARS, etc.) tienen mayor probabilidad de atender a un animal clínicamente rabioso en un entorno profesional, se deben involucrar a la vigilancia pasiva del evento, no solo para la captación de animales de compañía, sino de otros animales silvestres de los que no se tiene ningún tipo de vigilancia en el país por parte del sector ambiental.
- Dada la identificación de los animales de compañía como los más frecuentes agresores se hace necesario generar estrategias permanentes de comunicación para contar con coberturas altas de vacunación, detección de comportamientos anormales y evitar situaciones de provocación de agresiones.
- Las APTR siempre serán una emergencia médica, dado que una detección y tratamiento oportuno pueden evitar el desenlace esperado.
- Una vez iniciados los signos y síntomas de rabia, el desenlace siempre será la muerte.
- Las agresiones por animales potencialmente transmisores distintos a perros y gatos siempre serán exposiciones graves.
- Insistir al personal asistencial en la diferencia entre los eventos 300 y 670 para no generar falsas alarmas.
- Realizar revisión constante de la base de datos para optimizar la calidad del dato y para verificar la clasificación de las exposiciones.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Rabia – Temas [Internet]. [Washington]: Organización Panamericana de la Salud; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rabia>.
- Blackburn JK, Rysava K, Mancy R, Tidman R. United Against Rabies Forum: The first 2 years. Front Public Health [Internet]. 2023; 11:1–10. Available from: <https://www.unitedagainstrabies.org>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. Resolución 1035 de 14 de junio de 2022, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%3Bn%20No.%201035%20de%202022.pdf
- Horwitz JA, Jenni S, Harrison SC, Whelan SPJ. Structure of a rabies virus polymerase complex from electron cryo-microscopy. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020;117(4):2099–107.
- Tarantola A. Four thousand years of concepts relating to rabies in animals and humans, its prevention and its cure. Vol. 2, Tropical Medicine and Infectious Disease. MDPI AG; 2017.
- Greene SE, Fritz SA. Infectious Complications of Bite Injuries. Vol. 35, Infectious Disease Clinics of North America. W.B. Saunders; 2021. p. 219–36.

Para la semana epidemiológica 39 del 2025, se identifica que el evento de Tosferina se encontró por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025.



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

*APTR: Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia.

*TBC: Tuberculosis.

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.

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

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	149 069	124 220	1,29	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 39 del 2025, el evento mortalidad por zika se encontró por encima de lo esperado mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	13	3	0,00
Leishmaniasis cutánea	11	79	0,00
Lepra	6	8	0,13
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,14
Chicungunya	0	2	0,14
Mortalidad por dengue	3	3	0,22
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,45

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 a la semana 39 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 respecto a la semana 39 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 % (4 796/4 796); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y presentando un aumento del 0,1 % con relación a la semana 39 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

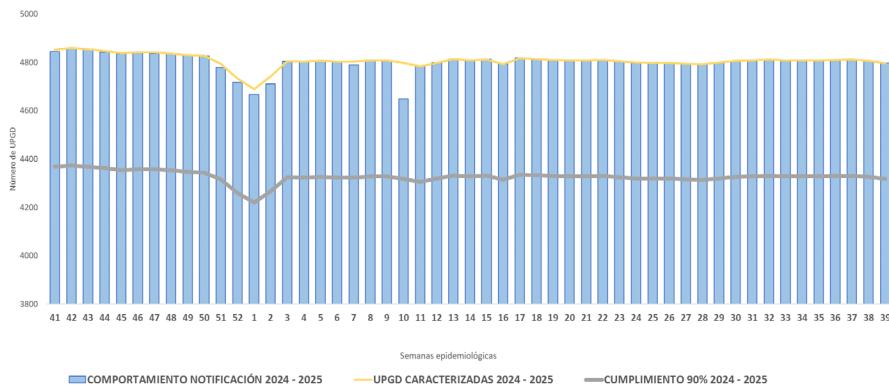
A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (Figura 6).



Salud



Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025



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

10



MORTALIDAD



Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. Disponible en: <http://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 39 del 2025, se han notificado 574 muertes probables en menores de cinco años: 335 por infección respiratoria aguda (IRA), 158 por desnutrición (DNT) aguda y 81 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, siete casos de IRA, seis de DNT aguda y dos 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 39 del 2025 se han notificado 559 fallecimientos (328 por IRA, 152 por DNT aguda y 79 por EDA); de estos, 303 casos han sido confirmados, 105 han sido descartados y 151 casos se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 39, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 39 2025			Casos en estudio a SE 39 2025			Tasa a SE 39 2024			Tasa a SE 39 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	103	155	45	30	99	22	4,67	7,06	3,19	2,89	4,34	1,26
Amazonas	0	2	0	0	0	0	0,00	31,65	10,55	0,00	21,29	0,00
Antioquia	3	19	2	5	17	1	3,78	3,54	1,42	0,72	4,57	0,48
Arauca	1	1	0	0	1	0	3,65	10,95	0,00	3,72	3,72	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	6,13	8,75	0,88	2,69	0,00	0,00
Barranquilla	0	2	1	0	1	0	2,28	5,71	1,14	0,00	2,35	1,17
Bogotá D. C.	0	11	0	0	7	0	0,00	4,97	0,22	0,00	2,43	0,00
Bolívar	1	4	0	1	1	0	1,97	8,86	1,97	1,01	4,03	0,00
Boyacá	0	6	2	1	0	0	0,00	4,71	0,00	0,00	7,20	2,40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	2	5,77	5,77	8,66	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	1	0	0,00	5,08	0,00	0,00	1,73	1,73
Santiago de Cali D. E.	0	4	1	0	5	0	0,00	4,95	0,00	0,00	2,91	0,73
Caquetá	1	1	0	0	4	0	5,39	18,87	2,70	2,75	2,75	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	4	1	0	3	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	5	3	3	4	2	0,00	6,23	2,67	0,00	4,52	2,71
Cesar	8	4	3	2	1	0	7,47	4,98	4,15	6,75	3,38	2,53
Chocó	24	25	7	5	6	3	55,74	52,26	60,97	42,04	43,79	12,26
Córdoba	9	4	3	0	5	1	4,66	7,32	1,33	6,12	2,72	2,04
Cundinamarca	0	8	0	0	8	2	0,00	2,97	0,00	0,00	3,38	0,00
Guainía	1	1	0	1	1	1	0,00	28,32	28,32	14,02	14,02	0,00
Guaviare	0	0	1	0	1	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	24	7	8	3	8	3	31,95	18,25	20,08	22,17	6,47	7,39
Magdalena	6	7	1	2	1	0	14,42	9,62	1,20	7,32	8,54	1,22
Meta	2	5	1	0	0	0	7,28	4,85	3,64	2,47	6,17	1,23
Nariño	2	9	1	0	1	0	2,53	2,53	0,84	1,73	7,77	0,86
Norte de Santander	0	1	0	0	2	2	3,12	3,12	1,56	0,00	0,80	0,00
Putumayo	0	1	0	0	1	1	3,18	6,36	3,18	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	5	7	5	2	1	12,22	13,97	12,22	1,80	8,98	12,57
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	1	0	0	1	0	0,00	0,00	5,06	5,15	2,58	0,00
Santander	0	1	0	0	1	0	0,00	4,03	4,03	0,00	0,69	0,00
Sucre	1	5	0	0	2	0	10,49	7,87	0,00	1,33	6,65	0,00
Tolima	0	2	0	1	2	0	0,00	7,30	2,43	0,00	2,48	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	3	1	2,23	5,95	1,49	0,77	3,83	0,00
Vaupés	1	0	2	1	0	1	30,23	30,23	15,11	14,72	0,00	29,44
Vichada	8	2	0	0	2	0	43,22	72,04	7,20	57,65	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

Con corte a semana epidemiológica se han notificado 328 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 110 confirmadas por clínica y 45 por laboratorio, 74 descartadas y 99 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 39 fueron 257, para una tasa de mortalidad de 7,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 39 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., Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Santander, Vaupés y, a nivel municipal, en Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Florencia, Soacha, Lloró y San Andrés de Tumaco D. E. 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, Virus Sincitial Respiratorio, Enterovirus, Bordetella pertussis, Haemophilus influenzae B, Staphylococcus aureus, Influenza A, Streptococcus pneumoniae, Adenovirus, Moraxella catarrhalis, SARS-CoV2, Influenza B, Klebsiella pneumoniae, Metapneumovirus, Parainfluenza tipo 3, Mycoplasma pneumoniae, Parainfluenza tipo 1, Parainfluenza tipo 4, Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus pyogenes (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 39, 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
Rhinovirus	12	6	5	1	2	26	8	2	4	0	0	14
Virus Sincitial Respiratorio	35	4	1	1	0	41	8	1	1	1	0	11
Enterovirus	7	4	3	1	1	16	7	1	2	0	0	10
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Haemophilus influenzae B	4	2	2	0	0	8	6	2	0	0	0	8
Staphylococcus aureus	11	1	2	2	0	16	8	0	0	0	0	8
Influenza A	6	3	0	0	1	10	4	0	2	1	0	7
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	4	1	2	0	0	7
Adenovirus	7	6	2	0	0	15	3	0	2	1	0	6
Moraxella catarrhalis	4	1	2	2	1	10	3	2	1	0	0	6
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	4	1	0	1	0	6
Influenza B	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Klebsiella pneumoniae	3	1	1	0	0	5	1	1	0	0	0	2
Metapneumovirus	4	1	1	0	0	6	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Pseudomonas aeruginosa	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	120	36	24	11	6	197	72	13	14	5	0	104

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 152 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 103 fueron confirmadas, 19 descartadas y 30 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 39 fue de 170, para una tasa de mortalidad de 4,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 39 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, Meta, Norte de



Salud

Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Quibdó, Alto Baudó, Lloró y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran y 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 se han notificado 79 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cuatro confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli, Norovirus, Adenovirus y Klebsiella pneumoniae), 40 confirmadas por clínica, 12 descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 39 fue de 116 para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 39 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba y La Guajira y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Riohacha D. E. y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/UFOZB779>

En la semana epidemiológica 39 del año 2025 se notificaron al Sivigila nueve casos: cuatro muertes maternas tempranas, dos muertes maternas tardías y tres muertes maternas coincidentes. El país acumula 142 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 135 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 39, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	201	118	49	368
2023	185	116	62	363
2024	153	102	36	291
2025p	135	97	34	266

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C., La Guajira, Antioquia, Cesar, Cundinamarca y Norte de Santander. Al comparar con el promedio histórico 2021-2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Bogotá D. C., Caldas, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Magdalena, Meta, Santa Marta D. T. y Sucre; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Málaga (Santander), Inírida (Guainía), Puente Nacional (Santander), Suesca (Cundinamarca), Urumita (La Guajira), Riohacha D. E. (La Guajira), Maicao (La Guajira) y Soledad (Atlántico) presentaron un aumento en muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico 2021-2024 (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 39 del año 2025, el 58,5 % corresponden a causas directas y el 35,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 20,0 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 39, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 39	Acumulado de casos a SE 39	
	2024	2025	
Colombia	229	153	135
Bogotá D. C.	20	13	13
La Guajira	18	16	13
Antioquia	19	11	12
Cesar	10	9	12
Cundinamarca	11	8	7
Norte de Santander	6	5	7
Chocó	11	14	6
Nariño	9	7	6
Santander	8	4	6
Atlántico	8	4	5
Bolívar	8	3	5
Barranquilla D. E.	5	4	4
Santiago de Cali D. E.	6	5	4
Córdoba	12	6	4
Magdalena	9	4	4
Casanare	2	1	3
Guainía	0	0	3
Boyacá	4	2	2
Huila	5	5	2
Risaralda	3	2	2
Santa Marta D. T.	6	2	2
Tolima	5	3	2
Valle del Cauca	5	2	2
Buenaventura D. E.	3	2	1
Caquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. T.	7	0	1
Cauca	6	7	1
Meta	7	6	1
Putumayo	2	2	1
Quindío	2	0	1
Sucre	5	2	1
Vichada	3	3	1
Amazonas	1	0	0
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2024, datos preliminares 2025.

