



Foto: Condiciones de las viviendas en BAC Chagas Zarzal-2024

20 años
BES 2005-2025

Enfermedad de Chagas

Colombia, en 2024 logró reducir la letalidad por Chagas agudo en 2 % comparado con el año anterior y las acciones en el marco de la vigilancia y control de la enfermedad, así como en la atención de las personas afectadas, permitieron un avance significativo en la eliminación de la transmisión de esta enfermedad. "Para la prevención, control y eliminación de la enfermedad de Chagas, todos somos necesarios".

Semana epidemiológica

15

06 al 12 de abril de 2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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



Tema central

Enfermedad de Chagas en Colombia, 2024

Pág.

3



Situación nacional

8



Mortalidad

11



Eventos trazadores

18



Brotes y alertas

34



Tablas de mando por departamento

37

Introducción

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una afección parasitaria, sistémica, crónica transmitida por vectores, causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. Se ha evidenciado vinculación con aspectos socioeconómico-culturales deficitarios, considerándose una enfermedad desatendida. Según datos para la Región de las Américas, la enfermedad es endémica en 21 países; se estima que afecta a 7,5 millones de personas, con un riesgo de infección en 100 millones de personas expuestas, 30 mil casos nuevos, lo que puede producir 12 mil muertes al año (1), 1 500 000 personas padecían de cardiopatía chagásica y anualmente nacen 9 100 niños infectados por la enfermedad de chagas.

Los casos de chagas, están relacionados con situaciones de pobreza, donde la carga por la enfermedad se evidencia en graves consecuencias para la salud y la economía de las personas infectadas. Las condiciones eco-epidemiológicas y socioeconómicas son determinantes, y se reflejan en viviendas con deficiencias estructurales de riesgo, limitado acceso a los servicios públicos, condiciones de vulnerabilidad de las poblaciones, migración activa, urbanización en zonas de riesgo, intensificación del turismo, modificación de estrategias agrícolas, cambio climático; entre otros aspectos relacionados. Se hace necesario establecer y dar continuidad a las estrategias de control y planes de atención médica integral que se han venido trabajando a lo largo del tiempo para reducir mortalidad y morbilidad, con especial énfasis en la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los casos (2,3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de enfermedades prevenibles (ETMI-plus) ha trazado la meta de eliminar la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas en países endémicos (4).

Es importante resaltar que el plan de interrupción es liderado en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Salud y el trabajo articulado con las entidades territoriales. Actualmente los departamentos de Arauca, Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Meta, Santander, Norte de Santander, Tolima y Vichada realizan acciones del Plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus*; siendo esta última, una meta en la que el país pretende disminuir la morbilidad de la enfermedad en el principal escenario (vivienda) y mecanismo

TEMA CENTRAL

Enfermedad de Chagas en Colombia, 2024

Lisette Andrea Bermúdez Pinzón, ibermudez@ins.gov.co
Nieves Johana Agudelo Chivatá, nagudelo@ins.gov.co

de transmisión para Colombia (vectorial por *Rhodnius prolixus*) (5).

Según el contexto epidemiológico de la enfermedad de Chagas, en 2024 se registraron 18 casos de chagas agudo, el 52,1 % (12/18) casos registraron régimen de afiliación subsidiado, seguido del 26,0 % (6/18) en el régimen contributivo. Cabe destacar que el 72,9 % de los casos (10/18) corresponden al sexo femenino, se ha relacionado con la exposición en áreas endémicas por la vía de transmisión (3).

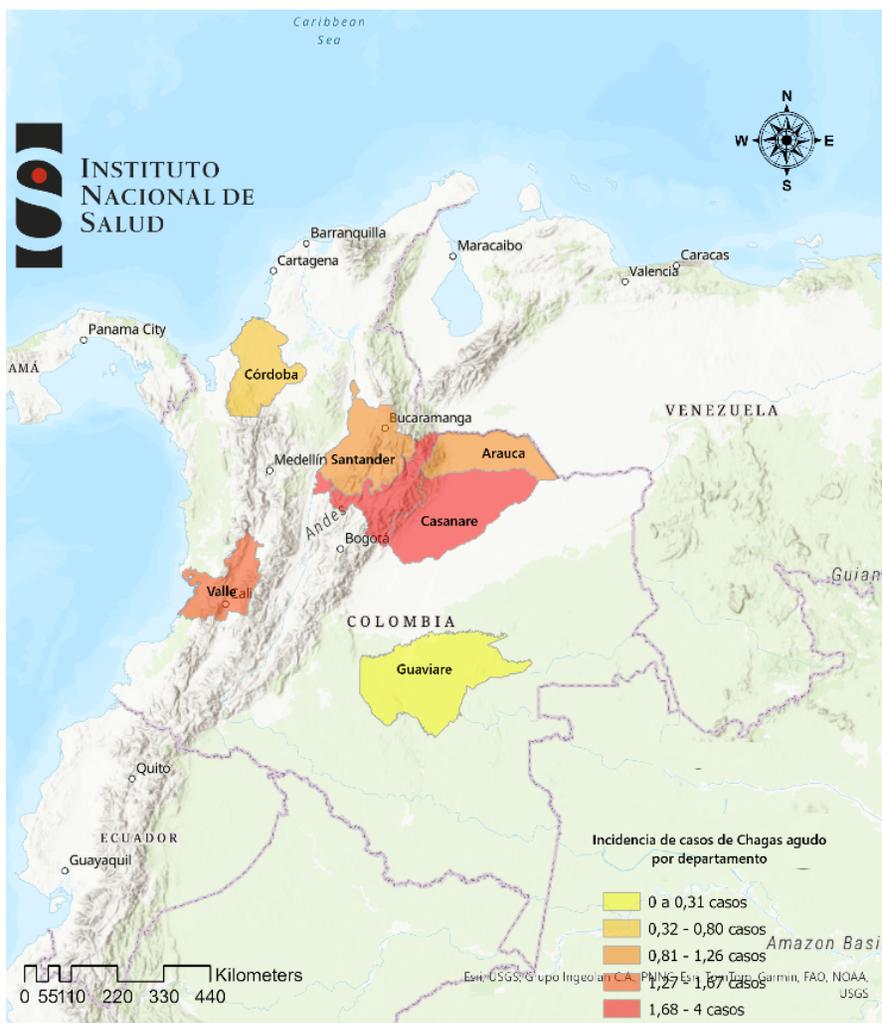
Respecto a la vía de transmisión de los casos de chagas agudo, se identificó que el 50,0 % (9/18) se atribuye a transmisión vectorial a diferencia del año anterior donde predominó la vía de transmisión oral.

Una característica importante identificada en los casos de chagas agudo notificados, es que el 83,0 % (15/18) de los casos pertenecían a los estratos socioeconómicos 1 y 2. En las investigaciones epidemiológicas de campo realizadas por las entidades territoriales, se identificó que las condiciones de las viviendas es un factor de importancia para la transmisión vectorial o por intrusión de los triatomíneos y animales silvestres (6).

Colombia ha logrado importantes avances en la lucha contra la enfermedad de Chagas. Actualmente, 66 municipios han sido certificados para la interrupción de la transmisión intradomiciliaria por vía vectorial, y otros 34 se encuentran en proceso de certificación. Además, se realiza tamizaje del 100 % de las bolsas de sangre donadas para prevenir la transmisión por transfusión. Para 2017, un nuevo flujograma de diagnóstico fue desarrollado y el impacto sobre la cobertura de diagnóstico ha sido consistente. Recientemente se trabaja en una recomendación técnica para el uso de pruebas de diagnóstico rápido, lo que permitirá mejorar el acceso principalmente en los territorios más alejados del país (7).

En Colombia, la distribución de los casos de chagas agudo corresponden a los departamentos de: Casanare, Córdoba, Boyacá, Santander, Arauca, Guaviare, Santa Marta D.T., y Valle del Cauca (mapa 1).

Mapa 1. Distribución geográfica de los casos confirmados de chagas agudo por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2024

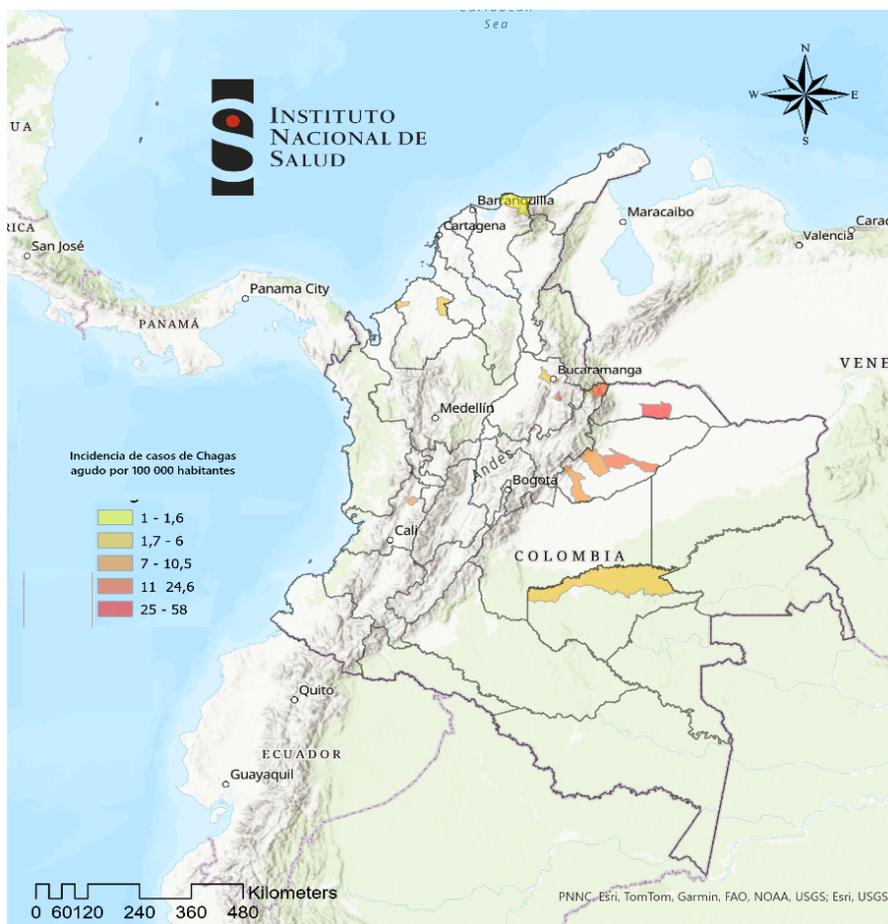


Fuente: Sivigila INS_2024

La incidencia general de chagas agudo en el 2024, fue de 0,31 casos por 100 000 habitantes. Los municipios con las incidencias más altas para chagas agudo, corresponden a: Puerto Rondón (Arauca) con la incidencia más alta

de 57,84 casos por 100 000 habitantes, seguido por Cubará (Boyacá) con una incidencia de 23,48 casos por 100 000 habitantes y, en tercer lugar; el municipio de San Luis de Palenque (Casanare) con una incidencia de 18,10 casos por cada 100 000 habitantes, la vía de transmisión identificada en estos brotes fue la vía vectorial (mapa 2).

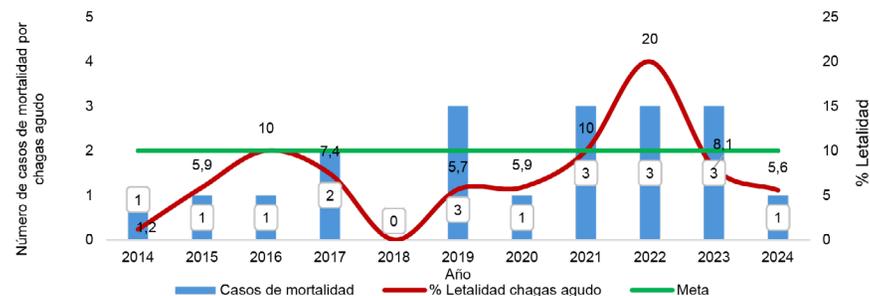
Mapa 2. Incidencia de los casos de chagas agudo, según municipio, Colombia, 2024



Fuente: Sivigila, 2019-2024

consumo de animales silvestres “armadillo” con tres (3) casos relacionados en el Departamento de Córdoba en el municipio de Sahagún (figura 1).