SE: Semana Epidemiológica

Tabla 8. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 39	Valor observado SE 39
Colombia	229	135
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Málaga (Santander)	0	2
Inírida (Guainía)	0	1
Puente Nacional (Santander)	0	1
Suesca (Cundinamarca)	0	1
Urumita (La Guajira)	0	1
Riohacha (La Guajira)	5	1
Maicao (La Guajira)	5	0
Soledad (Atlántico)	5	0

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

SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 39	Número de casos y proporción a SE 39 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	169	185	100	153	100	135	100
DIRECTA	111	122	65,9	99	64,7	79	58,5
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	33	34	18,4	31	20,3	27	20,0
Hemorragia obstétrica	31	29	15,7	32	20,9	24	17,8
Sepsis obstétrica	13	17	9,2	8	5,2	10	7,4
Evento tromboembólico como causa básica	13	17	9,2	8	5,2	6	4,4
Embarazo ectópico	9	11	5,9	7	4,6	6	4,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2,2	4	2,6	4	3,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,5	3	2,0	2	1,5
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,2	4	2,6	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,5	1	0,7	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,7	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	2	3	1,6	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	56	60	32,4	51	33,3	48	35,6
Otras causas indirectas	23	24	13,0	21	13,7	22	16,3
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,5	5	3,3	12	8,9
Sepsis no obstétrica	9	10	5,4	7	4,6	5	3,7
Otras causas indirectas: cáncer	8	8	4,3	8	5,2	3	2,2
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	2,2
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,6	4	2,6	2	1,5
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,6	1	0,7
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,5	1	0,7	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	1,1	1	0,7	1	0,7
En estudio	2	1	0,5	2	1,3	7	5,2

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

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

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 39 del 2025 se han notificado 4 190 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 148 corresponden a residentes en Colombia y 42 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (496), Antioquia (492), Cundinamarca (268), La Guajira (193) y Santiago de Cali D. E. (192). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 39 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Atlántico, Chocó, Tolima, Putumayo, Arauca y Guainía. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 10).



Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño), Agustín Codazzi (Cesar), Acacías (Meta), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), La Calera (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia), Buriticá (Antioquia) y El Litoral del San Juan (Chocó) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,3 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,7 %, neonatales tardías con 17,8 % y fetales intraparto con 10,2 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,6 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 39 del 2025 (datos preliminares) frente al 2024 en causas de muerte no específicas, y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 39, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 39	Acumulado de casos a SE 39	
		2024	2025
Colombia	6 156	4 514	4 148
Bogotá D. C.	670	561	496
Antioquia	686	509	492
Cundinamarca	324	293	268
La Guajira	321	232	193
Santiago de Cali D. E.	238	200	192
Córdoba	326	204	180
Cesar	222	138	151
Nariño	164	150	142
Barranquilla D. E.	236	139	132
Cauca	205	139	131
Valle del Cauca	164	126	130
Meta	138	102	124
Cartagena de Indias D. T.	205	125	118
Santander	191	126	115
Bolívar	179	111	114
Norte de Santander	190	122	112
Atlántico	195	126	97
Magdalena	151	115	93
Huila	141	99	92
Boyacá	111	88	85
Sucre	150	106	79
Chocó	153	126	77
Tolima	132	94	76
Caldas	75	61	62
Risaralda	86	67	56
Buenaventura D. E.	66	42	53
Casanare	63	49	48
Santa Marta D. T.	80	38	40
Caquetá	52	34	36
Quindío	50	40	34
Putumayo	49	43	29
Vichada	30	25	26
Arauca	51	29	23
Amazonas	14	11	14
Guaviare	11	9	11
Guainía	15	8	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	11	14	9
Vaupés	12	13	8

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

SE: Semana Epidemiológica.

**Salud**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025.**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 39 2020 - 2024	Valor observado a SE 39 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	6 156	4 148	-
San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño)	42	47	6
Agustín Codazzi (Cesar)	15	25	20
Acacías (Meta)	9	13	2
Tocancipá (Cundinamarca)	5	11	12
Timbiquí (Cauca)	5	10	13
Aguazul (Casanare)	3	7	35
Villapinzón (Cundinamarca)	2	6	2
La Calera (Cundinamarca)	3	6	5
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	7
Abejorral (Antioquia)	1	5	1
San Carlos (Antioquia)	2	5	3
Buriticá (Antioquia)	1	5	1
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	5	3

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 39, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 39, 2023 -2025					
	2023 a SE 39	(%)	2024 a SE 39	(%)	2025 a SE 39	(%)
Colombia	5 435	100,0	4 514	100,0	4 148	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 348	24,8	1 204	26,7	1 072	25,8
Prematuridad-inmadurez	1 002	18,4	739	16,4	692	16,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	866	15,9	670	14,8	564	13,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	569	10,5	504	11,2	392	9,5
Infecciones	474	8,7	399	8,8	346	8,3
Malformación congénita	497	9,1	414	9,2	327	7,9
Sin información	17	0,3	0	0,0	225	5,4
Otras causas de muerte	331	6,1	301	6,7	244	5,9
Causas no específicas	120	2,2	111	2,5	133	3,2
Trastornos cardiovasculares	141	2,6	126	2,8	115	2,8
Lesión de causa externa	51	0,9	22	0,5	20	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	19	0,3	24	0,5	18	0,4

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

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

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



EVENTOS TRAZADORES



Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 39 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/busador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las hospitalizaciones de sala general y en las unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM). Sin embargo, en las atenciones por consulta externa y urgencias se evidenció una tendencia al aumento en comparación con el periodo anterior (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 32 a 39 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 32 a SE 35 2025	SE 36 a SE 39 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	535 484	565 052	5,52%	
Hospitalización en sala general	25 552	23 522	-7,94%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 235	3 019	-6,68%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 39 del 2025 se notificaron 138 765 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 Atlántico, Barranquilla D. E., Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D. E.. Las 28 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 (36 a 39 del 2025) en 24 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025

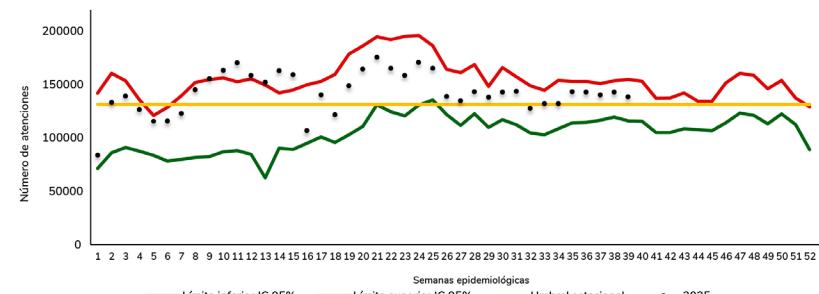
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	77 830	72 436	7 588	9 628
La Guajira	Maicao	45 969	51 936	2 438	7 682
Cundinamarca	Soacha	61 449	64 380	3 567	6 395
Antioquia	Itagüí	62 339	64 691	4 056	5 232
Cundinamarca	Chía	52 168	45 344	3 551	4 507
Antioquia	Bello	58 977	47 869	4 265	4 442
La Guajira	Uribia	42 320	37 069	2 369	3 963
Antioquia	Rionegro	22 784	28 940	1 901	2 567
Risaralda	Dosquebradas	21 056	23 234	1 151	2 452
Santander	Floridablanca	22 048	21 832	1 575	2 434
Boyacá	Sogamoso	12 709	16 561	1 245	2 295
Bolívar	Magangué	13 159	17 654	853	2 211
Córdoba	Sahagún	17 961	19 686	1 742	2 155
Valle de Cauca	Palmira	23 251	21 465	1 650	2 144
Magdalena	Ciénaga	19 309	18 301	797	2 127
Santander	Barrancabermeja	15 170	23 342	731	2 082
Boyacá	Duitama	20 788	17 425	1 811	1 975
Cundinamarca	Zipaquirá	16 774	18 393	1 577	1 969
Córdoba	Cerete	13 795	14 777	630	1 671
Antioquia	Envigado	19 013	20 221	1 617	1 439
Cundinamarca	Facatativá	17 843	14 110	1 436	1 414
Antioquia	Apartado	14 305	13 950	1 114	1 358
Cundinamarca	Funza	11 542	12 442	832	1 355
Cundinamarca	Madrid	15 506	11 420	746	1 341
Norte de Santander	Ocaña	12 983	13 838	421	1 337
Córdoba	Lorica	12 036	12 302	1 098	1 287
Cundinamarca	Girardot	16 509	16 187	1 200	1 213
Valle del Cauca	Cartago	13 196	13 500	525	1 202
Antioquia	Turbo	11 522	11 868	825	1 147
Casanare	Yopal	12 731	11 955	945	1 071
Huila	Pitalito	9 598	10 582	708	1 007
Valle del Cauca	Yumbo	10 942	11 370	947	999
Santander	Piedecuesta	5 320	8 317	234	977
Cesar	Aguachica	7 321	9 438	752	961
Atlántico	Malambo	7 875	5 794	439	937
Valle del Cauca	Tuluá	13 829	10 123	388	870
Cauca	Santander De Quilichao	10 141	8 953	778	807
Valle del Cauca	Buenaventura	6 875	5 544	615	677
Cundinamarca	Mosquera	5 450	5 975	325	673
Santander	Girón	6 584	6 603	233	547
Cauca	Guapi	2 011	3 845	202	473
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 342	5 059	300	357
Nariño	La Florida	636	595	63	80