Figura 1. Porcentaje de letalidad casos de chagas agudo, Colombia, 2014-2024



Fuente: Sivigila INS_2024

Respecto al comportamiento de los casos de chagas crónico, se registran 947 casos en 2024. El análisis de las características demográficas, donde la población del sexo femenino concentra el 20,6 % (190/947) de los casos en población de 65 a 69 años, probablemente porque asisten más a consulta en los servicios de salud. El 60,0 % (566/947) de los casos proceden del área rural y pertenecen principalmente al régimen subsidiado con el 79,3 % (751/947) de los casos.

De acuerdo con la población priorizada se identifica que, el 24,0 % de los casos (228/947) corresponde a población indígena, con el 53,0 % (121/228) de los casos de procedencia Cesar (Valledupar), seguido del 27,1 % (62/228) en La Guajira (San Juan del Cesar). El 15,0 % (141/947) son gestantes y el 39,1 % (371/947) corresponde a mujeres en edad fértil.

El 90,0 % (853/947) de casos de chagas crónicos se identificaron en los departamentos de: Santander, Boyacá, Cesar, Casanare, Norte de Santander, Arauca, La Guajira, Cundinamarca, y Meta (mapa 3). Estos departamentos hacen parte del plan de interrupción de chagas, donde se ha intensificado y fortalecido el diagnóstico y tratamiento priorizando población en riesgo.

La letalidad por chagas agudo fue del 5,6 % (1/18) en 2024, con una reducción del 2,0 % con respecto al año 2023. El brote del caso de mortalidad atribuido al

Mapa 3. Distribución geográfica de los casos confirmados de chagas crónico por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2024.



Fuente: Sivigila INS 2024

Análisis del tablero de problemas para la enfermedad de Chagas, Colombia, 2024

Para 2024 se confirmó un caso de mortalidad atribuida a enfermedad de Chagas que se presentó en el departamento de Córdoba, en el contexto de un brote de transmisión oral de chagas agudo, adulto mayor de 88 años, quien consumió animal silvestre “ armadillo” en almuerzo familiar con esposa

y prima. Las características identificadas en la categoría del individuo son: conocimiento, actitudes y prácticas en salud, por la baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud. Mientras que las características de los determinantes estructurales corresponden a residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social. Para los determinantes intermedios, hogar con servicios públicos deficientes. En la categoría de prestación de servicios de salud, se identifica que, en la prestación de los servicios colectivos, se presenta inaccesibilidad a las actividades del plan de intervenciones colectivas. Para las acciones de promoción y mantenimiento de la salud el incumplimiento de las actividades de demanda inducida. Y finalmente para la prestación de servicios individuales, no se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica.

Conclusiones

- El 55,5 % (10/18) de los casos de chagas agudo se presentaron en sexo femenino.
- La mayor afectación en población adulta, seguida de primera infancia.
- En el 50,0 % (9/18) de los casos la vía de transmisión fue vectorial.
- Los departamentos de Casanare y Boyacá presentan mayor notificación, y el indicador de incidencia fue de 4,07 y 3,74 casos por 100 000 habitantes.
- Puerto Rondón en Arauca es el municipio con la mayor incidencia de casos de chagas agudo.
- En relación con las mortalidades, se registran una disminución de 2 puntos porcentuales con respecto al año anterior.
- La mayor proporción de casos de chagas crónico corresponde al sexo femenino.
- En el análisis de los casos de vía de transmisión vectorial se han identificado condiciones de infraestructura por utilización de materiales inadecuados para las viviendas o los alrededores. Estos son factores de riesgo para la presencia o intrusión de vectores y animales silvestres.

- El 90,0 % de los casos de chagas crónico se han identificados en los departamentos incluidos en el Plan de interrupción de la transmisión intradomiciliario de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus*.
- Los problemas identificados en el análisis de los casos de mortalidad de chagas agudo, corresponden a baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud y no se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica.

Recomendaciones

- Garantizar la notificación de los casos de enfermedad de Chagas agudo (superinmediata) y Chagas crónico (semanal).
- Realizar ajuste de los casos probables (4 semanas posteriores a la notificación) e incluir la información de las pruebas de laboratorio.
- Hacer uso adecuado de los ajustes según manual SIVIGILA, tener en cuenta el error de notificación al ingreso del registro en las variables llaves.
- Continuar con el fortalecimiento para la adherencia al algoritmo diagnóstico de parasitología de los casos probables para chagas agudo y crónico.
- Continuar con las acciones de intensificación y búsqueda de casos de chagas crónico en el marco del plan de interrupción.
- Articular la gestión entre vigilancia epidemiológica, por laboratorio y entomológica para el abordaje con programa de ETV (enfermedades transmitidas por vectores) y activación de la SAR (sala de análisis de riesgo).
- Fortalecer la articulación entre vigilancia, salud sexual y reproductiva, programa de ETV, entidades territoriales y aseguradoras, para el seguimiento integral de los hijos de madres positivas de Chagas crónico en estudio de la transmisión congénita en el marco de la estrategia ETMI-plus.

- Continuar con la oportuna identificación y la aplicación del algoritmo diagnóstico para los casos de chagas agudos con los métodos parasitológicos directos, a través la articulación con los Laboratorios departamentales, UPGD y la RNL.
- Generar espacios de articulación de las entidades territoriales en el marco del plan de interrupción.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hoja informativa. [2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-chagas#2>
2. Organización Panamericana de la Salud. Control, interrupción de la transmisión y eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública. Guía de evaluación, verificación y validación. Washington, D.C.: OPS; 2019.
3. De Castro MF, Trajano IL de O, Linhares MA, Cuzcano CAS, de Ferreira RMP, Júnior DVM, Martins Fonseca RN, Castro Marques CP. Epidemiologia da Chagas aguda no Brasil de 2007 a 2018 / Epidemiología del Chagas agudo en Brasil de 2007 a 2018. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2 de septiembre de 2020 [consultado el 8 de abril de 2024];3(5):11448-60. ISSN 2595-6825. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-007> Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/16032>
4. Organización Panamericana de la Salud. ETMI PLUS. Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Control, interrupción de la transmisión y eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública. Organización Panamericana de la Salud; 2019. p. 76.
6. Reyes M, Torres Ángela, Esteban L, Flórez M, Angulo VM. Riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas por intrusión de triatominos y

mamíferos silvestres en Bucaramanga, Santander, Colombia. *biomédica* [Internet]. 24 de enero de 2017 [citado 11 de abril de 2024];37(1):68-7. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3051>

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para conmemoración del día mundial de la Enfermedad de Chagas, 2025p.



SITUACIÓN NACIONAL

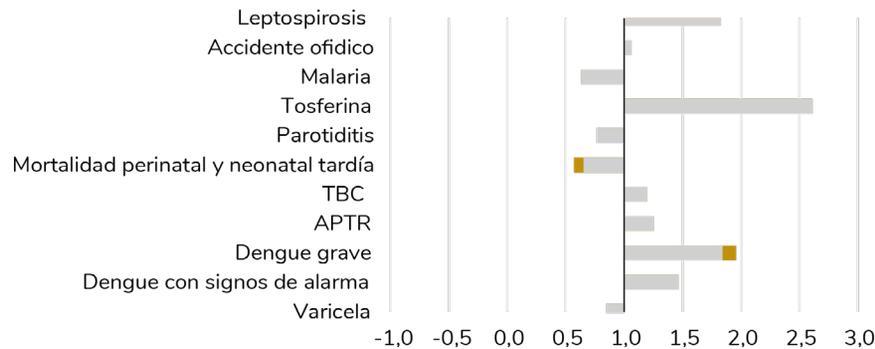
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 15 de 2025, se identificó que el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía se encontró por debajo de lo esperado mientras que el evento dengue grave se ubicó por encima de lo esperado. El resto de los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 15 de 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.

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 15 de 2025.

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	42 907	44 147	-0,15	0,88

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

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

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

En la semana epidemiológica 15 de 2025, los eventos de mortalidad por dengue y zika se encuentran por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea y chikungunya se encuentran por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro lo esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	10	4,2	0,01
Zika	5	2	0,04
Leishmaniasis cutánea	16	103	0,00
Chikungunya	0	3	0,05
Lepra	5	9	0,07
Leishmaniasis mucosa	0	2,6	0,07
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2,4	0,22

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y UPGD en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.
- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 15 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

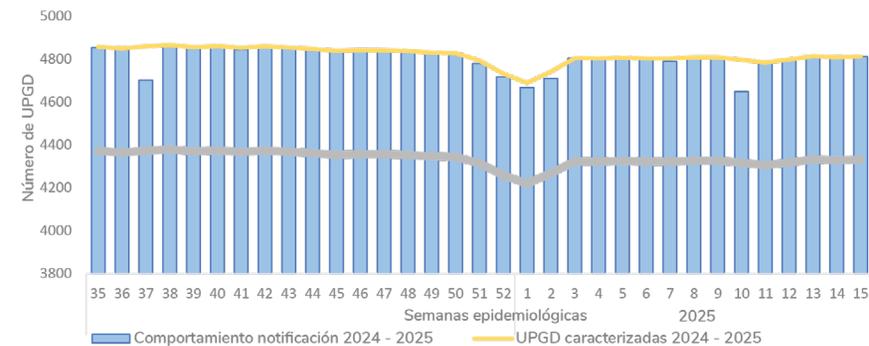
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 15 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 812/ 4 812); presentando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior e identificando un aumento del 0,6 % comparado con la semana epidemiológica 15 del 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). Por lo anterior, el incumplimiento en la notificación

de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 15 de 2025 no se presentó a nivel nacional.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2025



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos prioritizados

Metodología

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

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2018 y 2024; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba distribución de probabilidades 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.liss.gov.co/9135q>



MORTALIDAD

A semana epidemiológica (SE) 15 de 2025, se han notificado 209 muertes probables en menores de cinco años: 117 por infección respiratoria aguda (IRA), 58 por desnutrición (DNT) aguda y 34 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, tres casos de IRA, dos de DNT aguda y uno de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025 se han notificado 203 fallecimientos (114 por IRA, 56 por DNT aguda y 33 por EDA); de estos, 41 casos han sido confirmados, 15 han sido descartados y 147 casos se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 15 2024-2025

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 15 2025			Casos en estudio a SE 15 2025			Tasa a SE 15 2024			Tasa a SE 15 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	13	19	9	38	86	23	2,20	2,56	1,65	0,36	0,53	0,25
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	10,55	10,55	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0	0	0	0	15	0	2,36	2,60	1,18	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	1	0	1	0	0	3,65	3,65	0,00	0,00	3,72	0,00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	1,75	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla D.E.	0	1	1	0	2	0	0,00	1,14	0,00	0,00	1,17	1,17
Bogotá, D.C.	0	0	0	1	4	2	0,00	0,65	0,22	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	0	0	1	1	0	0,00	4,92	0,98	1,01	0,00	0,00
Boyacá	0	0	1	0	2	0	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	1,20
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	2	0	2,89	0,00	8,66	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	5	2	0,00	1,41	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	1	0	0	0	2	0	2,70	5,39	0,00	2,75	0,00	0,00
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	1	0	0	0,00	1,29	1,29	0,00	1,33	0,00
Casanare	0	0	0	0	1	0	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Cauca	0	0	0	3	2	1	0,00	1,78	0,00	0,00	0,00	0,00
Cesar	2	0	0	1	2	2	0,83	1,66	1,66	1,69	0,00	0,00
Chocó	6	8	4	4	6	2	26,13	27,87	50,52	10,51	14,01	7,01
Córdoba	0	0	0	4	1	1	4,66	1,33	0,67	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0	0	5	0	0,00	1,70	0,00	0,00	0,42	0,00
Guainía	0	1	0	0	0	0	0,00	14,16	28,32	0,00	14,02	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	1	0,00	10,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	1	0	0	1,01	2,02	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	0	0	11	8	7	10,95	6,39	5,48	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	0	0	4	3	1	6,01	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Meta	0	0	0	1	2	1	0,00	2,43	1,21	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	1	0	0	7	0	0,84	1,69	0,00	0,00	0,86	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	0	0	3,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	0	0	0	0,00	3,18	0,00	0,00	3,21	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	0	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	3	3	1	2	0	10,47	5,24	1,75	0,00	5,39	5,39
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	1	2	0	0,67	2,01	2,68	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	0	0	0	3	0	6,56	2,62	0,00	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	2	1	0,00	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	3	0	1,49	2,98	0,74	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	0	0	0	2	30,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	3	0	0	1	1	0	21,61	7,20	7,20	21,62	0,00	0,00

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

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 114 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 19 confirmadas, nueve descartadas y 86 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 15 fueron 93, para una tasa de mortalidad de 2,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 15 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Bogotá D.C., Santiago de Cali D.E., Cundinamarca, Nariño y Risaralda y, a nivel municipal, en 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 *Parainfluenza* tipo 3, *Rhinovirus* y *SARS-CoV2* (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 15, 2024–2025

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Adenovirus	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterobacter cloacae	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus	3	2	2	1	0	8	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae B	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Moraxella catarrhalis	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pseudomona aeruginosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	4	2	4	1	0	11	0	1	0	0	0	1
SARS-CoV2	4	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1
Staphylococcus aureus	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pneumoniae	0	2	0	2	1	5	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
Total	25	11	8	9	1	54	1	2	0	0	0	3

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 56 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, 13 fueron confirmadas, cinco descartadas y 38 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 15 fue de 80, para una tasa de mortalidad de 2,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 15 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Cauca, Chocó, La Guajira y Norte de Santander. Las

demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 15 se han notificado 33 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una fue confirmada por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli* y *Norovirus*), ocho confirmadas por clínica y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 15 fue de 60 para una tasa de mortalidad de 1,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 15 de 2018 a 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial Antioquia y, a nivel municipal, en Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.13610/INSPC20779>

En la semana epidemiológica 15 de 2025 se notificaron al Sivigila cinco casos, una muerte materna temprana, dos muertes maternas tardías y dos muertes maternas coincidentes; para un total acumulado de 47 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 43 residen en territorio colombiano y cuatro residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

De acuerdo con el análisis de los casos, para esta semana epidemiológica se ajusta a la entidad territorial de Nariño un caso de muerte materna temprana a muerte materna tardía.