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 24,9 % (141 103) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,2 % (114 389). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,3 % y los menores de dos a cuatro años con el 12,0 % respectivamente.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; de la semana 16 a la 34 se observó un descenso por debajo del umbral estacional, pero en la semana 35 a 39 reaparece una tendencia al aumento ubicándose por encima de dicho umbral (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 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 39 del 2025 se notificaron 5 738 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Chocó, Guanía, La Guajira y Vaupés e incremento en Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre y Tolima. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

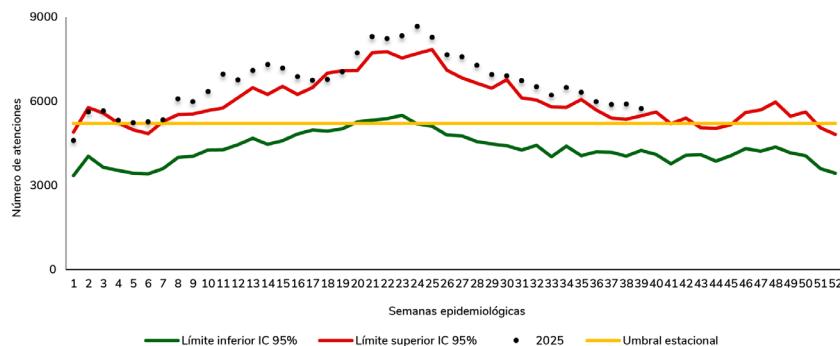
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 404) representaron el 54,6 %, seguido de los



menores de un año con el 33,9 % (3 980). 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 23,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,6 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17 y 20 a 34 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una leve disminución en semana epidemiológica 39 (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 del 2025

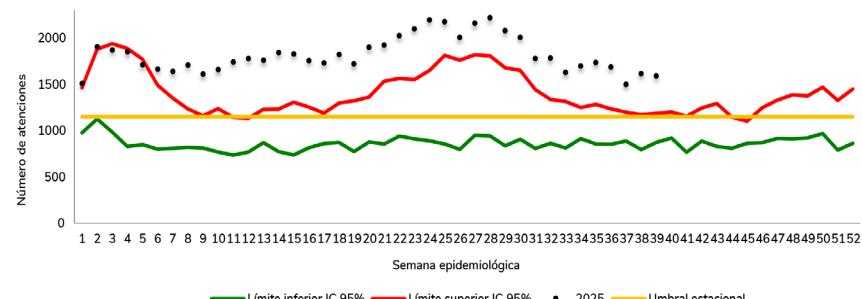


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 39 del 2025, se notificaron 1 594 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 39 se ubicó por encima del límite superior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 39 del 2025



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

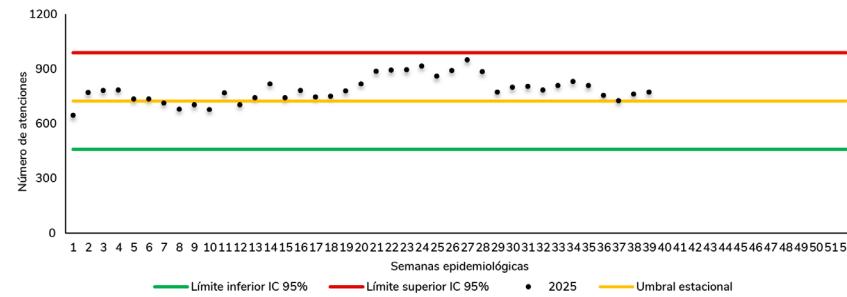
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 39 del 2025 se notificaron 774 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en nueve entidades territoriales. Se presentó disminución en Chocó, Guaviare, La Guajira, Magdalena y Meta. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Bolívar, Buenaventura D. E., Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,8 % (1 082), seguido de los menores de un año con el 26,1 % (789) 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 26,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,9 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional. (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 del 2025

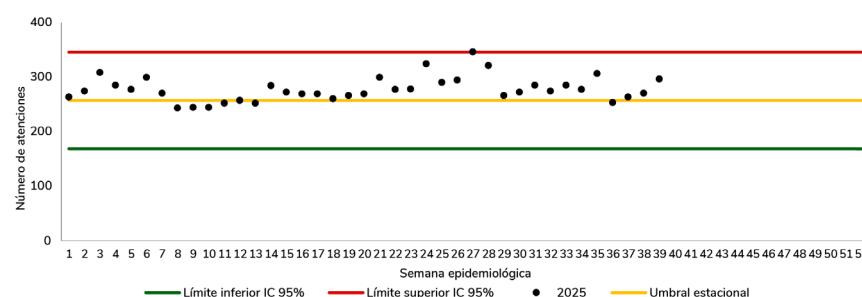


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 39 del 2025, se notificaron 296 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 al aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 36 a 39 del 2025 se observó una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las hospitalizaciones en sala general como en UCI/UCIM. No obstante, en los servicios de consulta externa y urgencias se

registró un incremento porcentual que no supera el 30 % 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 39 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 identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.
- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.



Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento en Centroamérica, las demás regiones han permanecido con niveles sostenidos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1) pdm09, A(H3N2), y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto Centroamérica. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión Norteamérica y Andina, disminución en el resto de las subregiones. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 38 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 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 15).

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

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 32 a 39 del 2025

Agente viral identificado	SE 32 a SE 35			SE 36 a SE 39			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	50,3	55,1	35,1	50,3	59,2	31,0	—
Rinovirus	15,2	13,2	18,5	22,2	19,3	16,7	↗
VSR	40,0	53,4	11,1	28,1	42,0	-	↘
Enterovirus	8,5	3,4	11,1	13,0	12,6	-	—
Adenovirus	8,1	9,8	-	8,6	9,2	-	—
Influenza B	-	-	-	-	-	-	—
Influenza A	10,7	8,0	29,6	8,1	4,2	22,2	—
Parainfluenza	4,8	3,4	7,4	3,2	2,5	5,6	—
Metapnemovirus	3,0	2,3	-	4,3	4,2	16,6	—
A(H1N1)pdm09	3,0	1,1	11,1	5,4	0,8	22,2	—
SARS-CoV2	4,0	4,0	7,4	4,8	5,0	5,5	—
A(H3N2)	-	-	-	-	-	-	—
Coronavirus	2,6	1,1	3,7	2,2	-	11,1	—

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

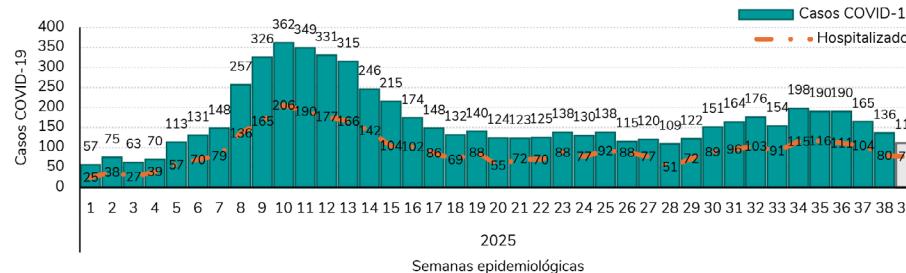
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 39 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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

En Colombia, con corte al 27 de septiembre de 2025 (semana epidemiológica 39) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 6 531 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39 del 2025), se ha observado una disminución del 16,2 %, con 602 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 32 a 35 del 2025), en el cual se reportaron 718 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 12,5 %, pasando de 425 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 372 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:39
*SE: semana epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 36-39), se registró una incidencia de 1,13 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 127 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 32-35), este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Boyacá, Caquetá y Huila. A nivel municipal, el incremento se observa en Duitama y Sogamoso (Boyacá), Florencia (Caquetá), la calera (Cundinamarca) y Puerto Nariño (Amazonas).

Durante 2025, en Colombia se han notificado 115 fallecimientos asociados a COVID-19 (112 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En el período analizado, se reportó un fallecimiento en Arauca, Quindío y Antioquia, respectivamente, y dos en Bogotá D. C. El 71,2 % de los casos (83 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.





Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	112	9	5	0,02	0,01
Arauca	5	1	1	0,36	0,36
Quindío	5	0	1	0,00	0,18
Bogotá D. C.	33	4	2	0,05	0,03
Antioquia	7	1	1	0,01	0,01
Bolívar	1	0	0	0,00	0,00
Boyacá	3	0	0	0,00	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	5	1	0	0,05	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
Magdalena	2	0	0	0,00	0,00
Meta	6	0	0	0,00	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Santander	7	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Tolima	4	1	0	0,07	0,00
Valle del Cauca	4	1	0	0,05	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Casanare	1	0	0	0,00	0,00
Guaviare	1	0	0	0,00	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:39.

*SE: Semana Epidemiológica.

PE: Periodo Epidemiológico -PE anterior (SE 32-35) y PE actual (SE 36-39)

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 39 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 paraclinicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.

- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/busquedas/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 39 del 2025 se notificaron 1 938 casos de dengue: 1 436 casos de esta semana y 502 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 105 467 casos, 65 880 (62,5 %) sin signos de alarma, 38 565 (36,5 %) con signos de alarma y 1 022 (1,0 %) de dengue grave.

El 54,6 % (57 584) de los casos a nivel nacional proceden de Córdoba, Santander, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Tolima, Cartagena de Indias D. T., y Valle del Cauca (tabla 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 35 a 38 del 2025) el 59,2 % (4 471) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Antioquia, Meta, Córdoba, Cesar, Cartagena de Indias D. T. y Tolima.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025.

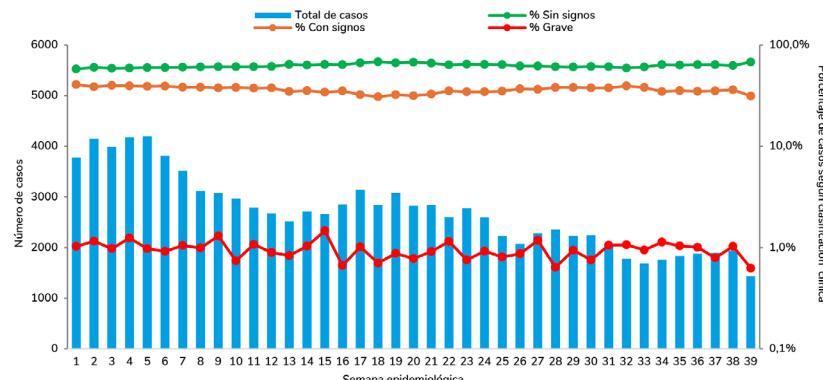
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 31-34 de 2025)	Observado (SE 35-38 de 2025)
Córdoba	9 378	36,4	0,3	767	584
Santander	9 374	32,5	0,6	658	738
Meta	9 156	34,0	1,2	597	609
Norte de Santander	7 604	40,0	1,2	711	788
Antioquia	7 409	34,7	0,8	576	624
Tolima	5 250	32,4	1,0	338	356
Cartagena de Indias D. T.	5 211	23,7	1,1	321	379
Valle del Cauca	4 202	26,2	0,6	241	272
Atlántico	3 659	43,7	1,5	314	248
Cundinamarca	3 541	39,7	0,6	94	140
Bolívar	3 535	38,8	0,8	278	296
Sucre	3 494	57,6	0,7	274	242
Huila	3 114	35,5	3,0	139	152
Putumayo	2 995	27,6	0,7	89	132
Santiago de Cali D. E.	2 889	35,3	0,8	152	198
Cesar	2 739	56,4	1,8	357	393
Barranquilla D. E.	2 633	36,7	1,2	105	138
La Guajira	2 552	58,7	1,3	187	122
Arauca	2 324	32,4	1,0	157	102
Caquetá	2 234	39,1	1,3	43	22
Magdalena	1 596	58,5	0,9	271	211
Casanare	1 483	32,4	0,4	82	56
Guaviare	1 083	18,7	0,5	39	134
Risaralda	1 033	35,7	1,1	48	47
Nariño	1 005	32,2	1,4	77	75
Cauca	1 000	37,4	1,6	35	45
Chocó	9 130	17,3	0,9	89	81
Quindío	889	26,0	0,2	39	71
Vichada	720	29,2	0,6	29	46
Boyacá	657	44,7	0,5	39	43
Santa Marta D. T.	490	59,2	0,8	60	81
Caldas	341	49,0	0,3	18	17
Amazonas	322	29,8	0,0	44	32
Exterior	256	49,6	6,3	20	25
Buenaventura D. E.	182	36,3	1,6	16	16
Vaupés	99	10,1	1,0	10	28
Archipiélago de San Andrés y Providencia	52	40,4	0,0	2	2
Guainía	36	41,7	0,0	1	8
Colombia	105 467	36,5	1,0	7 317	7 553

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 35 a 38 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla D. E., Santiago de Cali D. E., Cundinamarca, Guaviare, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Vichada, Guainía y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Arauca, Caquetá, Casanare y La Guajira; 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 % a nivel nacional (figura 13); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 35 a 38 del 2025) fueron: Boyacá, Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., Sucre y La Guajira.

Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 del 2025.

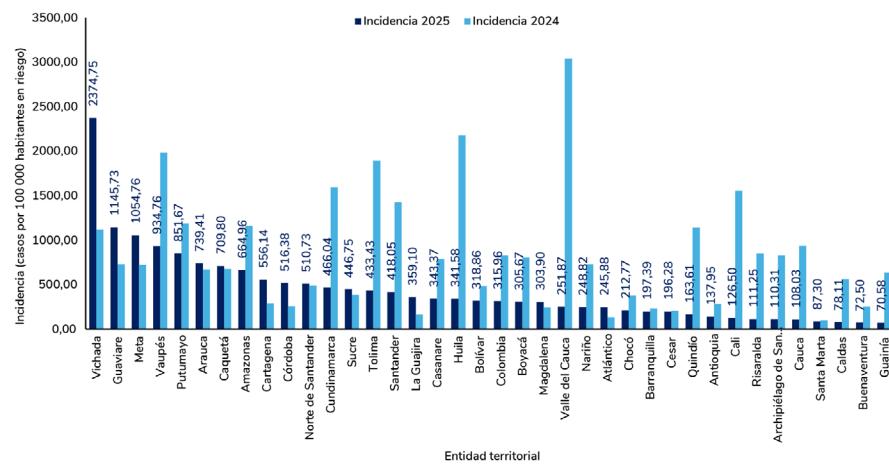


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 39 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 315,9 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 826,3 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 Vaupés presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 39 del 2025 registrando tasas superiores

a 900 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 595,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 39, 2024-2025.



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

En la semana epidemiológica 39 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 al aumento con una variación de 3,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 35 a 38 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34 del 2025) (figura 15).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 27,0 % (10) se encuentra dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 35,2 % (13) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo, la entidad territorial de Antioquia, Córdoba, Magdalena y Risaralda se encuentra en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada (tabla 18).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 39 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 14,8 % (119) 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 22,8 % (13/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 15. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 del 2025.

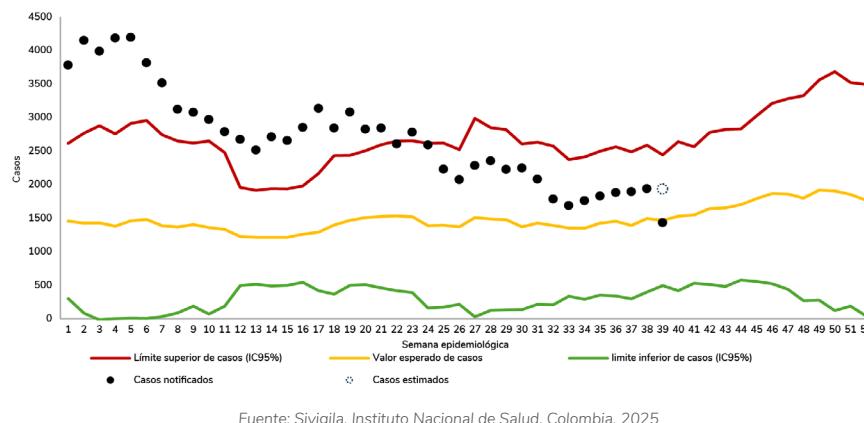


Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 39, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de septiembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Córdoba, Magdalena, Risaralda	Norte de Santander, Vichada.	Amazonas, Boyacá, Guaviare, Guainía, Meta, Putumayo, Quindío
Alerta	Bolívar, Santander.	Arauca, Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Chocó, Sucre y Vaupés.	Huila, La Guajira, Nariño, Santa Marta D.T., y Valle del Cauca.
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura D. E., Cundinamarca, Santiago de Cali D. E., Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Barranquilla D. E., Caquetá, Caldas, Casanare, Cauca, Tolima

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

Tabla 19. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 39 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
				Casos por 100 000 habitantes	Esperado
Antioquia	Bello	21,1	117	8	17
Cauca	Popayán	36,5	99	3	7
Cesar	Aguachica	662,3	814	94	82
Córdoba	Montería	905,9	4 647	230	206
	Cereté	311,7	343	39	31
Cundinamarca	Fusagasugá	262,5	434	9	13
Meta	Villavicencio	894,5	4 561	328	387
Norte de Santander	Cúcuta	598,3	4 568	393	435
	Villa del Rosario	638,5	703	47	47
Risaralda	Pereira	108,2	525	22	20
	Dosquebradas	133,3	290	16	19
Valle del Cauca	Jamundí	547,0	926	44	47
Arauca	Arauca	216,2	217	30	15

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

A semana epidemiológica 39 del 2025, se han notificado 325 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 88 casos, se descartaron 193 casos y se encuentran en estudio 44 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,08 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 243 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 Semana Epidemiológica 39, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 39, 2025	Letalidad por dengue a SE 39, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,29	0,11
Vichada	2	1	0,28	0,00
La Guajira	6	2	0,24	0,00
Santa Marta D. T.	1	0	0,20	0,18
Cauca	2	1	0,20	0,08
Putumayo	5	0	0,17	0,24
Huila	5	1	0,16	0,02
Barranquilla D. E.	3	1	0,11	0,00
Meta	10	1	0,11	0,11
Antioquia	8	3	0,11	0,12
Chocó	1	0	0,11	0,12
Arauca	2	0	0,09	0,19
Bolívar	3	1	0,08	0,15
Cartagena de Indias D. T.	4	1	0,08	0,19
Santander	7	6	0,07	0,09
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,07	0,05
Córdoba	6	4	0,06	0,02
Magdalena	1	3	0,06	0,00
Sucre	2	1	0,06	0,10
Cundinamarca	2	1	0,06	0,06
Atlántico	2	3	0,05	0,10
Norte de Santander	4	4	0,05	0,14
Tolima	2	7	0,04	0,10
Cesar	1	1	0,04	0,24
Boyacá	0	1	0,00	0,12
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Risaralda	3	0	0,29	0,11
Vichada	2	1	0,28	0,00
Exterior	4	0	1,56	0,92
Colombia	84	44	0,08	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 39 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 comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales.
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales.

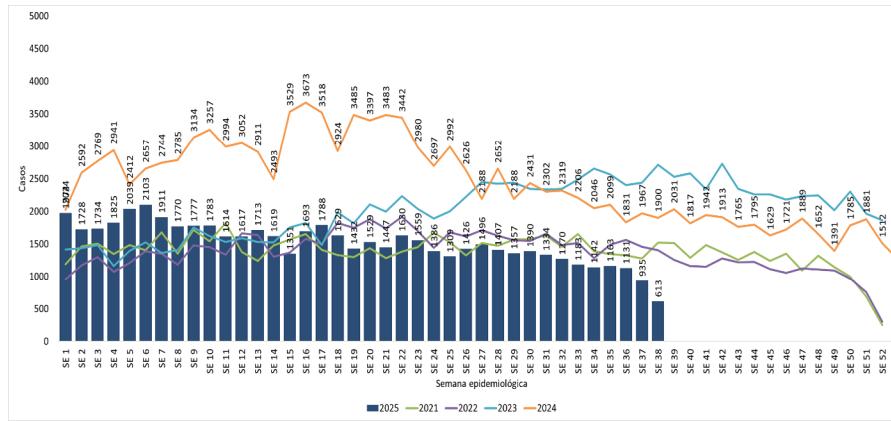
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 16).