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 15, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	83	46	18	147
2023	74	39	18	131
2024p	64	44	20	128
2025p	43	29	8	80

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 22 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Antioquia, Bogotá D.C., Cesar, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Cauca y Santa Marta D.E.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Nechí (Antioquia), Agustín Codazzi (Cesar), Belén de Bajirá (Chocó) y Acevedo (Huila) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 15 de 2025, el 62,8 % corresponden a causas directas y el 25,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 16,3 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2024 – 2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 15	Acumulado de casos a SE 15	
		2024	2025
Colombia	80	64	43
La Guajira	6	4	5
Antioquia	7	5	4
Bogotá D.C.	8	8	4
Cesar	3	6	4
Chocó	4	4	3
Cundinamarca	4	4	3
Barranquilla D.E.	2	2	2
Córdoba	4	4	2
Risaralda	2	0	2
Santander	1	1	2
Bolívar	4	3	1
Santiago de Cali D.E.	2	2	1
Caquetá	1	0	1
Casanare	1	1	1
Guainía	0	0	1
Huila	3	5	1
Meta	3	2	1
Nariño	4	2	1
Norte de Santander	3	4	1
Tolima	3	0	1
Valle del Cauca	2	1	1
Vichada	1	0	1
Atlántico	2	1	0
Boyacá	1	2	0
Caldas	1	1	0
Cauca	3	1	0
Santa Marta D.T.	3	1	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2023, datos preliminares 2024 – 2025. SE: semana epidemiológica

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 15	Valor observado SE 15
Colombia	80	43
Dibulla (La Guajira)	0	2
Nechí (Antioquia)	0	1
Agustín Codazzi (Cesar)	0	1
Belén de Bajirá (Chocó)	0	1
Acevedo (Huila)	0	1

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 15	Número de casos y proporción a SE 15 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	69	74	100	64	100	43	100
DIRECTA	47	51	68,9	42	65,6	27	62,8
Hemorragia obstétrica	11	8	10,8	14	21,9	7	16,3
Sepsis obstétrica	7	10	13,5	4	6,3	6	14,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	16	15	20,3	16	25,0	5	11,6
Evento tromboembólico como causa básica	6	8	10,8	3	4,7	4	9,3
Embarazo ectópico	4	5	6,8	2	3,1	2	4,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	2,7	1	1,6	2	4,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0	0,0	1	1,6	1	2,3
Embolia de líquido amniótico	1	2	2,7	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	0	0,0	1	1,6	0	0,0
INDIRECTA	22	23	31,1	21	32,8	11	25,6
Otras causas indirectas: neumonía	4	4	5,4	3	4,7	3	7,0
Otras causas indirectas	10	12	16,2	8	12,5	2	4,7
Otras causas indirectas: malaria	0	0	0,0	0	0,0	2	4,7
Sepsis no obstétrica	4	4	5,4	4	6,3	1	2,3
Otras causas indirectas: cáncer	3	3	4,1	3	4,7	1	2,3
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0	0,0	2	3,1	1	2,3
Otras causas indirectas: dengue	1	0	0,0	1	1,6	1	2,3
En estudio	1	0	0,0	1	1,6	5	11,6

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

D.T., Cauca, Norte de Santander, Atlántico, Huila, Tolima, Chocó, Sucre, Boyacá, Caldas, Risaralda, Buenaventura D.E., Caquetá, Casanare, Putumayo, Quindío, Santa Marta D.T. y Arauca. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Aguazul (Casanare), Timbiquí (Cauca), El Santuario (Antioquia), Altos del Rosario (Bolívar), Riosucio (Caldas), Melgar (Tolima), Buriticá (Antioquia), La Primavera (Vichada), Sácama (Casanare) y Villapinzón (Cundinamarca) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 46,5 %, seguido de las neonatales tempranas con 26,4 %, neonatales tardías con 17,5 % y fetales intraparto con 9,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfisia y causas relacionadas con un 26,7 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 14,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,3 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 15 de 2025 frente a 2023 y 2024 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a las entidades territoriales de notificación a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

A semana epidemiológica 15 de 2025 se han notificado 1 515 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 501 corresponden a residentes en Colombia y catorce residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (194), Antioquia (180), Cundinamarca (104), Santiago de Cali D.E. (67) y Nariño (59). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2020 a 2024, con corte a semana epidemiológica 15 de 2025 se presentó comportamiento inusual en Santiago de Cali D.E., Córdoba, La Guajira, Cartagena de Indias

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2024 y 2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 15	Acumulado de casos a SE 15	
		2024	2025
Colombia	2 334	1 752	1 501
Bogotá, D.C.	247	199	194
Antioquia	266	194	180
Cundinamarca	119	103	104
Santiago de Cali D.E.	88	73	67
Nariño	66	62	59
Córdoba	117	84	57
La Guajira	122	87	56
Cesar	83	51	55
Bolívar	66	35	50
Santander	72	45	47
Barranquilla D.E.	92	51	46
Cartagena de Indias D.T.	77	55	46
Cauca	81	57	45
Meta	51	40	44
Norte de Santander	70	56	40
Atlántico	75	60	37
Valle del Cauca	63	46	37
Huila	57	42	34
Magdalena	49	36	31
Tolima	46	33	29
Chocó	57	54	28
Sucre	60	47	28
Boyacá	43	41	27
Caldas	32	27	25
Risaralda	36	29	20
Buenaventura D.E.	26	17	18
Caquetá	25	15	14
Casanare	25	18	14
Putumayo	17	17	10
Quindío	20	18	10
Santa Marta D.T.	28	16	9
Vichada	11	11	9
Arauca	23	13	8
Amazonas	5	4	6
Guainía	6	3	5
Guaviare	4	1	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	5	5
Vaupés	5	7	2

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 15 2020 - 2024	Valor observado a SE 15 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	2 334	1 501	-
Aguazul (Casanare)	1	5	11
Timbiquí (Cauca)	2	5	6
El Santuario (Antioquia)	1	4	12
Altos del Rosario (Bolívar)	1	4	2
Riosucio (Caldas)	1	4	4
Melgar (Tolima)	1	4	2
Buriticá (Antioquia)	0	3	3
La Primavera (Vichada)	0	3	8
Sácama (Casanare)	0	2	1
Villapinzón (Cundinamarca)	0	2	3

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 15, 2023-2025

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 15, 2023 -2025					
	2023 a SE 15	(%)	2024 a SE 15	(%)	2025 a SE 15	(%)
Colombia	2 267	100,0	1 752	100,0	1 501	100,0
Asfisia y causas relacionadas	555	24,5	420	24,0	401	26,7
Prematuridad-inmadurez	415	18,3	266	15,2	220	14,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	345	15,2	260	14,8	185	12,3
Sin información	4	0,2	87	5,0	142	9,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	271	12,0	200	11,4	126	8,4
Malformación congénita	214	9,4	145	8,3	111	7,4
Infecciones	183	8,1	140	8,0	110	7,3
Otras causas de muerte	149	6,6	119	6,8	84	5,6
Causas no específicas	45	2,0	54	3,1	79	5,3
Trastornos cardiovasculares	55	2,4	49	2,8	29	1,9
Lesión de causa externa	24	1,1	7	0,4	9	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	7	0,3	5	0,3	5	0,3

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

Infección respiratoria aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 15 de 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

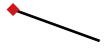
¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09. 18 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

A nivel nacional en el último periodo se observa una variación porcentual con tendencia a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa y urgencias; una tendencia de aumento en la notificación de hospitalización en sala general, hospitalización UCI en unidad de cuidado intensivo (UCI) y unidad de cuidado intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 12).



EVENTOS TRAZADORES

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a SE 15 de 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 08 a SE 11 2025	SE 12 a SE 15 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	633 746	632 495	-0,20%	
Hospitalización en sala general	23 229	28 000	10,98%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 814	2 952	4,90%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 15 de 2025 se notificaron 158 989 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, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T., Santander, y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D.E.. Las 25 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 (12 a 15 de 2025) en 37 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2025.

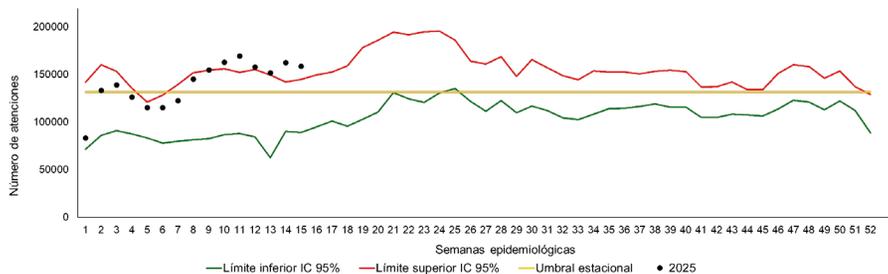
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Cundinamarca	Soacha	20 368	23 172	3 569	8 522
Antioquia	Itagüí	21 765	26 696	3 974	7 418
Atlántico	Soledad	24 501	24 990	5 712	7 100
Cundinamarca	Chía	16 326	17 298	3 267	5 473
La Guajira	Maicao	16 054	19 097	2 715	5 422
Antioquia	Bello	20 078	19 107	2 837	5 012
La Guajira	Uribia	16 156	14 386	1 673	4 212
Antioquia	Rionegro	8 240	11 365	1 656	3 139
Santander	Barrancabermeja D.E.	4 825	9 058	651	3 045
Bolívar	Magangué	4 204	6 145	748	2 848
Antioquia	Envigado	6 976	8 115	1 221	2 804
Risaralda	Dosquebradas	7 492	9 256	1 111	2 503
Cundinamarca	Girardot	4 932	6 774	1 223	2 447
Valle del Cauca	Palмира	7 452	9 415	1 404	2 349
Santander	Floridablanca	6 317	7 423	938	2 324
Córdoba	Sahagún	5 684	7 583	1 420	2 114
Cundinamarca	Zipaquirá	5 148	6 494	1 361	1 997
Boyacá	Duitama	7 006	6 459	1 494	1 754
Magdalena	Ciénaga	6 299	6 762	915	1 716
Cundinamarca	Facatativá	5 797	5 848	1 555	1 712
Boyacá	Sogamoso	3 915	5 154	938	1 661
Huila	Pitalito	2 934	4 180	306	1 558
Antioquia	Apartadó	4 680	4 848	836	1 526
Cundinamarca	Funza	3 391	5 111	804	1 483
Córdoba	Cereté	3 993	5 181	466	1 447
Córdoba	Lorica	3 673	4 543	865	1 399
Cesar	Aguachica	2 371	3 637	798	1 370
Cundinamarca	Madrid	5 808	4 339	810	1 367
Norte de Santander	Ocaña	4 543	4 740	286	1 316
Valle del Cauca	Cartago	5 237	5 221	317	1 291
Valle del Cauca	Yumbo	3 378	4 746	840	1 276
Casanare	Yopal	4 081	3 477	819	1 266
Valle del Cauca	Tuluá	4 248	4 522	440	1 231
Cauca	Santander De Quilichao	3 955	3 634	774	1 178
Antioquia	Turbo D.E.	3 570	4 136	700	1 132
Santander	Piedecuesta	1 386	2 499	223	832
Santander	Girón	1 674	2 278	197	827
Cundinamarca	Mosquera	2 138	1 674	496	692
Atlántico	Malambo	3 055	1 706	354	628
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 670	2 341	490	559
Valle del Cauca	Buenaventura D.E.	2 772	1 962	585	456
Cauca	Guapi	731	1 547	180	420
Nariño	La Florida	181	234	55	65