Figura 16. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 38 del 2025 se notificaron 1 207 casos de malaria, para un acumulado de 59 467 casos, de los cuales 58 401 son de malaria no complicada y 1 066 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,7 % (40 251), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,2 % (18 526) e infección mixta con 1,2 % (690). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 92,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (27,9 %), Antioquia (15,1 %), Nariño (12,9 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (6,2 %), Risaralda (4,0 %), Amazonas (3,9 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,4 %), Bolívar (2,2 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,5 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,8 % 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 39 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 32 a 35	Casos 2025 SE 36 a 39	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 187	246	109	131,18
Córdoba	Tierralta	2 866	252	180	28,72
Chocó	Quibdó	2 519	192	104	17,42
Risaralda	Pueblo Rico	2 188	247	158	130,32
Antioquia	El Bagre	1 808	142	130	32,11
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 597	182	145	4,93
Nariño	El Charco	1 548	140	85	66,58
Chocó	Lloró	1 503	140	135	141,65
Nariño	Roberto Payán	1 391	79	49	104,37
Chocó	Bajo Baudó	1 376	136	108	40,55
Nariño	Olaya Herrera	1 265	125	60	47,79
Chocó	Bagadó	1 250	186	218	105,55
Guainía	Inírida	1 223	85	80	32,25
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 190	101	87	272,00
Nariño	Magüí	1 187	58	33	4,45
Chocó	Tadó	1 180	117	57	58,55
Vichada	Cumaribo	1 093	35	21	12,56
Córdoba	Puerto Libertador	1 043	46	48	22,97
Chocó	Alto Baudó	1 012	97	90	32,37
Chocó	Medio San Juan	1 007	109	92	85,60
Chocó	Istmina	1 005	99	63	29,72
Cauca	Timbiquí	911	35	18	32,41
Boyacá	Cubará	890	26	25	104,47
Antioquia	Nechí	817	34	37	29,28
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	792	65	36	2,97
Bolívar	Montecristo	778	56	64	42,35
Chocó	El Cantón del San Pablo	757	46	27	109,61
Nariño	Barbacoas	743	37	25	12,68
Cauca	Guapi	739	64	54	25,02
Antioquia	Chigorodó	683	42	32	10,97
Antioquia	Turbo	665	43	42	4,94
Chocó	Carmen del Darién	634	31	34	28,62
Antioquia	Segovia	569	55	36	13,90
Antioquia	Cáceres	559	51	45	17,94
Chocó	Medio Baudó	530	70	49	31,37

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 72,8 % de los casos.



En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,3 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decreto en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Montecristo, Alto Baudó y Chigorodó y en incremento los municipios de Tarapacá (CD), Lloró y Bagadó (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,9 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decreto en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Magüí, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Tadó, Lloró, Barbacoas, Istmina, Medio San Juan y Tierralta y en incremento los municipios de Roberto Payán y Guapí 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 39 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 32 a 35 de 2025	Casos SE 36 a 39 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	239	109	-54 %	7,7 %
Córdoba	Tierralta	214	154	-28 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	215	144	-33 %	4,8 %
Antioquia	El Bagre	112	105	-6 %	3,6 %
Chocó	Quibdó	93	73	-22 %	3,4 %
Guainía	Inírida	80	76	-5 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	85	77	-9 %	2,5 %
Córdoba	Puerto Libertador	43	42	-2 %	2,4 %
Boyacá	Cubará	26	25	-4 %	2,3 %
Chocó	Bagadó	113	125	11 %	2,1 %
Chocó	Lloró	75	81	8 %	2,1 %
Vichada	Cumaribo	28	16	-43 %	2,1 %
Bolívar	Montecristo	50	62	24 %	1,7 %
Chocó	Alto Baudó	55	50	-9 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	50	56	12 %	1,6 %

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 39 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 32 a 35 de 2025	Casos SE 36 a 39 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	128	77	-40 %	7,8 %
Chocó	Quibdó	98	30	-69 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	119	84	-29 %	5,4 %
Cauca	Timbiquí	34	18	-47 %	4,9 %
Nariño	Roberto Payán	24	17	-29 %	4,7 %
Nariño	Magüí	41	23	-44 %	4,7 %
Chocó	Bajo Baudó	82	52	-37 %	3,8 %
Nariño	Olaya Herrera	74	32	-57 %	3,7 %
Cauca	Guapi	53	52	-2 %	3,7 %
Chocó	Tadó	70	28	-60 %	3,5 %
Chocó	Lloró	53	49	-8 %	3,1 %
Chocó	Istmina	46	30	-35 %	2,8 %
Nariño	Barbacoas	17	7	-59 %	2,7 %
Chocó	Medio San Juan	57	37	-35 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	37	26	-30 %	2,5 %

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

Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 39 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; diez departamentos y dieciocho municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y tres 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 39 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 39 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 39 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 36 A 39	Observado SE 36 A 39 de 2025
Antioquia	Turbo	5	680	42	44
Bolívar	Montecristo	5	814	42	67
Chocó	Lloró	5	1 507	140	135
Boyacá	Cubará	4	895	15	25
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	44	2	8
Meta	Puerto Concordia	4	62	8	8
Meta	Puerto Gaitán	4	301	6	37
Risaralda	La Virginia	4	103	0	9
Arauca	Saravena	4	460	4	17
Amazonas	Leticia	4	514	8	18
Vichada	Puerto Carreño	4	313	18	85
Chocó	San José del Palmar	4	28	4	12
Antioquia	Cáceres	4	560	26	45
Antioquia	Nechí	5	823	23	37
Chocó	Medio San Juan	5	1 011	71	92
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	43	1	5
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	31	1	8
Bolívar	Achí	4	45	1	3

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, Semanas Epidemiológicas 01 a 39 del 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 39 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 39 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 36 A 39	Observado SE 36 A 39 de 2025
Vaupés	Mitú	4	3 247	280	114
Córdoba	Sahagún	4	5	1	2
Chocó	Sipí	4	187	14	10
Antioquia	Mutatá	5	532	41	38
Antioquia	Tarazá	4	428	18	22
Córdoba	Tuchín	4	60	5	6
Chocó	Condoto	4	164	13	8
Chocó	El Carmen de Atrato	4	164	7	8
Meta	Puerto Rico	4	69	2	4

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/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 39 del 2025, se han notificado 16 366 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 16 245 corresponden a residentes en Colombia y 121 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (40 del 2024 a 39 del 2025) es de 0,59 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 166 municipios a nivel nacional (14,8 %) y de disminución en 23 municipios (2,0 %) (tabla 26).

El 80,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,1 % como desnutrición aguda severa. El 6,0 % 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 (28,4 %) y de 1 año (27,8 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales el 66,7 %.

Para la semana epidemiológica 39 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia. 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 21 municipios (tabla 27).

**Salud**

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, Semana Epidemiológica 39, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 39 de 2024	Casos a SE 39 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	19 284	16 245	0,59	14,8	2,0
La Guajira	2 204	1 301	1,80	6,7	0,0
Vichada	268	170	1,57	0,0	0,0
Chocó	872	647	1,46	19,4	6,5
Magdalena	577	636	0,93	44,8	0,0
Risaralda	352	364	0,82	28,6	0,0
Arauca	287	140	0,77	0,0	28,6
Cesar	729	731	0,77	12,0	4,0
Guaviare	78	55	0,75	0,0	0,0
Amazonas	59	54	0,70	0,0	0,0
Cartagena de Indias D. T.	343	409	0,67	0,0	0,0
Casanare	244	196	0,66	10,5	5,3
Antioquia	2 250	2 135	0,64	31,2	1,6
Bolívar	531	484	0,61	22,2	0,0
Putumayo	149	148	0,60	0,0	0,0
Nariño	715	522	0,60	12,5	1,6
Boyacá	408	393	0,60	7,3	0,0
Bogotá D. C.	2 491	2 035	0,58	0,0	0,0
Norte Santander	521	553	0,55	7,5	2,5
Guainía	50	35	0,55	11,1	11,1
Meta	411	305	0,52	10,3	0,0
Vaupés	44	21	0,52	16,7	16,7
Sucre	228	311	0,50	34,6	0,0
Buenaventura D. E.	200	135	0,50	0,0	0,0
Cundinamarca	1 129	895	0,49	6,0	0,9
Huila	434	363	0,49	18,9	0,0
Valle del Cauca	479	490	0,46	32,5	0,0
Tolima	360	259	0,46	8,5	0,0
Santa Marta D. T.	107	140	0,45	100,0	0,0
Santiago de Cali D. E.	444	466	0,44	0,0	0,0
Caquetá	154	106	0,40	0,0	6,3
Córdoba	476	389	0,35	6,7	0,0
Santander	514	384	0,35	14,9	3,4
Barranquilla D. E.	220	251	0,34	0,0	0,0
Caldas	212	150	0,34	11,1	0,0
Atlántico	399	271	0,30	4,5	13,6
Quindío	67	66	0,28	0,0	0,0
Cauca	270	232	0,26	4,8	7,1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,13	50,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 40 de 2024 a SE 39 de 2025.

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

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

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

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, Semana Epidemiológica 39 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	44	112
Tolima	Ibagué	50	76
Sucre	Sincelejo	34	72
Boyacá	Sogamoso	27	54
Valle del Cauca	Jamundí	29	54
Risaralda	Dosquebradas	28	52
Antioquia	Rionegro	26	42
Huila	Pitalito	24	36
Valle del Cauca	Yumbo	30	36
Cesar	Aguachica	20	35
Norte de Santander	Ocaña	31	33
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	15	33
Cauca	Popayán	22	32
Cundinamarca	Chía	21	32
Santander	Piedecuesta	34	31
Antioquia	Envigado	12	27
Norte de Santander	Villa del Rosario	44	26
Atlántico	Sabanalarga	34	21
Cundinamarca	Girardot	39	21
Bolívar	Turbaco	11	20
Santander	Floridablanca	25	14

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>

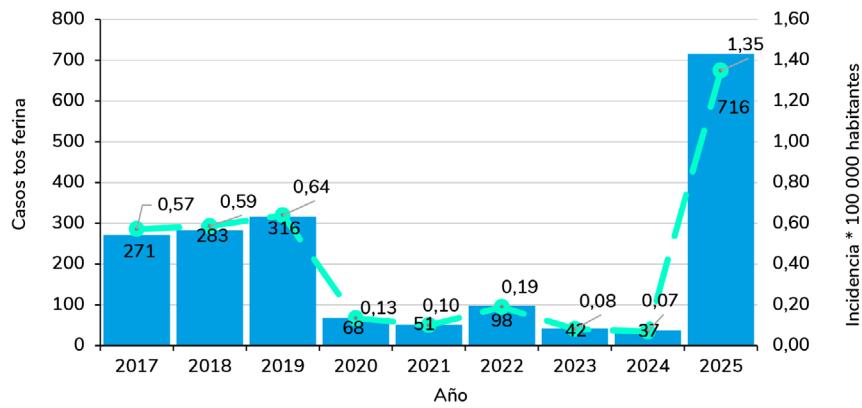
Tos ferina

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 incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante la semana epidemiológica 38 (SE 38), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 5 619 casos de tos ferina. De estos, el 12,9 % (725 casos) fueron confirmados (716 con procedencia nacional y 9 importados), el 79,8 % (4 486 casos) fueron descartados y el 7,3 % (408 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,35 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,64 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 38, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2019 a2025p

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 38, del 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 252 casos y una incidencia de 3,17 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 169 casos (2,44), Cundinamarca con 46 casos (1,30) y Caldas con 23 casos (2,18).

La tabla 28 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica

Tabla 28. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 38 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrográfico	2025
Colombia	0,64	0,13	0,10	0,19	0,08	0,07	1,35	—	716
Bogotá D. C.	0,83	0,09	0,01	0,06	0,04	0,05	3,17	—	252
Antioquia	0,78	0,18	0,13	0,13	0,04	0,07	2,44	—	169
Cundinamarca	0,45	0,13	0,03	0,00	0,12	0,14	1,30	—	46
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	2,18	—	23
Huila	0,36	0,35	0,00	0,00	0,08	0,34	1,90	—	23
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,21	0,00	0,00	1,79	—	18
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,78	—	18
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,80	—	16
Chocó	0,19	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	2,53	—	15
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,61	—	14
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,04	—	12
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,89	—	11
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,52	—	11
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,94	—	10
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,70	—	9
Cesar	0,40	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,54	—	8
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	—	8
Cauca	0,41	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	—	7
Nariño	0,37	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,41	—	7
Santander	0,40	0,13	0,52	0,04	0,04	0,04	0,25	—	6
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69	—	4
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,69	—	4
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,72	—	4
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,42	—	4
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,39	—	4
Barranquilla D. E.	0,24	0,16	0,00	0,00	0,22	0,23	0,27	—	3
Norte de Santander	0,96	0,12	0,00	0,00	0,35	0,06	0,18	—	3
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72	—	2
Caquetá	1,23	0,73	0,00	0,00	0,93	0,47	0,47	—	2
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,22	0,14	0,14	—	2
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27	—	1
Exterior	-	-	-	-	-	-	-	-	9

Fuente: Sivigila 2019 a2025p.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,07 casos por cada 100 000 habitantes (36 casos). El mayor valor se observó en Vaupés con 2,27 (1 caso), seguido de Caldas con 0,19 (2 casos) (tabla 29).

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (31 a 38) de 2025

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 31-34)	Casos PE actual (SE 35-38)	Incidencia PE anterior (SE 31-34)	Incidencia PE actual (SE 35-38)	Tendencia de la incidencia
Colombia	716	1,35	69	36	0,13	0,07	↓
Vaupés	1	2,27	0	1	0,00	2,27	↑
Caldas	23	2,18	2	2	0,19	0,19	↓
Santa Marta D. T.	4	0,69	1	1	0,17	0,17	↓
Chocó	15	2,53	1	1	0,17	0,17	↓
Bolívar	11	0,89	1	2	0,08	0,16	↑
Boyacá	9	0,70	1	2	0,08	0,15	↑
Bogotá D. C.	252	3,17	17	12	0,21	0,15	↓
Antioquia	169	2,44	14	9	0,20	0,13	↓
Córdoba	16	0,80	5	2	0,25	0,10	↓
Risaralda	18	1,79	2	1	0,20	0,10	↓
Meta	12	1,04	3	1	0,26	0,09	↓
Cundinamarca	46	1,30	2	2	0,06	0,06	↓
Atlántico	8	0,50	1	0	0,06	0,00	↓
Barranquilla D. E.	3	0,23	1	0	0,08	0,00	↓
Cartagena de Indias D. T.	18	1,78	3	0	0,30	0,00	↓
Caquetá	2	0,47	0	0	0,00	0,00	↓
Cauca	7	0,44	0	0	0,00	0,00	↓
Cesar	8	0,54	1	0	0,07	0,00	↓
Huila	23	1,90	0	0	0,00	0,00	↓
La Guajira	10	0,94	2	0	0,19	0,00	↓
Magdalena	4	0,42	2	0	0,21	0,00	↓
Nariño	7	0,41	0	0	0,00	0,00	↓
Norte de Santander	3	0,18	1	0	0,06	0,00	↓
Quindío	4	0,72	2	0	0,36	0,00	↓
Santander	6	0,25	0	0	0,00	0,00	↓
Sucre	4	0,39	1	0	0,10	0,00	↓
Tolima	2	0,14	1	0	0,07	0,00	↓
Valle del Cauca	11	0,52	1	0	0,05	0,00	↓
Santiago de Cali D. E.	14	0,61	4	0	0,18	0,00	↓
Arauca	2	0,72	0	0	0,00	0,00	↓
Vichada	4	2,69	0	0	0,00	0,00	↓

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 38 del 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 86 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 21 municipios de 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Bagadó (Chocó) con 12 y Bogotá D. C. con 6 casos.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios de Bagadó y Tadó (Chocó), Pueblo Rico y Mistrató (Risaralda), Tierralta (Córdoba), Puerto Gaitán (Meta), Anserma (Caldas), Yavaraté (Vaupés), Ciénaga (Magdalena) y San Rafael (Antioquia) (tabla 30).

En población indígena se han confirmado cinco fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.

Tabla 30. Casos de tos ferina en etnia indígena en Colombia por departamento de procedencia hasta la Semana Epidemiológica 38 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado
Colombia		86	5	Abierto
Antioquia	Urrao	29	1	Cerrado
	Betulia	1	0	Cerrado
	San Rafael	2	0	Abierto
Bogotá D.C.	Bogotá D. C.	6	0	Cerrado
Cauca	Caloto	1	0	Cerrado
	Belalcázar	3	0	Cerrado
	Manizales	5	0	Cerrado
Caldas	Anserma	1	0	Abierto
	Bagadó	12	2	Abierto
	Tadó	2	0	Abierto
Chocó	El Carmen de Atrato	1	0	Cerrado
	Maicao	1	0	Cerrado
	Riohacha D. E.	2	0	Cerrado
La Guajira	Uribia	4	0	Cerrado
	Tierralta	4	1	Abierto
	Puerto Gaitán	6	1	Abierto
Risaralda	Pueblo Rico	1	0	Abierto
	Mistrató	2	0	Abierto
Magdalena	Ciénaga	1	0	Abierto
Vichada	Cumaribo	1	0	Cerrado
Vaupés	Yavaraté (CD)	1	0	Abierto

Fuente: Sivigila 2025p



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, octubre 01 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 135 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1), con 53** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), con una letalidad acumulada preliminar del 39,3 % (53/135)*

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p, se han confirmado 111 casos de fiebre amarilla, de los cuales 40 son casos fallecidos confirmados. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (115 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (20), Prado (17), 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), Villagarzón (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).

*Se excluyen 5 casos de mortalidad ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, y un caso en estudio (1).



Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (39)**, 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 46 años (rango entre 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (107 hombres y 27 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (29 casos) y los de 60 a 64 años (15 casos).

Se han confirmados 69 casos de epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH) distribuidos así: 52 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Cunday (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Purificación (1), Prado (1); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de: Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho (8) casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un (1) 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.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional–INS.

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, octubre 1 del 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de: Ataco, Villarrica, Cunday, Prado, Chaparral, Rioblanco, Purificación, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Valle de San Juan, y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en septiembre del 2024, y hasta la fecha se han confirmado 115 casos acumulados de fiebre amarilla, 114 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico. Se han registrado 44 fallecimientos acumulados, lo que corresponde a una letalidad del 33,0 % (38*/115). El último caso fue confirmado el 1 de octubre del 2025 de procedencia el municipio de Cunday en estudio su causa de fallecimiento.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional–INS

*Se excluyen 5 casos de mortalidad ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, y un caso en estudio (1).

Brote de varicela en población especial, Bucaramanga, Santander. 30 de septiembre del 2025

Brote identificado en persona privada de la libertad. A la fecha se ha identificado un caso de 527 expuestos para una tasa de ataque de 0,2 %, no se reportan hospitalizaciones ni muertes. Se implementaron medidas de control como investigación epidemiológica de campo, aislamiento del caso detectado, búsqueda activa comunitaria, seguimiento a expuestos, comunicación del riesgo y educación. Se realizó limpieza y desinfección de áreas expuestas al virus. Restricción de visitas e ingresos al patio afectado, hasta el cierre del brote, no se autorizan traslados y se cierra el patio hasta completar el tiempo de aislamiento. Situación sujeta a cambios y en seguimiento hasta el cierre por referente del evento.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 39 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunclo; 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

Actualización de la enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2025.

El 04 de septiembre de 2025 se notificó un brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo. El brote continúa, con indicios de una notable disminución de la transmisión.

Al 28 de septiembre del 2025, se han notificado un total de 64 casos (53 confirmados y 11 probables), incluyendo 42 fallecimientos (31 confirmados y



11 probables), letalidad del 65,6 % en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai. Cinco de los casos corresponden a personal sanitario.

Los casos se presentan en edades comprendidas entre los 0 y los 65 años, siendo el grupo de edad de 0 a 9 años el más afectado, con el 25 % del total. El 57,8 % de los casos corresponde a mujeres.

Al 28 de septiembre de 2025, un total de 1 787 contactos estaban en seguimiento, de los cuales 1 735 (97,1 %) fueron atendidos en las últimas 24 horas. Nueve (9) casos fueron tratados con éxito y dados de alta tras su recuperación, mientras que 13 se encontraban en tratamiento al 28 de septiembre de 2025.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). EBOLA VIRUS DISEASE, Democratic Republic of the Congo, External Situation Report 03. Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2025. Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/43da394c-8266-4d03-88d6-598d66750f17/content>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 39 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.