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 *Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (12 a 15 de 2025), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representaron el 24,3 % (153 703) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,6 % (130 253). 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 dos a cuatro años con el 14,7 % seguido de los niños de un año con el 14,5 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07, las atenciones se mantuvieron dentro de los límites esperados. No obstante, a partir de la semana 08 se observó una tendencia al alza, superando el umbral estacional; en semana 10 y 11 continua la tendencia al alza, ubicándose por encima del límite superior; en semana epidemiológica 12 y 13 se observa una discreta disminución situándose sobre el límite superior, seguido de un leve aumento en semana 14 y 15 ubicándose nuevamente por encima del límites superior (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 15 de 2025 se notificaron 7 001 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución Amazonas, Guainía, La Guajira y Vaupés e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada. En las 13 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

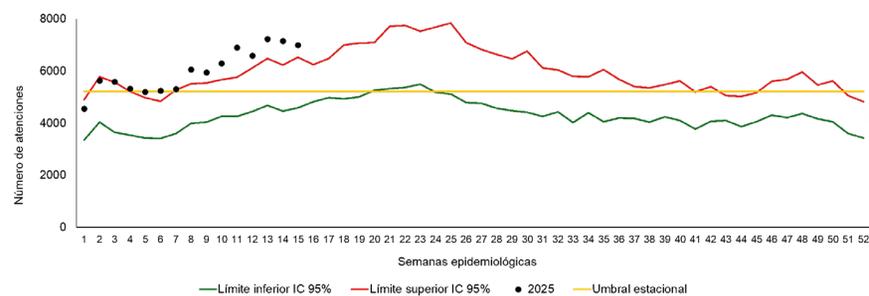
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (12 a 15 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 149) representaron el 25,5 %, seguido del grupo de 5 a 19 años con el 14,1 % (3 951). 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 27,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,1 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, desde semana 05 a 15 se han mantenido por encima del límite superior, alcanzando su pico máximo en la semana 13 (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2025

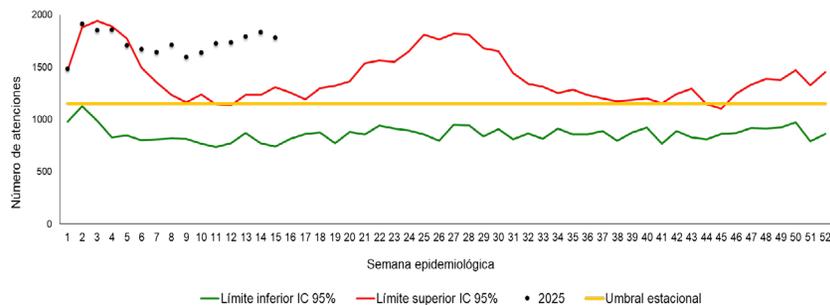


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 15 de 2025, se notificaron (1 783) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde semana epidemiológica 06 se observa una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico ubicándose por encima del límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 15 de 2025



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

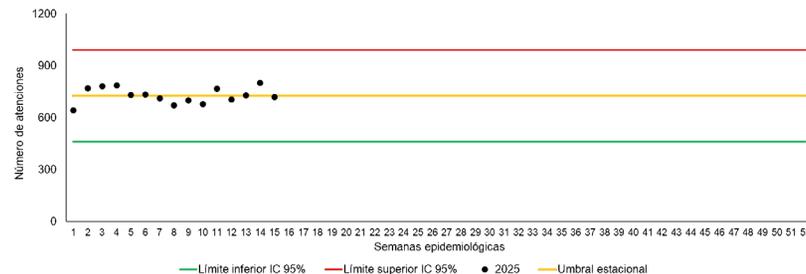
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 15 de 2025 se notificaron 719 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 11 entidades territoriales. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D.E., Bogotá D.C., Boyacá, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, Guainía, Guaviare, La Guajira, Nariño, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D.T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (12 a 15 de 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 35,8 % (1 057), seguido de los menores de un año con el 21,6 % (638) 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 con el 31,2 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 29,8 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional a semana epidemiológica 15 de 2025, se observa que se ubica dentro de los límites esperados (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2025

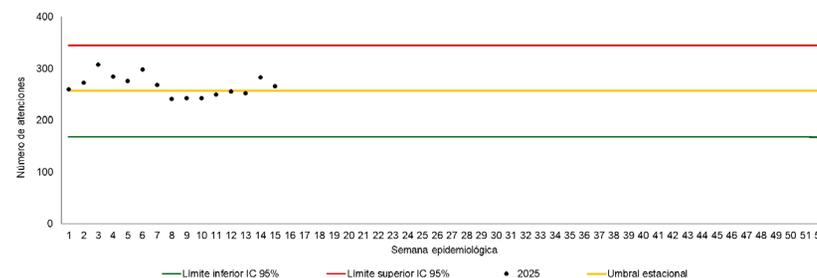


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiología 15 de 2025, se notificaron 266 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidencia para esta semana una tendencia a ubicarse por debajo del umbral estacional, sin embargo, en semana 15 se observa una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 15 de 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, mientras que las hospitalizaciones en sala general, UCI y UCIM presentaron una tendencia al aumento 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 en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior con una tendencia hacia la disminución con respecto a la semana anterior, sin embargo las hospitalizaciones en UCI y UCIM se ubican para esta semana dentro de los límites esperados.

En el contexto del incremento de las infecciones respiratorias agudas, correspondiente al primer pico respiratorio del año, 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 ascenso en la región América Central, Caribe y Brasil y Cono Sur, las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles altos de circulación en la región América Central y Andina. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en Andina y Brasil y Caribe, las otras regiones mantienen niveles bajos de circulación. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 14 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa una variación significativa al incremento para VSR y metapneumovirus, al decremento adenovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 08 a 15 de 2025

Agente viral identificado	SE 08 a SE 11			SE 012 a SE 15			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	45,4	50,4	31,6	47,8	52,0	35,1	
Rinovirus	12,9	13,9	12,5	13,6	10,9	7,7	
VSR	15,2	24,4	-	19,2	28,3	-	
Enterovirus	8,3	9,4	4,2	10,7	13,0	-	
Adenovirus	7,9	8,9	4,2	4,2	5,8	-	
Influenza B	6,6	1,7	-	5,1	1,4	-	
Influenza A	17,2	13,9	25,0	16,8	10,1	46,1	
Parainfluenza	7,0	8,3	4,2	4,7	5,1	7,7	
Metapneumovirus	7,6	8,9	20,8	12,2	13,0	-	
A(H1N1)pdm09	1,7	0,6	4,2	0,5	-	7,7	
SARS-CoV2	6,0	4,4	12,5	7,0	6,5	23,0	
A(H3N2)	6,0	3,3	4,2	4,2	3,6	-	
Coronavirus	3,6	2,2	8,3	1,8	2,2	7,7	

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

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](#)).

COVID-19

Metodología

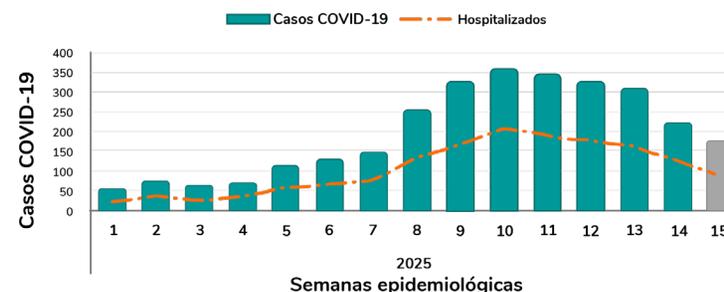
Se desarrolló un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 15 de 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 independiente de los criterios clínicos o epidemiológicos, requiera o no hospitalización.

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

En Colombia, con corte al 12 de abril de 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 2 987 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 12 a 15 de 2025), se ha observado una disminución significativa del 19,6 %, con 1 039 casos registrados en comparación con el periodo esperado (SE 08 a SE 11 de 2025), en el cual se reportaron 1 293 casos. En las hospitalizaciones también se ha presentado una disminución del 21,3 %, pasando de 704 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 554 casos en el periodo analizado (figura 9).

Figura 9. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2025



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

Entre el 06 y el 12 de abril de 2025 se confirmaron 266 casos en el territorio nacional; de estos el 66,1 % (176 casos) corresponde a la semana epidemiológica 15. El 58,6 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Cundinamarca, Antioquia, Santander y Santiago de Cali D.E. (tabla 15).

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

Entidad Territorial	SE 11	SE 12	SE 13	SE 14	SE 15	Total
Bogotá D.C.	7	2	3	11	73	96
Cundinamarca	4	4	2	0	11	21
Antioquia	0	0	0	4	12	16
Santander	0	0	1	2	11	14
Santiago de Cali D.E.	0	0	2	1	6	9
Sucre	0	0	0	2	7	9
Córdoba	0	0	1	1	7	9
Atlántico	0	2	0	5	2	9
Cauca	0	0	0	2	6	8
Boyacá	0	0	0	0	8	8
Quindío	2	0	1	2	2	7
Putumayo	0	0	0	1	5	6
Arauca	0	1	0	2	2	5
Bolívar	0	0	0	2	3	5
Tolima	0	0	1	1	3	5
Guajira	2	0	0	1	1	4
Risaralda	0	1	0	1	2	4
Caldas	0	0	0	1	3	4
Barranquilla D.E.	0	0	0	2	2	4
Santa Marta D.T.	3	0	0	1	0	4
Valle del Cauca	0	0	0	0	4	4
Cartagena de Indias D.T.	0	0	2	1	0	3
Nariño	0	0	0	0	2	2
Norte Santander	0	0	1	1	0	2
Magdalena	0	0	0	1	1	2
Huila	0	0	0	0	2	2
Meta	1	0	0	0	1	2
Caquetá	0	0	0	1	0	1
Cesar	0	0	1	0	0	1
Total	29	10	15	46	176	266

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

En el periodo epidemiológico actual, se registró una incidencia de 1,95 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, con afectación en 35 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 303 municipios. En comparación con el periodo anterior, este indicador muestra un aumento significativo en Bolívar, Boyacá, Caldas, Santander, Sucre y Arauca y en municipios en Magangué (Bolívar), Tunja y Paipa (Boyacá), Manizales y La

Dorada (Caldas), Timbío (Cauca), Bucaramanga y Floridablanca (Santander) y en Mocoa (Putumayo).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 40 fallecimientos relacionados con COVID-19. En el periodo observado, las muertes ocurrieron en Bogotá D.C. (seis casos), Cauca (dos casos) y en La Guajira, Meta, Santander, Sucre y Valle del Cauca con un caso para un total de 13 casos. El 82,5 % (33 casos) corresponden a personas mayores de 60 años.

Tabla 16. Fallecimientos por COVID-19 a semana epidemiológica 15 de 2025

Departamento	Fallecidos	Fallecidos PE anterior	Fallecidos PE actual	Comportamiento
Colombia	40	16	13	Sin cambios
Antioquia	4	3	0	Sin cambios
Bogotá, D.C.	10	3	6	Aumento
Cauca	5	2	2	Sin cambios
Cundinamarca	1	0	0	Sin cambios
La Guajira	2	0	1	Sin cambios
Meta	2	1	1	Sin cambios
Nariño	1	0	0	Sin cambios
Norte de Santander	1	0	0	Sin cambios
Quindío	2	2	0	Sin cambios
Santander	4	3	1	Sin cambios
Sucre	1	0	1	Sin cambios
Tolima	1	0	0	Sin cambios
Valle del Cauca	2	1	1	Sin cambios
Santiago de Cali D.E.	3	1	0	Sin cambios
Arauca	1	0	0	Sin cambios

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 15 de 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 15 de 2025 se notificaron 3 758 casos de dengue: 2 780 casos de esta semana y 978 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 55 752 casos, 34 689 (62,2 %) sin signos de alarma, 20 515 (36,8 %) con signos de alarma y 548 (1,0 %) de dengue grave.