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 39

Decreto
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
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	45	1	1	381	33	35	322	19	32	96	7	11	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	453	14	11	16234	1341	1722	7409	265	624	2568	124	204	58	4	4	547	44	15	74	8	11
Arauca	82	2	2	688	54	76	2324	75	102	752	16	19	24	0	0	3	0	0	54	6	9
Atlántico	92	3	3	3397	263	331	3659	260	248	1600	157	118	54	7	4	2	0	0	6	1	0
Barranquilla D.E.	12	1	0	3623	253	350	2633	306	138	967	157	40	31	6	1	20	2	0	18	3	1
Bogotá D.C.	2	0	0	18929	1803	1975	0	0	0	0	0	0	0	0	0	105	20	11	10	2	0
Bolívar	231	6	4	2407	202	228	3535	315	296	1370	166	92	28	8	2	2	0	0	4	1	0
Boyacá	54	1	0	5727	490	578	657	26	43	294	10	24	3	0	1	6	1	0	6	1	1
Buenaventura D.E.	19	0	1	98	11	10	182	29	16	66	13	5	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	52	1	0	3289	287	341	341	19	17	167	11	9	1	0	0	10	1	1	43	5	6
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	4186	416	400	2889	595	198	1019	253	66	22	7	3	64	14	3	41	3	1
Caquetá	155	3	4	948	87	97	2234	54	22	874	31	10	28	0	0	2	0	0	6	1	1
Cartagena de Indias D.T.	12	0	0	1532	128	169	5211	294	379	1234	156	83	57	8	4	6	0	0	0	0	0
Casanare	128	6	2	1467	118	181	1483	136	56	480	53	17	6	2	1	46	0	1	3	1	0
Cauca	79	2	1	4591	437	429	1000	54	45	374	22	8	16	1	2	29	1	4	8	1	1
Cesar	247	9	5	2528	179	260	2739	281	393	1546	180	208	48	7	1	5	0	0	23	3	0
Chocó	167	4	2	242	19	35	930	71	81	161	16	18	8	1	1	2	0	0	1	0	0
Córdoba	229	10	9	4208	352	405	9378	413	584	3415	205	293	32	4	4	4	1	0	12	3	0
Cundinamarca	64	1	1	12035	1056	1170	3541	175	140	1407	86	50	21	1	1	20	4	2	17	1	0
Guainía	18	0	0	158	12	9	36	5	8	15	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	86	1	2	320	29	32	1083	26	134	202	7	10	5	0	1	1	0	0	1	0	0
Huila	130	2	2	5374	452	585	3114	283	152	1106	117	35	94	8	3	10	1	2	8	2	0
La Guajira	105	2	3	1846	158	170	2552	127	122	1497	88	68	34	3	1	4	0	0	10	1	0
Magdalena	111	5	2	2054	185	179	1596	117	211	933	78	121	15	2	2	1	0	0	11	2	2
Meta	207	5	1	3572	306	344	9156	338	609	3109	136	185	106	3	4	92	4	8	12	1	0
Nariño	88	2	2	6049	510	610	1005	74	75	324	20	30	14	1	1	5	0	0	14	2	1
Norte de Santander	256	7	7	5447	438	563	7604	347	788	3042	200	263	93	5	5	28	9	4	4	1	0
Putumayo	126	1	4	1474	130	150	2995	42	132	828	13	37	22	0	2	0	0	0	4	1	1
Quindío	14	0	0	2488	211	223	889	28	71	231	10	19	2	0	1	29	2	1	4	0	0
Risaralda	46	1	2	3555	303	358	1033	22	47	369	12	21	11	0	0	6	2	0	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	363	27	26	52	8	2	21	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	36	2	1	1884	115	187	490	53	81	290	32	48	4	1	1	3	0	1	19	2	9
Santander	178	4	4	6371	516	618	9374	514	738	3049	256	241	59	5	7	83	4	2	14	2	0
Sucre	81	2	3	2388	182	224	3494	316	242	2013	195	134	24	5	0	2	0	0	3	0	0
Tolima	121	2	1	5963	494	646	5250	604	356	1699	292	100	54	5	4	6	1	0	25	5	1
Valle del Cauca	63	0	3	7356	598	773	4202	369	272	1100	161	71	24	3	1	18	5	0	40	4	1
Vaupés	43	0	1	231	12	9	99	11	28	10	4	0	1	0	0	13	0	0	3	0	1
Vichada	44	3	2	224	23	22	720	12	46	210	4	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3882	103	86	143,627	12,229	14520	105,211	6,683	7,528	38,438	3,293	2,671	1,006	97	62	1,175	116	55	502	56	47

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 39

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	2455	195	219	5	1	2	5157	612	556	148	16	12	0	0	0	3813	377	177	14	14	14
Antioquia	9142	759	564	201	27	27	747790	77657	66685	37056	2577	2706	4283	786	679	279980	38601	30105	492	686	492
Arauca	580	6	23	12	2	2	21843	2366	2507	3081	146	337	82	3	21	6287	644	556	23	51	23
Atlántico	0	0	0	15	4	6	132330	12084	17125	2944	313	429	1781	227	483	56633	3544	6479	97	195	97
Barranquilla D.E.	0	0	0	30	10	4	192125	18387	24974	11249	461	1589	1612	285	321	70048	5586	6733	132	236	132
Bogotá D.C.	0	0	0	231	42	51	1464562	132083	141064	69281	4627	5493	7760	1318	1610	563847	61092	57919	496	670	496
Bolívar	1389	85	103	15	4	6	111790	12031	13178	2237	285	281	386	110	97	24086	2524	2508	114	179	114
Boyacá	895	0	25	33	6	5	118113	12693	13441	6655	434	627	414	70	93	38459	4150	3932	85	111	85
Buenaventura D.E.	1642	164	150	4	0	0	5571	1169	677	99	8	9	10	1	1	2188	331	219	53	66	53
Caldas	20	2	1	18	3	1	72823	7711	7269	2950	257	225	1060	124	174	22865	2908	2134	62	75	62
Santiago de Cali D.E.	4	1	1	74	14	19	209354	20972	19083	8147	513	437	506	50	66	77766	12521	6871	192	238	192
Caquetá	346	10	11	10	3	1	27651	3118	3266	1713	136	194	33	10	8	10780	1759	1195	36	52	36
Cartagena de Indias D.T.	5	0	0	17	4	6	170233	18939	19325	10233	410	969	1395	209	320	40679	4057	3182	118	205	118
Casanare	4	5	1	5	1	1	23693	2786	2368	469	72	59	40	15	19	8404	1007	730	48	63	48
Cauca	1856	261	79	30	3	6	94707	9539	8888	3196	119	277	519	79	86	32620	5354	3883	131	205	131
Cesar	14	2	1	28	3	10	113005	11024	13021	5858	666	621	421	171	129	22387	2346	2104	151	222	151
Chocó	16798	2223	1216	15	2	2	32059	1852	2895	1726	142	80	32	4	2	12271	948	1609	77	153	77
Córdoba	4857	827	311	32	5	5	176940	14790	18969	7559	530	915	1293	289	307	45605	4094	3908	180	326	180
Cundinamarca	0	0	0	67	9	12	333166	27581	32906	12196	769	1091	1354	276	231	120289	12816	13221	268	324	268
Guainía	1323	426	89	0	0	0	2294	193	212	110	24	13	1	0	0	1268	120	129	10	15	10
Guaviare	862	97	56	0	0	0	5827	556	589	295	35	46	42	13	7	2528	273	243	11	11	11
Huila	0	0	0	20	5	5	92786	9668	7766	4760	291	378	619	77	142	33742	4909	3408	92	141	92
La Guajira	34	2	3	14	2	4	189372	14086	23856	2373	618	354	198	63	35	32542	4490	3613	193	321	193
Magdalena	3	1	0	8	2	3	100860	8927	12253	3161	247	283	78	7	3	27325	2820	3035	93	151	93
Meta	765	32	56	13	4	2	74114	6612	7757	2980	165	250	229	90	61	36679	4213	3153	124	138	124
Nariño	7829	891	369	59	9	11	118293	13249	10923	6778	392	517	160	34	42	37754	7163	3928	142	164	142
Norte de Santander	474	160	41	57	10	11	139667	12380	12728	7943	695	796	677	104	126	43193	6088	4537	112	190	112
Putumayo	69	4	6	7	2	1	29014	2348	2870	1147	119	95	29	5	5	9355	1277	1003	29	49	29
Quindío	4	2	1	11	2	2	47010	5491	4390	2418	208	217	349	54	64	20892	2900	2405	34	50	34
Risaralda	2423	306	174	27	5	6	97285	9271	9629	4690	257	396	428	50	127	26911	4025	3529	56	86	56
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	6270	691	566	805	82	86	1	0	0	2188	287	208	9	11	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	2	4	61377	3155	7571	2826	197	342	708	174	127	15566	1305	1493	40	80	40
Santander	9	1	0	84	9	15	211898	15873	22152	14140	1199	1509	1836	395	377	68559	6623	6872	115	191	115
Sucre	85	5	10	12	2	3	76080	9111	8882	7250	717	994	1322	261	329	17345	2997	1567	79	150	79
Tolima	0	0	0	24	3	3	125743	10434	11411	8298	370	625	359	61	52	47743	4782	5105	76	132	76
Valle del Cauca	64	10	3	52	6	7	129498	11876	12288	3132	258	271	666	84	110	51235	6254	5584	130	164	130
Vaupés	3719	233	178	13	1	1	6170	426	639	66	13	5	5	1	0	1925	101	204	8	12	8
Vichada	1440	174	108	3	0	0	3153	419	373	19	5	4	1	0	0	1337	126	124	26	30	26
Total nacional	59,113	6,926	3,800	1,258	207	244	5,569,623	522,16	565,052	259,988	18,373	23,522	30,689	5,500	6,254	1,917,094	232,7	197,605	4,148	6,156	4,148



Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 39

 Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos probables y descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4	0	1	38	7	0	24	5	5
Antioquia	8	10	0	532	61	32	22	5	0	1626	29	67	2023	214	228	657	110	68
Arauca	1	1	0	17	1	0	5	1	0	24	2	2	110	18	4	78	10	5
Atlántico	7	3	1	57	5	5	0	1	0	27	1	3	762	99	107	107	11	3
Barranquilla D.E.	2	2	0	141	9	8	0	1	0	37	3	8	775	75	111	210	20	14
Bogotá D.C.	12	11	0	1197	121	124	595	5	16	2292	49	140	4023	411	411	2426	313	292
Bolívar	3	2	0	35	5	1	1	1	0	29	3	6	460	75	29	44	2	3
Boyacá	4	2	0	150	17	9	19	1	0	48	3	4	717	58	84	308	13	28
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	24	3	0	7	0	0
Caldas	2	1	0	57	7	5	1	1	0	41	1	5	354	33	28	49	15	1
Santiago de Cali D.E.	2	3	0	121	22	10	0	2	0	34	2	3	860	85	64	418	33	33
Caquetá	0	1	0	30	2	5	0	0	0	4	2	0	205	14	17	20	1	4
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	54	5	7	2	1	0	39	2	1	434	65	49	18	0	2
Casanare	1	1	0	22	2	1	8	0	0	1	1	0	186	20	47	20	4	3
Cauca	4	3	0	63	11	4	1	1	0	22	2	1	411	29	18	235	14	12
Cesar	4	3	1	53	5	2	0	2	0	21	4	2	339	31	92	31	1	3
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	1	0	142	3	18	46	5	4	16	1	0
Córdoba	4	4	0	127	16	7	2	2	0	38	1	1	880	156	108	113	13	3
Cundinamarca	6	6	0	331	33	28	197	2	8	490	12	39	2028	178	195	423	42	39
Guainía	1	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	77	1	7	1	0	1
Guaviare	0	0	0	12	0	3	3	1	0	5	0	2	73	6	6	4	0	0
Huila	3	2	0	132	15	18	3	1	0	70	5	3	501	42	42	77	1	4
La Guajira	2	3	0	26	2	0	0	2	0	16	1	0	373	30	42	37	3	2
Magdalena	0	2	0	34	2	1	0	1	0	24	1	3	311	32	38	17	3	0
Meta	5	2	0	72	6	8	11	1	0	144	4	22	541	59	58	89	10	8
Nariño	6	3	1	125	14	14	3	1	0	82	5	3	545	60	80	72	3	6
Norte de Santander	7	3	1	157	17	5	2	2	0	52	6	0	855	88	121	84	8	4
Putumayo	1	1	0	25	3	2	1	1	0	19	1	1	179	19	17	97	8	10
Quindío	2	1	0	30	5	1	2	1	0	19	1	0	238	35	21	76	9	4
Risaralda	7	1	0	46	5	6	0	1	0	65	1	13	549	47	43	33	4	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	25	8	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	11	1	1	0	1	0	7	1	1	170	13	11	37	4	3
Santander	2	4	0	86	8	4	0	2	0	71	9	5	620	76	85	263	30	25
Sucre	4	2	0	59	6	1	2	1	0	56	14	4	574	67	127	133	7	2
Tolima	6	2	0	60	7	3	7	1	0	34	2	5	749	72	47	76	7	6
Valle del Cauca	2	3	0	120	13	4	2	1	0	20	6	0	990	87	93	192	9	6
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	17	0	7	10	0	2	9	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	12	1	0	17	1	2	9	1	1
Total nacional	114	86	4	4.014	443	319	898	48	24	5.635	176	370	22,072	2,048	2,439	6,510	715	601