El 56,4 % (31 420) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias D.T., Santander, Meta, Antioquia, Córdoba, Norte de Santander, Tolima, Valle del Cauca y Cundinamarca (tabla 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 11 a 14, 2025) el 50,4 % (6 853) de los casos se concentran en Meta, Santander, Antioquia, Norte de Santander, Tolima, Putumayo y Córdoba.

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025

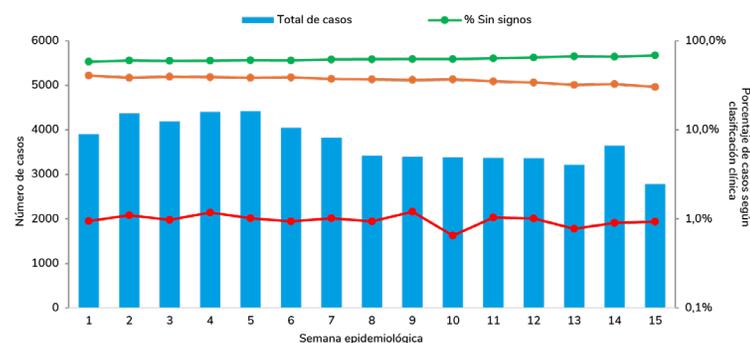
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 07-10 de 2025)	Observado (SE 11-14 de 2025)
Cartagena de Indias D.T.	4 193	23,6	1,2	1 040	427
Santander	4 026	32,2	0,7	1 015	1 172
Meta	3 818	40,1	1,0	1 094	1 206
Antioquia	3 806	33,7	0,8	850	1 047
Córdoba	3 463	41,3	0,3	819	704
Norte de Santander	3 372	39,2	1,3	1 025	1 031
Tolima	3 217	34,9	1,4	703	919
Valle del Cauca	2 778	25,0	0,4	783	686
Cundinamarca	2 747	37,9	0,7	637	601
Huila	2 330	35,1	2,2	646	663
Putumayo	2 243	26,7	0,5	541	774
Barranquilla D.E.	2 037	36,6	1,2	347	179
Atlántico	1 977	49,3	1,3	446	220
Santiago de Cali D.E.	1 947	34,9	0,7	603	327
Sucre	1 659	60,2	0,8	426	292
La Guajira	1 519	61,0	1,5	338	270
Bolívar	1 465	42,0	1,0	398	302
Caquetá	1 426	39,9	1,7	374	469
Arauca	1 004	35,3	1,3	292	293
Cesar	963	56,8	2,2	223	210
Cauca	753	37,1	0,8	235	147
Risaralda	700	37,6	1,0	164	153
Guaviare	650	17,2	0,0	85	406
Quindío	575	27,7	0,3	135	104
Casanare	462	32,5	0,0	119	206
Nariño	445	31,5	1,1	104	148
Boyacá	383	41,0	0,5	94	119
Magdalena	339	59,3	1,5	90	101
Chocó	306	18,6	1,0	97	62
Caldas	240	42,5	0,0	67	64
Vichada	206	42,2	0,0	55	60
Santa Marta D.T.	203	55,7	1,0	52	52
Amazonas	137	29,9	0,7	39	46
Exterior	103	44,7	4,9	29	25
Vaupés	97	10,3	1,0	13	72
Buenaventura D.E.	85	37,6	2,4	31	24
Archipiélago de San Andrés y Providencia	52	44,2	0,0	9	13
Guainía	26	42,3	3,8	11	6
Colombia	55 752	36,8	1,0	14 029	13 600

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 11 a 14, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 07 a 10, 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Tolima, Putumayo, Guaviare, Casanare, Nariño y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en el Atlántico, Barranquilla D.E., Cartagena de Indias D.T., Santiago de Cali D.E., Sucre, Cauca, Chocó y Guainía; 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 38,0 % a nivel nacional (figura 10); 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 11 a 14, 2025) fueron: Cesar, La Guajira, Santa Marta D.T. y Sucre.

Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15, 2025

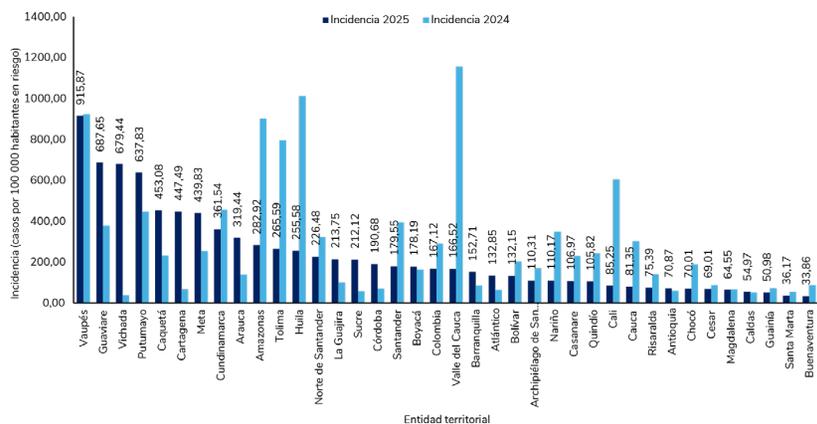


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A la semana epidemiológica 15 de 2025, la incidencia nacional de dengue es de 167,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2024 la incidencia fue de 289,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vaupés, Guaviare, Vichada, Putumayo, Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Meta, Cundinamarca y Arauca presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 15 de 2025 registrando tasas superiores a 300 casos por 100 000 habitantes (figura 11). Por

grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 327,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2024 y 2025



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

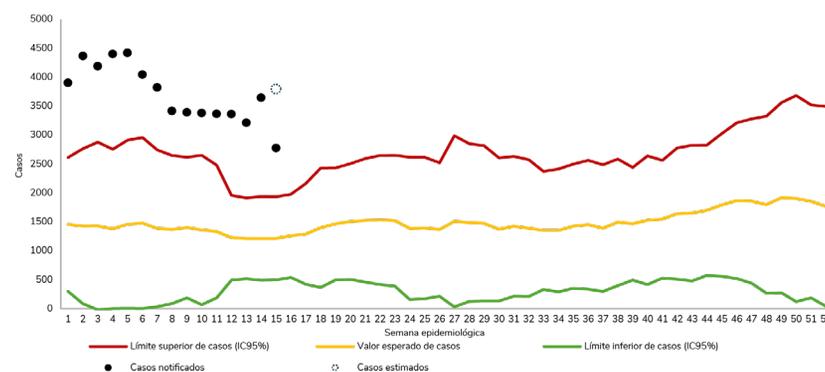
En la semana epidemiológica 15 de 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de -3,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 11 a 14, 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 07 a 10, 2025) (figura 12).

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 11,1 % (3) se encuentra dentro de lo esperado, el 18,9 % (7) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico, de este último grupo las entidades territoriales de Meta y Putumayo se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico, por lo que se espera un incremento de casos para el mes de abril (tabla 18). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 “Instrucciones para la

organización y respuesta para el control del dengue en Colombia”.

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 15 de 2025 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 31,4 % (259) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 64,9 % (37/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2025



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2025

Situación epidemiológica a SE 15, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Meta, Putumayo	Boyacá, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Vaupés, Vichada	Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D.E., Bolívar, Cartagena de Indias D.T., Córdoba, La Guajira, Sucre, Tolima, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Alerta	Caldas	Buenaventura D.E., Casanare, Valle del Cauca	Cesar, Magdalena, Santa Marta D.T.
Dentro de lo esperado	-	Amazonas, Santiago de Cali D.E., Guainía	-

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

Tabla 19. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2025

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Observado (SE 07-10, 2025)	Esperado (SE 11-14, 2025)
Antioquia	Medellín D.E.	29,3	765	159	166
	Apartadó	145,0	191	55	54
	Bello	11,7	65	16	14
	Envigado	36,8	89	20	16
	Itagüí	10,2	28	8	8
Atlántico	Turbo D.E.	95,3	128	37	37
	Barranquilla D.E.	155,3	2 037	347	179
	Malambo	144,7	208	57	29
	Soledad	184,4	1 262	256	131
Bolívar	Cartagena de Indias D.T.	397,4	4 193	1 040	427
	Magangué	149,6	215	65	58
	Turbaco	188,2	219	70	33
Cauca	Popayán	24,0	65	22	12
	Santander de Quilichao	122,8	141	43	25
Córdoba	Aguachica	228,6	281	64	66
	Montería	317,0	1 626	341	367
	Cereté	105,4	116	37	24
Cundinamarca	Sahagún	157,3	176	44	31
	Fusagasugá	295,8	489	114	101
	Girardot	664,2	782	180	158
Huila	Pitalito	394,7	516	177	150
	Riohacha	219,6	460	127	115
La Guajira	Maicao	208,2	400	71	57
	Villavicencio	306,9	1 565	444	495
Meta	Cúcuta	268,7	2 051	642	652
	Ocaña	127,3	151	37	41
	Villa del Rosario	396,0	436	124	127
Quindío	Armenia	93,7	293	63	61
	Pereira	73,3	356	82	82
Risaralda	Dosquebradas	88,7	193	39	45
	Bucaramanga	193,4	1 197	274	379
Santander	Barrancabermeja D.E.	119,7	257	81	60
	Floridablanca	225,0	706	167	203
	Girón	212,9	373	100	99
	Piedecuesta	126,0	235	70	65
Tolima	Ibagué	195,6	1 064	194	359
Valle del Cauca	Jamundí	387,5	656	171	153

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

A semana epidemiológica 15 de 2025 se han notificado 136 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 30 casos, se descartó 38 casos y se encuentran en estudio 68 casos; de las muertes confirmadas, dos casos

proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, un caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024 se confirmaron 83 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 15, 2024-2025

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 15 2025	Letalidad por dengue a SE 15, 2024
	Confirmados	En estudio		
Vichada	1	0	0,49	0,00
Risaralda	2	2	0,29	0,08
Santiago de Cali D.E.	2	0	0,10	0,04
Arauca	1	0	0,10	0,00
Barranquilla D.E.	2	0	0,10	0,00
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0,10	0,00
Córdoba	3	0	0,09	0,00
Huila	2	0	0,09	0,02
Meta	3	3	0,08	0,14
Bolívar	1	3	0,07	0,14
Sucre	1	4	0,06	0,00
Antioquia	2	8	0,05	0,18
Atlántico	1	2	0,05	0,10
Tolima	1	10	0,03	0,08
Norte de Santander	1	0	0,03	0,12
Santander	1	3	0,02	0,12
La Guajira	0	7	0,00	0,00
Cauca	0	5	0,00	0,03
Caquetá	0	4	0,00	0,00
Putumayo	0	4	0,00	0,33
Cundinamarca	0	3	0,00	0,07
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,06
Buenaventura D.E.	0	2	0,00	0,71
Cesar	0	1	0,00	0,25
Chocó	0	1	0,00	0,13
Guaviare	0	1	0,00	1,83
Quindío	0	1	0,00	0,15
Exterior	2	1	1,94	0,00
Colombia	28	67	0,05	0,08

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 15 de 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ($> 37,5^{\circ} C$) 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

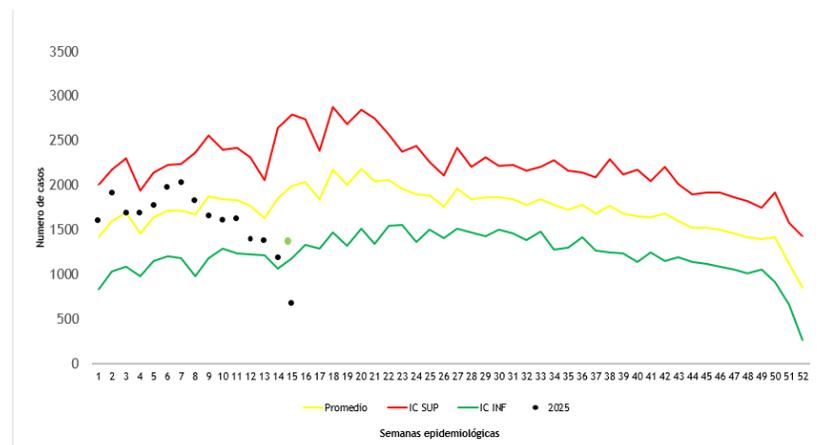
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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 alerta por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 13).

Figura 13. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 15, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 15 de 2025 se notificaron 1 607 casos de malaria, para un acumulado de 24 270 casos, de los cuales 23 855 son de malaria no complicada y 415 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,3 % (16 097), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,5 % (7 897) e infección mixta con 1,1 % (276). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,1 %), Antioquia (14,7 %), Nariño (13,4 %), Córdoba (9,5 %), Vaupés (6,9 %), Risaralda (4,0 %), Cauca (3,7 %), Guainía (2,6 %), Amazonas (2,5 %), Bolívar (2,3 %), Vichada (2,2 %), Buenaventura D.E. (2,2 %) y Boyacá (1,7 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 75,3 % 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 15 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 08 a 11	Casos 2025 SE 12 a 15	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	1 487	307	389	61,21
Córdoba	Tierralta	1 341	147	418	13,44
Chocó	Quibdó	1 260	183	397	8,71
Risaralda	Pueblo Rico	873	123	274	52,00
Nariño	Roberto Payán	736	170	218	55,22
Antioquia	El Bagre	733	176	175	13,02
Nariño	Magüí	593	102	230	2,22
Guainía	Inírida	590	126	164	15,56
Buenaventura	Buenaventura D.E.	529	94	144	1,63
Chocó	Bajo Baudó	524	118	161	15,44
Chocó	Tadó	508	112	158	8,67
Chocó	Lloró	504	115	136	47,50
Nariño	El Charco	487	179	168	20,95
Córdoba	Puerto Libertador	479	95	131	10,55
Vichada	Cumaribo	468	76	120	5,38
Nariño	Barbacoas	448	74	95	7,64
Cauca	Timbiquí	419	75	150	14,91
Chocó	El Cantón del San Pablo	408	153	138	59,08
Boyacá	Cubará	403	69	127	47,31
Chocó	Medio San Juan	399	115	141	33,92
Amazonas	Tarapacá (CD)	384	56	86	87,77
Antioquia	Nechí	380	112	75	13,62
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E.	373	15	111	1,40
Cauca	Guapi	352	113	89	11,92
Chocó	Bagadó	350	56	96	29,55
Chocó	Carmen del Darién	336	39	102	15,17
Chocó	Alto Baudó	334	27	87	10,68
Bolívar	Montecristo	320	63	89	17,42
Chocó	Istmina	306	59	97	9,05
Antioquia	Chigorodó	286	73	104	4,60
Nariño	Olaya Herrera	270	60	80	10,20
Antioquia	Turbo D.E.	264	99	70	1,96
Chocó	Río Quito	253	57	56	27,63
Antioquia	Mutatá	250	55	91	16,63
Chocó	Medio Atrato	220	50	73	3,48

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 80,2 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que, 15 municipios aportan el 50,4 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Inírida, El Bagre, Puerto Libertador, Cubará, Cumaribo, Tarapacá, Carmen del Darién, Chigorodó y Lloró e incremento en el municipio de Bagadó (tabla 22). Mientras que, 15 municipios aportan el 62,6 % de los casos por *P. falciparum*, de estos se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Roberto Payán, Timbiquí, Magüí, Barbacoas, Buenaventura D.E., Guapi, Tadó, Tierralta, Medio San Juan, Lloró, El Cantón del San Pablo y San Andrés de Tumaco D.E. y en incremento El Charco 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 15 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 08 a 11 de 2025	Casos SE 12 a 15 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	376	296	-21%	8,9%
Córdoba	Tierralta	282	92	-67%	7,0%
Risaralda	Pueblo Rico	199	127	-36%	4,7%
Chocó	Quibdó	194	77	-60%	4,2%
Guainía	Inírida	157	123	-22%	3,7%
Antioquia	El Bagre	146	102	-30%	3,5%
Córdoba	Puerto Libertador	125	71	-43%	2,8%
Boyacá	Cubará	145	106	-27%	2,6%
Vichada	Cumaribo	93	63	-32%	2,1%
Amazonas	Tarapacá (CD)	88	29	-67%	2,1%
Chocó	Carmen del Darién	77	36	-53%	2,0%
Bolívar	Montecristo	64	62	-3%	1,8%
Antioquia	Chigorodó	92	59	-36%	1,7%
Chocó	Bagadó	71	86	21%	1,7%
Chocó	Lloró	84	60	-29%	1,7%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 08 a 11 de 2025	Casos SE 12 a 15 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	167	56	-66%	7,3%
Nariño	Roberto Payán	115	100	-13%	6,7%
Nariño	El Charco	161	140	-13%	5,8%
Nariño	Magüi	130	84	-35%	5,4%
Cauca	Timbiquí	151	62	-59%	5,3%
Nariño	Barbacoas	114	50	-56%	4,5%
Cauca	Guapi	123	43	-65%	4,2%
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	98	66	-33%	3,9%
Chocó	Tadó	84	48	-43%	3,5%
Chocó	Bajo Baudó	89	54	-39%	3,4%
Córdoba	Tierralta	116	23	-80%	3,0%
Chocó	Lloró	59	32	-46%	2,5%
Chocó	Medio San Juan	83	29	-65%	2,5%
Nariño	San Andrés de Tumaco D.E	50	20	-60%	2,3%
Chocó	El Cantón del San Pablo	71	41	-42%	2,3%

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

Entidades territoriales Situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 15 de 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; ocho departamentos y veinte municipios se encuentran en situación de brote (tabla 24) y seis departamentos y catorce 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 15 de 2025

Municipios en situación de brote SE 01 a 15 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 15 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 12 A 15	Observado SE 12 A 15 de 2025
Vaupés	Mitú	4	1 519	261	324
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	410	56	126
Boyacá	Cubará	4	407	6	108
Antioquia	Nechí	5	380	32	107
Bolívar	Montecristo	5	328	52	69
Antioquia	Chigorodó	5	290	62	65
Antioquia	Mutató	5	255	54	65
Arauca	Saravena	4	192	1	27
Antioquia	Tarazá	4	159	13	64
Caquetá	Florencia	4	156	3	36
Antioquia	Caucasia	4	118	16	31
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	105	1	13
Amazonas	Leticia	4	103	19	35
Cauca	López Micay	4	101	11	16
Chocó	Acandí	4	65	13	17
Meta	Puerto Gaitán	4	62	15	30
Meta	Puerto López	4	56	1	15
Córdoba	Tuchín	4	36	4	8
Meta	Villavicencio	4	24	1	9
Risaralda	Pereira	4	16	0	10

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

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, entre las semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 15 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 15 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 12 A 15	Observado SE 12 A 15 de 2025
Buenaventura D.E.	Buenaventura D.E.	5	545	151	117
Nariño	El Charco	5	489	87	151
Cauca	Timbiquí	5	420	59	62
Antioquia	Turbo D.E.	5	268	57	75
Chocó	Condoto	4	71	19	19
Chocó	Sipí	4	44	7	16
Chocó	Juradó	4	40	31	16
Risaralda	La Virginia	4	35	2	7
Meta	Puerto Concordia	4	24	5	9
Arauca	Fortul	4	11	0	3
Antioquia	Amalfi	4	6	0	2
Caquetá	El Paujil	4	6	0	2
Arauca	Tame	4	5	1	3
Córdoba	Sahagún	4	2	1	2

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

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 15 de 2025, se han notificado 6 845 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 6 787 corresponden a residentes en Colombia y 58 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (16 de 2024 a 15 de 2025) es de 0,65 casos por 100

menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 193 municipios a nivel nacional (17,2 %) y de disminución en 11 municipios (1,0 %) (tabla 26).

El 79,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 20,1 % como desnutrición aguda severa; el 6,4 % 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 un año (27,2 %) y de un año (29,3 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,8 %.

Para la semana epidemiológica 15 de 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Amazonas, Antioquia, Caquetá, Cesar, Magdalena, Quindío, Santa Marta D.T., Sucre, Valle del Cauca y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 13 municipios (tabla 27).

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>

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 15, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 15 de 2024	Casos a SE 15 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	7 366	6 787	0,65	17,2	1,0
La Guajira	768	498	2,34	13,3	0,0
Vichada	96	54	1,98	0,0	25,0
Chocó	380	322	1,76	25,8	0,0
Arauca	121	71	1,13	0,0	14,3
Guaviare	36	32	1,00	0,0	0,0
Magdalena	182	222	0,91	31,0	0,0
Risaralda	121	151	0,83	21,4	0,0
Guainía	15	17	0,81	11,1	11,1
Amazonas	17	21	0,79	18,2	0,0
Cesar	255	295	0,79	20,0	0,0
Vaupés	17	9	0,77	16,7	16,7
Antioquia	781	1 055	0,73	32,8	0,0
Casanare	106	74	0,71	0,0	5,3
Nariño	289	216	0,70	15,6	1,6
Bolívar	164	168	0,66	26,7	0,0
Buenaventura D.E.	71	67	0,65	0,0	0,0
Bogotá D.C.	1 077	938	0,64	0,0	0,0
Putumayo	55	63	0,63	7,7	0,0
Boyacá	159	166	0,62	14,6	0,0
Cartagena de Indias D.T.	124	147	0,61	0,0	0,0
Meta	154	127	0,61	13,8	0,0
Cundinamarca	461	362	0,56	9,5	0,9
Tolima	174	108	0,56	10,6	0,0
Norte Santander	202	225	0,55	20,0	2,5
Huila	183	156	0,55	10,8	0,0
Sucre	72	119	0,47	30,8	0,0
Caquetá	71	45	0,47	12,5	6,3
Valle del Cauca	167	194	0,46	30,0	0,0
Santa Marta D.T.	27	57	0,43	100,0	0,0
Santiago de Cali D.E.	182	198	0,42	0,0	0,0
Santander	205	178	0,42	16,1	1,1
Córdoba	218	148	0,38	6,7	3,3
Caldas	92	47	0,38	11,1	0,0
Atlántico	126	66	0,36	0,0	0,0
Barranquilla D.E.	56	60	0,30	0,0	0,0
Cauca	106	87	0,28	14,3	0,0
Quindío	32	22	0,26	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y providencia	4	2	0,20	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 16 de 2024 a SE 15 de 2025

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D.E.	212	433
Chocó	Quibdó	25	58
Antioquia	Turbo D.E.	12	48
Santander	Barrancabermeja D.E.	18	45
Cundinamarca	Facatativá	20	30
Sucre	Sincelejo	13	26
Santander	Girón	14	25
Antioquia	Itagüí	12	23
Valle del Cauca	Jamundí	11	22
Cesar	Aguachica	11	19
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	6	12
Norte de Santander	Villa del Rosario	21	9
Santander	Floridablanca	11	4

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



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, 15 abril 2025.

Situación con ocurrencia en el área rural de los municipios de Cunday, Prado, Villarrica, Purificación, Dolores, Ataco, Palocabildo y Chaparral de Tolima. Este brote inició en octubre de 2024, hasta la fecha se han confirmado 59 casos de fiebre amarilla (58 por laboratorio y uno por nexa epidemiológico); el último caso confirmado el 15 de abril del 2025, un masculino de 32 años. Se han registrado 23 fallecidos para una letalidad preliminar del 39 %. Los casos se concentran en veredas de áreas rurales dispersas, por lo que se considera un foco de origen selvático, donde no se han confirmado casos procedentes de zona urbana. Además, entre el 14 de febrero y el 15 de abril de 2025, se han confirmado 12 casos en primates no humanos que proceden de los municipios de Purificación (1), Cunday (1), Ataco (3), Chaparral (4) y Planadas (3). Situación bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional y se continúan desplegando equipos de respuesta inmediata (ERI) del INS.