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 39

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	41	54	0	0	0	0	56	63	10	11
Antioquia	0	0	0	0	1384	2135	1	0	0	1	4044	4141	823	893
Arauca	2	0	0	0	223	140	0	0	0	0	133	165	13	16
Atlántico	0	0	0	0	306	271	0	0	0	0	670	745	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	164	251	0	0	0	1	674	753	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2328	2035	3	1	0	0	3758	4187	0	0
Bolívar	0	0	0	0	325	484	0	0	0	0	413	443	284	353
Boyacá	1	0	0	0	361	393	0	0	0	0	763	840	94	197
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	100	135	0	0	0	0	68	66	12	11
Caldas	0	0	0	0	130	150	0	0	0	1	906	788	213	151
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	348	466	1	0	1	2	1220	1543	1	3
Caquetá	0	0	0	0	144	106	0	0	0	0	189	167	165	195
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	207	409	0	0	0	0	407	450	1	1
Casanare	4	2	0	0	239	196	0	0	0	0	221	264	5	4
Cauca	0	0	0	0	237	232	0	0	0	1	643	644	40	49
Cesar	4	2	0	0	537	731	1	0	0	0	442	475	57	337
Chocó	0	0	0	0	570	647	0	1	0	0	79	122	170	160
Córdoba	1	0	0	0	426	389	0	0	0	0	769	828	158	141
Cundinamarca	0	0	0	0	911	895	0	0	0	6	1655	2029	159	132
Guainía	0	0	0	0	45	35	0	0	0	0	22	24	13	21
Guaviare	0	0	1	0	83	55	0	0	0	0	44	46	370	115
Huila	0	0	0	0	324	363	0	1	0	1	642	548	7	6
La Guajira	0	0	0	0	1466	1301	2	0	0	0	213	290	17	20
Magdalena	0	0	0	0	430	636	0	0	0	0	269	307	6	8
Meta	0	0	0	0	310	305	0	0	0	0	548	518	166	94
Nariño	0	1	0	0	500	522	0	0	0	0	1054	1224	182	146
Norte de Santander	2	0	0	0	512	553	3	0	0	0	802	910	156	155
Putumayo	0	0	0	0	143	148	0	0	0	0	239	231	169	179
Quindío	0	0	0	0	74	66	0	0	0	0	402	368	0	0
Risaralda	0	0	0	0	278	364	0	0	0	0	893	1027	89	81
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	19	24	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	78	140	0	0	0	0	211	267	8	13
Santander	2	1	0	0	341	384	1	0	0	0	1164	1343	404	640
Sucre	0	0	0	0	174	311	0	2	0	0	365	371	80	55
Tolima	0	0	0	0	273	259	0	0	0	0	917	879	230	169
Valle del Cauca	0	0	0	0	323	490	1	0	0	0	990	1100	15	11
Vaupés	0	0	0	0	57	21	0	0	0	0	49	80	29	29
Vichada	0	0	0	0	225	170	0	0	0	0	20	20	35	16
Total nacional	16	6	2	0	14,624	16,245	10	5	3	13	25,973	28,290	4,182	4,415

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 39

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	16	1	19	12	6	3	22	36	11	8	104	226
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	2	2	8	5	1	0	9	3	6	3	24	28
Barranquilla D.E.	2	2	5	4	1	1	5	3	2	0	20	31
Bogotá D.C.	2	0	20	13	1	0	39	18	0	0	119	543
Bolívar	2	2	8	5	2	0	9	5	8	2	18	2
Boyacá	1	1	4	2	1	2	4	6	0	1	19	33
Buenaventura D.E.	0	1	3	1	0	2	3	3	2	1	5	2
Caldas	1	0	3	0	0	1	3	2	0	0	16	2
Santiago de Cali D.E.	2	0	6	4	0	1	7	9	2	0	34	45
Caquetá	1	1	2	1	0	0	6	5	2	1	6	1
Cartagena de Indias D.T.	6	7	7	1	0	1	7	7	2	1	16	15
Casanare	0	0	2	3	1	0	2	0	2	1	7	8
Cauca	0	0	6	1	4	5	8	9	1	3	24	9
Cesar	3	0	10	12	5	3	7	5	17	10	22	19
Chocó	2	1	11	6	25	10	25	31	31	29	9	7
Córdoba	2	1	12	4	1	4	13	9	5	9	30	25
Cundinamarca	1	2	11	7	0	2	8	16	3	0	53	58
Guainía	0	0	0	3	1	1	2	2	1	2	2	0
Guaviare	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
Huila	2	2	5	2	0	0	5	3	3	1	18	13
La Guajira	0	0	18	13	20	11	32	15	40	27	16	0
Magdalena	1	0	9	4	2	1	9	8	12	8	14	3
Meta	0	1	7	1	1	1	8	5	6	2	17	10
Nariño	1	1	9	6	2	1	7	10	4	2	26	10
Norte de Santander	2	0	6	7	2	2	5	3	4	0	26	18
Putumayo	0	1	2	1	1	1	3	2	1	0	6	10
Quindío	2	0	2	1	0	1	2	0	0	0	8	5
Risaralda	3	2	3	2	7	8	7	7	6	6	15	2
Archipiélagos de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	1	0	6	2	1	0	4	2	0	2	9	9
Santander	1	0	8	6	1	0	6	2	1	0	36	26
Sucre	1	1	5	1	0	0	5	7	2	1	16	35
Tolima	3	4	5	2	2	0	8	4	1	1	21	8
Valle del Cauca	3	3	5	2	2	1	9	8	5	1	31	44
Vaupés	0	0	0	0	2	3	3	0	1	2	2	0
Vichada	0	0	3	1	2	0	2	4	8	8	2	0
Total nacional	309	328	229	135	100	67	290	254	168	133	801	1.253

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 39

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	14	20	0	0	47	55	2	0	440	527
Antioquia	126	89	893	998	0	0	2715	3676	82	119	17193	16627
Arauca	32	12	132	121	0	0	107	111	2	0	854	1021
Atlántico	39	20	264	279	0	0	335	425	13	22	1842	2072
Barranquilla D.E.	59	13	317	262	0	0	607	724	15	27	1900	2176
Bogotá D.C.	128	53	716	701	0	0	1075	1123	28	20	22786	26085
Bolívar	35	19	231	227	1	0	129	171	4	1	1785	1960
Boyacá	18	18	75	66	0	0	115	166	2	4	3031	3489
Buenventura D.E.	18	13	103	79	0	0	131	166	6	3	296	235
Caldas	15	18	102	132	0	0	242	236	4	0	2328	2512
Santiago de Cali D.E.	27	15	350	401	0	1	1111	1168	34	47	6037	5613
Caquetá	7	10	66	71	0	0	182	252	4	6	823	887
Cartagena de Indias D.T.	57	34	251	289	0	2	305	377	3	5	1097	1226
Casanare	31	31	100	120	0	1	115	158	2	8	669	723
Cauca	16	14	152	136	0	2	210	226	2	3	2589	2578
Cesar	30	19	256	205	0	0	302	372	2	9	1570	1690
Chocó	38	23	170	179	0	0	152	216	2	2	321	380
Córdoba	27	8	249	182	1	0	201	235	3	7	2767	2567
Cundinamarca	56	51	282	381	0	0	406	476	12	9	10001	12187
Guainía	5	7	14	15	0	0	13	20	0	0	156	177
Guaviare	4	2	21	14	0	0	37	33	1	2	217	278
Huila	14	8	121	119	0	0	289	348	7	9	4767	4827
La Guajira	53	34	284	293	0	0	383	488	6	5	1032	1190
Magdalena	26	22	175	191	0	2	121	148	2	3	1087	1168
Meta	39	35	196	235	0	0	469	676	15	23	1879	1958
Nariño	12	13	181	167	0	1	136	171	4	4	3188	4128
Norte de Santander	70	33	381	394	0	1	512	665	11	8	3010	3295
Putumayo	6	5	69	83	0	1	84	105	3	3	1011	1238
Quindío	9	8	75	84	0	0	198	258	3	6	2011	2067
Risaralda	22	21	136	152	0	1	444	565	20	11	2838	2957
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	3	5	9	0	0	6	15	0	0	149	206
Santa Marta D.T.	14	16	83	133	0	0	177	257	2	3	490	635
Santander	50	49	321	391	0	0	669	1174	21	15	4824	5276
Sucre	17	16	160	151	1	1	76	74	1	0	1406	1504
Tolima	26	23	136	104	0	1	413	589	11	11	2354	2702
Valle del Cauca	26	32	238	278	0	0	539	662	13	25	5397	5859
Vaupés	1	0	2	2	0	0	11	18	0	0	158	353
Vichada	6	10	29	30	0	0	27	28	0	2	188	184
Total nacional	1,265	801	7,617	7,694	3	14	13,093	16,627	341	422	114,494	124,557



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 39 21 al 27 de septiembre del 2025

TEMA CENTRAL

Vigilancia integrada de la rabia

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

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

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: Alejandra Pinilla Farías, Leonardo Gómez Gómez.

Situación nacional: Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanubý 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. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaño Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.39>