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

Actualización casos confirmados por laboratorio de infección por virus Oropouche (OROV) en el departamento de Vaupés, 15 de abril de 2025

El 12 de abril de 2025 se confirmó por vigilancia por laboratorio un caso nuevo de OROV en el país procedente del departamento de Vaupés. De los quince casos, nueve son femeninas y seis masculinos, edades entre 5 y 65 años. Nueve de los casos pertenecen a comunidades indígenas con fecha de inicio de síntomas entre el 15 de febrero de 2025 y 28 de marzo de 2025. Todos los casos se encuentran vivos, sin complicaciones y con pruebas para dengue negativas, sólo el último caso presentó coinfección con malaria por *P. vivax*. Se ha brindado asistencia técnica permanente al equipo de vigilancia del departamento de Vaupés por el referente nacional del INS para OROV. Está pendiente ampliación de la información clínica y de seguimiento de los casos, así como de las acciones de prevención, vigilancia y control implementadas.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Vaupés, Sistema de Alerta Temprana – INS

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 15 de 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Brote mundial de mpox. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 11 de abril de 2025.

En los últimos 12 meses, la mayoría de los casos de mpox a nivel mundial se han notificado en la Región Africana de la OMS, con un pico de alrededor de 3 mil casos nuevos al mes en los últimos meses. Aunque la mayoría de los casos son notificados a la OMS por países africanos, la distribución geográfica de los casos en febrero de 2025 muestra que la mpox persiste en todas las regiones de la OMS.

Desde su primera detección en septiembre de 2023, se siguen reportando casos del virus de mpox (MPXV) clado Ib en la Región Africana, donde 10 países presentan transmisión comunitaria de esta cepa (República Democrática del Congo, Uganda, Burundí, Ruanda, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Sudan del Sur y Suráfrica), así como en países fuera de África entre viajeros que regresan de países afectados. Los países fuera de África con casos confirmados de mpox del clado Ib son el Reino Unido, Alemania, China, Bélgica, Tailandia, Estados Unidos, Qatar, Francia, Canadá, India, Omán, Pakistán, Suecia, Emiratos Árabes Unidos, Brasil y Suiza.

Actualmente, Uganda reporta el mayor número de casos confirmados de MPXV a nivel mundial, con entre 200 y 300 nuevos casos reportados por semana. Hasta el momento, el país solo ha detectado el MPXV clado Ib.

Dada la alta susceptibilidad de la población a nivel mundial, dondequiera que los brotes de mpox no se contengan rápidamente y no se limite la transmisión entre personas, siguen representando un riesgo potencial de transmisión sostenida

en la comunidad y una amenaza continua para la salud, especialmente para las personas más vulnerables.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Mpox - Multi-country external situation report no. 50. Fecha de publicación: 11 de abril de 2025. Fecha de consulta: 15 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--50---11-april-2025>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 15 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 15

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue Grave			Dengue con signos de alarma			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
	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	14	0	3	149	25	32	1	0	1	41	26	7	0	0	0	1	0	0	634	87	101
Antioquia	129	11	13	6.131	1.274	1.582	29	3	8	1.282	90	318	300	39	50	27	7	8	3.571	952	858
Arauca	16	1	3	247	54	64	13	0	3	354	17	87	1	0	0	15	3	6	232	2	38
Atlántico	13	2	1	1.327	267	346	25	2	2	974	47	103	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	3	0	0	1.425	234	411	24	2	2	746	45	45	5	1	1	3	2	0	0	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	7.373	1.662	1.990	0	0	0	0	0	0	35	8	6	5	1	0	0	0	0
Bolívar	44	3	5	1.003	211	253	15	3	4	615	61	127	1	0	0	1	0	0	565	96	110
Boyacá	14	2	1	2.125	451	519	2	0	1	157	16	49	2	1	1	0	0	0	407	0	108
Buenaventura D.E.	6	1	1	44	11	9	2	0	1	32	9	9	0	0	0	0	0	0	545	144	117
Caldas	10	2	2	1.213	273	298	0	0	0	102	10	22	3	1	1	15	5	3	9	2	4
Santiago de Cali D.E.	1	0	0	1.572	396	373	14	5	1	679	271	108	43	19	3	21	8	0	0	0	0
Caquetá	40	2	6	336	86	87	24	3	9	569	79	165	1	0	0	2	0	1	195	6	41
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0	610	129	144	50	2	5	988	32	97	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	21	0	3	523	113	131	0	2	0	150	106	60	2	0	0	0	0	0	4	1	1
Cauca	14	1	0	1.628	420	426	6	1	1	279	31	54	13	1	1	4	2	0	894	317	133
Cesar	37	2	3	970	185	279	21	4	1	547	119	109	3	0	0	3	1	0	7	2	3
Chocó	41	3	4	84	12	20	3	1	2	57	11	14	1	0	1	2	0	0	6.761	2.582	1.244
Córdoba	36	10	2	1.540	368	412	10	2	1	1.430	67	241	2	1	0	1	0	0	2.294	848	267
Cundinamarca	13	1	1	4.428	956	1.168	18	2	6	1.041	108	212	6	2	2	4	1	1	0	0	0
Guainía	4	0	1	55	9	18	1	0	1	11	4	0	0	0	0	0	0	0	634	293	135
Guaviare	25	1	2	127	24	33	0	0	0	112	9	61	0	0	0	1	0	0	370	128	63
Huila	30	2	3	2.050	409	548	51	11	9	818	190	226	4	1	2	2	1	0	0	0	0
La Guajira	20	1	3	684	154	209	23	2	6	926	73	157	1	1	0	4	1	1	21	3	2
Magdalena	18	2	3	842	193	203	5	1	1	201	40	50	0	0	0	1	1	0	2	1	0
Meta	46	4	6	1.388	267	332	37	4	16	1.530	226	471	21	1	1	1	0	0	250	50	84
Nariño	17	2	4	2.253	495	571	5	1	1	140	16	31	2	1	0	9	2	3	3.261	1.142	703
Norte de Santander	57	9	5	1.965	379	503	43	3	14	1.321	136	396	13	9	4	0	0	0	182	170	31
Putumayo	37	3	3	571	111	143	11	1	2	598	64	213	0	0	0	1	1	0	21	4	4
Quindío	5	0	0	930	199	222	2	0	1	159	8	24	15	1	4	3	0	1	0	3	0
Risaralda	8	1	0	1.300	289	318	7	0	2	263	12	63	4	2	0	0	0	0	973	295	165
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	156	23	49	0	0	0	23	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	4	0	1	702	118	183	2	1	0	113	16	28	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Santander	33	4	4	2.475	485	642	27	3	4	1.298	155	366	55	2	8	4	1	2	6	1	2
Sucre	15	2	1	922	200	245	13	3	3	999	89	180	2	0	0	2	0	1	36	4	8
Tolima	29	2	3	2.147	447	585	46	4	16	1.123	243	253	1	1	0	7	3	0	0	0	0
Valle del Cauca	12	1	1	2.721	564	695	12	4	2	694	275	160	11	2	2	20	5	2	48	3	5
Vaupés	10	1	2	60	10	18	1	0	0	10	3	5	5	0	3	0	0	0	1.688	198	348
Vichada	5	1	0	79	18	22	0	0	0	87	3	25	0	0	0	0	0	0	535	150	93
Total nacional	832	77	90	54.155	11.521	14.083	543	70	126	20.469	2.710	4.542	553	95	90	162	40	29	24.147	7.533	4.668

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 15

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	1	0	1	1.538	659	421	25	12	6	0	0	0	1.628	433	514	6	5	6	0	0	0
Antioquia	83	30	42	296.897	73.628	80.559	13.885	2.673	4.017	1.828	849	964	112.625	35.750	26.539	180	266	180	2	4	0
Arauca	5	1	4	7.986	2.187	2.829	1.042	111	311	13	5	6	2.510	649	678	8	23	8	0	0	0
Atlántico	6	5	2	44.703	9.915	12.997	896	215	296	619	127	329	20.870	4.189	4.992	37	75	37	2	1	1
Barranquilla D.E.	15	6	8	66.187	15.558	18.520	3.643	306	1.019	651	222	273	27.170	5.798	6.728	46	92	46	1	1	0
Bogotá D.C.	82	31	48	569.060	147.789	191.112	23.521	7.028	8.199	2.420	1.490	1.383	279.844	62.498	61.676	194	247	194	2	4	0
Bolívar	5	4	4	39.417	10.906	12.326	760	203	230	149	116	73	9.014	2.735	2.089	50	66	50	1	1	0
Boyacá	14	5	7	43.096	11.244	13.272	2.084	466	674	140	65	65	17.906	5.201	4.434	27	43	27	0	1	0
Buenaventura D.E.	2	3	1	1.962	1.207	456	30	0	11	5	2	2	919	459	229	18	26	18	0	0	0
Caldas	8	3	5	28.846	8.015	7.568	1.060	306	329	409	109	187	9.601	3.220	2.621	25	32	25	1	1	0
Santiago de Cali D.E.	22	13	14	84.913	25.043	22.013	2.199	636	754	229	73	133	31.278	13.491	8.294	67	88	67	0	1	0
Caquetá	5	3	2	8.834	3.592	2.720	525	164	176	10	7	2	4.405	1.887	1.061	14	25	14	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	7	2	4	62.770	16.828	18.287	3.957	281	1.101	492	186	219	18.155	4.051	4.176	46	77	46	2	1	0
Casanare	3	1	1	6.901	2.393	2.351	112	53	37	2	8	1	3.498	1.248	831	14	25	14	0	0	0
Cauca	12	3	6	39.178	10.195	10.843	1.430	246	409	187	74	117	13.744	4.892	3.140	45	81	45	1	1	0
Cesar	6	4	4	40.178	9.897	12.969	1.921	553	571	148	52	77	8.538	4.093	2.094	55	83	55	2	1	0
Chocó	5	3	1	12.681	1.679	3.531	715	149	240	6	9	2	4.136	1.134	1.281	28	57	28	0	1	0
Córdoba	11	3	7	65.394	12.938	18.642	2.361	377	541	420	249	225	19.960	4.503	4.130	57	117	57	1	1	0
Cundinamarca	24	8	10	122.303	27.426	40.623	4.202	1.027	1.329	470	436	280	54.599	13.532	12.349	104	119	104	5	2	0
Guainía	0	0	0	701	148	251	23	17	6	0	0	0	399	179	124	5	6	5	0	0	0
Guaviare	0	0	0	1.794	638	550	79	38	29	21	5	4	936	307	245	5	4	5	0	0	0
Huila	8	3	5	33.194	11.836	10.889	1.736	421	523	168	59	92	16.049	4.193	3.732	34	57	34	2	1	0
La Guajira	1	0	0	69.226	12.385	19.970	694	575	199	100	60	46	10.908	4.137	2.455	56	122	56	0	1	0
Magdalena	1	0	0	34.732	7.743	10.397	1.278	156	240	51	10	30	10.278	3.509	2.595	31	49	31	0	1	0
Meta	7	4	3	23.411	6.858	7.488	1.018	174	300	64	73	34	15.271	4.542	3.720	44	51	44	2	1	0
Nariño	15	8	6	45.654	15.010	12.882	2.440	558	782	57	36	31	16.695	7.287	3.675	59	66	59	2	1	0
Norte de Santander	22	5	12	56.287	15.071	15.266	2.705	846	806	212	170	114	18.603	5.494	4.119	40	70	40	3	1	1
Putumayo	3	2	2	9.771	2.850	3.047	355	136	104	12	7	8	3.642	1.181	830	10	17	10	0	0	0
Quindío	2	1	2	19.628	6.377	4.690	1.000	270	316	132	57	71	8.528	2.880	1.796	10	20	10	0	0	0
Risaralda	8	5	5	40.893	8.563	10.187	1.721	287	457	128	50	77	12.069	4.480	2.992	20	36	20	3	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2.720	796	771	264	58	95	1	0	1	951	278	171	5	3	5	0	0	0
Santa Marta D.T.	3	2	1	22.218	2.920	6.763	957	155	276	276	128	135	6.414	1.249	1.327	9	28	9	1	0	0
Santander	24	6	10	70.944	13.742	20.818	4.968	926	1.444	674	406	369	28.995	7.606	7.221	47	72	47	0	1	0
Sucre	5	2	2	26.273	7.155	7.377	2.070	437	722	445	228	230	6.750	2.847	1.449	28	60	28	2	1	0
Tolima	9	3	5	46.927	12.657	13.564	3.333	452	1.118	120	55	56	22.037	5.495	5.320	29	46	29	0	1	0
Valle del Cauca	23	8	12	53.529	12.779	14.658	1.087	262	324	258	66	129	21.586	7.019	5.500	37	63	37	0	1	0
Vaupés	5	2	5	1.032	201	468	12	10	4	0	4	0	537	91	167	2	5	2	0	0	0
Vichada	1	1	1	1.149	352	420	8	3	5	1	0	1	401	123	144	9	11	9	0	0	0
Total nacional	453	180	242	2.102.927	529.180	632.495	90.116	20.587	28.000	10.918	5.485	5.766	841.449	245.301	228.037	1.501	2.334	1.501	33	35	3

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 15

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexa 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
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	21	3	4	7	2	1
Antioquia	217	61	51	10	2	0	490	39	100	627	194	155	313	146	78
Arauca	12	2	2	2	0	0	3	1	0	59	6	12	9	1	7
Atlántico	16	6	1	0	1	0	4	1	1	173	65	55	48	24	10
Barranquilla D.E.	42	8	7	0	1	0	10	3	2	190	37	43	92	47	20
Bogotá D.C.	428	99	141	212	2	21	414	90	234	1.328	396	415	1.059	465	396
Bolívar	20	4	2	1	1	0	4	2	3	158	35	53	16	5	10
Boyacá	59	13	18	7	0	0	10	4	3	206	66	68	118	39	48
Buenaventura D.E.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8	3	1	4	2	1
Caldas	23	6	4	0	0	0	18	2	10	153	33	29	22	3	12
Santiago de Cali D.E.	46	20	6	0	1	0	3	4	0	295	104	100	300	154	60
Caquetá	10	3	4	0	0	0	2	2	1	66	15	17	11	5	4
Cartagena de Indias D.T.	19	7	6	0	1	0	5	1	5	135	32	29	12	6	4
Casanare	7	2	1	4	0	0	0	1	0	44	28	15	0	0	0
Cauca	21	8	1	0	1	0	14	3	7	186	29	87	131	53	44
Cesar	17	5	6	0	1	0	1	2	1	92	32	42	8	4	3
Chocó	5	0	1	3	0	1	70	6	5	17	3	2	13	4	7
Córdoba	49	14	13	1	1	0	3	1	1	271	75	63	42	17	19
Cundinamarca	143	27	41	70	1	4	95	21	60	619	162	171	184	79	72
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	23	0	0	0
Guaviare	4	0	0	1	0	0	0	0	0	28	3	11	1	1	0
Huila	52	14	14	1	1	0	32	6	7	206	53	107	35	19	10
La Guajira	9	3	3	0	1	0	9	6	8	76	40	29	14	6	6
Magdalena	10	2	2	0	0	0	1	1	0	93	18	29	8	1	3
Meta	21	6	3	3	0	0	19	2	8	130	44	35	15	5	4
Nariño	48	11	11	1	0	0	18	13	5	192	78	53	35	12	8
Norte de Santander	62	13	14	1	1	0	4	5	1	241	72	59	25	8	9
Putumayo	13	5	5	1	0	1	4	1	2	41	11	12	44	18	21
Quindío	9	4	2	0	0	0	1	1	0	95	40	26	40	16	16
Risaralda	16	6	6	0	0	0	18	1	13	213	54	91	19	6	8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	0	3	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	0	0	0	1	2	0	43	7	6	14	9	2
Santander	34	6	8	0	1	0	14	8	5	155	73	43	73	20	41
Sucre	26	6	4	0	0	0	17	6	5	134	34	34	80	29	40
Tolima	15	6	6	3	0	0	3	4	2	305	58	116	36	15	16
Valle del Cauca	44	12	6	0	1	0	5	2	2	302	90	106	153	69	58
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	1	0	5	1	4	1	0	0
Vichada	1	0	1	0	0	0	3	0	3	5	5	1	1	1	0
Total nacional	1.505	407	394	323	19	27	1.295	242	494	6.943	2.118	2.146	2.983	1.291	1.038

40

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 15

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
	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	16	21	0	0	0	0	16	26	4	3
Antioquia	0	0	0	0	515	1.055	0	0	0	0	1.538	1.490	406	304
Arauca	1	0	0	0	87	71	0	0	0	0	50	61	7	7
Atlántico	0	0	0	0	97	66	0	0	0	0	245	261	0	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	52	60	0	0	0	0	251	271	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	1.013	938	0	1	0	3	1.371	1.458	0	0
Bolívar	0	0	0	0	111	168	0	0	0	0	162	146	139	120
Boyacá	1	0	0	0	149	166	0	0	0	0	281	307	42	74
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	36	67	0	0	0	0	29	21	4	3
Caldas	0	0	0	0	51	47	0	0	0	0	352	285	64	60
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	143	198	0	0	1	0	489	533	0	0
Caquetá	0	0	0	0	66	45	0	0	0	0	75	65	87	58
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	60	147	0	0	0	0	165	149	1	0
Casanare	5	0	0	0	105	74	0	0	0	0	78	106	2	0
Cauca	0	0	0	0	84	87	0	0	0	0	249	217	18	26
Cesar	3	0	0	0	194	295	0	0	0	0	184	171	31	89
Chocó	0	0	0	0	217	322	0	0	0	0	35	41	84	59
Córdoba	0	0	0	0	180	148	0	0	0	0	287	319	56	41
Cundinamarca	0	0	0	0	376	362	0	0	0	1	601	690	59	32
Guainía	0	0	0	0	19	17	0	0	0	0	8	9	4	5
Guaviare	0	0	0	0	42	32	0	0	0	1	18	21	124	33
Huila	0	0	0	0	135	156	0	0	0	0	243	186	3	1
La Guajira	0	0	0	0	489	498	0	0	0	0	73	100	10	5
Magdalena	0	0	0	0	161	222	0	0	0	0	98	110	3	0
Meta	0	0	0	0	126	127	0	0	0	0	206	191	75	24
Nariño	0	0	0	0	206	216	0	0	0	0	289	356	85	58
Norte de Santander	0	0	0	0	202	225	0	0	0	0	397	443	78	38
Putumayo	0	0	0	0	61	63	0	0	1	0	96	87	80	55
Quindío	0	0	0	0	30	22	0	0	0	0	161	139	0	0
Risaralda	0	0	0	0	110	151	0	0	0	0	343	347	31	54
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	6	7	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	24	57	0	0	0	0	82	93	4	1
Santander	1	1	1	0	136	178	0	0	0	0	426	455	226	185
Sucre	0	0	0	0	63	119	0	0	0	0	143	151	37	23
Tolima	0	0	0	0	111	108	0	0	0	0	350	287	97	50
Valle del Cauca	0	0	0	0	118	194	0	0	0	0	377	374	5	2
Vaupés	0	0	0	0	26	9	0	0	0	0	17	24	16	2
Vichada	0	0	0	0	76	54	0	0	0	0	6	6	13	6
Total nacional	11	1	1	0	5.691	6.787	0	1	2	5	9.797	10.003	1.895	1.419

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 15

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos en estudio, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado
Amazonas	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Antioquia	11	5	7	4	3	0	11	15	4	0	40	60
Arauca	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	5
Atlántico	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	9	3
Barranquilla D.E.	1	1	2	2	0	1	1	3	1	0	8	8
Bogotá D.C.	1	1	8	4	0	2	9	4	0	1	46	142
Bolívar	2	2	4	1	1	0	4	1	2	2	7	1
Boyacá	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	8	3
Buenaventura D.E.	2	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2	1
Caldas	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	6	1
Santiago de Cali D.E.	2	1	2	1	0	2	2	5	0	0	13	23
Caquetá	2	6	1	1	0	0	2	2	1	1	2	0
Cartagena de Indias D.T.	1	2	2	0	0	0	2	1	1	1	6	7
Casanare	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	3	4
Cauca	2	1	3	0	1	1	3	2	0	3	9	6
Cesar	1	0	3	4	2	2	3	2	5	3	8	6
Chocó	0	1	4	3	7	6	10	14	15	10	4	4
Córdoba	0	7	4	2	1	1	3	1	2	4	11	8
Cundinamarca	1	2	4	3	0	0	2	6	0	0	21	12
Guainía	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0
Guaviare	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Huila	2	3	3	1	0	0	2	0	1	1	7	4
La Guajira	0	0	6	5	7	7	7	8	18	11	6	0
Magdalena	0	0	2	0	0	1	3	3	5	4	6	0
Meta	0	1	3	1	1	1	2	2	2	1	7	1
Nariño	0	1	4	1	0	0	4	8	1	0	10	2
Norte de Santander	0	0	3	1	0	0	2	0	3	0	10	9
Putumayo	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	2
Quindío	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0	3	1
Risaralda	3	1	2	2	3	3	2	5	4	1	6	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.E.	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	3	2
Santander	1	2	1	2	1	0	2	2	0	1	14	3
Sucre	0	0	1	0	0	0	2	3	0	0	6	14
Tolima	7	15	3	1	1	1	4	2	0	0	8	3
Valle del Cauca	4	4	2	1	1	0	3	4	2	1	12	20
Vaupés	0	1	0	0	2	2	1	0	0	0	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	1	1	2	4	1	0
Total nacional	56	64	80	43	41	32	100	104	82	51	310	356

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 departamento a semana epidemiológica 15

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	1	1	5	8	0	0	20	21	1	0	146	200
Antioquia	46	39	341	400	0	0	1.041	1.429	30	45	6.036	4.806
Arauca	14	9	49	61	0	0	43	41	1	0	323	377
Atlántico	15	4	97	116	0	0	114	166	4	4	679	766
Barranquilla D.E.	27	6	126	103	0	0	216	253	4	8	666	732
Bogotá D.C.	42	18	267	269	0	0	436	447	13	7	7.556	8.871
Bolívar	13	9	77	100	0	0	46	71	1	0	647	661
Boyacá	8	7	28	27	0	0	43	63	1	0	1.086	1.299
Buenaventura D.E.	6	8	42	35	0	0	53	69	2	2	112	96
Caldas	5	8	39	58	0	0	93	83	1	0	803	850
Santiago de Cali D.E.	12	3	137	167	0	1	443	435	15	14	2.190	1.962
Caquetá	3	5	24	41	0	0	63	91	1	0	303	272
Cartagena de Indias D.T.	25	14	80	135	0	1	112	140	1	3	362	434
Casanare	10	12	37	49	0	1	43	64	0	3	221	260
Cauca	8	5	60	41	0	0	67	88	1	0	880	912
Cesar	11	5	105	96	0	0	101	142	0	1	572	626
Chocó	17	12	73	83	0	0	53	82	1	1	114	137
Córdoba	12	5	91	75	1	0	67	92	2	4	1.028	872
Cundinamarca	21	17	102	147	0	0	154	180	4	3	3.400	4.114
Guainía	3	2	4	4	0	0	6	4	0	0	49	37
Guaviare	1	0	8	5	0	0	14	15	0	0	91	89
Huila	3	4	45	44	0	0	99	152	3	3	1.758	1.813
La Guajira	21	10	106	113	0	0	137	195	2	1	356	405
Magdalena	8	8	69	71	0	0	43	59	1	1	397	476
Meta	13	11	70	98	0	0	185	249	5	7	631	676
Nariño	3	4	70	75	0	0	57	54	1	2	1.095	1.430
Norte de Santander	27	18	140	173	0	0	191	246	4	4	1.054	1.115
Putumayo	2	1	27	34	0	1	26	40	1	1	358	436
Quindío	3	0	26	37	0	0	79	93	1	0	735	665
Risaralda	9	9	47	67	0	0	177	224	7	3	1.032	1.071
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	2	4	0	0	1	6	0	0	49	89
Santa Marta D.T.	7	3	31	38	0	0	62	100	1	2	190	204
Santander	19	20	119	148	0	0	246	428	7	6	1.736	1.818
Sucre	7	6	62	59	1	0	26	37	0	0	549	539
Tolima	13	10	48	42	0	0	147	248	3	4	794	887
Valle del Cauca	9	10	83	113	0	0	205	257	6	8	1.877	2.041
Vaupés	1	0	1	2	0	0	4	7	0	0	52	107
Vichada	1	4	11	15	0	0	11	5	0	0	61	67
Total nacional	424	308	2.944	3.153	2	4	4.926	6.376	125	137	39.986	42.212



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica **15**
06 al 12 de abril de 2025

TEMA CENTRAL
Enfermedad de Chagas

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director (E) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Lisette Andrea Bermúdez Pinzón, Nieves Johana Agudelo Chivatá. **Situación nacional:** Grupo Sivigila. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineith Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Corrector de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

44# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.15>